

AUDIT REKAM MEDIS MELALUI ANALISIS KUALITATIF BERDASARKAN 6 KOMPONEN REVIEW REKAM MEDIS DENGAN DIAGNOSA APENDISITIS AKUT DI RSU IMELDA PEKERJA INDONESIA TAHUN 2025

Mei Sryendang Sitorus¹, Esraida Simanjuntak², Valentina³, Desnawati Gea⁴

Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan, Universitas Imeldan Medan^{1,4},

Program Studi D-III Perkam Dan Informasi Kesehatan, Universitas Imeldan Medan²

Program Studi S1 Ilmu Kesehatan Masyarakat STIKes Binalita Sudama Medan³

*Corresponding Author: meisitorus51@gmail.com

ABSTRAK

Rekam medis merupakan dokumen penting yang memuat identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan medis, serta layanan lain yang diberikan tenaga kesehatan. Seiring kemajuan teknologi, penerapan rekam medis elektronik semakin berkembang dan diatur dalam Permenkes RI Nomor 24 Tahun 2022, yang menegaskan peran rekam medis tidak hanya sebagai catatan medis, tetapi juga sebagai dokumen legal, administratif, edukatif, serta sumber data penelitian dan pembiayaan pelayanan kesehatan. Rekam medis merupakan dokumen penting yang mencerminkan mutu pelayanan kesehatan sekaligus berfungsi sebagai bukti hukum, sehingga pencatatannya harus lengkap, akurat, dan konsisten. Inkonsistensi dapat menimbulkan risiko terhadap keselamatan pasien serta potensi tuntutan hukum. Penelitian ini bertujuan menilai mutu rekam medis pasien Apendisitis Akut melalui analisis kualitatif menggunakan enam komponen review di RSU Imelda Pekerja Indonesia tahun 2025. Penelitian menggunakan desain *mixed method* dengan pendekatan *sequential explanatory*. Sampel penelitian sebanyak 11 rekam medis yang dipilih dari 106 kasus Apendisitis Akut. Data diperoleh melalui telaah dokumen rekam medis dan wawancara mendalam, kemudian dianalisis berdasarkan enam komponen review, yaitu identifikasi pasien, laporan penting, autentikasi, kelengkapan pencatatan, konsistensi data, dan potensi tuntutan hukum. Hasil penelitian menunjukkan masih terdapat ketidakkonsistenan pada beberapa komponen, terutama identifikasi pasien, autentikasi, dan konsistensi pernyataan diagnostik, meskipun tidak ditemukan *compensable event* pada potensi tuntutan hukum. Disimpulkan bahwa mutu rekam medis pasien Apendisitis Akut di RSU Imelda Pekerja Indonesia tahun 2025 belum sepenuhnya memenuhi standar, sehingga perlu perbaikan dalam aspek kelengkapan, konsistensi, dan pencatatan identifikasi untuk meningkatkan mutu serta mencegah risiko hukum di masa depan.

Kata Kunci: *Audit Rekam Medis, Analisis Kualitatif, Apendisitis Akut, Kekonsistenan*

ABSTRACT

Medical records are important documents containing patient identity, examination results, treatment, medical procedures, and other services provided by healthcare professionals. With technological advancements, the application of electronic medical records is growing and is regulated by Indonesian Minister of Health Regulation No. 24 of 2022, which emphasizes the role of medical records not only as medical records but also as legal, administrative, and educational documents, as well as a source of data for research and healthcare financing. Medical records are essential documents that reflect the quality of healthcare services while also serving as legal evidence; therefore, they must be recorded in a complete, accurate, and consistent manner. Inconsistencies may pose risks to patient safety as well as potential legal claims. This study aimed to assess the quality of medical records of Acute Appendicitis patients through qualitative analysis using six review components at Imelda Workers' General Hospital in 2025. This research employed a mixed-method design with a sequential explanatory approach. The study sample consisted of 11 medical records selected from 106 Acute Appendicitis cases. Data were obtained through document review and in-depth interviews, then analyzed based on six review components: patient

identification, essential reports, authentication, completeness of documentation, data consistency, and potential legal claims. The results indicate inconsistencies in several components, particularly in patient identification, authentication, and consistency of diagnostic statements, although no compensable event was found in terms of potential legal claims. It is concluded that the quality of medical records of Acute Appendicitis patients at Imelda Workers' General Hospital in 2025 has not yet fully met the standards. Improvements are required in completeness, consistency, and identification recording to enhance quality and prevent legal risks in the future.

Keywords: *Medical Record Audit, Qualitative Analysis, Acute Appendicitis, Consistency*

PENDAHULUAN

Rekam medis merupakan dokumen penting yang memuat identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan medis, serta layanan lain yang diberikan tenaga kesehatan. Seiring kemajuan teknologi, penerapan rekam medis elektronik semakin berkembang dan diatur dalam Permenkes RI Nomor 24 Tahun 2022, yang menegaskan peran rekam medis tidak hanya sebagai catatan medis, tetapi juga sebagai dokumen legal, administratif, edukatif, serta sumber data penelitian dan pembiayaan pelayanan kesehatan (Kemenkes, 2022).

Audit medis, sebagaimana dijelaskan dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023, merupakan evaluasi sistematis untuk memastikan pelayanan kesehatan sesuai standar serta mendukung keselamatan pasien. Salah satu bentuknya adalah analisis kualitatif rekam medis, yaitu evaluasi terhadap kelengkapan dan konsistensi pengisian dokumen. Analisis ini penting karena rekam medis yang tidak lengkap atau tidak konsisten dapat menurunkan keabsahan informasi medis dan berpotensi menimbulkan permasalahan hukum (Undang-Undang, 2023). Analisis kualitatif meliputi enam komponen utama: kelengkapan dan konsistensi diagnosis, pencatatan selama perawatan, keberadaan informed consent, metode pencatatan, serta hal-hal yang berpotensi menimbulkan tuntutan hukum (Widjaja, L., & Sugiarsi, S. 2023). Kualitas rekam medis yang baik juga berkaitan erat dengan ketepatan pengkodean diagnosis dan tindakan, yang berpengaruh pada keakuratan data administratif, efisiensi klaim, serta besaran tarif pembiayaan melalui sistem INA-CBG's (Sukawan, A., & Meilany, L. 2020).

Kewajiban rumah sakit untuk menyesuaikan layanan dengan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) sebagaimana tertuang dalam Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 semakin menegaskan pentingnya kelengkapan dan konsistensi rekam medis dalam mendukung validitas klaim ke BPJS Kesehatan (Perpres, 2024).

Hasil survei awal di RSUD Imelda Pekerja Indonesia menunjukkan bahwa audit rekam medis masih terbatas pada analisis kuantitatif, sedangkan analisis kualitatif belum dilakukan secara menyeluruh. Selain itu, masih ditemukan ketidakkonsistenan data pada diagnosis masuk dan resume medis, serta formulir yang tidak terbaca. Kondisi ini menegaskan perlunya evaluasi menyeluruh terhadap kualitas isi rekam medis.

METODE

Jenis penelitian ini menggunakan *mixed method* dengan menggunakan strategi eksplanatoris sekuensial. 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. Penelitian dilaksanakan pada bulan Mei hingga Juni 2025. Populasi objek dalam penelitian ini adalah seluruh rekam medis penyakit Apendisitis Akut di RSUD Imelda Pekerja

Indonesia periode Januari-April Tahun 2025 dengan jumlah 106 kasus dan populasi subjek dalam penelitian ini adalah Profesi Pemberi Asuhan (PPA) yang mengisi rekam medis penyakit Apendisitis Akut di RSUD Imelda Pekerja Indonesia bulan Januari-April Tahun 2025. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *proportional random sampling*, yaitu penentuan jumlah sampel berdasarkan persentase tertentu dari total populasi sebagaimana pedoman Arikunto, yaitu 10–15% apabila jumlah populasi lebih dari 100 (Arikunto, S.,2017). Pada penelitian ini, dari 106 rekam medis pasien dengan diagnosa Apendisitis Akut diambil 10% atau sebanyak 11 rekam medis, sedangkan untuk informan menggunakan teknik *Purposive Sampling*, yaitu penentuan informan berdasarkan pertimbangan tertentu yang relevan dengan tujuan penelitian (Sugiyono, 2022). Peneliti berperan sebagai instrumen utama penelitian, dimana informan kunci dan informan utama sebagai instrumen pendukung dengan menggunakan alat bantu panduan wawancara dan alat rekam suara dan video (kamera digital/alat perekam).

HASIL

Komponen 1: *Review for Complete and Consistent diagnostic (Review Kelengkapan dan Kekonsistensian Diagnosis)*

Tabel 1. Konsistensi Pernyataan Diagnosis

No.	Sub Komponen Analisis	Konsisten		Tidak Konsisten	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Lembar saat pasien masuk dirawat Konsistensi diagnosis pada formulir assesmen medis gawat darurat dan formulir surat perintah opname	11	100%	0	0%
2	Lembar saat pasien sedang dirawat Konsistensi diagnosis pada CPPT hari pertama sampai pulang	11	100%	0	0%
3	Lembar saat pasien akan pulang Konsistensi diagnosis pada resume medis	11	100%	0	0%
4	Konsistensi Pernyataan Diagnostik Konsistensi diagnosis saat pasien masuk rawat, sedang dirawat, dan saat akan pulang rawat	11	100%	0	0%

Dari Tabel 1. dapat dilihat bahwa untuk komponen pertama yang mengulas kelengkapan dan kekonsistensian diagnosis menunjukkan tingkat konsistensi sebesar 100% pada setiap tahapan perawatan pasien.

Komponen 2: *Review for Entry Consistency (Review Kekonsistensian Pencatatan Klinis)*

Tabel 2. Konsistensi Pencatatan Klinis

No.	Sub Komponen Analisis	Konsisten		Tidak Konsisten	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Saat masuk rawat Konsistensi pencatatan di pengkajian perawat dan pengkajian awal medis rawat inap	11	100%	0	0%
2	Catatan dokter & perawat saat sedang dirawat Konsistensi pencatatan perkembangan pasien oleh dokter dan perawat dari hari	11	100%	0	0%

	pertama sampai pulang				
3	Saat akan pulang rawat Konsistensi data mulai dari pengkajian awal, CPPT dan resume medis	11	100%	0	0%
	Konsistensi Entri Oleh Semua Penyedia Layanan Kesehatan (Saat masuk rawat, Saat sedang dirawat dan saat akan pulang rawat)	11	100%	0	0%

Dari tabel 2 dapat dilihat bahwa untuk komponen kedua yang mengulas pencatatan klinis menunjukkan tingkat konsistensi sebesar 100% pada setiap sub komponen.

Komponen 3: Review for Description & Justification of Course of Treatment (Review Penjelasan dan Konfirmasi Pengobatan yang Dilakukan)

Tabel 3. Penjelasan dan Konfirmasi Pengobatan

No.	Sub Komponen Analisis	Konsisten		Tidak Konsisten	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Keselamatan pasien				
	Identifikasi pasien	0	0%	11	100%
	Konfirmasi riwayat alergi	11	100%	0	0%
	Konsistensi skor dan kategori ketergantungan pada skrining risiko cedera	11	100%	0	0%
	Cek list keselamatan pasien dikamar bedah	11	100%	0	0%
2	Tata laksana medis				
	Konsistensi instruksi dan pelaksanaan pemberian obat	11	100%	0	0%
	Konsistensi instruksi dan pelaksanaan penghentian/penggantian obat	0	0%	11	100%
	Konsistensi instruksi dan pelaksanaan pemeriksaan penunjang	9	82%	2	18%
3.	Konsistensi penjelasan dan konfirmasi pengobatan (Keselamatan pasien dan tata laksana medis)	7,6	69%	3,4	31%

Dari tabel 3 dapat dilihat bahwa untuk komponen ketiga yang mengulas instruksi dan pelaksanaan pemeriksaan penunjang menunjukkan tingkat konsistensi sebesar 82%. Tidak konsisten 18%. Penjelasan dan konfirmasi pengobatan yang dilakukan terhadap pasien menunjukkan tingkat konsistensi sebesar 69%. Tidak konsisten 31%.

Komponen 4: Review for Recording Informed Consent (Review Pencatatan Surat Persetujuan/ Penolakan Tindakan Kedokteran)

Tabel 4. Pencatatan Surat Persetujuan/ Penolakan Tindakan Kedokteran

No.	Sub Komponen Analisis	Konsisten		Tidak Konsisten	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Bagian pemberian informasi Kesesuaian dan kelengkapan antara jenis dan isi informasi yang dijelaskan dokter ke pasien/ keluarga terdekat	4	36,3%	7	63,7%
2	Bagian persetujuan tindakan kedokteran Kesesuaian antara diagnosa dengan tindakan yang disetujui/ ditolak pasien/ keluarga terdekat	11	100%	0	0%

3	Konsistensi pencatatan (Bagian pemberian informasi dan bagian persetujuan tindakan kedokteran)	7,5	68,1%	3,5	31,9%
---	--	-----	-------	-----	-------

Dari tabel 4 dapat dilihat bahwa untuk komponen keempat yang mengulas pencatatan surat persetujuan/penolakan tindakan kedokteran yang dilakukan terhadap pasien menunjukkan tingkat konsistensi sebesar 68,1% konsisten dan 31,9% tidak konsisten. Kelengkapan terendah terdapat pada sub komponen kesesuaian dan kelengkapan antara jenis dan isi informasi yang dijelaskan dokter ke pasien yaitu 36,3% konsisten dan 63,7% tidak konsisten.

Komponen 5: *Review for Documentation Practices* (Review Praktik Pendokumentasian (Waktu Pencatatan, Keterbacaan dan Kebermaknaan))

Tabel 5. Praktik Pendokumentasian

No.	Sub Komponen Analisis	Konsisten		Tidak Konsisten	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Waktu Pencatatan				
	Saat masuk rawat	11	100%	0	0%
	Saat sedang rawat	11	100%	0	0%
	Saat akan pulang	11	100%	0	0%
	<i>Informed consent</i>	11	100%	0	0%
2	Keterbacaan & kebermaknaan				
	Saat masuk rawat	11	100%	0	0%
	Saat sedang rawat	11	100%	0	0%
	Saat akan pulang	11	100%	0	0%
	<i>Informed consent</i>	5	45,4%	6	54,5%
3	Konsistensi praktik pendokumentasian (waktu pencatatan dan keterbacaan & kebermaknaan)	10,2	93,2%	0,8	6,8%

Dari tabel 5 dapat dilihat bahwa untuk komponen kelima yang mengulas tentang praktik pendokumentasian rekam medis pasien menunjukkan tingkat konsistensi sebesar 93,2% dan 6,8% tidak konsisten. Keterbacaan dan kebermaknaan *informed consent* merupakan yang terendah kekonsistensannya yaitu 45,5%.

Komponen 6: *Review for Potentially Compensable Event* (Review Hal-Hal yang Berpotensi Tuntutan/ Kompensasi Ganti Rugi)

Tabel 6. Hal - Hal yang Berpotensi Tuntutan/Kompensasi Ganti Rugi

No.	Sub Komponen Analisis	Ada		Tidak Ada	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Saat masuk rawat				
	Masuk rumah sakit kembali dengan kasus yang sama <2 hari	0	0%	11	100%
2	Saat sedang rawat				
	Komplikasi masalah pengobatan: reaksi alergi obat/transfusi, infeksi sesudah masuk, infeksi sesudah operasi	0	0%	11	100%
	Komplikasi masalah perawatan: decubitus, infeksi infus dan lainnya	0	0%	11	100%

	Tindakan yang dilakukan: prosedur batal dilakukan, masuk OK 2x, masuk ICU 2x, masuk ICU tanpa rencana	0	0%	11	100%
3	Saat akan pulang				
	Pulang paksa/ pasien pindah bukan alasan administrasi	0	0%	11	100%
	Adanya <i>Potentially Compensable Event</i> (Saat masuk rawat, Saat sedang dirawat, Saat pulang)	0	0%	11	100%

Dari tabel 6 dapat dilihat bahwa untuk komponen keenam yang mengulas tentang hal-hal yang berpotensi tuntutan/ kompensasi ganti rugi menunjukkan persentase 100% tidak ada artinya dari 5 rekam medis yang dianalisis, semua sub komponen memiliki nilai yang sama yaitu tidak ada sub komponen yang menyebabkan potensi ganti rugi.

PEMBAHASAN

Komponen 1: *Review for Complete and Consistent diagnostic* (Review Kelengkapan dan Kekonsistensian Diagnosis)

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di RSUD Imelda Pekerja Indonesia Medan pada Tabel 3.1 dapat dilihat bahwa untuk komponen pertama yang mengulas kelengkapan dan kekonsistensian diagnosis menunjukkan tingkat konsistensi sebesar 100% pada setiap tahapan perawatan pasien. Hal ini menunjukkan adanya integrasi antara anamnesa awal, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan tambahan seperti USG Abdomen dan hasil laboratorium, terapi obat hingga tindakan operatif Apendektomi.

Contoh kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa yaitu formulir assesmen medis gawat darurat dan surat perintah operasi, CPPT dan resume medis pada item diagnosa masuk tertuliskan *Thyphoid fever + kolik abdomen ec susp. Appendicitis*, diagnosa akhir *Acute appendicitis*, dari hal tersebut disimpulkan bahwa satu sama lain saling berkesinambungan atau konsisten sehingga diagnosa *Acute appendicitis* ditegakkan dan didukung dengan tindakan Apendektomi serta pemberian terapi obat Cefotaxime.

Konsistensian rekam medis Apendisitis Akut jika dilihat dari saat masuk rawat, saat sedang dirawat, dan saat akan pulang adalah 100%. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nugraheni S.W dkk menunjukkan hasil kekonsistensian dan kelengkapan pada item diagnosa masuk, diagnosa akhir dan diagnosa komplikasi dengan presentase 100% konsisten (Nugraheni S.W.,dkk, 2022).

Komponen 2: *Review for Entry Consistency* (Review Kekonsistensian Pencatatan Klinis)

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di RSUD Imelda Pekerja Indonesia Medan pada Tabel 4.3 dapat dilihat bahwa untuk komponen kedua yang mengulas pencatatan klinis menunjukkan tingkat konsistensi sebesar 100% artinya lima rekam medis yang diteliti konsisten. Hal ini dikarenakan dokter dan perawat sudah paham lengkapnya pencatatan dalam formulir rekam medis sangat penting. Pernyataan ini didukung oleh hasil wawancara dengan dokter dan perawat yang menyatakan keterpaduan dan konsistensi dalam pencatatan klinis antara dokter dan perawat sangat penting untuk mencegah kesalahan komunikasi dan kesalahan dalam pelayanan terhadap pasien.

Hal ini sesuai dengan teori Sudra, R.I. bahwa konsisten berarti bisa menunjukkan tuntutan pola pikir sejak awal menerima pasien hingga memulangkannya. Titik sentral yang menjadi inti segala tindakan, pemeriksaan dan terapi terhadap pasien adalah diagnosanya. dalam hal

ini bukan hanya antara satu diagnosa dengan diagnosa lainnya yang harus menunjukkan adanya kekonsistenan, namun juga antara diagnosa dengan bagian pendukung lain dalam rekam medisnya (Sudra, R.I, 2017). Pencatatan klinis dikatakan lengkap dan konsisten sebagai contoh pada item catatan perkembangan pasien terintegrasi dituliskan nyeri post operasi dengan nilai skala nyeri 5, mual dan muntah tidak ada dan badan lemas. Pada item instruksi dokter pasien minum obat sesuai instruksi dokter, pada item catatan obat dituliskan obat Ketorolak. Hal tersebut disimpulkan bahwa sudah berkesinambungan atau konsisten antara satu dengan yang lain, karena obat ketorolak merupakan obat yang berfungsi untuk meredakan nyeri derajat sedang hingga berat. Hal tersebut sudah sesuai Kemenkes No. HK.01.07/MENKES/1541/2022 yang menyebutkan bahwa obat ketorolak sebagai komponen terapi nyeri di ruang anestesi, ICU, dan pasca operasi (Kemkes, 2022).

Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ritasari N., dkk mengenai Analisis Kualitatif Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Penyakit *Appendicitis Acute* Di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri, pada review kekonsistensian pencatatan klinis dari 41 rekam medis yang di teliti didapatkan hasil 66 % konsisten (Ritasari, N., 2022).

Komponen 3: *Review for Description & Justification of Course of Treatment* (Review Penjelasan dan Konfirmasi Pengobatan yang Dilakukan)

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di RSUD Imelda Pekerja Indonesia Medan pada Tabel 3.3 dapat dilihat bahwa untuk komponen ketiga yang mengulas penjelasan dan konfirmasi pengobatan yang dilakukan terhadap pasien menunjukkan tingkat konsistensi sebesar 69% artinya dari tujuh sub komponen persentase paling tinggi adalah kekonsistensian konfirmasi riwayat alergi, skrining risiko cedera, cek list keselamatan pasien dikamar bedah, kekonsistensian instruksi dan pelaksanaan pemberian obat. Sedangkan yang terendah kekonsistensiannya yaitu kekonsistensian identifikasi pasien, instruksi dan pelaksanaan penghentian/penggantian obat sebesar 31%. Hal ini dikarenakan dalam formulir asesmen awal IGD/rawat inap dan lembar ceklist keselamatan pasien secara eksplisit tidak mencatat pemakaian gelang identitas pasien. Pada formulir jadwal pemberian obat tidak dituliskan kapan berhentinya pemakaian obat yang diberikan kepada pasien. Pernyataan ini didukung oleh hasil wawancara dengan dokter dan perawat yang mengatakan bahwa penghentian obat lebih sering dicatat di CPPT dan di buku rawatan bukan di formulir jadwal pemberian obat (JPO).

Hal tersebut dikatakan lengkap dan konsisten sebagai contoh formulir CPPT dengan menuliskan perintah pemeriksaan penunjang USG Abdomen dan menempelkan hasil pemeriksaan penunjang yaitu gambaran *Appendic* yang kemudian dilanjutkan dengan tindakan Apendektomi. Hal ini akan memberikan informasi yang berkesinambungan untuk perencanaan pengobatan pasien yaitu pemberian obat Cefotaxime sebagai pencegah terjadinya infeksi luka operasi. Hal tersebut sesuai dengan Permenkes No. 15 Tahun 2015 yang menyebutkan bahwa cefotaxime termasuk dalam antibiotik utama yang dipantau penggunaannya. Rumah sakit harus memiliki Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (AMR), termasuk penggunaan antibiotik spektrum luas seperti cefotaxime sesuai pedoman, dan melakukan audit penggunaan rutin (Kemkes, 2015).

Dengan menuliskan perintah pemeriksaan penunjang dan menempelkan hasil pemeriksaan penunjang akan memberikan informasi yang berkesinambungan untuk perencanaan pengobatan pasien. Akan tetapi untuk review penjelasan dan konfirmasi pengobatan yang dilakukan terhadap pasien masih ditemukan hasil 31% tidak konsisten maka

hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Ritasari, N. dkk yang paling tidak konsisten dan tidak sesuai terdapat pada 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 % (Ritasari, N., 2022).

Komponen 4: *Review for Recording Informed Consent* (Review Pencatatan Surat Persetujuan/ Penolakan Tindakan Kedokteran)

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di RSUD Imelda Pekerja Indonesia Medan pada Tabel 3.4 dapat dilihat bahwa untuk komponen keempat yang mengulas pencatatan surat persetujuan/penolakan tindakan kedokteran yang dilakukan terhadap pasien menunjukkan tingkat konsistensi sebesar 68,1% konsisten dan 31,9% tidak konsisten artinya bahwa sub komponen *review informed consent* pada surat pemberian informasi untuk kelengkapan tertinggi terdapat pada sub komponen kesesuaian antara diagnosa dengan tindakan yang disetujui yaitu 100% sedangkan untuk kelengkapan terendah terdapat pada sub komponen kesesuaian dan kelengkapan antara jenis dan isi informasi yang dijelaskan dokter ke pasien yaitu 36,3%. Hal ini disebabkan dokter spesialis bedah masih sering tidak mencatat dengan lengkap isi dari jenis informasi yang ada didalam formulir *informed consent* seperti tidak tercatatnya dasar diagnosis, indikasi tindakan, tujuan dan komplikasi prognosis.

Hal ini tidak sesuai dengan teori Sudra, R.I., yang menyatakan bahwa dokumentasi yang lengkap dan konsisten tentang persetujuan/ penolakan tindakan medis harus mencantumkan nama pasien, diagnosa, jenis tindakan, keuntungan dan risiko, kemungkinan komplikasi, nama dokter, dan waktu persetujuan ditandatangani oleh pasien (atau keluarga atau wali pasien jika pasien tidak kompeten), dokter yang memberikan informasi, dan saksi jika diperlukan. Surat pernyataan dari pasien untuk pengobatan harus digambarkan secara lengkap. Dokter harus teliti dalam mencatat keterangan yang diberikan kepada pasien, yang memungkinkan pasien menulis surat pernyataan untuk persetujuan atau tidak terhadap tindakan kedokteran yang akan dilakukan (Sudra, R.I, 2017). Konsistensi pencatatan surat persetujuan/penolakan tindakan kedokteran rekam medis Apendisitis Akut jika dilihat dari pemberian informasi dan bagian persetujuan tindakan kedokteran adalah 36,3% sejalan dengan hasil penelitian Asywaq yang menunjukkan hasil kelengkapan *informed consent* masih rendah yaitu 45,5 % (Asywag, 2021).

Komponen 5: *Review for Documentation Practices* (Review Praktik Pendokumentasian (Waktu Pencatatan, Keterbacaan dan Kebermaknaan))

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di RSUD Imelda Pekerja Indonesia Medan pada Tabel 3.5 dapat dilihat bahwa untuk komponen kelima yang mengulas tentang praktik pendokumentasian rekam medis pasien menunjukkan tingkat konsistensi sebesar 93,2% dan 6,8% tidak konsisten. Kekonsistensian tertinggi yaitu sub komponen waktu pencatatan perjalanan pasien selama dirawat di rumah sakit 100% sedangkan keterbacaan dan kebermaknaan *informed consent* merupakan yang terendah kekonsistensianya yaitu 45,5%. Hal ini disebabkan karena *informed consent* masih manual sedangkan formulir saat masuk rawat pasien (surat perintah opname, resume medis, pengkajian awal perawat dan dokter), saat sedang rawat (CPPT), dan saat akan pulang (resume medis) sudah RME.

Hal ini tidak sesuai dengan teori Sudra, R.I. yang menyatakan bahwa keterbacaan (*legibility*) berarti informasi dalam rekam medis harus bisa dibaca dengan jelas, baik dalam bentuk tulisan tangan maupun sistem elektronik. Tulisan yang tidak terbaca dapat menyebabkan kesalahan dalam pengambilan keputusan klinis, hambatan dalam pelayanan

berkelanjutan, menurunnya akurasi data medis. Kebermaknaan (*meaningfulness*) adalah informasi medis yang dicatat harus relevan, bermakna, dan bernilai klinis, tidak hanya sekadar mencatat, tetapi juga mencerminkan proses berpikir klinis, penilaian pasien, tindakan, serta hasilnya. Dokumentasi bermakna mencakup diagnosis yang akurat, rencana terapi, evaluasi, serta catatan perubahan klinis pasien (Sudra, R.I, 2017).

Hal tersebut diperkuat oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Caballero, A. dkk Tahun 2021 yang berjudul “*Institutional improvements in readability of written informed consent forms sustained post-revised Common Rule*” menyimpulkan bahwa dengan penggunaan template baru dan pelatihan literasi kesehatan, keterbacaan dokumen meningkat drastis, dari 82,1% dokumen yang dianggap “sulit dibaca” menjadi hanya 21,1%. Revisi tersebut juga meningkatkan pemahaman pasien, terutama dikalangan kelompok rentan seperti lansia dan individu dengan literasi kesehatan rendah. Meski demikian, penelitian tersebut juga menekankan bahwa keterbacaan yang baik belum tentu menjamin pemahaman penuh, karena faktor lain seperti komunikasi verbal dan latar belakang pasien tetap berpengaruh (Caballero, A., Leath, K. J., 2021).

Menurut Widjaya, L. mengenai praktik pendokumentasian yaitu waktu pencatatan harus mencantumkan tanggal dan waktu, tidak ada waktu yang kosong antara 2 penulisan, khususnya pada saat *emergency*. Catatan harus mudah dibaca untuk menghindari salah tafsir, tinta yang digunakan harus jelas dan tahan lama serta penulisan dilakukan dengan hati-hati dan lengkap (Widjaya, L., & Sugiarsi, S. 2023).

Komponen 6: Review for Potentially Compensable Event (Review Hal-Hal yang Berpotensi Tuntutan/ Kompensasi Ganti Rugi)

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di RSUD Imelda Pekerja Indonesia Medan pada tabel 6 dapat dilihat bahwa untuk komponen keenam yang mengulas tentang hal-hal yang berpotensi tuntutan/ kompensasi ganti rugi menunjukkan persentase 100% tidak ada artinya dari 5 rekam medis yang dianalisis, semua sub komponen memiliki nilai yang sama yaitu tidak ada sub komponen yang menyebabkan potensi ganti rugi. Hal ini dikarenakan dokter, perawat dan profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya menyadari penuh pentingnya dokumentasi lengkap, sistematis dan sesuai prosedur dalam mencegah potensi tuntutan dan kompensasi.

Rekam medis pasien dapat dikatakan lengkap dan konsisten terhadap risiko tuntutan atau kompensasi ganti rugi jika seluruh sub-komponen kejadian klinis yang berisiko terdokumentasi secara utuh, tidak ditemukan adanya ketidaksesuaian atau celah pencatatan, serta seluruh informasi klinis yang relevan tercatat secara kronologis, akurat, dan terbaca. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sukarsa, C.S dkk menunjukkan bahwa hasil observasi pada rekam medis pasien yang mengalami alergi obat terdapat gejala seperti gatal-gatal di kulit, ruam atau kemerahan, dan bengkak sedangkan untuk kelengkapan terendah yaitu 100% karena pasien tidak masuk kamar operasi 2x, tidak masuk ICU 2x, masuk ICU tanpa rencana, pulang paksa atau pasien pindah bukan alasan administrasi, Informasi sebelum ke ICU, Infeksi sesudah masuk/di kamar operasi, dan decubitus (Sukarsa, C. S., dkk 2023).

Meskipun hasil penelitian pada komponen 6 menunjukkan bahwa tidak ditemukan adanya potensi tuntutan atau kompensasi ganti rugi (100% tidak ada), Peneliti berasumsi bahwa seharusnya ketika pada komponen 1 hingga komponen 5 terdapat ketidakkonsistenan, maka pada komponen 6 idealnya bernilai “Ada”. Hal ini disebabkan karena

ketidakkonsistenan dalam diagnosis, pencatatan klinis, konfirmasi pengobatan, kelengkapan *informed consent*, maupun praktik pendokumentasian dapat memicu celah hukum yang berpotensi dimanfaatkan pasien atau keluarga untuk mengajukan tuntutan ganti rugi. Dengan kata lain, meskipun saat ini tidak teridentifikasi *compensable event*, keberadaan inkonsistensi di komponen sebelumnya seharusnya dipandang sebagai indikator risiko yang perlu diwaspadai. Oleh karena itu, penting bagi rumah sakit untuk tidak hanya melihat hasil “Tidak ada” pada komponen 6 sebagai kondisi aman, tetapi juga menjadikannya sebagai peringatan bahwa kualitas pendokumentasian di komponen lain harus selalu diperbaiki agar tidak berkembang menjadi masalah hukum di kemudian hari.

Sebagai tindak lanjut, disarankan agar rumah sakit memperkuat standar pencatatan medis melalui audit internal berkala, memberikan pelatihan rutin bagi tenaga medis mengenai kelengkapan dan konsistensi dokumentasi, serta melakukan digitalisasi penuh pada *informed consent* untuk meningkatkan keterbacaan, kebermaknaan, dan validitas hukum. Upaya ini diharapkan dapat menutup celah risiko, sehingga meskipun inkonsistensi masih ditemukan pada komponen lain, potensi *compensable event* dapat dicegah sedini mungkin.

KESIMPULAN

Hasil penelitian audit medis dengan pendekatan analisis kualitatif rekam medis dengan 6 komponen review pada diagnosa Apendisitis Akut di RSUD Imelda Pekerja Indonesia Tahun 2025 menyimpulkan, pada review kelengkapan dan kekonsistensian diagnosis, review kekonsistensian pencatatan klinis, dan review hal-hal yang berpotensi tuntutan/ kompensasi ganti rugi dari 11 rekam medis 100% konsisten. Pada review penjelasan dan konfirmasi pengobatan yang dilakukan 69% konsisten, review pencatatan surat persetujuan/ penolakan tindakan kedokteran 68,1% konsisten dan review praktik pendokumentasian 93,2% konsisten. Disarankan sosialisasi dan pelatihan kepada tenaga medis mengenai pentingnya identifikasi pasien sebagai bagian dari keselamatan pasien harus ditingkatkan, serta dilakukan audit internal secara berkala untuk memastikan kepatuhan. Upaya ini tidak hanya mendukung keselamatan pasien, tetapi juga memperkuat perlindungan hukum bagi rumah sakit dan tenaga kesehatan. Disarankan memberikan formulir yang mudah diakses dan mudah digunakan untuk administrasi medis dan memberi tahu dokter serta perawat tentang pentingnya aspek hukum pencatatan *informed consent* serta meningkatkan praktik dokumentasi secara menyeluruh.

UCAPAN TERIMA KASIH

Dalam penyusunan penelitian ini tidak terlepas dukungan dari berbagai pihak. Peneliti secara khusus mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang membantu. Peneliti banyak menerima petunjuk dan bantuan serta dorongan dari berbagai pihak yang bersifat moral maupun material.

DAFTAR PUSTAKA

- Kemkes RI. (2022) *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis Elektronik*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Republik Indonesia. (2023) *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Sekretariat Negara.

- Widjaja, L., & Sugiarsi, S. (2023) *Buku Ajar Audit Rekam Medis Melalui Analisis Kualitatif*. Karanganyar: APTIRMIKI.
- Sudra, R.I. (2017). *Rekam Medis Ed.2*. Tangerang Selatan: Universitas Terbuka.
- Sukawan, A., & Meilany, L. (2020) Pengaruh ketepatan pengkodean diagnosa dan tindakan medis pada penyakit Diabetes Mellitus Tipe II terhadap tarif INA-CBG's unit rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar, Sulawesi Selatan. Dalam *Jurnal Ilmiah Perekam dan Informasi Kesehatan Imelda*, Vol. 8, No. 2, hlm. 112–120.
- Republik Indonesia. (2024) *Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2024 tentang Jaminan Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Sekretariat Negara.
- Arikunto, S. (2017) *Pengembangan Instrumen Penelitian dan Penilaian Program*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Sugiyono. (2022) *Metodologi Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif Dan R&D*. ALFABETA.
- Nugraheni, S. W., Widiastuti, N. S. P., & Wardaya, A. E. (2022) Analisis kualitatif dokumen rekam medis penyakit *Unstable Angina Pectoris* di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Selogiri. *Jurnal Ilmiah Rekam Medis dan Informatika Kesehatan (INFOKES)*, 12(2), 71–78.
- Sukarsa, C. S., & Masturoh, I. (2023) Tinjauan kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap kasus *Acute Appendicitis* berdasarkan Huffman di RSUD Sumedang. *Media Informasi*, 19(1), 46–54.
- [12] Ritasari, N., Sugiarsi, S., & Sutrisno, T. A. (2023) Analisis kualitatif dokumen rekam medis rawat inap penyakit *Appendicitis Acute* di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri. *Indonesian Journal of Health Information Management (IJHIM)*, 3(3), 1–8.
- [13] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2015) *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.2022. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1541/2022 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Anestesiologi dan Terapi Intensif*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- 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/>
- Caballero, A., Leath, K. J., & Gan, J. M. (2021). *Institutional improvements in readability of written informed consent forms sustained post-revised Common Rule*. *Journal of Clinical and Translational Science*, 5(1), e192. Cambridge: Cambridge University Press.