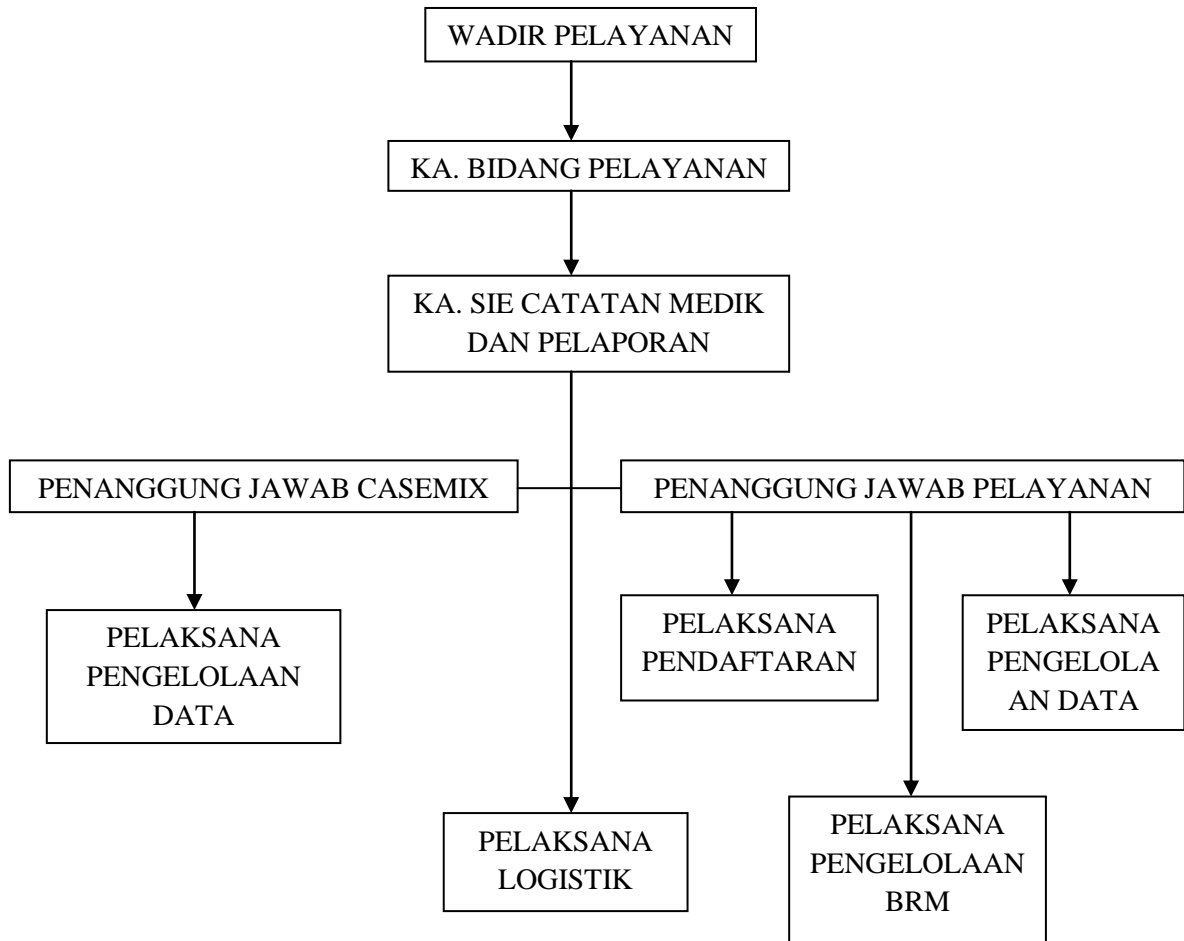


STRUKTUR ORGANISASI SEKSI CATATAN MEDIS DAN PELAPORAN



REKAPITULASI ANALISIS KUANTITATIF LAPORAN OPERASI
BULAN MEI TAHUN 2016

Nama Pelaksana: Woro Indah Susanti

1= Ada

0= Tidak Ada

No.	No. RM	Identifikasi Pasien				Kelengkapan Laporan/Formulir Yang Penting										Autentikasi Penulis				Catatan Yang Baik		
		Nama	No. RM	Umur	Ruangan Rawat	Diagnosa Pre Operatif	Diagnosa Post Operatif	Jaringan yg Di Exisi/Insisi	Dikirim Untuk Pemeriksaan	Nama Macam Operasi	Tanggal Operasi	Jam Operasi dimulai	Jam Operasi Selesai	Lama Anastesi Berlangsung	Laporan Operasi	Nama Ahli Bedah	Nama Asisten	Nama Perawat	Tanda Tangan Dokter	Tidak Ada Coretan	Tidak Ada Tipe-ex	Tidak Ada Bagian Yg Kosong
1	00-09-16-68	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0
2	00-09-16-36	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0
3	00-08-53-07	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0
4	00-01-72-40	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0
5	00-07-87-20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0
6	00-09-03-22	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0
7	00-01-07-34	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0
8	00-07-02-99	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0
9	00-07-56-65	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0
10	00-09-05-13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0
11	00-08-99-96	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0
12	00-09-18-63	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0
13	00-09-16-06	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0
14	00-08-88-97	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0
15	00-09-16-00	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0
16	00-09-15-85	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0
17	00-09-18-87	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0

No	No. RM	Identifikasi Pasien				Kelengkapan Laporan/Formulir Yang Penting										Autentikasi Penulis				Catatan Yang Baik		
		Nama	No. RM	Umur	Ruangan Rawat	Diagnosa Pre Operatif	Diagnosa Post Operatif	Jaringan yg Di Exisi/Insisi	Dikirim Untuk Pemeriksaan	Nama Macam Operasi	Tanggal Operasi	Jam Operasi dimulai	Jam Operasi Selesai	Lama Anastesi Berlangsung	Laporan Operasi	Nama Ahli Bedah	Nama Asisten	Nama Perawat	Tanda Tangan Dokter	Tidak Ada Coretan	Tidak Ada Tipe-ex	Tidak Ada Bagian Yg Kosong
18	00-03-01-86	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0
19	00-02-98-00	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0
20	00-07-30-77	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0
21	00-09-16-07	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
22	00-09-17-65	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0
23	00-04-42-24	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0
24	00-09-12-37	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0
25	00-09-13-13	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0
26	00-09-20-34	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0
27	00-08-00-75	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0
28	00-09-32-17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0
29	00-08-55-62	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0
30	00-08-04-12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0
31	00-07-64-36	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0
32	00-07-09-21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0
33	00-05-64-90	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0
34	00-09-17-50	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0

No.	No. RM	Identifikasi Pasien				Kelengkapan Laporan/Formulir Yang Penting										Autentikasi Penulis				Catatan Yang Baik		
		Nama	No. RM	Umur	Ruangan Rawat	Diagnosa Pre Operatif	Diagnosa Post Operatif	Jaringan yg Di Exisi/Insisi	Dikirim Untuk Pemeriksaan	Nama Macam Operasi	Tanggal Operasi	Jam Operasi dimulai	Jam Operasi Selesai	Lama Anastesi Berlangsung	Laporan Operasi	Nama Ahli Bedah	Nama Asisten	Nama Perawat	Tanda Tangan Dokter	Tidak Ada Coretan	Tidak Ada Tipe-ex	Tidak Ada Bagian Yg Kosong
35	00-07-31-01	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	
36	00-08-93-73	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	
37	00-08-97-94	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	
38	09-09-18-19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	
39	00-07-60-87	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	
40	00-08-89-37	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	
41	00-01-58-32	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	
42	00-09-05-67	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	
43	00-08-36-78	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	
44	00-09-21-58	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	
45	00-08-99-57	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	
46	00-06-52-93	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	
47	00-07-95-52	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	
48	00-08-89-69	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	
49	00-08-89-69	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	
50	00-09-05-94	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	
51	00-08-30-32	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	

No.	No. RM	Identifikasi Pasien				Kelengkapan Laporan/Formulir Yang Penting										Autentikasi Penulis				Catatan Yang Baik		
		Nama	No. RM	Umur	Ruangan Rawat	Diagnosa Pre Operatif	Diagnosa Post Operatif	Jaringan yg Di Exisi/Insisi	Dikirim Untuk Pemeriksaan	Nama Macam Operasi	Tanggal Operasi	Jam Operasi dimulai	Jam Operasi Selesai	Lama Anastesi Berlangsung	Laporan Operasi	Nama Ahli Bedah	Nama Asisten	Nama Perawat	Tanda Tangan Dokter	Tidak Ada Coretan	Tidak Ada Tipe-ex	Tidak Ada Bagian Yg Kosong
52	00-08-32-22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0
53	00-03-02-85	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0
54	00-05-54-35	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0
55	00-05-13-74	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0
56	00-09-30-89	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
57	00-09-20-36	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0
58	00-08-95-05	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0
59	00-06-92-42	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0
60	00-09-17-04	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0
61	00-07-31-26	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0
62	00-00-03-32	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0
63	00-07-45-33	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0
64	00-09-26-65	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0
65	00-09-33-59	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0
66	00-09-29-63	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0
67	00-00-50-37	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0
68	00-09-30-13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0

No	No. RM	Identifikasi Pasien				Kelengkapan Laporan/Formulir Yang Penting										Autentikasi Penulis				Catatan Yang Baik				
		Nama	No. RM	Umur	Ruangan Rawat	Diagnosa Pre Operatif	Diagnosa Post Operatif	Jaringan yg Di Exisi/Insisi	Dikirim Untuk Pemeriksaan	Nama Macam Operasi	Tanggal Operasi	Jam Operasi dimulai	Jam Operasi Selesai	Lama Anastesi Berlangsung	Laporan Operasi	Nama Ahli Bedah	Nama Asisten	Nama Perawat	Tanda Tangan Dokter	Tidak Ada Coretan	Tidak Ada Tipe-ex	Tidak Ada Bagian Yg Kosong		
69	00-09-30-11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0
70	00-07-36-15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0
71	00-02-19-47	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
72	00-09-30-90	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	
73	00-08-46-80	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	
74	00-07-37-66	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	
75	00-09-33-54	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	
76	00-09-39-07	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	
77	00-09-37-52	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	
78	00-01-11-59	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	
79	00-08-32-24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	
80	00-00-21-20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	
81	00-05-02-29	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	
82	00-08-87-22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	
83	00-09-41-19	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	
84	00-08-81-51	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	
85	00-08-07-75	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	
86	00-09-38-98	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	
Jumlah & Prosentase		86	83	84	84	86	83	72	70	82	83	66	63	9	86	69	23	73	80	80	86	2		
		100 %	96,5 %	97,7 %	97,7 %	100%	96,5 %	83,7 %	81,3 %	95,3 %	96,5 %	77%	73,2 %	10,4 %	100 %	80,2 %	27 %	84,8 %	93%	93 %	100 %	2,3%		

PETUNJUK TEKNIS

LAPORAN OPERASI RSU KABUPATEN TANGERANG

1	Nama pasien	: Diisi dengan nama pasien yang akan dioperasi
2	No RM	: Diisi dengan nomor rekam medis pasien yang akan dilakukan operasi
3	Ruang rawat/kelas	: Diisi dengan ruang perawatan pasien / diisi dengan kelas perawatan pasien dirawat
4	Alamat	: Diisi dengan alamat tempat tinggal pasien yang akan dioperasi (jika ada tempelkan stiker – identitas pasien)
5	Tanggal	: Diisi dengan tanggal operasi yang dilakukan
6	Nama ahli bedah	: Diisi dengan nama dokter bedah yang melakukan operasi
7	Asisten	: Diisi dengan nama pendamping dokter ahli bedah yang melakukan operasi
8	Nama perawat	: Diisi dengan nama perawat pendamping dokter bedah yang melakukan operasi
9	Diagnosa pre operatif	: Diisi dengan identitas penyakit sebelum dilakukan operasi
10	Diagnosa post operatif	: Diisi dengan identitas penyakit sesudah dilakukan operasi
11	Jaringan yang di Exisi/Insisi	: Diisi dengan jaringan tubuh pasien yang diangkat / dibuang
12	Dikirim untuk pemeriksaan	: Diisi dengan ya / tidak
13	Nama macam operasi	: Diisi dengan nama operasi yang dilakukan
14	Tanggal operasi	: Diisi dengan tanggal dilakukannya operasi
15	Jam operasi dimulai	: Diisi dengan jam dimulainya operasi
16	Jam operasi selesai	: Diisi dengan jam diakhirinya operasi
17	Lama anasthesi berlangsung	: Diisi dengan lamanya proses anasthesi
18	Kotak KTD	: Diisi jika ada kejadian yang tidak diharapkan
19	Kotak perdarahan	: Diisi dengan menceklist ada tidaknya perdarahan
20	Kotak komplikasi	: Diisi dengan menceklist ada tidaknya komplikasi
21	Tanda tangan dokter	: Diisi dengan nama lengkap dan tanda tangan dokter

Pedoman Wawancara

Wawancara untuk kepala instalasi rekam medis

1. Apa saja formulir pemeriksaan yang ada di Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang?
2. Apakah ada prosedur untuk pengisian formulir laporan operasi?
3. Apakah formulir laporan operasi di Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang diisi dengan lengkap?
4. Apakah sering terdapat pengisian formulir laporan operasi yang kurang lengkap?
5. Faktor-faktor apa saja yang menyebabkan laporan operasi tidak diisi dengan lengkap?
6. Apakah ada petugas yang menangani masalah kelengkapan pengisian formulir laporan operasi?
7. Apabila terdapat pengisian formulir laporan operasi yang kurang lengkap, apakah rekam medis pasien langsung dikembalikan kepada yang bertanggung jawab dalam pengisian formulir laporan operasi?
8. Apakah ada standar angka kelengkapan formulir laporan operasi di Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang?
9. Berapa prosentase analisis kuantitatif laporan operasi tahun lalu?

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyelesaian Karya Tulis Ilmiah (KTI) yang sedang saya lakukan di Fakultas Ilmu Kesehatan Jurusan Rekam Medis Universitas Esa Unggul, maka saya melakukan penelitian dengan judul: “Tinjauan Kelengkapan Pengisian Laporan Operasi Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang Tahun 2016”.

Untuk itu, saya mengharapkan kesediaan Perawat untuk mengisi lembar pertanyaan untuk memperoleh data mengenai kelengkapan pengisian laporan operasi. Atas kesediaan dan kerjasamanya, saya ucapkan terimakasih.

Peneliti,

(WORO INDAH SUSANTI)

LEMBAR PERTANYAAN

Nama Perawat : (jika bersedia)
Bagian :
Tanggal Pengisian :

1. Di Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang apakah ada prosedur tentang pengisian rekam medis terutama dalam pengisian laporan operasi?
 - a. Ya
 - b. Tidak
2. Pernahkah perawat membaca peraturan/kebijakan/SPO tentang pengisian laporan operasi?
 - a. Ya
 - b. Tidak
3. Apakah ada kesulitan dalam mengisi formulir laporan operasi?
 - a. Ya (Jelaskan)
 - b. Tidak
4. Apakah formulir laporan operasi di Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang sudah jelas urutan prosedurnya?
 - a. Ya, Sudah
 - b. Belum
5. Menurut perawat bagian mana yang sering tidak dilengkapi?
6. Apakah yang menyebabkan dokter sering tidak mengisi lengkap formulir laporan operasi?
7. Apa yang perawat lakukan bila perawat harus tetap mengisi formulir laporan operasi sementara waktu dokter terbatas?
8. Pernahkah perawat diingatkan untuk mengisi formulir laporan operasi yang tidak lengkap, baik secara lisan maupun tulisan?
 - a. Ya, Pernah
 - b. Tidak

9. Menurut perawat faktor apa yang menghambat dalam pengisian laporan operasi?

Nama dan Tanda Tangan Perawat

RUMAH SAKIT UMUM KABUPATEN TANGERANG
 Jl. Jend. A. Yani No. 9 Tangerang
 Telp. (021) 5523507, 5511948, 5513709 (Hunting)
 Fax. (021) 5527104

LAPORAN OPERASI

A :	NO. CM :	RUANGAN :
R :	TANGGAL :	KELAS :
A AHLI BEDAH :	NAMA PASIEN :	NAMA PERAWAT :

NOSA PRAE OPERATIF

NOSA POST OPERATIF

GAN YANG DIEXISI/INSISI

DIKIRIM UNTUK
Pemeriksaan

Ya

Tidak

A MACAM OPERASI :

TANGGAL OPERASI	JAM OPERASI DIMULAI	JAM OPERASI SELESAI	LAMA ANESTHESI BERLANGSUNG
-----------------	---------------------	---------------------	----------------------------



TANDA TANGAN DOKTER

