**TINJAUAN KELENGKAPAN PENGISIAN RESUME MEDIS PADA PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT DR. CIPTO MANGUNKUSUMO**

**Oleh**

**Muhammad Broclin1) & Yuyun Yunengsih2)**

**1,2Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,**

**1,2Politeknik Piksi Ganesha: Jl. Jend Gatot Subroto No.301, Bandung, telepon (022) 87340030 /fax (022) 87340086**

**Email: 1**[**muhammadbroclin@gmail.com**](mailto:muhammadbroclin@gmail.com)**, 2**[**yoen1903@gmail.com**](mailto:yoen1903@gmail.com)

**Abstract**

Summary of discharge (medical resume) is a summary of the entire period of care and treatment of patients as has been attempted by health workers and related parties. This sheet must be signed by the doctor treating the patient. A discharge summary should be drawn up by the doctor or dentist who treated the patient. The contents of the discharge summary shall at least contain the patient's identity, admission diagnosis and indication of the patient being treated, a summary of the results of the physical and supporting examinations, final diagnosis, treatment and follow-up as well as the name and signature of the doctor or dentist providing health services. The purpose of this study was to determine the completeness of filling out medical resumes for inpatients at Dr. Hospital. Cipto Mangunkusumo. Data collection techniques were carried out by observing filling out medical resumes and conducting interviews with medical record officers. Based on the results of the quantitative analysis recapitulation research from 70 medical records analyzed, the average completeness was 87%, the highest percentage of completeness was in the no tip-ex component of 91%, while the lowest percentage was in the author's authentication component of 81%. To improve the completeness of filling out medical resumes, it is recommended that the medical record unit can socialize the SOP for filling out medical resumes to health workers involved in it and make standards for the completeness of filling out medical records.

**Keywords: Medical Resume, Inpatient**

PENDAHULUAN

Dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, diperlukan adanya dukungan pelayanan kesehatan yang merata. Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. (PERMENKES 340 / MENKES / PER III / 2010 ). Rumah sakit melakukan beberapa jenis pelayanan diantaranya pelayanan medik, penunjang medik, perawatan rehabilitasi pencegahan dan peningkatan kesehatan, sebagai tempat pelatihan medis, penelitian dan pengembangan ilmu teknologi dibidang kesehatan. Sehingga perlu adanya penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit sesuai dengan persyaratan kesehatan.

Setiap pasien yang datang ke rumah sakit pada umumnya ingin mendapatkan pelayanan yang maksimal baik itu dari segi pelayanan yang diberikan, biaya yang harus dikeluarkan serta fasilitas dan sarana yang diperlukan. Rumah sakit yang baik sesuai standar akreditasi harus menyelenggarakan rekam medis untuk mendukung pelayanan kesehatan. Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. (PERMENKES NO. 269 tahun 2008 tentang Rekam Medis) Dalam pelayanan kesehatan terutama yang dilakukan dokter di rumah sakit, peranan perekam medis sangat penting dan sangat melekat dengan kegiatan pelayanan yang diberikan. Pelayanan rekam medis merupakan bagian dari program pengendalian mutu rumah sakit, untuk itu harus ada prosedur baku untuk menilai kualitas pelayanan dan menanggulangi masalah yang timbul. (Kemenkes RI, 2017). Pendokumentasian atau pencatatan yang lengkap dan berkesinambungan dapat menghasilkan informasi yang lebih akurat dan valid. Pendokumentasian yang berkualitas tinggi sangay penting untuk sema bentuk pelayanan kesehatan, untuk mencapainya harus sesuai standar minimal rumh sakit khusus pendokumentasian. (Widjaja, 2018). Kegunaan dari ringkasan riwayat pulang adalah untuk menjaga kelangsungan perawatan di kemudian hari dengan memberikan tembusannya kepada dokter utama pasien, dokter yang merujuk dan konsultan yang membutuhkan, memberikan informasi untuk menunjang kegiatan komite medis, memberikan informasi kepada pihak ketiga yang berwenang dan memberikan informasi kepada pihak pengirim pasien ke RS (Hatta, 2008).

Ringkasan pulang (resume Medis) merupakan ringkasan dari seluruh masa perawatan dan pengobatan pasien sebagaimana yang telah diupayakan oleh para tenaga kesehatan dan pihak terkait. Lembar ini harus ditandatangani oleh dokter yang merawat pasien. Ringkasan pulang harus dibuat oleh dokter atau dokter gigi yang melakukan perawatan pasien. Isi ringkasan pulang sekurang-kurangnya memuat identitas pasien, diagnosa masuk dan indikasi pasien dirawat, ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnosis akhir, pengobatan dan tindak lanjut serta nama dan tanda tangan dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan kesehatan (Permenkes no. 269/MENKES/PER/III/2008). Rekam medis mengandung informasi tentang perawatan kesehatan pasien dan diperlukan untuk perawatan pasien sekarang dan yang akan datang. Informasi yang terkandung di rekam medis juga digunakan untuk manajemen dalam perencanaan fasilitas, pelayanan perawatan kesehatan, penelitian medis dan hasil dari statistik pelayanan kesehatan.

Dari hasil penelitian Dewi Kurniawati (2013) yang berjudul Tinjauan Pengisian Resume Keluar Rawat Inap Tahun 2012 menyebutkan bahwa dalam hal kelengkapan dokumen rekam medis (DRM) pada resume keluar rata-rata presentase sebesar 94% yang terisi dan 6% yang tidak terisi. Sedangkan standar pelayanan minimal menurut Depkes RI tahun 2006 dikatakan lengkap itu mencapai 100%, sehingga kelengkapan DRM pada resume keluar dikategorikan belum lengkap.

Dapat diihat dari penelitian Maranatha (2016) tentang analisis kelengkapan pengisian berkas rekam medis rawat inap, disebutkan bahwa berkas rekam medis pada item Diagnosis sebanyak 69% tidak lengkap, Ringkasan pulang 69%, Anamnase 52% yang tidak lengkap dan Pemeriksaan fisik sebanyak 53% tidak lengkap adalah item dengan persentase tertinggi angka ketidaklengkapan berkas rekam medis pasien rawat inap tahun 2016. Berdasarkan studi pendahuluan yang peneliti lakukan dengan observasi pada bulan Juli 2021 di RSCM dari 91 pasien pulang rawat inap di perawatan pada bulan Januari tahun 2021 terdapat 34 resume medis yang tidak terisi lengkap mulai dari identitas pasien, catatan penting dan autentifikasi penulis karena kurang disiplinnya dokter penanggung jawab pelayanan untuk mengisi kelengkapan resume medis saat pasien sudah pulang rawat inap. Hal ini akan berakibat pada menurunnya pelayananan kesehatan terhadap pasien, tertundanya proses penagihan pembiayaan kesehatan pasien, dan mutu rumah sakit yang buruk.

Berdsarkan urain tersebut di atas , maka penyusun tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Tinjauan Kelengkapan Pengisian Resume Medis Pada Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo”.

LANDASAN TEORI

1. **Pengertian Rekam Medis**

Pengertian dokumen rekam medis menurut PerMenKes No.269/Menkes/Per/III/2008 pasal 1 adalah catatan dokter, dokter gigi, dan tenaga kesehatan tertentu berisi formulir ringkasan masuk dan keluar,anamnesis, laporan operasi, laporan hasil pemeriksaan penunjang, catatan observasi dan pengobatan harian dan semua rekaman baik berupa foto radiologi.

Catatan medik adalah catatan yang berisikan segala data mengenai pasien mulai dari masa sebelum ia dilakukan, saat lahir, tumbuh menjadi dewasa hingga akhir hidupnya. Data ini dibuat bila mana pasien mengunjungi instalasi pelayanan kesehatan baik sebagai pasien berobat jalan maupun sebagai pasien rawat inap. Rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien di sarana pelayanan kesehatan (SK Men PAN No 135 tahun 2002).

Tujuan dibuatnya rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit, tanpa dukungan suatu sistem pengelolaan rekam medis baik dan benar tertib administrasi di rumah sakit tidak akan berhasil sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit. Dilihat dari tujuan utama (primer) rekam medis menurut (Hatta, 2008) terbagi dalam 5 kepentingan yaitu untuk:

1. Pasien, rekam medis merupakan alat bukti utama yang mampu membenarkan adanya pasien dengan identitas yang jelas dan telah mendapatkan berbagai pemeriksaan dan pengobatan di sarana pelayanan kesehatan dengan segala hasil serta konsekuesi segala biayanya.
2. Pelayanan pasien, rekam kesehatan mendokumentasikan pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan, penunjang medis dan tenaga lain yang bekerja dalam berbagai fasilitas pelayan kesehatan. Dengan demikian rekaman itu membantu pengambilan keputusan tentang terapi, tindakan, dan penentuan diagnosis pasien.
3. Manajemen pelayanan, rekam kesehatan yang lengkap memuat segala aktivitas yang terjadi dalam manjemen pelayanan sehingga digunakan dalam menganalisis berbagai penyakit, menyusun pedoman praktik,serta untuk mengevaluasi mutu pelayanan yang diberikan.
4. Menunjang pelayanan, rekam medis yang rinci akan mampu menjelaskan aktivitas yang berkaitan dengan pelayanan di rumah sakit, menganalisis kecenderungan yang tejadi dan mengomunikasikan informasi diantara klinik yang berbeda.
5. Pembiayaan, rekam medis yang akurat mencatat segala pemberian pelayanan kesehatan yang diterima pasien. Informasi ini yang menentukan besarnya pembayaran yang harus di bayar, baik secara tunai atau melaui asuransi.

Berdasarkan pedoman penyelenggaraan dan prosedur rekam medis menerangkan bahwa dokumen rekam medis berisi data individual yang bersifat rahasia. Maka setiap dokumen rekam medis harus dilindungi dengan cara memasukan ke dalam map dan disimpan. Formulir rekam medis yaitu sebagai suatu bentuk lembaran catatan dengan kolom-kolom di dalamnya yang harus diisi dengan angka-angka, jawaban-jawaban, ataupun keterangan-keterangan yang sesuai dengan pertanyaan atau instruksi yang ada.

Terdapat bermacam-macam bentuk formulir rekam medis yang dipakai oleh rumah sakit, namun semuanya harus memenuhi keperluan-keperluan yang mendasar. Formulir-formulir rekam medis sendiri tidak memberikan jaminan pencatatan data medik yang tepat dan benar, apabila para dokter maupun staf mediknya tidak secara seksama melengkapi informasi yang diperlukan pada setiap lembaran rekam medis dengan baik dan benar. Sesuai dengan PerMenKes No.269/MenKes/Per/III/2008 BAB II pasal 2 dijelaskan bahwa rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap, dan jelas atau secara elektronik.

1. **Resume Medis**

Ringkasan dapat ditulis pada bagian akhir catatan perkembangan atau dengan lembaran tersendiri. Bagi rumah sakit – rumah sakit kecil hal ini ditentukan oleh kegunaan catatan tersebut. Pengecualian bagi resume ini, terutama untuk pasien yang dirawat kurang dari 48 jam, cukup menggunakan rekam medis singkat, misalnya untuk kasus kecelakaan ringan (Budi, 2011)

Tujuan dibuatnya resume ini adalah:

1. Untuk menjamin kontinuitas pelayanan medik dengan kualitas yang tinggi serta sebagai referensi yang berguna bagi dokter yang menerima, apabila pasien tersebut di rawat kembali di rumah sakit.
2. Sebagai bahan penilaian staf medis rumah sakit.
3. Untuk memenuhi permintaan dari badan – badan resmi atau perorangan tentang perawatan seorang pasien, misalnya dari perusahaan asuransi (dengan persetujuan pimpinan).
4. Untuk diberikan tembusan kepada sistem ahli yang memerlukan catatan tentang pasien yang pernah mereka rawat.

Resume ini harus disingkat dan hanya menjelaskan informasi penting tentang penyakit, pemeriksaan yang dilakukan dan pengobatannya.

Resume ini harus ditulis segera setelah pasien keluar dan isinya menjawab pertanyaan – pertanyaan berikut:

1. Mengapa pasien masuk rumah sakit
2. Apakah hasil – hasil penting pemeriksaan laboratorium, rontgen dan fisik
3. Apakah pengobatan medis maupun operasi yang diberikan
4. Bagaimana keadaan pasien saat keluar
5. Apakah anjuran pengobatan/perawatan yang diberikan .

Didalam berkas rekam medis, lembaran resume diletakkan sesudah ringkasan masuk dan keluar, dengan maksud memudahkan dokter melihatnya apabila diperlukan. Resume ini harus ditanda tangani oleh dokter yang merawat. Bagi pasien yang meninggal tidak dibuatkan resume, tetapi dibuatkan laporan sebab kematian (DEPKES RI, 2006).

1. **Rumah sakit**

Berdasarkan undang-undang No. 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, yang dimaksudkan dengan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

1. **Isi Rekam Medis Rawat Inap**

Isi catatan medis disesuaikan dengan kebutuhan pemakainya, khususnya lembar rekam medis rawat inap berisi sebagai berikut seperti yang dipaparkan Fangidac (1982) : Huffman (1994) ; *Joint on Accreditation of Health care Organizations* (JCAHO): Permenkes no 269/MENKES/PER/III/2008:

* 1. Identitas psien, terdiri dari nama lengkap pasien, umur, nama suami/ayah, jenis kelamin, tempat dan tanggal lahir, nomor rekam medis agama, pekerjaan, nomor kartu penduduk, alamat, dan nomor telepon rumah untuk memudahkan penyusunan dan penemuan kembali berkas rekam medis.
  2. Tahun kunjungan atau tahun dirawat terakhir, untuk mempermudah mencari (mengklasifikasi) berkas rekam medis yang sudah tidak aktif.
  3. Tanda (+) untuk pasien meninggal, ditulis dibelakang nama pasien pada sampul luar depan dan berkas rekam medis pasien yang meninggal menandakan bahwa berkas tersebut sudah tidak aktif.
  4. Catatan mengenai data kesehatan pasien, meliputi penyebab sakit, penentuan tindakan terapi, rehabilitasi, riwayat pasien dan keluarga, riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, perawatan dan terapi obat terakhir,hasil konsultasi, dan lain-lain.
  5. Perintah dokter atau rencana perawatan, dokter menuliskan perkembangan pasien, penemuan medis, rencana perawatan, hasil tes, dan kondisi umum pasien. Perintah dokter ini harus diberi tanggal dan ditanda tangani.
  6. Catatan perkembangan, catatan ini mengidentifikasikan kondisi dan respon pasien terhadap perawatan.
  7. Penelusuran spesial atau pemeriksaan yang dilakukan seperti hasil laboratorium, radiologi, patologi, dan lain-lain.
  8. Catatan perawatan dan diagram grafik, perawat mencatat semua pengamatan, pengobatan, perawatan, dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien.
  9. Formulir operasi anestesi dan *recovery*, berisi persetujuan bedah,laporan pra dan post anestesi, laporan operasi, dan laporan lain yang relevan.
  10. Lembar kontrol istimewa seperti catatan/laporan lain yang relevan.
  11. Ringkasan keluar/resume, berisi kondisi pasien saat keluar, prognosis, perawatan pasien kembali kontrol untuk *follow up*. Pada lembar depan ditanda tangani oleh dokter untuk menunjukkan tanggung jawab terhadap informasi yang telah ditulis.
  12. Formulir *Informed consent* atau formulir persetujuan tindakan medis yang ditandatangani pasien atau suami atau ayah yang bersangkutan sebelum dokter melakukan tindakan tertentu.

1. **Kelengkapan Isi Rekam Medis**

Kelengkapan isian resume medis (permenkes No296/MENKES/PER/III/2008) Isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat:

a. Identitas pasien

b. Tanggal dan waktu

c. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit

d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis

e. Diagnosis

f. Rencana penatalaksanaan

g. Pengobatan dan/atau tindakan

h. Persetujuan tindakan bila diperlukan

i. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan

j. Ringkasan Pulang (*dischange summary*)

k. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan.

i. Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu, dan

m. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.

Rekam medis memenuhi persyaratan aspek hukum (Permenkes 296 tahun2008), yaitu:

a. Penulisan rekam medis tidak memakai pensil

b. Penghapusan tidak ada.

c. Coretan, ralat sesuai dengan prosedur, tanggal, dan tanda tangan

d. Tulisan harus jelas dan terbaca

e. Ada tanda tangan oleh yang wajib menandatangani dan nama petugas

f. Ada tanggal dan waktu pemeriksaan tindakan.

g. Ada lembar persetujuan.

Rekam medis disebut lengkap apabila:

a. Setiap tindakan yang dilakukan terhadap pasien, selambat-lambatnyadalam waktu 1x24 jam harus ditulis dalam lembar rekam medis.

b. Semua pencatatan harus ditandatangani oleh dokter atau tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangannya, nama terang, dan diberi tanggal.

c. Dokter yang merawat dapat memperbaiki kesalahan penulisan yang terjadi dengan wajar seperti mencoret kata/kalimat yang salah dengan jalan memberikan satu garis lurus pada tulisan tersebut. Diberi inisial (singkatan nama) orang yang mengkoreksi tadi dan mencantumkan tanggal perbaikan (Hatta, 1993).

**METODE PENELITIAN**

Penulisan ini menggunakan metode deskriptif yaitu penelitian yang dimaksudkan untuk menyelidiki keadaan, kondisi, atau hal lain-lain yang sudah disebutkan yang hasilnya dipaparkan dalam bentuk laporan. (Arikunto, 2010). Pada penelitian ini, penelitian deskriptif dilakukan untuk memperoleh gambaran mengenai pengisian resume medis pasien rawat inap pada bulan Juli 2021

1. Populasi adalah seluruh data yang menjadi perhatian dalam suatu ruang lingkup dan waktu yang ditentukan. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh rekam medis pasien rawat inap pada bulan Juli 2021 sebanyak 91 pasien.
2. Sampel adalah bagian dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili keseluruhan populasi. Jumlah sampel diukur dengan metode SLOVIN. Cara mengambil sampel dilakukan secara random

n = N

1 + N (d)²

n = 91

1 + 91 (0,05)²

n = 91

1 + 91 (0,0025)

n = 91

1 + 0,3

n = 91

1,3

**n = 70 RM**

Untuk memperoleh data yang dibutuhkan, peneliti menggunakan teknik pengumpulan data, yaitu sebagai berikut:

Metode observasi

Suatu metode yang dilakukan dengan meneliti, melihat, dan mencatat kelengkapan pengisian resume medis pasien rawat inap pada bulan Juli 2021

Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data, dimana penelitian mendapatkan keterangan secara lisan dari sasaran penelitian. Maka disini peneliti melakukan wawancara kepada kepala rekam medis untuk mengetahui penyebab ketidak lengkapan pengisian resume medis pasien rawat inap pada bulan Juli 2021

Instrumen penelitian yang digunakan untuk membantu dalam proses pengumpulan data adalah :

1. Pedoman wawancara yaitu daftar pertanyaan yang diajukan kepada kepala unit rekam medis dan bagian terkait dalam pengolahan berkas rekam medis.
2. Pedoman observasi yaitu hasil yang diperoleh selama kegiatan observasi untuk pengumpulan data yang berkaitan dengan judul yang diambil.
3. Daftar Tilik Untuk mencatat rekapitulasi kelengkapan pengisian resume medis rawat inap

Teknik dan analisa pengolahan data pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Melihat isi data formulir resume medis rawat inap yang dijadikan sampel bulan Juli 2021
2. Memberikan ceklis pada tabel analisa kuantitatif untuk data identifikasi pasien, pencatatan penting, pencatatan autentifikasi, dan pencatatan yang baik.
3. Melakukan rekapitulasi rata-rata kelengkapan pengisian resume medis pasien rawat inap bulan Juli 2021.

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

**Analisa Kuantitatif Kelengkapan Resume Medis**

Review Kelengkapan Identitas Pasien Pada Bulan Juli 2021

Komponen pengisian kelengkapan identias pasien dari 70 rekam medis yang dianalisa, rata-rata kelengkapannya 89%. Presentase tertinggi kelengkapan identitas pasien pada lembar resume medis terdapat pada item no. rekam medis sebesar 93%, sedangkan presentase terendah terdapat pada tanggal lahir sebesar 86%.

1. Review Kelengkapan Catatan yang Penting Pada Bulan Juli 2021

Komponen pengisian kelengkapan catatan yang penting dari 70 rekam medis yang dianalisa, rata-rata kelengkapannya adalah 86%, perentase tertinggi kelengkapan catatan yang penting pada lembar resume medis terdapat pada item tanggal pulang rawat sebesar 91%, sedangkapan presentase terendah pada item pemeriksaan fisik sebesar 80%

1. Review Kelengkapan Autentifikasi Penulis Pada Bulan Juli 2021

Komponen pengisian kelengkapan autentifikasi penulis dari 70 rekam medis yang dianalisa, rata-rata kelengkapannya adalah 81%, perentase tertinggi kelengkapan catatan yang penting pada lembar resume medis terdapat pada item nama sebesar 87%, sedangkapan presentase terendah pada item tanggal dan waktu sebesar 77%.

1. Review Kelengkapan Catatan yang Baik Pada Bulan Juli 2021

Komponen pengisian kelengkapan catatan yang baik dari 70 rekam medis yang dianalisa, rata-rata kelengkapannya adalah 9%, perentase tertinggi kelengkapan catatan yang baik pada lembar resume medis terdapat pada item tida ada tip-ex sebesar 3%, sedangkapan presentase terendah pada item tidak ada coretan sebesar 14%

1. Rekapitulasi Analisis Kuantitatif Resume Medis pada Bulan Juli 2021

Rekapitulasi analisa kuantitatif dari 70 rekam medis yang dianalisa, rata-rata kelengkapannya adalah 87%, perentase tertinggi kelengkapannya terdapat pada komponen tidak ada tip-ex sebesar 91%, sedangkapan presentase terendah pada komponen autentifikasi penulis sebesar 81 %

Berdasarkan hasil penelitian yang telah diuraikan pada bab IV maka dari itu pembahasan dalam penelitian analisa kelengkapan pengisian resume medis pasien pulang rawat di RS Dr. Cipto Mangunkusumo difokuskan pada:.

1. Kelengkapan Pengisian Identifikasi Pasien Pada Formulir Resume Medis

Komponen pengisian kelengkapan identias pasien dari 70 rekam medis yang dianalisa, rata-rata kelengkapannya 89%. Presentase tertinggi kelengkapan identitas pasien pada lembar resume medis terdapat pada item no. Rekam medis sebesar 93%, sedangkan presentase terendah terdapat pada tanggal lahir sebesar 86%.

1. Kelengkapan Pengisian Catatan Yang Penting Pada Formulir Resume Medis

Komponen pengisian kelengkapan catatan yang penting dari 70 rekam medis yang dianalisa, rata-rata kelengkapannya adalah 86%, perentase tertinggi kelengkapan catatan yang penting pada lembar resume medis terdapat pada item tanggal pulang rawat sebesar 91%, sedangkapan presentase terendah pada item pemeriksaan fisik sebesar 80%

1. Kelengkapan Autentifikasi Penulis Pada Formulir Resume Medis

Komponen pengisian kelengkapan autentifikasi penulis dari 70 rekam medis yang dianalisa, rata-rata kelengkapannya adalah 81%, perentase tertinggi kelengkapan catatan yang penting pada lembar resume medis terdapat pada item nama sebesar 87%, sedangkapan presentase terendah pada item tanggal dan waktu sebesar 77%.

1. Pendokumentasian Catatan yang Baik Pada Formulir Resume Medis

Komponen pengisian kelengkapan catatan yang baik dari 70 rekam medis yang dianalisa, rata-rata kelengkapannya adalah 9%, perentase tertinggi kelengkapan catatan yang baik pada lembar resume medis terdapat pada item tidak ada tip-ex sebesar 3%, sedangkapan presentase terendah pada item tidak ada coretan sebesar 14%

PENUTUP

Kesimpulan

Dari pembahasan di atas, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Pengisian resume medis pasien pulang rawat belum berjalan dengan baik, dengan masih adanya tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan pasien belum mengisi resume medis secara lengkap dengan hasil perhitungan kelengkapan resume medis di bawah 100 %.
2. Berdasarkan hasil penelitian diketahui rekapitulasi analisa kuantitatif dari 70 rekam medis yang dianalisa, rata-rata kelengkapannya adalah 87%, perentase tertinggi kelengkapannya terdapat pada komponen tida ada tip-ex sebesar 91%, sedangkapan presentase terendah pada komponen autentifikasi penulis sebesar 81 %

Saran

1. Perlu dilakukan sosialisasi mengenai SPO pengisian resume medis pasien pulang rawat oleh penanggung jawab rekam medis terhadap seluruh tenaga kesehatan yang terkait langsung dengan pengisian resume medis.
2. Untuk menginkatkan angka kelengkapan pengisian resume medis pasien pulang rawat sebaiknya bagian rekam medis membuat standar untuk kelengkapan rekam medis agar diketahui standar kelengkapan yang ada di RSCM .

DAFTAR PUSTAKA

[1] Kemenkes RI, 2017, *Bahan Ajar Rekam Medis dan Informasi Kesehaatan*, Jakarta

[2] Budi, Savitri, 2011, *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*, Quantum Sinergi Media, Yogyakarta

[3] Hatta, Gemala R, 2008, *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. UI-Press Jakarta

[4] Widjaja, Lily, 2018, *Audit Pendokumentasian Rekam Medis*, Esa Unggul, Jakarta

[5] Kementerian Kesehatan, 2008, Permenkes no. 269/MenKes/Per/XII/2008 *tentang Rekam Medis*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta

[6] Maranatha, 2016, *Analisa Kelengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis Rawat Inap*. Jakarta

[7] Kemenkes, 2018, *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia,* Direktorat Jendral Bina Pelayanan Medik, Jakarta

[8] UU RI No. 44, *tentang rumah sakit*, 2009.

[9] Permenkes 340 / Menkes / Per iii, *tentang klasifikasi rumah sakit, 2010*.

HALAMAN INI SENGAJA DIKOSONGKAN