

**Analisis Kualitatif Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Penyakit *Appendicitis Acute*
Di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri**

*Qualitative Analysis of Medical Record Documents in Inpatient of Acute Appendicitis
at RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri*

Nua Ritasari¹, Sri Sugiarsi², Trismianto Asmo Sutrisno³

¹RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri
Jl. Ahmad Yani 40, Wonogiri, 57613

^{2,3}STIKes Mitra Husada Karanganyar
Jl. Brigjen Katamsa Barat, Gapura Papahan Indah, Papahan Kec.
Tasikmadu, Kabupaten Karanganyar, Jawa Tengah 57722

*Email korespondensi : ritasarinua@gmail.com

Abstrak

Menurut Permenkes RI No 24 Tahun 2022, setiap pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan kesehatan lain yang telah dan akan diberikan kepada pasien harus lengkap, jelas, dan dilakukan setelah pasien menerima pelayanan kesehatan. Untuk melihat kekonsistenan pencatatan dapat dilakukan dengan analisis kualitatif. Tujuan penelitian adalah mengetahui mutu dokumen rekam medis *Appendicitis Acute* RSUD dr Soediran Mangun Sumarso Wonogiri. Jenis penelitian adalah mixed method. Populasi seluruh DRM *Appendicitis Acute* Tahun 2021, populasi subyek seluruh Profesional Pemberi Asuhan. Sampel obyek 41 DRM, sampel subyek 2 DPJP dan 2 perawat bedah senior. Instrumen penelitian menggunakan checklist dan pedoman wawancara semi terstruktur. Pengolahan data dengan editing, coding, entry, processing, cleaning. Hasil penelitian yaitu review pernyataan diagnostik 22 % konsisten, 78 % tidak konsisten. Review konsistensi entri 66 % konsisten, 34 % tidak konsisten. Review perjalanan hospitalisasi 78 % konsisten, 22 % tidak konsisten. Review pencatatan informed consent 68 % konsisten, 32 % tidak konsisten. Review adanya potensi "compensable event" 100 % konsisten. Teknik pendokumentasian rekam medis secara kualitatif sudah sesuai SOP. Saran mensosialisasikan kepada PPA terkait kekonsistenan pencatatan mulai dari saat masuk rawat sampai pasien pulang dan mengajukan usulan SOP Analisis Kualitatif.

Kata kunci: Analisis Kualitatif, Kekonsistenan, Rekam Medis

Abstract

According to Permenkes RI No 24 of 2022, every recording and documentation of the results of examinations, treatment, actions and other health services that have been and will be provided to patients must be complete, clear, and carried out after the patient has received health services. To see the consistency of recording can be done with qualitative analysis. The aim of the study was to determine the quality of medical record documents for *Acute Appendicitis* RSUD Dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri. This type of research is a mixed method. Population of all DRM *Acute Appendicitis* in 2021, subject population of all Caregiving Professionals. 41 DRM object samples, 2 DPJP subject samples and 2 senior surgical nurses. The research instrument uses a checklist and semi-structured interview guidelines. Data processing with editing, coding, entry, processing, cleaning. The results of the study, namely a review of diagnostic statements, were 22% consistent, 78% inconsistent. Review consistency of entries 66% consistent, 34% inconsistent. Reviews of hospitalization trips 78% consistent, 22% inconsistent. Review of recording informed consent 68% consistent, 32% consistent. Reviews of potential "compensable events" are 100% consistent. The medical record documentation technique is qualitatively in accordance with the SOP. Suggestions to disseminate to PPA regarding

the consistency of recording starting from the time of admission until the patient returns and submit a Qualitative Analysis SOP proposal.

Keywords: Qualitative Analysis, Consistency, Medical Records

PENDAHULUAN

Berdasarkan Permenkes RI No. 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, Pengaturan rekam medis bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan; memberikan kepastian hukum dalam penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis; menjamin keamanan, kerahasiaan, keutuhan, dan ketersediaan data rekam medis; mewujudkan penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis yang berbasis digital dan terintegrasi. Manajemen informasi kesehatan di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya berkembang dari waktu ke waktu. Kebutuhan informasi menjadi penting dalam pengambilan keputusan bagi manajemen tingkat atas maupun tingkat menengah. Agar mutu informasi kesehatan selalu terjaga dan terus meningkat serta berkesinambungan, perlu dikelola dengan baik.

Menurut Permenkes RI No. 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Setiap pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan kesehatan lain yang telah dan akan diberikan kepada pasien harus lengkap, jelas, dan dilakukan setelah pasien menerima pelayanan kesehatan dengan mencantumkan nama, waktu, dan tanda tangan tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan. Di dalam struktur organisasi rekam medis terdapat bagian assembling yang bertugas untuk melakukan analisis kuantitatif dan analisis kualitatif dokumen rekam medis. Tujuan utama dari analisis kualitatif adalah mereview pendokumentasian untuk memastikan kekonsistensian dan keakuratan penulisan. Selain bertugas melakukan review dokumen rekam medis tersebut di atas, upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit juga dapat dilakukan dengan memahami *quality assurance*. *Quality assurance* atau menjaga mutu adalah suatu program berlanjut yang disusun secara obyektif dan sistematis memantau dan menilai mutu dan kewajaran

asuhan terhadap pasien menggunakan peluang untuk meningkatkan asuhan pasien dan memecahkan masalah-masalah yang terungkap (Sabarguna 2006:2). Salah satu cara untuk menilai pelayanan di rumah sakit yaitu dengan melakukan analisis kualitatif.

Analisis kualitatif menurut Huffman (1999) adalah review isi entri rekam medis untuk mencari inkonsistensi dan omisi yang bisa menyebabkan rekam medis tersebut dianggap tidak tepat atau tidak lengkap. Analisis ini memerlukan pengetahuan tentang terminologi medis, anatomi dan fisiologi, dasar dasar proses penyakit, isi rekam medis, dan standard badan-badan lisensi, akreditasi, dan sertifikasi. Ini biasanya dilakukan oleh Administrator Informasi Kesehatan (AIK) yang berpengalaman. Komponen yang ada dalam analisis kualitatif adalah konsistensi pencatatan yang lengkap dan konsisten tentang pernyataan diagnostik, konsistensi entri oleh semua penyedia layanan kesehatan, konsistensi perjalanan hospitalisasi pasien, konsistensi pencatatan semua hal yang harus ada di dalam *informed consent*, konsistensi adanya potensi '*compensable event*'.

Hasil penelitian Damayanti (2016) menunjukkan bahwa review kelengkapan dan ketidakkonsistensian diagnosa sebesar 15.80%, *review* kekonsistensian pencatatan diagnosa sebesar 100%, *review* perawatan dan pengobatan ketidakkonsistensian sebesar 61.40 %, *review* informed consent ketidakkonsistensian sebesar 100 %, *review* praktik/cara pencatatan ketidakkonsistensian sebesar 7%, *review* hal-hal yang menyebabkan tuntutan ganti rugi ketidakkonsistenan sebesar 100%. Sedangkan penelitian Puspitasari (2017) menunjukkan bahwa *review* kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa sebesar 4%, *review* kekonsistensian pencatatan diagnosa sebesar 100%, *review* perawatan dan pengobatan sebesar 100% lengkap, *review* informed consent sebesar 54% tidak lengkap, *review* praktik pencatatan sebesar 65% tidak lengkap, *review* tuntutan ganti rugi sebesar 78% tidak lengkap.

Hasil survei awal yang dilakukan di Rumah Sakit Umum dr. Soediran Mangun

Sumarso Wonogiri yang selanjutnya disebut RSUD dr SMS Wonogiri diperoleh data bahwa dokumen rekam medis pasien *appendicitis acute* termasuk penyakit bedah pasien rawat inap yang menempati urutan pertama. Survei pendahuluan pada tanggal 26 September 2022 dilakukan analisis kualitatif terhadap 5 dokumen rekam medis rawat inap *appendicitis acute* dengan hasil 40% tidak konsisten dalam pernyataan diagnosis, 10 % tidak konsisten dalam konsistensi entri oleh semua penyedia layanan, 60 % tidak konsisten dalam perjalanan hospitalisasi, 10 % tidak konsisten dalam pencatatan adanya potensi “*compensable event*”.

METODE PENELITIAN

Pada penelitian ini menggunakan rancangan *mixed method* yaitu penelitian yang mengkombinasikan antara penelitian kualitatif dengan penelitian kuantitatif. Peneliti melakukan observasi terhadap rekam medis untuk mendapatkan data kuantitatif berupa konsistensi pencatatan, kemudian melakukan wawancara untuk mendapatkan data kualitatif berupa teknik pendokumentasian rekam medis secara kualitatif. Populasi Obyek dalam penelitian ini adalah seluruh dokumen rekam medis penyakit *Appendicitis Acute* di RSUD dr SMS Wonogiri tahun 2021. Populasi Subyek dalam penelitian ini adalah seluruh Profesi Pemberi Asuhan yang mengisi dokumen rekam medis penyakit *Appendicitis Acute* di RSUD dr SMS Wonogiri tahun 2021. Dalam penelitian ini menggunakan sampel jenuh yaitu keseluruhan dokumen rekam medis penyakit *Appendicitis Acute* di RSUD dr SMS Wonogiri tahun 2021 sebanyak 41 dokumen. Peneliti mengambil sampel subyek dengan cara *Purposive sampling*, yaitu cara pengambilan informan dengan menetapkan syarat dalam lama bekerja ≥ 10 tahun untuk PPA perawat di bangsal bedah yaitu sebanyak 4 orang. Sedangkan untuk informan PPA Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) Bedah menggunakan sampel jenuh yaitu keseluruhan DPJP penyakit *Appendicitis Acute* di RSUD dr SMS Wonogiri tahun 2021 sebanyak 2 orang.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Konsistensi Pernyataan Diagnostik

NO	SUB KOMPONEN	KONSISTEN		TIDAK KONSISTEN	
		n	%	n	%
Konsistensi Pernyataan Diagnostik					
SAAT MASUK RAWAT					
1	Konsistensi Diagnosis pada surat perintah rawat inap				
2	Konsistensi Diagnosis pada Asesmen Awal Pasien Rawat Inap (Dokter)	22	54	19	46
CATATAN DOKTER & PERAWAT SAAT SEDANG DIRAWAT					
1	Konsistensi Diagnosis pada CPPT hari kedua oleh Dokter	30	73	11	27
2	Konsistensi Diagnosis pada CPPT hari kedua oleh Perawat				
SAAT AKAN PULANG RAWAT					
1	Konsistensi Diagnosis utama pada Ringkasan pulang	27	66	14	34
2	Konsistensi Diagnosis utama pada CPPT hari terakhir				
	KONSISTENI PERNYATAAN DIAGNOSTIK (Saat masuk rawat, saat sedang dirawat, saat akan pulang rawat)	9	22	32	78

Berdasarkan Tabel 1 menunjukkan hasil analisis kualitatif pada komponen konsistensi pernyataan diagnostik dari ke 3 sub komponen proporsi kekonsistensian yang tertinggi adalah kekonsistensian diagnosa saat sedang dirawat yaitu 73 %, sedangkan kekonsistensian terendah adalah kekonsistensian diagnosa saat masuk rawat yaitu 54 %. Untuk persentase jumlah dokumen rekam medis *appendicitis acute* yang konsisten jika dilihat dari saat masuk rawat, saat sedang dirawat, saat akan pulang adalah 22 % konsisten dan 78 % tidak konsisten. Hal tersebut tidak sesuai dengan tujuan penulisan diagnosa, seperti yang dikatakan Huffman (1999) bahwa pernyataan – pernyataan diagnostik dibuat pada hampir semua bagian rekam medis, yang masing–masing melambangkan tingkat pemahaman kondisi pasien pada saat tersebut. Pada akhir perawatan, semua diagnosis final (klinis) dan prosedur harus dinyatakan pada lembar depan catatan medis atau di dalam ringkasan discharge. Diagnosis utama harus

jelas sekali karena bersangkutan dengan pernyataan untuk reimbursement.

Kekonsistensian dokumen rekam medis *appendicitis acute* jika dilihat dari saat masuk rawat, saat sedang dirawat, saat akan pulang adalah 22 % konsisten. Hal ini tidak selaras dengan penelitian oleh Nugraheni, dkk (2022) yang menunjukkan hasil bahwa hasil review kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa 100 % konsisten.

Tabel 2. Konsistensi entri oleh semua penyedia layanan kesehatan dokumen rekam medis pasien rawat inap pada penyakit *appendicitis acute* RSUD dr SMS Wonogiri.

NO	SUB KOMPONEN	KONSIS TEN		TIDAK KONSI STEN	
		n	%	n	%
Konsistensi Entri Oleh Semua Penyedia Layanan Kesehatan					
SAAT MASUK RAWAT					
1	Konsistensi Entri SOAP hari pertama oleh Dokter pada Form Asesmen Awal Pasien Rawat Inap	39	95	2	5
2	Konsistensi Entri SOAP hari pertama oleh Perawat Form Asesmen Awal Pasien Rawat Inap				
CATATAN DOKTER & PERAWAT SAAT SEDANG DIRAWAT					
1	Konsistensi Entri SOAP hari kedua oleh Dokter	34	83	7	17
2	Konsistensi Entri SOAP hari kedua oleh Perawat				
3	Konsistensi Catatan Obat pada Instruksi Dokter di Formulir CPPT oleh Dokter	35	85	6	15
4	Konsistensi Catatan Obat pada Formulir Catatan Pemberian Obat oleh Perawat				
	Konsistensi Entri Oleh Semua Penyedia Layanan Kesehatan (Saat masuk rawat, Saat sedang dirawat)	27	66	14	34

Berdasarkan Tabel 2 menunjukkan hasil analisis kualitatif pada komponen konsistensi entri oleh semua penyedia layanan kesehatan dari ke 2 sub komponen proporsi kekonsistensian yang tertinggi adalah kekonsistensian diagnosa saat masuk rawat yaitu 95 %, sedangkan kekonsistensian terendah adalah kekonsistensian catatan dokter & perawat saat sedang dirawat (Konsistensi Entri SOAP hari kedua oleh Dokter dan Perawat) yaitu 83 %. Untuk persentase jumlah dokumen rekam medis *appendicitis acute* yang konsisten jika dilihat dari saat masuk rawat, saat sedang dirawat adalah 66 % konsisten dan 34 % tidak konsisten. Hal ini tidak sesuai dengan pernyataan Huffman (1999) yang mengatakan bahwa pernyataan diagnostik di rumah sakit harus konsisten sejak masuk sampai keluar. Hasil penelitian yang menunjukkan bahwa angka kekonsistensian masih rendah yaitu 66 % konsisten tidak sejalan dengan hasil penelitian Citrawati (2014) yang menunjukkan hasil kekonsistensian sebesar 82,56 % konsisten.

Kekonsistensian entri oleh semua penyedia layanan kesehatan dokumen rekam medis pasien rawat inap pada penyakit *appendicitis acute* RSUD dr SMS Wonogiri masih belum mencapai angka 100 %, sedangkan tujuan dilakukannya analisis kualitatif melibatkan review entri rekam medis untuk adanya konsistensi. Perbedaan yang timbul disini biasanya melambangkan jeleknya praktek dokumentasi. (Huffman, 1999).

Konsistensi entri oleh semua penyedia layanan kesehatan dokumen rekam medis memiliki nilai ketidakkonsistenan sebesar 34 %, hal ini belum sesuai jika dilihat berdasarkan Depkes RI (2006) tentang kegunaan rekam medis khususnya Aspek Administrasi yaitu sebagai dasar pemeliharaan dan pengobatan pasien, rekam medis dapat dipakai sebagai sumber informasi medis antara tenaga medis ataupun para medis, dan alat komunikasi antar rumah sakit (rujukan). Jika PPA tidak konsisten menuliskan catatan perkembangan pasien, maka PPA yang berjaga pada dinas jaga selanjutnya akan kesulitan melakukan asuhan keperawatan.

Tabel 3. Konsistensi perjalanan hospitalisasi pasien di dokumen rekam medis pasien rawat inap pada penyakit *appendicitis acute* RSUD dr SMS Wonogiri.

NO	SUB KOMPONEN	KONSISTEN		TIDAK KONSISTEN	
		n	%	n	%
Konsistensi Perjalanan Hospitalisasi Pasien					
SAAT SEDANG DIRAWAT					
1	Kekonsistensian nama, jenis dan dosis obat serta waktu pemberian obat di Formulir CPPT oleh Dokter				
2	Kekonsistensian nama, jenis dan dosis obat serta waktu pemberian obat di Formulir Catatan Pemberian Obat oleh Perawat	34	83	7	17
3	Kekonsistensian nama, jenis pemeriksaan penunjang serta waktu pelaksanaan pemeriksaan penunjang di Formulir CPPT Oleh Dokter				
4	Kekonsistensian nama, jenis pemeriksaan penunjang serta waktu pelaksanaan pemeriksaan penunjang di Formulir Pemeriksaan Penunjang Oleh PPA lain (Radiografer, Analisis Kesehatan)	39	95	2	5
Konsistensi perjalanan hospitalisasi pasien (Saat sedang dirawat)		32	78	9	22

Berdasarkan Tabel 3 menunjukkan hasil analisis kualitatif pada komponen Konsistensi Perjalanan Hospitalisasi Pasien dari ke 2 sub komponen proporsi kekonsistensian perjalanan hospitalisasi pasien yang tertinggi adalah kekonsistensian saat sedang dirawat (Kekonsistensian Nama, Jenis Pemeriksaan Penunjang Serta Waktu Pelaksanaan Pemeriksaan Penunjang Di Formulir CPPT Oleh Dokter Dan Oleh PPA Lain) yaitu 95 %, sedangkan kekonsistensian terendah adalah kekonsistensian catatan dokter & perawat saat sedang dirawat (Kekonsistensian Nama, Jenis Dan Dosis Obat Serta Waktu Pemberian Obat Di Formulir CPPT Oleh Dokter Dan Perawat) yaitu 83 %. Untuk persentase jumlah dokumen

rekam medis *Appendicitis Acute* yang konsisten perjalanan hospitalisasi pasien saat sedang dirawat adalah 78 % konsisten dan 22 % tidak konsisten.

Nilai konsistensi catatan dokter & perawat saat sedang dirawat (Kekonsistensian Nama, Jenis Dan Dosis Obat Serta Waktu Pemberian Obat Di Formulir CPPT Oleh Dokter Dan Perawat) yang belum mencapai angka 100 % bertentangan dengan teori dari Huffman (1999) yang menyatakan bahwa rekam medis harus juga menunjukkan proses berpikir – yaitu nalar yang menuju kepada setiap keputusan, walaupun keputusan itu adalah untuk tidak melakukan tindakan apa – apa. Hal ini penting sekali terutama kalau ada perubahan pada rencana pengobatan. Bukan saja pengobatan pengganti ini dituliskan, akan tetapi juga tujuan pengobatan baru tersebut, modifikasinya, atau penghentiannya harus dijelaskan.

Pengisian Perjalana hospitalisasi (Kekonsistensian Nama, Jenis Pemeriksaan Penunjang Serta Waktu Pelaksanaan Pemeriksaan Penunjang Di Formulir CPPT Oleh Dokter Dan Oleh PPA Lain) masih terdapat jumlah 5 % dokumen yang tidak konsisten. Hal ini tidak sesuai dengan teori yang ada. Menurut Huffman (1999) sebagai tambahan pada konsistensi, rekam medis secara keseluruhan harus menunjukkan kespesifikan dan proses berpikir. Rekam medis harus menguraikan dan membenarkan arah hospitalisasi pasien. Jadi rekam medis harus mendokumentasikan hasil – hasil pemeriksaan diagnostik, pengobatan, pendidikan pasien, dan lokasi pasien secara lengkap. “Hasil – hasil test normal”, “pasien baik – baik saja “, dan “pasien telah diberi instruksi”, merupakan contoh – contoh generalisasi yang menguraikan apa pun.

Dengan menuliskan perintah pemeriksaan penunjang dan menempelkan hasil pemeriksaan penunjang akan memberikan informasi yang berkesinambungan untuk perencanaan pengobatan pasien. Akan tetapi untuk review konsistensi perjalanan hospitalisasi pasien yang masih ditemukan hasil 5 % tidak konsisten maka hal ini belum sejalan dengan penelitian yang dilakukan Nugraheni, dkk (2021) yang menyebutkan bahwa komponen review di formulir hasil pemeriksaan penunjang terisi 100%.

Tabel 4. Konsistensi pencatatan *informed consent* dokumen rekam medis pasien rawat inap pada penyakit *appendicitis acute* RSUD dr SMS Wonogiri.

NO	SUB KOMPONEN	KONSIS		TIDAK	
		TEN	TEN	KONSIS	KONSIS
		n	%	n	%
1	Kesesuaian antara diagnosa dengan tindakan yang disetujui/ ditolak pasien/ keluarga terdekat di Formulir Persetujuan atau Penolakan Tindakan Kedokteran	28	68	13	32

Berdasarkan Tabel 4 menunjukkan hasil analisis kualitatif pada komponen konsistensi pencatatan *Informed Consent* saat sedang dirawat (Kesesuaian antara diagnosa dengan tindakan yang disetujui/ ditolak pasien/ keluarga terdekat di Formulir Persetujuan atau Penolakan Tindakan Kedokteran) adalah 68 % konsisten, 32 % tidak konsisten. Dokter spesialis bedah masih sering tidak menuliskan tindakan apa yang akan diberikan kepada pasien di Formulir Persetujuan atau Penolakan Tindakan Kedokteran, hal itu tidak sesuai dengan teori menurut Huffman (1999) yang menyatakan bahwa informasi mengenai persetujuan pasien untuk pengobatan harus dengan hati – hati dituliskan. Dokter harus mencatat informasi yang diberikan kepada pasien untuk membuat pasien memiliki kebijaksanaan yang konsisten dengan persyaratan hukum mengenai *informed consent*. Hasil konsistensi pencatatan *Informed Consent* saat sedang dirawat yang masih rendah yaitu 68 % konsisten sejalan dengan hasil penelitian Asywaq (2021) yang menunjukkan hasil kelengkapan *informed consent* masih rendah yaitu 45,5 %.

Hasil review konsistensi pencatatan *informed consent* sejumlah 32 % tidak konsisten, hal ini tidak sesuai dengan Permenkes RI (2022) tentang Tujuan Rekam Medis salah satunya adanya memberikan kepastian hukum dalam penyelenggaraan dan pengelolaan Rekam Medis. Kekonsistensian pencatatan *informed consent* diharapkan mampu menjadi perlindungan hukum baik bagi rumah sakit maupun bagi pasien jika ditemukan masalah di kemudian hari.

Tabel 5. Adanya potensi “*compensable event*” “dokumen rekam medis pasien rawat inap pada penyakit *Appendicitis Acute* RSUD dr SMS Wonogiri tahun 2021.

NO	SUB KOMPONEN	KONSIS		TIDAK	
		TEN	TEN	KONSIS	KONS
		n	%	n	%
Adanya potensi "COMPENSABLE EVENT"					
SAAT MASUK RAWAT					
Adanya catatan masuk RS kembali dengan					
1	kasus yang sama < 2hari di Formulir CPPT hari Pertama	41	100	0	0
SAAT SEDANG DIRAWAT					
Adanya pencatatan					
1	Prosedur batal dilakukan di Formulir CPPT	41	100	0	0
Adanya Pencatatan Komplikasi masalah pengobatan (Reaksi					
2	alergi obat / transfuse, infeksi sesudah masuk, infeksi sesudah operasi) di Formulir CPPT	41	100	0	0
SAAT PULANG					
Adanya Pencatatan Pulang paksa / pasien					
1	pindah bukan alasan administrasi di Formulir CPPT hari terakhir	41	100	0	0
Adanya potensi "COMPENSABLE EVENT" (Saat masuk rawat, Saat sedang dirawat, Saat pulang)					
		41	100	41	100

Berdasarkan Tabel 5 menunjukkan hasil analisis kualitatif pada komponen Adanya Potensi “*Compensable Event*” “dari ke 3 sub komponen proporsi adanya potensi “*compensable event*” “memiliki nilai yang sama semua yaitu tidak ada subkomponen yang menyebabkan potensi tuntutan ganti rugi, maka hasil analisisnya adalah 100%. Untuk persentase jumlah dokumen rekam medis *Appendicitis Acute* yang memiliki potensi “*compensable event*” “saat masuk rawat, saat sedang dirawat, saat pulang adalah tidak ada yang menyebabkan potensi tuntutan ganti rugi dengan nilai analisis 100 % konsisten dan 0 % tidak konsisten. Hal tersebut sudah sesuai dengan teori dari Huffman

(1999) bahwa analisis kualitatif harus mengidentifikasi setiap kejadian yang memiliki potensi kompensasi atau ganti rugi. Rekam medis harus secara penuh mendokumentasikan kejadian yang menimbulkan kerugian terhadap pasien. Hasil penelitian di atas sudah sesuai dengan hasil penelitian Nugraheni, dkk (2022) yang menunjukkan bahwa 100 % dokumen rekam medis yang diteliti sudah konsisten pada review hal – hal yang menyebabkan tuntutan ganti rugi.

Berdasarkan wawancara dengan 4 narasumber terkait dengan pendokumentasian rekam medis *appendicitis acute* secara kualitatif diperoleh hasil bahwa semua narasumber dalam mengisi dokumen rekam medis sudah sesuai dengan SPO yang berlaku di RSUD dr SMS Wonogiri yaitu sebelum dilakukan tindakan pembedahan catat monitor pasien, lengkapi formulir transfer internal pasien (Keadaan Umum, Tanda–Tanda Vital, *drain*, infus, terpasang selang kateter atau tidak, dst). Apabila terjadi kondisi kritis pada pasien (hasil laborat tidak normal) segera lapor ke Dokter Penanggung Jawab Pasien, kemudian tulis di Formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi melalui Tulis Baca Konfirmasi. Kemudian DPJP juga mengatakan bahwa selama ini mengisi dokumen rekam medis sesuai SPO. Cara pendokumentasian rekam medis *appendicitis acute* tersebut sudah sesuai dengan SPO Catatan Terintegrasi yang bertujuan untuk menjamin kontinuitas pelayanan rumah sakit dan untuk memudahkan pemberi pelayanan kesehatan dalam mengikuti pemberian pelayanan dan pengobatan pasien.

SIMPULAN

Dari sebanyak 41 dokumen rekam medis pasien rawat inap pada penyakit *appendicitis acute* RSUD dr SMS Wonogiri di komponen pernyataan diagnostik yang konsisten jika dilihat dari saat masuk rawat, saat sedang dirawat, saat akan pulang adalah 9 dokumen atau 22 % konsisten dan 32 dokumen atau 78 % tidak konsisten. Dari sebanyak 41 dokumen rekam medis pasien rawat inap pada penyakit *appendicitis acute* RSUD dr SMS Wonogiri di komponen entri oleh semua penyedia layanan kesehatan yang konsisten jika dilihat dari saat masuk rawat, saat sedang dirawat adalah 27 dokumen atau 66 % konsisten dan 14 dokumen atau 34 % tidak konsisten.

Dari sebanyak 41 dokumen rekam medis pasien rawat inap pada penyakit *appendicitis acute* RSUD dr SMS Wonogiri di komponen perjalanan hospitalisasi pasien yang konsisten saat sedang dirawat adalah 32 dokumen atau 78 % konsisten dan 9 dokumen atau 22 % tidak konsisten. Dari sebanyak 41 dokumen rekam medis pasien rawat inap pada penyakit *appendicitis acute* RSUD dr SMS Wonogiri di komponen pencatatan *informed consent* yang konsisten saat sedang dirawat adalah 28 dokumen atau 68 % konsisten dan 13 dokumen atau 32 % tidak konsisten.

Dari sebanyak 41 dokumen rekam medis pasien rawat inap pada penyakit *appendicitis acute* RSUD dr SMS Wonogiri di komponen adanya potensi “*compensable event*” yang konsisten saat masuk rawat, saat sedang dirawat, saat pulang adalah tidak ada yang menyebabkan potensi tuntutan ganti rugi dengan nilai analisis 100 % konsisten dan 0 % tidak konsisten.

Teknik pendokumentasian rekam medis *appendicitis acute* secara kualitatif sudah dilakukan sesuai standar prosedur operasional yang berlaku di RSUD dr SMS Wonogiri. Analisis rekam medis melalui Sub Koordinator Rekam Medis memberikan saran kepada Komite Rekam Medis untuk mensosialisasikan kepada profesional pemberi asuhan khususnya dokter spesialis bedah terkait kekonsistensian diagnosa mulai dari saat masuk rawat sampai pasien pulang. Mengajukan usulan standar prosedur operasional analisis kualitatif agar bisa dilakukan kegiatan analisis kualitatif secara rutin.

REFERENSI

- Adeleke I, Lawal A, Adio R, et al. (2014) Information technology skills and training needs of health information management professionals in Nigeria: a nationwide study. *Health Information Management Journal* 44(1): 1–9
- Artini, Ika., Pebriyani, Ika., & Putri, Lia Hardiani. 2018. *Jurnal Analisa Kualitatif Kelengkapan Pengisian Rekam Medis Di Rumah Sakit Dr. A. Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung Tahun 2018*. *Jurnal Ilmu Kesehatan dan Kedokteran* <http://ejournalmalahayati.ac.id/index.php/kesehatan/article/view/1328>

- Asywaq. 2021. *Jurnal Analisis Kualitatif Dokumen Rekam Medis Kasus Persalinan Caesarean Section Dalam Mendukung Keakuratan Kode Berdasarkan ICD-10 Di RSUD Ratu Zalecha Martapura Tahun 2020*. <https://repository.stikeshb.ac.id/182/>
- Budi, Savitri Citra. 2011. *Managemenet Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta: Quantum Sinergi Medika.
- Citrawati, Irmania. 2014. *Jurnal Analisa Kuantitatif dan Kualitatif Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Kasus Gastroenteritis Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Cepu Periode Triwulan I Tahun 2014*. <http://eprints.dinus.ac.id/6667/>
- Departement Kesehatan RI, (2006). *Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta.
- Grooms, J., Enderle, P., & Sampson, V. (2015). Coordinating Scientific Argumentation and the Next Generation Science Standards through Argument Driven Inquiry. *Science Educator*, 24(1), 45–50.
- Huffman, EK, 1999. *Health Information Management*. Phisician Record Company Berwin Lilianis, USA.
- Indonesia. 2004. Undang – Undang No. 29 tentang *Praktik Kedokteran*. Sekretariat Negara. Jakarta
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2022. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 24 tentang Rekam Medis*. Jakarta.
- Nugraheni, SW. 2022. *Jurnal Analisis Kualitatif Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Penyakit COVID 19 di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta*. Prosiding Seminar Informasi Kesehatan Nasional. e.ISSN 2964_674X.
- Prasetya, Nanda L, 2021. *Appendisitis*. <https://aido.id/health-articles/apendisitis/detail>: Indonesia. 13 November 2022.
- Republik Indonesi. (2020). *Keputusan Menteri Kesehatan No. 312 Tahun 2020 tentang Standar Profesi Perkam Medis Dan Informasi Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan
- Sabarguna, BS. 2006. *Quality Assurance*. Yogyakarta: Konsorsium Rumah Sakit Islam Jateng – DIY.
- Sander, Mochamad Aleq. 2011. *Jurnal Appendicitis Akut: Bagaimana Seharusnya Dokter Umum dan Perawat Dapat Mengenali Tanda dan Gejala Lebih Dini Penyakit Ini?* *Jurnal Keperawatan*, Vol. 2. <https://doi.org/10.22219/jk.v2i1.479>
- Sugiarsi, Sri. 2019. *Instrumen dan Analisis Data Penelitian Rekam Medis dan Manajemen Informasi Kesehatan*. Karanganyar: APTIRMIKI.
- Swaradwibhagia, Jeillia, Jihan., Widjaja, Lily., Muniroh., & Indrawati, Laela. 2022. *Jurnal Analisis Kualitatif Kekonsistensian Pencatatan Dan Justifikasi Pengobatan Pada Rekam Medis Kasus Demam Berdarah Dengue Di Rumah Sakit Mekar Sari Bekasi Tahun 2021*. <https://bajangjournal.com/index.php/JIRK/article/view/3492>