

ABSTRAK

Catatan rekam medis merupakan tulisan-tulisan yang dibuat oleh dokter maupun perawat mengenai tindakan-tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pelayanan kesehatan dan merupakan hal yang sangat penting karena dengan data yang lengkap dapat memberikan informasi dalam menentukan tindakan selanjutnya. Asesmen awal dari seorang pasien, baik rawat jalan maupun rawat inap, sangat penting untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien dan untuk memulai proses pelayanan. Tujuan Penelitian Untuk mengetahui bagaimana gambaran kelengkapan dokumentasi assesmen awal medis dan keperawatan di ruang penyakit dalam rawat inap RSUD Pindad Bandung. Metode penelitian menggunakan survey deskriptif retrospektif yang bertujuan untuk mengetahui kelengkapan pengisian dokumentasi assesmen awal rawat inap. Populasi dari penelitian ini adalah seluruh rekam medis pasien ruang penyakit dalam . Sampel penelitian total sampel 119 dokumen. Instrumen penelitian menggunakan checklist kelengkapan dokumen assesmen awal rawat inap RSUD Pindad. Hasil penelitian Gambaran kelengkapan dokumentasi assesmen awal medis dan keperawatan di ruang penyakit dalam rawat inap sebagian besar dokumen assesmen medis lengkap dengan presentase 68% dan sebagian kecil dokumen tidak lengkap dengan presentase 32 % dan assesmen awal keperawatan sebagian besar dokumen lengkap dengan presentase 60,5 % dan sebagian kecil dokumen tidak lengkap dengan presentase 39,4 %. Dokumentasi tidak lengkap disebabkan karena karakteristik dokter dan perawat, banyaknya jumlah pasien, kurangnya kedisiplinan dan ketidakpatuhan. Dampak dokumentasi tidak lengkap dapat menghambat pelayanan asuhan keperawatan, pengobatan. Saran perbaikan yang bisa dilakukan dengan membuat rancangan formulir assesmen awal medis dan keperawatan elektronik dalam rekam medik elektronik yang terintegrasi dan tersusun secara sistematis.

Kata kunci : Asesmen, dokumentasi, perawat.

Daftar Pustaka : 2 Buku (2015 -2019)

1 Website (2019-2022)

17 Jurnal (2017-2022)

ABSTRACT

Medical record notes are writings made by doctors and nurses regarding actions taken to patients in the context of health services and are very important because complete data can provide information in determining further actions. The initial assessment of a patient, both outpatient and inpatient, is very important to identify the patient's needs and to start the service process. Research Objectives To find out how the description of the completeness of the initial medical and nursing assessment documentation in the inpatient ward of RSU Pindad Bandung. The research method uses a retrospective descriptive survey which aims to determine the completeness of filling out the initial inpatient assessment documentation. The population of this study were all medical records of internal medicine patients. The research sample is a total sample of 119 documents. The research instrument used a checklist of the completeness of the initial assessment document for inpatient care at Pindad Public Hospital. The results of the study described the completeness of the initial medical and nursing assessment documentation in the inpatient wards, most of the medical assessment documents were complete with a percentage of 68% and a small portion of the documents were incomplete with a percentage of 32% and the initial nursing assessment documents were mostly complete with a percentage of 60.5%. and a small portion of incomplete documents with a percentage of 39.4%. Incomplete documentation is caused by the characteristics of doctors and nurses, the large number of patients, lack of discipline and non-compliance. The impact of incomplete documentation can hamper nursing care services, treatment. Suggestions for improvements that can be made by designing an electronic initial medical and inpatient nursing assessment form in an integrated and systematically arranged electronic medical record.

Keywords: Assessment, documentation, nurses.

References : 2 Books (2015-2019)

1 Website (2019 -2022)

17 Jurnal (2017-2022)