

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Rumah Sakit Umum Muhammadiyah Ponorogo

1. Profil Rumah Sakit Umum Muhammadiyah Ponorogo

Rumah Sakit Umum Muhammadiyah (RSUM) Ponorogo merupakan salah satu rumah sakit swasta di Kabupaten Ponorogo. Rumah sakit ini beralamat di jalan Diponegoro no. 50 Ponorogo. Berdiri pada tanggal 16 Januari 1962 oleh Pimpinan Cabang (PC) Muhammadiyah Ponorogo Kota. Majelis Penolong Kesengsaraan Oemoem (MPKO) atau yang sekarang namanya berubah menjadi Majelis Pembina Kesehatan Umum (MPKU) PC Muhammadiyah Ponorogo kota merupakan pemrakarsa berdirinya Rumah Bersalin Aisyiah pada awalnya yang kini bernama Rumah Sakit Umum Muhammadiyah (Profil RSUM Ponorogo, 2016).

Pada tanggal 24 Oktober 1992 PC Muhammadiyah Ponorogo Kota telah mendapatkan izin tetap penyelenggaraan Rumah Bersalin Aisyiah dari Depkes Jatim dengan nomor SK 325/KANWIL/SK/YKM.4/X/1992. Pada tahun yang sama pula mendapat izin tetap penyelenggaraan Balai Pengobatan dengan nomor SK : 328/KANWIL/SK/YKM.4/X/1992. Rumah Bersalin

dan Balai Pengobatan PCM Ponorogo Kota kembali mendapatkan surat ijin dari Kanwil Depkes tetang penyelenggaraan Balai Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) pada tanggal 6 November 1992 dengan nomor SK 325/KANWIL/SK/YKM. 4/XI/1992 (Profil RSUM Ponorogo, 2016).

Usaha yang dilakukan para pendiri dengan semangat pantang menyerah dan mencurahkan segala lkemampuannya baik secara moril maupun materiil akhirnya membuahkan hasil atas berkah Allah SWT, pada tanggal 23 Mei 2002 PC Muhammadiyah Ponorogo Kota mendapatkan SK ijin tetap dari Menkes RI No. YM.04.2.2.2052 untuk menyelenggarakan Rumah Sakit Aisyiah Diponegoro. Pada tahun 2014 RS Aisyiah Diponegoro berubah nama menjadi RSU Muhammadiyah Ponorogo berdasarkan Akta Notaris dan PPAT Muhammad Ali Fauzi, SH No. 261 tanggal 23 Desember 2015 sebagai upaya peningkatan mutu dan pembenahan layanan (Profil RSUM Ponorogo, 2016).

Status kepemilikan rumah sakit ini yaitu milik Pimpinan Pusat Muhammadiyah Ponorogo, dengan penyelenggara yaitu MPKU PCM Ponorogo Kota. Rumah sakit ini merupakan rumah sakit tipe C dengan 121 tempat tidur, dengan surat ijin operasional yang berlaku hingga 9 Maret 2020. Status akreditasi rumah sakit saat ini

telah terakreditasi Paripurna berdasarkan KARS 2012 (Profil RSUM Ponorogo, 2016).

2. Visi, Misi, Tujuan dan Motto RSU Muhammadiyah Ponorogo

Visi RSU Muhammadiyah Ponorogo adalah terwujudnya rumah sakit yang professional dan bermutu serta menjunjung tinggi keselamatan pasien sebagai sarana ibadah dan dakwah. Misi rumah sakit ini yaitu

- a. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara professional dan islami
- b. Meningkatkan mutu pelayanan secara berkesinambungan, melalui pemenuhan sarana prasarana serta pengembangan dan kesejahteraan sumber daya insani
- c. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang paripurna melalui pendekatan medis dan spiritual yang berfokus pada keselamatan pasien sekaligus sebagai media dakwah amar makruf nahi munkar

Sedangkan tujuan RSU Muhamadiyah Ponorogo adalah terwujudnya layanan professional yang bermutu dan berfokus pada keselamatan pasien, dilandasi ketaatan dan keikhlasan dalam menjalankan tugas sesuai Pedoman Hidup Islami Warga

Muhammadiyah. Motto yang digunakan oleh rumah sakit ini yaitu Mudah, Nyaman, Islami (Profil RSUM Ponorogo, 2016).

3. Fasilitas Pelayanan di RSU Muhammadiyah Ponorogo

Fasilitas Pelayanan yang dimiliki RSU Muhammadiyah Ponorogo antara lain :

- a. Instalasi Gawat Darurat (IGD)
- b. Instalasi Rawat Inap

Instalasi Rawat Inap memiliki 121 tempat tidur yang dibagi menjadi beberapa kelas, yaitu :

- 1) VIP sebanyak 12 tempat tidur
 - 2) Utama sebanyak 8 tempat tidur
 - 3) Kelas I sebanyak 11 tempat tidur
 - 4) Kelas II sebanyak 27 tempat tidur
 - 5) Kelas III sebanyak 51 tempat tidur
 - 6) RRI (Ruang Rawat Intensif) sebanyak 2 tempat tidur
 - 7) ICU/ICCU sebanyak 6 tempat tidur
 - 8) Perinatologi sebanyak 4 tempat tidur
- c. Instalasi Rawat Jalan

Instalasi rawat jalan terdiri atas :

- 1) Pelayanan medis umum, yaitu :
 - Klinik umum

- Klinik gigi
- Klinik fisioterapi
- Klinik Gizi
- Klinik KIA/KB
- Pelayanan imunisasi
- Klinik TB Dots

2) Poliklinik Umum dan Spesialis, yaitu :

- Klinik Obsgyn
- Klinik Bedah Umum
- Klinik Bedah Tulang (Orthopedi)
- Klinik Syaraf
- Klinik Penyakit Dalam
- Klinik Paru
- Klinik Jantung dan Pembuluh Darah
- Klinik Anak

d. Instalasi Bedah Sentral

e. Kamar Bersalin

f. Instalasi Labiratorium

g. Instalasi Radiologi

h. Instalasi Gizi

i. Instalasi Farmasi

j. Pelayanan Penunjang

Pelayanan penunjang di RSUD Muhammadiyah Ponorogo antara lain :

- 1) Tempat Pendaftaran Pasien
- 2) Bina Rohani
- 3) Kaisr
- 4) IPAL
- 5) Genset

B. Hasil Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Muhammadiyah Ponorogo selama bulan Januari sampai Mei 2017. Penelitian dimulai dari survei pendahuluan, perencanaan penelitian, perijinan, pengambilan data, hingga penulisan hasil penelitian. Pengambilan data dilakukan selama bulan Februari hingga April 2017, yaitu mengambil sampel rekam medis pasien pada bulan menjelang survei akreditasi yaitu berkas pasien bulan Juli 2016 yaitu sebanyak 30 berkas dan sampel rekam medis pasien setelah survei akreditasi yaitu berkas pasien bulan Desember 2016 sebanyak 30 berkas. Telaah yang dilakukan menggunakan format telaah rekam medis tertutup sesuai standar KARS 2012.

1. Kelengkapan Pengisian Rekam Medis Tiap Standar

Berdasarkan KARS 2012

a. Kelengkapan Rekam Medis Menjelang Survei Akreditasi

Tabel 4.1 Kelengkapan Rekam Medis Bulan Juli 2016

No.	Standar	Lengkap		Tidak Lengkap		Total	
		Σ	%	Σ	%	Σ	%
1.	HPK 6.3	28	93,33%	2	6,66%	30	100%
2.	HPK 6.4	29	96,66%	1	3,33%	30	100%
3.	HPK 8	0	0%	0	0%	0	0%
4.	PAB 5.1	30	100%	0	0%	30	100%
5.	PAB 7.1	17	56,66%	13	43,33%	30	100%
6.	AP 1.3	30	100%	0	0%	30	100%
7.	AP 1.4.1	30	100%	0	0%	30	100%
8.	AP 1.5	30	100%	0	0%	30	100%
9.	AP 1.5.1	16	53,33%	14	46,66%	30	100%
10.	AP 1.6	9	30%	21	70%	30	100%
11.	AP 1.7	30	100%	0	0%	30	100%
12.	AP 1.9	0	0%	0	0%	0	0%
13.	AP 1.10	30	100%	0	0%	30	100%
14.	AP 1.11	30	100%	0	0%	30	100%
15.	AP 2	25	83,33%	5	16,66%	30	100%
15.	PP 2.1	23	76,66%	7	23,33%	30	100%
16.	PPK 2	30	100%	0	0%	30	100%
17.	PAB 3	0	0%	0	0%	0	0%

(Bersambung)

Tabel 4.1 Kelengkapan Rekam Medis Bulan Juli 2016
(Lanjutan)

No.	Standar	Lengkap		Tidak Lengkap		Total	
		Σ	%	Σ		Σ	
18.	PAB 4	30	100%	0	0%	30	100%
19.	PAB 5	25	83,33%	5	16,66%	30	100%
20.	PAB 6	8	26,66%	22	73,33%	30	100%
21.	PAB 7	27	90%	3	10%	30	100%
22.	PAB 7.2	9	30%	21	70%	30	100%
23.	PAB 7.4	30	100%	0	0%	30	100%
24.	MPO 4	27	90%	3	10%	30	100%
25.	MPO 4.3	30	100%	0	0%	30	100%
26.	MPO 7	27	90%	3	10%	30	100%
27.	PPK 2.1	0	0%	30	100%	30	100%
28.	MKI 19.3	24	80%	6	20%	30	100%
29.	APK 1.1.3	0	0%	0	0%	0	0%
30.	APK 2.1	30	100%	0	0%	30	100%
31.	APK 3.2.1	6	20%	24	80%	30	100%
32.	APK 4.4	18	60%	12	40%	30	100%

Dari tabel 4.1 dapat dilihat persentase kelengkapan rekam medis untuk masing-masing standar akreditasi. Terdapat beberapa standar yang sudah lengkap dan beberapa standar yang belum lengkap. Terdapat beberapa standar yang tidak semua berkas sampel memerlukan formulir tersebut sehingga

jumlah sampel tertulis nol. Standar-standar tersebut antara lain HPK 8, AP 1.9, PAB 3 dan APK 1.1.3. Standar yang memiliki persentase kelengkapan 100% yaitu AP 1.3, AP 1.4.1, AP 1.5, AP 1.7, AP 1.10, PPK 2, PAB 4, PAB 7.4, MPO 4.3 dan APK 2.1. Standar yang memiliki kelengkapan paling rendah yaitu PPK 2.1 sebesar 0%, artinya semua sampel yang diambil untuk pengisian standar PPK 2.1 tidak lengkap.

b. Kelengkapan Rekam Medis Sesudah Survei Akreditasi

Tabel 4.2 Kelengkapan Rekam Medis Bulan Desember 2016

No	Standar	Lengkap		Tidak Lengkap		Total	
		Σ	%	Σ	%	Σ	%
1.	HPK 6.3	27	90%	3	10%	30	100%
2.	HPK 6.4	9	30%	21	70%	30	100%
3.	HPK 8	0	0%	0	0%	0	0%
4.	PAB 5.1	30	100%	0	0%	30	100%
5.	PAB 7.1	8	26,66%	22	73,33%	30	100%
6.	AP 1.3	30	100%	0	0%	30	100%
7.	AP 1.4.1	30	100%	0	0%	30	100%
8.	AP 1.5	30	100%	0	0%	30	100%
9.	AP 1.5.1	18	60%	12	40%	30	100%
10.	AP 1.6	18	60%	12	40%	30	100%
11.	AP 1.7	29	96,66%	1	3,33%	30	100%
12.	AP 1.9	2	100%	0	0%	2	100%
13.	AP 1.10	30	100%	0	0%	30	100%

(Bersambung)

Tabel 4.2 Kelengkapan Rekam Medis Bulan Desember 2016

(Lanjutan)

No	Standar	Lengkap		Tidak Lengkap		Total	
		Σ	%	Σ	%	Σ	%
14.	AP 1.11	27	90%	3	10%	30	100%
15.	AP 2	19	63,33%	11	36,66%	30	100%
15.	PP 2.1	26	86,66%	4	13,33	30	100%
16.	PPK 2	30	100%	0	0%	30	100%
17.	PAB 3	0	0%	0	0%	0	0%
18.	PAB 4	29	96,66%	1	3,33%	30	100%
19.	PAB 5	29	96,66%	1	3,33%	30	100%
20.	PAB 6	13	43,33%	17	56,66%	30	100%
21.	PAB 7	25	83,33%	5	16,66%	30	100%
22.	PAB 7.2	10	33,33%	20	66,66%	30	100%
23.	PAB 7.4	22	73,33%	8	26,66%	30	100%
24.	MPO 4	28	93,33%	2	6,66%	30	100%
25.	MPO 4.3	30	100%	0	0%	30	100%
26.	MPO 7	29	96,66%	1	3,33%	30	100%
27.	PPK 2.1	3	10%	27	90%	30	100%
28.	MKI 19.3	0	0%	30	100%	30	100%
29.	APK 1.1.3	0	0%	0	0%	0	0%
30.	APK 2.1	28	93,33%	2	6,66%	30	100%
31.	APK 3.2.1	4	13,33%	26	86,66%	30	100%
32.	APK 4.4	14	46,66%	16	53,33%	30	100%

Dari tabel 4.2 dapat dilihat persentase kelengkapan rekam medis untuk masing-masing standar akreditasi. Terdapat beberapa standar yang tidak semua berkas yang dijadikan sampel memerlukan formulir tersebut sehingga jumlah sampel tertulis nol. Standar-standar tersebut antara lain HPK 8, PAB 3 dan APK 1.1.3. Terdapat beberapa standar yang sudah lengkap dan beberapa standar yang belum lengkap. Standar yang memiliki persentase kelengkapan 100% yaitu PAB 5.1, AP 1.3, AP 1.4.1, AP 1.5, AP 1.9, AP 1.10, PPK 2 dan MPO 4.3. Standar yang memiliki kelengkapan paling rendah yaitu MKI 19.3 sebesar 0%, artinya semua sampel yang diambil pengisian pada standar tersebut tidak lengkap.

2. Perbedaan Kelengkapan Sebelum dan Sesudah Survei Akreditasi

Pengambilan sampel pada penelitian ini dibagi menjadi dua kelompok sampel, yaitu sampel yang diambil sebelum survei akreditasi yaitu sampel Bulan Juli 2016 dan sampel yang diambil beberapa bulan setelah survei akreditasi yaitu sampel Bulan Desember 2016. Hal ini dimaksudkan untuk melihat apakah ada perbedaan kelengkapan sebelum dan sesudah akreditasi untuk melihat konsistensi Rumah Sakit dalam menjaga dan meningkatkan mutu Rumah Sakit. Untuk melihat ada tidaknya perbedaan tersebut peneliti melakukan analisis bivariante untuk dua kelompok tidak berpasangan. Uji analisis bivariante yang digunakan adalah *chi*

square, jika tidak memenuhi syarat uji *chi square* maka digunakan uji *Fisher* sebagai alternatifnya. Uji dua kelompok berpasangan ini kami sajikan untuk setiap standar dalam KARS 2012.

Tabel 4.3 Hasil Analisis Bivariat

No.	Standar	Bulan Juli 2016		Bulan Agustus 2016		<i>p</i>
		Kelengkapan		Kelengkapan		
		Σ	%	Σ	%	
1.	HPK 6.3	28	93,33	27	90	1,000
2.	HPK 6.4	29	96,66	9	30	0,000 *
3.	HPK 8	0	0	0	0	-
4.	PAB 5.1	30	100	30	100	-
5.	PAB 7.1	17	56,66	8	26,66	0,018 *
6.	AP 1.3	30	100	30	100	-
7.	AP 1.4.1	30	100	30	100	-
8.	AP 1.5	30	100	30	100	-
9.	AP 1.5.1	16	53,33	18	60	0,432
10.	AP 1.6	9	30	18	60	0,020 *
11.	AP 1.7	30	100	29	96,66	1,000
12.	AP 1.9	0	0	2	100	-
13.	AP 1.10	30	100	30	100	-
14.	AP 1.11	30	100	27	90	0,237
15.	AP 2	25	83,33	19	63,33	0,080
15.	PP 2.1	23	76,66	26	86,66	0,488
16.	PPK 2	30	100	30	100	-

(Bersambung)

Tabel 4.3 Hasil Analisis Bivariat (Lanjutan)

No.	Standar	Bulan				<i>p</i>
		Bulan Juli 2016		Agustus 2016		
		Kelengkapan		Kelengkapan		
Σ	%	Σ	%			
17.	PAB 3	0	0	0	0	-
18.	PAB 4	30	100	29	96,66	1,000
19.	PAB 5	25	83,33	29	96,66	0,195
20.	PAB 6	8	26,66	13	43,33	0,176
21.	PAB 7	27	90	25	83,33	0,448
22.	PAB 7.2	9	30	10	33,33	0,781
23.	PAB 7.4	30	100	22	73,33	0,005 *
24.	MPO 4	27	90	28	93,33	1,000
25.	MPO 4.3	30	100	30	100	-
26.	MPO 7	27	90	29	96,66	0,612
27.	PPK 2.1	0	0	3	10	-
28.	MKI 19.3	24	80	0	0	0,000 *
29.	APK 1.1.3	0	0	0	0	-
30.	APK 2.1	30	100	28	93,33	0,492
31.	APK 3.2.1	6	20	4	13,33	0,488
32.	APK 4.4	18	60	14	46,66	0,301

Keterangan : *Hasil statistik bermakna

Dari table 4.3 dapat dilihat bahwa terdapat peningkatan dan penurunan hasil kelengkapan rekam medis sebelum dan sesudah survey akreditasi. Diantaranya ada beberapa standar yang memiliki perbedaan bermakna secara statistik antara sebelum dan sesudah

survey akreditasi, yaitu pada standar HPK 6.4, PAB 7.1, AP 1.6, PAB 7.4 dan MKI 19.3

C. Pembahasan

1. Deskripsi Kelengkapan Pengisian Rekam Medis Berdasarkan KARS 2012

Pada persentase kelengkapan rekam medis untuk masing-masing standar akreditasi, terdapat beberapa standar yang sudah lengkap dan beberapa standar yang belum lengkap. Terdapat beberapa standar yang tidak semua berkas sampel memerlukan formulir tersebut sehingga jumlah sampel tertulis nol. Standar-standar tersebut antara lain HPK 8 yaitu tentang persetujuan penelitian, pemeriksaan dan uji klinis, AP 1.9 tentang asesmen dan asesmen ulang pasien dengan kondisi akhir kehidupan, PAB 3 tentang asesmen pra sedasi, pemantauan selama sedasi dan kriteria pemulihan dan APK 1.1.3 tentang adanya keterlambatan dalam penatalaksanaan.

Berkaitan dengan standar HPK 8, RSUD Muhammadiyah Ponorogo tidak menyediakan formulir khusus, disebabkan karena rumah sakit tersebut tidak terlibat dalam penelitian. Untuk memenuhi standar AP 1.9 RSUD Muhammadiyah Ponorogo

menyediakan formulir di lampiran 44 B.1 yang berisi tentang catatan khusus pasien perawatan akhir kehidupan. Formulir ini digunakan untuk mencatat asesmen ulang pasien dengan kondisi akhir kehidupan. Pada sampel yang diambil bulan Desember 2016 terdapat dua berkas pasien yang menggunakan formulir ini serta terisi lengkap. Standar PAB 3 disediakan dalam formulir lampiran 24. Formulir ini digunakan untuk mencatat asesmen pasien sebelum dilakukan sedasi, pemantauan selama sedasi serta kriteria pemulihan pasien sedasi. Untuk memenuhi standar APK 1.1.3 tentang adanya keterlambatan dalam penatalaksanaan, RSUD Muhammadiyah Ponorogo tidak memiliki formulir khusus.

Menurut Wuryandari (2013) bahwa tersedianya formulir rekam medis dapat mempengaruhi suatu hasil pengisian rekam medis, idealnya bisa format rekam medis yang tersedia cukup maka semakin lengkap pengisian rekam medis. Sebaliknya, bila ketersediaan formulir belum baik maka akan mempengaruhi pengukuran ketidaklengkapan rekam medis oleh petugas pendaftaran, perawat ruangan dan dokter pengisi rekam medis.

Menurut pedoman KARS 2012, ketentuan penilaian dari setiap elemen penilaian tiap standar yaitu dinyatakan sebagai tercapai penuh, tercapai sebagian, tidak tercapai dan tidak dapat

diterapkan. Dikatakan tercapai penuh jika 80-100% temuan sampel terpenuhi, tercapai sebagian jika 20-79% temuan sampel terpenuhi, tidak tercapai jika hanya ditemukan $\leq 19\%$ terpenuhi, dan tidak dapat diterapkan jika tidak masuk dalam proses penilaian dan perhitungan (Kemenkes RI, 2011). Dari hasil penelitian yang telah disebutkan sebelumnya, elemen penilaian pada sampel bulan Juli 2016 yang tercapai penuh antara lain HPK 6.3, HPK 6.4, HPK 5.1, AP 1.3, AP 1.4.1, AP 1.5, AP 1.7, 1P 1.10, AP 1.11, AP 2, PPK 2, PAB 4, PAB 5, PAB 7, PAB 7.4, MPO 4, MPO4.3, MPO 7, MKI 19.3 dan APK 2.1. Sedangkan pada sampel bulan Desember 2016 didapatkan elemen penilaian yang tercapai penuh antara lain HPK 6.3, PAB 5.1, AP 1.3, AP 1.4.1, AP 1.5, AP 1.7, AP 1.9, AP 1.10, AP 1.11, PP 2.1, PPK 2, PAB 4, PAB 5, PAB 7, MPO 4, MPO 4.3, MPO 7 dan APK 2.1.

Pada sampel bulan Juli 2016, elemen standar yang tercapai sebagian antara lain PAB 7.1, AP 1.5.1, AP 1.6, PP 2.1, PAB 6, PAB 7.2, APK 3.2.1, APK 4.4. Sedangkan pada sampel bulan Desember 2016 elemen standar yang tercapai sebagian antara lain HPK 6.4, PAB 7.1, AP 1.5.1, AP 1.6, AP 2, PAB 6, PAB 7.2, PAB 7.4 dan APK 4.4. Pada sampel bulan Juli 2016, elemen standar yang tidak tercapai antara lain PPK 2.1 (0%). Sedangkan untuk

sampel bulan Desember 2016 elemen standar yang tidak tercapai antara lain PPK 2.1 (10%), MKI 19.3 (0%) dan APK 3.2.1 (13,3%).

Standar yang memiliki kelengkapan paling rendah pada berkas sebelum survei akreditasi yaitu PPK 2.1 sebesar 0%, artinya semua sampel yang diambil untuk pengisian standar PPK 2.1 tidak lengkap. Untuk memenuhi standar tentang kemampuan dan kemauan belajar pasien dan keluarga ini digunakan formulir Lampiran 02 berisi Edukasi Terintegrasi. Pengetahuan dan ketrampilan yang menjadi kekuatan dan kekurangan diidentifikasi dan digunakan untuk membuat perencanaan pendidikan. Untuk merencanakan pendidikan maka rumah sakit harus melakukan asesmen keyakinan dan nilai-nilai pasien dan keluarga, kemampuan membaca, tingkat pendidikan dan bahasa yang digunakan, hambatan emosional dan motivasi dan kesediaan pasien untuk menerima informasi (Kemenkes RI, 2011).

Pada formulir edukasi terintegrasi yang telah disediakan oleh RSUD Muhammadiyah Ponorogo sudah meliputi seluruh asesmen dalam pedoman KARS 2012, pengisiannya dengan cara memberikan tanda centang yang kata yang sesuai. Namun pada praktiknya sering dijumpai ketidakterisian tanda centang pada formulir. Hampir semua formulir pada bulan Juli 2016 tidak diisi

untuk pengisian bagian keyakinan dan nilai pasien dan keluarga dan kemampuan membaca, tingkat pendidikan dan bahasa yang digunakan.

Standar yang memiliki kelengkapan paling rendah pada berkas setelah survei akreditasi yaitu MKI 19.3 sebesar 0%, artinya semua sampel yang diambil pengisian pada standar tersebut tidak lengkap. Standar MKI 19.3 berisi tentang penulis, tanggal dan waktu untuk setiap penulisan di rekam medis, ini bisa dilihat dari setiap formulir yang dilakukan penulisan catatan rekam medis medis. Masing-masing penulisan harus mencatat nama, tanggal dan waktu penulisan. Namun pada pelaksanaannya masih banyak penulisan yang tidak lengkap, antara lain hanya dituliskan nama saja tanpa tanggal dan waktu atau tanpa waktu saja. Menurut Kepala Instalasi Rekam Medis, setiap penulisan rekam medis di RSUD Muhammadiyah Ponorogo harus menyertakan juga nama, tanggal dan waktu penulisan. Ini juga menjadi evaluasi surveyor saat dilakukan survei akreditasi bulan Agustus 2016 karena masih banyak yang hanya didapatkan tanda tangan penulis saja tanpa nama terang, tanggal atau waktu penulisan.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Kristianto & Ernawati (2015) yang dilakukan di RS. DR. Karyadi Semarang

didapatkan hasil kelengkapan dengan persentase AP. 1.7 untuk skrining nyeri 2,5% tidak lengkap, standar PPK 2 mengenai edukasi pasien sebesar 8,75% tidak lengkap, standar APK 3.2.1 tentang resumen pulang sebesar 11,25% tidak lengkap dan standar APK 4.4 untuk transfer pasien sebesar 10% tidak lengkap. Penelitian lain yang dilakukan oleh Pagela Pascarella Renta (2016) di RS. PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit 1 didapatkan hasil persentase standar yang kurang lengkap yaitu AP. 1.6 (43,2%), PAB 5.1 (22,7%), PAB 7.1 (22,7%), MPO 4(38,6%) dan MPO 7 (50%).

Hasil kelengkapan rekam medis tiap rumah sakit berbeda, hal ini dipengaruhi oleh banyak faktor. Pertama, sumber daya tenaga kesehatan, terutama dokter, paramedis, perawat dan petugas lainnya dalam ketaatan pengisian rekam medis masing-masing rumah sakit berbeda. Kedua, sarana prasarana yaitu ketersediaan formulir rekam medis yang lengkap dan efektif, tempat dan fasilitas untuk pengisian rekam medis. Ketiga, standar prosedur pengisian rekam medis masing-masing rumah sakit, meskipun pedoman umum yang dipakai sama menurut undang-undang, namun pelaksanaan masing-masing rumah sakit memiliki kebijakan yang berbeda sesuai dengan kondisi masing-masing

rumah sakit. Keempat, pembiayaan dan pengawasan, perlu adanya anggaran yang memadai untuk pengolahan data rekam medis serta pengawasan yang dilakukan secara berkesinambungan dan konsekuen (Lubis, 2009).

2. Analisis Perbedaan Kelengkapan Rekam Medis Menjelang dan Sesudah Survei Akreditasi

Akreditasi merupakan salah satu upaya peningkatan mutu rumah sakit. Hasil kajian mandiri atau *self assessment* dan survei akreditasi merupakan *peer review* akan menunjukkan sampai seberapa besar gap antara standar pelayanan di rumah sakit dan standar yang dicapai. Dari hasil tersebut dapat dilihat bahwa terdapat keeratan hubungan antara akreditasi dengan mutu pelayanan rumah sakit, sehingga bila kegiatan akreditasi dilaksanakan dengan berkelanjutan, tepat waktu sesuai lama berlaku status akreditasi dapat dikatakan sebagai upaya menjaga mutu pelayanan (Poerwani & Sopacua, 2006).

Mutu pelayanan harus dijaga secara berkesinambungan termasuk di dalam menjaga mutu pelayanan yaitu menjaga kelengkapan rekam medis. Rumah Sakit Umum Muhammadiyah Ponorogo telah mengikuti kegiatan akreditasi sebagai upaya untuk menjaga mutu pelayanan. Survei akreditasi telah dilaksanakan pada

bulan Agustus 2016, dan telah mendapatkan predikat paripurna dari KARS. Meskipun begitu, upaya menjaga mutu pelayanan harus tetap dilaksanakan.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di RSUD Muhammadiyah Ponorogo sebelum dan sesudah survei akreditasi, peneliti menemukan adanya beberapa perbedaan tingkat kelengkapan. Dari hasil analisis menggunakan uji *Chi Square* dengan SPSS didapatkan hasil bahwa terdapat beberapa standar yang memiliki perbedaan yang bermakna secara statistik dalam kelengkapan rekam medis antara sebelum survei akreditasi dan sesudah survei akreditasi. Standar-standar tersebut antara lain HPK 6.4 ($p=0,001$), PAB 7.1 ($p=0,018$), AP 1.6 ($p=0,020$), PAB 7.4 ($p=0,005$), MKI 19.3 ($P=0,001$).

Hak Pasien dan Keluarga 6.4 berisi tentang *informed consent* diperoleh sebelum operasi, anestesi, penggunaan darah atau produk darah dan tindakan serta pengobatan lain yang berisiko. Dari hasil penelitian didapatkan persentase kelengkapan rekam medis sebelum akreditasi sebesar 96,66%, dan setelah akreditasi didapatkan persentase kelengkapan sebesar 30%. Terdapat penurunan sebesar 66,66%, dan secara statistik didapatkan perbedaan yang bermakna sebelum dan sesudah

akreditasi. *Informed concern* atau persetujuan tindakan kedokteran adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien (Menkes RI, 2008). Bila rencana pelayanan termasuk operasi atau prosedur invasif, anesthesia (termasuk sedasi yang moderat dan dalam), penggunaan darah atau produk darah, atau tindakan dan pengobatan lain yang berisiko tinggi, maka diperlukan persetujuan yang tersendiri. Proses persetujuan ini memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarganya yang memadai tentang penyakit, saran pengobatan dan para pemberi pelayanan, sehingga mereka dapat membuat keputusan tentang pelayanan (Kemenkes RI, 2011).

Pelayanan Anestesi dan Bedah 7.1 berisi tentang informasi risiko, manfaat dan alternatif didiskusikan dengan pasien dan keluarganya atau orang yang berwenang membuat keputusan bagi pasien. Dari hasil penelitian didapatkan perbedaan kelengkapan rekam medis sebelum dan sesudah survei akreditasi. Kelengkapan rekam medis sebelum survei akreditasi pada standar ini didapatkan persentase sebesar 56,66%, sedangkan sesudah survei akreditasi didapatakn persentase sebesar 26,66%. Angka ini

mengalami penurunan sebesar 30%. Secara statistik memiliki perbedaan yang bermakna antara sebelum dan sesudah survei akreditasi. Pentingnya informasi yang adekuat diberikan kepada pasien dan keluarga ialah agar mereka bisa berpartisipasi membuat keputusan asuhan dan memberikan persetujuan atau *informed consent* atas tindakan yang akan diberikan. Informasi yang dimaksud mencakup risiko prosedur yang direncanakan, manfaat prosedur yang direncanakan, komplikasi yang potensial terjadi dan alternative tindakan bedah dan non bedah yang tersedia untuk mengobati pasien (Kemenkes RI, 2011).

Asesmen Pasien 1.6 berisi tentang skrining gizi dan kebutuhan fungsional serta dikonsul untuk asesmen lebih lanjut dan pengobatan apabila dibutuhkan. Dari hasil penelitian didapatkan persentase kelengkapan sebelum survey akreditasi sebesar 30%, sedangkan setelah survei akreditasi sebesar 60%. Angka ini menunjukkan peningkatan sebesar 30%, secara statistik disimpulkan adanya perbedaan yang bermakna antara sebelum dan sesudah survei akreditasi. Perbedaan ini berupa peningkatan, yang artinya adanya perbaikan pelayanan. Berdasarkan wawancara singkat kepada staf perawat dan bidan di ruang perawatan didapatkan informasi bahwa formulir kebutuhan fungsional

merupakan formulir baru yang distribusi fisik maupun informasinya belum sampai ke seluruh bagian. Pembuatan formulir baru ini merupakan suatu proses perbaikan dalam memberikan pelayanan kepada pasien, selain untuk memenuhi standar akreditasi. Asesmen fungsional penting untuk mengidentifikasi pasien yang membutuhkan pelayanan rehabilitasi medis atau pelayanan lain terkait dengan kemampuan fungsi independen atau pada kondisi potensial yang terbaik (Kemenkes RI, 2011).

Pelayanan Anestesi dan Bedah 7.4 berisi tentang asuhan pasien setelah pembedahan direncanakan dan didokumentasikan. Dari hasil penelitian didapatkan persentase kelengkapan rekam medis standar ini sebelum survei akreditasi sebesar 100%, sedangkan setelah survei akreditasi sebesar 73,33%. Terdapat penurunan sebesar 26,66%, dan secara statistik terdapat perbedaan yang bermakna. Asuhan medis dan perawatan pasca bedah setiap pasien perlu dibedakan. Formulir di RSUD Muhammadiyah Ponorogo juga telah membedakan untuk rencana medis dan keperawatan. Rencana medis pasca pembedahan dilakukan oleh dokter anestesi berkolaborasi dengan dokter yang melakukan pembedahan, sedangkan rencana perawatan dilakukan oleh perawat ruang operasi berkolaborasi dengan perawat ruangan. Oleh

karenanya, penting untuk merencanakan asuhan tersebut, termasuk tingkatan asuhan, serta tempat asuhan, pemantauan tindak lanjut atau pengobatan dan kebutuhan obat. Perencanaan asuhan pasca bedah dapat dimulai sebelum pembedahan berdasarkan asesmen kondisi dan kebutuhan pasien. Asuhan yang direncanakan didokumentasikan dalam status pasien untuk memastikan kelanjutan pelayanan selama periode pemulihan atau rehabilitasi (Kemenkes RI, 2011). Rekam medis dalam hal ini sangat penting terutama untuk keselamatan pasien, karena rekam medis dalam standar ini khususnya digunakan sebagai sarana komunikasi yang efektif antar profesional pemberi asuhan kesehatan. Dokumentasi dalam rekam medis digunakan untuk mengurangi potensi *medical errors* dalam memberikan pelayanan kepada pasien (Al-Qahtani, 2015).

MKI 19.3 berisi tentang penulis, tanggal dan waktu (jika disyaratkan) untuk setiap penulisan di rekam medis. RSU Muhammadiyah Ponorogo juga mensyaratkan untuk penulisan tanggal dan waktu penulisan rekam medis, sehingga bagi setiap penulis yang mengisi rekam medis harus menyertakan nama, tanggal serta waktu penulisan. Dari hasil penelitian didapatkan persentase kelengkapan rekam medis untuk standar ini sebelum

dilakukan survei akreditasi sebesar 80%, sedangkan setelah survei akreditasi didapatkan persentase sebesar 0%. Terdapat penurunan sebesar 80%, dan secara statistik terdapat perbedaan yang bermakna antara sebelum survei akreditasi dan setelah survei akreditasi. Akses ke masing-masing kategori informasi didasarkan atas kebutuhan dan diatur oleh jabatan dan fungsi, termasuk mahasiswa yang sedang pendidikan. Salah satu aspek dalam menjaga keamanan informasi pasien adalah menentukan siapa yang berhak memperoleh rekam medis dan mengisi (memasukkan catatan ke dalam) rekam medis pasien. Rumah sakit mengembangkan suatu kebijakan otorisasi individu dan mengidentifikasi isi dan format dalam memasukkan catatan rekam medis pasien. Ada proses yang menjamin bahwa hanya individu yang diberi otorisasi yang mengisi rekam medis pasien dan bahwa setiap pengisian juga mengidentifikasi siapa yang mengisi dan tanggalnya (Kemenkes RI, 2011).

Penelitian oleh Linda Widyaningrum (2013) didapatkan hasil bahwa ada pengaruh pre akreditasi terhadap kelengkapan data rekam medis resume pasien rawat inap di rumah sakit Dr. Moewardi Surakarta dengan kekuatan pengaruh sangat kuat. Pre akreditasi merupakan proses persiapan membuat bukti terhadap

penerapan dan pengembangan standar mutu pelayanan dan keselamatan pasien berupa persiapan-persiapan sesuai standar yang telah ditetapkan. Hasil penelitian tersebut menunjukkan adanya pengaruh dengan p value 0,000 (p value <0,005) dengan kekuatan pengaruh sangat kuat dan korelasi pengaruh positif, artinya bahwa semakin besar pengaruh pre akreditasi maka semakin besar pula kelengkapan data rekam medis resume pasien rawat inap. Berdasarkan perhitungan tersebut berarti bahwa 74,4% kelengkapan dokumen rekam medis dipengaruhi oleh pre akreditasi dan sisanya dipengaruhi oleh faktor lain. Hal ini sejalan dengan juknis akreditasi versi 2012 yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan RI bahwa faktor yang mempengaruhi kelengkapan data rekam medis resume pasien rawat inap adalah akreditasi di dalamnya terdapat tahap pre akreditasi dan faktor yang lainnya. Berbeda pada penelitian ini, bahwa terdapat beberapa standar terkait rekam medis pasien yang memiliki perbedaan kelengkapan antara sebelum dan sesudah survei akreditasi, namun perbedaan tersebut karena angka kelengkapannya beberapa mengalami penurunan, seharusnya perbedaan tersebut berupa peningkatan angka kelengkapan, sebagai bukti peningkatan atau minimal menjaga mutu pelayanan.

Pada penelitian ini sampel yang digunakan dalam menilai kelengkapan rekam medis yaitu saat menjelang akreditasi dan beberapa bulan setelah survei akreditasi. Dalam rentang tersebut terdapat beberapa faktor berpengaruh terhadap kelengkapan rekam medis di RSUM Ponorogo yang berubah. Faktor yang bisa menyebabkan penurunan kelengkapan rekam medis salah satunya yaitu sumber daya manusia. Sumber daya manusia yang berkaitan dengan pengisian rekam medis antara lain dokter, perawat, petugas rekam medis.

Dalam penelitian Pamungkas, dkk (2015) yang dilakukan di RSUD Ngudi Waluyo Wlingi menyebutkan bahwa faktor yang menjadi penyebab utama ketidaklengkapan dokumen rekam medis pasien rawat inap adalah ketidakdisiplinan dokter dalam pengisian dokumen rekam medis. Hal ini dikarenakan yang menjadi prioritas utama dokter adalah pelayanan sehingga dokter terlalu sibuk dan waktunya kurang untuk mengisi dokumen rekam medis. Penelitian lain yang juga sejalan dengan alasan ini yaitu oleh Pamungkas, dkk (2010) yang dilakukan di RS. PKU Muhammadiyah Yogyakarta menyebutkan bahwa faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya ketidaklengkapan rekam medis yaitu keterbatasan waktu pengisian yang disebabkan oleh beban kerja dokter yang tinggi sehingga

waktu yang digunakan untuk mengisi rekam medis dengan lengkap menjadi sangat terbatas, serta kurangnya kesadaran dokter tentang pentingnya kelengkapan pengisian rekam medis.

Penelitian oleh Aisyah (2013) yang dilakukan di RS YAP Yogyakarta, menyimpulkan bahwa faktor ketidaklengkapan pengisian lembar *informed consent* yaitu faktor sumber daya manusia dalam hal ini yaitu dokter dan perawat yang disebabkan oleh beberapa hal terakit kedisiplinan sehingga masih belum maksimal dalam melaksanakan pengisian lembar *informed consent*. Selain itu juga karena belum adanya pemberlakuan *punishment* dan *reward* sehingga rasa tanggungjawab dan kedisiplinan dokter masih kurang dalam hal kelengkapan pengisian rekam medis.

Berdasarkan penelitian Mawarni & Wulandari (2012) yang dilakukan di RS Muhammadiyah Lamongan, menyatakan bahwa salah satu penyebab ketidaklengkapan rekam medis yaitu tidak adanya monitoring pada kelengkapan rekam medis, sehingga proses pengisian rekam medis dengan lengkap tidak dapat dikendalikan. Monitoring bertujuan untuk mengukur atau menilai suatu proses sehingga tercapai output yang diharapkan. Monitoring yang baik yaitu yang dilakukan secara berkelanjutan. Selain itu dengan dilakukannya monitoring juga diperoleh informasi tentang

kendala atau hambatan yang dihadapi oleh petugas selama pengisian rekam medis (Mawarni & Wulandari, 2013).

Standar yang mengalami kenaikan angka kelengkapan dengan statistic bermakna yaitu standar AP 1.6 yaitu tentang skrining gizi dan kebutuhan fungsional. RSUD Ponorogo membuat formulir baru yaitu formulir assesmen fungsional, hal ini dilakukan guna meningkatkan pelayanan kepada pasien dan untuk memenuhi standar akreditasi. Namun dalam pelaksanaannya distribusi informasi dan fisik lembar formulir ke ruang-ruang perawatan kurang maksimal, salah satunya disebabkan karena kurangnya sosialisasi formulir baru. Penyediaan formulir baru ini menunjang kelengkapan rekam medis. Disebutkan oleh Wuryandari (2013) bahwa tersedianya formulir rekam medis dapat mempengaruhi suatu hasil pengisian rekam medis, idealnya bila tersedia formulir rekam medis yang cukup dapat semakin lengkap pengisian rekam medis.

Rekam medis sangat penting untuk dijaga kelengkapan, keakuratan dan kredibilitasnya, karena dokumentasi yang baik dalam rekam medis akan melindungi pasien. Rekam medis berisi informasi yang dibutuhkan oleh dokter tentang riwayat pengobatan yang diberikan kepada pasien. Sehingga ketidaklengkapan dalam

rekam medis akan meningkatkan kesalahan dalam pemberian terapi yang bisa menyebabkan pasien terluka atau mengancam keselamatan pasien (Karp, 2008).

Upaya menjaga mutu pelayanan merupakan salah satu kewajiban setiap rumah sakit. Akreditasi merupakan salah satu upaya menjaga mutu pelayanan. Menjaga mutu pelayanan merupakan suatu program yang berkelanjutan. Baik sebelum maupun sesudah akreditasi, mutu pelayanan yang diberikan harus senantiasa dijaga secara berkelanjutan.