

Kode/ Nama Rumpun Ilmu:
362/ Bidang Kesehatan Umum Lain
Yang Belum Tercantum
Bidang Fokus: Rekam Medis Dan
Informasi Kesehatan

**HASIL
PENELITIAN DOSEN PEMULA**

Judul :

Model Kuantitatif Audit Pendokumentasian terhadap Kelengkapan Rekam Medis

Peneliti: Lily Widjaja, SKM.,MM. ¹ NIDN: 0315105201

Anggota: Siswati, SKM., MKM. ² NIDN: 0322035501

Dibiayai oleh:

Direktorat Riset dan Pengabdian Masyarakat
Direktorat Jenderal Penguatan Riset dan Pengembangan
Kementerian Riset, Teknologi, dan Perguruan Tinggi

Sesuai dengan kontrak Penelitian
Nomor:020/KM/PNT/2018

**UNIVERSITAS ESA UNGGUL
JAKARTA
2018**

HALAMAN PENGESAHAN

HALAMAN PENGESAHAN

Judul	: Model Kuantitatif Audit Pendokumentasian terhadap Kelengkapan Rekam Medis
Peneliti/Pelaksana	
Nama Lengkap	: LILY WIDJAJA, S.KM, M.M.
Perguruan Tinggi	: Universitas Esa Unggul
NIDN	: 8871070018
Jabatan Fungsional	: Asisten Ahli
Program Studi	: Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan
Nomor HP	: 081284708640
Alamat surel (e-mail)	: lily.widjaja@esaunggul.ac.id
Anggota (1)	
Nama Lengkap	: SISWATI S.KM, M.Kes
NIDN	: 0322035501
Perguruan Tinggi	: Universitas Esa Unggul
Institusi Mitra (jika ada)	
Nama Institusi Mitra	: -
Alamat	: -
Penanggung Jawab	: -
Tahun Pelaksanaan	: Tahun ke 1 dari rencana 1 tahun
Biaya Tahun Berjalan	: Rp 15,700,000
Biaya Keseluruhan	: Rp 15,700,000

Mengetahui,
Ketua LPPM

D.K.I. JAKARTA, 7 - 9 - 2018
Ketua,

(DR. Hasyim, SE., MM., MED.)
NIP/NIK 0201040164

(LILY WIDJAJA, S.KM, M.M.)
NIP/NIK 210070428

RINGKASAN

Audit pendokumentasian Rekam Medis yang tepat belum dilakukan sepenuhnya oleh rumah sakit walaupun diwajibkan dalam mengukur indikator kelengkapan Rekam Medis (RM) serta belum memberikan efek dalam peningkatan kualitas. Dampak dari model Audit yang tidak terstruktur akan sulit untuk meningkatkan kualitas pendokumentasian RM. Berdasarkan observasi terhadap pelaksanaan audit pendokumentasian RM dapat diketahui bahwa komponen yang diukur sangat bervariasi, ada yang belum mengenal model audit pendokumentasian RM. **Tujuan penelitian ini** adalah untuk mengetahui pengaruh Model Kuantitatif Audit Pendokumentasian terhadap Kelengkapan Rekam Medis. **Hipotesis penelitian** ini adalah ada pengaruh Model Kuantitatif Audit Pendokumentasian terhadap Kelengkapan Rekam Medis. **Jenis penelitian** adalah eksperimen semu dengan menggunakan rancangan *pretest* dan *Posttest*, *Non-Equivalent Control Group Design*. Populasi adalah mahasiswa sebanyak 30 orang. Pada penelitian ini difokuskan pada hasil akhir pengukuran kelengkapan yang dilakukan oleh mahasiswa menggunakan model konvensional dan model kuantitatif audit pendokumentasian rekam medis. Penentuan besar **sampel** untuk uji hipotesis adalah sampel jenuh. Variabel terikat adalah Kelengkapan Rekam Medis dan sebagai variabel bebas adalah Model Audit Pendokumentasian Rekam Medis. Instrumen penelitian adalah kertas kerja. Analisis penelitian dengan menggunakan T-test dependen. Hasil penelitian ini diperoleh adanya perbedaan yang signifikan nilai rata – rata kelengkapan seluruh komponen sebelum dan sesudah penerapan model kuantitatif audit pendokumentasian mencerminkan bahwa pelaksanaan model ini lebih baik dibanding model konvensional. Model Kuantitatif ini dapat melacak tiap rekam medis yang diaudit, memungkinkan dilakukan koreksi terhadap bagian yang masih dapat dilengkapi, terstruktur sehingga para mahasiswa yang diberi pelatihan Model Kuantitatif Audit Pendokumentasian RM dapat mengukur hingga subkomponen kelengkapan ini.

Kata Kunci: rekam medis, audit pendokumentasian, model kuantitatif,

PRAKATA

Praktek terbaik dalam pendokumentasian rekam Medis meliputi kepastian **kualitas** yang tertinggi dari data dan informasi, ini merupakan tugas dari Ahli Pendokumentasian Klinis/ APK (*Clinical Documentation Specialist*) (**Ruthan Russo ,2013**). Pendokumentasian Rekam Medis merupakan arsip data Rekam Medis pada institusi pelayanan kesehatan pasien merupakan berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Permenkes 269, 2008}. Berarti Rekam Medis (RM) berisi empat unsur pelayanan yaitu pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Hal ini dapat dikatakan bahwa isi dari RM itu tidak hanya data pengobatan pasien yang sakit, tetapi juga data kesehatan secara menyeluruh .

Audit pendokumentasian RM sebagai sarana yang terpercaya dalam membantu pelaksanaan tanggungjawab dengan memberikan analisis, penilaian, rekomendasi terhadap kegiatan pendokumentasian yang telah dilakukan oleh pemberi pelayanan. Tujuan dari audit pendokumentasi RM adalah untuk meningkatkan kualitas dari Pendokumentasian Klinis di institusi pelayanan kesehatan baik di rumah sakit, puskesmas, klinik-klinik dan lainnya.

Hasil Penelitian ini kiranya dapat dijadikan model dalam melakukan audit pendokumentasian di institusi pelayanan kesehatan dan sebagai rujukan bagi peneliti lain, mahasiswa dan lainnya sebagai rujukan. Harapannya dapat dikembangkan lagi dengan model kualitatif.

Jakarta, September 2018

Lily Widjaja

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN	ii
RINGKASAN.....	iii
PRAKATA.....	iv
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL.....	vii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	4
2.1 Pengertian RM	4
2.2 Kelengkapan Rekam Medis	4
2.3 Kriteria Pendokumentasian klinis yang berkualitas Prima	5
2.4 Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit (2008).....	9
2.5 Model Audit Pendokumentasian RM.....	9
2.6 Jenis kelengkapan Rekam Medis	13
2.7 Kerangka Pemikiran.....	13
2.8 Hipotesis	14
BAB III	15
TUJUAN DAN MANFAAT	15
3.1 Tujuan Penelitian	15
3.2 Manfaat Penelitian	15
BAB IV	16
METODE PENELITIAN	16
4.1 Jenis Dan Disain Penelitian	16
4.2 Populasi Dan Sampel	16

4.3 Variabel Dan Definisi Operasional.....	16
4.4 Instrumen Dan Cara Pengumpulan Data.....	17
4.5 Teknik Pengolahan Data.....	17
4.6 Teknik Analisis Data.....	18
BAB V	19
HASIL DAN LUARAN PENELITIAN	19
5.1 Hasil dan Pembahasan.....	19
5.2 Luaran yang Dicapai.....	26
BAB VI	27
RENCANA TAHAP BERIKUTNYA	27
BAB VII	28
SIMPULAN DAN SARAN	28
7.1 Simpulan.....	28
7.2 Saran.....	28
DAFTAR KEPUSTAKAAN	30
LAMPIRAN 1	31
RINGKASAN BIAYA	31
LAMPIRAN 2 :	32
SURAT KETERANGAN LOA ARTIKEL ILMIAH	32

DAFTAR TABEL

Tabel 5.1	Hasil Audit Komponen 1: Kelengkapan Identifikasi pasien dengan menggunakan Model konvensional dan Kuantitatif Audit Pendokumentasian Rekam Medis.	25
Tabel 5.2	Hasil Audi Komponen 2: Kelengkapan Laporan Penting dengan menggunakan Model Konvensional dan Kuantitatif Audit Pendokumentasian Rekam Medis	25
Tabel 5.3	Hasil Audi Komponen 3: Kelengkapan Autentikasi Penulis dengan menggunakan Model Konvensional dan Kuantitatif Audit Pendokumentasian Rekam Medis	26
Tabel 5.4	Hasil Audit Komponen 4: Teknik Pencatatan yang baik dengan menggunakan Model Konvensional dan Kuantitatif Audit Pendokumentasian Rekam Medis	26
Tabel 5.5	Rekapitulasi Hasil Audit Kelengkapan Rekam Medis Sebelum Penerapan Model Kuantitatif Audit Pendokumentasian	27
Tabel 5.6	Kelengkapan Rekam Medis Sesudah Penerapan Model Kuantitatif Audit Pendokumentasian	28
Tabel 5.7	Hasil Uji Hipotesis	29
Tabel 5.8	Luaran yang dicapai	32



BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Akreditasi merupakan pengakuan publik oleh badan akreditasi kesehatan nasional untuk pencapaian standar akreditasi oleh organisasi kesehatan, ditunjukkan melalui sebuah penilaian dari badan eksternal yang independen dari tingkat organisasi kinerja yang terkait dengan standar. Tujuan akreditasi adalah peningkatan mutu pelayanan rumah sakit yang bukan semata-mata sertifikat kelulusan. Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal 3 (tiga) tahun sekali. (Toto, 2011).

Berdasarkan Profil Rumah sakit (RS) di Indonesia tahun 2015, jumlah rumah sakit umum sebanyak 2488 buah dan RS Khusus sebanyak 539 buah. (Kemenkes, 2016). Sebanyak 849 diantaranya telah terakreditasi dengan menggunakan standar akreditasi 2012. Bab 1 standar akreditasi 2012 “Kelompok Standar Manajemen Rumah Sakit, terkait Peningkatan Mutu Pelayanan Dan Keselamatan Pasien (PMKP)”. Pimpinan rumah sakit perlu menetapkan indikator kunci untuk memonitor struktur, proses dan hasil (*outcome*) dari rencana PMKP yang dilakukan berdasarkan tersedianya data. Penggunaan data secara efektif dapat dilakukan berdasarkan *evidence-based* praktek klinik dan *evidence-based* praktek manajemen (Toto, 2011).

Satu diantara sebelas (11) indikator yang terkait dengan area klinik yang terkait kelengkapan data pasien adalah indikator: Ketersediaan, isi dan penggunaan Rekam Medis (RM). Untuk itu perlu meningkatkan mutu pendokumentasian RM dengan melakukan audit terhadap pendokumentasian dokter dan tenaga kesehatan lainnya.

Selain itu RM penting untuk kelanjutan pelayanan oleh pemberi pelayanan terutama dokter dan perawat, juga sebagai bukti hukum bila digunakan pada kasus pengaduan/ tuntutan dari pasien/ keluarganya yang tidak puas terhadap layanan, pada saat ada tuntutan bila tidak lengkap maka tidak bisa digunakan sebagai bukti bahwa pemberi pelayanan telah dilakukan sesuai dengan Panduan Praktik Klinis untuk dasar pembayaran. RM saat ini digunakan sebagai dasar pembayaran yang dilaksanakan oleh BPJS saat ini. Bila RS akan menagih biaya dari pasien BPJS maka perlu bukti minimal ringkasan penyakit yang lengkap dan bukti pelayanan/ tindakan yang dilakukan. Apalagi bila bukti yang seharusnya ada tidak ditemui dalam RM pasien

tersebut, sehingga RS mengalami kerugian . Dengan perlunya rekam medis yang lengkap, maka audit pendokumentasiannya wajib dilakukan.

Berdasarkan Undang-undang Praktik Kedokteran (2004) pasal 46 ayat 1 dikatakan bahwa “ Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis” . Pada Pasal 79 ayat 2 menyatakan “Bila dokter atau dokter gigi yang dengan sengaja tidak membuat Rekam medis dapat dipidana dengan pidana kurungan paling lama 1 (satu) tahun atau denda paling banyak Rp50.000.000,00 (lima puluh juta rupiah).

Model Audit pendokumentasian yang tepat belum dilakukan sepenuhnya oleh rumah sakit walaupun diwajibkan untuk mengukur indikator kelengkapan RM. Pelaksanaan audit pendokumentasian RM dilakukan oleh Praktisi Manajemen Informasi Kesehatan (PMIK) tetapi belum dapat mengevaluasi dan merekomendasi perbaikan apa yang harus dilakukan demi terciptanya data yang dapat dijadikan *evidence base*. Dari hasil audit 3 tahun terakhir tidak ada peningkatan kualitas pendokumentasian RM. Dampak dari model Audit yang tidak terstruktur akan sulit untuk meningkatkan kualitas pendokumentasian RM.

Untuk tingkatan analisis kuantitatif yang lebih mahir praktisi jangan hanya berfokus pada penganalisisan kelengkapan data social pasien dan lembaran medis belaka, juga harus mengintegrasikan kegiatan yang berdampak hukum dan pelayanan kesehatan yang dititik beratkan pada kelengkapan data yang merupakan bukti rekaman yang ada, tanda bukti keabsahan dan tata cara mencatat (Hatta, 2008). Oleh karena itu PMIK di RS harus mempunyai kompetensi terkait memahami jenis formulir yang digunakan, orang yang berhak mengisi RM dan yang melegalisasi penulisan agar hasil audit yang dilakukan maksimal dan RM dapat digunakan untuk berbagai keperluan.

Penelitian Ripto Sayono (2011) dalam penelitian ”Tinjauan Kelengkapan Rekam Medis Rawat Inap Penyakit Dalam Di RSUD Pasar Rebo”, disimpulkan terdapat 50 (100%) lengkap dicantumkan identifikasi pasien, 48 (96%) terisi kelengkapan laporan yang diperlukan, 25 (50%) terisi autentikasi penulis dan 13.6 (27.3%) terisi catatan yang baik.

Ayu Lima (2012) dalam Tinjauan Kelengkapan Rekam Medis Rawat Inap Pada Pembuatan Resume Medis Di Rumah Sakit Siaga Raya Jakarta”; rata-rata persentase kelengkapan rekam medis rawat inap pada pembuatan resume medis di bulan Februari 2012 adalah 42 %. Kelengkapan rekam medis rawat inap pada pembuatan

resume medis di Rumah Sakit Siaga Raya masih kurang baik, karena masih banyak rekam medis rawat inap yang tidak dibuatkannya resume medis oleh dokter. Ketidakefektifannya rekam medis rawat inap pada pembuatan resume karena kesibukan dokter dan kurangnya pengetahuan tentang pentingnya resume medis.

Pada perbandingan penggunaan model pembelajaran juga dapat dilihat dari penelitian Eka Trisianawati et.al.(2015) dalam penelitian “Pengaruh Model Pembelajaran Kooperatif Tipe Jigsaw Terhadap Hasil Belajar Siswa Pada Materi Vektor Di Kelas X SMA Negeri 1 Sanggau Ledo” menyimpulkan bahwa Penerapan model pembelajaran Kooperatif Tipe Jigsaw memberikan pengaruh yang signifikan terhadap hasil belajar siswa. Terdapat perbedaan hasil belajar pada materi atung yang diajarkan dengan model pembelajaran Kooperatif Tipe Jigsaw dan yang diajarkan dengan model pembelajaran diskusi-ceramah pada siswa kelas

Sani (2016) dalam penelitian “Perbedaan Hasil Belajar Siswa Menggunakan Model Pembelajaran Latihan Inkuiri Dengan Pembelajaran Konvensional Pada Mata Pelajaran Fisika” disimpulkan bahwa ada perbedaan yang signifikan hasil belajar siswa dalam mata pelajaran fisika yang diajar model inkuiri dengan pembelajaran konvensional.

Berdasarkan survei awal yang dilakukan di RS Patria IKKT terdapat permasalahan belum terlaksananya pendokumentasian RM yang lengkap. Penggunaan model audit yang konvensional kurang mencerminkan kelengkapan yang dapat dikoreksi. Hal ini memberikan efek kurangnya perhatian para dokter dan tenaga kesehatan yang mengisi RM untuk melakukan peningkatan kelengkapan dalam pendokumentasian. Dan akan berdampak pada ketidakefektifan pendokumentasian yang berkesinambungan.

Dalam mengatasi permasalahan tersebut maka hendaknya rumah sakit memilih dan menerapkan model audit pendokumentasian yang tepat, memberikan penyajian hasil yang mudah diterima dan memberi dampak, sehingga dapat memberi stimulus bagi para dokter dan tenaga kesehatan untuk melakukan pendokumentasian yang lengkap dan berkualitas. Dalam hal ini adalah audit pendokumentasian rekam medis dengan menggunakan model kuantitatif sebagai pengganti model yang masih konvensional. Berdasarkan latar belakang tersebut perlu dilakukan penelitian dengan judul “Pengaruh Model Kuantitatif Audit Pendokumentasian Rekam Medis Terhadap Kelengkapan Rekam Medis”.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengertian RM

Menurut Permenkes 269 tahun (2008) Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien . Rekam Medis (RM) merupakan sumber data yang diolah menjadi informasi medis di institusi pelayanan kesehatan. Rekam Medis yang dibuat baik dalam bentuk manual pada formulir/lembaran kertas maupun elektronik dengan menggunakan komputer, harus menampung data medis yang menggambarkan dengan rinci semua aspek dari asuhan pasien yang terjadi.

2.2 Kelengkapan Rekam Medis

Berdasarkan Ruthann Russo (2013), Pendokumentasian Rekam Medis (RM) yang baik meliputi aktifitas yang memastikan memberikan data dan informasi yang berkualitas. Pendokumentasian Klinis dalam RM pasien diatur secara ketat . Pendokumentasian Klinis adalah utama artinya dokter atau perawat menggunakannya untuk berkomunikasi tentang pendapat mereka tentang kondisi pasien dan keputusan cara mengobati pasien. Koder menggunakan Pendokumentasian Klinis dalam pengolahan data klinis dengan menentukan kode diagnosa dan tindakan pada RM pasien, Pendokumentasian Klinis merupakan dasar pengkodean dengan menggunakan buku “ *International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems edition 10* ” (ICD-10), dan pengodean tindakan menggunakan buku “ *International Statistical and Classification of Diseases and others related problem, Ninth edition, Clinical Modification* ” (ICD-9CM) .

Peningkatan kualitas Pendokumentasian Klinis (*Clinical Documentation Improvement= CDI*) bertujuan untuk memastikan bahwa dokter memberikan informasi/ pendokumentasian yang terlengkap, jelas, dapat dipercaya, tepat waktu, dapat dibaca dan tepat , konsisten dengan temuan klinis (hasil pemeriksaan) dalam Rekam Medis. Program CDI termasuk mereview Rekam Medis pasien yang masih dirawat yang dengan , segera dapat mengidentifikasi peningkatan pendokumentasian klinis.

Berdasarkan Permenkes 269, (2008) ,pasal 2 ayat 1 menyatakan bahwa “Rekam Medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik. Kelengkapan Rekam Medis dapat dilakukan beberapa cara:

Di Amerika, *Departement of Health and Human Services (HHS)* bagian Office Inspector General (OIG) merekomendasikan petunjuk kelengkapan minimum pendokumentasian RM wajib:

- a. RM lengkap dan dapat dibaca
- b. Tercantum Diagnosa yang lalu dan sekarang dalam RK
- c. Mengidentifikasi factor Resiko Kesehatan secara tepat
- d. Ada alasan untuk meminta pemeriksaan ating ing dan penunjang lain
- e. Mendokumentasi perkembangan pasien dan reaksi perubahan pengobatan dan revisi lain dari diagnose.
- f. Pendokumentasian saat masuk harus ada alasan dirawat bersama riwayat yang relevan, temuan dari pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan awal, penilaian-penilaian, kesan klinis, diagnose, rencana asuhan, tanggal pelayanan dan identitas pemberi pelayanan yang dapat dibaca

2.3 Kriteria Pendokumentasian klinis yang berkualitas Prima

Ada 7 kriteria pendokumentasian klinis :

- a. Dapat dibaca /*Legible*
- b. Dapat Dipercaya /*Reliable*
- c. Tepat /*Precise*
- d. Lengkap /*Complete*
- e. Konsisten /*Consistent*
- f. Jelas /*Clear*
- g. Tepat waktu /*Timely*

Kriteria pertama difokuskan pada saat direview sebab dapat dilakukan perbaikan pendokumentasi sesudah direview jika diperlukan . Sedangkan “*Timely*” tidak dapat dikoreksi Bila suatu bagian ditulis terlambat ya tetap terlambat

2.3.1 *Legible* : Cukup jelas untuk dibaca dan ditafsirkan

Biasanya RM yang tidak dapat dibaca faktanya karena tulisan dokter yang tidak dapat ditafsirkan. Keterbacaan Dokumen Klinis pada isi RK merupakan hal yang diharapkan oleh setiap badan regulasi dan hukum . Di Amerika ada Peraturan “Health Insurance Portability and Accountability

Act” yang merupakan hak pasien meminta klarifikasi informasi yang tidak jelas pada RK nya. Ketidakjelasan tulisan tangan umumnya hasil dari praktek pendokumentasian yang tergesa-gesa dan ceroboh. Bila RKE ketidakjelasan tulisan bukan menjadi masalah lagi. Namun demikian pembuatan RKE yang tergesa-gesa dan ceroboh dapat dikategorikan dalam tujuan “legible” ini.

2.3.2 Reliable: dapat dipercaya, aman, memberikan hasil yang sama saat diulang

Contoh: Diasumsikan Instruksi dokter untuk transfusi darah pada pasien dengan *Upper Gastrointestinal bleed* + Hb dan hematokrit yang sangat rendah. Diagnosa dokter adalah *bleeding Gastric ulcer*. Diagnosa dokter hanya *bleeding Gastric ulcer* tidak dapat dipercaya sebagai dasar dari transfuse darah. Bila diagnose *bleeding Gastric ulcer* dengan *acute blood loss anemia* (jika ada indikasi klinik), ini menjadi dasar pemberian transfusi darah, sehingga diagnosa ini dapat dipercaya.

Contoh pendokumentasian klinis yang tidak dapat dipercaya:

Pasien masuk rawat dengan napas sesak dan sakit pada dada. Pasien diberi obat : *lasix, oxygen dan theophylline*. Diagnosa akhir “ *Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)*”

Contoh pendokumentasian klinis yang dapat dipercaya:

Pasien diberi *lasix* untuk mengobati *Chronic Congestive Heart Failure (CHF)*. Dokter pada catatan perkembangan terakhir menulis diagnose” *Acute Exacerbation of Bronchitis* dengan *COPD* dan *Acute dan Chronic CHF*. Pada kasus ini pasien menderita *Bronchitis* dan *COPD*, dokumentasi awal tidak memenuhi kriteria baik untuk dapat dipercaya maupun presisi (*lasix* untuk *CHF*)

2.3.3 Precise: Accurate, Strictly Defined (Precise: Akurat, Tepat, Pasti)

Terperinci, jika tersedia dan tepat secara klinis merupakan komponen yang penting pada setiap RM pasien. Lebih diharapkan jika dokter membuat RM dengan pendokumentasian klinis yang lebih terperinci, lebih menggambarkan dan akurat.

Contoh pendokumentasian klinis yang tidak menggambarkan *Precise*:

Pasien masuk rawat dengan napas sesak dan sakit pada dada, demam dan

batuk. *Chest X-ray* menunjukkan *aspiration pneumonia*. Diagnosa akhir dari dokter “ *Pneumonia*”

Contoh pendokumentasian klinis yang menggambarkan Precise: Pasien mereview *Chest X-ray*. Diagnosa akhir dari dokter pada resume “*Aspiration Pneumonia*”

2.3.4 Complete:Has the Maximum Content; Thorough (Lengkap: Memiliki Isi yang Maksimum; Teliti)

Artinya perhatian dokter sepenuhnya ditujukan dalam membuat RM pasien. Kelengkapan juga termasuk dalam ketepatan autentikasi dokter, yang biasanya termasuk tanggal dan tandatangan.

Pendokumentasian diagnostic meliputi:

- Pelaksanaan mulai dari keluhan pasien (apakah dokter menegakkan diagnose kerja dan diagnose akhir?)
- Menginstruksikan pemeriksaan (apakah dokter memberikan alasan untuk permintaan pemeriksaan?)
- Sampai pada hasil pemeriksaan yang abnormal (apakah dokter mendokumentasikan hasil pemeriksaan diagnostic yang signifikan abnormal?)

Contoh pendokumentasian klinis yang tidak Lengkap:

Dokter meminta pemeriksaan kimia darah lengkap. Hasil : rendah Na, Mg dan K. Dokter tidak menulis diagnose berdasarkan hasil pemeriksaan ini, juga tidak melakukan pencatatan bahwa hasil pemeriksaan secara klinis tidak signifikan.

Contoh pendokumentasian klinis yang Lengkap:

Dokter mencatat perkembangan pasien sesudah hasil pemeriksaan diperoleh.. Hasil pemeriksaan kimia darah : Na 131, , Mg 1.3 dan K 3.1. Pasien dehidrasi. Pottasium dalam batas normal. Pasien telah diberi obat untuk hipertensi dan CAD.

Dokter tidak menulis diagnose bila hasil nya tidak mendukung diagnose. Maka dokter harus menulis “ Hasil tes yang abnormal tidak signifikan secara klinis”.

2.3.5 *Consistent: Not Contradictory (Konsisten: Tidak bertentangan)*

Pendokumentasian klinis pasien tidak bertentangan satu sama lain pada catatan perkembangan dokter yang satu dengan dokter lainnya. Peraturannya bila terjadi pendokumentasian yang bertentangan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) mempunyai hak lebih tinggi. Bila DPJP mendokumentasikan tulisannya sendiri yang saling bertentangan, maka dia harus mengklarifikasikan menambahkan pada resume atau catatan perkembangan akhir.

Contoh pendokumentasian klinis yang tidak konsisten

Pasien masuk melalui dokter poliklinik dengan *vertigo* dan *confusion*. Pada surat masuk diberi diagnose awal “*Transient Ischemic Attack (TIA)*” dan meminta konsul dengan dokter spesialis saraf. Setelah pemeriksaan dokter saraf pada konsultasi akhir diperoleh diagnose *cerebrovascular Accident (CVA)*. DPJP tidak mendokumentasikan Diagnosa yang diberikan dokter spesialis saraf. (Berarti diagnose DPJP dan dokter Sp.Saraf tidak konsisten)

Contoh pendokumentasian klinis yang konsisten

DPJP diminta untuk meninjau ulang hasil konsultasi dokter Sp. Saraf. DPJP menambahkan pada catatan perkembangan akhir pasien bahwa Diagnosa akhir adalah CVA.

2.3.6 *Clear, Unambiguous, Intelligible; Not Vague (Jelas, tidak dwiarti, dimengerti, tidak diragukan)*

Ketidak jelasan dan pengertian yang mendua terjadi jika pendokumentasian tidak menjelaskan apa yang terjadi permasalahan pada pasien. Hasilnya mungkin mencatat symptom tanpa penyebab (etiology or possible etiology). Jika pasien datang dengan keluhan seperti sakit dada dan dokter tidak menulis lainnya, ini akan tidak memberikan kejelasan. Jika tidak ada bukti secara klinis maka hal yang tepat ditulis adalah” *Chest pain etiology undetermined?*”

Contoh pendokumentasian klinis yang tidak jelas

Pasien datang dengan syncope. Dokter menginstruksikan untuk dilakukan Ct Scan ,MRI Otak, EKG, dan pemeriksaan darah, semua pemeriksaan ini menunjukkan kondisi dalam batas normal. Dokter menulis diagnose akhir”Syncope” saja

Contoh pendokumentasian klinis yang jelas

Dengan contoh yang sama dapat ditulis diagnosanya:

1. *Syncope ,etiology undetermined*
2. *Syncope, possible bradycardia*
3. *Syncope, probable TIA*

2.3.7 Timely: at the time of services (Tepat waktu sesuai saat pelayanan)

Ketepatan waktu pendokumentasian klinis merupakan hal yang penting, untuk pengobatan yang terbaik bagi pasien. RKE akan membantu ketepatan waktu, tetapi entry catatan oleh dokter sangat penting. Catatan perkembangan harian dan ringkasan pulang juga perlu tepat waktu dengan diagnosa saat masuk. RS perlu membuat laporan bila diagnosa saat masuk sebagai bukti bahwa kondisi tidak dikembangkan di RS. Adanya pendokumentasian saat masuk mempengaruhi penelitian, penagihan, indikator kualitas dan perencanaan.

2.4 Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit (2008)

Dikatakan bahwa Rekam Medis yang lengkap adalah rekam medis yang telah diisi lengkap oleh dokter dan waktu 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau rawat inap yang meliputi Identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume.

2.5 Model Audit Pendokumentasian RM

Berdasarkan Permenkes 269 (2008) , Audit pendokumentasian Rekam Medis dengan melakukan analisis secara rutin terhadap isi RM harus dijalankan agar pengelolaan isi RM dapat memenuhi tujuan:

- a. Sebagai alat komunikasi informasi asuhan pasien
- b. Untuk memenuhi persyaratan sebagai barang bukti legal berkaitan dengan Penanganan penyakit pasien
- c. Rincian penagihan biaya
- d. Evaluasi para ahli

- e. Melengkapi data klinis pasien
- f. Kebutuhan administrasi
- g. Riset dan Edukasi
- h. Kesehatan Masyarakat
- i. Pemasaran dan Perencanaan dalam pengambilan keputusan

Berdasarkan Kathleen and Shirley (2010) Jenis-jenis Audit pendokumentasian:

- a. Secara Kuantitatif
- b. Secara kualitatif

Analisis kuantitatif

disebut juga *Discharge Analysis* :mereview kelengkapan dan keakuratan dari Rekam Kesehatan. Umumnya dilakukan secara *Retrospective Analysis* yaitu saat pasien telah keluar rumah sakit . Dapat juga dilakukan secara *Concurrent Analysis* yaitu saat pasien masih dirawat.

Hal yang diperhatikan:

- a. Pertamakali dilakukan penataan RM sehingga lembaran RM yang kurang dapat segera diketahui,
- b. Kemudian melihat autentikasi penulis berupa tandatangan penulis,
- c. Penulisan yang baik; bila ada kesalahan dicoret satu garis dan diparaf, diberi tanggal koreksi kemudian menulis hal perbaikannya.
- d. Tepat waktu dan dapat dibaca, menggunakan singkatan yang telah distandarisaasi
- e. Akurat dan lengkap

Analisis kuantitatif meliputi review kelengkapan RK berdasarkan peraturan, akreditasi, perijinan dan kebutuhan penagihan yang berlaku di RS baik RK berbasis kertas maupun elektronik.

Hatta (2008) Analisis Kuantitatif adalah telaah /*review* bagian tertentu dari isi RM dengan maksud menemukan kekurangan, khususnya yang berkaitan dengan pendokumentasian RM. Penulisan/ pendokumentasian Rekam Medis ini diatur oleh Kepala bagian Rekam Medis/ Informasi Kesehatan bersama dengan Pemberi pelayanan kesehatan terkait.

Tujuan analisis kuantitatif ini adalah:

- a. Menentukan sekiranya **ada kekurangan** agar dapat dikoreksi dengan segera pada saat pasien dirawat, dan item kekurangan belum terlupakan, untuk menjamin efektifitas kegunaan isi RM di kemudian hari. Yang dimaksud dengan koreksi ialah perbaikan sesuai keadaan yang sebenarnya terjadi.
- b. Untuk mengidentifikasi bagian yang **tidak lengkap** yang dengan mudah dapat dikoreksi dengan adanya dibuat suatu prosedur sehingga Rekam Medis menjadi lebih lengkap dan dapat dipakai sesuai tujuan yang tersebut di atas, yang terpenting untuk:
 - Pelayanan pasien
 - Melindungi dari kasus Hukum
 - Memenuhi Peraturan
 - Agar analisa Data dan Statistik akurat

Komponen –komponen analisis kuantitatif

Komponen dasar meliputi suatu review Rekam Medis:

a. Memeriksa identifikasi pasien pada setiap lembaran Rekam Medis

Minimal setiap lembar berkas mempunyai :→**Nama dan No.Rekam Medis pasien**. Bila ada lembaran yang tanpa identitas harus di review untuk menentukan milik siapa lembaran tersebut. Dalam hal ini secara *Concurrent Analysis* lebih baik oleh karena lebih cepat mengetahui identitasnya daripada *Retrospective Analysis*.

b. Adanya semua laporan/ pencatatan yang penting sebagai bukti rekaman.

Ada lembaran laporan yang standar terdapat dalam Rekam Medis.

Contoh:

- 1) Mulai dari saat pasien mendaftar rawat inap sebagai bukti penjelasan tentang hak dan kewajiban pasien dalam bentuk “Persetujuan Umum (*General Consent*)”:
- 2) Formulir Pasien Masuk dan Keuar
- 3) Pengkajian awal dokter berupa Lembar Anamnesa dan Riwayat penyakit pasien dan/ keluarga dan Pemeriksaan Fisik, diagnosa awal dan Pengkajian Perawat

- 4) Rencana penatalaksanaan berupa Asuhan Keperawatan oleh perawat dan diikuti instruksi dokter
- 5) Kemudian diikuti dengan Catatan Perkembangan baik oleh dokter dan perawat
- 6) Observasi klinik, kalau perlu ada catatan intake-output cairan
- 7) Terakhir berupa Rencana pasien puang, ringkasan perawat dan Ringkasan riwayat puang

Lembaran tertentu kadang kala ada tergantung kasus pasien.

Contoh: Laporan operasi, anestesi, Hasil PA.

Penting ada tanggal dan jam pencatatan , sebab ada kaitannya dengan peraturan pengisian.

Contoh: Lembaran riwayat pasien dan pemeriksaan fisik harus diisi < 24jam sesudah pasien masuk rawat. Analisis Kuantitatif harus dilakukan dengan cara *Concurrent Analysis* agar dapat segera dibuat. Tetapi bila *Retrospective Analysis* maka ini sudah dianggap dengan “*deficiency*”. Demikian juga bila pasien operasi dan tidak dibuat laporan operasi saat operasi maka tidak dapat ditambahkan belakangan. (= “*deficiency*”)

Bila pasien yang dirawat tidak dikunjungi oleh dokter pada hari tertentu maka tidak ada catatan perkembangan yang ditulis oleh dokter pada hari tersebut. Berarti tidak boleh diminta dokter tersebut membuatnya pada hari berikutnya.

c. Adanya autentikasi penulis/ Keabsahan Rekaman

Autentikasi dapat berupa:

- 1) Nama atau Cap/ stempel , dan inisial yang dapat diidentifikasi
- 2) Tanda tangan, dalam Rekam Medis atau
- 3) Kode seseorang untuk komputerisasi.
- 4) Harus ada titel/ gelar profesional (Dokter, Perawat)

Tidak boleh ditanda tangani oleh orang lain selain penulis, kecuali bila ditulis oleh dokter jaga atau mahasiswa maka ada tanda tangan sipenulis di tambah countersign oleh supervisor dan ditulis “telah direview dan dilaksanakan atas instruksi dari ... atau telah diperiksa oleh

d. Terciptanya pelaksanaan rekaman/ pendokumentasian yang baik.

Dapat kita uraikan sebagai berikut:

- 1) Analisis Kuantitatif memeriksa Pencatatan yang tidak lengkap dan yang tidak dapat dibaca . Hal ini dapat dilengkapi dan diperjelas .

- 2) Memeriksa baris perbaris dan bila ada barisan yang kosong digaris agar tidak diisi belakangan.
- 3) Singkatan tidak dibolehkan
- 4) Bila ada salah pencatatan maka bagain yang salah digaris dan catatan tersebut masih terbaca, kemudian diberi keterangan disampingnya bahwa catatan tersebut salah / salah menulis Rekam Medis pasien lain.

2.6 Jenis kelengkapan Rekam Medis

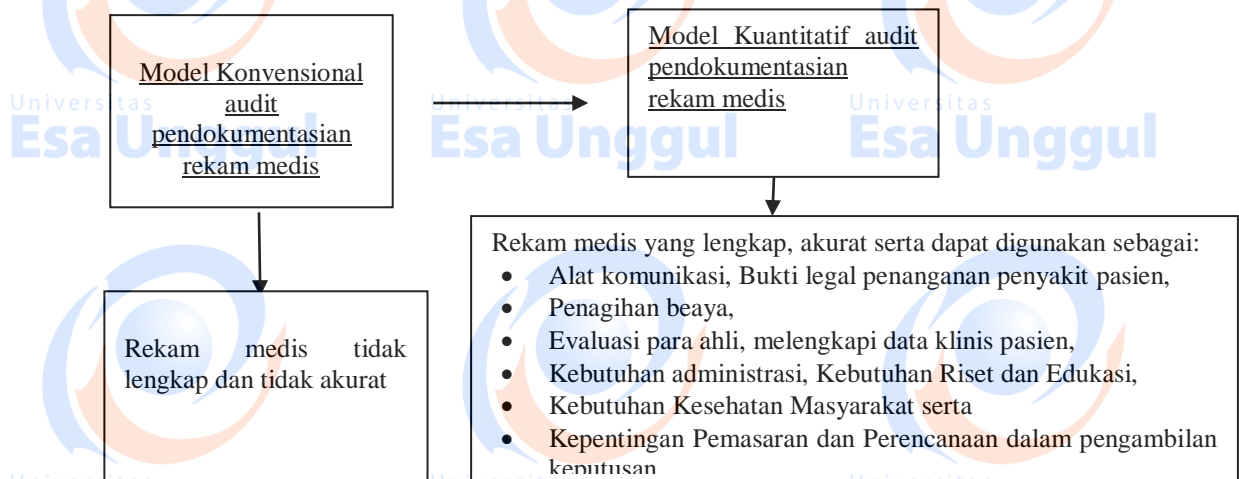
Hasil analisis kelengkapan dapat dikriteria atas :

1. *Incomplete Medical Record (IMR)*
2. *Delinquent Medical Record (DMR)*

Rekam Medis dengan kekurangan yang spesifik yang masih dapat dilengkapi oleh pemberi pelayanan kesehatan dikategorikan sebagai ***Incomplete Medical Record*** Pemberi Pelayanan Kesehatan diberitahu untuk melengkapi Rekam Medis sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan sesuai aturan dari Staf Medis. Berdasarkan peraturan Depkes 24 jam sesudah pasien pulang Rekam Medis segera dikembalikan ke Rekam Medis dengan lengkap dan benar

Rekam Medis yang telah dikirim ke pemberi pelayanan dan masih tidak lengkap sesudah melewati batas waktu tsb maka dikategorikan sebagai ***Delinquent Medical Record***. Sebagai contoh: tidak adanya catatan saat Pengkajian Awal Pasien masuk rawat berupa Riwayat Penyakit dan Pemeriksaan Fisik, atau sesudah operasi tidak mempunyai Surat Persetujuan Tindakan Kedokteran atau Hasil Operasi.

2.7 Kerangka Pemikiran



Gambar 2.1. Kerangka Pemikiran

2.8 Hipotesis

P value $< \alpha$ (0,05) maka hasil perhitungan menghasilkan keputusan H_0 ditolak dan dinyatakan ada pengaruh model audit pendokumentasian rekam medis terhadap kelengkapan rekam medis.

Sebaliknya, jika p value $> \alpha$ (0,05) maka hasil perhitungan menghasilkan keputusan H_0 diterima yang berarti tidak ada pengaruh model audit pendokumentasian rekam medis terhadap kelengkapan rekam medis



BAB III. **TUJUAN DAN MANFAAT**

3.1 Tujuan Penelitian

Tujuan Umum:

Untuk mengetahui pengaruh penggunaan Model Kuantitatif Audit Pendokumentasian terhadap Kelengkapan Rekam Medis

Tujuan Khusus:

- a. Mengidentifikasi kelengkapan rekam medis dengan menerapkan model konvensional audit pendokumentasian
- b. Mengidentifikasi kelengkapan rekam medis sesudah menerapkan model kuantitatif audit pendokumentasian
- c. Membuktikan pengaruh penerapan Model Kuantitatif Audit Pendokumentasian terhadap kelengkapan rekam medis

3.2 Manfaat Penelitian

- a. Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan
Hasil penelitian ini berupa Model Kuantitatif yang terstruktur dapat digunakan untuk mengaudit kelengkapan Rekam Medis diinsitusnya, juga meningkatkan kualitas pelayanan institusi itu sendiri
- b. Bagi Pemberi Pelayanan Kesehatan; Model ini akan memberi petunjuk bagi pemberi pelayanan bagian yang perlu dilengkapi dan sekaligus mensosialisasikan kembali bagi mereka penulisan Rekam Medis yang lengkap dan akurat
- c. Institusi Pendidikan: Model ini membei luaran berupa draft Modul yang dapat digunakan sebagai dasar bahan ajar di semua institusi / program studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
- d. Bagi Peneliti; draft model Kuantitatif ini merupakan karya yang akan didaftarkan sebagai hak cipta dan HAKI

BAB IV METODE PENELITIAN

4.1 Jenis Dan Disain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah eksperimen semu (*quasi experiment*) dengan menggunakan rancangan *Pretest- Posttest* , *Non-Equivalent Control Group Design*. Pada penelitian ini difokuskan pada hasil akhir pengukuran kelengkapan rekam medis pada penerapan model konvensional audit pendokumentasian rekam medis dan model kuantitatif audit pendokumentasian rekam medis.

4.2 Populasi Dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah mahasiswa D3-Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan, Universitas Esa Unggul semester 3 sebanyak 30 orang . Sampel yang diambil adalah sampel jenuh . . Masing-masing melakukan pengukuran sebanyak 5 Rekam Medis. untuk kelengkapan rekam medis pada penerapan model konvensional dan model kuantitatif audit pendokumentasian rekam medis.

4.3 Variabel Dan Definisi Operasional

4.3.1 Variabel pada penelitian ini terdiri dari:

Variabel bebas : model audit pendokumentasian rekam medis

Variabel terikat : kelengkapan rekam medis

4.3.2 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1. Model Kuantitatif Audit Pendokumentasian RM	Jenis Model audit pendokumentasian RM dengan melakukan telaah bagian tertentu dari isi RM dengan maksud menemukan kekurangan, khususnya yang berkaitan dengan pendokumentasian RM.	Observasi	Check list	0= lengkap/ pencatatan baik 1= tidak lengkap/ pencatatan tidak baik	Nominal
2. Kelengkapan rekam medis	Terisinya kelengkapan 4 komponen: 1. identitas pasien, 2. Catatan yang penting, 3. Autentifikasi penulis, 4. pendokumentasian yang baik	Observasi	Check list	Rata-rata nilai score	Kontinu

a. Kelengkapan identitas pasien	Persentase terisinya 4 subkomponen 1. Nama, 2.Nomor RM, 3.tanggal lahir/ umur dan 4. Jenis kelamin pada tiap lembaran	Observasi	Check list	Rata-rata nilai score	Kontinu
b. Kelengkapan catatan penting	persentase RM yang minimal mempunyai 5 subkomponen kelengkapan lembaran : 1.Pengkajian awal, 2. Catatan Perkembangan, 3. Informed Consent, 4. Catatan Perawatan dan Pengobatan, 5. Catatan saat pulang	Observasi	Check list	Rata-rata nilai score	Kontinu
c. Kelengkapan Autentikasi Penulis	Persentase terisinya 4 subkomponen: 1. Nama dokter 2. Tandatangan dokter, 3. Nama perawat, dan 4. Tandatangan perawat pada lembarannya	Observasi	Check list	Rata-rata nilai score	Kontinu
d. Teknik Pencatatan yang baik	RM dengan pengisian yang baik 3 subkomponen: 1. Yang tidak dicoret-coret, 2. Tidak menggunakan tip-ex dan 3. Seluruh bagian form diisi	Observasi	Check list	Rata-rata nilai score	Kontinu

4.4 Instrumen Dan Cara Pengumpulan Data

Instrumen penelitian ini adalah *check list* (daftar tilik dan rekapitulasi) dan pedoman wawancara. Cara pengumpulan data dengan melakukan pengukuran kelengkapan pengisian rekam medis dengan model konvensional audit pendokumentasian rekam medis dan model kuantitatif audit pendokumentasian rekam medis.

4.5 Teknik Pengolahan Data

a. *Editing*

Kegiatan koreksi terhadap ketidaklengkapan atau kesalahan data penelitian dengan tujuan untuk segera melakukan perbaikan

b. *Coding*

Kegiatan pemberian kode pada lembar observasi/check list bertujuan untuk memudahkan pengolahan data.

c. *Scoring*

Kegiatan pemberian skor pada variabel kelengkapan rekam medis

d. *Entry data*

Kegiatan memasukkan data penelitian ke komputer untuk memudahkan dalam pengolahan data penelitian.

4.6 Teknik Analisis Data

4.6.1 Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk menggambarkan variabel kelengkapan rekam medis baik pada model konvensional dan model kuantitatif secara mandiri dalam bentuk jumlah, persentase, mean, standar deviasi. Kelengkapan masing-masing komponen dikategori : 80-100% = baik, 70-80% = cukup, <60% = tidak baik

4.6.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat menggunakan uji *dependen T-test*. Analisis ini digunakan untuk membuktikan pengaruh model audit pendokumentasian rekam medis terhadap kelengkapan rekam medis. Dalam pengolahan data dan analisis data dengan menggunakan bantuan software SPSS Versi 22.

Batas kemaknaan (α) yang digunakan dalam penelitian ini adalah 5%. Keputusan uji statistik diambil dengan membandingkan nilai p value dengan α (alpha). Apabila hasil perhitungan didapatkan pvalue < α (0,05) maka hasil perhitungan menghasilkan keputusan H_0 ditolak dan dinyatakan ada pengaruh model audit pendokumentasian rekam medis terhadap kelengkapan rekam medis. Sebaliknya, jika pvalue > α (0,05) maka hasil perhitungan menghasilkan keputusan H_0 diterima yang berarti tidak ada pengaruh model audit pendokumentasian rekam medis terhadap kelengkapan rekam medis.

BAB V HASIL DAN LUARAN PENELITIAN

5.1 Hasil dan Pembahasan

5.1.2 Analisis Univariat

a. Rata-rata kelengkapan rekam medis model konvensional dan model kuantitatif audit pendokumentasian

Pada model kuantitatif tiap komponen mempunyai beberapa subkomponen. Subkomponen dari masing-masing komponen model kuantitatif ini dapat diperinci sebagai berikut dan hasilnya dibandingkan dengan model konvensional :

Tabel 5.1
Hasil Audit Komponen 1: Kelengkapan Identifikasi pasien dengan menggunakan Model Konvensional dan Kuantitatif Audit Pendokumentasian Rekam Medis.

NO.	SUBKOMPONEN ANALISIS	KELENGKAPAN	
		Model Konvensional	Model Kuantitatif
KELENGKAPAN IDENTIFIKASI PASIEN			
1.	Nama	100.00%	100.0%
2.	No..Rekam Medis	100.00%	100.0%
3.	Tanggal Lahir	83.33%	99.3%
4.	Jenis Kelamin	86.67%	97.3%
	Average	92.5%	99.2%

Dari table di atas komponen kelengkapan identifikasi pasien dapat diperinci bahwa ke empat subkomponennya sangat lengkap dari semua subkomponen =99.2% (97.3%-100%). Sedangkan model konvensional rata-rata kelengkapannya =92% (83.33%-100%)

Tabel 5.2
Hasil Audi Komponen 2: Kelengkapan Laporan Penting dengan menggunakan Model Konvensional dan Kuantitatif Audit Pendokumentasian Rekam Medis.

NO.	SUBKOMPONEN ANALISIS	KELENGKAPAN	
		Model Konvensional	Model kuantitatif
LAPORAN YANG PENTING			
1.	Pengkajian awal	90.00%	100.0%
2.	Cat.Perkembangan	89.33%	97.3%
3.	Informed Consent	85.33%	98.0%
4.	Bukti Pengobatan & Perawatan	91.33%	78.0%
5.	Cat. Saat pulang	97.33%	98.7%
	Average	90.67%	94 %

Dari table di atas dari komponen ke 2, kelengkapan laporan penting, dapat diperinci bahwa ada lima subkomponennya dan rata-rata kelengkapan = 94% (78%-100%). Dapat diketahui bahwa catatan pengkajian awal, catatan perkembangan dan informed consent lebih lengkap pada model kuantitatif sedangkan Bukti pengobatan & perawatan serta catatan saat pulang lebih lengkap di banding model konvensional.

Bila dibandingkan dengan hasil rata-rata kelengkapan RM model kuantitatif lebih tinggi kelengkapannya= 84% dari pada model konvensional= 90.67%

Tabel 5.3
Hasil Audi Komponen 3: Kelengkapan Autentikasi Penulis dengan menggunakan Model Konvensional dan Kuantitatif Audit Pendokumentasian Rekam Medis.

NO.	SUBKOMPONEN ANALISIS	KELENGKAPAN	
		Model Konvensional	Model kuantitatif
KELENGKAPAN AUTENTIKASI PENULIS			
1.	Nama Dokter Lengkap	60.67%	78.7%
2.	T.tangan	67.33%	90.0%
3.	Nama Perawat	68.00%	86.0%
4.	T.tangan Perawat	83.33%	88.0%
	Average	69.83%	85.7%

Berdasarkan tabel di atas komponen ke 3, kelengkapan Autentikasi penulis (dokter dan perawat), dapat diperinci bahwa ada empat (4) subkomponennya dan rata-rata kelengkapan model kuantitatif = 85.7%. (78.7%-90%) secara signifikan jauh lebih tinggi dibanding kelengkapan pada model konvensional =69.83% (60.67%-83.33%)

Tabel 5.4
Hasil Audit Komponen 4: Teknik Pencatatan yang baik dengan menggunakan Model Konvensional dan Kuantitatif Audit Pendokumentasian Rekam Medis.

NO.	SUBKOMPONEN ANALISIS	KELENGKAPAN	
		Model Konvensional	Model kuantitatif
1.	Coretan Tidak ada	84.67%	72.0%
2	Tipp-ex tidak digunakan	94.00%	94.7%
3	Bagian yang kosong tidak ada	23.33%	74.7%
	Average model	67.33%	80.4%

Dari tabel di atas terlihat komponen ke 4, teknik pencatatan yang baik, dapat diperinci bahwa ada tiga (3) subkomponennya dan rata-rata pencatatan yang baik = 80.4% (74.7 %- 94.7%). Secara signifikan jauh lebih tinggi dibanding pada model konvensional dengan rata-rata= 67.3% (23.33%-94%)

b. Kelengkapan rekam medis sebelum menerapkan model kuantitatif audit pendokumentasian

Tabel 5.5
Kelengkapan Rekam Medis Sebelum Penerapan Model Kuantitatif Audit Pendokumentasian

No	Review Kelengkapan	N	Mean	SD	Jumlah	%	Katagori
1	Identitas Pasien	150	3,70	0,58	555	92,5	Baik
2	Laporan Penting	150	4,53	0,77	680	90,67	Baik
3	Autentifikasi penulis	150	2,80	1,05	420	70	Cukup
4	Tenik Pencatatan yang baik	150	2,02	0,607	303	67,3	Cukup
	Rata-rata kelengkapan					79.98	

Sumber: Hasil Pengolahan SPSS versi 22.00, 2018

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa kelengkapan rekam medis sebelum penerapan model kuantitatif; Mean \pm SD ; Identitas pasien (3,70 \pm 0,58)= 92,5%, Laporan penting (4,53 \pm 0,77)= 90,67%, Autentifikasi (2,80 \pm 1,05)= 70% , pencatatan yang baik (2,02 \pm 0,607) =67,3%. Pencapaian kelengkapan pengisian tertinggi pada identitas pasien dan terendah pada teknik pencatatan yang baik. Rata-rata kelengkapan semua komponen = 79.98%

c. Kelengkapan rekam medis sesudah menerapkan model kuantitatif audit pendokumentasian

Tabel 5.6
Kelengkapan Rekam Medis Sesudah Penerapan Model Kuantitatif
Audit Pendokumentasian

No	Review Kelengkapan	N	Mean	SD	Jumlah	%	Kategori
1	Identitas Pasien	150	3,97	0,21	595	99,2	Baik
2	Laporan yang Penting	150	4,69	0,50	704	94,0	Baik
3	Autentifikasi Penulis	150	3,43	0,96	514	85,6	baik
4	Teknik Pencatatan yang baik	150	2,41	0,66	362	80,4	baik
	Rata-rata Kelengkapan					89,8	

Sumber: Hasil Pengolahan SPSS versi 22.00, 2018

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa kelengkapan rekam medis sesudah penerapan model kuantitatif; Mean \pm SD ; Identitas pasien (3,97 \pm 0,21), Laporan penting (4,69 \pm 0,50), Autentifikasi (3,43 \pm 0,96) pencatatan yang baik (2,41 \pm 0,66). Kelengkapan pengisian rekam medis pada katagori baik pada semua komponen kelengkapan. Rata-rata kelengkapan semua komponen = 89.8%.

Undang-undang praktik kedokteran (2004) pasal 46 ayat 1 dikatakan bahwa “Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis”. Pada Pasal 79 ayat 2 menyatakan “Bila dokter atau dokter gigi yang dengan sengaja tidak membuat Rekam medis dapat dipidana dengan pidana kurungan paling lama 1 (satu) tahun atau denda paling banyak Rp50.000.000,00 (lima puluh juta rupiah). Berdasarkan Permenkes 269, (2008) dikatakan bahwa Rekam Medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas . Hal ini dilakukan baik secara manual maupun elektronik.

Kelengkapan rekam medis dengan menerapkan model konvensional audit pendokumentasian (sebelum menerapkan model kuantitatif audit pendokumentasian) berdasarkan Tabel 5.5 dapat diketahui bahwa Rata-rata kelengkapan semua komponen

= 79.98%. Pencapaian kelengkapan pengisian identitas pasien dan laporan yang penting masuk dalam kategori “baik” sedangkan komponen Autentikasi penulis dan Teknik pencatatan yang baik masih dalam kategori “cukup” .

Kelengkapan rekam medis dengan menerapkan kuantitatif audit pendokumentasian, berdasarkan Tabel 5.6 dapat diketahui bahwa kelengkapan rekam medis sesudah penerapan model kuantitatif rata-rata kelengkapan semua komponen = 89.8%. Pencapaian kelengkapan pengisian rekam medis pada katagori “baik” untuk semua komponen.

5.1.2 Analisis Bivariat

Tabel 5.7
Hasil Uji Hipotesis

No	Kelengkapan	Mean	SD	p	Keputusan Ho
1	Identitas Pasien Sebelum_Sesudah	-0,267	0,598	0,000	Ditolak
2	Laporan Penting Sebelum_Sesudah	-0,160	0,956	0,042	Ditolak
3	Autentifikasi Sebelum_Sesudah	-0,627	1,468	0,000	Ditolak
4	Pencatatan yag baik Sebelum_Sesudah	-0,393	0,889	0,000	Ditolak

Sumber: Hasil Pengolahan SPSS versi 22.00, 2018

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa nilai mean kelengkapan identitas pasien sebelum dan sesudah penerapan model kuantitatif adalah -0,267 (3,70-3,97). Kelengkapan sesudah lebih lengkap dibanding kelengkapan sebelum penerapan model kuantitatif. Dan selisih nilai mean tertinggi terdapat pada kelengkapan autentifikasi = -0,627 (2,80-3,43). Kelengkapan autentifikasi sesudah lebih lengkap dibanding sebelum penerapan model kuantitatif.

Nilai p pada semua variabel kelengkapan rekam medis adalah <0.05 sehingga Ho ditolak. Hal ini berarti:

- 1) Ada perbedaan yang signifikan nilai rata – rata kelengkapan identitas pasien sebelum dan sesudah penerapan model kuantitatif audit pendokumentasian pada nilai p=0.000

- 2) Ada perbedaan yang signifikan nilai rata – rata kelengkapan laporan penting sebelum dan sesudah penerapan model kuantitatif audit pendokumentasian pada nilai $p=0.042$
- 3) Ada perbedaan yang signifikan nilai rata – rata kelengkapan autentifikasi sebelum dan sesudah penerapan model kuantitatif audit pendokumentasian pada nilai $p=0.000$
- 4) Ada perbedaan yang signifikan nilai rata – rata kelengkapan pencatatan sebelum dan sesudah penerapan model kuantitatif audit pendokumentasian pada nilai $p=0.000$

Nilai p pada semua variabel kelengkapan rekam medis adalah <0.05 sehingga H_0 ditolak. Hal ini berarti ada perbedaan yang signifikan nilai rata – rata semua komponen model audit kuantitatif berupa kelengkapan identitas pasien, laporan yang penting, autentifikasi penulis dan teknik pencatatan yang baik sebelum dan sesudah penerapan model kuantitatif audit pendokumentasian pada nilai $p < 0.05$

Adanya perbedaan yang signifikan nilai rata – rata kelengkapan seluruh komponen sebelum dan sesudah penerapan model kuantitatif audit pendokumentasian mencerminkan bahwa pelaksanaan model ini lebih baik dari model konvensional.

Dapat dikatakan bahwa :

- a. Model Kuantitatif ini dapat melacak tiap rekam medis yang diaudit. Adanya data yang lengkap dan terperinci serta dapat dirujuk maka kelengkapan rekam medis dengan model Kuantitatif ini memungkinkan dilakukan koreksi terhadap bagian dari rekam medis yang masih dapat dilengkapi.
- b. Model kuantitatif komponen yang ada terstruktur sehingga para mahasiswa yang diberi pelatihan Model Kuantitatif Audit Pendokumentasian RM dapat dengan pasti dan jelas dalam mengukur subkomponen dari komponen-komponen kelengkapan RM ini.
- c. Model kuantitatif merupakan model yang sesuai diterapkan bagi mahasiswa sehingga pada saatnya didunia kerja dapat menerapkannya dan hal ini akan meningkatkan mutu RM itu sendiri sehingga

Bila dibandingkan dengan penelitian yang relevan ; Sani (2016) dalam penelitian “Perbedaan Hasil Belajar Siswa Menggunakan Model Pembelajaran Latihan Inkuiri Dengan Pembelajaran Konvensional Pada Mata Pelajaran Fisika”

disimpulkan bahwa ada perbedaan yang signifikan hasil belajar siswa dalam mata pelajaran fisika yang diajar model inkuiri dengan pembelajaran konvensional.

Sejalan dengan Sani, hasil pengukuran dengan model konvensional lebih rendah dibanding model Kuantitatif. Juga pada model kuantitatif dapat dijelaskan subkomponen yang perlu diperbaiki dan dapat dikoreksi dalam meningkatkan mutu kelengkapan rekam medis. Secara retrospektif subkomponen dari identifikasi pasien dan autentikasi penulis yang belum tertulis masih dapat ditambahkan karena dilakukan dengan merujuk kembali pada RM yang terkait.

Dengan dilakukannya audit model kuantitatif dilakukan intervensi dengan melakukan tindak lanjut terhadap bagian yang belum lengkap dan masih mungkin dilengkapi oleh pemberi pelayanan seperti penulisan identifikasi pasien, kelengkapan catatan saat pulang, nama dan tandatangan penulis sedangkan kurangnya pencatatan tidak boleh ditambah atau dikurangi dan tidak dapat diintervensi. Demikian juga dan teknik pencatatan. Kedua komponen ini digunakan sebagai informasi audit untuk perbaikan pada masa yang akan datang.

Dapat dibandingkan sebagai berikut :

1. Kelengkapan identifikasi pasien dapat ditingkatkan dari 99.2% menjadi 100%. Identifikasi pasien yang belum terisi masih dapat dilengkapi sehingga pada model kuantitatif dapat ditingkan menjadi 100%
2. Kelengkapan laporan yang penting 90,67% menjadi 94%. Catatan saat pulang/ resume medis dapat dilengkapi sesudah proses perawatan dan pengobatan karena dibuat saat pasien akan pulang atau sudah pulang. Sehingga persentase kelengkapan Laporan penting dapat ditingkatkan. Namun demikian ada bagian rekam medis yang tidak bisa dikoreksi atau dilengkapi oleh karena kelalaian penulis tidak mencatat saat pemeriksaan pada perawatan dan pengobatan seperti Pengkajian awal yang dilakukan perawat dan dokter saat pasien baru masuk rawat atau tidak adanya *Informed Consent* (Surat Persetujuan Tindakan Kedokteran) yang sangat penting dan wajib adanya persetujuan pasien/ keluarganya sebelum dilakukan tindakan. Hal ini akan menjadikan rekam medis tersebut menjadi "*Delinquent Medical Record*"

Hal ini sejalan dengan ketentuan Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis (2006) bahwa rekam medis yang tidak lengkap masih dapat dilengkapi sesudah pasien pulang.

3. Kelengkapan autentikasi penulis baik dokter maupun perawat juga dapat ditingkatkan dari 85.7% menjadi 100%

Untuk meningkatkan teknik pencatatan yang baik dapat dilakukan dengan sosialisasi kepada para pemberi pelayanan untuk lebih baik agar pada pelaksanaan pendokumentasian rekam medis pada masa yang akan datang dapat dibaca dengan jelas dan koreksi kesalahan yang dilakukan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

5.2 Luaran yang Dicapai

Jenis Luaran yang dicapai adalah publikasi hasil penelitian berupa artikel ilmiah, mengajukan untuk presentasi pada seminar nasional dan terciptanya draft modul Kuantitatif yang saat ini telah digunakan dosen dalam proses belajar mengajar dan penelitian mahasiswa.

Tabel 5.8
Luaran yang dicapai

No.	JENIS LUARAN				INDIKATOR CAPAIAN		
	KATEGORI	SUBKATEGORI	WAJIB	TAMBAHAN	TS ¹⁾	TS +1	TS +2
1	Artikel ilmiah dimuat di Jurnal INOHIM Vol.6 no.02 Desember 2018 ISSN 23548932	Nasional tidak terakreditasi	draf	tidak ada	Accepted 10 September 2018		
3	Buku Ajar (ISBN)9)	Pengkayaan bahan ajar(modul)	tidak ada	draf	Draf Modul		

BAB VI

RENCANA TAHAP BERIKUTNYA

Dari hasil penelitian yang telah diperoleh ini peneliti merencanakan tahap berikutnya :

1. Mendaftarkan Modul dari Model Kuantitatif pendokumentasian rekam medis untuk hak cipta
2. Pada tahap penelitian berikutnya akan dilanjutkan:
 - a. Menyusun buku ajar Audit kuantitatif pendokumentasian rekam medis
 - b. Mengajukan HAKI untuk buku ajar audit kuantitatif pendokumentasian rekam medis
 - c. Tentang Pengaruh model Kualitatif terhadap Kelengkapan Pendokumentasian Rekam Medis.
 - d. Menyusun modul terkait Model Kualitatif pendokumentasian rekam medis

BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

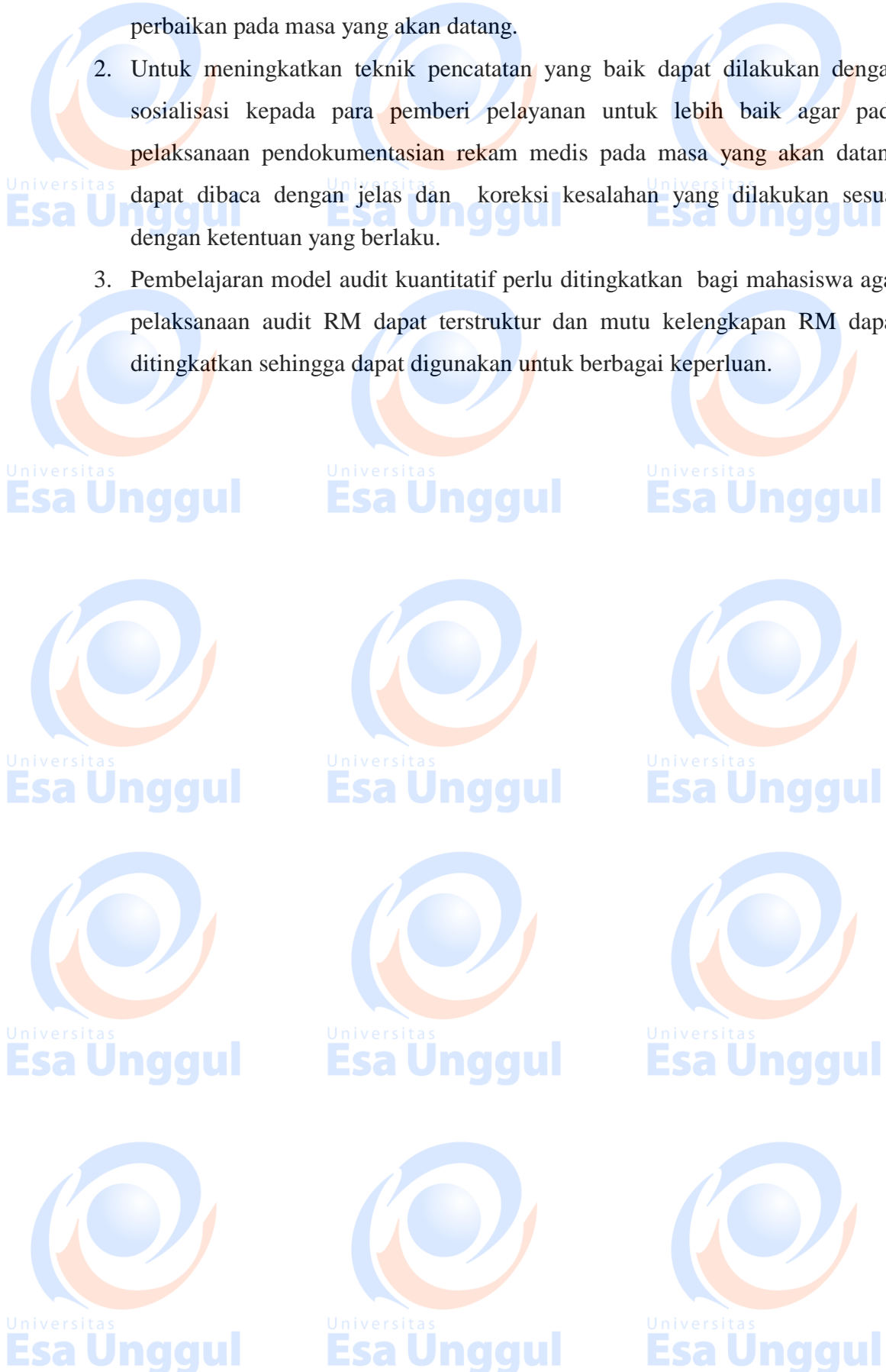
1. Rata-rata kelengkapan Rekam Medis berdasarkan model konvensional audit pendokumentasian RM sebesar = 79.98% . Pencapaian kelengkapan pengisian identitas pasien dan laporan yang penting masuk dalam kategori “baik” sedangkan komponen Autentikasi penulis dan Teknik pencatatan masih dalam kategori “cukup” .
2. Rata-rata kelengkapan Rekam Medis berdasarkan model Kuantitatif audit Pendokumentasian RM sebesar 89.8 % . Pencapaian kelengkapan pengisian rekam medis pada katagori “baik” untuk semua komponen
3. Adanya perbedaan yang signifikan nilai rata – rata kelengkapan seluruh komponen sebelum dan sesudah penerapan model kuantitatif audit kelengkapan pendokumentasian RM mencerminkan bahwa pelaksanaan model ini lebih baik dibanding model konvensional.
 - a. Model Kuantitatif ini terstruktur. Dapat melacak tiap rekam medis yang diaudit, sehingga diperoleh data yang lengkap dan terperinci
 - b. Dapat dilakukan koreksi terhadap bagian dari rekam medis yang masih memungkinkan untuk dilengkapi.
 - c. Mahasiswa yang diberi pelatihan Model Kuantitatif Audit Pendokumentasian RM dapat dengan pasti dan jelas dalam mengukur kelengkapan subkomponen dari komponen-komponen kelengkapan RM ini.
 - d. Mahasiswa dapat menerapkan model kuantitatif ini dengan baik dan mengerti

7.2 Saran

1. Dengan dilakukannya audit model kuantitatif perlu dilakukan intervensi setelah audit dengan melakukan tindak lanjut terhadap bagian yang belum lengkap dan masih mungkin dilengkapi oleh pemberi pelayanan seperti penulisan identifikasi pasien, kelengkapan catatan saat pulang, nama dan tandatangan penulis sedangkan kurangnya pencatatan tidak boleh ditambah atau dikurangi dan tidak dapat diintervensi. Demikian juga dan teknik

pencatatan. Kedua komponen ini digunakan sebagai informasi audit untuk perbaikan pada masa yang akan datang.

2. Untuk meningkatkan teknik pencatatan yang baik dapat dilakukan dengan sosialisasi kepada para pemberi pelayanan untuk lebih baik agar pada pelaksanaan pendokumentasian rekam medis pada masa yang akan datang dapat dibaca dengan jelas dan koreksi kesalahan yang dilakukan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
3. Pembelajaran model audit kuantitatif perlu ditingkatkan bagi mahasiswa agar pelaksanaan audit RM dapat terstruktur dan mutu kelengkapan RM dapat ditingkatkan sehingga dapat digunakan untuk berbagai keperluan.




DAFTAR KEPUSTAKAAN

- Depkes RI. tentang . Standar Pelayanan Minimal. Dirjen Yanmed Depkes RI , Jakarta.2008
- Hatta, Gemala R.. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan*, UI Press, Jakarta ;2008
- Kemkes RI. tentang Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis. Jakarta: Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2006.
- Permenkes RI. No 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis. Jakarta: Menteri Kesehatan Reupublik Indonesia. 2008.
- Kemkes RI. tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit,(1 Jakarta: Menteri Kesehatan Republik Indonesia.2011
- Lima, Ayu. *Tinjauan Kelengkapan Rekam Medis Rawat Inap Pada Pembuatan Resume Medis Di Rumah Sakit Siaga Raya Jakarta*. Repositori UEU, Jakarta;2012
- LaTour, Kathleen M.et al. . *Health Information Management* (3). AHIMA, Chicago, Illinois ;2010.
- Ruthann Russo. *Documentation for MR* . AHIMA, Chicago, Illinois;2013
- Sabri,Lukito dan Hastono, Sutanto Priyo. *Statistik Kesehatan* (7). PT Raja Grafindo Persada, Jakarta;2014
- Sani, Ridwan Abdullah, et.al. *Perbedaan Hasil Belajar Siswa Menggunakan Model Pembelajaran Latihan Inkuiri Dengan Pembelajaran Konvensional Pada Mata Pelajaran Fisika*. Jurnal Penelitian Inovasi Pembelajaran Fisika Vol. 3(2) Des. 2011; 25-30
- Sayono, Ripto.*Tinjauan Kelengkapan Rekam Medis Rawat Inap Penyakit Dalam Di RSUD Pasar Rebo*, Repositori UEU, Jakarta;2011
- Sekretariat Negara, UU RI no.29 , 2004 .*Praktek Kedokteran*.
- Sutoto. *Implementasi Standar Akreditasi Baru Rumah Sakit Indonesia*.:Workshop KARS, Jakarta;2011
- Trisianawati, Eka, et.al. *Model Pembelajaran Kooperatif Tipe Jigsaw Terhadap Hasil Belajar Siswa Pada Materi Vektor Di Kelas X Sma Negeri 1 Sanggau Ledo*”.*Jurnal Penelitian Fisika dan Aplikasinya*.JPFA Vol. 06, No 02, Des.2016 ;51-60
- Widjaja, Lily. *Pengaruh Pereseapan Elektronik Terhadap Mutu Layanan Farmasi Di Rumah Sakit “X” Jakarta Barat* , Jurnal INOHIM Vol. 01/ no.2/ Des.2013;52-56

**LAMPIRAN 1.
RINGKASAN BIAYA**

No.	Uraian	Jumlah yang disusulkan
		1tahun
1	Honorarium untuk pelaksana pengumpul data, pengolah data, penganalisis data, pengetikan laporan	3,700,000
2	Pembelian bahan habis pakai; ATK, bahan ajar dan sertifikat	7,077,000
3	Perjalanan untuk biaya transport dan konsumsi kelahan dan rapat	2,400,000
4	Lain-lain: sewa untuk peralatan dan ruangan	900,000
5	Peralatan penunjang ; studi literature dan pengayaan bahan ajar	1,623,000
		15,700,000

**LAMPIRAN 2 :
SURAT KETERANGAN LOA ARTIKEL ILMIAH**

**Universitas Esa Unggul**
Lembaga Penerbitan

SURAT KETERANGAN
9/LPT-INOHIM/Int/IX/2018

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Henry Arianto, S.H,M.H
Jabatan : Kepala Bagian Pengelola Jurnal, Universitas Esa Unggul
Alamat : Jl. Arjuna Utara Tol Tomang
Kebon Jeruk – Jakarta 11510

Menerangkan bahwa artikel dengan judul: **MODEL KUANTITATIF AUDIT PENDOKUMENTASIAN TERHADAP KELENGKAPAN REKAM MEDIS**

Penulis : Lily Widjaya dan Siswati
Institusi : FIKES, Prodi. Rekam Medis, Universitas Esa Unggul, Jakarta

Telah diterima dan akan diterbitkan di Jurnal INOHIM Volume 6 Nomor 2, Desember 2018. ISSN: 2354-8932.

Demikian surat keterangan ini kami sampaikan untuk diketahui, atas perhatiannya diucapkan terimakasih.

Jakarta, 10 September 2018

Hormat Kami,


Henry Arianto, S.H, M.H
Ka. Bag. Pengelola Jurnal

LEMBAGA PENERBITAN