

ANALYSIS OF THE COMPLETENESS OF INPATIENT MEDICAL RECORD DOCUMENTS AT DR. R. SOEDARSONO REGIONAL GENERAL HOSPITAL IN PASURUAN CITY

(Maria Asri Yanti¹) (Tri Marhaeni Widiastuti²)

Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi (STIA) Malang
Program Diploma III Rekam Medis & Informasi Medis

(Maria Asri Yanti)

Email: asrihyanti5@gmail.com

Abstract

Incomplete filling of medical record information can become a problem, as medical records provide complete and detailed information about the patient during their stay at the hospital. This can affect the quality of service provided by the hospital and the quality of the medical records themselves. This study aims to analyze the completeness of inpatient medical record documents at Dr. R. Soedarsono Regional General Hospital in Pasuruan City. Complete and accurate medical records are crucial for maintaining the quality of healthcare services, enhancing coordination among healthcare providers, and minimizing the risk of medical errors. The research employs a quantitative descriptive method with a simple random sampling technique, using a sample of 100 inpatient medical record documents from May 2024. The study analyzes four main components of medical records: patient identification, important reports, authentication, and proper documentation. The results indicate that the highest completeness is found in the authentication component at 97.5%, while the important reports component only achieves 67% completeness. Overall, the completeness of inpatient medical record documents at RSUD Dr. R. Soedarsono is 81.1%. However, there are still 18.9% of documents that are incomplete, particularly in important reports and proper documentation. It is hoped that the findings of this study can be used as evaluation material to improve the completeness of medical record documents in the hospital and serve as a reference for developing policies related to medical record management. It is recommended to conduct regular medical record audits to evaluate staff performance and encourage them to be more proactive in filling out inpatient medical record documents.

Keywords: Medical Records, Inpatient Care, Document Completeness, RSUD Dr. R. Soedarsono, Health Management

ANALISIS KELENGKAPAN DOKUMEN REKAM MEDIS RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR. R. SOEDARSONO KOTA PASURUAN

Abstrak

Ketidaklengkapan dalam pengisian informasi rekam medis akan berpengaruh pada mutu pelayanan rumah sakit dan mutu rekam medis yang akan berdampak pada keselamatan pasien seperti salah pemberian obat kepada pasien. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R. Soedarsono, Kota Pasuruan. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kuantitatif dengan teknik sampling simple random, di mana sampel yang digunakan sebanyak 100 dokumen rekam medis rawat inap dari bulan Mei 2024. Penelitian ini menganalisis empat komponen utama dalam rekam medis, yaitu identifikasi pasien, laporan penting, autentifikasi, dan pencatatan yang baik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelengkapan tertinggi berada pada komponen autentifikasi dengan persentase 97,5%, sementara komponen laporan penting hanya mencapai kelengkapan sebesar 67%. Secara keseluruhan, kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap di RSUD Dr. R. Soedarsono mencapai 81,1%. Namun, masih ada 18,9% dokumen yang tidak lengkap, terutama pada laporan penting dan pencatatan yang baik. Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan evaluasi dalam meningkatkan kelengkapan dokumen rekam medis di rumah sakit, serta menjadi acuan bagi pengembangan kebijakan terkait manajemen rekam medis. Disarankan dapat melakukan audit rekam medis secara berkala untuk mengevaluasi kinerja petugas agar lebih pro aktif dalam pengisian dokumen rekam medis rawat inap.

Kata Kunci: Rekam Medis, Rawat Inap, Kelengkapan Dokumen, RSUD Dr. R. Soedarsono, Manajemen Kesehatan

1. PENDAHULUAN

Di era globalisasi ini, rumah sakit harus siap bersaing dengan rumah sakit lainnya. Perkembangan teknologi menyebabkan perlunya rumah sakit untuk memberikan pelayanan kesehatan yang cepat dan profesional untuk kebutuhan informasi medis. Pemberian pelayanan kepada pasien merupakan salah satu bentuk pelayanan rumah sakit, sehingga rumah sakit wajib menyelenggarakan rekam medis dengan baik. Rumah Sakit merupakan sebuah organisasi yang bergerak di bidang pelayanan kesehatan yang menangani pasien setiap hari. Rumah sakit sebagai sub sistem pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan seperti pelayanan medik, rehabilitasi medik serta pelayanan perawatan. Pelayanan tersebut dilakukan melalui unit gawat darurat, unit rawat jalan dan unit rawat inap (Muninjaya, 2012).

Rawat inap adalah layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien yang harus dirawat di rumah sakit untuk mendapatkan observasi, diagnosis, pengobatan, dan pelayanan

kesehatan lainnya. Pasien rawat inap biasanya menempati tempat tidur di ruang perawatan rumah sakit selama minimal 24 jam atau sesuai dengan kebutuhan medisnya (Permenkes no 71, 2013).

Rekam medis merupakan catatan atau informasi baik secara tertulis maupun terekam mengenai tentang siapa, apa, mengapa, bagaimana pelayanan yang diberikan kepada pasien tersebut. Rekam medis yang lengkap dan benar dapat digunakan untuk berbagai keperluan antara lain sebagai bahan bukti untuk dipengadilan, Pendidikan dan pelatihan, serta dapat digunakan sebagai bahan evaluasi mutu pelayanan rumah sakit (Winarti & Supriyanto, 2013).

Syarat rekam medis yang bermutu adalah sebagai berikut: 1) kelengkapan: meliputi semua informasi penting tentang riwayat kesehatan pasien, asuhan yang diberikan dan hasil yang dicapai. 2) ketepatan: informasi dalam rekam medis harus sesuai dengan kondisi pasien yang sebenarnya 3) keterbacaan: informasi dalam rekam medis harus ditulis dengan jelas

sehingga mudah dibaca 4) keamanan: informasi dalam rekam medis harus dirahasiakan dan hanya dapat diakses oleh orang yang berwenang. 5) ketersediaan: rekam medis harus tersedia bagi tenaga kesehatan yang membutuhkannya untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. 6) kegunaan: rekam medis harus digunakan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan (Permenkes no 24, 2022).

Ketidaklengkapan dalam pengisian informasi rekam medis akan berpengaruh pada mutu pelayanan rumah sakit dan mutu rekam medis yang akan berdampak pada keselamatan pasien seperti salah pemberian obat kepada pasien. Untuk menghindari terjadinya ketidaklengkapan tersebut, perlu dilakukannya analisis dokumen rekam medis yaitu dengan melakukan telaah dan review isi dokumen rekam medis agar bisa mengetahui apa yang kurang terkait dengan pencatatan isi rekam medis (Sudra, 2017).

Rekam medis yang lengkap dan akurat sangat penting untuk memastikan pasien menerima perawatan yang tepat dan efektif serta

untuk menyediakan informasi yang diperlukan kepada profesional kesehatan yang merawat pasien di masa depan. Ini juga membantu dalam koordinasi perawatan antara berbagai penyedia layanan kesehatan, meminimalkan risiko kesalahan medis, dan memberikan dasar untuk penelitian medis dan audit kualitas. Dengan memiliki rekam medis yang lengkap, terjamin kepastian hukum Rumah Sakit bilamana terjadi tuntutan hukum dari pasien, karena dokumen rekam medis yang lengkap dapat digunakan sebagai bahan bukti untuk menegakkan keadilan. Selain itu, rekam medis yang lengkap dapat menjadi alat penting dalam mendukung klaim asuransi kesehatan dan proses administrasi lainnya yang berkaitan dengan perawatan medis (Hatta, 2009).

Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R. Soedarsono adalah salah satu rumah sakit yang berada di kota Pasuruan dengan tipe B yang dikelola Pemerintah Daerah kota Pasuruan, Rumah Sakit ini juga bekerja sama dengan BPJS kesehatan. Hasil survei pendahuluan dengan wawancara kepada petugas rekam medis

menyatakan bahwa kelengkapan pengisian dokumen rekam medis rawat inap di Rumah Sakit ini masih belum 100% lengkap. Hal ini tentu sangat mempengaruhi proses pelayanan terhadap pasien. Berdasarkan latar belakang tersebut maka penelitian ini layak untuk dilakukan.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R. Soedarsono kota Pasuruan.

2. TINJAUAN PUSTAKA

a. Rumah Sakit

Rumah Sakit merupakan organisasi kesehatan yang berperan penting dalam menyediakan pelayanan kesehatan komprehensif kepada masyarakat, mencakup upaya kuratif, preventif, dan rehabilitatif. Menurut Brahmantoro (2017), Rumah Sakit adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang melaksanakan penyembuhan dan pemulihan, peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, serta rujukan secara efektif dan efisien. Rumah Sakit juga menjalankan berbagai

fungsi, seperti pelayanan kesehatan (rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat), pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan, penelitian dan pengembangan di bidang kesehatan, serta pengabdian masyarakat. Dalam menjalankan tugasnya, Rumah Sakit bertanggung jawab untuk mengelola urusan administrasi, keuangan, dan memberikan informasi akurat sebagai bukti pelayanan kepada pasien, sehingga mampu memenuhi kebutuhan dan harapan masyarakat akan layanan kesehatan yang berkualitas.

b. Rekam Medis

Rekam medis adalah dokumen yang memuat informasi lengkap tentang identitas pasien, anamnesis, pemeriksaan fisik, diagnosis, rencana tatalaksana, tindakan medis, pengobatan, hingga hasil pemeriksaan lanjutan yang menjadi bukti tertulis atas pelayanan medis yang diberikan (Hatta, 2009). Rekam medis memiliki berbagai kegunaan, seperti alat komunikasi antar tenaga kesehatan, pedoman perencanaan pengobatan, bahan evaluasi kualitas layanan, dan sumber informasi untuk

pendidikan, penelitian, serta dokumentasi hukum. Selain itu, rekam medis berfungsi sebagai dasar administrasi, akuntabilitas, dan perlindungan hukum bagi pasien dan tenaga kesehatan. Data yang tercatat dalam rekam medis mencakup data administratif, seperti identitas dan persetujuan pasien, serta data klinis yang meliputi keluhan, diagnosis, dan tindakan medis. Dengan nilai penting tersebut, rekam medis mendukung keberlangsungan layanan kesehatan secara sistematis dan berkesinambungan.

c. Kelengkapan Dokumen Rekam Medis

Kelengkapan dokumen rekam medis mencakup berbagai elemen penting, seperti identitas pasien, anamnesis, hasil pemeriksaan penunjang, diagnosis, rencana tatalaksana, dokumentasi perawatan, persetujuan tindakan medis (informed consent), dan ringkasan catatan keluar (Widjaya, 2018). Analisis kelengkapan dokumen ini dapat dilakukan dengan berbagai metode, seperti checklist, abstraksi data, review manual, dan audit elektronik, yang bertujuan memastikan data

pasien terdokumentasi secara lengkap dan akurat sesuai standar. Kelengkapan dokumen rekam medis tidak hanya mendukung kualitas layanan kesehatan, tetapi juga melindungi hak pasien dan tenaga kesehatan, sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022.

3. METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif kuantitatif yang bertujuan untuk mendeskripsikan fenomena secara objektif menggunakan data numerik. Penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R. Soedarsono Kota Pasuruan, khususnya pada unit Assembling Rekam Medis. Populasi penelitian terdiri dari 1.703 pasien rawat inap pada bulan Mei 2024, dengan sampel sebanyak 100 dokumen yang dipilih menggunakan teknik simple random sampling dan perhitungan rumus Slovin (Sugiyono, 2018). Data primer diperoleh langsung dari petugas rekam medis, sedangkan data sekunder berupa dokumen rekam medis rawat inap. Pengumpulan data

dilakukan melalui observasi dan dokumentasi dengan menggunakan tabel checklist yang mencakup empat komponen utama: identifikasi pasien, laporan penting, autentifikasi, dan pencatatan yang baik dan benar. Analisis data dilakukan secara deskriptif menggunakan statistik rata-rata (mean).

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

a. Identifikasi SOP Pengisian Dokumen Rekam Medis Rawat Inap

Hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah dr. R. Soedarsono kota Pasuruan bahwa Rumah Sakit ini sudah mempunyai SOP untuk pengisian rekam medis rawat inap. SOP rekam medis rawat inap dimaksudkan untuk mempermudah dalam melakukan pencatatan formulir sesuai dengan ketentuan pengisian. Di Rumah Sakit ini juga petugas Assembling setiap hari melakukan check list dokumen rekam medis rawat inap untuk menganalisis kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap.

b. Analisis Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap

Peneliti menggunakan empat komponen untuk menganalisis kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap yaitu identifikasi pasien, laporan penting, autentifikasi, kelengkapan pencatatan yang baik. Berikut ini adalah tabel hasil survei menggunakan check list yang telah dilakukan oleh peneliti.

Tabel 1. Identifikasi Pasien

No	Identifikasi Pasien	Kelengkapan	
		Jumlah	Presentase
1	Nama Pasien	100	100%
2	Nomor Rekam Medis	100	100%
3	Jenis Kelamin	100	100%
4	Tempat dan Tanggal Lahir	100	100%
5	Alamat	99	99%
6	Pendidikan	48	48%
7	Agama	100	100%
Average		92	92,4%

Sumber: Data Diolah, 2024

Dari hasil analisis kuantitatif menunjukkan identifikasi dokumen rekam medis rawat inap diperoleh (92,4%) lengkap dan (7,6%) tidak lengkap. Presentase kelengkapan tertinggi yaitu pada komponen nama pasien 100%, nomor rekam medis 100%, jenis kelamin 100%, tempat dan tanggal lahir 100%, agama 100%. Sedangkan presentase terendah yaitu ada pada komponen pendidikan 48%.

Tabel 2. Laporan Penting

No	Laporan Penting	Kelengkapan	
		Jumlah	Presentase
1	Diagnosa	100	100%
2	Kedadaan Keluar	98	98%
3	Tanggal Masuk	100	100%
4	Tanggal Keluar	100	100%
5	Laporan Operasi	24	24%
6	Laporan Anestesi	23	23%
7	Informed Consent	24	24%
Average		67	67%

Dari hasil analisis kuantitatif menunjukkan Laporan penting diperoleh (67%) lengkap dan (33%) tidak lengkap. Presentase kelengkapan paling tinggi yaitu pada komponen diagnosa, tanggal masuk, tanggal keluar sebesar (100%), sedangkan kelengkapan terendah yaitu ada pada komponen laporan anestesi (23%), laporan operasi (24%) dan informed consent (24%).

Tabel 3. Autentifikasi

No	Autentifikasi	Kelengkapan	
		Jumlah	Presentase
1	Nama Dokter	100	100%
2	Tanda Tangan Dokter	99	99%
3	Nama Perawat	95	95%
4	Tanda Tangan Perawat	96	96%
Average		97	97,5%

Sumber: Data diolah, 2024

Dari hasil review kuantitatif menunjukkan untuk review komponen Autentifikasi dokumen

rekam medis rawat diperoleh (97,5%) lengkap dan (2,5%) tidak lengkap. Presentase tertinggi kelengkapan pengisian komponen autentifikasi pada pasien rawat inap yaitu terdapat pada nama dokter (100%), tanda tangan dokter (99%). Presentase terendah terdapat pada nama perawat (95%) dan tanda tangan perawat (96%) yang terisi lengkap.

Tabel 4. Pencatatan Yang Baik

No	Pencatatan Yang Baik	Kelengkapan	
		Jumlah	Presentase
1	Penulisan Terbaca	86	86%
2	Perbaikan Penulisan	16	16%
3	Adanya Keterangan tanggal dan Waktu	100	100%
Average		67	67,3%

Sumber: Data Diolah, 2024

Dari hasil analisis kuantitatif menunjukkan komponen Pencatatan Yang Baik dokumen rekam medis rawat inap diperoleh kelengkapan (67,3%) dan tidak lengkap (32,7%). Presentase kelengkapan tertinggi yaitu pada komponen adanya keterangan tanggal dan waktu (100%), sedangkan presentase terendah yaitu pada komponen penulisan terbaca (86%) dan perbaikan penulisan (16%).

Tabel 5. Rekapitulasi Pengolahan Data Analisis Kuantitatif Komponen 1-4

N o	Kompon en Pengisia n Rekam Medis	Leng kap	Pers en (%)	Tidak Leng kap	Pers en (%)
1	Identifik asi	92	92,4 %	8	7,6 %
2	Laporan Penting	67	67,1 %	33	32,9 %
3	Autentif ikasi	97	97,5 %	3	2,5 %
4	Pencatat an yang baik	67	67,3 %	32	32,7 %
Average		81	81,1 %	19	18,9 %

Sumber: Data Diolah, 2024

Berdasarkan rekapitulasi pengelolaan data kuantitatif analisis kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap yang dilakukan oleh peneliti dengan hasil penelitian tersebut masih ditemukan berkas rekam medis rawat inap yang pengisian dan penulisannya tidak lengkap dengan presentase rata-rata kelengkapan sebesar 81,1% dan tidak lengkap 18,9%. Kelengkapan tertinggi yaitu pada komponen Autentifikasi dengan presentase kelengkapan (97,5%) dan kelengkapan terendah yaitu pada komponen Laporan Penting dengan presentase kelengkapan (67,1%) dan pencatatan yang baik dengan presentase (67,3). Hal ini tidak sesuai

dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang menyatakan bahwa dokumen rekam medis harus lengkap sepenuhnya setelah pelayanan selesai.

c. Identifikasi Pasien

Hasil analisis kuantitatif identifikasi dokumen rekam medis rawat inap diperoleh (92,4%) lengkap dan (7,6%) tidak lengkap. Ketidaklengkapan terdapat pada pengisian pendidikan pasien hal ini disebabkan saat petugas menanyakan pendidikan terakhir kepada pihak keluarga pasien mereka tidak tau karena kebanyakan pasien umur 60 tahun ke atas sehingga petugas tidak menuliskan pendidikan terakhir. Kelengkapan pengisian komponen identifikasi pasien bertujuan untuk memastikan pemilik dari dokumen rekam medis tersebut. Kelengkapan identifikasi pasien pada dokumen rekam medis merupakan data administrasi yaitu sebagai informasi demografi yang harus terisi lengkap karena jika tidak terisi lengkap dapat berakibat tidak dapat menginformasikan identitas pasien sehingga memungkinkan terlambat

memberikan pelayanan yang tepat, dan sulit melacak riwayat kesehatan pasien.

Hal ini belum sesuai dengan teori menurut Indradi (2020) yang menyatakan isi rekam medis yaitu data administrasi bersifat permanen dan berisi informasi yang mampu untuk mengenali pasien seperti: Nama lengkap, Alamat lengkap pasien, Status, Pendidikan serta Pekerjaan. Hasil penelitian ini juga sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Gumilar & Herfiyanti (2021). Dapat disimpulkan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kelengkapan pengisian rekam medis dari komponen identifikasi pasien termasuk dalam kategori tinggi karena mendekati 100% lengkap.

d. Laporan Penting

Hasil analisis kuantitatif Laporan Penting dokumen rekam medis rawat diperoleh (67%) lengkap dan (33%) tidak terisi. Pada bagian kelengkapan tidak terisi yaitu komponen laporan operasi, laporan anestesi dan informed consent penyebab tidak terisinya bukan dari

kelalaian petugas tetapi karena ada pasien yang dirawat namun tidak diberikan tindakan operasi sehingga laporan anestesi dan informed consent tidak diisi oleh petugas.

Pengisian laporan penting dalam rekam medis merupakan hal yang sangat penting untuk menjaga kualitas pelayanan kesehatan. Dengan memastikan kelengkapan dan keakuratan data, maka informasi yang dibutuhkan oleh semua pihak terkait dapat diakses dengan mudah dan tepat waktu. Hasil penelitian ini sudah sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Gumilar dan Herfiyanti (2021). Dari hasil penelitian ini ditemukan bahwa kelengkapan laporan penting masih dikategorikan tinggi karena sudah mencapai 100% lengkap.

e. Autentifikasi

Hasil analisis kuantitatif menunjukkan Autentifikasi dokumen rekam medis rawat diperoleh (97,5%) lengkap dan (2,5%) tidak lengkap. Dari hasil tersebut menunjukkan bahwa masih banyak nama perawat dan tanda tangan perawat yang belum terisi lengkap pada dokumen rekam

medis, hal ini terjadi karena kesibukan perawat untuk menulis autentifikasi sehingga perawat lebih sering untuk tanda tangan saja.

Hal ini belum sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no 24 tahun 2022 tentang Rekam Medis Pasien Rawat Inap Data pasien rawat inap yang dimasukkan dalam medical record sekurang-kurangnya antara lain: Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi dan tenaga Kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan Kesehatan.

Nama dan tanda tangan petugas sangat dibutuhkan jika terjadi kesalahan penulisan diagnosa oleh perawat atau dokter, sehingga petugas rekam medis bisa lebih mudah untuk mengkonfirmasi kepada dokter atau perawat yang menangani pasien. Hasil penelitian ini sudah sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Safitri, Yulia dan Rumana (2022). Dapat disimpulkan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kelengkapan komponen autentifikasi dikategorikan tinggi karena sudah mendekati 100% lengkap.

f. Pencatatan Yang Baik

Dari hasil analisis kuantitatif menunjukkan Pencatatan yang baik pada dokumen rekam medis rawat inap diperoleh kelengkapan (67,3%) dan tidak lengkap (32,7%).

Pencatatan dalam berkas rekam medis harus selalu dilakukan dengan cara yang benar serta penulisan diagnosa harus jelas dan terbaca sehingga memudahkan petugas untuk memberi pelayanan dan tidak salah saat memberi obat kepada pasien. Apabila terjadi kesalahan pencatatan dalam berkas rekam medis tidak dibenarkan untuk melakukan penghapusan dengan cara apapun. Untuk mengkoreksinya adalah dengan cara bagian yang salah digaris (dicoret) namun, catatan tersebut harus masih bisa terbaca. Kemudian diberi catatan disampingnya bahwa catatan tersebut salah. Terakhir ditambahkan paraf dari petugas yang bersangkutan. Hasil penelitian ini sudah sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ni Devhy dan Widana (2019).

Dapat disimpulkan hasil penelitian ini menunjukkan Persentase kelengkapan untuk

pencatatan yang baik masih dikategorikan sedang karena belum 100% lengkap. Hal ini akan berdampak pada pasien kesulitan melacak riwayat medisnya.

5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

a. Identifikasi Pasien

Hasil analisis kuantitatif pada komponen identifikasi pasien diperoleh 92,4% lengkap dan 7,6% tidak lengkap. Dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa presentase kelengkapan pengisian identifikasi pasien dikategorikan tinggi. Tetapi hal ini belum sesuai Peraturan Kementrian Kesehatan no 24 tahun 2022 kelengkapan identifikasi pasien harus 100% lengkap, karena identitas merupakan faktor keselamatan pasien.

b. Laporan Penting

Hasil analisis kuantitatif pada komponen laporan penting diperoleh 67% lengkap dan 33% tidak terisi. Dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa presentase kelengkapan pengisian laporan penting masih dikategorikan tinggi.

c. Autentifikasi

Hasil analisis kuantitatif pada komponen autentifikasi diperoleh 97,5% lengkap dan 2,5 % tidak lengkap. Dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa presentase kelengkapan pengisian autentifikasi dikategorikan tinggi.

d. Pencatatan Yang Baik

Hasil analisis kuantitatif pada komponen pencatatan yang baik diperoleh kelengkapan 67,3% dan tidak lengkap 32,7%. Dari hasil penelitian ini menunjukkan presentase kelengkapan pencatatan yang baik masih dikategorikan sedang.

5.2 Saran

1. Diharapkan Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R Soedarsono menghimbau kepada petugas yang bertanggung jawab agar lebih pro aktif dalam pengisian dokumen rekam medis rawat inap sehingga tidak terjadi ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis.
2. Diharapkan Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R Soedarsono dapat melakukan audit rekam medis

- secara berkala untuk mengevaluasi kinerja petugas dalam pengisian rekam medis agar mengetahui area mana yang masih perlu diperbaiki dan segera melakukan tindakan untuk mengatasi ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis.
3. Harus dilakukan feed back rutin kelengkapan dokumen rekam medis secara bergilir oleh petugas rekam medis.

6. DAFTAR PUSTAKA

- Bramantoro (2017). Pengantar Klasifikasi dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan. Surabaya: UNAIR (AUP).
- Edna K. Huffman (1999) menekankan pada aspek informasi yang terkandung dalam rekam medis.
- Hanafiah, H. A., & Amir, M. (2007). Rekam medis. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Hatta, G. R. (2009). Rekam Medis: Teori dan Aplikasi. Jakarta: Salemba Medika.
- Indradi, R. S. (2020). Rekam Medis (Edisi 3). Universitas Terbuka.
- Moleong, L. J. (2015). Metodologi penelitian kualitatif. PT Rajagrafindo Persada.
- Muninjaya, A. (2012). Manajemen Kesehatan (3rd ed.). Tangerang: EGC.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit.
- Rukajat, Ajat. (2018). Pendekatan Penelitian Kuantitatif: Quantitative Research Approach. Yogyakarta: Deepublish
- Sudra, R.I. (2017). Rekam Medis. Tangerang Selatan: Universitas Terbuka
- Widjaya, L (2018). Manajemen Mutu Informasi Kesehatan III Pendokumentasian Rekam Medis. Jakarta: Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- Winarti, & Supriyanto, S. (2013). Analisis Kelengkapan Pengisian dan Pengembalian Rekam Medis Rawat Inap Rumah Sakit. Administrasi Kesehatan Indonesia, 1(4), 345–351