

Tinjauan Ketidaklengkapan dan Ketidakjelasan Dokter Penanggung Jawab Pasien Dalam Penulisan Diagnosa Utama Pada Lembar Keluar Masuk Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di RSUD Muhammadiyah Ponorogo

Intan Puspitarini Putri

STIKes Buana Husada Ponorogo; intanpuspita922@gmail.com (koresponden)

Dwi Nurjayanti

STIKes Buana Husada Ponorogo

Ani Rosita

STIKes Buana Husada Ponorogo

ABSTRACT

The incomplete summary of entry-exit, then as a whole will cause the quality of medical records to be poor and followed by poor quality of the hospital, as a result of items of in-exit summary that are not completely filled out. The research objective was to determine the incompleteness and ambiguity of the DPJP in writing the main diagnoses on the entry and exit sheet in DRMRI at RSUD Muhammadiyah Ponorogo. This research approach is qualitative. The population was 600 sheets in-out DRMRI. The research variables were the incompleteness and ambiguity of the DPJP in writing the main diagnoses on the DRMRI entry and exit sheet at the Muhammadiyah Hospital Ponorogo. The results of the study were as follows: percentage of clear and complete writing was 25 sheets (29.1%), clear and incomplete writing was 19 sheets (22.1%), unclear and complete writing was 10 sheets (11.6%), writing unclear and incomplete was 32 sheets (37.1%). The percentage of incompleteness and lack of clarity is greater than the percentage of clarity and completeness of writing the main diagnoses on the DRMRI exit sheet at Muhammadiyah Hospital, Ponorogo.

Keywords: DRMRI entry-exit sheet; incompleteness and ambiguity; the main diagnosis

ABSTRAK

Tidak lengkapnya ringkasan masuk-keluar, maka secara keseluruhan akan menyebabkan mutu rekam medis menjadi kurang baik dan diikuti dengan mutu rumah sakit yang kurang baik pula, sebagai akibat dari item-item ringkasan masuk-keluar yang tidak terisi dengan lengkap. Tujuan penelitian adalah mengetahui ketidaklengkapan dan ketidakjelasan DPJP dalam penulisan diagnosa utama pada lembar masuk-keluar dalam DRMRI di RSUD Muhammadiyah Ponorogo. Pendekatan penelitian ini adalah kualitatif. Populasi adalah 600 lembar masuk-keluar DRMRI. Variabel penelitian adalah ketidaklengkapan dan ketidakjelasan DPJP dalam penulisan diagnosa utama pada lembar keluar masuk DRMRI di RSUD Muhammadiyah Ponorogo. Hasil penelitian adalah sebagai berikut: persentase penulisan jelas dan lengkap adalah 25 lembar (29,1%), penulisan jelas dan tidak lengkap adalah 19 lembar (22,1%), penulisan tidak jelas dan lengkap adalah 10 lembar (11,6%), penulisan tidak jelas dan tidak lengkap adalah 32 lembar (37,1%). Persentase ketidaklengkapan dan ketidakjelasan lebih besar daripada persentase kejelasan dan kelengkapan penulisan diagnosa utama pada lembar keluar masuk DRMRI di RSUD Muhammadiyah Ponorogo.

Kata kunci: lembar masuk-keluar DRMRI; ketidaklengkapan dan ketidakjelasan; diagnosa utama

PENDAHULUAN

Rekam medis wajib dibuat sesegera mungkin dan dilengkapi isinya setelah pasien menerima suatu bentuk layanan kesehatan, artinya setiap kali terjadi transaksi terapeutik (pemberian layanan kesehatan) maka wajib dibuat rekam medis oleh yang memberi layanan. Kondisi ini berlaku baik untuk layanan rawat inap, rawat jalan, maupun rawat darurat. Secara ringkas dapat disebutkan bahwa Rekam medis wajib dibuat sesegera mungkin setiap kali terjadi layanan kesehatan di manapun dan dalam bentuk apapun. Maksud dari sesegera mungkin di sini bertujuan untuk menghindari kemungkinan lupa. Semakin lama jarak waktu antara kejadian dengan pembuatan rekam medis akan semakin besar kemungkinan lupa terhadap detail dari kejadiannya. Dengan

dibuat sesegera mungkin maka rekam medis diharapkan dapat bersifat akurat, yaitu sesuai dengan apa yang terjadi. Anjuran umum untuk pembuatan rekam medis adalah : segera tulis yang kamu lakukan dan segera lakukan yang kamu tulis ⁽¹⁾.

Berdasarkan pengamatan di RSUD Muhammadiyah Ponorogo peneliti telah melakukan studi pendahuluan di RSUD Muhammadiyah Ponorogo terjadi ketidaklengkapan dan ketidakjelasan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan dalam Penulisan Diagnosa Utama pada Lembar Keluar Masuk Dokumen Rekam Medis Rawat Inap. Survey awal ketidaklengkapan dan ketidakjelasan diagnosa utama pada lembar ringkasan keluar masuk pada bulan Oktober 2017 terdapat 514 kepatuhan DPJP untuk kelengkapan dan kejelasan penulisan diagnosa utama, 86 ketidaklengkapan dan ketidakjelasan penulisan diagnose utama dari 600 total pasien rawat inap pada bulan Oktober 2017 dengan persentase 65% kepatuhan DPJP untuk kelengkapan dan kejelasan penulisan diagnosa utama, 35% ketidaklengkapan dan ketidakjelasan penulisan diagnose utama dari 100% total seluruh pada bulan Oktober 2017 dan 100% standart dari DEPKES RI ⁽²⁾. Tulisan dokter yang terlalu sulit dibaca sehingga dapat memperlambat sistem pengkodean penyakit (*coding*) dan bisa juga ketidaklengkapan pada penulisan diagnosa utamanya yang mempersulit dan membuat lamanya petugas rekam medis untuk memahaminya.

Adanya masalah di atas peneliti dapat memberi solusi untuk lebih sering mensosialisasikan SOP kepada petugas Rekam Medis maupun Dokter yang bersangkutan dengan rapat sebentar yang bersifat evaluasi SOP di setiap hari sabtu (akhir pekan) setelah selesainya pelayanan dan menempel lembaran SOP pada dinding yang berdekatan dengan ruang kerja petugas Rekam Medis maupun Dokter guna Petugas Rekam Medis lebih sering membacanya dan menerapkan SOP. Evaluasi tersebut dapat memberi acuan untuk menetapkan *reward* maupun *punishment* pada Petugas Rekam Medis maupun Dokter, sehingga dapat menjadi bahan tolok ukur pelayanan yang sudah diberikan Petugas Rekam Medis dan Dokter.

Tujuan dari penelitian ini adalah mengidentifikasi ketidaklengkapan dan ketidakjelasan dokter penanggung jawab pelayanan dalam penulisan diagnosa utama pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap di RSUD Muhammadiyah Ponorogo; menganalisa faktor-faktor ketidaklengkapan dan ketidakjelasan dokter penanggung jawab pelayanan dalam penulisan diagnosa utama pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap di RSUD Muhammadiyah Ponorogo menggunakan *man, method, material*.

METODE

Pendekatan penelitian ini adalah kualitatif. Populasi pada penelitian ini yaitu 600 lembar keluar masuk pada dokumen Rekam Medis rawat inap di RSUD Muhammadiyah Ponorogo. Sampel dalam penelitian ini adalah 86 lembar keluar masuk pada dokumen Rekam Medis rawat inap. Teknik sampling dalam penelitian ini menggunakan simple random sampling. Teknik penelitian dalam pengumpulan data menggunakan observasi, wawancara, dan lembar *checklist*. Data yang berjenis kategorik dideskripsikan dalam bentuk frekuensi dan persentase. ⁽³⁾

HASIL

Ketidaklengkapan dan Ketidakjelasan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan dalam Penulisan Diagnosa Utama pada Lembar Keluar Masuk Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di RSUD Muhammadiyah Ponorogo.

Berdasarkan Hasil Penelitian terhadap lembar keluar masuk dokumen rekam medis pasien rawat inap di RSUD Muhammadiyah Ponorogo yang berjumlah 86 dengan menggunakan instrumen penelitian *checklist*, observasi dan wawancara terhadap lembar keluar masuk dokumen rekam medis pasien rawat inap dapat diuraikan sebagai berikut:

Tabel 1. Ketidaklengkapan dan ketidakjelasan dokter penanggung jawab pasien dalam penulisan diagnosa utama pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap di RSUD Muhammadiyah Ponorogo

No	Penulisan Diagnosa	Jumlah	Persentase
1	Jelas dan Lengkap	25	29,1
2	Jelas dan Tidak Lengkap	19	22,1
3	Tidak Jelas dan Lengkap	10	11,6
4	Tidak Jelas dan Tidak Lengkap	32	37,2
	Jumlah	86	100

Berdasarkan Tabel 1 dapat diketahui persentase ketidaklengkapan dan ketidakjelasan dokter penanggung jawab pasien dalam penulisan diagnosa utama pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap di RSU Muhammadiyah Ponorogo yaitu penulisan diagnose yang jelas dan lengkap berjumlah 25 pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap dengan hasil persentase 29,1%, penulisan diagnose yang jelas dan tidak lengkap berjumlah 19 pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap dengan hasil persentase 22,1%, penulisan diagnose yang tidak jelas dan lengkap berjumlah 10 pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap dengan hasil persentase 11,6%, penulisan diagnose yang tidak jelas dan tidak lengkap berjumlah 32 pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap dengan hasil persentase 37,1%. Hal tersebut menunjukkan persentase ketidaklengkapan dan ketidakjelasan dokter penanggung jawab pasien dalam penulisan diagnose utama pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap lebih besar dari pada persentase kejelasan dan kelengkapan dokter penanggung jawab pasien dalam penulisan diagnose utama pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap di RSU Muhammadiyah Ponorogo.

Analisis Faktor-Faktor Ketidaklengkapan dan Ketidakjelasan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan dalam Penulisan Diagnosa Utama pada Lembar Keluar Masuk Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di RSU Muhammadiyah Ponorogo.

Berikut merupakan wawancara terhadap petugas rekam medis pada tanggal 19 April 2018 di RSU Muhammadiyah Ponorogo untuk mengetahui ketidaklengkapan dan ketidakjelasan dokter penanggung jawab pasien dalam penulisan diagnose utama pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap.

“Petugas rekam medis mengatakan pengisian diagnose utama pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap ada yang lengkap dan ada yang tidak lengkap begitu juga dengan pengisian diagnose utama pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap petugas rekam medis mengatakan sebagian ada yang jelas dan sebagian ada yang tidak jelas. Lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap yang dikatakan lengkap itu yang terisi semua termasuk diagnose utama begitu juga dengan lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap yang dikatakan jelas itu yang bisa terbaca jelas dan mudah dimengerti oleh petugas rekam medis. Petugas rekam medis mengatakan sebenarnya sudah ada SOP atau juklis untuk pengisian diagnose utama pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap. Kendala yang sering terjadi jika ada penulisan diagnosa pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap yang tidak lengkap dan tidak jelas yaitu semakin lamanya waktu pengkodean dalam satu berkas rekam medis dalam satu hari, sedangkan pasien dalam satu hari saja banyak, jadi kurangnya keefektifan dalam bekerja.”

Berikut merupakan wawancara terhadap Dokter penanggung jawab pasien pada tanggal 15 Mei 2018 di RSU Muhammadiyah Ponorogo untuk mengetahui ketidaklengkapan dan ketidakjelasan dokter penanggung jawab pasien dalam penulisan diagnose utama pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap.

“Dokter X mengatakan bahwa mengetahui dampak apabila pengisian diagnose utama pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap tidak lengkap dan Dokter X juga mengatakan bahwa mengetahui dampak apabila pengisian diagnose utama pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap tidak jelas, seperti klaim di BPJS berkurang jika pasien rawat inap BPJS, jika pasien umum riwayat penyakit tidak berkesinambungan, evaluasi control berkurang. Dokter X mengatakan bahwa mengetahui pengisian kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap 2 x 24 jam setelah pasien pulang. Dokter X mengatakan tidak tau pengisian lembar keluar masuk Dokumen Rekam Medis sudah sesuai SOP Mekanisme Pengisian Berkas Rekam Medis apa belum, karena tidak pernah atau belum pernah di sosialisasikan. Dokter X mengatakan tidak tau ada apa tidaknya SOP yang mengatur tentang pengisian lembar keluar masuk Dokumen Rekam Medis. Menurut Dokter X susunan formulir lembar keluar masuk Dokumen Rekam Medis sudah sistematis.”

PEMBAHASAN

Pembahasan pada Hasil penelitian ini yaitu Tinjauan Ketidaklengkapan dan Ketidakjelasan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan dalam Penulisan Diagnosa Utama pada Lembar Keluar Masuk Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di RSUD Muhammadiyah Ponorogo.

Ketidaklengkapan dan Ketidakjelasan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan dalam Penulisan Diagnosa Utama pada Lembar Keluar Masuk Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di RSUD Muhammadiyah Ponorogo

Rekam medis rawat inap dengan hasil persentase 29,1%, penulisan diagnosa yang jelas dan tidak lengkap berjumlah 19 pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap dengan hasil persentase 22,1%, penulisan diagnose yang tidak jelas dan lengkap berjumlah 10 pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap dengan hasil persentase 11,6%, penulisan diagnose yang tidak jelas dan tidak lengkap berjumlah 32 pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap dengan hasil persentase 37,1%. Hal tersebut menunjukkan persentase ketidaklengkapan dan ketidakjelasan dokter penanggung jawab pasien dalam penulisan diagnose utama pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap lebih besar dari pada persentase kejelasan dan kelengkapan dokter penanggung jawab pasien dalam penulisan diagnose utama pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap di RSUD Muhammadiyah Ponorogo.

Kendala yang di alami petugas rekam medis di RSUD Muhammadiyah Ponorogo dalam mengkode diagnose utama yang tidak lengkap dan tidak jelas yaitu, jika diagnose utama tidak lengkap dengan cara membuka-buka riwayat pasien sebelumnya pada diagnose awal sebagai pertimbangan acuan untuk menulis pada diagnose utamanya, sedangkan diagnose utama itu yang wajib menulis adalah dokter penanggung jawab pasien dan diagnose awal itu belum pasti jadi acuan untuk menentukan diagnose utama pada pasien dan jika ada yang tidak jelas petugas rekam medis mengatakan entah bagaimana cara dari petugas rekam medis agar tulisan itu terbaca, entah dengan mengeja atau bertanya pada petugas disampingnya dengan melihat-lihat riwayat penyakit pasien sebelumnya, disinilah yang jadi kendala pada petugas rekam medis untuk bekerja sedangkan petugas rekam medis bekerja juga mempunyai SOP yang menjadi dasar untuk bekerja.

Ketidaklengkapan dan ketidakjelasan dokter penanggung jawab pasien mengakibatkan lamanya diagnose utama terkode oleh petugas rekam medis dikarenakan petugas rekam medis kesulitan membaca dan membuka-buka riwayat pasien yang dulu, jika banyak diagnose utama pada berkas rekam medis rawat inap yang tidak lengkap dan tidak jelas, sedangkan dalam satu hari saja banyak pasien yang rawat inap jadi butuh waktu yang lama untuk mengkodennya, jika pada system pengkodean diagnose saja lama otomatis berkas rekam medis rawat inap tidak cepat masuk rak penyimpanan dokumen rekam medis atau filling, petugas rekam medis juga mengatakan mengganggu saat pengambilan kembali atau retrieval berkas rekam medis untuk pasien kontrol, banyak dokumen rekam medis tidak ditemukan pada system penyimpanannya atau filling dikarenakan dokumen rekam medis telat masuk system penyimpanan berkas rekam medis atau filling. Ketidakjelasan dokter penanggung jawab pasien dalam penulisan diagnose utama pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap pun sama mempunyai kendala jika banyak diagnose utama yang tidak jelas maka kelamaan dalam mengkode dan input datanya.

Dokter X di RSUD Muhammadiyah Ponorogo mengetahui jika ketidaklengkapan dan ketidakjelasan penulisan diagnosa utama pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap dapat mengakibatkan petugas rekam medis mengkode diagnosa utama akan kesusahan dan menyita waktu kerja petugas rekam medis, selain itu dalam indexing juga menunggu berkas rekam medis selesai di kode dulu baru bisa di indexing, dan akan mempengaruhi pada preoses penyimpanan atau filling pasti juga akan terhambat menunggu proses pengindexan selesai dahulu berkas baru bisa di simpan.

Selain berdampak pada petugas yaitu berdampak pada rumah sakit, jika ketidaklengkapan dan ketidakjelasan penulisan diagnosa utama pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap mengakibatkan klaim pada pasien BPJS bisa berkurang dikarenakan petugas rekam medis mengira-ngira sendiri kodenya di karenakan dari awal kode tidak terisi. Jika pasien umum yaitu riwayat penyakit untuk kontrol selanjutnya tidak berkesinambungan, dikarenakan petugas rekam medis mengira-ngira sendiri kodenya di karenakan dari awal kode tidak terisi. Evaluasi kontrol juga berkurang. Jika dokter penanggung jawab pasien lupa tidak mengisi biasanya perawat mencoba mengarang diagnosa utama, sedangkan dalam SOP yang mengisi diagnosa utama adalah dokter penanggung jawab pasien. Jika dokter masih ada perawat biasanya juga akan menanyakan kepada dokter tersebut atau mengingatkan dokter penanggung jawab pasien. Dokter juga mengetahui bahwa pengisian kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap 2x24 jam setelah selesai

pelayanan. Se jauh ini Dokter tidak mengetahui bahwa ada SOP mekanisme pengisian berkas rekam medis. Menurut Dokter susunan formulir lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap sudah sistematis.

PERMENKES RI No.269/MENKES/PER/111/2008 tentang rekam medis ⁽²⁾, maka petugas kesehatan diwajibkan untuk mencatat setiap pelayanan dan tindakan yang telah diberikan kepada pasien guna meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Maksud dan tujuan dari peraturan tersebut agar pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan dokumen rekam medis berjalan dengan baik. Rekam medis mempunyai berbagai macam kegunaan, salah satu dalam aspek medis, maksudnya suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut digunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien ⁽⁴⁾.

Rekam medis wajib dibuat sesegera mungkin dan dilengkapi isinya setelah pasien menerima suatu bentuk layanan kesehatan. Artinya setiap kali terjadi transaksi terapeutik (pemberian layanan kesehatan) maka wajib dibuat rekam medis oleh yang memberi layanan. Kondisi ini berlaku baik untuk layanan rawat inap, rawat jalan, maupun rawat darurat. Secara ringkas dapat disebutkan bahwa Rekam medis wajib dibuat sesegera mungkin setiap kali terjadi layanan kesehatan di manapun dan dalam bentuk apapun. Maksud dari sesegera mungkin di sini bertujuan untuk menghindari kemungkinan lupa. Semakin lama jarak waktu antara kejadian dengan pembuatan rekam medis akan semakin besar kemungkinan lupa terhadap detail dari kejadiannya. Dengan dibuat sesegera mungkin maka rekam medis diharapkan dapat bersifat akurat, yaitu sesuai dengan apa yang terjadi. Anjuran umum untuk pembuatan rekam medis adalah : segera tulis yang kamu lakukan dan segera lakukan yang kamu tulis ⁽¹⁾.

Berdasarkan SOP yang telah ada diketahui pelaksanaan SOP belum sepenuhnya berjalan di lahan saat memberi pelayanan. Hal ini dikarenakan SOP kurang di sosialisasikan kepada Dokter Penanggung Jawab Pasien. Untuk mengantisipasi Lengkap dan jelasnya diagnosa utama pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap sebaiknya sepadat-padat nya jadwal dokter penanggung jawab pasien, harus sadar mengisi diagnosa utama dengan lengkap dan jelas sesuai SOP yang telah ada. Kelengkapan dan kejelasan diagnosa utama sangat penting guna meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan kesehatan yang maksimal di rumah sakit. Berdasarkan pelaksanaannya di RSUD Muhammadiyah Ponorogo pengisian lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap belum sepenuhnya diisi secara lengkap dan jelas. SOP sudah sesuai dengan teori yang mengisi lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap adalah dokter akan tetapi kurang disosialisasikan kepada dokter penanggung jawab pasien jadi dokter penanggung jawab pasien belum begitu mengerti tentang keberadaan SOP mekanisme pengisian berkas rekam medis. Guna meningkatkan mutu pelayanan pada rumah sakit seharusnya SOP di jelaskan secara jelas dengan harapan mekanisme pengisian dokter satu dengan dokter yang lainnya sama.

Analisis Faktor-Faktor Ketidaklengkapan dan Ketidakjelasan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan dalam Penulisan Diagnosa Utama pada Lembar Keluar Masuk Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di RSUD Muhammadiyah Ponorogo

Man

Pengetahuan yang berperan penting dalam kelengkapan dan kejelasan dokter penanggung jawab pasien dalam penulisan diagnose utama pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap. Dokter X sudah mengetahui dampak dari ketidaklengkapan dan ketidakjelasan diagnose utama pada lembar keluar masuk Dokumen Rekam Medis rawat inap dan Dokter X sudah mengetahui bahwa pengisian kelengkapan dokumen Rekam Medis rawat inap 2x24 jam setelah selesai pelayanan, hal tersebut pengetahuan tidak menjadi masalah dalam ketidaklengkapan dan ketidakjelasan dokter penanggung jawab pasien dalam penulisan diagnose utama pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap.

Material

Fasilitas penunjang yang di maksud adalah sistematis dalam susunan formulir lembar keluar masuk Dokumen Rekam Medis rawat inap. Pada RSUD Muhammadiyah susunan formulir lembar keluar masuk Dokumen Rekam Medis rawat inap sudah sistematis, tidak menjadi penyebab ketidaklengkapan dan ketidakjelasan dokter penanggung jawab pasien dalam penulisan diagnose utama pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap.

Method

Metode kerja di RSUD Muhammadiyah merupakan faktor utama yang mempengaruhi ketidaklengkapan dan ketidakjelasan dokter penanggung jawab pasien dalam penulisan diagnose utama pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap. Standar Operasional Prosedur tentang mekanisme pengisian berkas rekam medis di RSUD Muhammadiyah Ponorogo sebenarnya ada, tetapi menurut wawancara peneliti terhadap dokter yang bersangkutan SOP tersebut tidak pernah di sosialisasikan sehingga dokter tidak mengerti.

Rekam medis yang lengkap dapat memenuhi standart untuk predikat akreditasi, selain itu rekam medis yang lengkap dapat dijadikan perlindungan hukum bagi pasien, rumah sakit maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya. Dilihat dari pentingnya nilai guna data lembar ringkasan masuk keluar untuk pasien, maka lembar ringkasan masuk keluar harus diisi dengan lengkap, termasuk pengisian diagnosa utama pada lembar ringkasan masuk keluar. Jika diagnosa utama tidak ditulis, ditulis namun tidak jelas atau diagnosa yang ditulis salah dapat menyebabkan kesulitan dalam pemberian kode penyakit dan menyebabkan kurangnya keakuratan penyajian data-data statistik dan pelaporan rumah sakit.

Berdasarkan fakta dan teori yang ada pasti terdapat hambatan-hambatan kerja, akan tetapi hambatan tersebut dapat diminimalisir dengan cara mensosialisasikan SOP mekanisme pengisian berkas rekam medis kepada dokter penanggung jawab pasien agar dokter mempunyai standart minimal untuk melaksanakan kewajibannya.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian ini, maka dapat disimpulkan bahwa: Ketidaklengkapan dan ketidakjelasan penulisan diagnose, yang jelas dan lengkap berjumlah 25 pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap dengan hasil persentase 29,1%, penulisan diagnose yang jelas dan tidak lengkap berjumlah 19 pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap dengan hasil persentase 22,1%, penulisan diagnose yang tidak jelas dan lengkap berjumlah 10 pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap dengan hasil persentase 11,6%, penulisan diagnose yang tidak jelas dan tidak lengkap berjumlah 32 pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap dengan hasil persentase 37,1%. Persentase ketidaklengkapan dan ketidakjelasan lebih besar dibanding persentase kejelasan dan kelengkapan penulisan diagnose utama pada lembar keluar masuk DRMRI di RSUD Muhammadiyah Ponorogo. Faktor-faktor ketidaklengkapan dan ketidakjelasan dokter penanggung jawab pasien dalam penulisan diagnose utama pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap disebabkan pada metode, kurangnya sosialisasi tentang SOP mekanisme pengisian berkas rekam medis terhadap dokter penanggung jawab pasien.

Berdasarkan hasil penelitian ini, peneliti memberikan saran yang dapat digunakan untuk meningkatkan Kelengkapan dan Kejelasan dokter penanggung jawab pasien dalam penulisan diagnose utama pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap di RSUD Muhammadiyah Ponorogo sebagai berikut:

1. Diharapkan lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap masuk dalam tinjauan ketidaklengkapan pengisian catatan medis (KLPCM) agar dapat meminimalisir terjadinya ketidaklengkapan dan ketidakjelasan dalam penulisan diagnosa utama. Sehingga mengetahui persentase ketidaklengkapan dan ketidakjelasan untuk bahan evaluasi selanjutnya.
2. Diharapkan Dokter Penanggung Jawab Pasien dapat bekerja sama dalam penyelenggaraan mutu rekam medis dengan baik. Diharapkan Direktur Rumah Sakit lebih sering mensosialisasikan SOP mekanisme pengisian berkas rekam medis kepada Dokter Penanggung Jawab Pasien agar Dokter Penanggung Jawab Pasien mempunyai standar pencapaian minimal dalam kewajiban bekerja.
3. Diharapkan rumah sakit memberi pengontrolan, sanksi, *reward*, *punishment* yang tegas terhadap dokter penanggung jawab pasien yang mempunyai persentase tinggi dalam menulis tidak lengkap maupun tidak jelas, guna bahan intrefeksi diri untuk sebuah semangat atau batu loncatan dalam bekerja.
4. Diharapkan kepada pihak manajemen lebih meningkatkan pengetahuan dokter tentang pemahaman pentingnya kelengkapan dan kejelasan diagnose utama pada lembar keluar masuk dokumen rekam medis rawat inap.

DAFTAR PUSTAKA

1. Indradi, Rano, 2017, *Rekam Medis*. Tangerang Selatan : Universitas Terbuka.
2. PERMENKES No. 269/Menkes/Per/III/2008, *Rekam Medis*.

3. Nugroho HSW. Analisis Data Secara Deskriptif untuk Data Kategorik. Ponorogo: Forum Ilmiah Kesehatan (FORIKES); 2014.
4. Rustiyanto E. *Statistik Rumah Sakit untuk Pengambilan Keputusan*. Yogyakarta : Graha Ilmu; 2010.