

Tahapan Audit Koding Rekam Medis dengan Menggunakan Analisa Kualitatif pada Pasien Rawat Inap di RS Khusus Mata SMEC Tahun 2025

Theresia Hutasoit¹, Cosmas Samuel Daeli², Mei Sryendang Sitorus³, Marta Simanjuntak⁴, Zulham Andi Rotonga⁵, Ali Sabela Hasibuan⁶, John Barker Liem⁷, Valentina⁸, Zulfahmi⁹, Osayku Inesa Sitompul¹⁰

Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan, Universitas Imelda Medan^{1,2,3,10}

Program Studi D-III Perakam dan Informasi Kesehatan, Universitas Imelda Medan^{4,5,6,7}

Program Studi S1 Ilmu Kesehatan Masyarakat, STIKes Binalita Sudama Medan⁸

Program Studi D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Sekolah Tinggi

Ilmu Kesehatan Sihat Beurata Banda Aceh⁹

e-mail: theresia.hutasoit20@gmail.com

Abstrak

Rekam medis merupakan dokumen penting yang mencatat seluruh pelayanan kesehatan. Koding akurat menjadi dasar dalam penagihan klaim, penelitian, serta pengambilan keputusan klinis. Namun ketidaklengkapan dan ketidakakuratan pencatatan sering menjadi kendala sehingga diperlukan audit koding. Pengabdian kepada Masyarakat bertujuan untuk mengetahui tahapan audit koding dengan menggunakan analisis kualitatif pasien rawat inap. Audit dilakukan terhadap empat kasus. Analisis menggunakan enam komponen review: kekonsistensian diagnosis dan tindakan, pencatatan klinis, justifikasi pengobatan, *informed consent*, praktik pendokumentasian, serta potensi kejadian ganti rugi. Hasil audit koding rekam medis menunjukkan sebagian besar komponen telah konsisten dan sesuai standar termasuk diagnosis, tindakan, pencatatan klinis, dan pengisian *informed consent*. Namun, pada instruksi penghentian atau penggantian obat masih ditemukan ketidakkonsistenan. Tidak terdapat kejadian yang berpotensi menimbulkan ganti rugi. Meskipun masih diperlukan perbaikan dalam dokumentasi instruksi penghentian atau penggantian obat. Hasilnya menegaskan penting sosialisasi dan monitoring berkelanjutan agar mutu rekam medis semakin optimal.

Kata Kunci: *Analisis Kualitatif, Audit Koding, Kekonsistenan, Rekam Medis Rawat Inap.*

Abstract

Medical records are crucial documents that document all healthcare services. Accurate coding forms the basis for claims billing, research, and clinical decision-making. However, incomplete and inaccurate recording often presents obstacles, necessitating a coding audit. This Community Service project aimed to identify the stages of a coding audit using qualitative analysis of inpatients. The audit was conducted on four cases. The analysis used six review components: consistency of diagnosis and treatment, clinical recording, treatment justification, informed consent, documentation practices, and potential for compensation. The results of the medical record coding audit indicated that most components were consistent and met standards, including diagnosis, treatment, clinical recording,

and completion of informed consent. However, inconsistencies were still found in instructions for discontinuing or replacing medications. There were no incidents that could potentially result in compensation. However, improvements are still needed in the documentation of instructions for discontinuing or replacing medications. The results emphasize the importance of ongoing socialization and monitoring to optimize the quality of medical records.

Keywords: *Qualitative Analysis, Coding Audit, Consistency, Inpatient Medical Records.*

PENDAHULUAN

Rekam Medis merupakan dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Seluruh pelayanan yang akan diberikan kepada pasien akan dicatat kedalam rekam medis sebagai bukti telah dilakukannya proses pelayanan kesehatan, sehingga diperlukan sistem pengelolaan yang tepat agar terdokumentasi dengan baik dan selalu tersedia ketika dibutuhkan. Isi rekam medis untuk pasien rawat inap sekurang kurangnya adalah identitas pasien, tanggal dan waktu, hasil anamnesis, hasil pemeriksaan, diagnosis, rencana penatalaksanaan, pengobatan dan tindakan, ringkasan pulang, nama dan tanda tangan dokter atau tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan (Permenkes RI, 2022).

Kodefikasi merupakan salah satu proses pengolahan data medis yang melibatkan pemberian kode pada diagnosis dan tindakan medis. Proses ini bertujuan untuk mengklasifikasikan informasi medis agar lebih mudah diakses, dianalisis, dan digunakan dalam berbagai aspek pelayanan kesehatan (Marlina, 2022). *International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10)* adalah sistem klasifikasi penyakit yang diterapkan secara internasional dan telah menjadi standar di rumah sakit di Indonesia. Sistem ini berfungsi untuk mengkodekan berbagai jenis penyakit, gangguan dan kondisi kesehatan lainnya, serta mendukung proses administrasi dan pembiayaan kesehatan. ICD-10 merupakan alat penting dalam sistem kesehatan Indonesia yang mendukung standarisasi diagnosis dan efisiensi dalam proses klaim asuransi (Kemenkes Kesehatan RI, 2023).

Keakuratan kode diagnosis merupakan penulisan kode diagnosis penyakit sesuai dengan klasifikasi yang ada dalam ICD-10. Kode dianggap tepat dan akurat bila sesuai dengan kondisi pasien dengan segala tindakan yang terjadi, lengkap sesuai aturan klasifikasi yang digunakan (Putri et al, 2024). Ketidaklengkapan rekam medis akan berpengaruh terhadap proses pelayanan yang diberikan petugas dan berdampak pada kualitas pelayanan suatu rumah sakit. Permasalahan dan kendala utama dalam penyelenggaraan rekam medis adalah tenaga medis tidak menyadari sepenuhnya manfaat dan kegunaan rekam medis, baik dalam sarana pelayanan kesehatan maupun praktik perorangan, karena pada dasarnya para petugas kesehatan itu sendiri tidak membuat rekam medis dengan lengkap, dengan jelas dan tidak tepat waktu (Siwayana, 2020).

Audit koding rekam medis adalah proses pemeriksaan atau review terhadap hasil pengkodean diagnosis dan tindakan medis dalam rekam medis untuk memastikan keakuratan, konsistensi, dan ketepatan waktu pengkodean (Permenkes No. 24 tahun 2022). Audit ini memastikan bahwa kode yang diberikan sesuai aturan koding yang berlaku, seperti ICD-10 sesuai dengan informasi yang tertera dalam rekam medis. Ketepatan koding rekam medis sangat penting karena menjadi pondasi mutu informasi kesehatan dan dasar klaim pembiayaan. Koding yang akurat memastikan data pasien terstruktur, mempermudah proses klaim asuransi, mendukung penelitian, dan mempermudah pengambilan keputusan klinis.

Analisis kualitatif ini mempunyai 6 komponen diantaranya, review kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa dan atau tindakan, review kekonsistensian pencatatan, review kekonsistensian pencatatan dan justifikasi pengobatan, review pencatatan persetujuan/penolakan tindakan kedokteran, review kekonsistensian praktik pencatatan, dan review kejadian penting yang bisa menyebabkan tuntutan ganti rugi. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui analisis kualitatif kelengkapan dan kekonsistensian (Suciyanti, 2024).

Kode diagnosis yang benar sangat penting untuk rumah sakit karena berpengaruh pada pendapatan, data pelayanan dan keputusan manajemen. Jika kode salah, rumah sakit bisa rugi besar bahkan sampai miliaran rupiah per tahun. Kesalahan juga bisa membuat klaim BPJS ditolak, data laporan jadi tidak akurat dan bisa menimbulkan kecurangan. Karena itu, audit koding perlu dilakukan secara rutin untuk memastikan kode yang digunakan sudah tepat, lengkap dan sesuai aturan (Hosizah, 2024).

Kegiatan ini dilakukan dengan memaparkan materi tentang Tahapan Audit koding rekam medis dengan khususnya pada rekam medis pasien rawat inap di rumah sakit serta menyampaikan masukan untuk perbaikan yang telah ada. Kegiatan ini dilanjutkan dengan melakukan analisa kualitatif yang dilihat dari 6 review komponen. Melalui kegiatan ini diharapkan agar petugas koding dapat memahami dan menjelaskan audit koding rekam medis dengan menggunakan analisa kualitatif dengan review 6 komponen.

METODE

Metode Pengabdian Kepada Masyarakat (PkM) ini dilakukan dengan menggunakan metode ceramah, diskusi dan analisa kualitatif rekam medis pasien rawat inap yang bertujuan agar peserta dapat berperan aktif dalam mendengar dan memahami topik yang dibawa serta dapat melakukan tahapan audit koding rekam medis dengan menggunakan analisis kualitatif di unit Rekam Medis RS Khusus Mata SMEC. Pelaksanaan kegiatan Pengabdian Kepada Masyarakat (PkM) ini terbagi menjadi 3 bagian yaitu :

Persiapan Kegiatan

Pelaksanaan kegiatan PkM ini melalui beberapa tahapan, yaitu :

- a. Persiapan materi untuk sosialisasi. Persiapan materi sosialisasi merupakan langkah pertama yang harus dilakukan sebelum turun ke lokasi kegiatan. Persiapan materi ini dilakukan dengan mengumpulkan referensi (studi literature) serta berdiskusi dengan mereka yang kompeten. Topik sosialisasi disusun secara sistematis mulai penyampaian latar belakang perlunya menganalisa kualitatif rekam medis dengan melihat tahapan audit koding serta memaparkan referensi penelitian dan pengabdian masyarakat yang pernah dilakukan sebelumnya.
- b. Koordinasi dengan Instansi Terkait. Pelaksanaan Kegiatan PkM harus dilakukan dengan menyampaikan surat izin sebelumnya yang ditujukan kepada RS Khusus Mata SMEC Medan. Koordinasi ini dilakukan melalui surat izin resmi dan media komunikasi terkait pelaksanaan kegiatan tersebut disertai tujuan dan waktu pelaksanaannya.

Pelaksanaan Kegiatan

Kegiatan diawali dengan perkenalan tim sosialisasi kepada seluruh peserta dalam hal ini petugas koding di RS Khusus Mata SMEC yang bertugas sebagai koder. Kemudian dilanjutkan dengan kegiatan inti yaitu menyampaikan materi sosialisasi dengan metode ceramah, diskusi dan analisa kualitatif rekam medis pasien rawat inap yang bertujuan agar peserta dapat berperan aktif dalam mendengar dan memahami topik yang dibawakan serta dapat melakukan tahapan audit koding rekam medis dengan menggunakan analisis kualitatif di unit Rekam Medis. Pelaksanaan kegiatan pada tahap ini meliputi beberapa metode, yaitu:

- a. Metode Ceramah. Penyampaian materi/topik sosialisasi menggunakan metode ceramah dimana tim akan menyampaikan materi sosialisasi dua arah. Peserta mendengarkan penyampaian materi dengan tekun serta diberi kesempatan untuk mengajukan pertanyaan terkait penyampaian materi/topik yang kurang jelas (kurang dipahami). Kegiatan ceramah ini dilaksanakan selama 45-60 menit.
- b. Diskusi. Setelah tahapan kegiatan sosialisasi dilaksanakan, tim memberikan kesempatan kepada peserta untuk menyampaikan pertanyaan dan membuka forum diskusi terkait materi/topik yang disampaikan. Peserta juga dapat menyampaikan pendapat mereka untuk didiskusikan bersama. Pada tahap ini juga dipaparkan SPO dalam mengkoding di Unit Kerja yang telah ada dan memberikan masukan-masukan sebagai perbaikan (revisi) ke depannya. Melalui sesi diskusi ini peserta diharapkan semakin memahami memperjelas topik/materi yang dibawakan melalui ceramah.
- c. Komponen Analisis Kualitatif. Kegiatan ketiga yang akan dilaksanakan adalah komponen analisis kualitatif yang terdiri dari 6 komponen. Berikut komponen analisis kualitatif
 - 1) Komponen 1 : *Review For Complete and Consistent Diagnostic* (Mereview Kekonsistensian Diagnosis dan Tindakan). Pada kegiatan ini perlu melakukan observasi dan membaca rekam medis terutama pada

diagnosis pada lembaran saat masuk, saat dirawat dan saat pasien pulang tepatnya pada lembaran atau formulir ringkasan pulang. Dilakukan pengumpulan, pengolahan dan penyajian data. Kekonsistenan dengan subkomponen dibagi 3 bagian yaitu : saat masuk rawat, catatan dokter dan perawat saat sedang dirawat, dan saat akan pulang dirawat.

- 2) Komponen 2 : *Review For Entry Consistency* (Mereview Kekonsistensian Pencatatan Klinis). Konsistensi merupakan suatu penyesuaian/kecocokan antara satu bagian dengan bagian lain dan dengan seluruh bagian. Dilakukan pengumpulan, pengolahan dan penyajian data kekonsistensian pencatatan dengan subkomponen dibagi 3 bagian, yaitu : saat masuk rawat, catatan dokter dan perawat saat sedang dirawat, dan saat akan pulang dirawat.
- 3) Komponen 3 : *Review For Description & Justification Of Course Of Treatment* (Mereview Penjelasan dan Konfirmasi Pengobatan yang Dilakukan). Berarti semua yang telah dilakukan saat pengobatan dan tindakan semuanya tercatat dalam Rekam Medis. Pelaksanaanya dengan melakukan pengumpulan, pengolahan dan penyajian data kekonsistensian penjelasan dan konfirmasi pengobatan yang dilakukan terdiri dari : keselamatan pasien, tata laksana medis.
- 4) Komponen 4 : *Review For Recording Informed Consent* (Mereview Pencatatan Surat Persetujuan/ Penolakan Tindakan Kedokteran (SPTK)). SPTK ini hanya direview bila ada dilakukan tindakan dan sesuai dengan diagnosa pasien. Dilakukan pengumpulan, pengolahan dan penyajian data kekonsistensian dengan subkomponen dibagi 2 bagian, yaitu : bagian pemberian informasi dan bagian persetujuan/ penolakan tindakan kedokteran.
- 5) Komponen 5 : *Review For Documentation Practices* (Mereview Praktik Pendokumentasian). Pada analisis kualitatif praktik pencatatan yang direview adalah kekonsistensian penulisan tanggal, singkatan yang sudah dibakukan, serta tidak menulis hal yang tidak terkait dengan pengobatan pasien. Dilakukan pengumpulan, pengolahan dan penyajian data kekonsistensian dengan subkomponen dibagi 2 bagian diantaranya : waktu pencatatan dan, keterbacaan dan kebermaknaan.
- 6) Komponen 6 : *Review For Potentially Compensable Events* (Mereview Hal-hal yang Berpotensi Tuntutan/Kompensasi Ganti Rugi). Hal ini kita mereview dan mencatat hal terkait pencatatan pengobatan dan tindakan yang terjadi selama dirawat yang mungkin bisa mengakibatkan tuntutan dari pihak pasien. Ada beberapa kejadian yang penting dan bisa dibaca dalam Rekam Medis seperti di bawah ini. Dilakukan pengumpulan, pengolahan dan penyajian data kekonsistensian dengan subkomponen dibagi 3 bagian, yaitu : saat masuk rawat, saat sedang dirawat dan saat akan pulang.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tingkat Pengetahuan Peserta

Kegiatan Pengabdian kepada Masyarakat (PkM) yang dilaksanakan berupa sosialisasi dalam bentuk ceramah dan diskusi terhadap petugas coding yang terkait dalam pelayanan rekam medis sebanyak 3 orang petugas yang dimaksud untuk meningkatkan pemahaman petugas tentang tahapan audit coding rekam medis dengan menggunakan analisa kualitatif pada pasien rawat inap di RS Khusus Mata SMEC. Sebelum kegiatan sosialisasikan ini dilakukan petugas masih kurang pemahaman tentang tahapan audit coding, tetapi setelah dilakukan sosialisasi maka pengetahuan petugas semakin meningkat.

Peserta dalam kegiatan Pengabdian kepada Masyarakat (PkM) ini adalah petugas coding yang berusia 25-40 tahun. Respon peserta umumnya positif yang mana mulai dari kegiatan dilaksanakan peserta menrespon dengan baik dan aktif berperan dalam member masukan-masukan yang disampaikan oleh tim petugas coding. Adapun hasil yang dilakukan dalam tahapan audit coding rekam medis dengan menggunakan analisa kualitatif pada pasien rawat inap.

Tabel 1. Penyajian Data Analisis Kualitatif Komponen 1 (Review Kekonsistensian Diagnosis Dan Tindakan)

SUBKOMPONEN ANALISIS	KONSISTEN	
	Jumlah	Persentase (%)
KEKONSISTENSIAN DIAGNOSIS		
Kekonsistensian Diagnosa Saat Masuk	4	100%
Kekonsistensian Diagnosa Saat Sedang Dirawat	4	100%
Kekonsistensian Diagnosa Saat Akan Pulang	4	100%
Average	4	100%

Kesan :

Dari ketiga sub komponen tentang kekonsistensian Diagnosa & Tindakan terhadap 4 berkas rekam medis pada 4 kasus, diperoleh persentase kekonsistensianya 100% dimulai dari diagnosis pasien saat masuk, saat sedang di rawat dan saat pulang sudah konsisten.

Tabel 2. Penyajian Data Analisis Kualitatif Kompenen 2 (Review Kekonsistensian Pencatatan Klinis)

SUBKOMPONEN ANALISIS	KONSISTEN	
	Jumlah	Persentase (%)
KEKONSISTENSIAN DIAGNOSIS		
Kekonsistensian Diagnosa Saat Masuk	4	100%
Kekonsistensian Diagnosa Saat Sedang Dirawat	4	100%
Kekonsistensian Diagnosa Saat Akan Pulang	4	100%
Average	4	100%

Kesan :

Dari ketiga sub komponen tentang kekonsistensian Diagnosa & Tindakan terhadap 4 berkas rekam medis pada 4 kasus, diperoleh persentase kekonsistensianya 100% dimulai dari diagnosis pasien saat masuk, saat sedang di rawat dan saat pulang sudah konsisten.

Tabel 3. Penyajian Data Analisis Kualitatif Komponen 3 (Review Penjelasan Dan Konfirmasi Pengobatan Yang Dilakukan)

NO	SUBKOMPONEN ANALISIS	KONSISTEN	
		Jumlah	Persentase (%)
Kekonsistensian Pencatatan			
A. Keselamatan Pasien			
1	Kekonsistensian Scor dan Ketegori Ketergantungan pada Scring Resiko Cedera/Jatuh	4	100%
B. Tata Laksana Medis			
2	Kekonsistensian Instruksi dan Pelaksanaan Pemberian Obat	2	50%
3	Kekonsistensian Instruksi dan Pelaksanaan Penghentian / Pengganti Obat	0	0%
4	Kekonsistensian Instruksi dan Pelaksanaan Pemeriksaan Penunjang	2	50%
Average		2	50%

Kesan :

Dari keempat sub komponen tentang Kekonsistensian Penjelasan & Konfirmasi Obat yang Dilakukan terhadap 4 berkas rekam medis, diperoleh persentase kekonsistensiannya 50% karena tidak tercatat instruksi dan pelaksanaan penghentian/penggantian obat.

Tabel 4. Penyajian Data Analisis Kualitatif Komponen 4 (Review Pencatatan Surat Persetujuan/ Penolakan Tindakan Kedokteran (SPTK))

NO	SUBKOMPONEN ANALISIS	KONSISTEN	
		Jumlah	Persentase (%)
Kekonsistensian Pencatatan			
Bagian Pemberian Informasi			
1	Kesesuaian dan kelengkapan antara jenis dan informasi yang di jelaskan dokter ke pasien / keluarga terdekat	4	100%
Bagian Persetujuan Tindakan Kedokteran			
2	Kesesuaian anatar diagnosis dengan tindakan yang disetujui/ ditolak pasien/ ditolak keluarga terdekat	4	100%
Average		4	100%

Tabel 5. Penyajian Data Analisis Kualitatif Komponen 5 (Review Praktik Waktu Pencatatan)

Subkomponen Analisis	Konsistensi				Rekapitulasi
	Jumlah		Persentase (%)		Persentase
Praktik Pencatatan	Waktu Pencatatan	Keterbacaan dan Kebermaknaan	Waktu Pencatatan	Keterbacaan dan Kebermaknaan	
Saat Masuk Rawat					
Catatan Dokter	4	4	100%	100%	100%
Catatan Perawat	4	4	100%	100%	100%
Saat Sedang Dirawat					
Catatan Dokter	4	4	100%	100%	100%
Catatan Perawat	4	4	100%	100%	100%
Saat Akan Pulang					
Catatan Dokter	4	4	100%	100%	100%
Catatan Perawat	4	4	100%	100%	100%
Average	4	4	100%	100%	100%

Tabel 6. Penyajian Data Analisis Kualitatif Komponen 6 (Review Hal-Hal Yang Berpotensi Tuntutan/Kompensasi Ganti Rugi)

SUBKOMPONEN ANALISIS	KONSISTEN	
	Jumlah	Persentase (%)
Kekonsistensian Pencatatan		
Saat Masuk		
Masuk RS kembali dengan kasus yang sama <2 hari	4	100%
Saat Sedang Rawat		
Komplikasi Masalah Pengobatan : Reaksi alergi obat/ transfuse, infeksi sesudah masuk, infeksi sesudah operasi	4	100%
Komplikasi masalah perawatan: decubitus, infeksi, infus dan lainnya	4	100%
Saat Akan Pulang		
Pulang Paksa/Pasien Pindah Bukan alasan administrasi	4	100%
Average	4	100%

Keterangan :

Bila Konsisten (K) diberi Nilai = 1

Bila Tidak Konsisten (TK) diberi Nilai = 0

Penilaian analisis kualitatif dilakukan beberapa tahapan audit. Tahapan audit adalah cara dilakukan untuk mengetahui tingkat kekonsistenan pengisian rekam medis dalam melakukan pengkodean. Terdapat 6 komponen diantaranya, review kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa dan atau tindakan, review kekonsistensian pencatatan, review kekonsistensian pencatatan dan justifikasi pengobatan, review pencatatan persetujuan/penolakan tindakan kedokteran, review kekonsistensian praktik pencatatan, dan review kejadian penting yang bisa menyebabkan tuntutan ganti rugi.

Komponen 1 Review Kekonsistensian Diagnosis Dan Tindakan

Kasus 1 pasien dengan diagnosa Katarak OD dan Vitreous Hemohhgrae kekonsistenan dilihat dari diagnosa yang ditegakkan saat masuk pada formulir transfer UGD, kemudian pada saat dirawat di formulir CPPT dan dilakukan tindakan Pro phaco IOL, kemudian pada formulir ringkasan pasien pulang diagnosa yaitu Katarak OD + Vitreous Hemohhgrae dengan tindakan Pro phaco IOL, Pengisian catatan yang konsisten dari ke 3 formulir yaitu transfer pasien UGD, CPPT dan ringkasan pasien pulang telah konsisten.

Kasus 2 pasien dengan diagnosa Katarak Traumatik Sebelumnya pasien pernah berobat jalan pada tanggal 02-05-2025 dengan keluhan mata kiri terkena serpihan besi 1 bulan, kemudian dilakukan pemeriksaan tonometri dengan hasil OD 20/20 dan OS 1/300, kemudian di anjurkan untuk operasi pro phaco tanpa IOL + vitrekotmi + eksplant IOFB dalam GA diberikan terapi sanexon 16 mg tab, P-pred ED Tube MD, homatro 2% ED BTL. Kekonsistenan dilihat dari diagnosa yang ditegakkan pada formulir transfer UGD, kemudian pada saat dirawat di formulir CPPT pada tanggal 06-02-2025, dilakukan pemeriksaan fisik yaitu TD 89

mmHg, KGD 107/69, HR 78 x/i, RR 20 x/i, Temp 36,30 C, BB 51 kg, TB 150 CM, dan tindakan pro phaco tanpa IOL + vitrektomi + eksplant IOFB dalam GA. Pada tanggal 07-05-2025 pasien dilakukan pemeriksaan fisik dengan hasil TD 1116/72 mmHg, HR 97 x/i, RR 20 x/i, Temp 36,20C. Dilakukan tindakan pro phaco tanpa IOL + vitrektomi + eksplant IOFB dalam GA, setelah operasi diagnosa pasien Afakia os post phaco ekstraksi IOFB dan diberikan terapi obat-obatan yaitu Inj Retivol 30mg/8 jam, Inj Trovensis 8mg/12 jam, Levocin 500 mg tab, Cataflam 50 mg tab, Lfx ED Tube MD, P pred ED Tube MD, Homatro 2% ED BTL, kemudian pada formulir ringkasan pasien pulang diagnose yaitu katarak traumatik os IOFB dengan tindakan phaco, vitrektomi, eksplant IOFB. Pengisian catatan yang konsisten dari ke 3 formulir yaitu transfer pasien UGD, CPPT dan ringkasan pasien pulang telah konsisten.

Kasus 3 pasien dengan diagnosa Perforasi sclera kekonsistenan dilihat dari diagnosa yang ditegakkan saat masuk pada formulir transfer UGD, kemudian pada saat dirawat di formulir CPPT dan dilakukan tindakan Eviscerasi OS + PNT Anast, kemudian pada formulir ringkasan pasien pulang diagnosa yaitu Perforasi Sclera, Pengisian catatan yang 88 konsisten dari ke 3 formulir yaitu transfer pasien UGD, CPPT dan ringkasan pasien pulang telah konsisten.

Kasus 4 pasien dengan diagnosa Ablasio Retina Rhegmatogen kekonsistenan dilihat dari diagnosa yang ditegakkan saat masuk pada formulir transfer UGD, kemudian pada saat dirawat di formulir 89 CPPT dan dilakukan tindakan Vitrectomy, kemudian pada formulir ringkasan pasien pulang diagnosa yaitu Ablasio retina rhegmatogen dengan tindakan Thorax dan vitrektomi. Pengisian catatan yang konsisten dari ke 3 formulir yaitu transfer pasien UGD, CPPT dan ringkasan pasien pulang telah konsisten.

Berdasarkan keempat kasus diatas maka dapat diperoleh bahwa pengisian catatan formulir dari pasien masuk (transfer UGD), dirawat inap (CPPT) hingga pasien pulang (resume medis) telah konsisten. Menurut Permenkes No. 24 Tahun 2022 rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Menurut Hatta (2012), rekam medis harus berisikan informasi kesehatan yang cukup lengkap dan rinci, akurat dan relevan, sehingga dapat menunjukkan bagaimana perawatan dan pengobatan telah diberikan kepada pasien. Kekonsistensian rekam medis dari awal pasien masuk, dalam perawatan hingga diperbolehkan pulang menjadi penting untuk diperhatikan agar terjalin kesinambungan dalam pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien dan hal ini sudah sesuai dengan teori Sudra 2017 bahwa konsisten berarti setiap hal yang terjadi antara pasien sebagai penerima layanan dan tenaga kesehatan sebagai pemberi layanan harus terekam atau tercatat dan mampu menunjukkan kondisi yang terjadi.

Komponen 2 : Review Kekonsistensian Pencatatan Klinis

Kasus 1 pasien dengan diagnosa Katarak OD dan Vitreous Hemorrhage konsistensian dilihat dari formulir pengkajian awal keperawatan rawat inap dan pengkajian awal medis terdapat keluhan mata kanan sakit, kemudian pada formulir CPPT sudah tercatat SOAP dari pasien masuk pada tanggal 22-02-2025 sampai tanggal 30-04-2025, kemudian pada formulir ringkasan pasien pulang sudah tercatat diagnosa dan tindakan yang diberikan kepada pasien. Pengisian catatan dari ke 3 formulir sudah konsisten.

Kasus 2 pasien dengan diagnosa Katarak Traumatik konsistensian dilihat dari formulir pengkajian awal keperawatan rawat inap dan pengkajian awal medis terdapat keluhan mata kiri kabur, kemudian pada formulir CPPT sudah tercatat SOAP dari pasien masuk pada tanggal 06-05-2025 sampai tanggal 08-05-2025, kemudian pada formulir ringkasan pasien pulang sudah tercatat diagnosa dan tindakan yang diberikan kepada pasien. Pengisian catatan dari ke 3 formulir sudah konsisten.

Kasus 3 pasien dengan diagnosa Perforasi sclera konsistensian dilihat dari formulir pengkajian awal keperawatan rawat inap dan pengkajian awal medis terdapat keluhan mata kiri sakit, kemudian pada formulir CPPT sudah tercatat SOAP dari pasien masuk pada tanggal 21-04-2025 sampai tanggal 22-04-2025, kemudian pada formulir ringkasan pasien pulang sudah tercatat diagnosa dan tindakan yang diberikan kepada pasien. Pengisian catatan dari ke 3 formulir sudah konsisten.

Kasus 4 pasien dengan diagnosa Ablasio Retina Rhegmatogen konsistensian dilihat dari formulir pengkajian awal keperawatan rawat inap dan pengkajian awal medis terdapat keluhan mata kanan kabur, kemudian pada formulir CPPT sudah tercatat SOAP dari pasien masuk pada tanggal 03-05-2025 sampai tanggal 04-05-2025, kemudian pada formulir ringkasan pasien pulang sudah tercatat diagnosa dan tindakan yang diberikan kepada pasien. Pengisian catatan dari ke 3 formulir sudah konsisten.

Berdasarkan keempat kasus diatas maka dapat dilihat bahwa formulir pengkajian awal keperawatan rawat inap dan pengkajian awal medis terdapat keluhan pasien, kemudian pada formulir CPPT sudah tercatat SOAP dari pasien masuk sampai pada formulir ringkasan pasien pulang sudah tercatat diagnosa dan tindakan yang diberikan kepada pasien. Pengisian catatan dari ke 3 formulir sudah konsisten. Menurut Hatta tahun 2012, rekam medis harus berisikan informasi kesehatan yang cukup lengkap dan rinci, akurat dan relevan, sehingga dapat menunjukkan bagaimana perawatan dan pengobatan telah diberikan kepada pasien. Kekonsistensian rekam medis dari awal pasien masuk, dalam perawatan hingga diperbolehkan pulang menjadi penting untuk diperhatikan agar terjalin kesinambungan dalam pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien dan hal ini sudah sesuai dengan teori Sudra 2017 bahwa konsisten berarti setiap hal yang terjadi antara pasien sebagai penerima layanan dan tenaga

kesehatan sebagai pemberi layanan harus terekam atau tercatat dan mampu menunjukkan kondisi yang terjadi.

Komponen 3 : Review Penjelasan Dan Konfirmasi Pengobatan Yang Dilakukan

Kasus 1 pasien dengan diagnosa Katarak OD dan *Vitreous Hemorrhage*, Kasus 2 pasien dengan diagnosa Katarak Traumatik, Kasus 3 pasien dengan diagnosa Perforasi sclera, Kasus 4 pasien dengan diagnosa Ablasio Retina Rhegmatogen. Berdasarkan keempat kasus yang diperoleh maka kekonsistenan dapat dilihat dari formulir skrining resiko jatuh/cedera, Instruksi dan Pelaksanaan pemberian Obat dan Instruksi dan Pelaksanaan pemeriksaan penunjang telah konsisten, akan tetapi pada Instruksi dan Pelaksanaan penghentian/penggantian obat tidak konsisten di karenakan tidak ada instruksi terhadap pemberhentian obat dan sejalan dengan penelitian Duwi Lidia Radi, dkk bahwa pengisian konsisten dan kelengkapan merupakan suatu penyesuaian atau kecocokan antara satu bagian dengan bagian lain dimana dari awal catatan perkembangan, instruksi dokter dan catatan obat harus konsisten.

Komponen 4: Review Pencatatan Surat Persetujuan/Penolakan Tindakan Kedokteran (SPTK)

Kasus 1 pasien dengan diagnosa Katarak OD dan *Vitreous Hemorrhage*, kasus 2 pasien dengan diagnosa Katarak Traumatik, kasus 3 pasien dengan diagnosa Perforasi sclera, kasus 4 pasien dengan diagnosa Ablasio Retina Rhegmatogen kekonsistenan dapat dilihat dari formulir inform consent/pemberian informasi yang berisi penjelasan informasi tindakan oleh dokter terhadap pasien dan berisikan tanda tangan persetujuan tindakan oleh pasien sudah tercatat konsisten. Hal ini dimaksudkan bahwa *informed consent* bukan sekedar menerima tanda tangan pasien diatas formulir persetujuan rencana tindakan kedokteran, namun harus diawali dengan memberikan penjelasan tentang rencana tersebut sehingga pasien memiliki cukup pengetahuan untuk mempertimbangkan keputusan.

Komponen 5 : Review Praktik Pendokumentasian

Kasus 1 pasien dengan diagnosa Katarak OD dan *Vitreous Hemorrhage*, kasus 2 pasien dengan diagnosa Katarak Traumatik, kasus 3 pasien dengan diagnosa Perforasi sclera, kasus 4 pasien dengan diagnosa Ablasio Retina Rhegmatogen berdasarkan keempat kasus dalam menreview praktik pendokumentasian kekonsistenan dilihat dari waktu pencatatan, keterbacaan dan kebermaknaan oleh dokter dan perawat pada saat pasien masuk hingga pasien pulang sudah tercatat sudah konsisten. Kekonsistensian rekam medis dari awal pasien masuk, dalam perawatan hingga diperbolehkan pulang menjadi penting untuk diperhatikan agar terjalin kesinambungan dalam pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien dan hal ini sudah sesuai dengan teori Sudra 2017 bahwa konsisten berarti setiap hal yang terjadi antara pasien sebagai penerima layanan dan tenaga kesehatan sebagai pemberi layanan harus terekam atau tercatat dan mampu menunjukkan kondisi yang terjadi.

Komponen 6 : Review Hal-Hal Yang Berpotensi Tuntutan/ Kompensasi Ganti Rugi

Kasus 1 pasien dengan diagnosa Katarak OD dan Vitreous Hemorrhage kekonsistenan dilihat dari tidak adanya hal-hal yang berpotensi ganti rugi seperti Masuk RS Kembali dengan kasus yang sama < 2 hari, Komplikasi masalah Pengobatan, prosedur batal yang dilakukan, dan pulang paksa/ bukan karna administrasi sudah tercatat dengan konsisten.

Kasus 2 pasien dengan diagnosa Katarak Traumatik kekonsistenan dilihat dari tidak adanya hal-hal yang berpotensi ganti rugi seperti Masuk RS Kembali dengan kasus yang sama < 2 hari, Komplikasi masalah Pengobatan, prosedur batal yang dilakukan, dan pulang paksa/ bukan karna administrasi sudah tercatat dengan konsisten.

Kasus 3 pasien dengan diagnosa Perforasi sclera kekonsistenan dilihat dari tidak adanya hal-hal yang berpotensi ganti rugi seperti Masuk RS Kembali dengan kasus yang sama < 2 hari, Komplikasi masalah Pengobatan, prosedur batal yang dilakukan, dan pulang paksa/ bukan karna administrasi sudah tercatat dengan konsisten.

Kasus 4 pasien dengan diagnosa Ablasio Retina Rhegmatogen kekonsistenan dilihat dari tidak adanya hal-hal yang berpotensi ganti rugi seperti Masuk RS Kembali dengan kasus yang sama < 2 hari, Komplikasi masalah Pengobatan, prosedur batal yang dilakukan, dan pulang paksa/ bukan karna administrasi sudah tercatat dengan konsisten.

Review hal-hal yang berpotensi tuntutan/kompensasi ganti rugi sudah tercatat dengan konsisten. Pencatatan kejadian yang berpotensi ganti rugi telah dijalankan sangat baik dengan persentasi lengkap 100%. Hal ini sudah sejalan dengan teori Sudra tahun 2017 bahwa konsisten berarti setiap hal yang terjadi antara pasien sebagai penerima layanan dan tenaga kesehatan sebagai pemberi layanan harus terekam atau tercatat dan mampu menunjukkan kondisi yang terjadi.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil dan pembahasan diatas, dapat ditarik kesimpulan bahwa Komponen 1 (Review Kekonsistensian Diagnosis dan Tindakan) pada 4 kasus yang kami audit berdasarkan formulir transfer pasien UGD, CPPT dan Ringkasan Pasien pulang sudah tercatat dengan konsisten. Kkomponen 2 (Review kekonsistensian pencatatan klinis) pada 4 Kasus yang kami audit berdasarkan formulir pengkajian awal keperawatan dan pencatatan medis awal, CPPT dan Ringkasan pasien pulang sudah tercatat dengan konsisten. Komponen 3 (Review Penjelasan & Konfirmasi Obat yang Dilakukan) pada 4 kasus yang kami audit berdasarkan formulir pengkajian awal resiko jatuh, Pelaksanaan dan pemberian obat sudah tercatat dengan konsisten, akan tetapi pada instruksi dan pelaksanaan penghentian atau penggantian obat tidak tercatat maka tidak konsisten. Komponen 4 (Review Pengisian *Informed Consent*/Surat

Persetujuan/Penolakan Tindakan Kedokteran) dari 4 kasus yang kami audit berdasarkan formulir pemberian informasi dan persetujuan atau penolakan tindakan sudah tercatat dengan konsisten. Komponen 5 tentang review praktik pendokumentasian secara analisis kualitatif pada komponen 5 terkait praktik pendokumentasian terhadap 4 kasus telah konsisten berdasarkan formulir pengkajian awal masuk perawat dan dokter, CPPT dan Ringkasan pasien pulang terdapat waktu pencatatan, keterbacaan dan kebermaknaan. Komponen 6 tentang pengumpulan data analisis kualitatif komponen terhadap 4 kasus terdapat tidak adanya hal-hal yang berpotensi ganti rugi seperti masuk rumah sakit kembali dengan kasus yang sama < 2 hari, komplikasi masalah pengobatan, prosedur batal yang dilakukan dan pulang paksa/bukan karena administrasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Kemenkes RI, 2022. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis
- Marlina. (2022). Kodefikasi Diagnosis dalam Pelayanan Kesehatan. *Jurnal Informasi Kesehatan*, 10(1), 25–30.
- Kemenkes RI, (2023). Pedoman Implementasi ICD-10 Revisi Tahun 2023. Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.
- Putri, M. R., Sari, N., & Rahayu, D. (2024). Penerapan Kode Diagnosis Berbasis ICD-10 di Fasilitas Kesehatan. Bandung: Pustaka Medis Nusantara.
- Siwayana, L. (2020). Manajemen Rekam Medis dan Tantangan Tenaga Kesehatan. Jakarta: Penerbit Info Medis.
- Suciyanti, W. (2024). Analisis Kelengkapan dan Kekonsistensian Rekam Medis di Rumah Sakit. Medan: Medistra Press.
- Hosizah. (2024). Audit Koding Diagnosis Rumah Sakit: Strategi dan Implementasi. Medan: Penerbit Akademika Medika.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis. Jakarta: Kemenkes RI.
- Sudra, I.R, 2017. Rekam Medis. Tangerang Selatan: UI
- Hatta, G. 2012. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan. Jakarta: Universitas Indonesia Press.