

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta milik Pimpinan Pusat Muhammadiyah yang didirikan oleh K.H. Ahmad Dahlan sebagai Ketua Persyerarikatan Muhammadiyah atas inisiatif muridnya, K.H. Sudjak, yang pada awalnya berupa Klinik dan Poliklinik pada tanggal 15 Februari 1923 dengan lokasi pertama di kampung Jagang Notoprajan No. 72 Yogyakarta. Awalnya bernama PKO (Penolong Kesengsaraan Oemoem) dengan maksud menyediakan pelayanan kesehatan bagi kaum dhuafa. Seiring dengan waktu, nama PKO berubah menjadi PKU (Pembina Kesejahteraan Umat). Pada tahun 1936 klinik dan poloklinik PKO Muhammadiyah pindah lokasi ke jalan Ngabean No.12 B Yogyakarta (sekarang jalan K.H. Ahmad Dahlan) hingga saat ini. Pada tahun 1970-an status klinik dan poliklinik berubah menjadi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Bersamaan dengan berkembangnya berbagai amal usaha di bidang kesehatan, termasuk di dalamnya adalah RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta maka Pimpinan Pusat perlu mengatur gerak kerja dari amal usaha Muhammadiyah bidang kesehatan melalui surat Keputusan Pimpinan Pusat Muhammadiyah No 86/SK-PP/IV-B/1.c/1998 tentang Qaidah Amal Usaha Muhammadiyah Bidang Kesehatan. Dalam surat keputusan tersebut diatur tentang misi utamanya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat agar dapat mencapai derajat kesehatan yang lebih baik, sebagai bagian dari upaya menuju terwujudnya kehidupan yang sejahtera dan sakinah sebagaimana dicita-citakan Muhammadiyah. Qaidah inilah yang menjadi dasar utama dalam menjalankan organisasi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Berbagai perubahan yang berkembang di luar lingkungan maupun yang terjadi secara internal di dalam organisasi RS PKU Muhammadiyah. Tentang keselamatan pasien, keterbatasan akses pelayanan kesehatan pada sebagian masyarakat tertentu, perkembangan ilmu dan teknologi, *huge burden disease*, hingga semakin terbukanya batas-batas

informasi yang berimbas terhadap makin kritisnya pelanggan terhadap pelayanan kesehatan serta perubahan regulasi pemerintah, diantisipasi dengan berbagai langkah dari perbaikan sarana prasarana dan Sumber Daya Insani. Sehingga menjadikan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta selain mampu bersaing dengan sarana pelayanan kesehatan yang lain juga patuh terhadap regulasi pemerintah.

a. Visi dan Misi

Visi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah menjadi rumah sakit Muhammadiyah rujukan terpercaya dengan kualitas pelayanan yang islami, bermutu dan terjangkau. Dalam rangka mewujudkan visi tersebut maka RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta menerapkan misi sebagai berikut :

- 1) Memberikan pelayanan kesehatan paripurna bagi semua lapisan masyarakat sesuai dengan peraturan/ketentuan perundang-undangan.
- 2) Menyelenggarakan upaya peningkatan mutu sumber daya insani melalui pendidikan dan pelatihan secara profesional yang sesuai ajaran islam.

3) Melaksanakan da'wah islam, amar ma'ruf nahi munkar melalui pelayanan kesehatan, yang peduli pada kaum dhuafa'.

b. Motto Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Untuk lebih mendaratkan visi dan misi sehingga lebih mudah diimplementasikan maka dibentuk motto pelayanan sebagai berikut: "AMANAHA" (Antusias, Mutu, Aman, Nyaman, Akurat, Handal).

2. Gambaran RS PKU Muhammadiyah Gamping

Dalam rangka memperluas cakupan pelayanan yang pada saat itu tidak mampu lagi di cover oleh RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta yang berlokasi di Jalan Ahmad Dahlan, maka dikembangkan unit pelayanan baru RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta unit II di Gamping Jalan Wates. RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta unit II yang merupakan pengembangan dari RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta unit I dibuka pada tanggal 15 Februari 2009. Pada tanggal 16 Juni 2010 Rumah Sakit mendapatkan ijin operasional sementara.

Pada bulan Juni tahun 2012, RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta unit II berhasil lulus akreditasi 5 Bidang Pelayanan yang dilakukan dengan sertifikat akreditasi dari KARS dengan Surat Keputusan No. KARS-SERT/600/VI/2012. Tahap ini memuluskan jalan untuk mengurus ijin tetap sebagai Rumah Sakit Tipe C. Pada akhirnya RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta mendapatkan ijin operasional sebagai RS Tipe C pada tanggal 18 November 2013 melalui SK Menteri Kesehatan No. : HK.02.03/I/1976/2013.

Dalam perjalanan waktu RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta unit II perlu untuk menyesuaikan strategi bisnisnya dengan melakukan *rebranding* yang salah satunya dengan mengubah nama menjadi RS PKU Muhammadiyah Gamping. Perubahan ini dikuatkan dengan Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Sleman No. 503/2026/626/DKS/2016 tentang Pemberian Ijin Operasional RS PKU Muhammadiyah Gamping. Diharapkan dengan brand baru akan makin menguatkan posisi bisnis RS PKU Muhammadiyah Gamping.

Sejak tahun 2016 awal pengembangan arah dan strategi pengembangan menggunakan nama menjadi RS PKU Muhammadiyah Gamping di maksudkan untuk nantinya menjadi Rumah Sakit Pendidikan Utama. Hal ini tentu saja membutuhkan rencana strategis yang berbedah dengan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Di samping itu lingkungan bisnis dan pengaruh regulasi bidang pelayanan kesehatan yang penuh dinamika perlu direspon dalam rencana jangka pendek, menengah maupun panjang.

VISI

Mewujudkan RS Pendidikan Utama dengan keunggulan dalam pelayanan kesehatan, pendidikan dan riset dengan sistem jejaring dan kemitraan yang kuat.

MISI

- a. Misi Pelayanan Publik/Sosial
- b. Misi Pendidikan
- c. Misi Penelitian dan Pengembangan
- d. Misi Dakwah

B. Analisis Data

1. Kelengkapan Rekam Medis Manual

Pada penelitian ini data yang digunakan adalah rekam medis di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Bulan Agustus sampai Oktober 2019 yang diisi oleh dokter DPJP penyakit jantung dan perawat pelaksana. Dalam analisis data deskriptif, rekam medis akan dikategorikan menjadi 2 yaitu rekam medis lengkap dan rekam medis tidak lengkap berdasarkan aspek-aspek dalam *check list* kelengkapan rekam medis.

Hasil analisis data deskriptif rekam medis manual tahun 2019 pada tiga bulan terakhir (Agustus sampai Oktober) adalah sebagai berikut:

Tabel 4.1 Data Rekam Medis Manual dengan Diagnosa Jantung Primer Bulan Agustus – Oktober 2019 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

No	Kategori	Frekuensi	Persentase
1	Lengkap	4	13,3
2	Tidak Lengkap	26	86,7
Total		30	100

Berdasarkan tabel 4.2 diketahui bahwa jumlah rekam medis tidak lengkap sebanyak 26 rekam medis (86,7%)

sedangkan jumlah rekam medis yang lengkap sebanyak 4 rekam medis (13,3%).

Indikator kelengkapan rekam medis dalam penelitian ini menggunakan dasar Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit yang mencakup 13 aspek yaitu asesmen awal medis, *resume* pasien pulang, asesmen awal keperawatan, asesmen jatuh, asesmen nyeri, rencana keperawatan, tindakan keperawatan, CPPT, catatan edukasi, *discharge planing*, HHC, catatan pemberian obat dan rekonsiliasi obat. Kelengkapan rekam medis manual berdasarkan 13 aspek pada Bulan Agustus-Oktober 2019 dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.2 Kelengkapan Aspek Rekam Medis Manual dengan Diagnosa Jantung Primer Bulan Agustus-Oktober 2019 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

No	Aspek Kelengkapan Rekam Medis	Lengkap		Tidak lengkap	
		Jml	%	Jml	%
1	Asesmen awal medis	21	70	9	30
2	<i>Resume</i> pasien pulang	18	60	12	40
3	Asesmen awal keperawatan	10	33,3	20	66,7
4	Asesmen jatuh	22	73,3	8	26,7
5	Asesmen nyeri	24	80	6	20
6	Rencana keperawatan	23	76,3	7	23,3
7	Tindakan keperawatan	23	76,3	7	23,3
8	CPPT	30	100	0	0
9	Catatan edukasi	14	46,7	16	53,3
10	<i>Discharge planing</i>	3	10	27	90
11	HHC	30	100	0	0
12	Catatan pemberian obat	17	56,7	13	43,3
13	Rekonsiliasi obat	1	3,3	29	96,7

Dari tabel 4.2 menunjukkan bahwa aspek kelengkapan yang paling banyak tidak dilengkapi adalah rekonsiliasi obat sebanyak 29 rekam medis (96,7%), *discharge planing* sebanyak 27 rekam medis (90%), asesmen awal keperawatan sebanyak 20 rekam medis (66,7%), catatan edukasi sebanyak 16 rekam medis (53,3%), resume pasien pulang sebanyak 12

rekam medis (40%) dan asesmen jatuh sebanyak 8 rekam medis (26,7). Sedangkan aspek kelengkapan rekam medis yang lengkap adalah aspek CPPT dan HHC.

2. Kelengkapan Rekam Medis Elektronik

Pada penelitian ini data yang digunakan adalah rekam medis di RS PKU Muhammadiyah Gamping Bulan Agustus sampai Oktober 2019 yang diisi oleh dokter DPJP penyakit jantung dan perawat pelaksana. Hasil analisis data dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 4.3 Data Rekam Medis Elektronik dengan Diagnosa Jantung Primer Bulan Agustus – Oktober 2019 di RS PKU Muhammadiyah Gamping

No	Kategori	Frekuensi	Persentase
1	Lengkap	17	56,7
2	Tidak lengkap	13	43,3
Total		30	100

Pada tabel 4.3 menunjukkan bahwa jumlah rekam medis lengkap sebanyak 17 rekam medis sedangkan jumlah rekam medis yang tidak lengkap sebanyak 13 rekam medis.

Kelengkapan rekam medis elektronik berdasarkan 13 aspek tahun 2019 pada tiga bulan terakhir (Agustus-Oktober) dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.4 Kelengkapan Aspek Rekam Medis Elektronik dengan Diagnosa Jantung Primer Bulan Agustus – Oktober 2019 di RS PKU Muhammadiyah Gamping

No	Aspek Kelengkapan Rekam Medis	Lengkap		Tidak Lengkap	
		Jml	%	Jml	%
1	Asesmen awal medis	4	13,3	26	86,7
2	<i>Resume</i> pasien pulang	25	83,3	5	16,7
3	Asesmen awal keperawatan	30	100	0	0
4	Asesmen jatuh	30	100	0	0
5	Asesmen nyeri	30	100	0	0
6	Rencana keperawatan	29	96,7	1	3,3
7	Tindakan keperawatan	30	100	0	0
8	CPPT	14	46,7	16	53,3
9	Catatan edukasi	26	86,7	4	13,3
10	<i>Discharge planing</i>	28	93,3	2	6,7
11	HHC	19	63,3	11	36,7
12	Catatan pemberian obat	22	73,3	8	26,7
13	Rekonsiliasi obat	3	10	27	90

Dari tabel 4.4 menunjukkan bahwa aspek kelengkapan yang paling banyak tidak dilengkapi adalah rekonsiliasi obat sebanyak 27 rekam medis (90%), asesmen awal medis

sebanyak 26 rekam medis (86,7%), catatan pemberian obat sebanyak 17 rekam medis (56,7%), CPPT sebanyak 16 rekam medis (53,3%) dan HHC sebanyak 11 rekam medis (36,7%), Sedangkan aspek kelengkapan rekam medis yang lengkap adalah aspek asesmen awal keperawatan, asesmen jatuh, asesmen nyeri, rencana keperawatan dan tindakan keperawatan sebesar 100%.

3. Perbedaan Kelengkapan Rekam Medis Manual dan Rekam Medis Elektronik

Pengambilan sampel pada penelitian ini dibagi menjadi dua kelompok sampel, yaitu sampel yang diambil pada rekam medis manual di PKU Muhammadiyah Yogyakarta Bulan Agustus – Oktober 2019 dan sampel yang diambil pada rekam medis elektronik di PKU Muhammadiyah Gamping Bulan Agustus – Oktober 2019. Hal ini dimaksudkan untuk melihat adanya perbedaan kelengkapan rekam medis manual dan rekam medis elektronik untuk melihat konsistensi Rumah Sakit dalam menjaga meningkatkan mutu Rumah Sakit. Untuk melihat ada tidaknya perbedaan tersebut peneliti melakukan analisis *bivariate* untuk dua kelompok tidak berpasangan. Uji

analisis *bivariate* yang digunakan adalah *mann- whitney u test*.

Uji dua kelompok rekam medis ini kami sajikan untuk tiap aspek kelengkapan rekam medis.

Tabel 4.5 Hasil Analisis Bivariat

No.	Aspek Kelengkapan Rekam Medis	Manual		Elektronik		p- value
		Kelengkapan		Kelengkapan		
		Jml	%	Jml	%	
1	Asesmen awal medis	21	70	4	13,3	0,120
2	<i>Resume</i> pasien pulang	18	60	25	83,3	0,643
3	Asesmen awal keperawatan	10	33,3	30	100	0,001*
4	Asesmen jatuh	22	73,3	30	100	0,001*
5	Asesmen nyeri	24	80	30	100	0,000*
6	Rencana keperawatan	23	76,3	29	96,7	0,000*
7	Tindakan keperawatan	23	76,3	30	100	0,000*
8	CPPT	30	100	14	46,7	0,000*
9	Catatan edukasi	14	46,7	26	86,7	0,000*
10	<i>Discharge planing</i>	3	10	28	93,3	0,005*
11	HHC	30	100	19	63,3	0,000*
12	Catatan pemberian obat	17	56,7	22	73,3	0,019
13	Rekonsiliasi obat	1	3,3	3	10	0,000*
	Kelengkapan keseluruhan	4	13,3	17	56,7	0,000*

Keterangan : * Hasil statistik bermakna

Dari tabel 4.5 dapat dilihat bahwa terdapat perbedaan hasil kelengkapan rekam medis manual dan rekam medis elektronik. Diantaranya ada 11 aspek yang memiliki

perbedaan yang bermakna/signifikan secara statistik antara penggunaan rekam medis manual dengan rekam medis elektronik, yaitu pada aspek asesmen awal keperawatan, asesmen jatuh, asesmen nyeri, rencana keperawatan, tindakan keperawatan, CPPT, catatan edukasi, *discharge planing*, HHC, catatan pemberian obat, rekonsiliasi obat.

C. Pembahasan

1. Deskripsi Kelengkapan Petugas Klinis Rekam Medis Manual dan Rekam Medis Elektronik

Rekam medis merupakan bagian yang penting dalam proses pemberian pelayanan di sarana kesehatan seperti rumah sakit. Rekam medis dikatakan lengkap apabila seluruh aspek rekam medis diisi secara lengkap. Rekam medis mendokumentasikan pelayanan oleh tenaga kesehatan, penunjang medis dan tenaga lain yang bekerja dalam berbagai fasilitas pelayanan kesehatan, dengan demikian rekam medis dapat membantu pengambilan keputusan tentang terapi, tindakan, diagnosis (Hatta, 2008).

Pengisian rekam medis merupakan kegiatan yang sangat penting untuk memberikan pelayanan yang baik kepada pasien dan data rekam medis diperlukan untuk kepentingan manajemen rumah sakit, pasien dan petugas kesehatan. Penelitian ini menilai kelengkapan rekam medis pada pasien dengan diagnosa jantung primer di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dan PKU Muhammadiyah Gamping berdasarkan 13 aspek atau indikator. Peneliti melakukan pemeriksaan lembaran-lembaran rekam medis pada Bulan Agustus-Oktober Tahun 2019.

Hasil penelitian untuk kelengkapan rekam medis manual di PKU Muhammadiyah Yogyakarta menunjukkan 26 rekam medis tidak lengkap dari 30 rekam yang diteliti. Sedangkan kelengkapan rekam medis elektronik di PKU Muhammadiyah Gamping yang sudah diisi lengkap oleh petugas klinis sebanyak 17 rekam medis (56,7%), yang tidak lengkap sebesar 13 rekam medis (43,3%). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Ridho, Rosa and Suparniati (2013) di RSGM-P UMY, mengemukakan bahwa

kelengkapan rekam medis sebanyak 64,84% dari 364 rekam medis.

Pada persentase kelengkapan rekam medis manual dan rekam medis elektronik, terdapat beberapa aspek sudah lengkap dan ada beberapa aspek yang belum lengkap. Berdasarkan hasil penelitian di atas, kelengkapan mengisi rekam medis manual di PKU Muhammadiyah Yogyakarta sebagian besar belum terisi penuh. Hasil penelitian menunjukkan bahwa hanya terdapat dua aspek yang sudah diisi secara lengkap yaitu pada lembar Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) dan HCC. Terdapat tiga aspek kelengkapan yang mempunyai persentase kelengkapan rendah, yaitu asesmen awal keperawatan, *discharge planing* dan rekonsiliasi obat.

Sedangkan kelengkapan pengisian rekam medis elektronik di PKU Muhammadiyah Gamping sebagian sudah lengkap. Hasil penelitian menunjukkan bahwa hanya terdapat empat aspek yang terisi secara lengkap (100%) diantaranya asesmen awal keperawatan, asesmen jatuh, asesmen nyeri dan tindakan keperawatan. Terdapat tiga aspek kelengkapan yang

mempunyai persentase kelengkapan rendah, yaitu rekonsiliasi, asesmen awal medis dan CPPT.

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 Petugas Klinis Rekam Medis Manual dan Rekam Medis Elektronik

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada rekam medis manual dan di PKU Muhammadiyah Gamping pada rekam medis elektronik, peneliti menemukan adanya beberapa perbedaan tingkat kelengkapan. Dari hasil analisis menggunakan uji *Mann-Whitney U Test* dengan SPSS didapatkan hasil bahwa terdapat beberapa aspek yang memiliki perbedaan yang bermakna secara statistik dalam kelengkapan rekam medis manual dan rekam medis elektronik. Aspek – aspek tersebut antara lain asesmen awal keperawatan ($p= 0,001$), asesmen jatuh ($p= 0,001$), asesmen nyeri ($p= 0,000$), rencana keperawatan ($p= 0,000$), tindakan keperawatan ($p= 0,000$), CPPT ($p= 0,000$), catatan edukasi ($p= 0,000$), *discharge planing* ($p= 0,005$), HHC ($p= 0,000$), catatan pemberian obat ($p= 0,019$) dan rekonsiliasi obat ($p= 0,000$).

Asesmen awal keperawatan merupakan data yang menunjukkan tindakan perawat dalam melakukan perawatan pada pasien selanjutnya. berisi tentang alasan masuk rumah

sakit, riwayat kesehatan dan pengobatan, riwayat psikososial, pemeriksaan fisik dan skrining gizi. Dari hasil statistik didapatkan perbedaan yang bermakna antara rekam medis manual dan rekam medis elektronik. Tujuan asesmen pasien yang efektif dapat menghasilkan keputusan terhadap kebutuhan asuhan, pengobatan pasien yang harus segera dilakukan dan pengobatan yang berkelanjutan untuk emergensi, pelayanan yang terencana, bahkan ketika kondisi pasien berubah (SNARS, 2018).

Pencegahan pasien jatuh dapat dilakukan dimulai dari: melakukan asesmen awal saat pasien masuk untuk dirawat, dan asesmen lanjut apabila terdapat perubahan kondisi pada pasien dengan menggunakan *Morse Fall Scale* (MFS) untuk pasien dewasa dan *Humpty Dumpty Scale* (HDS) untuk pasien anak-anak (DepKes, 2011). Dari hasil statistik memiliki perbedaan yang signifikan antara rekam medis manual dengan elektronik. Pentingnya rumah sakit menetapkan kriteria untuk identifikasi pasien yang dianggap beresiko tinggi jatuh. Kemudian rumah sakit harus membuat program untuk mengurangi pasien jatuh yang meliputi

manajemen risiko dan asesmen ulang secara berkala di populasi pasien dan atau lingkungan tempat pelayanan dan asuhan itu diberikan (SNARS, 2018).

Asesmen nyeri berisi tentang mengukur intensitas dan kualitas rasa nyeri, seperti karakteristik rasa nyeri, frekuensi, lokasi dan lamanya. Informasi tambahannya yaitu riwayat rasa nyeri dan apa yang menyebabkan rasa nyeri berkurang atau bertambah. Dari hasil secara statistik disimpulkan adanya perbedaan yang signifikan antara rekam rekam medis manual dan elektronik. Perbedaan ini berupa peningkatan, yang artinya adanya perbaikan pelayanan. Nyeri adalah alasan yang paling sering dalam mencari bantuan pelayanan kesehatan sehingga perlunya manajemen nyeri yang dilakukan secara tepat oleh tenaga kesehatan terutama perawat (SNARS, 2018).

Perencanaan merupakan petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang dilakukan terhadap pasien sesuai dengan tingkat kebutuhan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul. Untuk itu rencana tindakan yang baik tentunya harus berdasarkan pada diagnosa keperawatan yang telah dirumuskan (Hartati and

Anis, 2010). Dari hasil secara statistik terdapat perbedaan yang signifikan antara rekam medis manual dan rekam medis elektronik. Hal ini serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Priambodo (2019) terhadap 305 rekam medis lengkap didapat persentase (92,7%). Rencana asuhan menjelaskan asuhan dan pengobatan/tindakan yang diberikan kepada seorang pasien. Rencana asuhan memuat satu paket tindakan yang dilakukan oleh Profesional Pemberian Asuhan (PPA) untuk memecahkan atau mendukung diagnosis yang ditegakkan melalui asesmen. Tujuan utama rencana asuhan adalah memperoleh hasil klinis yang optimal (SNARS, 2018).

Implementasi tindakan keperawatan berisi tentang pengumpulan data dan memilih tindakan yang paling spesifik sesuai dengan kebutuhan pasien. Sehingga perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan klien sesuai dengan kondisinya saat ini. Perawat juga menilai diri sendiri, apakah mempunyai kemampuan interpersonal, intelektual, teknikal, sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan (Nurjanah, Sudaryanto and Zulaicha, 2013). Dari hasil statistik didapatkan perbedaan

yang signifikan antara rekam medis manual dan rekam medis elektronik. Perawat mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. Implementasi ini untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dan partisipasi pasien dalam tindakan keperawatan berpengaruh pada hasil yang diharapkan (PPNI, AIPNI dan AIPDiKI (2012) dalam (Supratti and Ashriady, 2018)

Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) adalah mengkaji respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan perawat dengan mengacu pada standar atau kriteria hasil yang telah ditetapkan pada rumusan tujuan. Terlihat pada status pasien yang telah dikaji bahwa kriteria keberhasilan yang didapat digunakan sebagai dasar evaluasi ini tidak selalu dicantumkan sehingga evaluasi yang dilakukan kurang mengacu pada tujuan (Hartati and Anis, 2010). Dari hasil statistik memiliki perbedaan yang signifikan antara rekam medis manual dengan elektronik. Untuk meningkatkan kualitas komunikasi antar profesi, digunakan catatan profesional kesehatan menjadi satu yang disebut catatan perkembangan pasien terintegrasi. Yaitu dokumentasi antar

profesi pemberi asuhan keperawatan mengenai perkembangan pasien dalam bentuk terintegrasi dalam rekam medis pasien (SNARS, 2018).

Catatan edukasi berisi tentang kebutuhan edukasi penyakit dan diagnosa, penggunaan obat-obatan secara efektif dan aman, penggunaan peralatan medis yang aman, program diet dan nutrisi, manajemen nyeri, tehnik rehabilitas dan edukasi kolaboratif. Dari hasil statistik disimpulkan adanya perbedaan yang signifikan antara rekam rekam medis manual dan elektronik. Pemberian edukasi kesehatan mempunyai tujuan untuk meningkatkan pengetahuan pasien dan pemahaman, mengubah perilaku pasien dan keluarga untuk mencegah komplikasi, dukungan kondisi kesehatan dalam hal pemulihan pasien, dan efikasi diri, serta mencegah kematian. Edukasi kesehatan yang efektif tidak diberikan dalam satu kali pertemuan melainkan diberikan dalam keadaan terstruktur selama pasien dirawat (Wahyuni and Rezkiki, 2015).

Edukasi yang efektif diawali dengan asesmen kebutuhan edukasi pasien dan keluarganya. Asesmen ini menentukan bukan hanya kebutuhan akan pembelajaran,

tetapi juga proses edukasi dapat dilaksanakan dengan baik. Edukasi paling efektif apabila sesuai dengan pilihan pembelajaran yang tepat dan mempertimbangkan agama, nilai budaya, juga kemampuan membaca serta bahasa. Edukasi akan berdampak positif bila diberikan selama proses asuhan (SNARS, 2018).

Discharge planing berisi tentang informasi pemberi layanan, waktu, tanggal, dan lokasi untuk kontrol, pengobatan dirumah yang mencakup resep obat baru, kebutuhan pemeriksaan penunjang medis, informasi mengenai pilihan gaya hidup, perubahan aktivitas dan latihan serta diet yang dianjurkan pembatasannya. Dari statistik terdapat perbedaan yang signifikan antara rekam medis manual dan rekam medis elektronik. *Discharge planing* dapat tercapai bila prosesnya terpusat, terkoordinasi, dan terdiri dari berbagai disiplin ilmu untuk perencanaan perawatan yang berkelanjutan pada pasien setelah meninggalkan rumah sakit.

HHC merupakan asuhan keperawatan menggunakan pendekatan komprehensif dengan mengintegrasikan konsep keperawatan komplementari, yakni alternatif dan spritual. Dari

hasil statistik didapatkan perbedaan yang signifikan antara rekam medis manual dan rekam medis elektronik.

Komponen catatan pemberian obat berisi tentang benar obat, benar dosis, benar pasien, benar rute pemberian, benar waktu dan benar pendokumentasian. Dari hasil statistik memiliki perbedaan yang signifikan antara rekam medis manual dengan elektronik. Hal ini serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Lau *et al.* (2000) menyatakan bahwa riwayat pengobatan di rekam medis rumah sakit sering kali tidak lengkap, 25% obat resep yang digunakan tidak dicatat dan 61% dari semua pasien memiliki satu atau lebih menerima obat yang tidak terdaftar.

Asesmen awal medis merupakan pemeriksaan subyektif yang mempertegas alasan diperlukannya pengobatann medis dan berisi tentang temuan tenaga kesehatan atas status kesehatan pasien dan meringkas seluruh masalah medis yang ditemui (Hatta, 2008). Pada rekam medis elektroknik ditemui kelengkapan asesmen awal medis menjadi masalah karena pada aspek ini merupakan aspek ketidaklengkapan terbesar mencapai 26 rekam medis. Salah

satu penyebab tidak terisi secara lengkap karena dokter jumlah visitnya terlalu banyak sehingga tidak bisa mengisi asesmen awal dengan lengkap serta dokter terlalu sibuk dalam melayani pasien (Budiarto, 2017).

Pada dasarnya asesmen awal seorang pasien merupakan proses yang penting untuk dilakukan identifikasi kebutuhan pasien untuk memulai proses asuhan pasien. Proses asesmen awal juga dapat memberikan informasi perihal: 1) pemahaman asuhan yang diinginkan oleh pasien, 2) pemilihan asuhan paling baik untuk pasien, 3) diagnosa awal dan 4) pemahaman respons pasien terhadap asuhan sebelumnya (SNARS, 2018). Oleh karena itu, Dokter DPJP seharusnya dapat menulis dengan lengkap pada asesmen awal medis sehingga dapat memberikan asuhan yang maksimal pada pasien.

Berkas *resume* pasien pulang rekam medis manual menunjukkan ketidaklengkapan sebesar 12 rekam medis. Sedangkan pada rekam medis elektronik menunjukkan ketidaklengkapan sebesar 5 rekam medis. Tetapi nilai ini lebih rendah daripada ketidaklengkapan resume pasien pulang pada

rekam medis manual. Salah satu penyebab ketidaklengkapan lembar *resume* medis adalah kurangnya kerjasama antara dokter dengan perawat dalam mengisi *resume* medis sehingga pengisian *resume* medis menjadi tidak lengkap. Selain itu juga, karena dokter harus membagi waktu dengan jam Poliklinik, serta peran manajemen kurang maksimal dalam melakukan monitoring dan evaluasi kelengkapan *resume* medis (Budiarto, 2017).

Kelengkapan data di rekam medis ini sangat penting, karena jika data yang tersedia tidak lengkap, maka koder rumah sakit tidak akan dapat melakukan koding diagnosis dengan maksimal. Di dalam rekam medis terdapat satu komponen yang sangat penting dalam mengajukan klaim ke BPJS, lembaran tersebut terdapat di bagian akhir catatan perkembangan atau dengan lembaran tersendiri yang singkat dan menjelaskan informasi penting tentang penyakit, pemeriksaan yang dilakukan dan pengobatannya serta harus ditulis segera setelah pasien keluar yaitu lembar resume medis (Budiarto, 2017).

Kesimpulannya kepatuhan petugas klinis dalam kelengkapan rekam medis elektronik sebagian sudah terisi lengkap dibandingkan dengan kelengkapan rekam medis manual yang dimana sebagian besar belum terisi lengkap. Secara statistik disimpulkan adanya perbedaan yang signifikan antara rekam rekam medis manual dan elektronik dengan nilai $p\text{-value} < 0,000$. Pada penelitian ini, bahwa terdapat beberapa aspek terkait rekam medis pasien yang memiliki perbedaan kelengkapan antara rekam medis manual dan rekam medis elektronik, namun perbedaan tersebut karena angka kelengkapan beberapa aspek mengalami peningkatan.

Hasil penelitian yang dilakukan (Erawantini *et al.*, 2012), kelengkapan berkas rekam pengisian rekam medis elektronik lebih baik dibandingkan menggunakan rekam medis kertas. Nilai median kelengkapan pengisian dengan rekam medis elektronik adalah 85,71% sedangkan dengan kertas hanya 75%. Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Jang (2012), bahwa terdapat peningkatan nilai rata-rata kelengkapan pengisian rekam medis anastesia

dengan menggunakan elektronik sebanyak 3,15% dibanding menggunakan kertas.

Menurut Konsil Kedokteran Indonesia (2006), rekam medis dikatakan baik apabila rekam medis tersebut telah berisi seluruh informasi tentang pasien sesuai dengan formulir yang disediakan, isi harus lengkap, benar dan legal, termasuk resume medis, resume keperawatan dan hasil pemeriksaan penunjang yang telah dituliskan oleh dokter yang bertanggung jawab.

Banyak hal yang mempengaruhi kelengkapan pengisian rekam medis. Beberapa hal yang dapat mempengaruhi kelengkapan pengisian rekam medis diantaranya adalah, form rekam medis yang baik, kejelasan format rekam medis sehingga mempermudah petugas dalam proses pengisian rekam medis dan membuat proses pengisian menjadi lebih cepat, kesesuaian format dalam form rekam medis dengan hal-hal yang harus dicatat dalam pelayanan, ketersediaan waktu dalam mengisi format rekam medis, pengetahuan yang cukup dalam mengisi rekam medis dan proses dalam pengisian rekam medis yang berpengaruh

terhadap ketepatan dan kelengkapan hasil (Widyaningrum, 2013).

Menurut Lubis dalam Setyawati and Dewi, (2018), salah satu faktor yang mempengaruhi kelengkapan pengisian berkas rekam medis adalah faktor sumber daya tenaga kesehatan seperti perilaku dokter, paramedis dan petugas kesehatan lainnya selain faktor sarana dan prasarana seperti formulir rekam medis, faktor metode atau standar operasional prosedur yang lengkap dan evaluasi yang berkelanjutan.

Penelitian yang dilakukan Sugiyanto (2005) terdapat 24 dokter pada RS Ungaran diperoleh hasil bahwa faktor yang paling berhubungan dalam mempengaruhi kelengkapan berkas rekam medis adalah pengetahuan, beban kerja dan tugas utama dokter. Hasil penelitian Sugiyanto didapatkan dokter dengan pengetahuan baik mengisi rekam medis secara lengkap sebanyak 100%. Tingkat pengetahuan seseorang merupakan dasar dari tindakan dalam melakukan, menerima atau menolak sesuatu hal.

Dalam penelitian Pamungkas, Hariyanto and Woro, (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 sejalan dengan alasan ini yaitu oleh Pamungkas, Marwati and Solikhah, (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 kepatuhan dalam kelengkapan pengisian rekam medis.

Hal lain yang mempengaruhi kelengkapan rekam medis adalah tugas utama dokter. Penelitian yang dilakukan oleh Sugiyanto (2005) di RS di RS Ungaran menunjukkan bahwa dokter yang mempunyai tugas utama dirawat inap

mempunyai kelengkapan rekam medis tertinggi dibanding dokter yang mempunyai tugas utama di IGD dan Poliklinik. Hal ini disebabkan dokter memiliki waktu yang lebih banyak dalam mengisi rekam medis. Sebanyak 91,6% dokter menyatakan penyebab ketidaklengkapan pengisian rekam medis dikarenakan dokter sibuk karena sebagian besar waktu kerja dokter telah habis untuk melayani pasien di poliklinik dan juga merawat pasien. Penyebab lainnya adalah sebanyak 25% dokter tidak mengetahui mana yang harus diisi pada lembar rekam medis. Sebagian kecil dokter menyatakan bahwa perlu ada kompensasi dalam mengisi data pada *resume* rekam medis.

Berdasarkan penelitian Mawarni and Wulandari (2013) 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.

Upaya menjaga mutu pelayanan merupakan salah satu kewajiban setiap rumah sakit. Rekam medis yang lengkap merupakan salah satu upaya menjaga mutu pelayanan. Menjaga mutu pelayanan merupakan suatu program yang berkelanjutan. Baik pasien masuk rumah sakit sampai pasien pulang, mutu pelayanan yang diberikan harus senantiasa dijaga secara berkelanjutan.