

AUDIT KUANTITATIF FORMULIR *INFORMED CONSENT* PADA PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT SUMBER SENTOSA TUMPANG

Alfonsus Wolla Ngara ¹, M. Arief Rachman²

Malang College of Administrative Sciences (STIA)

Diploma 3 Program in Medical Records & Medical Information

(Alfonsus Wolla Ngara)

Email: alfonsuswollangara31@gmail.com

ABSTRACT

The informed consent form is a crucial document that contributes to the administrative, legal, and quality elements of healthcare services and acts as evidence of the patient's permission to medical operations. Patient safety, healthcare professionals' legal protection, and the quality of the paperwork may all be at danger if the form is not filled out completely. Through a quantitative audit at Sumber Sentosa Hospital in Tumpang, this research seeks to ascertain the completeness of the informed consent form for inpatients. The research used a descriptive quantitative methodology, gathering data via observation and an audit sheet to verify that the informed consent form was complete. The patient's identification, the identities of the informant and the consent receiver, medical treatment details, the permission statement, and authentication in the form of the relevant party's signature are among the components evaluated. The findings demonstrated that the informed consent form's thoroughness fell short of the required levels. A number of areas, including the patient's identification, medical procedure details, and the signatures of the physician, patient or family, and witnesses, remained incomplete. This situation highlights the need for further oversight, ongoing assessment, and healthcare personnel's adherence to the agreement. In order to promote better documentation quality, hospitals must bolster the use of SOPs, enhance form-filling discipline, and carry out routine monitoring.

Keywords: *Quantitative Audit, Medical Records, Informed Consent, Document Completeness, Inpatient Care.*

ABSTRAK

Formulir persetujuan informed consent merupakan dokumen penting yang berkontribusi pada unsur administratif, hukum, dan kualitas layanan kesehatan serta berfungsi sebagai bukti izin pasien terhadap operasi medis. Keselamatan pasien, perlindungan hukum tenaga kesehatan, dan kualitas dokumen dapat terancam jika formulir tidak diisi lengkap. Melalui audit kuantitatif di Rumah Sakit Sumber Sentosa di Tumpang, penelitian ini bertujuan untuk memastikan kelengkapan formulir persetujuan informed consent untuk pasien rawat inap. Penelitian ini menggunakan metodologi kuantitatif deskriptif, mengumpulkan data melalui observasi dan lembar audit untuk memverifikasi kelengkapan formulir persetujuan informed consent. Identifikasi pasien, identitas pemberi informasi dan penerima persetujuan, detail perawatan medis, pernyataan izin, dan otentikasi berupa tanda tangan pihak terkait termasuk di antara komponen yang dievaluasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelengkapan formulir persetujuan informed consent masih jauh dari yang dipersyaratkan. Sejumlah area, termasuk identifikasi pasien, detail prosedur medis, dan tanda tangan dokter, pasien atau keluarga, dan saksi, masih belum lengkap. Situasi ini menyoroti perlunya pengawasan lebih lanjut, penilaian berkelanjutan, dan kepatuhan personel layanan kesehatan terhadap kesepakatan tersebut. Untuk meningkatkan kualitas dokumentasi yang lebih baik, rumah sakit harus memperkuat penggunaan SOP, meningkatkan disiplin pengisian formulir, dan melakukan pemantauan rutin.

Kata Kunci: Audit Kuantitatif, Rekam Medis, Informed Consent, Kelengkapan Dokumen, Rawat Inap.



1. PENDAHULUAN

Perawatan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat semuanya merupakan bagian dari keseluruhan layanan kesehatan individu yang ditawarkan oleh fasilitas perawatan kesehatan. Lembaga-lembaga ini, yang merupakan fasilitas perawatan kesehatan, memiliki karakteristik khas yang dibentuk oleh kemajuan dalam ilmu pengetahuan, teknologi, dan perubahan kondisi sosial ekonomi.

Menjamin akses publik dan mendorong pencapaian kesehatan optimal, lembaga kesehatan harus terus meningkatkan kualitas layanan yang mereka berikan. Sejalan dengan kemajuan ini, langkah penting dalam meningkatkan standar layanan kesehatan di Indonesia adalah pengenalan digitalisasi dalam manajemen dokumentasi kesehatan mulai tahun 2022.

Persetujuan pasien atau keluarga untuk menjalani operasi medis setelah penjelasan menyeluruh dari penyedia layanan kesehatan tercantum dalam formulir persetujuan informed consent dalam dokumen kesehatan. Evaluasi kelengkapan dokumen

didasarkan pada sejumlah faktor, termasuk identitas pasien, informasi penting terkait prosedur, otentikasi, dan dokumentasi yang tepat. Informasi seperti nama, usia, jenis kelamin, tempat tinggal, dan nomor identifikasi pasien merupakan bagian dari identifikasi pasien. Diagnosis, tujuan prosedur, manfaat, risiko, konsekuensi, dan terapi alternatif apa pun yang ditawarkan kepada pasien merupakan informasi penting. Saksi, momen persetujuan, nama dan tanda tangan pasien atau anggota keluarga, dan penyedia layanan kesehatan yang memberikan penjelasan merupakan contoh otentikasi. Lengkap, mudah dipahami, tepat waktu, dan disimpan sebagai bagian dari rekam medis pasien adalah semua persyaratan untuk dokumentasi.

Pemeriksaan kualitas dan kelengkapan dokumentasi rekam medis dikenal sebagai audit kuantitatif. Audit kuantitatif, menurut Russo (2013), dilakukan dengan memeriksa isi rekam medis untuk memastikan semua elemen telah didokumentasikan secara akurat dan menyeluruh. Praktisi kesehatan dan manajer rekam medis mengawasi

proses pendokumentasian rekam medis. Tergantung pada persyaratan lembaga kesehatan, audit dapat mencakup semua dokumen rekam medis atau hanya formulir tertentu.

Observasi awal di Rumah Sakit Sumber Sentosa di Tumpang mengungkapkan masalah dengan keakuratan dokumentasi rekam medis, terutama dalam hal pengisian formulir persetujuan informed consent. Petugas rekam medis memeriksa dokumen setelah pasien menyelesaikan perawatan dan menemukan sejumlah formulir informed consent yang tidak lengkap. Keadaan ini mendorong para peneliti untuk melakukan investigasi tambahan berupa penilaian kuantitatif terhadap keakuratan formulir informed consent pasien rawat inap. Penelitian ini dilakukan karena kualitas pelayanan kesehatan sangat bergantung pada kelengkapan rekam medis, terutama formulir informed consent, yang memberikan bukti persetujuan pasien atau keluarga terhadap operasi medis yang dilakukan oleh penyedia layanan kesehatan.

2. TINJAUAN PUSTAKA

Rumah Sakit

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan bahwa rumah sakit merupakan komponen dari lembaga sosial dan kesehatan yang menawarkan layanan kesehatan lengkap kepada penduduk, termasuk perawatan pencegahan dan pengobatan. Rumah sakit tidak hanya menyediakan layanan medis tetapi juga berfungsi sebagai fasilitas pelatihan dan pengajaran bagi para profesional medis serta lokasi untuk penelitian medis.

Rekam medis

Menurut Gemala Hatta (2013), rekam medis adalah kompilasi data tentang kesehatan individu, riwayat medis, dan perawatan medis sebelumnya atau yang sedang berlangsung. Sebagai bagian dari proses pemberian perawatan medis kepada pasien, penyedia layanan kesehatan mencatat informasi ini.

Pengertian Informed Consent

Ketika pasien atau anggota keluarga dekatnya memberikan persetujuan setelah diberi informasi lengkap tentang operasi medis atau gigi yang direncanakan, ini dikenal sebagai persetujuan berdasarkan informasi.

Jika ada pertanyaan tentang operasi medis tersebut, surat persetujuan berdasarkan informasi dapat digunakan sebagai bukti hukum. Sebelum operasi medis apa pun, pasien harus diberi informasi dan memberikan persetujuannya berdasarkan penjelasan dokter.

3. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metodologi kuantitatif deskriptif. Tujuan studi deskriptif adalah untuk mengkarakterisasi dan menilai keadaan atau prosedur yang berkaitan dengan kelengkapan formulir persetujuan medis antara dokter dan pasien. Sugiyono (2023) mendefinisikan data kuantitatif sebagai angka atau data yang telah diberi nilai melalui prosedur pengukuran (skoring) sehingga metode statistik dapat digunakan untuk memeriksanya.

4. Hasil penelitian

Penelitian ini menggunakan metode peninjauan dokumen fisik untuk menganalisis dan membahas kelengkapan formulir persetujuan informed consent di Rumah Sakit Sumber Sentosa Tumpang, dengan ukuran sampel 85 formulir dari

Januari hingga Maret 2026. Untuk mengevaluasi keakuratan elemen-elemen seperti identifikasi pasien, detail perawatan medis, tanda tangan pasien atau wali, dan tanggal pengisian, metode peninjauan mencakup pemeriksaan langsung formulir persetujuan informed consent yang diisi oleh pasien dan staf medis. Tujuan penelitian ini, yang berlangsung dari tanggal 2–4 Juli 2026, adalah untuk menilai seberapa lengkap formulir persetujuan informed consent tersebut.

Hasil Penelitian Kelengkapan Formulir *Informed Consent* Pada Bulan Januari

Menentukan temuan penelitian, 85 formulir persetujuan informed consent yang diperoleh dari Rumah Sumber Sentosa Tumpang antara Januari dan Maret 2026 diperiksa kelengkapannya. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memberikan gambaran umum tentang tingkat kelengkapan formulir persetujuan informed consent.

RS. SUMBER SENTOSA
Jl. Raya Kebonari no 22 Tumpang-Malang, Jawa Timur
Telp. (0441) 797223 Fax. (0441) 798756

LEMBAR PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

PENYERAH INFORMASI

Dokter pelaksana tindakan kedokteran
Pemberi informasi
Penerima informasi / pemberi persetujuan

1. Diagnosis (SPT & ICD)
2. Dasar Diagnosis
3. Tindakan Kedokteran
4. Indikasi Tindakan
5. Tata Cara
6. Tujuan
7. Risiko
8. Komplikasi
9. Prognosis
10. Alternatif & Resiko

11. Kesetujuan / Kecegahan
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menandatangani ini-buat di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan / atau tidak melakukan tindakan kedokteran ini. Saya juga menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda-tanda di kolom kesetujuan dan telah menandatangani.

"Saya pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat"

PENSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Yang bertindak sebagai dokter (dr. drs, dr, ds) Tanggal lahir: / /
Istilah/keperawatan*, alamat: / /
dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukan tindakan kedokteran ini terhadap saya / saya* bernama: / Tanggal lahir: / /
Istilah/keperawatan*, alamat: / /
Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk resiko dan komplikasi yang mungkin timbul.
Saya juga menyadari bahwa ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukan kepastian, melainkan sangat bergantung kepada ilmu Tuhan Yang Maha Esa.

Tanggal: / /
Pukul: /
Yang menyatakan: /
Saksi 1: /
Saksi 2: /

Gambar 4.4 Formulir Informed Consent Rumah Sakit Sumber Sentosa Tumpang Sumber : Rumah Sakit Sumber Sentosa Tumpang Kelengkapan Identitas Pasien

Tabel 4.1 kelengkapan identitas pasien

No	Sub Komponen	Kelengkapan		Ketidaklengkapan	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Nama Pasien	85	100%	0	0%
2	Nomor Rekam Medis	85	100%	0	0%
3	Tanggal Lahir	85	100%	0	0%
4	Jenis kelamin	85	100%	0	0%
5	Umur	85	100%	0	0%
Average/ Rata-Rata		85	100%	0	0%

Hasil data pada analisis kelengkapan

Persentase kelengkapan rata-rata untuk identifikasi pasien, yang terdiri dari sub-komponen Nama Pasien, Nomor Rekam Medis, Tanggal Lahir, Jenis Kelamin, dan Usia, adalah 100%.

Kelengkapan Identitas Wali/

Tabel 4.2 kelengkapan identitas wali/pemberi persetujuan

No	Sub Komponen	Kelengkapan		Ketidaklengkapan	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Nama wali pasien	85	100%	0	0%
2	Tanggal lahir	85	100%	0	0%
3	Jenis kelamin	85	100%	0	0%
4	Tanggal persetujuan	85	100%	0	0%
5	Hubungan dengan pasien	85	100%	0	0%
Rata-Rata		85	100%	0	0%

Pemberi Persetujuan

Bagian identitas wali, yang mencakup nama wali, tanggal lahir, jenis kelamin, tanggal persetujuan, dan hubungan dengan pasien, ditemukan memiliki tingkat kelengkapan 100%. Hasil ini menunjukkan bahwa setiap komponen diisi lengkap dan tanpa ada bagian yang kosong. Akibatnya, identifikasi wali atau pemberi persetujuan diisi dengan benar sesuai dengan norma yang diterima.

Adanya Semua Laporan / Catatan Penting

Tabel 4.4 adanya semua laporan/catatan penting

No	Sub Komponen	Kelengkapan		Ketidaklengkapan	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Pengkajian awal	61	71%	24	28%
2	Catatan perkembangan	85	100%	0	0%
3	Bukti pengobatan	85	100%	0	0%
4	Catatan saat pulang	85	100%	0	0%
Rata-Rata		79	93%	6	7%

Menurut penelitian, penilaian awal, catatan kemajuan, bukti pengobatan, dan catatan pemulangan—semua komponen penting dari catatan

pasien—mencapai tingkat kelengkapan rata-rata 93%. Meskipun subkomponen lainnya memiliki tingkat ketuntasan 100%, subkomponen penilaian pertama memiliki tingkat ketuntasan paling rendah yaitu 71%. Hal ini menunjukkan bahwa beberapa materi evaluasi pertama masih kurang.

Kelengkapan Autentifikasi

Tingkat kelengkapannya adalah 100% berdasarkan pemeriksaan komponen otentikasi, yang meliputi nama lengkap dokter, tanda tangan, nama dan tanda tangan wali pasien, nama perawat, dan tanda tangan perawat. Temuan ini menunjukkan bahwa setiap komponen otentikasi telah sepenuhnya dilengkapi sesuai dengan hukum yang berlaku.

Pencatatan Yang Baik

Tabel 4.5 pencatatan yang baik

No	Sub Komponen	Kelengkapan		Ketidakiengkapan	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Tidak Adanya Coretan	67	78%	18	22%
2	Tidak Ada Tipp-Ex	85	100%	0	0%
3	Tidak Ada Bagian Kosong	85	100%	0	0%
Rata-rata		79	93%	6	7%

Tingkat kelengkapan rata-rata adalah 92% berdasarkan pemeriksaan elemen-elemen pencatatan yang sangat baik, seperti penggunaan Tipp-Ex, tidak adanya coretan, dan ruang

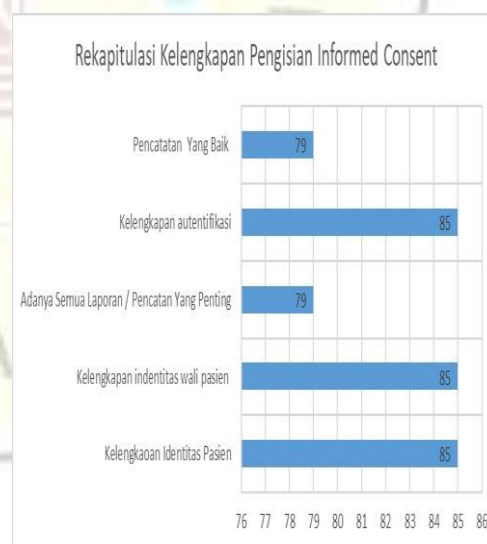
kosong. Subkomponen tanpa Tipp-Ex dan tanpa ruang kosong keduanya mencapai kelengkapan 100%, namun subkomponen tanpa coretan mencapai tingkat kelengkapan 78%. Temuan ini menunjukkan bahwa meskipun persyaratan pencatatan lainnya terpenuhi, beberapa formulir masih memiliki coretan.

Rekapitulasi Rata – Rata

Kelengkapan

Tabel 4.6 rekapitulasi rata-rata kelengkapan

No	Sub Komponen	Kelengkapan		Ketidakiengkapan	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Kelengkapan Identitas Pasien	85	100%	0	0%
2	Kelengkapan identitas wali pasien	85	100%	0	0%
3	Adanya Semua Laporan / Pencatatan Yang Penting	79	93%	6	7%
4	Kelengkapan autentifikasi	85	100%	0	0%
5	Pencatatan Yang Baik	79	93%	6	7%
Rata-Rata		82,6	97%	2,4	3%



Gambar 4.3 hasil presentase rekapilasi kelengkapan pengisian informed consent RS sumber sentosa tumpang

Rata-rata tingkat kelengkapan adalah 97% berdasarkan pemeriksaan lima komponen formulir tersebut. Dengan persentase kelengkapan 100%, yang berarti setiap bagian telah diisi, identifikasi pasien, identitas wali, dan otentikasi memiliki tingkat kelengkapan tertinggi. Sebaliknya, komponen dengan persentase kelengkapan terendah di antara yang lain adalah komponen pelaporan penting dan pencatatan yang baik, yang memiliki tingkat kelengkapan 93%.

5. PEMBAHASAN

Temuan berikut ini berasal dari pemeriksaan kuantitatif terhadap pengolahan data lima komponen formulir persetujuan informed consent di Rumah Sakit Sumber Santosa Tumpang antara Januari dan Maret 2026.

Kelengkapan Identitas Pasien

Komponen identifikasi pasien—nama, usia, jenis kelamin, tanggal lahir, dan nomor identifikasi pasien—semuanya menerima nilai kelengkapan 100%. Hasil ini menunjukkan bahwa setiap komponen identifikasi telah diisi lengkap dan tidak ada informasi yang

hilang. Ini membuktikan bahwa prosedur pendaftaran identifikasi pasien telah diselesaikan dengan benar dan sesuai dengan pedoman administrasi layanan kesehatan.

Kelengkapan Identitas Wali Pasien

Bagian ini berisi nama wali pasien, tanggal lahir, jenis kelamin, tanggal persetujuan, dan hubungan dengan pasien. Hasil temuan menunjukkan kelengkapan 100%, artinya tidak ada data yang hilang dan setiap bagian terisi penuh.

Kelengkapan laporan penting

Penilaian awal, catatan perkembangan, bukti pengobatan, dan catatan pemulangan pasien termasuk di antara komponen rekam medis pasien yang penting dan menerima nilai kelengkapan rata-rata 93%. Meskipun sebagian besar subkomponen mencapai kelengkapan 100%, subkomponen penilaian pertama, yang memiliki tingkat kelengkapan 71%, masih memiliki kekurangan.

Kelengkapan autentifikasi

Komponen otentikasi, yang terdiri dari nama lengkap dokter, tanda tangan, nama dan tanda tangan wali pasien, nama perawat, dan tanda

tangan perawat, memperoleh nilai kelengkapan 100%. Hasil ini menunjukkan bahwa setiap komponen otentikasi terisi lengkap dan tidak ada informasi yang hilang.

Pencatatan Yang Baik

Pencatatan yang jelas, tidak adanya ruang kosong, dan tidak adanya coretan tanpa inisial adalah tiga subkomponen dari pencatatan yang baik. Persentase kelengkapan rata-rata, menurut temuan analisis, adalah 93%. Sementara tidak adanya coretan hanya mencapai kelengkapan 78%, tidak adanya Tipp-Ex dan ruang kosong memperoleh 100%. Ini menunjukkan bahwa meskipun sebagian besar pencatatan dilakukan dengan benar, beberapa formulir mengalami revisi atau dicoret tanpa inisial staf. Keadaan ini dapat berdampak pada tanggung jawab hukum rekam medis dan kejelasan dokumen.

Kesimpulan ini dapat disebabkan oleh karyawan yang tidak mengetahui atau tidak mematuhi protokol perbaikan dokumen. Setiap modifikasi pada rekam medis harus diselesaikan secara akurat, yang mencakup pemberian inisial dan tanggal

perubahan jika diperlukan, serta mencoret bagian yang tidak akurat tanpa menghapus teks sebelumnya.

KESIMPULAN

Sebagian besar dokumen diisi sesuai dengan persyaratan yang relevan, sebagaimana ditunjukkan oleh kelengkapan rata-rata sebesar 97% berdasarkan pemeriksaan lima komponen utama formulir persetujuan informed consent. Catatan penting dan komponen pencatatan yang sesuai memperoleh persentase 93%, sedangkan identifikasi pasien, identitas wali, dan komponen otentikasi mencapai tingkat kelengkapan maksimum 100%. Meskipun demikian, sejumlah bagian masih kurang, terutama evaluasi pertama (71%) dan kurangnya coretan (78%). Hasil ini menunjukkan bahwa untuk menjaga kualitas dokumen informed consent, petugas harus lebih diawasi dan patuh saat mengisi dan mengedit catatan.

SARAN

Menurut kesimpulan penelitian, lembaga layanan kesehatan harus menggunakan inisiatif penyuluhan, pelatihan berkala, serta pemantauan dan penilaian rutin untuk

meningkatkan akurasi pengisian formulir rekam medis oleh petugas kesehatan. Untuk menjamin bahwa semua informasi tercatat secara menyeluruh, mudah dipahami, dan sesuai dengan prosedur operasi standar (SOP), penekanan khusus harus diberikan pada ketelitian bagian penilaian pertama. Selain itu, untuk meminimalkan kesalahan penulisan yang mengakibatkan pencoretan, staf harus meningkatkan akurasi pencatatan mereka. Untuk meningkatkan kesadaran staf akan pentingnya pemeliharaan rekam medis yang akurat, menyeluruh, dan rapi, pelatihan rutin terkait pengisian formulir persetujuan informed consent juga diperlukan.

DAFTAR PUSTAKA

- Alif, A. M. (2018). *Studi kuantitatif dan kualitatif terhadap rekam medis pasien rawat inap*. Politeknik Negeri Jember.
- Azwar, A. (1996). *Mempertahankan standar perawatan medis*. Sinar Harapan.
- Giyatno, & Rizkika, M. Y. (2020). Penilaian kuantitatif terhadap keakuratan rekam medis pasien rawat inap yang didiagnosis dengan fraktur femur di Rumah Sakit Regional Dr. RM Djoelham Binjai. *Jurnal Ilmiah Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Imelda*.
- Hikmah, F., Wijayanti, R. A., & Hidayah, N. (2018). Analisis kelengkapan Rekam medis anak-anak yang menderita diare berat di Rumah Sakit Islam Masyithoh Bangil di Kabupaten Pasuruan pada tahun 2016. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 6(2).
- Huffman, E. K. (1999). *management of health information. Physicians' Record Company, Berwyn*.
- Lestari, S. M. P., Wulandari, M., Wasono, H. A., & Maitsya, A. N. (2019). Pada tahun 2018, Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin melakukan penilaian persetujuan informed consent untuk operasi bedah.. *Jurnal Ilmu Kedokteran dan Kesehatan*, 6, 98–104.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi untuk penelitian kesehatan*. Rineka Cipta.
- Nurhaidah, Djauhari, T., & Harijanto, T. (2016). Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap pengisian rekam medis pasien rawat inap yang tidak lengkap di Rumah Sakit Universitas Muhammadiyah di Malang. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 29(3), 258–264.
- Ruslinawati, Y., & Nugraheni, S. W. (2013). Pada tahun 2012, Rumah Sakit Daerah

Banyudono di Boyolali memeriksa keakuratan rekam medis pasien rawat inap yang menderita demam tifoid. *INFOKES*, 3(1).

Sugiarsi, S., & Daryanti. (2016). Pemeriksaan kelengkapan Formulir izin medis Rumah Sakit Regional Ambarawa untuk prosedur bedah besar. Catatan Kesehatan. Fakultas Kesehatan Mitra Husada.

Sugiyono. (2010). *Teknik penelitian R&D, kualitatif, dan kuantitatif*. Alfabeta.

Swari, S. J., Alfiansyah, G., Wijayanti, R. A., & Kurniawati, R. D. (2019). Pemeriksaan keakuratan rekam medis pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Dr. Kariadi Semarang. *Jurnal ARTERI*.



