

## **BAB 2**

### **KAJIAN PUSTAKA**

#### **2.1 Rumah Sakit**

##### **2.1.1 Pengertian Rumah Sakit**

Menteri Kesehatan No.983/Menkes/SK/XI/1992 yaitu "sarana upaya kesehatan dalam menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian".

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.

##### **2.1.2 Fungsi Rumah Sakit**

Berdasarkan Undang-undang RI. No. 44 Tahun 2009, menjelaskan bahwa rumah sakit mempunyai fungsi sebagai berikut :

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

## **2.2 Rekam Medis**

### **2.2.1 Pengertian Rekam Medis**

Permenkes No:269/MenKes/Per/III/2008 yang dimaksud rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

UU No.29 Tahun 2004 pasal 46 ayat (1) tentang praktik kedokteran, rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

### **2.2.2 Tujuan Rekam Medis**

Berdasarkan Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Revisi II dalam bukunya pedoman penyelenggaraan dan prosedur rumah sakit di Indonesia (2006) dinyatakan bahwa :

“Tujuan rekam medis adalah guna menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tidak akan tercipta tertib administrasi rumah sakit sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit”.

### **2.2.3 Kegunaan Rekam Medis**

Berdasarkan Departemen Kesehatan RI (2006:13) kegunaan dan manfaat rekam medis sebagai berikut :

#### **1. Aspek Administrasi**

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan

tanggung jawab sebagai tenaga medis dan perawat dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

2. Aspek Medis

Catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada pasien.

3. Aspek Hukum

Menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

4. Aspek Keuangan

Isi rekam medis dapat dijadikan sebagai bahan untuk menetapkan biaya pelayanan. Tanpa adanya bukti catatan tindakan atau pelayanan, maka pembayaran tidak dapat dipertanggung jawabkan.

5. Aspek Penelitian

Dokumen rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data atau informasi yang dapat digunakan sebagai aspek penelitian.

6. Aspek Pendidikan

Dokumen rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data atau informasi tentang kronologis dari pelayanan medis yang diberikan kepada pasien.

7. Aspek Dokumentasi

Isi rekam medis menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan sarana kesehatan.

#### 2.2.4 Isi Rekam Medis

Permenkes No:269/MenKes/Per/III/2008 data yang harus dimasukkan dalam Rekam medis dibedakan untuk pasien yang diperiksa di unit rawat jalan dan rawat inap dan gawat darurat. Setiap pelayanan baik rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat dapat membuat rekam medis dengan data sebagai berikut:

1. Data pasien rawat jalan yang dimasukkan dalam rekam medis sekurang-kurangnya antara lain:
  - a. Identitas Pasien
  - b. Tanggal dan waktu
  - c. Anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, riwayat penyakit)
  - d. Hasil Pemeriksaan fisik dan penunjang medis.
  - e. Diagnosis
  - f. Rencana penatalaksanaan

- g. Pengobatan dan atau tindakan
  - h. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien
  - i. Untuk kasus gigi dan dilengkapi dengan odontogram klinik
  - j. Persetujuan tindakan bila perlu.
2. Data pasien rawat inap yang dimasukkan dalam rekam medis, sekurang-kurangnya antara lain:
- a. Identitas Pasien
  - b. Tanggal dan waktu
  - c. Anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, riwayat penyakit)
  - d. Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang medis
  - e. Diagnosis
  - f. Rencana penatalaksanaan
  - g. Pengobatan dan atau tindakan
  - h. Persetujuan tindakan bila perlu
  - i. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
  - j. Ringkasan pulang (*discharge summary*)
  - k. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
  - l. Pelayanan lain yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan tertentu
  - m. Untuk kasus gigi dan dilengkapi dengan odontogram klinik.
3. Data pasien rawat inap yang harus dimasukkan dalam rekam medis sekurang-kurangnya antara lain:
- a. Identitas Pasien
  - b. Kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan
  - c. Identitas pengantar pasien
  - d. Tanggal dan waktu
  - e. Hasil Anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, riwayat penyakit)
  - f. Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang medis
  - g. Diagnosis
  - h. Pengobatan dan/atau tindakan
  - i. Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut
  - j. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
  - k. Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain
  - l. Pelayanan lain yang telah diberikan.

### **2.2.5 Penanggung Jawab Pengisian Rekam Medis**

Dirjen Yanmed (2006) pencatatan kegiatan pelayanan medis meliputi rumah sakit sebagai salah satu sarana pelayanan kesehatan yang melakukan pelayanan

rawat jalan maupun rawat inap wajib membuat rekam medis. Yang membuat/mengisi rekam medis adalah dokter dan tenaga kesehatan lainnya:

1. Dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis yang melayani pasien dirumah sakit.
2. Dokter tamu yang merawat pasien dirumah sakit.
3. Residen yang sedang melaksanakan kepaniteraan klinik.
4. Tenaga paramedis perawatan dan tenaga paramedis non perawatan yang langsung terlibat didalamnya antara lain: Perawat, Perawat gigi, Bidan, Tenaga laboratorium klinik, Gizi, Anestesi, Penata rontgen, Rehabilitasi medik dan lain sebagainya.
5. Untuk dokter luar negeri yang melakukan alih teknologi kedokteran yang berupa tindakan/konsultasi kepada pasien, maka yang membuat rekam medis adalah dokter yang ditunjuk oleh direktur rumah sakit.

## **2.3 Rawat Inap**

### **2.3.1 Pengertian Rawat Inap**

Rawat inap adalah kegiatan penderita yang berkelanjutan ke rumah sakit untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang berlangsung lebih dari 24 jam. Secara khusus pelayanan rawat inap ditujukan untuk penderita atau pasien yang memerlukan asuhan keperawatan secara terus menerus (*Continous Nursing Care*) hingga terjadi penyembuhan (M.Nur Nasution, 2010)

### 2.3.2 Alur Rekam Medis di Rawat Inap

Buku pedoman sistem pencatatan rumah sakit yang dikeluarkan oleh Depkes Republik Indonesia Direktorat Jenderal Pelayanan Medis (2006), alur rekam medis rawat inap adalah sebagai berikut:

1. Setiap pasien yang membawa surat permintaan rawat inap dari dokter poliklinik. Unit gawat darurat, meghubungi tempat penerimaan pasien rawat inap, sedangkan pasien rujukan dari pelayanan kesehatan lainnya terlebih dahulu diperiksa oleh dokter rumah sakit yang bersangkutan.
2. Apabila tempat tidur diruang rawat inap yang dimaksud masih tersedia petugas menerima pasien mencatat dalam buku register penerimaan pasien rawat inap: Nama, Nomor Rekam Medis, Identitas pasien dan data sosial lain serta menyiapkan/mengisi data identitas pasien pada lembaran masuk.
3. Untuk rumah sakit yang telah menggunakan sistem komputerisasi, pada saat pasien mendaftar untuk dirawat petugas langsung mengentri data-data pasien meliputi nomor rekam medis, no register, no kamar perawatan dan data-data penunjang lainnya.
4. Apabila dilakukan sistem uang muka, khusus pasien non askes dan dianggap mampu, pihak keluarga pasien diminta menghubungi bagian keuangan untuk membayar uang muka perawatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
5. Petugas penerimaan pasien rawat inap mengirimkan berkas bersama-sama dengan pasiennya keruang rawat inap yang dimaksud.
6. Pasien diterima oleh petugas diruang rawat inap dan dicatat pada buku register.
7. Dokter yang bertugas mencatat tentang riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik, terapi serta semua tindakan yang diberikan kepada pasien pada lembaran-lembaran rekam medis dan menanda tangannya. Perawat atau bidan mencatat pengamatan mereka terhadap pasien dan pertolongan perawatan yang diberikan kepada pasien kedalam catatan perawat yang mereka berikan kepada pasien kedalam catatan perawatan/bidan dan membubuhkan tanda tangannya, serta mengisi lembaran grafik tentang suhu, nadi dan pernapasan seorang pasien.
8. Selama diruang rawat inap, perawat/bidan menambah lembaran-lembaran rekam medis sesuai dengan pelayanan kebutuhan pelayanan yang diberikan kepada pasien.
9. Perawat/bidan berkewajiban membuat sensus harian yang memberikan gambaran mutasi pasien mulai jam 00.00 sampai dengan jam 00.00. Sensus harian dibuat dibuat rangkap 3 ditanda

tangani kepala ruang rawat inap, dikirim ke unit rekam medis, tempat penerimaan pasien rawat inap (sentral opname) dan satu lembar arsip ruang rawat inap. Pengiriman sensus harian paling lambat jam 08.00 pagi hari berikutnya.

10. Petugas ruangan memeriksa kelengkapan rekam medis, sebelum diserahkan ke Instansi Rekam Medis.
11. Setelah pasien keluar dari rumah sakit. Berkas rekam medis pasien segera dikembalikan ke Unit Rekam Medis paling lambat 2 x 24 jam setelah pasien keluar, secara lengkap dan benar.
12. Petugas Instalasi Rekam Medis mengelola berkas Rekam Medis yang sudah lengkap, dimasukkan kedalam kartu Indeks Penyakit, Indeks Operasi, Indeks Kematian, dan sebagainya, untuk membuat laporan dan statistik rumah sakit.
13. Petugas Instalasi Rekam Medis membuat rekapitulasi sensus harian setiap akhir bulan dan mengirimkan ke Subbag/Urusan PPL untuk bahan laporan rumah sakit.
14. Instalasi Rekam Medis menyimpan berkas-berkas rekam medis pasien menurut nomor Rekam Medisnya (apabila menganut sistem sentralisasi, berkas rekam medis pasien rawat jalan dan pasien rawat inap untuk tiap-tiap pasien disatukan).
15. Petugas Instalasi Rekam Medis mengeluarkan berkas rekam medis, apabila ada permintaan baik untuk keperluan pasien berobat ulang atau keperluan lain.
16. Setiap permintaan rekam medis harus menggunakan surat, yang disebut kartu permintaan.
17. Formulir peminjaman rekam medis dibuat rangkap 3 (tiga), satu copy ditempel pada rekam medis, satu copy diletakkan pada rak penyimpanan sebagai tanda keluar, dan satu copy sebagai arsip yang meminta.
18. Berkas rekam medis yang dipinjam terlebih dahulu dicatat pada buku ekspedisi, yang meliputi No. Rekam Medis, Nama Pasien, Nama Petugas Rekam Medis yang mengembalikan, Ruangan Peminjam, Nama Jelas Peminjam, Tanggal Pinjam, Tanggal Kembali, Tanda Tangan Peminjam, Nama Petugas Rekam Medis yang mengecek kembalinya Rekam Medis yang dipinjam.
19. Apabila rekam medis yang dipinjam sudah kembali, dan sudah dicek ke dalam buku ekspedisi peminjaman rekam medis maka catatan rekam medis yang dipinjam yang tulis didalam buku ekspedisi dicoret dan ditulis nama jelas serta ditanda tangani oleh petugas yang mengoreksi rekam medis kembali dan formulir peminjaman rekam medis tersebut dibuat.
20. Rekam medis pasien yang tidak pernah berobat lagi ke rumah sakit selama lima tahun terakhir, dinyatakan sebagai *inactive record*.
21. Dokumen rekam medis yang sudah *inactive record* dikeluarkan dari rak penyimpanan dan disimpan digudang rumah sakit atau dimusnahkan.

## **2.4 Formulir Rekam Medis**

### **2.4.1 Pengertian Formulir Rekam Medis**

Formulir rekam medis didefinisikan sebagai dokumen atau media yang digunakan untuk mencatat atau merekam terjadinya peristiwa pelayanan kesehatan atau transaksi terapeutik (Indradi S, Materi Pokok Rekam Medis, 2016)

### **2.4.2 Formulir Rekam Medis Rawat Inap**

Berdasarkan Depkes (2006) disebutkan bahwa formulir rekam medis rawat inap minimal meliputi :

1. Identitas Pasien
2. Resume Medis
3. Riwayat Penyakit dan Pemeriksaan Jasmani
4. Laporan Kematian (jika pasien meninggal)
5. Surat Keterangan Lahir
6. Pengantar Masuk Rawat Inap (Surat Rujukan)
7. Surat Rujukan Rawat Inap
8. Surat Perpindahan Pasien dari Ruang Perawatan (jika pasien pindah ruang perawatan)
9. *Informed Consent* (jika ada tindakan medis yang diberikan kepada pasien)
10. Catatan dan Instruksi dokter
11. Rekaman Asuhan Keperawatan
12. Catatan Klinis
13. Formulir Obstetri dan ginekologi (untuk pasien obgin)
14. Formulir Laporan Operasi (jika pasien operasi)
15. Formulir hasil-hasil penunjang medik
16. Copy Resep

## **2.5 Formulir Informasi Hak dan Kewajiban Pasien / Keluarga**

Kegiatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan untuk memastikan bahwa pendidikan dan informasi terkait proses pemeriksaan perawatan dan pengobatan yang diberikan sudah diterima dan dimengerti oleh pasien dan keluarga serta mendapat persetujuan dari pasien atau keluarga terdekat.



## **2.6 Formulir *Informed Consent***

### **2.6.1 Pengertian Formulir *Informed Consent***

*Informed consent* menurut Ketentuan Umum Pasal 1 angka 1 Permenkes No. 290 tahun 2008 yaitu persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien.

### **2.6.2 Fungsi dan Tujuan Formulir *Informed Consent***

Berdasarkan J. Guwandi (2006) fungsi dari *Informed Consent* adalah :

1. Promosi dari hak otonomi perorangan;
2. Proteksi dari pasien dan subyek;
3. Mencegah terjadinya penipuan atau paksaan;
4. Menimbulkan rangsangan kepada profesi medis untuk mengadakan introspeksi terhadap diri sendiri;
5. Promosi dari keputusan-keputusan rasional;
6. Keterlibatan masyarakat (dalam memajukan prinsip otonomi sebagai suatu nilai social dan mengadakan pengawasan dalam penyelidikan biomedik.

Berdasarkan J. Guwandi (2006) tujuan dari *Informed Consent* adalah :

1. Melindungi pasien terhadap segala tindakan medis yang dilakukan tanpa sepengetahuan pasien;
2. Memberikan perlindungan hukum kepada dokter terhadap akibat yang tidak terduga dan bersifat negatif, misalnya terhadap *risk of treatment* yang tak mungkin dihindarkan walaupun dokter sudah mengusahakan semaksimal mungkin dan bertindak dengan sangat hati-hati dan teliti.

## **2.7 Formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT)**

Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) merupakan catatan perawatan yang dimiliki oleh pasien secara terintegrasi selama mendapatkan asuhan keperawatan di rawat inap. Di dalam CPPT terdapat informasi mengenai identitas pasien, jam pemberi asuhan, keterangan yang dilakukan, nama dan tanda tangan

pemberi asuhan sebagai tanda bukti bahwa pasien mendapatkan pelayanan sesuai asuhan yang diberikan.

## **2.8 Evaluasi**

### **2.8.1 Pengertian Evaluasi**

Evaluasi adalah pengukuran dan perbaikan dalam kegiatan yang dilaksanakan, seperti membandingkan hasil-hasil kegiatan yang dibuat. Tujuannya agar rencana-rencana yang telah dibuat untuk mencapai tujuan yang ditetapkan dapat terselenggarakan.

Hadi (2011) dalam bukunya yang berjudul Metode Riset Evaluasi, mendefinisikan evaluasi sebagai, “Proses mengumpulkan informasi mengenai objek, menilai objek, dan membandingkannya dengan kriteria, standar dan indikator”.

### **2.8.2 Tujuan dan Fungsi Evaluasi**

Berdasarkan Wirawan (2012) tujuan evaluasi ada beberapa diantaranya adalah:

1. Menilai apakah objek evaluasi telah dilaksanakan sesuai rencana.
2. Mengukur apakah pelaksanaan objek evaluasi sesuai standar.
3. Evaluasi objek dapat mengidentifikasi dan menentukan kekurangan dari objek evaluasi.
4. Pengembangan pengguna dari objek yang dievaluasi.
5. Mengambil keputusan mengenai objek yang dievaluasi.
6. Akuntabilitas.
7. Memberikan saran kepada user.
8. Mengembangkan teori evaluasi dan riset evaluasi.

### **2.8.3 Perhitungan Penilaian Evaluasi**

Memberikan penilaian keakuratan pada lembar kuesioner dan lembar *checklist* pada data yang didapat dalam bentuk persentase. Menurut (sabarguna,

2008) untuk menghitung data yang akan digunakan dan perlu dipelajari statistik secara lebih mendalam dengan cara menggunakan rumus presentase, yaitu :

$$P = \frac{f}{n} \times 100\%$$

Keterangan :

P = Persentase data

f = Frekuensi tiap kategori

n = Jumlah yang diteliti

kesimpulan data hasil observasi yang diperoleh dari persentase akan ditentukan kualitas dengan kriteria sebagai berikut : ( Arikunto,2006)

1. 81% - 100% = Sangat Baik
2. 61% - 80% = Baik
3. 41% - 60% = Cukup Baik
4. 21% - 40% = Kurang Baik
5. 0% - 20% = Sangat Kurang Baik

Untuk mendeskripsikan data hasil kuesioner yang sudah diberikan, penyajian data dalam bentuk tabel sehingga dapat diketahui faktor penyebab ketidaklengkapan pengisian formulir informasi hak dan kewajiban pasien / keluarga, *informed consent*, dan CPPT di RSIA Pusura Tegalsari.

## 2.9 Penelitian Terdahulu

Dalam penelitian Karya Tulis Ilmiah, penulis meneliti dan menggali informasi dari penelitian sebelumnya sebagai bahan perbandingan, baik mengenai kekurangan atau kelebihan yang sudah ada. Berikut referensinya :

1. Yesi Nurmalasari dan Widara Aryanti, dengan judul “Analisis Faktor Ketenagaan yang Berhubungan dengan Kelengkapan Pengisian Rekam Medis pada Pasien Rawat Inap di RS Pertamina Bintang Amin Bandar Lampung Tahun 2018”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui analisis faktor ketenagaan yang berhubungan dengan kelegkapan pengisian rekam medis pada pasien rawat inap di RS Pertamina Bintang Amin Kota Bandar Lampung tahun 2018. Metode dalam penelitian ini adalah analitik observatif dengan pendekatan cross sectional study. Sampel penelitian ini sebanyak 248 data rekam medis rawat inap periode 1 -24 Januari 2018 dan 20 dokter dilihat dari status kepegawaian dan masa kerja di Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin. Pengambilan data menggunakan *simple random sampling*, dianalisis menggunakan Chi-square. Hasil : rekam medis yang diisi lengkap lebih besar sebanyak 138 data (55,6%). Berdasarkan status kepegawaian data rekam medis yang diisi lengkap lebih besar pada kategori tetap yaitu sebanyak 67 data (87%). Berdasarkan masa kerja data rekam yang diisi lengkap lebih besar pada kategori masa kerjanya  $\geq 5$  tahun yaitu sebanyak 73 data (62%). Terdapat hubungan status kepegawaian dokter dengan kelengkapan rekam medis dengan nilai p value = 0,000. Dan hubungan masa kerja dokter dengan kelengkapan rekam medis dengan nilai p value = 0,030.. Persamaan dengan penelitian Yesi N dan Widara A adalah pengambilan data menggunakan *simple random sampling*. Perbedaan penelitiannya adalah rancangan penelitian, dan tujuan penelitian.

2. Hafid Utama dan Erwin Santosa, dengan judul “Evaluasi Mutu Rekam Medis di Rumah Sakit PKU 1 Muhammadiyah Yogyakarta : Studi Kasus pada Pasien Sectio caesaria”. Penelitian ini berisi tentang Beberapa studi mengungkapkan ketidaklengkapan dokumen rekam medis, tulisan dokter yang sulit terbaca dan pengelolaan yang terkesan seadanya.. Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif kualitatif dengan rancangan studi kasus. Subyek penelitian adalah dokter, Manajer pengendalian mutu rekam medis, dan supervisor pengolahan data di unit rekam medis. Data diambil dengan cara observasi, cek dokumen rekam medis, wawancara mendalam kepada subyek penelitian. Mutu Rekam Medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta sudah baik, ada beberapa kelebihan yaitu sudah adanya SOP yang dijadikan standar dalam pengisian rekam medis, sudah maksimalnya upaya penyimpanan, pemusnahan dan kerahasiaan rekam medis,namun ada beberapa kendala diantaranya keterbatasan waktu pengisian rekam medis, kurang maksimalnya upaya pengorganisasian, dan kurang maksimalnya pembinaan dan pengawasan dari pihak manajemen. Persamaan dengan penelitian Hafid H dan Erwin S adalah tentang kelengkapan pengisian rekam medis. Perbedaanya dengan penelitian Hafid H dan Erwin S adalah rancangan penelitian, objek penelitian.
3. Nurhaidah , Tatong Harijanto, Thontowi Djauhari, dengan judul “Faktor-Faktor Penyebab Ketidaklengkapan Pengisian Rekam Medis Rawat Inap di Rumah Sakit Universitas Muhammadiyah Malang”. Penelitian ini

bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang penyebab ketidaklengkapan pengisian rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Universitas Muhammadiyah Malang (RS UMM). Metode analisis data yang digunakan adalah deskriptif. Teknik pengumpulan data dengan cara studi dokumen, wawancara dan observasi. Studi dokumen dilakukan pada 40 rekam medis rawat inap yang belum dilakukan assembling, sedangkan wawancara dilakukan kepada petugas terkait untuk mengetahui faktor-faktor penyebab ketidaklengkapan dokumen rekam medis. Observasi dilakukan untuk melengkapi data hasil wawancara. Hasil studi dokumen pada 40 dokumen rekam medis rawat inap didapatkan bahwa jumlah rekam medis yang tidak diisi lengkap adalah 100%, dengan presentasi ketidaklengkapan yang paling banyak adalah dari dokter. Hasil wawancara dan observasi ditemukan tidak adanya kebijakan, panduan dan SPO pengisian rekam medis, kesadaran dokter untuk mengisi rekam medis kurang, tidak adanya data ketidaklengkapan rekam medis, sistem monitoring dan evaluasi rekam medis tidak efektif dan alur berkas rekam medis rawat inap yang tidak sesuai dengan standar. Sebagai solusi untuk meningkatkan kelengkapan pengisian rekam medis yaitu dengan membuat kebijakan, panduan dan SPO tentang pengisian rekam medis. Persamaan dengan penelitian Nurhaidah , Tatong Harijanto, Thontowi Djauhari adalah menggunakan metode penelitian deskriptif. Perbedaan dengan penelitian Nurhaidah , Tatong Harijanto, Thontowi Djauhari adalah perbedaan rancangan penelitian.