

Analisis kelengkapan dokumen rekam Medis Rumah Sakit Duren Sawit tahun 2004

Otty Mitha Sevianti, author

Deskripsi Lengkap: <https://lib.ui.ac.id/detail?id=78479&lokasi=lokal>

Abstrak

Salah satu fungsi yang paling utama dari sebuah rumah sakit adalah untuk menyediakan perawatan berkualitas tinggi terhadap semua orang termasuk pasien. Badan pemerintahan di rumah sakit, dalam hal ini pimpinan rumah sakit bertanggungjawab secara hukum maupun moral atas kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien ataupun mereka yang datang ke fasilitas pelayanan tersebut. Tanggungjawab ini kemudian didelegasikan kepada tenaga medis, keperawatan dan staf medis professional lainnya.

Staf di dalam fasilitas pelayanan kesehatan rumah sakit berpegang pada praktisi informasi kesehatan untuk menganalisis dokumentasi rekam medis dan yang memperingatkan mereka akan adanya kekurangan atau inkonsistensi sehingga menyebabkan rekam medis menjada tidak lengkap atau tidak akurat. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan berhak memutuskan jenis analisis yang akan dilakukan dan mengacu pada cara dokumentasi mereka dan kebijakan dari staf medis. Salah satu dari jenis analisis tersebut adalah analisis kuantitatif.

Analisis kuantitatif dilakukan oleh praktisi informasi kesehatan dengan mengidentifikasi lembaran rekam medis yang tidak lengkap. Komponen dasar dari analisis kuantitatif meliputi telaahan rekam medis untuk: identifikasi penderita yang benar di setiap lembarnya, keberadaan seluruh laporan yang diperlukan, bukti keabsahan di semua lembaran dan praktek pencatatan yang baik.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi angka ketidaklengkapan rekam medis rawat inap dan untuk mengidentifikasi faktor - faktor penyebab terjadinya ketidaklengkapan rekam medis rawat inap Rumah sakit Duren Sawit.

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan cross sectional dan menggunakan checklist dan wawancara mendalam.

Hasil penelitian menunjukkan 62,50% nama penderita tidak tercantum, 72,22% nomor rekam medis tidak ada, 79,17% laporan - laporan yang diperlukan tidak ada dalam berkas rekam medis, 65,25% laporan keperawatan hilang, 84,72% tanpa nama pengisi rekam medis, 79,17% tidak mencantumkan waktu pemberian pelayanan medis dan 100% praktek pengkoreksian yang tidak sesuai acuan. Jumlah petugas rekam medis yang bertugas untuk mengevaluasi setiap berkas rekam medis yang rnasuk sangat kurang. Petugas tidak mempunyai SOP yang inendasari pekerjaannya sehingga tugas analisis tidak dapat dilakukan setiap hari. Evaluasi pelaksanaan rekam medis tidak mempunyai jadwal tertentu. Petugas rekam medis mempunyai kesulitan dalam menjalin komunikasi dengan tenaga medis dan pararnedis, terutama yang berkaitan dengan hasil evaluasi kelengkapan berkas rekam medis. Kelalaian dokter dan perawat dalam

menyalin identitas penderita, kehadiran laporan yang perlu, bukti keabsahan dan praktek pencatatan yang baik. Kebijakan yang dikeluarkan panitia rekam medis tentang sanksi kedisiplinan belum ada serta evaluasi kerja panitia dan tindak lanjut hasil telaahan belum dapat berjalan dengan lancar. Pimpinan rumah sakit perlu membenahi kebijakan khususnya untuk panitia rekam medis dan SOP bagi staf, serta penyediaan tenaga rekam medis yang memadai.

Saran yaitu peningkatan kemampuan dan ketrampilan petugas rekam medis dengan adanya pelatihan, pembuatan formulir pemberitahuan untuk tenaga pengisi rekam medis yang lalai untuk melengkapinya, memeriksa rekam medis sebelum dikembalikan ke subsie rekam medis, mengadakan seminar sehari untuk staf medis dan perawat untuk mensosialisasikan instruksi pengisian rekam medis yang benar, pertemuan rutin untuk mengevaluasi hasil telaahan analisis kuantitatif, membuat kebijakan tentang sanksi kedisiplinan serta membuat SOP untuk semua personil yang terkait. Hal terpenting adalah adanya manajemen resiko untuk meminimalkan resiko yang ditimbulkan oleh rekam medis yang tidak lengkap.

Daftar Pustaka: 25 (1986 -- 2004).

Analyzing the Completeness of Inpatient Medical Record in Duren Sawit Hospital 2004 Jakarta
The primary function of a hospital is to provide high quality patient care to all persons, including inpatients. The governing body of the hospital is both legally and morally responsible for the quality of care rendered to all patients within or attending a facility. This responsibility is in turn delegated to medical, nursing and other health professional staff.

A health care facility's staff relies on health information practitioners to analyze medical record documentation and notify them of omissions or inconsistencies which make the medical record incomplete or inaccurate. Each health care facility decides on the type of analyses to be done according to their documentation and medical staff policies. One of the analyses type is quantitative analysis.

Quantitative analysis is performed by health information practitioners to identify areas of the medical record that are incomplete. The basic components of quantitative analysis include a review of the medical record for: correct patient identification on every form, presence of all necessary reports, required authentication on all entries, and good recording practice.

The objective of this research is to identify the incompleteness of inpatient medical records and to identify factors that caused incompleteness of inpatient medical records in Duren Sawit Hospital.

This is a qualitative research with a cross sectional approach using checklist and in depth interviews.

Results are 62,50% blank patient's names, 72,22% blank medical record numbers, 79,17% incomplete reports, 65,28% missing nursing reports, 84,32% without provider's name on it, 79,17% didn't write time of care given by the provider and 100% bad recording practice. Numbers of health information practitioners are below the standard, practitioners do not have SOP for their work guidance, there is no monthly schedule to evaluate medical record. Practitioners have difficulties to communicate with doctors and nurses. Doctors and nurses do not write correct patient identification. Presence of all necessary reports, required

authentication on all entries, and good recording practice. There is no disciplinary action to be taken for those who have incomplete medical records. Hospital director must set SOP for all the hospital staff.

Suggestions: more in-house training for the medical record practitioners, query for the medical staff and nurses to warn them about incomplete medical record, check status before return the medical record, to hold an internal one day seminar for medical staff and nurses, routine meeting to evaluate the findings from quantitative analysis, SOP for the medical record practitioners. The most important thing is to have a risk based management to minimized the risk occurred by the incomplete medical records.

Bibliography: 25 (1986 -- 2004)</i>