

Potret Kelengkapan Rekam Medis Puskesmas Sebelum dan Setelah Akreditasi (Puskesmas Grogol dan Sukoharjo)

Astri Sri Wariyanti¹, Harjanti², Sri Sugiarsi³
^{1,2,3}STIKES Mitra Husada Karanganya
Email: astri_new89@yahoo.com

Abstract

This research aims to describe the completeness of filling the community health centers medical record. This type of research is descriptive. The sample size was 240 medical record at each the community Health centers. variables in this study: completeness. Data in the study were collected through observation and interviews. The results showed that the completeness of filling the patient's identity had reached 100%; before & after accreditation at Sukoharjo and Grogol Health Centers. The average completeness of authentication before and after the accreditation increased, although it was still below 65%. The completeness of the most important reports is lowest on the diagnostic items both before accreditation; 83 (69.2%) and after accreditation; 115 (95.8%). The procedure for documenting by giving a fixed line in an empty area has not been done by a medical record officer. The conclusion of this research is the conclusion of this research is the technique of recording medical records of health centers is not in accordance with the provisions and needs to be arranged in operational procedures related to these matters

Keywords: *Completeness, medical record, community health center*

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran kelengkapan pengisian rekam medis sebelum dan setelah pelaksanaan akreditasi. Jenis penelitian ini adalah deskriptif. Penelitian dilakukan di Puskesmas Grogol dan Sukoharjo pada bulan Maret s.d Juni 2019. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh dokumen rekam medis pasien rawat jalan tahun 2017 s.d 2018. Sampel sebesar 240 dokumen rekam medis pada masing – masing puskesmas ditentukan dengan *purposive sampling*. Sebagai variabelnya adalah kelengkapan pengisian rekam medis. Data dikumpulkan dengan cara observasi menggunakan lembar observasi dan wawancara dengan pemberi pelayanan kesehatan. Analisis data penelitian dilakukan secara deskriptif. Hasil penelitian menunjukkan menunjukkan bahwa kelengkapan pengisian identitas pasien telah mencapai 100%; sebelum & sesudah akreditasi di Puskesmas Sukoharjo dan Grogol. Rata – rata kelengkapan pengisian autentifikasi sebelum dan sesudah akreditasi terjadi peningkatan, meskipun masih dibawah 65%. Kelengkapan laporan penting paling rendah terdapat pada item diagnosis baik sebelum akreditasi; 83(69,2%) maupun sesudah akreditasi; 115(95,8%). Tata cara pendokumentasian dengan pemberian garis tetap pada area kosong belum dilakukan oleh petugas rekam medis. Simpulan penelitian ini adalah cara pendokumentasian rekam medis puskesmas belum sesuai dengan ketentuan dan perlu disusun standar prosedur operasional terkait hal tersebut.

Kata kunci: Kelengkapan, rekam medis, puskesmas

Pendahuluan

Akreditasi wajib bagi puskesmas untuk diselenggarakan. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan fasilitas pelayanan kesehatan. Salah satu standar penilaian yang ditetapkan dalam akreditasi puskesmas adalah kelengkapan pengisian rekam medis. Kelengkapan pengisian rekam medis ini sangat penting dan diperlukan guna

menjamin kesinambungan pelayanan, memantau perkembangan pasien terhadap asuhan yang diberikan tenaga kesehatan.¹

Rekam medis berisi informasi penting dan utama tentang proses asuhan pasien dan perkembangan pasien sehingga berfungsi sebagai alat komunikasi antar praktisi pemberi asuhan pasien, untuk itu rekam medis harus selalu tersedia setiap pasien berkunjung

ke puskesmas. Catatan pada rekam medis yang baik dan lengkap sangat bermanfaat bagi petugas kesehatan untuk memudahkan dalam penentuan strategi pengobatan pasien (Mongli, 2006).

Yulian (2016) dalam penelitiannya “Pemenuhan Standar Manajemen informasi – rekam medis di Puskesmas” ditemukan bahwa nilai capaian rata – rata adalah 65 pada kriteria rekam berisi informasi yang memadai dan dijaga kerahasiaannya tentang identifikasi pasien, dokumentasi prosedur kajian, masalah, kemajuan pasien dan hasil asuhan. Satu diantara sebelas (11) indikator yang terkait dengan area klinik yang terkait kelengkapan data pasien adalah indikator: Ketersediaan, kelengkapan isi dan penggunaan Rekam Medis (RM). Lebih lanjut dijelaskan bahwa untuk menjaga mutu rekam medis maka instansi rumah sakit/puskesmas melakukan analisis kelengkapan berkas rekam medis secara reguler. Hal tersebut akan berpengaruh terhadap status akreditasi puskesmas.

Pengkajian pasien rawat jalan meliputi asesmen medis dan asesmen keperawatan. Hasil asesmen harus dicatat dalam lembar catatan medis pasien rawat jalan. Informasi yang harus terdapat dalam rekam medis rawat jalan sekurang – kurang nya adalah identitas pasien(nama lengkap, nomor dokumen & tanggal lahir), Tanggal&waktu pengkajian, hasil anamnesis (keluhan&riwayat pasien), hasil pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang medik, diagnosis, rencana penatalaksanaan, pengobatan dan atau tindakan, pelayanan yang telah diberikan kepada pasien, untuk kasus pasien gigi dilengkapi dengan odontogram klinik; persetujuan tindakan jika diperlukan, nama dan paraf pemberi asuhan(Gosanti,2017). Metode penulisan catatan perkembangan terdapat tiga poin utama penjelasan yaitu: apa yang terjadi dengan pasien, apa yang direncanakan untuk pasien, dan bagaimana pasien bereaksi terhadap terapi, yang ditempuh dalam 4 langkah proses pengambilan keputusan secara sistematis yang dikenal dengan sebutan *SOAP(Subjective, Objective, Assessment, Planning)* (Hatta, 2010).

Permasalahan pencatatan data rekam medis puskesmas rawat jalan antara lain; pencatatan hasil pemeriksaan fisik tidak lengkap, diagnosis tidak ditulis, nama dan paraf pemberi asuhan pasien tidak dicantumkan. Bagi pasien yang memperoleh pelayanan kesehatan, catatan rekam medis yang lengkap berguna sebagai catatan rinci tentang

jenis layanan yang telah diterima (Trihono, 2005). Tujuan penelitian ini adalah untuk menggambarkan kelengkapan pengisian rekam medis puskesmas.

Metode

Rancangan penelitian ini adalah deskriptif. Penelitian dilakukan bulan Maret s.d Juni 2019. Populasi penelitian ini adalah seluruh dokumen rekam medis rawat jalan di Puskesmas Sukoharjo dan Puskesmas Grogol. Besar sampel pada masing – masing puskesmas adalah 240, yang terbagi menjadi 120 dokumen rekam medis sebelum pelaksanaan akreditasi dan 120 setelah pelaksanaan akreditasi; pada masing – masing puskesmas. Variabel dalam penelitian ini adalah kelengkapan pengisian. Data dikumpulkan dengan cara observasi langsung terhadap rekam medis dengan menggunakan checklist. Analisis data dilakukan secara deskriptif.

Hasil

Tabel 1 Kelengkapan Pengisian Rekam Medis (Sebelum dan Sesudah Akreditasi) di Puskesmas Grogol & Sukoharjo

No	Review Kelengkapan	Puskesmas Sukoharjo		Puskesmas Grogol	
		Sebelum n (%)	Sesudah n (%)	Sebelum n (%)	Sesudah n (%)
Identifikasi					
1	Nomor Rekam Medis	120 (100)	120 (100)	120 (100)	120 (100)
2	Nama Pasien	120 (100)	120 (100)	120 (100)	120 (100)
3	Tgl Lahir/ Umur	120 (100)	120 (100)	120 (100)	120 (100)
	Rata - Rata	120 (100)	120 (100)	120 (100)	120 (100)
Laporan Penting					
1	Tanggal periksa	120 (100)	120 (100)	120 (100)	120 (100)
2	Anamnesis	119 (99,2)	120 (100)	115 (95,8)	120 (100)
3	Pemeriksaan fisik	117 (97,5)	120 (100)	103 (85,8)	119 (99,2)
4	Diagnosis	104 (86,7)	118 (98,3)	83 (69,2)	115 (95,8)
5	Pengobatan	118 (98,3)	120 (100)	120 (100)	120 (100)

Rata - Rata	116 (96)	119,6 (99,6)	102 (85)	119 (99,2)
Autentifikasi				
1. Nama dr/ perawat	51 (42,5)	86 (71,6)	4 (3,3)	22 (18,3)
2. Tanda tangan dr perawat	75 (62,5)	104 (86,6)	74 (61,7)	109 (90,8)
Rata -Rata	65 (52,5)	78 (64,7)	39 (33)	77 (64)
Tata Cara Pendokumentasian				
1. Penulisan terbaca	114 (95)	119 (99,2)	112 (93,3)	119 (99,2)
2. Pembetulan kesalahan	114 (95)	114 (95)	115 (95,8)	120 (100)
3. Garis tetap	0	0	0	0
Rata - Rata	76 (63,3)	80 (66,4)	76 (63)	80 (66,5)
Rata – rata	94	99,4	84	99
Kelengkapan	(78,5)	(82,8)	(70)	(82,5)

Tabel 1 menunjukkan bahwa kelengkapan pengisian identitas pasien (nomor rekam medis, nama pasien, tanggal lahir) telah mencapai 100%; sebelum & sesudah akreditasi di Puskesmas Sukoharjo dan Grogol. Kelengkapan pengisian laporan penting sesudah akreditasi pada item tanggal pemeriksaan, anamnesis, pengobatan telah mencapai 100% di Puskesmas Sukoharjo dan Grogol. Kelengkapan pengisian diagnosis di Puskesmas Grogol lebih rendah dibanding Puskesmas Sukoharjo dengan selisih 17,5%. Rata – rata kelengkapan laporan penting secara umum sebelum – sesudah akreditasi terjadi peningkatan; 3,6% -14,2%.

Kelengkapan pengisian autentifikasi (nama dokter/perawat) lebih tinggi di Puskesmas Sukoharjo (42,5% - 71,6%) daripada di Puskesmas Grogol (3,3% - 18,3%). Namun demikian rata-rata kelengkapan secara umum setelah akreditasi hampir sama yaitu mencapai (64,7%). Kelengkapan tata cara pendokumentasian item penulisan terbaca mencapai 99,2% ;setelah akreditasi di Puskesmas Sukoharjo & Grogol. Kelengkapan item pembetulan kesalahan lebih tinggi (100%) di Puskesmas Grogol daripada Puskesmas Sukoharjo(95%). Pemberian garis tetap pada area kosong tidak dilakukan oleh petugas rekam medis di Puskesmas Sukoharjo dan Grogol.

Terjadi peningkatan 4,3% - 10,2% rata – rata kelengkapan pengisian dokumen rekam medis dari 4 komponen penilaian sebelum – Sesudah akreditasi di Puskesmas Sukoharjo dan Bendosari. Tingkat kelengkapan pengisian dokumen rekam

medis di Puskesmas Sukoharjo sedikit lebih tinggi dibandingkan dengan Puskesmas Grogol. Kedua puskesmas tersebut telah terakreditasi madya

Pembahasan

Pada Permenkes Nomor 46 Tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas dalam kriteria 8.4.4 menyatakan bahwa rekam medis harus berisi informasi yang memadai salah satunya mengenai identifikasi pasien. Menurut Huffman (1994) setiap lembar rekam medis harus ada identitas pasien, minimal terdapat keterangan mengenai nomor rekam medis dan nama pasien. Jika terdapat suatu halaman yang belum tertulis identifikasi, maka harus di review untuk menentukan milik siapa lembaran tersebut. Bila tidak suatu lembar tidak dapat diketahui kepemilikannya, maka dapat memungkinkan terjadinya kesalahan diagnosis maupun pemberian obat/tindakan kepada pasien. Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa rata-rata persentase kelengkapan pengisian identifikasi di Puskesmas Grogol dan Sukoharjo baik, sebelum dan sesudah akreditasi telah mencapai 100%. Hal ini menunjukkan bahwa pengisian identitas pasien yang dilaksanakan petugas telah berjalan dengan baik dan telah sesuai dengan kriteria 8.4.4 dalam Permenkes Nomor 46 Tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas dan Huffman (1994) yang mengungkapkan bahwa data identifikasi harus ditulis pada setiap lembar rekam medis pasien.

Autentifikasi adalah suatu proses yang merupakan tindakan pembuktian terhadap identitas seseorang yang bertanggungjawab dalam memberikan pelayanan kesehatan atau asuhan keperawatan bagi pasien yang datang berobat. Autentifikasi ini sangat penting dilakukan sebagai bahan bukti secara legal yang menunjukkan bahwa pasien telah mendapatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan tenaga kesehatan telah memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Autentikasi ini terdiri dari tandatangan atau paraf dan nama terang dari dokter atau tenaga kesehatan yang memberikan perawatan kepada pasien.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata kelengkapan secara umum setelah akreditasi hampir sama yaitu mencapai (64,7%). Kelengkapan pengisian autentifikasi di Puskesmas Grogol baru mencapai 3,3% - 18,3%. Penyebab rendahnya capaian kelengkapan adalah aspek desain formulir;

kurang lengkapnya item data yang tercantum dalam formulir rekam medis yang disediakan sehingga belum dapat mendukung kelengkapan pengisian yang dilaksanakan petugas khususnya pada item nama dokter/pemberi asuhan pasien. Pemberi asuhan pasien belum paham tentang pentingnya nama & paraf. Namun demikian setelah proses akreditasi kelengkapan pengisian nama pemberi asuhan dan paraf mengalami peningkatan. Disarankan untuk dilakukan desain ulang formulir rekam medis dengan menambahkan item nama & paraf.

Pada Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis menyatakan bahwa setiap pencatatan yang ditulis dalam rekam medis harus dibubuhi nama, dan tandatangan dokter atau tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung. Hal ini sejalan dengan Huffman (1994) bahwa setiap pencatatan yang dilakukan tenaga kesehatan harus terdapat autentifikasi dari pencatatan berupa tanda tangan, nama jelas termasuk cap/stempel atau kode seseorang untuk kompetensi dalam penulisan nama jelas harus ada gelar profesional (Dokter, perawat). Menurut Hatta (2012) tanda bukti keabsahan rekaman dari tenaga kesehatan yang terlibat dalam pelayanan kesehatan berupa tandatangan dan nama terang harus dituliskan dalam rekam medis sehingga informasi rekam medis dapat menjadi alat pertanggungjawaban yang berlandaskan hukum. Tandatangan dokter untuk memperkuat tanggung jawab seorang dokter dalam pemberian tindakan medis, dan nama dokter untuk mempertanggungjawabkan pelaksanaan pelayanan medis terhadap pasien, sehingga hal tersebut dapat menunjang pelayanan medis.

Laporan penting adalah data-data atau informasi yang didokumentasikan secara tertulis dan bersifat penting untuk keperluan pengobatan pasien, dasar pembuatan pelaporan ke dinas kesehatan maupun sebagai bukti legal secara hukum terkait dengan aktifitas pelayanan kesehatan yang didapatkan oleh pasien. Dalam berkas rekam medis, laporan penting yang dimaksud adalah data yang terdiri dari tanggal pemeriksaan, anamnesis, pemeriksaan fisik/penunjang, diagnosis, dan pengobatan/tindakan. Laporan penting ini sangat penting untuk dijaga kelengkapannya karena sangat berguna untuk membantu dokter dalam memantau perkembangan/kemajuan respon pasien dan memutuskan tindakan/pengobatan yang dilakukan terhadap pasien pada periode selanjutnya.

Kelengkapan laporan penting paling rendah terdapat pada item diagnosis baik sebelum akreditasi; 83 (69,2%) maupun sesudah akreditasi; 115 (95,8%). Hal ini terjadi di Puskesmas Sukoharjo. Tindak lanjut yang dilakukan oleh petugas rekam medis adalah mengembalikan ke dokter/pemberi asuhan untuk segera dilengkapi. Kerjasama antara petugas harus selalu terjalin dengan baik. Hasil penelitian Rohman (2011) yang mengatakan bahwa adanya kebijakan manajemen rekam medis yang mendukung pengisian diagnosis dan keakuratan kode diagnosis sangat berpengaruh terhadap jalannya pengisian diagnosis dan keakuratan kode diagnosis yaitu antara kepala rekam medis, dokter dan petugas koding.

Pengkajian dimulai dengan menuliskan diagnosis yang merupakan masalah utama pada pasien. Berdasarkan Permenkes No. 269 Tahun 2008 tentang rekam medis pada pasal 3 diungkapkan bahwa isi rekam medis untuk pasien rawat jalan pada sarana pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat tanggal dan waktu, hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik, diagnosis dan pengobatan dan/atau tindakan.

Menurut Febriyanti dan Sugiarsi (2015) bahwa pengisian laporan penting ini harus terisi lengkap karena laporan penting digunakan untuk mengetahui perjalanan penyakit pasien dan menunjukkan diagnosis selanjutnya. Menurut Huffman (1994) laporan yang ada di rekam medis, yaitu laporan umum seperti lembar riwayat pasien, pemeriksaan fisik, catatan perkembangan, observasi klinik, ringkasan penyakit, dan laporan khusus seperti laporan operasi, anasthesi dan hasil-hasil pemeriksaan laboratorium. Dalam laporan tersebut pencatatan tanggal dan jam pencatatan menjadi penting karena ada kaitannya dengan peraturan bahwa pencatatan rekam medis harus dilengkapi selambat-lambatnya dalam waktu 1x24 jam.

Tata cara pendokumentasian merupakan unsur-unsur atau syarat yang harus dipenuhi dalam mendokumentasikan data pelayanan dalam rekam medis pasien. Tata cara pendokumentasian ini harus dipenuhi dan dilaksanakan oleh setiap petugas yang berwenang mengisi rekam medis, sehingga dapat mendukung terciptanya rekam medis yang baik dan lengkap dari segi penulisannya. Selain itu, dengan melaksanakan tata cara pendokumentasian yang benar dalam rekam medis, dapat menghindari hal-hal yang menimbulkan kerancuan data dan kesalahan

persepsi dalam membaca data, sehingga pengguna rekam medis dapat memanfaatkan data dalam rekam medis sesuai dengan kebutuhan dan keperluannya secara tepat dan benar. Tata cara pendokumentasian dengan pemberian garis tetap pada area kosong belum dilakukan oleh petugas rekam medis, oleh karena itu kelengkapannya masih mencapai 0%. Secara umum rata – rata kelengkapan tata cara pendokumentasian terjadi peningkatan sebelum – setelah akreditasi. Penyebabnya adalah petugas kurang paham tentang cara pendokumentasian rekam medis dan puskesmas belum mempunyai kebijakan/sop yang mengatur cara pendokumentasian. Manfaat prosedur tetap adalah memperlancar tugas petugas atau tim, sebagai dasar hukum bila terjadi penyimpangan, mengetahui dengan jelas hambatan-hambatan dan mudah dilacak, mengarahkan petugas untuk sama-sama disiplin dalam bekerja dan sebagai pedoman dalam melaksanakan pekerjaan rutin. Semua prosedur harus diletakkan secara tertulis, menjelaskan setiap tahapan dalam langkah-demi-langkah rinci (WHO, 2002).

Secara umum terdapat peningkatan 4,3% - 10,2% rata – rata kelengkapan pengisian dokumen rekam medis dari 4 komponen penilaian sebelum – Sesudah akreditasi di Puskesmas Sukoharjo dan Grogol. Tingkat kelengkapan pengisian dokumen rekam medis di Puskesmas Sukoharjo sedikit lebih tinggi dibandingkan dengan Puskesmas Grogol. Kedua puskesmas tersebut telah terakreditasi madya. Rendahnya persentase tata cara pendokumentasian khususnya pada pemberian garis tetap/garis senjang ini dapat memungkinkan adanya penambahan isi atau tulisan yang dapat dilakukan oleh pihak yang tidak bertanggungjawab. Ketidaksihinggaan tata cara pendokumentasian rekam medis ini tidak sesuai dengan yang diungkapkan oleh Hatta (2012), dan Huffman (1994) bahwa pencatatan data dalam rekam medis harus dilakukan dengan tata cara pendokumentasian yang benar meliputi penulisan terbaca, pembetulan kesalahan, dan pemberian garis tetap.

Penyebab ketidaklengkapan pengisian rekam medis dikarenakan tidak adanya formulir lembar kekurangan . Nurhaidah (2016) yang menyatakan bahwa faktor penyebab ketidaklengkapan pengisian rekam medis dikarenakan tidak adanya checklist penilaian kelengkapan rekam medis sehingga tidak terdapat alat bantu yang digunakan untuk melakukan penilaian kelengkapan pengisian rekam medis. Menurut Budi (2011) untuk menjalankan pekerjaan di rekam medis diperlukan sumber daya manusia

yang memenuhi kompetensi perekam medis. Profesi perekam medis harus menguasai kompetensinya sebagai seorang perekam medis. Menurut Permenkes Nomor 55 Tahun 2013 tentang penyelenggaraan pekerjaan perekam medis menyebutkan bahwa dalam melaksanakan pekerjaan rekam medis dan informasi kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan, petugas pelaksana mempunyai kewenangan untuk melaksanakan evaluasi isi rekam medis. Untuk melaksanakan tugas penganalisaan, biasanya tugas ini dilakukan petugas rekam medis yang sudah mahir dan mendapat pendidikan khusus. Yaitu diperlukan pengetahuan tentang terminology medis, anatomi, fisiologi, dasar-dasar proses kepenyakit, isi rekam medis dan standar medis yang digunakan (Depkes RI, 2006).

Berdasarkan kriteria 8.4.4 elemen penilaian (EP) 2 pada instrumen penilaian akreditasi diketahui bahwa penanggung jawab dan atau petugas rekam medis harus melakukan penilaian dan tindak lanjut kelengkapan dan ketepatan isi rekam medis di puskesmas untuk memenuhi penilaian akreditasi. Di Puskesmas Grogol dan Sukoharjo, petugas rekam medis tidak melakukan penilaian kelengkapan isi rekam medis ini juga dikarenakan latar belakang pendidikan petugas yang bukan berasal dari pendidikan rekam medis sehingga tidak memenuhi kompetensi untuk melakukan penilaian kelengkapan rekam medis. Pada daftar tugas pokok atau uraian kerja petugas pendaftaran, belum terdapat uraian kerja mengenai kegiatan penilaian kelengkapan dan ketepatan isi rekam medis. Oleh sebab itu, petugas pendaftaran tidak melakukan kegiatan penilaian kelengkapan dan ketepatan isi rekam medis. Hal ini tidak sesuai dengan Permenkes Nomor 55 Tahun 2013 tentang penyelenggaraan pekerjaan perekam medis dan Budi (2011). Latar belakang pendidikan petugas yang bukan merupakan lulusan rekam medis menyebabkan kurangnya kemampuan dan keterbatasan pengetahuan petugas pendaftaran mengenai terminology medis, anatomi, fisiologi, dasar-dasar proses kepenyakit, dan isi rekam medis sehingga petugas tidak dapat melakukan kegiatan penilaian kelengkapan dan ketepatan isi rekam medis. Hal ini belum sesuai dengan teori yang diungkapkan oleh Depkes RI (2006). Berdasarkan hal diatas maka tidak dilakukannya penilaian kelengkapan dan ketepatan isi rekam medis ini belum sesuai dan belum memenuhi kriteria akreditasi 8.4.4. pada elemen penilaian kedua mengenai penilaian dan tindak lanjut atas kelengkapan dan ketepatan isi rekam medis.

Sedangkan belum tercantumnya kegiatan penilaian kelengkapan isi rekam medis dalam daftar tugas pokok atau uraian tugas pegawai juga belum sesuai dengan Permenkes No. 46 Tahun 2015 tentang akreditasi puskesmas yang menyatakan bahwa dalam penyusunan pola ketenagaan puskesmas, harus terdapat kejelasan mengenai uraian tugas, peran, dan tanggung jawab untuk semua tenaga yang bekerja di puskesmas. Dengan adanya uraian tugas tanggung jawab dan kewenangan, seluruh petugas dapat melakukan pekerjaan dengan tepat, efektif dan efisien. Selaras dengan Hatta (2011) yang menyatakan bahwa jabatan atau pekerjaan menggambarkan tugas yang harus dilakukan seseorang.

Ucapan Terima Kasih

Terima kasih yang tidak terhingga kami sampaikan kepada DRPM Ristekdikti yang telah memberikan dana hibah penelitian.

Daftar Pustaka

- Armstrong, B.K., Gillespie, J.A., Leeder, S.R., Rubin, G.L., Russel, L.M. Challenges in Health Care for Australia. *Medical Journal of Caring Sciences*, &(1).
- Gosanti, AZ. 2017. Analisis Kelengkapan Penulisan SOAP, KIE dan Kode Diagnosis Pada Rekam Medis di Poli Umum dan KIA-KB Puskesmas X Surabaya. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia (JAKI)* 5(2):139-144
- Hatta, G. (2012). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia Press.
- Huffman, E. K. (1994). *Health Information Management*. Berwyn, Illinois: Physicians Record Company.
- Menteri Kesehatan RI. (2008). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis. Diakses dari www.depkes.go.id [Diakses tanggal 20 Oktober 2017].
- Menteri Kesehatan RI. (2015). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi. Diakses dari www.depkes.go.id [Diakses tanggal 20 Oktober 2017].
- Menteri Kesehatan RI. (2015). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Diakses dari www.depkes.go.id [Diakses tanggal 20 Oktober 2017].
- Mongli, GD., 2016. Medical Records Organization and Management. *International Journal of Public Health*. pp.1-12
- Rahmadani, IS, Sugiarsi, S. 2008. Faktor Penyebab Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap dalam Batas Waktu Pelengkapan di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. *Jurnal Kesehatan*. 2 (2):82-88. Diakses dari <http://ejournal.stikes.mhk.ac.id> [Diakses tanggal 10 Oktober 2017]