



MODUL AUDIT PENDOKUMENTASIAN REKAM

MEDIS

IRQ534

TOPIK 7

REVIEW MODUL PERTEMUAN 1-6

DISUSUN OLEH

LILY WIDJAJA, SKM., MM.

UNIVERSITAS ESA UNGGUL

FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN

PROGRAM STUDI REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN

2020

Universitas Esa Unggul

<http://esaunggul.ac.id>

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	1
PENDAHULUAN	2
SUBTOPIK 1	3
REVIEW PERTEMUAN 1-3	3
A. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan	3
B. Uraian dan Contoh	4
1. Rekam Medis yang berkualitas	4
2. Peraturan terkait Rekam Medis	7
3. Faktor-faktor yang mempengaruhi isi RM	12
C. Latihan	17
D. Ringkasan	17
SUBTOPIK 2	18
REVIEW PERTEMUAN 4-6	18
E. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan	18
F. Uraian dan Contoh	18
4. Penataan RM Lembaran Umum	18
5. Penataan RM Lembaran Khusus	20
6. Audit Pendokumentasian RM	21
G. Latihan	23
KUNCI JAWABAN	23
H. Kunci Jawaban Subtopik 1	23
I. Kunci Jawaban Subtopik 2	24
DAFTAR PUSTAKA	25

PENDAHULUAN

Edna K.Huffman (1995) menyatakan: *“An Adequated Medical Records Indicates Adequate Care and A Poor Medical Records Indicates Poor Care”*. Dapat diartikan bahwa: “Rekam Medis yang lengkap menandakan bahwa pasien tersebut mendapat asuhan yang memadai, tetapi Rekam Medis yang tidak lengkap menandakan bahwa pasien tersebut tidak mendapatkan asuhan yang memadai”. Perlu dilakukan audit pendokumentasian agar rekam medis dapat digunakan untuk berbagai keperluan .

Pada modul ini dilakukan review terhadap pertemuan 1- 6

Mari dipelajari audit pendokumentasian RM , dengan kompetensi dasar ini diharapkan mahasiswa memahami materi 1-6 :

Subtopik 1: review pertemuan 1-3

1. RM yang berkualitas
2. Peraturan terkait kualitas RM
3. Faktor yang mempengaruhi isi RM

Subtopik 2: review pertemuan 4-6

1. Penataan RM lembaran umum
2. Penataan RM lembaran khusus
3. Audit RM secara kuantitatif

SUBTOPIK 1 REVIEW PERTEMUAN 1-3

Rekam Medis yang berkualitas mempunyai beberapa kriteria . untuk itu juga perlu peraturan terkait. Apakah ada peraturan yang terkait dengan rekam medis? Tentu ada, peraturan- peraturan ini tidak hanya menjelaskan tentang pengelolaan rekam medis juga menjelaskan tentang rekam medis yang wajib dibuat dengan lengkap oleh pemberi pelayanan terutama tenaga kesehatan yaitu dokter/ dokter gigi. Juga dijelaskan tentang perlunya kelengkapan persetujuan tindakan dan pentingnya mengetahui hak dan kewajiban pasien, dokter dan rumah sakit. Apa yang mempengaruhi isi RM? Nah pada subtopik ini kita bahas agar dalam mengaudit kelengkapan isi RM dapat tercapai dengan baik.

A. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah anda mempelajari modul ini, diharapkan mahasiswa mampu :

1. Subkompetensi-1: RM yang berkualitas
2. Subkompetensi 2 terkait Peraturan

Permenkes 269/Menkes/Per/III/2008 Tentang Rekam Medis

Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit

Permenkes No.290/Menkes/Per/III/2008 Tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran

UU RI tentang Praktik Kedokteran No.29 th 2004

3. Sub kompetensi ke-3 : Faktor yang mempengaruhi isi RM

B. Uraian dan Contoh

1. Rekam Medis yang berkualitas

(Evidence-Based Medicine (EBM) berarti dokter dalam hal ini praktisi kedokteran menggunakan data ilmiah terbaik yang tersedia. Bila dokter diberi latihan 7 kriteria pendokumentasian klinis yang berkualitas tinggi, kualitas mereka akan meningkat. Jika dokter dan praktisi lain menggunakan 7 kriteria ini berarti telah mempraktekkan *Evidence-Based Documentation*.

7 Kriteria Pendokumentasian klinis yang berkualitas Prima

Ada 7 kriteria:

1. Dapat dibaca / *Legible*
2. Dapat Dipercaya / *Reliable*
3. Tepat / *Precise*
4. Lengkap / *Complete*
5. Konsisten / *Consistent*
6. Jelas / *Clear*
7. Tepat waktu / *Timely*

6 kriteria pertama difokuskan pada saat direview sebab dapat dilakukan perbaikan pendokumentasi sesudah direview jika diperlukan. Sedangkan "*Timely*" tidak dapat dikoreksi. Bila suatu bagian ditulis terlambat ya tetap terlambat

1. *Legible* : Cukup jelas untuk dibaca dan ditafsirkan

Biasanya RM yang tidak dapat dibaca faktanya karena tulisan dokter yang tidak dapat ditafsirkan. Keterbacaan Dokumen Klinis pada isi RK merupakan hal yang diharapkan oleh setiap badan regulasi dan hukum. Di Amerika ada Peraturan "*Health Insurance Portability and Accountability Act*" yang merupakan hak pasien meminta klarifikasi informasi yang tidak

jelas pada RK nya. Ketidakjelasan tulisan tangan umumnya hasil dari praktek pendokumentasian yang tergesa-gesa dan ceroboh . Bila RKE ketidakjelasan tulisan bukan menjadi masalah lagi. Namun demikian pembuatan RKE yang tergesa-gesa dan ceroboh dapat dikategorikan dalam tujuan “*legible*” ini.

2. **Reliable: dapat dipercaya, aman, memberikan hasil yang sama saat diulang**

Contoh: Diasumsikan Instruksi dokter untuk transfusi darah pada pasien dengan *Upper Gastrointestinal bleed* + Hb dan hematokrit yang sangat rendah. Diagnosa dokter adalah *bleeding Gastric ulcer*. Diagnosa dokter hanya *bleeding Gastric ulcer* tidak dapat dipercaya sebagai dasar dari transfuse darah. Bila diagnose *bleeding Gastric ulcer* dengan *acute blood loss anemia* (jika ada indikasi klinik), ini menjadi dasar pemberian transfusi darah, sehingga diagnosa ini dapatdipercaya.

3. **Precise: Accurate, Strictly Defined (Precise: Akurat, Tepat, Pasti)**

Terperinci, jika tersedia dan tepat secara klinis merupakan komponen yang penting pada setiap RM pasien. Lebih diharapkan jika dokter membuat RM dengan pendokumentasian klinis yang lebih terperinci, lebih menggambarkan dan akurat.

4. **Complete: Has the Maximum Content; Thorough (Lengkap: Memiliki Isi yang Maksimum; Teliti)**

Artinya perhatian dokter sepenuhnya ditujukan dalam membuat RM pasien. Kelengkapan juga termasuk dalam ketepatan autentikasi dokter, yang biasanya termasuk tanggal dan tandatangan.

Pendokumentasian diagnostic meliputi:

- a. pelaksanaan mulai dari keluhan pasien (apakah dokter menegakkan diagnose kejadian diagnose akhir?)
- b. menginstruksikan pemeriksaan (apakah dokter memberikan alasan

- untuk permintaan pemeriksaan?)
- c. sampai pada hasil pemeriksaan yang abnormal (apakah dokter mendokumentasikan hasil pemeriksaan diagnostic yang signifikan abnormal?)
5. ***Consistent: Not Contradictory*** (**Konsisten: Tidak bertentangan**)
- Pendokumentasian klinis pasien tidak bertentangan satu sama lain pada catatan perkembangan dokter yang satu dengan dokter lainnya. Peraturannya bila terjadi pendokumentasian yang bertentangan dokter Penanggung jawab pasien (DPJP) mempunyai hak lebih tinggi. Bila DPJP mendokumentasikan tulisannya sendiri yang saling bertentangan,
6. ***Clear, Unambiguous, Intelligible; Not Vague*** (**Jelas, tidak dwiarti, dimengerti, tidak diragukan**)
- Ketidak jelasan dan pengertian yang mendua terjadi jika pendokumentasian tidak menjelaskan apa yang terjadi permasalahan pada pasien. Hasilnya mungkin mencatat symptom tanpa penyebab (etiology or possible etiology). Jika pasien datang dengan keluhan seperti sakit dada dan dokter tidak menulis lainnya, ini akan tidak memberikan kejelasan. Jika tidak ada bukti secara klinis maka hal yang tepat ditulis adalah” *Chest pain etiology undetermined*”
7. ***Timely: at the time of services*** (**Tepat waktu sesuai saat pelayanan**)
- Ketepatan waktu pendokumentasian klinis merupakan hal yang penting, untuk pengobatan yang terbaik bagi pasien. RKE akan membantu ketepatan waktu, tetapi entry oleh dokter sangat penting. Catatan perkembangan harian dan ringkasan pulang juga perlu tepat waktu dengan diagnosa saat masuk. RS perlu membuat laporan bila diagnosa saat masuk sebagai bukti bahwa kondisi tidak dikembangkan di RS. Adanya pendokumentasian saat masuk mempengaruhi penelitian, penagihan, indikator kualitas dan perencanaan.

2. Peraturan terkait Rekam Medis

a. PERMENKES 269/MENKES/PER/III/2008 TENTANG REKAM MEDIS

Pasal 2 ayat 1 dikatakan bahwa “Rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik”. Jelas bagi kita bahwa RM wajib dibuat lengkap oleh pemberi pelayanan baik dengan menggunakan media kertas ataupun elektronik.

Bagaimana memantau kelengkapan RM? Tentu perlu dilakukan proses audit pendokumentasian RM sehingga kelengkapan dapat ditingkatkan dan kekurangan dalam pendokumentasian segera dilengkapi.

1) Isi Rekam Medis Rawat Jalan

Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan untuk sarana pelayanan kesehatan sekurang- kurangnya memuat:

- 1) identitas pasien;
- 2) Tanggal dan waktu;
- 3) Hasil *anamnese* mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
- 4) Hasil pemeriksaan fisik
- 5) Diagnosis;
- 6) Rencana penatalaksanaan;

- 7) Pengobatan dan atau tindakan;
- 8) Pelayanan lain yang telah diberikan pada pasien;
- 9) Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik dan
- 10) Persetujuan tindakan bila diperlukan

Perlu ditambah Ringkasan Klinis

Dari peraturan ini dikatakan “sekurang-kurangnya: berarti bila isi RM ada tambahan lain lebih baik bila diperlukan. Contoh: ada tambahan Ringkasan Klinis yang diperlukan untuk kepentingan asuransi atau lainnya. Juga Form Resiko Jatuh; Catatan Pasien dengan *Decubitus*, Catatan pasien Khusus Diabetes dan lain-lain.

Penjelasan isi RM Rawat Jalan:

Identitas Pasien secara terperinci dapat dipelajari pada modul MIK2 Bab1.

Hal yang penting untuk diingat adalah sebagai berikut:

Identitas pasien yang lengkap hanya ada pada lembaran Ringkasan Klinis, yaitu berupa

1. Data demografi pasien,
2. Keluarga terdekat,
3. Keuangan (financial) / pihak pembayar

Sedangkan pada lembaran lain hanya mengisi:

1. Nomor RM
2. Nama Pasien (sesuai e-KTP)

3. Tgl.lahir/ umur

4. Jenis Kelamin

2) Isi Rekam Medis Rawat Inap Dan Perawatan Satu Hari

Sekurang-kurangnya memuat:

- identitas pasien;
- Tanggal dan waktu;
- Hasil *anamnese* mencakup sekurang-kurangnya berisi keluhan & riwayat penyakit;
- Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis;
- Diagnosis;
- Rencana penatalaksanaan;
- Pengobatan dan atau tindakan;
- Persetujuan tindakan bila diperlukan;
- Catatan observasi klinis dan pengobatan;
- Ringkasan pulang (*discharge summary*);

- nama dan tanda tangan dokter dan dokter gigi dan tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
- Pelayanan lain dilakukan tenaga kesehatan tertentu;
- Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.

3) Isi Rekam Medis Pasien Gawat Darurat

Sekurang-kurangnya berisi:

- kondisi saat pasien tiba di saryankes
- Identitas pengantar pasien
- Tanggal dan waktu;
- Hasil anamnesis mencakup sekurang-kurangnya berisi keluhan & riwayat penyakit;
- Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
- Diagnosis;
- Pengobatan dan atau tindakan;
- Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan UGD dan rencana tindak lanjut
- nama dan tanda tangan dokter dan dokter gigi dan tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
- Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke saryankes lain; dan
- Pelayanan lain yang telah diberikan pada pasien;

4) Isi Rekam Medis Pasien Dalam Keadaan Bencana

Sekurang-kurangnya berisi:

Sama dengan Isi RM UGD

- kondisi saat pasien tiba di saryankes
- Identitas pengantar pasien
- Tanggal dan waktu;
- Hasil anamnese mencakup sekurang-kurangnya berisi keluhan & riwayat penyakit;
- Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
- Diagnosis;
- Pengobatan dan atau tindakan;
- Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan yan UGD dan rencana tindak lanjut
- nama dan tanda tangan dokter dan dokter gigi dan tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
- Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke saryankes lain; dan
- Pelayanan lain yang telah diberikan pada pasien;

ditambah dengan:

- Jenis bencana dan lokasi dimana pasien ditemukan,
- Kategori kegawatan dan nomor pasien bencana masal, dan
- Identitas yang menemukan pasien

b. UNDANG-UNDANG RI NOMOR 44 TAHUN 2009 TENTANG RUMAH SAKIT

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Bab 1, Pasal 1, ayat 1). Adanya hak dan kewajiban rumah sakit, dokter dan pasien dalam undang-undang ini memberikan jaminan terselenggaranya pelayanan kesehatan dengan baik. Membuktikan dijelaskannya hak dan kewajiban pasien tercermin pada kelengkapan lembaran Persetujuan Umum yang dibuat saat pasien masuk rawat.

c. PERMENKES NO.290/ MENKES /PER /III / 2008 TENTANG PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Persetujuan Tindakan Kedokteran adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien. Semua tindakan tersebut wajib dijelaskan lebih dahulu dan disetujui sebelum dilakukan.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi isi RM

Ada 2 faktor:

- a. Jenis layanan
- b. Tipe format RM

a. Berdasarkan Jenis layanan dibagi atas:

- 1) *Ambulatory Care/ Rawat Jalan*

Universitas Esa Unggul

<http://esaunggul.ac.id>

- 2) *Hospital Acute Care/* Rawat Inap untuk penyakit Akut
- 3) *Long Term Care/* Rawat Inap Jangka Panjang untuk Penyakit Kronis dan Rehabilitasi

1) *Ambulatory Care*

Pelayanan Rawat Jalan terdapat di :

- *Rumah Sakit : UGD, Poliklinik, Day Surgery.*
- *Di luar rumah sakit (bisa juga berafiliasi dg.RS): Klinik milik RS tertentu*
- *Free Standing Ambulatory Care/ Klinik bukan milik rumah sakit*

Praktek dokter mandiri/ Klinik Bersama

Puskesmas

Klinik Bersalin

Klinik Gawat Darurat

Klinik Dialisis

Pusat Kesehatan Jiwa

- *Onsite ambulatory care* (ex. Klinik di kampus, pabrik, Lembaga Pemasyarakatan) Berdasarkan Permenkes 269 tahun 2008 dikatakan bahwa isi minimal untuk RM rawat jalan :

2) *Hospital Acute Care*

Single Hospital; seperti yang ada pada Tabel 2.1 rumah sakit ini milik Kementerian Kesehatan (Kemenkes), Kementerian di luar Kemenkes, Polri, Tentara Nasional Indonesia dan swasta bisa berbentuk yayasan atau dalam bentuk Perusahaan Terbatas (PT)

Multi Hospital (lebih 1 RS) dalam berbagai bidang seperti modal, pelayanan, sumber daya manusia untuk menekan biaya. Penggabungan beberapa rumah sakit ini dapat dalam bentuk pelayanan kesehatan (Kontrak, sewa, atau sponsor oleh organisasi pusat)

3) *Long Term Care*

Pelayanan jangka panjang, dengan fasilitas perawatan dan rehabilitasi.
Length of stay (LOS) lebih dari 30 hari

Long term care untuk Penderita Penyakit Kronis

Memerlukan perawatan u/ jangka waktu lama

Penyakit Kronis

Usia tua

Mebutuhkan bantuan dan latihan dalam aktivitas keseharian

Rawat inap

Rehabilitation care untuk pelayanan rehabilitasi

Memerlukan perawatan u/ jangka waktu lama

Untuk penderita Cacat akibat faktor keturunan, kecelakaan atau cedera lainnya.

Usia : semua umur

Mebutuhkan bantuan dan latihan keseharian yang lebih banyak seperti pendidikan dasar, latihan kerja dll.

Rawat jalan dan rawat inap

b. Berdasarkan tipe format RM

Ada 3 jenis pola Rekam Medis :

- 1) ***Source Oriented Medical Record (SOMR)***
- 2) ***Problem Oriented Medical Record (POMR)***

3) *Integrated Medical Record (IMR)*

1) ***SOURCE ORIENTED MEDICAL RECORD (SOMR)***

Sudah merupakan tradisi bahwa rekam medis rumah sakit diorganisir berdasarkan bagian yang memberikan asuhan dan pelayanan kepada pasien tersebut. (Disebut orientasi pada sumber pelayanan). Setiap lembar disusun berdasarkan tanggal yang disusun secara kronologis di *nurse station*, jadi informasi yang terbaru ada di bagian paling atas dan terlama paling bawah. Sesudah pasien pulang lembaran disusun kembali dari awal sampai akhir. Catatan dokter tersendiri disusun secara kronologis, demikian juga catatan perawat, hasil laboratorium, radiologi, dan sebagainya. Bila ingin membaca isi Rekam Medis terjadi kesulitan karena harus melihat per tanggal pada setiap pemberi asuhan dan pelayanan.

2) ***PROBLEM ORIENTED MEDICAL RECORD (POMR)***

Pada tipe format POMR ini lebih mudah bagi pemberi pelayanan.

Disusun berdasarkan daftar masalah.

POMR mempunyai 4 bagian :

Data Base (Data Dasar)

Problem List (Daftar Masalah)

Initial Plan (Rencana Awal)

Progress Notes (Catatan Perkembangan)

3) INTEGRATED MEDICAL RECORD (IMR)

Seluruh form disusun secara kronologis. Di Nurse Station disusun dengan yang terbaru di paling atas. Saat pulang, disusun kembali dari awal sampai akhir. Kunci dari IMR adalah seluruh sumber pemberi pelayanan dijadikan satu.

Catatan saat pasien pulang berisi riwayat pasien, pemeriksaan fisik, catatan perkembangan, catatan perawat, laporan rontgen, catatan perkembangan, laporan konsultasi, dll. Formulir-formulir untuk setiap jangka waktu pelayanan disusun dalam seksi-seksi yang berbeda. Sulit untuk membandingkan untuk informasi yang sama, contoh : tingkat gula darah puasa. Diperlukan waktu yang lama oleh karena itu seluruh data terdapat pada bagian yang terpisah.

Ada beberapa variasi IMR :

Umumnya : integrasi catatan perkembangan (Progress notes) semua pemberi pelayanan membuat catatan pada form yang sama, sedangkan form-form lain sama dengan SOMR

C. Latihan

- a. Latihan soal ke-1: Apakah focus dari tipe format SOMR, POMR dan IMR?? Jelaskan!
- b. Latihan soal ke-2 Tipe format mana yang sesuai untuk RS Acute care dan LTC?

D. Ringkasan

Subtopik 1 merupakan ringkasan dari pertemuan 1 :RM yang berkualitas, pertemuan 2. Peraturan terkait dengan auDit RM dan ke3: Faktor-faktor yang mempengaruhi isi RM

SUBTOPIK 2 REVIEW PERTEMUAN 4-6

E. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari modul ini, diharapkan mahasiswa mampu :

1. Sub kompetensi ke-1: Penataan RM lembaran umum
2. Sub kompetensi ke-2: Penataan RM lembaran Khusus
3. Sub kompetensi ke-3: Audit Kuantitatif pendokumentasian RM

F. Uraian dan Contoh

4. Penataan RM Lembaran Umum

Terdiri dari:

- a. Menata RM pasien baru dan Lama
- b. Menata RM rawat Jalan
- c. Menata RM gawat darurat
- d. Menata rm pasien dalam keadaan bencana
- e. Menata Rmpasien rawat inap

Pada review ini diberi contoh untul penataan RM Rawat inap

Universitas
Esa Unggul

Penataan Isi minimal RM Rawat Inap

NO	ISI RM YANG HARUS ADA	KETERANGAN
1	a. Identitas pasien; b. Persetujuan umum	Data Pasien Pasien - Adm . R.Inap
2	Tanggal dan waktu untuk setiap pencatatan	SOAP
3	a. Pengkajian awal oleh dokter: Hasil anamnese mencakup sekurang-kurangnya keluhan & riwayat penyakit; Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis; Diagnosis; b. Pengkajian awal oleh perawat	S O A
4	Rencana penatalaksanaan; a. Asuhan Keperawatan b. Instruksi dokter (obat dan tindakan yang akan diberikan)	P
5	Pengobatan dan /atau tindakan; ▪ Catatan perkembangan (Terintegrasi) oleh dokter, perawat dan lainnya	S O A P
6	Persetujuan/ Penolakan tindakan bila diperlukan;	Dokter-pasien
7	- Catatan observasi klinis - Pemberian obat (3 unsur: Catatan obat oleh dokter; check obat oleh apoteker klinis dan obat diberikan oleh Perawat)	O

NO	ISI RM YANG HARUS ADA	KETERANGAN
8	Saat akan Pulang: a. Rencana pasien pulang (perawat) b. Ringkasan Keperawatan(perawat) c. Ringkasan riwayat pulang (<i>discharge summary</i>) oleh dokter)	SOAP
9	nama dan tanda tangan dokter dan dokter gigi dan tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;(pada setiap pencatatan)	Autentikasi oleh penulis
10	Pelayanan tertentu;lain yg.dilakukan o.tenaga kesehatan	P
11	Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.	O

Keterangan: S= *Subjective*, O= *Objective*, A= *Assesment*, P= *Planning*

5. Penataan RM Lembaran Khusus

Lembaran khusus, merupakan lembaran yang dipilih berdasarkan beberapa pertimbangan:

- a. Lembaran RM yang berdasarkan survey merupakan lembaran yang sangat tidak lengkap
- b. Lembaran yang wajib ada sebelum dilakukan suatu tindakan/ operasi
- c. Lembaran yang wajib ada dan sangat diperlukan kelengkapannya untuk keperluan tertentu seperti untuk rujukan/ pembiayaan/ pendidikan/ penelitian/ diberikan ke pasien yaitu:
 - Ringkasan Klinis Pasien Rawat Jalan
 - Lembaran Masuk-Keluar
 - Surat Persetujuan Tindakan Kedokteran
 - Resume

- Lembaran tertentu yang datanya digunakan untuk penelitian/ pendidikan
- Lembaran lain yang dianggap penting oleh pimpinan RS tersebut.

6. Audit Pendokumentasian RM

Cara Menyiapkan RM yang akan dianalisis:

RM yang akan dianalisis telah disiapkan dengan arti telah ditata/ assembling sehingga saat menganalisis telah rapi dan mudah mereview bagian yang belum dilengkapi (lihat Bab penataan RM). RM yang telah siap untuk diaudit maka dilakukan :

- a. Menyiapkan instrument Menyiapkan instrumen Pengumpulan, Pengolahan, dan Penyajian Data analisis kuantitatif
 - 1) Pengumpulan data: Lembaran Kerja Analisis Kuantitatif R M
 - 2) Pengolahan data: Lembaran Kerja rekapitulasi tiap komponen Analisis Kuantitatif RM
 - 3) Penyajian data: Lembaran Kerja Rekapitulasi Keempat Komponen analisis Kuantitatif RM

Pada review ini hanya Penyajian data pada table di bawah ini:

Rekapitulasi Seluruh komponen Audit Kuantitatif RM secara terperinci
Jumlah Berkas yang dianalisis=M **Tanggal:**

NO.	KRITERIA ANALISIS	KELENGKAPAN / BAIK	
		JUMLAH	PROSENTASE
1	2	3	4
A. IDENTITAS PASIEN			
1.	Nama		
2.	No.Rekam Medis		
3.	Tanggal Lahir		
4	Jenis Kelamin		
	Average		
B. KELENGKAPAN LAPORAN/ CATATAN YANG PENTING			
1.	Saat Pendaftaran		
	Surat Rujukan		
	General Consent		
2.	Saat baru masuk Rawat Inap:		
	c. Pengkajian awal Perawat		
	d. Pengkajian awal Medis		
3.	Saat sedang dirawat		
	a. Catatan Perkembangan		
	b. Asuhan keperawatan		
	c. Observasi Klinis		
	d. Catatan Pemberian Obat		
4.	Cat. Saat akan pulang		
	a. Rencana pasien Pulang		
	b. Ringkasan Perawat		
	c. Ringkasan Pulang		
5.	Bila ada Lembaran Khusus		
	Average		
C. AUTENTIKASI PENULIS			
1.	Nama Dokter		
2.	T.tangan Dokter		
3.	Nama Perawat		
4	T.tangan Perawat		
	Average		
D. CATATAN YANG BAIK			
1.	Tidak ada Coretan		
2	Tidak ada Tipp-ex		
3	Tidak ada Bagian yang kosong		
	Average		
	TOTAL AVERAGE	Z	Z%

G. Latihan

- a. Latihan soal ke-1: Sebutkan analisis komponen analisis kuantitatif
- b. Latihan soal ke-2: Pada analisis kuantitatif untuk komponen 2 saat dirawat apa saja subkomponennya??

H. Ringkasan

Pada subtopik 2 ini mereview kembali modul pertemuan 4 tentang penataan RM lembaran umum, pertemuan 5 : penataan RM lembaran khusus dan ke 6 tentang Audit Kuantitatif pendokumentasian RM

KUNCI JAWABAN

I. Kunci Jawaban Subtopik 1

- a. Jawaban latihan soal ke-1
SOMR berfokus pada dokter (*Source*) sehingga tiap dokter mempunyai catatan masing-masing. POMR berfokus pada masalah, karena dokter memberi layanan berdasarkan masalah maka RM juga disusun kronologis permasalahan. Sedangkan IMR adalah tulisan dari pemberi pelayanan terintegrasi, sehingga terkumpul dalam catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT)
- b. Jawaban latihan soal ke-2
POMR sesuai untuk pasien dengan masalah yang > dari 1. Karena

masalahnya lebih dari satu tidak sesuai untuk RS acute care, tapi sesuai untuk *Long term care* yang pasien umumnya mempunyai masalah lebih dari satu/ ada komplikasi dan masa perawatan yang panjang.

J. Kunci Jawaban Subtopik 2

1. Jawaban latihan soal ke-1
 - a. Review identifikasi pasien
 - b. Review laporan yang penting
 - c. Review autentikasi penulis
 - d. Review pencatatan yang baik
2. Jawaban latihan soal ke-2
Subkomponen 2: Mereview ada dan kelengkapan:
 - a. Saat pendaftaran: Surat rujukan + General Consent
 - b. Saat masuk: Pengkajian awal perawat dan medis
 - c. Saat dirawat: CPPT+ observasi klinis+askep+ CPO
 - d. Saat akan pulang: Rencana pasien pulang dan Ringkasan Perawat dan Penyakit

Universitas
Esa Unggul

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan, 1997, *Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Rekam Medis*, Jakarta: Dirjen. Pelayanan Medik
- Departemen Kesehatan, 2007, Kepmenkes 377/Menkes/III/ 2007 tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan Indonesia, Jakarta:Dirjen Pelayanan Medik
- Departemen Kesehatan, 2008, Permenkes 269.MENKES/ PER/ III/ 2008 Tentang Rekam Medis, Jakarta: Dirjen. Pelayanan Medik
- Departemen Kesehatan, 2008, Permenkes 290.MENKES/ PER/ III/ 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran, Jakarta: Dirjen. Pelayanan Medik
- Farenhpltz, 2013, Cheryl G and Russo, Ruthan, *Documentation for Health Records*, (AHIMA, Chicago, Illinois, USA
- Hatta, Gemala, 2008, *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan*, Jakarta, UI Press
- Huffman, Edna K., 1995 *Health Information Management* 10th edition, Berwyn, Illinois : Physician Record Co
- Odom-Wesley et.al., 2013, *Documentation for MR*, AHIMA, 2013, Chicago, Illinois)
- International Federation of Health Information Management Association, 2012, *Education Modules for Basic Health Records*, Chicago, Illionis
- Kemenkumham, 2004, UU No 29/2004 Praktik Kedokteran
- Kemenkumham, 2008, UU No 44/2008 tentang Rumah sakit
- Kemenkumham, 2014, UU no: 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
- Widjaja, Lily, 2017, *Manajemen Informasi Kesehatan II, Manajemen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Jakarta: PPSDMKes, BPSDM*

Widjaja, Lily, 2018, Manajemen Mutu Informasi Kesehatan III, Pendokumentasian
RM, Jakarta: PPSDMKes, BPSDM

