

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap kualitas pengisian rekam medis pasien bedah di Rumah Sakit Bandung Tahun 2025, dapat disimpulkan bahwa secara umum kualitas pengisian rekam medis berada pada kategori baik. Hal ini ditunjukkan oleh tingkat kelengkapan, akurasi, dan konsistensi yang tinggi pada sebagian besar komponen yang dianalisis. Namun demikian, masih ditemukan beberapa kelemahan pada aspek konsistensi diagnosis antar bagian, kesesuaian isi informed consent, serta pencatatan perawatan yang tidak sepenuhnya akurat. Secara rinci, kesimpulan dari tiap komponen adalah sebagai berikut:

1. Kelengkapan dan kekonsistenan diagnosis tercatat sangat baik, dengan sebagian besar rekam medis menunjukkan pengisian yang lengkap dan akurat. Namun, masih terdapat beberapa berkas yang tidak konsisten, terutama pada diagnosis masuk, work diagnosis, dan catatan keperawatan. Kekonsistenan pencatatan diagnosis antar bagian rekam medis berada dalam kondisi optimal dengan pencapaian 100% pada semua item yang ditinjau.
2. Pencatatan tindakan medis dan keperawatan telah dilakukan secara lengkap, namun ditemukan kekurangan dalam aspek akurasi dan konsistensi terutama dalam dokumentasi yang dilakukan oleh perawat.
3. Seluruh rekam medis telah dilengkapi dengan formulir informed consent, tetapi sebagian kecil berkas menunjukkan isi yang tidak sesuai atau tidak konsisten dengan tindakan medis yang dilakukan. Praktik pencatatan oleh

tenaga kesehatan telah memenuhi kaidah pencatatan yang baik, terbukti dari tidak ditemukannya kekeliruan dalam format, waktu, maupun keterbacaan dokumen.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas, maka disarankan beberapa langkah perbaikan untuk meningkatkan kualitas pengisian rekam medis pasien bedah di Rumah Sakit Bandung:

1. Melakukan pelatihan rutin kepada tenaga medis dan perawat mengenai pentingnya konsistensi dan akurasi dalam pencatatan diagnosis dan tindakan medis, serta meningkatkan pemahaman terhadap regulasi terbaru serta mengembangkan sistem verifikasi dan validasi internal pada setiap rekam medis sebelum disimpan, khususnya untuk diagnosis akhir dan informed consent.
2. Meningkatkan koordinasi dan komunikasi lintas profesi untuk mengurangi ketidaksesuaian antar catatan dokter dan perawat dan menyediakan supervisi langsung oleh petugas mutu atau kepala ruang dalam pencatatan tindakan keperawatan yang bersifat kritis atau darurat.
3. Mengintegrasikan teknologi sistem informasi kesehatan (EMR/SIRS) secara optimal agar pencatatan menjadi lebih akurat, real-time, dan terekam secara elektronik.