

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum

1. Gambaran umum RSUD Prambanan

a. Sejarah

Rumah Sakit Umum Daerah Prambanan merupakan rumah sakit kedua di kabupaten Sleman yang mulai operasional tahun 2010. Rumah Sakit Umum Daerah Prambanan terletak di Jl. Prambanan-Piyungan km.07 Dusun Delegan, Desa Sumberharjo, Kecamatan Prambanan Kabupaten Sleman. Rumah Sakit Umum Daerah Prambanan berdiri pada akhir tahun 2009 berdasarkan Surat Izin Bupati Sleman Nomor : 503/2316/DKS/2009 tentang Izin Penyelenggaraan Sementara Rumah Sakit Umum Daerah Prambanan. Kemudian diperkuat dengan terbitnya Peraturan Daerah Prambanan Kabupaten Sleman Nomor 9 Tahun 2009 tentang Organisasi Perangkat Daerah Pemerintah Kabupaten Sleman.

Pelaksanaan tugas, fungsi, dan tata kerja diatur dalam peraturan Bupati Sleman Nomor 49 tahun 2009 tentang Uraian Tugas, Fungsi, dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Prambanan. Sebagai pengakuan legal terhadap berdirinya RSUD Prambanan dilakukan pengurusan izin operasional yang kemudian terbit Surat Keterangan Kode RSUD Prambanan 3404168 dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Sekretaris Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Nomor : IR.02.01/I.I/2456/2010 tertanggal 30 April 2011.

Pada tanggal 29 Desember 2011 sesuai dengan SK Bupati Sleman Nomor 3662/Kep.KDH/A/2011 RSUD Prambanan menerapkan pola pengelolaan keuangan BLUD terhadap berdasarkan pada peraturan perundang-undangan yang berlaku. Sejak tanggal 22 Desember 2014 status BLUD bertahap berubah menjadi BLUD penuh dengan SK Bupati

Sleman Nomor 88.1/Kep.KDH/A/2014. Pada tanggal 4 Oktober 2014 RSUD Prambanan memperoleh sertifikat ISO 9001 : 2008 dengan unit Poli Spesialistik, IGD, Ruang Perawatan, Ruang Operasi, Instalasi Penunjang, Pendaftaran dan Rekam Medik, Kepegawaian, Kasir dan Jaminan, Pengadaan, Direktur, dan MR & Dokument Control.

Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 02.02 Tahun 2015 tertanggal 2 Maret 2015, RSUD Prambanan ditetapkan sebagai Rumah Sakit Umum Kelas C. Tipe kelas ini dilakukan melalui audit dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman dan berdasarkan rekomendasi dari Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta. RSUD Prambanan ditetapkan sebagai Rumah Sakit Umum Kelas C tanpa melalui penetapan kelas D sebelumnya.

b. Visi

Visi merupakan tujuan jangka panjang yang akan dicapai oleh RSUD Prambanan adalah “Menjadi Rumah Sakit Pilihan Masyarakat”.

c. Motto

“melayani dengan IKHLAS” yaitu : Iman-Ketulusan-Hormat-Lestari-Amanah-Santun. Iman memberikan arti bahwa pelayanan diberikan atas dasar perwujudan iman dan ketakwaan sebagai bagian dari ibadah. Ketulusan artinya bahwa pelayanan diberikan atas dasar ketulusan dari hati sebagai wujud keikhlasan. Hormat artinya bahwa dalam memberikan pelayanan tidak membeda-bedakan pasien, dan menempatkan pelanggan sebagai orang yang dihormati. Lestari artinya pelayanan diberikan secara berkesinambungan dan paripurna serta akan memberikan kesan abadi atas pelayanan prima. Amanah memberikan makna bahwa pelayanan dilaksanakan sebaik-baiknya karena tanggungjawab moral dan agama. Santun artinya bahwa petugas memberikan pelayanan dengan tetap memegang norma kesopanan dan menjunjung tinggi harkat manusia.

d. Misi

- 1) Memberikan pelayanan kesehatan secara paripurna sesuai standar
- 2) Meningkatkan profesionalisme petugas

- 3) Mewujudkan manajemen kinerja yang akuntabel
- 4) Menyediakan sarana dan prasarana yang memadai

2. Gambaran Umum Instalasi Rekam Medis RSUD Prambanan

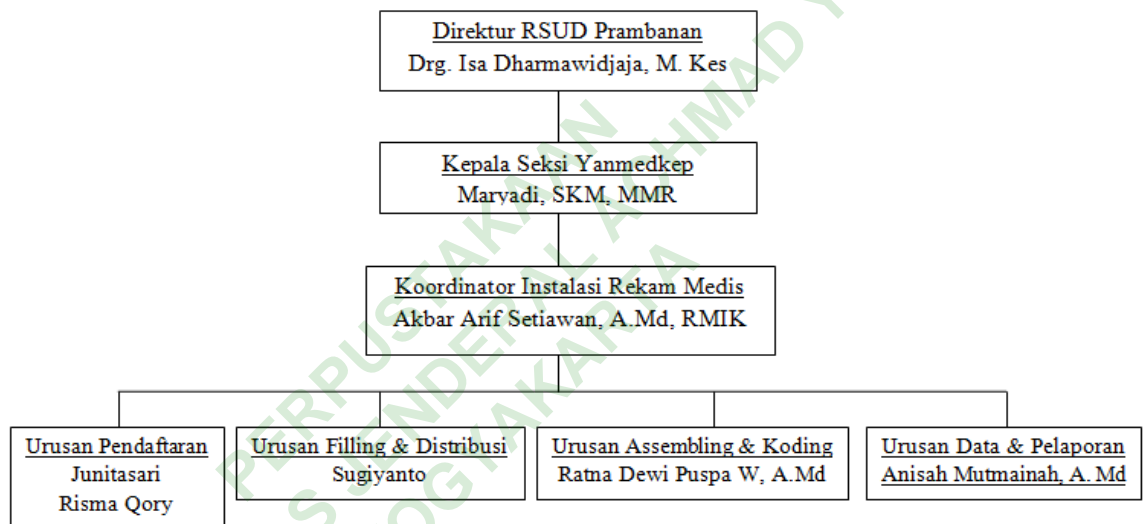
Dengan adanya Peraturan Bupati Sleman No. 49 Tahun 2009 tentang uraian tugas, fungsi dan tata kerja Rumah Sakit Umm Daerah Prambanan. Berdasarkan peraturan bupati tersebut penyelenggaraan Rekam Medis dibawah seksi pelayanan medis dan keperawatan. Sedangkan sesuai dengan Surat Keputusan (SK) Direktur RSUD Prambanan Nomor 445/137/RSUD Pramb/2015 tentang Struktur Organisasi dan Uraian Tugas Instalasi Rekam Medis RSUD Prambanan maka dalam melaksanakan kegiatannya Kepala Seksi pelayanan medis dan keperawatan membawahi langsung kepala Instalasi Rekam Medis yang membawahi satu kepala ruang rekam medis serta beberapa kepala bagian antara lain : Bagian Pendaftaran Pasien, bagian Filling dan Distribusi, bagian Assembling, Koding, dan Indeksing, Pelaporan. Visi Instalasi rekam medis RSUD Prambanan yaitu memberikan pelayanan informasi yang cepat, tepat, dan akurat serta terwujudnya pelayanan rekam medis yang efektif dan efisien berbasis Teknologi Informasi. Misi Instalasi rekam medis RSUD Prambanan yaitu menggunakan teknologi informasi untuk input, proses maupun output di instalasi rekam medis sesuai SPO yang ditetapkan. Falsafah instalasi rekam medis RSUD Prambanan yaitu dokumen pasien akurat merupakan dasar untuk menentukan pelayanan kesehatan bagi pasien.

Nilai Instalasi rekam medis adalah CERMAT, yaitu:

- a. C : Cepat yaitu “memberikan pelayanan secara cepat kepada mitra kerja, pasien dan keluarga”
- b. E : Efektif yaitu “efektif dalam pelayanan administratif dan informasi kesehatan”.
- c. R : Rahasia yaitu “kerahasiaan informasi pasien aman dan terjaga dengan baik”.

- d. M : Memuaskan yaitu “memuaskan artinya pelayanan rekam medis yang diberikan dapat memuaskan semua pihak”
- e. A : Akurat yaitu “informasi yang dikeluarkan selalu akurat”
- f. T : Tepat dan Terpercaya yaitu “menunjang terciptanya tertib administrasi yang tepat dan terpercaya dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit”.

Struktur Organisasi Instalasi Rekam Medis RSUD Prambanan yaitu :



Gambar 4.1 Struktur Organisasi Instalasi Rekam Medis RSUD Prambanan

Sumber : Pedoman Perorganisasian Rekam Medis RSUD Prambanan Kabupaten Sleman

B. Hasil Penelitian

Hasil Penelitian yang telah dilaksanakan di RSUD Prambanan dengan melakukan observasi dan studi dokumentasi berkas rekam medis rawat inap yang ada lembar *informed consent* periode bulan Januari-Maret 2016 yang diketahui bahwa dari 70 sampel berkas rekam medis rawat inap, peneliti melakukan analisis kelengkapan pengisian pada lembar *informed consent* berdasarkan Komponen Analisis Identifikasi, Laporan yang penting, Autentikasi, dan Pendokumentasian yang benar.

1. Kelengkapan Pengisian Identifikasi Pasien

Hasil penelitian kelengkapan pengisian identifikasi pasien digambarkan dalam tabel berikut ini :

Tabel 4.1 Kelengkapan Identifikasi Pasien

No	Komponen Analisis Identifikasi Pasien	Lengkap		Tidak Lengkap	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Nama	70	100	0	0
2	Tanggal Lahir	68	97.14	2	2.86
3	Jenis kelamin	63	90	7	10
4	No RM	70	100	0	0
5	Ruang/Kelas	52	74.28	18	25.72
Rata-rata kelengkapan			92.28		7.72

Berdasarkan tabel di atas, terdapat rata-rata kelengkapan pengisian identifikasi pasien sebanyak 92,28%. Item yang paling tinggi tidak lengkap adalah item ruang/kelas sebanyak 25.72%.

2. Kelengkapan Pengisian Laporan Yang Penting

Hasil penelitian kelengkapan pengisian laporan yang penting digambarkan dalam tabel berikut ini :

Tabel 4.2 Kelengkapan Pengisian Laporan yang Penting

No	Komponen Analisis	Lengkap		Tidak Lengkap	
		Jumlah	%	Jumlah	%
	Laporan yang penting				
1	Dokter Pelaksana Tindakan	59	84.28	11	15.72
2	Pemberi Informasi	52	74.28	18	25.72
3	Penerima Informasi	17	24.28	53	75.72
4	Diagnosis	70	100	0	0
5	Dasar Diagnosis	70	100	0	0
6	Tindakan Kedokteran	70	100	0	0
7	Indikasi Tindakan	70	100	0	0
8	Tata Cara	70	100	0	0
9	Tujuan	70	100	0	0
10	Risiko	70	100	0	0
11	Komplikasi	68	97.14	2	2.86
12	Prognosis	55	78.57	15	21.43
13	Alternatif & Risiko	24	34.28	46	65.72
14	Pemberian Tanda ✓	67	95.71	3	4.29
	Rata-rata kelengkapan		84.89		15.11

Berdasarkan tabel di atas, terdapat rata-rata kelengkapan pengisian laporan yang penting adalah 84.89%. Item yang paling tinggi pengisian tidak lengkap adalah pada item penerima informasi sebanyak 75.72%.

3. Kelengkapan Pengisian Autentikasi Laporan yang Penting

Hasil penelitian kelengkapan pengisian autentikasi laporan yang penting digambarkan dalam tabel berikut ini :

Tabel 4.3 Kelengkapan Pengisian Autentikasi Laporan yang Penting

No	Komponen Analisis Autentikasi Laporan yang penting	Lengkap		Tidak Lengkap	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Tanda tangan Dokter	69	98.57	1	1.43
2	Nama Terang Dokter	47	67.14	23	32.86
3	Tanda tangan pasien/keluarga	58	82.85	12	17.15
4	Nama Terang pasien/keluarga	10	14.28	60	85.72
5	Tanggal	68	97.14	2	2.86
6	Waktu	42	60	28	40
Rata-rata kelengkapan		69.99		30.01	

Berdasarkan tabel di atas, terdapat rata-rata kelengkapan pengisian Autentikasi laporan yang penting adalah 69.99% Item yang paling tinggi pengisian tidak lengkap adalah pada item nama terang pasien/keluarga sebanyak 85.72%.

4. Kelengkapan Pengisian Identifikasi Penanggung jawab

Hasil penelitian kelengkapan pengisian identifikasi penanggung jawab digambarkan dalam tabel berikut ini :

Tabel 4.4 Kelengkapan Identifikasi Penanggung jawab

No	Komponen Analisis Identifikasi Penanggung jawab	Lengkap		Tidak Lengkap	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Nama Penanggung jawab	69	98.57	1	1.43
2	Umur Penanggungjawab	68	97.14	2	2.86
3	JK Penanggungjawab	38	54.28	32	45.72
4	Alamat Penanggungjawab	68	97.14	2	2.86
5	Hubungan dengan pasien	48	68.57	22	31.43
6	Nama pasien	69	98.57	1	1.43
7	Umur pasien	67	95.71	3	4.29
8	Jenis Kelamin pasien	38	54.28	32	45.72
9	Alamat pasien	67	95.71	3	4.29
Rata-rata kelengkapan		84.44		15.56	

Berdasarkan tabel di atas, terdapat rata-rata kelengkapan pengisian identifikasi penanggung jawab adalah 84.44%. Item yang paling tinggi pengisian tidak lengkap adalah pada item jenis kelamin penanggung jawab dan item jenis kelamin pasien sebanyak 45.72%.

5. Kelengkapan Pengisian Laporan yang Penting Penanggung Jawab

Hasil penelitian kelengkapan pengisian laporan yang penting penanggung jawab digambarkan dalam tabel berikut ini :

Tabel 4.5 Kelengkapan Pengisian Laporan yang Penting Penanggung Jawab

Komponen Analisis Laporan yang penting Penanggung Jawab	Lengkap		Tidak Lengkap	
	Jumlah	%	Jumlah	%
Tindakan	66	94.28	4	5.72

Berdasarkan tabel di atas, terdapat kelengkapan pengisian laporan yang penting penanggung jawab adalah 94.28%. Item kelengkapan pengisian tidak lengkap adalah 5.72%.

6. Kelengkapan Pengisian Autentikasi Penanggung jawab dan Saksi

Hasil penelitian kelengkapan pengisian autentikasi penanggung jawab dan saksi digambarkan dalam tabel berikut ini :

Tabel 4.6 Kelengkapan Pengisian Autentikasi Penanggung jawab dan Saksi

No	Komponen Analisis Autentikasi Penanggung jawab dan Saksi	Lengkap		Tidak Lengkap	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Tanda tangan pasien	70	100	0	0
2	Nama terang pasien	70	100	0	0
3	Tanda tangan Saksi 1	62	88.57	8	11.43
4	Nama terang Saksi 1	56	80	14	20
5	Tanda tangan Saksi 2	68	97.14	2	2.86
6	Nama terang Saksi 2	66	94.28	4	5.72
Rata-rata kelengkapan			93.33		6.67

Berdasarkan tabel di atas, terdapat rata-rata kelengkapan pengisian autentikasi penanggung jawab dan saksi adalah 93.33%. Item yang paling

tinggi pengisian tidak lengkap adalah pada item Nama Terang saksi 1 sebanyak 20%.

7. Ketepatan Pengisian Pendokumentasian yang Benar

Hasil penelitian ketepatan pengisian pendokumentasian yang benar digambarkan dalam tabel berikut ini :

Tabel 4.7 Ketepatan Pengisian Pendokumentasian yang Benar

No	Komponen Analisis Pendokumentasian yang benar	Benar		Salah	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Nama	20	28.57	50	71.43
2	Diagnosa	26	37.14	44	62.86
3	Pembetulan Kesalahan	67	95.71	3	4.29
Rata-rata ketepatan			53.80		46.2

Berdasarkan tabel di atas, terdapat rata-rata ketepatan pengisian pendokumentasian yang benar adalah 53.80 %. Item ketepatan pengisian yang tidak tepat paling tinggi adalah item nama sebanyak 71.43%.

C. Pembahasan

Dalam hasil penelitian kelengkapan pengisian lembar *informed consent* rawat inap di RSUD Prambanan pada berkas rekam medis rawat inap yang ada lembar *informed consent* periode bulan Januari-Maret Tahun 2016 berikut pembahasan hasil penelitian :

1. Kelengkapan Pengisian Identifikasi Pasien

Rata-rata persentase kelengkapan pengisian identifikasi pasien di lembar *informed consent* RSUD Prambanan adalah 92.28%. Pengisian item yang lengkap terdapat pada item Nama dan Nomor Rekam Medis yaitu 100%. Dari item yang terdapat tidak lengkap, item yang paling tinggi tidak lengkap adalah item ruang/kelas sebanyak 25.72%. Berdasarkan hasil penelitian di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta oleh Anas (2016) diperoleh data bahwa persentase kelengkapan pengisian identifikasi pasien 100%. Berdasarkan Permenkes RI No.129 Tahun 2008 bahwa dengan rekam medis yang lengkap adalah rekam medis (termasuk *informed consent*) yang telah diisi lengkap dalam waktu < 24 jam setelah pelayanan rawat jalan atau

setelah pasien inap diputuskan untuk pulang dengan standar pengisian 100% terisi, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut, dan resume.

2. Kelengkapan Pengisian Laporan Yang Penting

Rata-rata persentase kelengkapan pengisian laporan yang penting di lembar *informed consent* RSUD Prambanan adalah 84.89%. Pengisian item yang lengkap terdapat pada item diagnosis, dasar diagnosis, tindakan kedokteran, indikasi tindakan, tata cara, tujuan dan risiko yaitu 100%. Dari item yang terdapat tidak lengkap, item yang paling tertinggi tidak lengkap adalah item penerima informasi sebanyak 75.72%. Pada komponen analisis laporan yang penting di lembar *informed consent* RSUD Prambanan belum terdapat kolom pengisian perkiraan biaya. Berdasarkan hasil penelitian di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta oleh Anas (2016) diperoleh persentase kelengkapan pengisian laporan yang penting yang paling tinggi adalah pada item tindakan dan tujuan sebanyak 94,28%, sedangkan untuk persentase item yang paling tinggi tidak lengkap adalah item perkiraan biaya sebanyak 60%. Berdasarkan Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 penjelasan tentang *informed consent* meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan lain dan risikonya, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosisnya. Berdasarkan Permenkes RI No. 290/MENKES/PER/III/2008 pasal 7 ayat 3 menyebutkan penjelasan tentang tindakan kedokteran sekurang-kurangnya mencakup : Diagnosa dan tata cara tindakan kedokteran, tujuan tindakan kedokteran yang dilakukan, alternatif tindakan lain dan risikonya, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, prognosis terhadap tindakan yang dilakukan, perkiraan pembiayaan.

3. Kelengkapan Pengisian Autentikasi Laporan yang Penting

Rata-rata persentase kelengkapan pengisian autentikasi laporan yang penting di lembar *informed consent* RSUD Prambanan adalah 69.99%. Presentase kelengkapan pengisian yang paling tinggi terdapat pada item tanda tangan dokter sebanyak 98.57%. Dari item yang terdapat tidak

lengkap, item yang paling tertinggi tidak lengkap adalah item nama terang pasien/keluarga sebanyak 85.72%. Berdasarkan hasil penelitian di RSUP Hasan Sadikin Bandung oleh Leni (2015) diperoleh persentase kelengkapan pengisian autentikasi laporan yang penting kelengkapan pada item tanda tangan dokter adalah 91.8%, persentase ketidaklengkapan sebanyak 8.2%. Untuk persentase kelengkapan pada item tanda tangan pasien atau keluarga adalah 83.6%, persentase ketidaklengkapan sebanyak 16.4%. Berdasarkan Permenkes RI No. 290/MENKES/PER/III/2008 pasal 1 tentang 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 sedangkan sesuai dengan pasal 3 yaitu setiap tindakan kedokteran yang mengandung risiko tinggi harus memperoleh persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan.

4. Kelengkapan Pengisian Identifikasi Penanggung jawab

Rata-rata persentase kelengkapan pengisian identifikasi penanggung jawab di lembar *informed consent* RSUD Prambanan adalah 84.44%. Persentase kelengkapan pengisian yang paling tinggi terdapat pada item nama penanggung jawab dan nama pasien sebanyak 98.57%. Dari item yang terdapat tidak lengkap, item yang paling tertinggi tidak lengkap adalah item jenis kelamin penanggung jawab dan jenis kelamin pasien sebanyak 45.72%. Berdasarkan hasil penelitian di RSUP Hasan Sadikin Bandung oleh Leni (2015) diperoleh persentase kelengkapan pengisian yang paling tinggi terdapat pada item nama pemberi persetujuan yaitu 100%, Sedangkan persentase pengisian ketidaklengkapan yang paling tinggi adalah item alamat pemberi persetujuan sebanyak 21%.

5. Kelengkapan Pengisian Laporan yang Penting Penanggung Jawab

Persentase Kelengkapan pengisian laporan yang penting penanggung jawab di lembar *informed consent* RSUD Prambanan pada item tindakan adalah 94.28%. Persentase kelengkapan pengisian tidak lengkap pada item tindakan adalah 5.72%. Berdasarkan hasil penelitian di RSUP Hasan

Sadikin Bandung oleh Leni (2015) persentase kelengkapan pengisian item laporan yang penting item tindakan sebanyak 100%.

6. Kelengkapan Pengisian Autentikasi Penanggung jawab dan Saksi

Rata-rata persentase kelengkapan pengisian Autentikasi Penanggung jawab dan saksi di lembar *informed consent* RSUD Prambanan adalah 93.33%. Pengisian item yang lengkap terdapat pada item tanda tangan pasien dan nama terang pasien yaitu 100%. Dari item yang terdapat tidak lengkap, item yang paling tinggi tidak lengkap adalah item nama terang saksi 1 sebanyak 20%. Berdasarkan hasil penelitian di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta oleh Anas (2016) diperoleh data Pengisian item yang lengkap terdapat pada item tanda tangan pasien yaitu 100%. Dari item yang terdapat tidak lengkap, item yang paling tinggi tidak lengkap adalah item nama terang dokter sebanyak 34.28%.

7. Ketepatan Pengisian Pendokumentasian yang Benar

Rata-rata ketepatan pengisian pendokumentasian yang benar di lembar *informed consent* RSUD Prambanan adalah 53.80 %. Item pengisian yang tidak tepat paling tinggi adalah item nama sebanyak 71.43%. Berdasarkan hasil penelitian di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta oleh Anas (2016) diperoleh data Pengisian pendokumentasian yang benar pada item penulisan diagnosa 85.71% dan keterbacaannya 100%. Penulisan diagnosa pada lembar *informed consent* sebagian besar menggunakan huruf kapital yang ditulis oleh dokter. Berdasarkan Permenkes RI No. 269/MENKES/PER/III/2008 pasal 5 ayat 5 dan 6 yaitu dalam hal ini terjadi kesalahan dalam melakukan pencatatan pada rekam medis dapat dilakukan pembetulan. Pembetulan yang dimaksud hanya dapat dilakukan dengan cara pencoretan tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan dan dibubuhi paraf dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang bersangkutan.