

ABSTRAK

Latar Belakang : Asesmen awal pasien rawat inap sangat penting untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien dan untuk memulai proses pelayanan sehingga harus terdokumentasi lengkap. Kelengkapan tersebut menunjukkan kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien. Asesmen pasien (AP) merupakan salah satu standar yang dinilai dalam Standar Akreditasi Rumah Sakit 2012 pada aspek telaah rekam medis tertutup. Rekam medis kasus bedah merupakan kasus yang beresiko tinggi membutuhkan data yang lengkap agar tidak terjadi malpraktik yang bisa masuk ke ranah hukum.

Tujuan : Tujuan penelitian ini adalah mengetahui pelaksanaan pengisian rekam medis terkait standar asesmen pasien, mengetahui persentase kelengkapan rekam medis pasien bedah terkait standar asesmen pasien, dan mengetahui faktor penyebab ketidaklengkapan pengisian asesmen.

Metode : Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif dengan rancangan penelitian studi kasus. Teknik pengambilan data dengan menggunakan wawancara, observasi dan studi dokumentasi. Uji validasi menggunakan triangulasi sumber dan teknik. Penentuan subjek penelitian dilakukan secara *purposive*. Teknik pengambilan sampel objek dengan *probability sampling* dimana pengambilan sampel dengan cara random. Objek pada penelitian ini adalah berkas rekam medis pasien yang dilakukan tindakan kedokteran operasi atau bedah yang telah disimpan di rak *filing* empat bulan terakhir dari bulan Agustus 2015 - November 2015 dengan jumlah sampel 85 berkas.

Hasil : Pelaksanaan pengisian rekam medis terkait standar asesmen pasien (AP) di Rumah Sakit UGM sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit 2012 yakni di dokumentasi pada formulir yang telah disediakan. Namun pada standar AP.1.9 asesmen pasien yang akan meninggal belum dilaksanakan karena belum terdapat formulir khusus. Persentase rata-rata kelengkapan hasil telaah rekam medis mengenai asesmen mencapai 81.57%, persentase kelengkapan terendah standar AP.1.11 asesmen rencana keluar pasien 70.58%, dan kelengkapan tertinggi standar AP.1.3 asesmen keperawatan dan AP.2 asesmen setiap hari oleh dokter (SOAP) yaitu 100%. Faktor penyebab ketidaklengkapan adalah kesibukan dokter, item formulir rekam medis terlalu banyak, dan SOP yang belum disosialisasikan merata.

Kesimpulan : Pelaksanaan asesmen pasien berdasarkan format telaah rekam medis tertutup di Rumah Sakit UGM telah dilaksanakan sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit tahun 2012. Namun pada standar AP.1.9 belum dilaksanakan. Persentase rata-rata kelengkapan hasil telaah rekam medis mengenai asesmen sudah baik yakni mencapai 81.57%. Faktor penyebab ketidaklengkapan rekam medis mengenai asesmen dapat dilihat dari aspek SDM, formulir asesmen, serta prosedur dan kebijakan.

Kata Kunci : Telaah Rekam Medis Tertutup, Asesmen Pasien, Standar Akreditasi RS 2012, Pelaksanaan, Faktor.

ABSTRACT

Background : Initial assessment of hospitalized patients is very important to identify the patient's needs and to start the service process should be documented complete. Completeness is to show the quality of services provided to patients. Assessment of the patient (AP) is one of the standards that are valued in the Hospital Accreditation Standards 2012 on aspects of the closed medical record review. The medical records of surgery cases are high-risk cases require complete data in order to avoid malpractice can get into the realm of law.

Objective : The purpose of this study was to determine the implementation of the charging standard of medical records related to patient assessment, determine the percentage of completeness of patient medical records related to standard surgical patient assessment, and determine the cause of the incompleteness of the charging assessment.

Methods : This research is a descriptive study with qualitative approach with case study design. Data collection techniques using interviews, observation and documentation. Test validation using triangulation techniques. Determining the subject of research done purposively. The sampling technique where the object with probability sampling by means of random sampling . The object of this research is the file medical records of patients who performed the action medical or surgical operations that have been stored on a shelf filing last four months, namely from August 2015 until November 2015 with a sample of 85 files.

Results : Implementation of the medical records related charging standard patient assessments (AP) Hospital UGM standardized hospital accreditation in 2012 which is in the documentation on the form provided. But on a standard AP.1.9 assessment for patients will die has not been implemented as yet there is a special form. The average percentage of completeness of the review of the medical records about the assessment reaches 81.57%, the lowest percentage of completeness AP.1.11 standard patient assessments exit plan 70.58%, and the highest of standards AP.1.3 completeness of nursing assessment and assessment AP.2 every day by doctors (SOAP) 100%. Factors causing incompleteness is a flurry of doctors, medical record form item too much, and SOP that has not been disseminated evenly .

Conclusion : The assessment of patients by medical record review of formats covered in Hospital UGM has been conducted in accordance with Standards on Accreditation of Hospitals 2012. But the AP.1.9 standards not yet implemented. The average percentage of completeness of the review of medical records about the assessment has been good, which reached 81.57%. Factors causing incomplete medical records about the assessment can be seen from the aspect of human resources, assessment forms, as well as procedures and policies.

Keywords : Close Medical Record Review, Patient Assessment, Hospital Accreditation Standar 2012, Implementation, Causes.