



Tinjauan Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Kasus *Acute Appendicitis* Berdasarkan Huffman di RSUD Sumedang

Citra Sintia Sukarsa^{1*}, Imas Masturoh²

^{1,2} Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya

*Corresponding author: imas.masturoh@dosen.poltekkestasikmalaya.ac.id

Info Artikel

Disubmit 26 01 2023

Direvisi 09 02 2023

Diterbitkan 29 05 2023

Kata Kunci:

Rekam Medis, *Appendicitis*, Huffman

P-ISSN : 2086-3292

E-ISSN : 2655-9900

Abstrak

Latar Belakang: Analisis kualitatif merupakan suatu *review* yang ditujukan terhadap dokumen rekam medis untuk mengidentifikasi ketidaklengkapan dalam pengisian dokumen. Ketidaklengkapan data pasien dapat menyebabkan riwayat kesehatan tidak berkesinambungan. **Tujuan:** untuk mengetahui kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap kasus *Acute Appendicitis* berdasarkan metode Huffman di RSUD Sumedang. **Metode:** Penelitian menggunakan desain deskriptif, populasi dan sampel *Total Sampling* yaitu 74 dokumen, pengumpulan data observasi, analisis menggunakan *univariat* dalam bentuk persentase. **Hasil:** *Review* kelengkapan konsistensi diagnosis terendah pada anamnesa dan diagnosa masuk 14,9%, *review* konsistensi pencatatan diagnosa pada hasil laboratorium, radiologi, dan lainnya 6,8%, *review* pencatatan perawatan dan pengobatan pada item perawat bukti pelaksanaan dari rencana pengobatan serta tindakan yang dilakukan 5,4%, *review informed consent* pada isi *informed consent* 21,6%, *review* praktik pencatatan item dokter tanggal, jam, dan lainnya 29,7%, dan *review* hal yang menyebabkan tuntutan ganti rugi pasien tidak masuk kamar operasi 2x, masuk ICU 2x, dan lainnya 100,0%. **Kesimpulan:** Berdasarkan hasil penelitian dokumen rekam medis rawat inap kasus *Acute Appendicitis* terdapat beberapa item yang tidak diisi, sehingga dapat lebih memperhatikan pengisian dokumen yang lengkap dan jelas untuk meningkatkan manajemen mutu Rumah Sakit.

Abstract

Background: Qualitative analysis is a review aimed at medical record documents to identify incompleteness in filling out documents. Qualitative analysis is a review aimed at medical record documents to identify incompleteness in filling out documents. Incomplete patient data can cause a discontinuous medical history. **Purpose:** This study was to determine completeness of inpatient medical record documents for acute appendicitis cases based on Huffman method at Sumedang Hospital. **Methods:** The study used a descriptive design, population and sample used a total sampling of 74 documents. Collecting data in form of observation, analysis using univariate in form of percentages. **Result:** Review of the completeness of lowest diagnosis consistency in anamnesis and admission diagnosis was 14.9%, review of the consistency of recording of diagnosis on results of laboratory, radiology, and others 6.8%, review of the recording of care and treatment on nurse items, evidence of implementation of treatment plan and the actions taken. carried out 5.4%, review of informed consent on contents of informed consent 21.6%, review

Keywords:

Completeness, medical record, *Appendicitis*, Huffman

of practice of recording doctor items, date, time, and others 29.7%, and review of things that caused the patient's claim for compensation not to enter operating room 2x, entered ICU 2x, and others 100.0%. **Conclusion:** Based on the results of the research on inpatient medical record documents for Acute Appendicitis cases, there are still some items that are not filled in, so they can pay more attention to filling out complete and clear medical record documents to improve hospital quality management.

PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Depkes RI, 2009). Rawat inap merupakan salah satu fasilitas rumah sakit yang menyediakan pelayanan kesehatan menjalankan perawatan di Rumah Sakit. Upaya meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit, khususnya rawat inap di dalamnya harus terdapat rekam medis pasien.

Bedasarkan Permenkes No. 269/Menkes/Per/III/2008 pasal 1 ayat 1, rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan-catatan pasien dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Menurut Azrul (2010), untuk menjaga mutu pelayanan rekam medis diantaranya dengan melakukan tinjauan terhadap rekam medis, yaitu menilai penampilan pelayanan kesehatan dari rekam medis dengan cara membandingkan semua catatan yang ada dalam rekam medis tersebut dengan standar yang telah ditetapkan. Kegiatan ini sering disebut audit rekam medis yaitu dengan cara analisis kuantitatif dan analisis kualitatif rekam medis.

Analisis kualitatif merupakan suatu review yang ditujukan terhadap dokumen rekam medis untuk mengidentifikasi tentang ketidak lengkapan dalam pengisian dokumen rekam medis, dalam analisa kualitatif harus memerlukan pengetahuan tentang terminologi medis, anatomi dan fisiologi, dasar-dasar ilmu penyakit, serta isi catatan medis. Tujuan dari analisis kualitatif yaitu agar rekam medis lengkap dan dapat digunakan bagi referensi pelayanan kesehatan, melindungi minat hukum, sesuai dengan peraturan yang ada, menunjang informasi untuk aktifitas penjamin mutu quality assurance, membantu penetapan diagnosis dan prosedur pengkodean penyakit, bagi riset medis, studi administrasi dan penggantian biaya perawatan, dan komponen Analisis Kualitatif Administratif. (E. Susanto, 2017).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan pada bulan Februari 2021 di Rumah Sakit Umum Daerah Sumedang, melalui wawancara kepada petugas rekam medis ditemukan bahwa analisis kualitatif belum diterapkan. Hal ini dikarenakan terlalu banyaknya dokumen yang harus dianalisis yaitu rata-rata 1196 perbulan. Dokumen rekam medis yang dianalisis oleh petugas yaitu hanya analisis kuantitatif kelengkapan berkas 2x24 jam karena banyaknya pengiriman dokumen rekam medis dari ruangan baik dari ruang dalam, anak, bedah, kandungan, serta ponek sehingga analisis kualitatif belum diterapkan. Berdasarkan data 10 besar penyakit di Rumah Sakit Umum Daerah Sumedang tahun 2020, diketahui bahwa penyakit *acute Appendicitis* termasuk ke dalam 10 besar penyakit yang berada di ruang bedah. Tujuan penelitian ini yaitu untuk mengetahui gambaran kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap kasus *Acute Appendicitis* berdasarkan Huffman di RSUD Sumedang.

METODE

Desain penelitian menggunakan deskriptif. Populasi dan sampel berdasarkan data 10 besar penyakit ruang bedah tahun 2020 yaitu 74 dokumen rekam medis dengan teknik sampel menggunakan *Total Sampling*. Pengumpulan data menggunakan lembar observasi yang diisi dengan cara *check list*. Analisis data menggunakan *univariat*. Penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah Sumedang pada 30 Mei 2021 sampai 12 Juni 2021.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Gambaran Kelengkapan dan Konsistensi Diagnosa Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Kasus *Acute Appendicitis*

Tabel 1. Kelengkapan dan Konsistensi Diagnosa Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Kasus *Acute Appendicitis* di RSUD Sumedang Tahun 2020

No	Kelengkapan dan Konsistensi Diagnosa	Lengkap		Tidak Lengkap		Jumlah	
		f	%	f	%	F	%
Dokter							
1	Ada diagnosa awal di UGD/Klinik	74	100,0	0	0	74	100
2	Anamnesa dan diagnosa masuk	63	85,1	11	14,9	74	100
3	<i>Work</i> diagnosis/catatan dokter rawat inap	71	95,9	3	4,1	74	100
4	Diagnosa keluar pada ringkasan Penyakit	71	95,9	3	4,1	74	100
Perawat							
5	Catatan asuhan keperawatan	73	98,6	1	1,4	74	100

Sumber: Data primer dokumen rekam medis rawat inap kasus *Acute Appendicitis* tahun 2020.

Berdasarkan Tabel 1 menunjukkan bahwa kelengkapan tertinggi dokumen rekam medis kasus *Acute Appendicitis* terdapat pada item diagnosa awal di UGD/klinik yaitu 100,0%, dokter mengisi diagnosis awal *Acute Appendicitis* serta anamnesa seperti pasien mengeluh nyeri perut daerah kanan bawah serta catatan perkembangan pasien. Pada hasil penelitian ini sebagian kecil masih ada 14,9% yang tidak lengkap karena dokter tidak mengisi anamnesa dan diagnosis masuk pasien. Menurut Kardila, D dan Barsasella, D (2018) bahwa ketidaklengkapan pencatatan anamnesa dan diagnosis masuk dikarenakan tidak adanya keluhan pasien pada saat dokter melakukan pemeriksaan.

Menurut Nugroho (2011) *Appendicitis* merupakan suatu proses obstruksi yang disebabkan oleh benda asing batu feses kemudian terjadi proses infeksi dan disusul oleh peradangan dari apendiks untuk menegakkan diagnosis yaitu adanya tanda dan gejala yang dirasakan oleh pasien seperti nyeri dibagian perut sekitar umbilikus, keluhan sering disertai mual dan muntah.

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Khotimah, S dan Nuraini (2020) bahwa terdapat kesamaan dengan hasil pencatatan informasi tentang kejelasan masalah dan kondisi atau diagnosis pada dokumen rekam medis di rumah sakit Jasa Kartini adanya kesesuaian antara informasi dari pasien dengan tindakan yang diberikan. Menurut Widjaya, L (2018) diagnosa harus dibuat dalam dokumen rekam medis yang mencerminkan tingkat pengertian mengenai suatu kondisi medis pasien pada saat direkam dan prosedur harus dicatat secara lengkap dan konsisten.

2. Gambaran Kelengkapan Pencatatan Diagnosa Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Kasus *Acute Appendicitis*

Tabel 2 Kelengkapan Pencatatan Diagnosa Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Kasus *Acute Appendicitis* di RSUD Sumedang Tahun 2020.

No	Konsistensi Pencatatan Diagnosa	Lengkap		Tidak Lengkap		Jumlah	
		f	%	f	%	F	%
Dokter							
1	Kesinambungan catatan UGD/Klinik dengan lembar riwayat penyakit dan catatan dari ringkasan penyakit	71	95,9	3	4,1	74	100

Penunjang diagnosa							
2	Adanya hasil laboratorium radiologi dan Lainnya yang mendukung	69	93,2	5	6,8	74	100
Perawat							
3	Konsistensi catatan perkembangan dan asuhan keperawatan	72	97,3	2	2,7	74	100

Sumber: Data primer dokumen rekam medis rawat inap kasus *Acute Appendicitis* tahun 2020.

Berdasarkan Tabel 2 menunjukkan bahwa kelengkapan tertinggi pencatatan kasus *Acute Appendicitis* terdapat pada item catatan perkembangan dan asuhan keperawatan sebanyak 97,3%, sedangkan untuk kelengkapan terendah terdapat pada item tersedianya hasil laboratorium, radiologi dan lainnya yang mendukung yaitu 6,8%. Kelengkapan pencatatan terdiri dari item kesinambungan pencatatan UGD/klinik dengan lembar riwayat penyakit dan catatan dari ringkasan penyakit, adanya hasil lab, dan lainnya yang mendukung, serta kekonsistensi catatan perkembangan dan aspek di Rumah Sakit Umum Daerah Sumedang kelengkapan tertinggi terdapat pada item konsistensi catatan perkembangan dan asuhan keperawatan yaitu 97,3% adanya kesinambungan antara catatan di UGD atau klinik dengan lembar riwayat penyakit pasien selanjutnya pasien setelah operasi mengatakan nyeri di daerah luka hilang timbul, gangguan rasa nyaman nyeri dengan skala nyeri 3, tekanan darah 110/80, suhu 36 ° C, nadi 80, sedangkan untuk kelengkapan terendah terdapat pada item hasil laboratorium, radiologi dan lainnya dengan persentase 6,8% hal tersebut dikarenakan tidak semua pasien melakukan pemeriksaan laboratorium seperti USG, pemeriksaan darah, dan lainnya.

Penyakit *Acute Appendicitis* dalam waktu 8-12 jam setelah munculnya keluhan utama, tanda dan gejala *appendicitis* biasanya masih belum jelas, perlu dilakukan pengamatan selanjutnya, dan pasien diinstruksikan untuk beristirahat di tempat tidur dan berpuasa. Pemeriksaan diagnostik yang diberikan kepada pasien terdiri dari *EKG*, *CT-Scan*, *USG* yang dapat membantu dalam membuat keputusan medis mengenai situasi apakah pasien memerlukan inisiasi terapi antibiotika terlebih dahulu atau segera melakukan apendektomi (Heru, 2008).

Menurut Widjaya, L (2018) pengisian harus konsistensi adanya suatu penyesuaian atau kecocokan antara satu bagian dengan bagian lain, dan seluruh bagian hingga pencatatan harus mencerminkan perkembangan informasi mengenai kondisi pasien. Berdasarkan Standar Prosedur Operasional tahun 2019 di Rumah Sakit Umum Daerah Sumedang mengenai pengisian berkas rekam medis yaitu sistem pencatatan rekam medis pasien meliputi identitas pasien (biodata), hasil pemeriksaan (fisik dan penunjang medis) untuk mendukung diagnosa, asuhan pelayanan, pengobatan, dan perawatan serta diberikan justifikasi pelayanan dan pengobatan yang telah diberikan oleh para PPA.

3. Gambaran Kelengkapan Pencatatan Perawatan Dan Pengobatan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Kasus *Acute Appendicitis*

Tabel 3 Kelengkapan Pencatatan Perawatan Dan Pengobatan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Kasus *Acute Appendicitis* di RSUD Sumedang Tahun 2020

No	Pencatatan Perawatan dan Pengobatan	Lengkap		Tidak Lengkap		Jumlah	
		f	%	f	%	F	%
Dokter							
1	Bukti pelaksanaan dari rencana pengobatan, intruksi dan perubahan obat, serta tindakan yang dilakukan	71	95,9	3	4,1	74	100
Perawat							

2	Bukti pelaksanaan dari rencana perawatan, intruksi dan perubahan obat, serta tindakan yang dilakukan	70	94,6	4	5,4	74	100
---	--	----	------	---	-----	----	-----

Sumber: Data primer dokumen rekam medis rawat inap kasus *Acute Appendicitis* tahun 2020.

Berdasarkan Tabel 3 menunjukkan bahwa kelengkapan tertinggi pada item dokter berupa bukti pelaksanaan dari rencana pengobatan serta tindakan yang dilakukan yaitu sebanyak 95,9%, sedangkan untuk kelengkapan terendah terdapat pada item perawat berupa bukti pelaksanaan dari rencana pengobatan serta tindakan yang dilakukan yaitu 5,4%.

Deskripsi dasar pengobatan pada dokumen rekam medis harus dapat menjelaskan tentang keadaan pasien selama dirawat sehingga menyimpan seluruh hasil pemeriksaan dan tindakan yang telah dilakukan kepada pasien. Berdasarkan hasil penelitian mengenai bukti pelaksanaan dari rencana pengobatan, instruksi dan perubahan obat serta tindakan yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Sumedang, ditunjukkan dengan kelengkapan pengisian tertinggi terdapat pada item dokter yaitu bukti pelaksanaan dari rencana pengobatan dan tindakan yang dilakukan sebesar 95,9%, dokter menyarankan pasien untuk meminum obat cefadroxil, sanmol, dan ranitidine. Setelah operasi pasien diberikan edukasi seperti aktifitas yang dilakukan oleh pasien dari mulai ringan sampai dengan sedang, tanda dan gejala kemungkinan yang akan dirasakan oleh pasien yaitu seperti infeksi pada luka operasi, kemerahan, terbukanya luka operasi atau jahitan, keluar cairan nanah, dan luka operasi berbau. Pengobatan antibiotik menurut Brunner (2010) menjadi pilihan untuk *Appendicitis* adalah antibiotik spektrum luas yang mencakup bakteri aerob dan anaerob. Contoh antibiotik yang dapat menjadi pilihan adalah cefotaxime, levofloxacin, metronidazole, gentamisin. Pada hasil penelitian ini sebagian kecil masih ada 5,4% yang belum lengkap terdapat pada item perawat mengenai bukti pelaksanaan dari rencana pengobatan serta tindakan yang dilakukan, karena perawat tidak memberikan keterangan mengenai kondisi pasien dan tidak diberi penjelasan serta petunjuk mengenai perawatan selanjutnya.

4. Gambaran Kelengkapan Informed Consent Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Kasus *Acute Appendicitis*

Tabel 4 Kelengkapan Informed Consent Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Kasus *Acute Appendicitis* di RSUD Sumedang Tahun 2020

No	Komponen analisis	Lengkap		Tidak Lengkap		Jumlah	
		f	%	f	%	F	%
Surat Pemberian Informasi							
Dokter							
1	Informasi sesuai dengan operasi/tindakan yang dilakukan	66	89,2	8	10,8	74	100
Perawat							
2	Kelengkapan isi informasi	40	54,1	34	45,9	74	100
Surat Persetujuan Tindakan Kedokteran							
Dokter							
1	<i>Informed consent</i> sesuai dengan operasi/tindakan yang dilakukan	61	82,4	13	17,6	74	100
Perawat							
2	Kelengkapan isi <i>informed consent</i>	58	78,4	16	21,6	74	100

Sumber: Data primer dokumen rekam medis rawat inap kasus *Acute Appendicitis* tahun 2020

Berdasarkan Tabel 4 menunjukkan bahwa komponen *review informed consent* pada surat pemberian informasi untuk kelengkapan tertinggi terdapat pada item informasi sesuai dengan operasi/tindakan yang dilakukan sebanyak 89,2% sedangkan untuk kelengkapan terendah terdapat pada kelengkapan isi informasi yaitu 45,9% dan untuk surat persetujuan tindakan kedokteran

kelengkapan tertinggi yaitu terdapat pada item *informed consent* sesuai dengan operasi/tindakan yang dilakukan sebanyak 82,4%, sedangkan untuk kelengkapan terendah yaitu kelengkapan isi *informed consent* 21,6%.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa pengisian pendokumentasian dokumen rekam medis rawat inap kasus *Acute Appendicitis* terdiri dari surat pemberian informasi dan surat persetujuan tindakan kedokteran. Surat pemberian informasi terdiri dari beberapa item yaitu informasi sesuai dengan operasi atau tindakan yang dilakukan dan kelengkapan informasi, sedangkan surat persetujuan tindakan kedokteran terdiri dari item *informed consent* sesuai dengan operasi atau tindakan yang dilakukan dan kelengkapan isi *informed consent*. Persentase analisis kelengkapan pengisian surat pemberian informasi tertinggi yaitu terdapat pada item informasi sesuai dengan operasi/tindakan yang dilakukan sebanyak 89,2% dokter memberikan informasi terkait tindakan yang akan dilakukan yaitu antara lain *appendectomy*, sedangkan kelengkapan terendah pada isi informasi yaitu 45,9% , karena dokter atau perawat tidak memberi keterangan secara lengkap terkait informasi yang diberikan kepada pasien seperti tidak ada nama penanggung jawab, tidak diisinya indikasi tindakan , risiko tindakan, dan lainnya, selain itu juga terdapat pasien yang tidak dilakukan tindakan sama sekali sehingga dokter atau perawat tidak mengisi lembar surat pemberian informasi pada *informed consent*.

Surat persetujuan tindakan kedokteran kelengkapan tertinggi terdapat pada item *informed consent* sesuai dengan operasi/tindakan yang dilakukan sebanyak 82,4% , hal ini menunjukkan bahwa operasi atau tindakan yang diberikan oleh dokter sudah mendapatkan persetujuan dari pasien. Menurut penelitian Kardila, D dan Barsasella, D (2018) bahwa Pemberian persetujuan tindakan medis (*Informed Consent*) diberikan apabila ada tindakan medis khusus yang memerlukan alternatif lain dan dijelaskan secara tertulis, alternatif yang diambil ditanda tangani pasien atau keluarga, sedangkan untuk kelengkapan terendah pada isi *informed consent* yaitu 21,6%, hal ini disebabkan karena adanya kekosongan pada butir tanggal lahir pasien, alamat pasien, dan tidak ada tanda tangan dari saksi atau pasien.

Menurut Widjaya, L (2018) 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.

5. Gambaran Kelengkapan Praktik Pencatatan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Kasus *Acute Appendicitis*.

Tabel 5 Kelengkapan Praktik Pencatatan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Kasus *Acute Appendicitis* di RSUD Sumedang Tahun 2020

No	Praktik Pencatatan	Lengkap		Tidak Lengkap		Jumlah	
		f	%	f	%	F	%
Dokter							
1	Tgl & jam, mudah dibaca, tanda tangan/paraf	52	70,3	22	29,7	74	100
Perawat							
2	Tgl & jam, mudah dibaca, tanda tangan/paraf	68	91,9	6	8,1	74	100

Sumber: Data primer dokumen rekam medis rawat inap kasus *Acute Appendicitis* tahun 2020.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 269/MenKes/PER/III/2008 Pasal 2 Ayat 1 tentang Rekam Medis bahwa rekam medis harus dibuat secara tertulis lengkap, dan jelas atau secara elektronik. Menurut hasil penelitian tentang praktik pencatatan rekam medis rawat inap kasus *Acute Appendicitis* pada item dokter dan perawat meliputi pengisian tanggal dan jam, mudah dibaca, tanda tangan atau paraf di Rumah Sakit Umum Daerah

Sumedang kelengkapan tertinggi terdapat pada item perawat sebesar 91,9% , sedangkan item terendah terdapat pada item dokter yaitu 29,7%. Ketidaklengkapan disebabkan pengisian tanggal dan jam tidak diisi, penulisan yang salah dalam dokumen rekam medis masih ada yang menggunakan *tipp-exx*. Hal ini telah sejalan dengan dengan hasil penelitian Kardila, D dan Barsasella, D (2018) yang menunjukkan bahwa perlunya pencatatan rekam medis yang lengkap disertai dengan waktu pemeriksaan dan jam kerja pemeriksaan yang dilakukan pada saat pasien mendapatkan pelayanan.

Menurut Widjaya, L (2018) 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.

Berdasarkan standar prosedur operasional tahun 2019 di Rumah Sakit Umum Daerah Sumedang mengenai pengisian berkas rekam medis yaitu setiap pengisian berkas rekam medis harus dicatat dengan jelas, lengkap, dan terbaca serta harus dapat diidentifikasi diantaranya tanda tangan dan atau paraf, nama jelas, tanggal dan jam pengisian, dari setiap para Professional Pemberi Asuhan (PPA) yang sudah memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien.

6. Gambaran Kelengkapan Hal-Hal Yang Menyebabkan Tuntutan Ganti Rugi Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Kasus Acute Appendicitis.

Tabel 6 Kelengkapan Pengisian Review Hal-hal yang Menyebabkan Tuntutan Ganti Rugi Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Kasus Acute Appendicitis di RSUD Sumedang Tahun 2020.

No	Hal-hal yang Menyebabkan Tuntutan Ganti Rugi	Lengkap		Tidak Lengkap		Jumlah	
		f	%	f	%	F	%
Dokter							
1	Prosedur batal dilakukan	3	4,1	71	95,9	74	100
2	Reaksi alergi obat	17	23,0	57	77,0	74	100
3	Masuk kamar operasi 2x	0	0	74	100,0	74	100
4	Masuk ICU 2x	0	0	74	100,0	74	100
5	Masuk ICU tanpa rencana	0	0	74	100,0	74	100
6	Pulang paksa/pasien pindah bukan alasan administrasi	0	0	74	100,0	74	100
Perawat/Profesional Lain							
7	Informasi sebelum ke ICU	0	0	74	100,0	74	100
8	Komplikasi/masalah keperawatan	11	14,9	63	85,1	74	100
9	Infeksi sesudah masuk/dikamar operasi	0	0	74	100,0	74	100
10	Dekubitus	0	0	74	100,0	74	100

Sumber: Data primer dokumen rekam medis rawat inap kasus *Acute Appendicitis* tahun 2020

Berdasarkan hasil penelitian mengenai kejadian penting yang bisa menyebabkan ganti rugi pada dokumen rekam medis rawat inap kasus *Acute Appendicitis* pada Item dokter terdiri dari prosedur batal dilakukan, reaksi alergi obat/transfusi, masuk kamar operasi 2x, masuk ICU 2x, masuk ICU tanpa rencana, pulang paksa atau pasien pindah bukan alasan administrasi, sedangkan pada item perawat yaitu informasi sebelum ke ICU, komplikasi/masalah perawatan, infeksi sesudah masuk atau di kamar operasi, dan dekubitus. Persentase analisis kelengkapan tertinggi terdapat pada item dokter yaitu mengenai reaksi alergi obat dengan jumlah 23,0%. Berdasarkan hasil observasi pada dokumen rekam medis pasien yang mengalami alergi obat terdapat gejala seperti gatal-gatal di kulit, ruam atau kemerahan, dan bengkak sedangkan untuk kelengkapan terendah yaitu 100,0% 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 dekubitus. Hal ini telah sejalan dengan penelitian Kardila, D dan Barsasella, D (2018) yang

mengatakan bahwa informasi ganti rugi mempunyai persentase ketidaklengkapan 100% yang dimana tidak adanya catatan mengenai pemberian ganti rugi yang diberikan kepada pasien atau keluarga pasien. Berdasarkan hasil observasi tidak ditemukannya cedera akibat resiko kerja yang dilakukan oleh dokter, perawat dan bidan pada saat melakukan dan sesudah melakukan tindak lanjut terhadap pasien.

Menurut Widjaya, L (2018) mengenai kejadian penting yang bisa menyebabkan ganti rugi pada dokumen rekam medis harus mempunyai catatan mengenai kejadian yang dapat menyebabkan atau berpotensi tuntutan kepada institusi pelayanan kesehatan atau pemberi pelayanan sendiri, baik oleh pasien maupun pihak ketiga.

KESIMPULAN DAN SARAN

Hasil review Kelengkapan dokumen rekam medis menurut Huffman yaitu: konsistensi pencatatan diagnosa terdapat pada item konsistensi catatan perkembangan dan asuhan keperawatan 97,3%. Pencatatan perawatan dan pengobatan tertinggi terdapat pada item dokter dengan bukti pelaksanaan dari rencana pengobatan serta tindakan yang dilakukan yaitu 95,9. Persentase analisis pengisian komponen review informed consent pada surat pemberian informasi kelengkapan tertinggi terdapat pada item informasi sesuai dengan operasi/tindakan yang dilakukan sebanyak 89,2 dan untuk surat persetujuan tindakan kedokteran kelengkapan tertinggi terdapat pada item informed consent sesuai dengan operasi/tindakan yang dilakukan sebanyak 82,4%. Persentase analisis kelengkapan pengisian komponen *review* praktik pencatatan kelengkapan tertinggi terdapat pada item perawat mengenai pengisian tanggal dan jam, mudah dibaca, tanda tangan atau paraf dengan jumlah 91,9%. Persentase analisis kelengkapan pengisian komponen *review* hal-hal yang menyebabkan tuntutan ganti rugi, kelengkapan tertinggi terdapat pada item dokter mengenai reaksi alergi obat sebanyak 23,0%. Disarankan Dokter dan perawat agar lebih memperhatikan kelengkapan pengisian catatan perkembangan pasien dan catatan asuhan keperawatan dan diagnosa keperawatan, pencatatan pada surat pemberian informasi dan surat persetujuan tindakan, memberikan keterangan lebih jelas terkait informasi dan tindakan yang diberikan kepada pasien. Cara penulisan tanggal, jam, tanda tangan dokter dan perawat, serta paraf pada dokumen rekam medis, serta sebaiknya mempunyai semua catatan mengenai kejadian penting yang dapat menyebabkan tuntutan ganti rugi.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, R. (2017). Optimalisasi pelaksanaan discharge planning melalui pengembangan model discharge planning terintegrasi pelayanan keperawatan. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 2(1).
- Azrul, Azwar. (2010). Pengantar Administrasi Kesehatan. Edisi Ketiga. PT. Bina Rupa Aksara. Jakarta.
- Burkitt, HG, Quick, CRG, and Reed, JB. (2007). Appendicitis In :Essensial Surgery Problems, Diagnosis &Management Fourth Edition. London Elsevier, 389-398.
- Dorland, W.A.N. Kamus kedokteran Dorland. 29thed. Terjemahan H. Hartanto. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC. 2002.
- Susanto, Edy, Sugiharto. (2017). Manajemen Informasi Kesehatan IV: Etika Profesi Dan Hukum Kesehatan. Edisi Revisi IV.
- Hatta, Gemala. (2017). Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan disarana Pelayanan Kesehatan. Edisi Revisi 3. Jakarta: Universita Indonesia Press.
- Heru, A. (2008). Desain Alat Deteksi Dini dan Mandiri Aritmia. *Jurnal Teknologi dan Manajemen Informatika*.
- Hunter, J. Catherine. (2019) . Controversies in Pediatric Appendicitis. Chicago
- Kardila, D, Barsasella, D. (2018). Analisis Kualitatif Dokumen Rekam Medis Kasus Aborsi Tidak Lengkap dalam Aborsi Spontan dengan Metode Hatta Di RSUD Kabupaten Ciamis Tahun 2016. *Jurnal Persada Husada Indonesia*, 5(18).
- Keyzer,C & Gevenois, A. (2011). Imaging of Acute Appendicitis in Adults and Children. Brussels
- Khotimah, S, & Nuraini, N. (2020). Analisis Kelengkapan Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap Kasus Thyphoid dalam Klaim BPJS dengan Metode Hatta. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (JMIKI)*, 8(1).
- Masturoh, Imas, dkk. (2020). Uji Kompetensi Berbasis Wilayah Mahasiswa Manajemen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan di Indonesia. *Jurnal International Proceedings The 2nd ISMoHIM 2020*.

- Nugroho, T. 2011. Asuhan Keperawatan Maternitas, Anak, Bedah Dan Paenyakit Dalam. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Nuraini, Novita, dkk. (2020). Analisis Kualitatif Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Pada Pasien Tuberkulosis Paru. J-REMI: Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan, 1(2).
- Nurafif, HA & Kusuma, Hardi. (2013). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis Nanda NIC –NOC. Yogyakarta: Media Action Publishing.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/MENKES/PER/III/2008. Rekam Medis. Jakarta. Menkes RI.
- Smeltzer, SC & Bare,BG. (2009). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi Volume 1. Jakarta : EGC
- Sugiyono. (2019). Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Bandung: Alfabeta.
- Widjaya, Lili. (2018). Manajemen Mutu Informasi Kesehatan III Pendokumentasian Rekam Medis. Edisi Revisi 3.
- Wijaya, A.S & Putri, Y.M. (2013). Keperawatan Medikal Bedah. Yogyakarta : Nuha Medika.