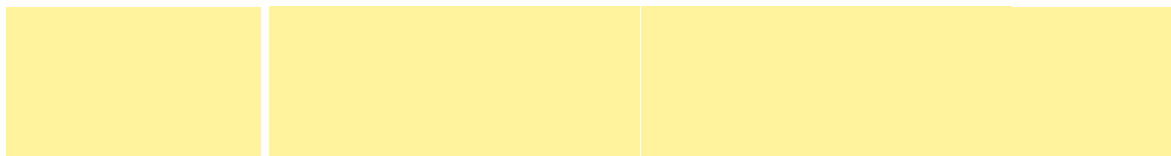
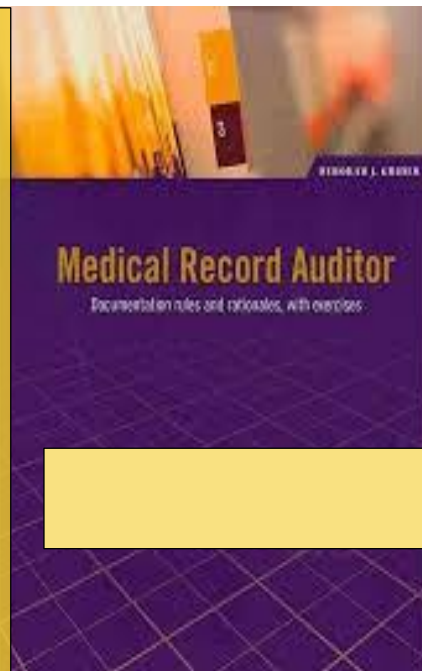




**MODUL  
PRAKTIKUM  
AUDIT  
DOKUMENTASI  
KLINIS 2**



**OLEH:  
LILY WIDJAJA, SKM.,MM  
PRODI D3 RMIK & D4/ S1 MIK, FAKULTAS ILMU-ILMU  
KESEHATAN , UNIVERSITAS ESA UNGGUL**

## Contents

<b>CONTENTS.....</b>	<b>II</b>
<b>MODUL PRAKTIKUM.....</b>	<b>1</b>
<b>AUDIT KUALITATIF PENDOKUMENTASIAN REKAM MEDIS 2.....</b>	<b>1</b>
A.    Pendahuluan .....	1
B.    Kompetensi Dasar .....	2
C.    Kemampuan akhir yang diharapkan.....	2
D.    Audit Pendokumentasian Secara Analisis Kualitatif .....	3
<b>1.    Uraian dan Contoh .....</b>	<b>3</b>
<b>2.    Latihan.....</b>	<b>13</b>
<b>3.    Rangkuman .....</b>	<b>13</b>
<b>4.    Tes Formatif 2.....</b>	<b>14</b>
<b>5.    Umpan Balik dan Tindak Lanjut.....</b>	<b>14</b>
E.    Kunci Jawaban .....	15
F.    Kepustakaan.....	15
<b>Tabel 6.1 Lembaran kerja Komponen A.Kualitatif 1 dan 2.....</b>	<b>16</b>
<b>Tabel 6.2 Lembaran kerja Komponen A.Kualitatif 3 dan 4.....</b>	<b>17</b>
<b>Tabel 6.3 Lembaran kerja Komponen A.Kualitatif 5 .....</b>	<b>18</b>
<b>Tabel 6.4 Lembaran kerja Komponen A.Kualitatif 6A .....</b>	<b>19</b>
<b>Tabel 6.5 Lembaran kerja Komponen A.Kualitatif 6B .....</b>	<b>20</b>

# **MODUL PRAKTIKUM AUDIT KUALITATIF PENDOKUMENTASIAN REKAM MEDIS 2**

## **A. Pendahuluan**

Rekam Medis merupakan dokumen permanen dan legal yang harus mengandung isian yang cukup lengkap tentang identitas pasien, kepastian diagnosa dan terapi serta merekam semua hasil yang terjadi.

Berkas Rekam Medis yang telah ditata dengan rapi dan lengkap merupakan berkas yang layak untuk dimanfaatkan bagi yang membutuhkan pada masa selanjutnya

Audit pendokumentasian Rekam Medis dengan melakukan analisis secara rutin terhadap isi RM harus dijalankan agar pengelolaan isi RM dapat memenuhi tujuan:

1. Sebagai alat komunikasi informasi asuhan pasien
2. Untuk memenuhi persyaratan sebagai barang bukti legal berkaitan dengan Penanganan penyakit pasien
3. Rincian penagihan beaya
4. Evaluasi para ahli
5. Melengkapi data klinis pasien
6. Kebutuhan administrasi
7. Riset dan Edukasi
8. Kesehatan Masyarakat
9. Pemasaran dan Perencanaan dalam pengambilan keputusan

Praktisi Rekam Medis dipercaya untuk menganalisis pendokumentasian Rekam Medis dan memberitahu kepada atasannya dan Panitia Rekam Medis bila ada kekurangan atau inkonsistensi yang mengakibatkan RM menjadi tidak lengkap atau tidak akurat.

Berbagai tipe kajian bisa dilaksanakan pada berbagai kurun waktu yang relatif beda dengan saat pelayanan pasien terjadi. Setiap fasilitas pelayanan hendaknya menentukan jenis analisis yang harus dijalankan sesuai kepentingan, pengaturan dokumentasi dan kebijakan staf medis yang ada.

Edna K.Huffman dalam bukunya menyatakan:

***“An Adequated MR Indicates Adequate Care”  
and “A Poor MR Indicates Poor Care”***

Dikatakan bahwa: “Rekam Medis yang lengkap menandakan bahwa pasien tersebut mendapat asuhan yang memadai, tetapi Rekam Medis yang tidak lengkap menandakan bahwa pasien tersebut tidak mendapatkan asuhan yang memadai”.

## **B. Kompetensi Dasar**

Mahasiswa memahami cara mengaudit pendokumentasian Rekam Medis

## **C. Kemampuan akhir yang diharapkan**

Mahasiswa dapat melakukan:

1. Audit pendokumentasian secara Analisis kuantitatif
  - a. Memahami definisi, tujuan analisis kuantitatif
  - b. Memahami komponen-komponen dasar analisis kuantitatif
  - c. Dapat menyiapkan/ menyeleksi berkas RM yang akan dianalisis
  - d. Memahami jenis analisis pendokumentasian RK

- e. Memahami jenis-jenis formulir analisis kuantitatif
  - f. Dapat menggunakan formulir analisis kuantitatif
2. Audit pendokumentasian secara Analisis kualitatif

## **D. Audit Pendokumentasian Secara Analisis Kualitatif**

### **1. URAIAN DAN CONTOH**

#### **a. Pengertian Analisis Kualitatif**

**Definisi:** Suatu review pengisian RM yang berkaitan tentang ke tidak konsistensian dan tidak ada isinya yang merupakan bukti bahwa RM tersebut tidak akurat dan tidak lengkap.

#### **b. Faktor pendukung**

Untuk A.Kualitatif ini perlu pengetahuan tentang:

- Terminologi Medis
- Anatomi dan Fisiologi
- Dasar-dasar Proses Penyakit
- Isi RM
- Standar perizinan
- Akreditasi
- Badan yang memberi sertifikat

**Pelaksana :** Praktisis Informasi Kesehatan yang telah terpercaya.

A.Kualitatif **lebih** mendalam dari A.Kuantitatif dalam:

- Mendukung Kualitas Informasi
- Merupakan aktifitas dari Risk Management
- Membantu dalam memberikan kode penyakit dan tindakan yang lebih spesifik yang sangat penting untuk penelitian medis, studi administratif, dan untuk penagihan.
- Jika A.Kualitatif mengidentifikasi RM yang pencatatannya kurang dan yang berpotensi untuk membayar ganti rugi dan tidak dapat dikoreksi, pemberi pelayanan harus sadar bahwa catatan yang salah ini menjadi peringatan dalam meningkatkan pencatatan pada masa yang akan datang.
- Tidak boleh disarankan untuk dibuat ulang atau diubah karena dapat diketahui dengan pengamatan yang cermat.
- Untuk meningkatkan pencatatan RM oleh pemberi pelayanan harus dilakukan secara diplomasi.
- Efektifitas dari kritik yang membangun sering tergantung dari laporan praktisi Informasi Kesehatan untuk melakukan evaluasi sendiri atau berpartisipasi dalam kelompok review.
- Mengingat kembali mengenai pencatatan yang baik dan memperlihatkan pencatatan yang kurang kemungkinan akan meningkatkan pencatatan RM.

### **Contoh**

- 1) Dr.Spesialis Mata mengidentifikasi Katarak sebagai dianosa akhir penyakit pasien dengan tindakan operasi pengangkatan

lensa mata pada Lembaran Masuk. Bila dibaca dalam Lembaran riwayat pasien, Pemeriksaan fisik, dan Catatan perkembangan diketahui bahwa si pasien sedang diobat untuk IDDM. Dokter harus menambah catatan keadaan ini di Lembaran Masuk.

- 2) Beberapa Catatan yang tidak konsisten dan yang tidak ada mungkin tidak dapat diperbaiki sesudah diketahui. Hanya identifikasi pasien yang bisa diperbaiki.

Contoh: Pemeriksaan Fisik harus dilakukan oleh dokter pada semua sistem tubuh, tetapi yang dicatat hanya yang abnormal saja. Bila RM ini dipakai sebagai barang bukti di pengadilan, dokter tersebut mungkin ditanya mengenai evaluasi sistem tubuh yang tidak ada catatannya.

- 3) Catatan yang tidak konsisten dan yang tidak ada mungkin juga akan mencerminkan pelayanan klinis yang berpotensi untuk membayar ganti rugi. Suatu kejadian yang menyebabkan pasien cedera mungkin akan mengekspose fasilitas pelayanan dan pemberi pelayanan ke pihak yang berwenang dan menyebabkan fasilitas dan pemberi pelayanan membayar ganti rugi yang dialami pasien.

Dalam kasus klasik: Dokter minta untuk mengamati keadaan ibu jari kaki pasien yang masih muda dan menderita Fracture Tibia. Instruksi ini tidak tertulis menyebabkan observasi kurang

di perhatikan. Gugatan dilakukan jika keadaan tidak dapat diubah, ischemia menyebabkan harus dilakukan amputasi.

**c. KOMPONEN ANALISIS KUALITATIF**

- 1) Review for complete and consistent diagnostic
- 2) Review for Entry Consistency
- 3) Review for description & justification of course of treatment.
- 4) Review for recording informed consent
- 5) Review for documentation practices
- 6) Review for potentially compensable events.

**Ad1. Review For Complete And Consistent Diagnostic**

Pernyataan diagnosa dibuat dalam Rekam Medis yang mencerminkan tingkat pengertian mengenai kondisi medis pasien saat direkam. Contoh: Saat masuk ada **diagnosa masuk (admitting diagnosis)** yang menyatakan alasan pasien masuk RS. Riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik harus dicatat sebagai **provisional diagnosis** yang harus dikonfirmasi dengan diagnosa tambahan (**additional diagnosis**) hasil studi/pemeriksaan selanjutnya.

Pada kasus tertentu provisional diagnosis tidak dapat dipersempit menjadi 1 diagnosa tetapi menjadi beberapa diagnosa dengan



beberapa simptom yang sama. Ini disebut **differensial diagnosis** dan biasanya disebut diagnosa1 dan diagnosa2, atau diagnosa 1 versus diagnosa 2.

Pada awal operasi disebut preoperative diagnosis dan harus ada pada catatan perkembangan sebelum operasi. Diagnosa ini merupakan pernyataan alasan pasien dioperasi. Postoperative diagnosis dicatat pada catatan perkembangan sesudah operasi, merupakan pernyataan dari penemuan klinis operasi. Pre dan postop diagnosis harus ada dalam Laporan Operasi. Perbedaan yang besar pada kedua diagnosa ini menjadi pemikiran dari tidak cukupnya hasil yang mendukung diagnosa dan ini berkaitan dengan kualitas pelayanan.

Sesudah operasi dapat ditegakkan Phatological diagnosis. Diagnosa ini menjelaskan morfologi atau karakter sel dari jaringan yang diambil waktu operasi. Sedangkan clinical diagnosis menjelaskan etiologi/ penyebab dan atau kelainan fungsi dari organ/ sistem atau tubuh secara keseluruhannya

Saat akhir perawatan seluruh diagnosa akhir( diagnosa klinis) dan prosedur yang dilakukan harus ditulis pada lembaran masuk & keluar atau pada ringkasan keluar.

Pelaksana analisis harus mengoreksi diagnosa-diagnosa ini untuk menentukan kelengkapan, kekonsistensian pendokumentasian, dan urutan yang benar. Diagnosa akhir harus

termasuk diagnosa utama (principal diagnosis) beserta komplikasi dan penyakit lain yang timbul saat dirawat.

Diagnosa utama harus hati-hati dibedakan karena penting untuk permintaan penagihan.

**Diagnosa utama (principal diagnosis)** didefinisikan sebagai keadaan (yang ditetapkan sesudah hasil studi) penyebab utama pasien masuk untuk dirawat.

**Diagnosa kedua ( Secondary diagnosis)** adalah komplikasi atau penyakit lainnya (comorbidity) . **Komplikasi** sebagai kondisi yang timbul selama perawatan yang mengubah keadaan penyakit pasien. Beberapa komplikasi termasuk luka decubitus . perdarahan postoperasi, reaksi obat, infeksi yang didapat selama perawatan (nosokomial), neurological deficits, surgical emphysema, dan luka ( perforasi atau puncture selama operasi, jatuh, dsb).

**Comorbidity** merupakan suatu keadaan yang timbul saat pasien dirawat yang berpotensi mempengaruhi keadaan pasien dan pengobatan yang diberikan. Comorbidity termasuk riwayat penyakit atau keadaan baru sakit yang mempengaruhi kondisi pasien saat ini.

Contoh:

Pasien terakhir menderita Ca.mammae, dan ini bisa disebut sebagai kondisi comorbidity yang berpotensi untuk berulang kembali, dan harus dievaluasi.

Pasien dalam keadaan post cardiac bypass surgery, ini juga perlu dicatat.

Secondary diagnosis bisa juga dikategorikan sebagai diagnosa lainnya yang didefinisikan sebagai seluruh kondisi yang co-exist saat pasien masuk yang berkembang atau mempengaruhi pengobatan yang diberikan atau lama perawatan pasien. Diagnosa yang baru terjadi tetapi tidak mempengaruhi kondisi saat ini tidak dimasukkan.

**Prosedur** harus dicatat secara lengkap, diatur yang harus dicatat pada form saat masuk dan keluar dan atau pada form ringkasan keluar.

Ada fasilitas yang menginginkan dokter untuk menambahkan prosedur seperti biopsi sumsum tulang, cateterisasi jantung, transfusi darah, CT Scan. Ada yang menginginkan semua prosedur yang mempengaruhi penagihan dicatat. Pada asuransi ada yang perlu dipisahkan antara tindakan di ruang operasi dan bukan di ruang operasi. Untuk itu perlu dicatat **Principal Procedure** untuk memperjelas. Didefinisikan sebagai suatu tindakan yang menyebabkan pengobatan, bukan sebagai tujuan pemeriksaan diagnostik atau yang diperlukan untuk menangani komplikasi.

## **Ad2. Review For Entry Consistency**

Konsistensi merupakan suatu penyesuaian/ kecocokan antara 1 bagian dengan bagian lain dan dengan seluruh bagian.

Diagnosa : dari awal s/d akhir harus konsisten

Pencatatan harus mencerminkan perkembangan informasi mengenai kondisi pasien.

### **Fasilitas Pelayanan Rawat Jalan.**

Pada kunjungan awal dokter mungkin menulis hanya symptom dan hasil pemeriksaan diagnostik. Pada kunjungan berikutnya diagnosa harus muncul.

Fasilitas Pelayanan Rawat Inap

Hasil Operasi, hasil pemeriksaan PA, hasil pemeriksaan diagnostik lainnya dan Surat Pernyataan Tindakan harus konsisten. Perbedaan yang ada akan melihatkan Rekam Medis yang buruk.

3 hal yang harus konsisten: Cat.perkembangan , instruksi dokter, catatan obat.

Cat.perkembangan saat masuk dan keluar ditulis oleh orang yang berbeda. Instruksi oleh dokter yang berbeda.

Catatan perkembangan perawat menulis pasien menderita demam

Sedangkan dokter menulis pasien tidak demam. Hal ini mendatangkan pertanyaan dalam evaluasi dokter dan diputuskan untuk tidak dilakukan tindakan .

### **Ad3. Review For Description & Justification Of Course Of Treatment.**

Rekam Medis menjelaskan keadaan pasien selama dirawat, dan harus menyimpan seluruh hasil pemeriksaan dan mencatat tindakan yang telah dilakukan kepada pasien.

Contoh: Hasil test Normal, pasien dalam keadaan baik, pasien telah diberi penjelasan dan petunjuk. Semua hal di atas harus ada catatan yang melihatkan kondisi tersebut dalam Rekam Medis. Juga ada alasan-alasan yang merupakan petunjuk dari setiap keputusan baik untuk melakukan suatu tindakan ataupun tidak melakukan tindakan.

Yang penting juga bila diadakan perubahan dalam pengobatan. Tidak hanya harus ada pengobatan alternatif yang dijelaskan , tetapi juga alasan dilakukan perubahan dalam pengobatan tersebut.

### **Ad4. Review For Recording Informed Consent**

Surat Pernyataan dari pasien untuk suatu pengobatan harus digambarkan secara hati-hati. Dokter juga teliti dalam mencatat keterangan yang diberikan kepada pasien, yang memungkinkan pasien menulis surat pernyataan untuk persetujuan atau tidak.

Setiap fasilitas pelayanan harus mempunyai peraturan yang konsisten tentang S.Pernyataan ini (untuk kepentingan hukum).

Praktisi Informasi Kesehatan harus mengetahui peraturan tersebut dan menerapkannya dalam analisa kualitatif.

Dokter harus didorong tidak hanya sekedar memenuhi peraturan seperti menjelaskan efek samping obat yang mungkin timbul. Jika perlu ditambahkan dalam surat pernyataan.

#### **Ad5. Review For Documentation Practices.**

1. Waktu pencatatan harus ada
  2. Mudah dibaca
  3. Menggunakan Singkatan yang umum
  4. Tidak menulis komentar/ hal-hal yang tidak ada kaitan dengan pengobatan pasien.
- Waktu pencatatan: tidak ada waktu yang kosong antara 2 penulisan, khususnya pada saat emergency. Tidak adanya pencatatan pada suatu periode tidak hanya catatannya saja yang tidak ada tetapi juga meningkatkan resiko kegagalan dalam pengobatan, dan pada malpraktek penelitian dilakukan secara cermat.
  - Mudah dibaca: tulisan harus bagus, tinta yang dipakai harus tahan lama, penulisan dilakukan dengan hati-hati dan lengkap.
  - Singkatan yang umum: harus dapat dibaca , jelas, terus terang
  - Rekam Medis tidak boleh berisi komentar yang berisi kritikan atau hinaan. Bila ada kesalahan lebih baik dibiarkan dan kemudian dikoreksi, jangan di tipp-ex

## **Ad6. Review Of Potentially Compensable Events**

Rekam Medis harus mempunyai semua catatan mengenai kejadian yang dapat menyebabkan/ berpotensi tuntutan kepada institusi pelayanan kesehatan/ pemberi pelayanan sendiri, baik oleh pasien maupun oleh pihak ketiga

### **d. Menyiapkan/ menyeleksi RM yang akan dianalisis**

RM yang telah dilakukan analisis kuantitatif disiapkan untuk dilakukan analisis kualitatif

### **e. Instrumen Pengumpulan, Pengolahan, dan Penyajian Data analisis kuantitatif**

Lampiran:

Formulir Analisis Kualitatif Harian

Formulir Rekapitulasi Analisis Kualitatif

## **2. Latihan**

- a. Apa guna analisis kualitatif?
- b. Apa komponen analisis kualitatif?
- c. Apa saja instrument dalam melakukan analisis kualitatif?
- d. Bagaimana menyajikan hasil analisis kualitatif?
- e. Bagaimana menilai hasil analisis kualitatif?

## **3. Rangkuman**

Analisis kualitatif tidak sesederhana analisis kuantitatif, perlu dilakukan oleh para praktisi rekam medis yang telah terpercaya dan pengalaman

karena komponennya harus ditelaah dari lambaran RM saat pasien masuk sampai keluar. Metode yang akan dilakukan tergantung dari kebutuhan institusi pelayanan tersebut dan ketersediaan sumber daya pelaksanaannya. Dapat dilakukan dengan pengambilan sampling per spesialisasi/ per dokter spesialisasi atau per ruang rawat. Hasil analisis kuantitatif dapat digunakan dalam menilai kelengkapan, kekonsistensian dan keakuratan pendokumentasian rekam medis..

#### 4. Tes Formatif 2

Lihat Lembaran Praktek Analisis Kualitatif

- a. Lembaran Soal
- b. Lembaran Rekapitulasi

#### 5. Umpan Balik dan Tindak Lanjut

Cocokkan hasil praktik di atas dengan kunci jawaban tes formatif 2 yang ada di bagian akhir modul ini. Ukurlah tingkat penguasaan materi kegiatan belajar 2 dengan rumus sebagai berikut :

Tingkat penguasaan =  $(\text{Jumlah jawaban benar} : 2) \times 100 \%$

Arti tingkat penguasaan yang diperoleh adalah :

Baik sekali = 90 – 100 %

Baik = 80 – 89 %

Cukup = 70 – 79 %

Kurang = 0 – 69 %



Bila tingkat penguasaan mencapai 80 % ke atas, dapat melanjutkan Ujian akhir baik teori maupun praktik .. **Bagus!**. Namun bila tingkat penguasaan masih di bawah 80 % harus mengulangi Kegiatan Belajar 2 terutama pada bagian yang belum dikuasai

## E. Kunci Jawaban

Test Formatif 1-lihat contoh

Test Formatif 2-lihat contoh

## F. Kepustakaan

- Departemen Kesehatan, Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Rekam Medis, (Jakarta: Dirjen. Pelayanan Medik, Januari 1997).
- Departemen Kesehatan, Permenkes 269.MENKES/ PER/ III/ 2008 TENTANG Rekam Medis, ( Jakarta: Dirjen. Pelayanan Medik, Maret 2008).
- Farenhptz, Cheryl G and Russo, Ruthan, Documentation for Health Records,(AHIMA, Chicago, Illinois, USA, 2013)
- Hatta, Gemala, Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan, (UI Press, Jakarta: 2008)
- Huffman, Edna K., Health Information Management 10th edition, ( Berwyn, Illinois : Physician Record Co, 1994).
- International Federation of Health Information Management, , Education Modules for Basic Health Records, (Chicago, Illionis: :2012)

Tabel 6.1 Lembaran kerja Komponen A.Kualitatif 1 dan 2

Tgl	KOMPONEN 1. Review Cat. Diagnosa Peny. Yg Lengkap & Konsisten					KOMPONEN 2. Review Pencatatan Yg Konsisten		
	Dokter				Perawat	Dokter	Penunjang	Perawat
	Ada Diagn. Awal Di Ugd/Klinik	Anamnesa Dan Diag. Masuk	Wd/Cat .Dr R.Inap	D/Keluar Pd Ringk.Peny.	Cat.Asuhah Kep.	Kesinamb. Cat Ugd/Klinik Dg Lrp Dan Cat Dr Hg Ringk. Peny.	Adanya Hsl Lab, Ro, Dan Lainnya Yg Mendukung	Konsistensi Cat, Perkemb . Dan Askep
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

**Tabel 6.2 Lembaran kerja Komponen A.Kualitatif 3 dan 4**

NO.	KOMPONEN 3. Review Deskripsi & Dasar Pengobatan		KOMPONEN 4. Review Informed Consent	
	DOKTER	PERAWAT	DOKTER	PERAWAT
	BUKTI PELAKS.DARI RENCANA PENGOB., INSTRUKSI DAN PERUB:OBAT SERTA TIND. YG DILAKUKAN	BUKTI PELAKS.DARI RENCANA PERAWATAN., INSTRUKSI DAN PERUB:OBAT SERTA TIND. YG DILAKUKAN	IC.SESUAI DG OP/TIND.YG DILAKUKAN	KELENGKAPAN ISI IC.
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Tabel 6.3 Lembaran kerja Komponen A.Kualitatif 5

<b>KOMPONEN 5</b>						
<b>Review Pelaksanaan Pendokumentasian</b>						
O.	<b>DOKTER</b>			<b>PERAWAT</b>		
	<b>Tgl&amp;Jam</b>	<b>Singkatan terstruktur</b>	<b>Isi sesuai pelayanan yg diberikan</b>	<b>Tgl&amp;Jam</b>	<b>Singkatan terstruktur</b>	<b>Isi sesuai pelayanan yg diberikan</b>
<b>NO</b>						
<b>1</b>						
<b>2</b>						
<b>3</b>						
<b>4</b>						
<b>5</b>						
<b>6</b>						
<b>7</b>						
<b>8</b>						
<b>9</b>						
<b>10</b>						
<b>11</b>						
<b>12</b>						
<b>13</b>						
<b>14</b>						
<b>15</b>						
<b>16</b>						
<b>17</b>						
<b>18</b>						
<b>19</b>						
<b>20</b>						

Tabel 6.4 Lembaran kerja Komponen A.Kualitatif 6A

No.	KOMPONEN 6A						
	KEJADIAN PENTING YANG BISA MENYEBABKAN TUNT.G.RUGI						
	DOKTER						
	PROSEDUR BATAL DILAKUKAN	REAKSI ALERGI OBAT/TRANSFUSI	MASUK OK 2X	MASUK ICU 2X	MASUK ICU TANPA RENCANA	PULANG PAKSA/PSN PINDAH BKN ALSN ADM.	RJP/PCR
1	2	3	4	5	6	7	8
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

Tabel 6.5 Lembaran kerja Komponen A.Kualitatif 6B

No.	KEJADIAN PENTING YANG BISA MENYEBABKAN TUNT.G.RUGI			
	PERAWAT			
	INF.SBLM KE ICU	KOMPLIKASI/MASALAH PERAWATAN	INFEKSI SESUDAH MASUK/INOK	DEKUBITUS
1	9	10	11	12
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				