



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

PUSAT PENDIDIKAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
EDISI TAHUN 2018

BAHAN AJAR
REKAM MEDIS DAN
INFORMASI KESEHATAN (RMIK)

MANAJEMEN MUTU INFORMASI KESEHATAN III

PENDOKUMENTASIAN
REKAM MEDIS

Lily Widjaya



BAHAN AJAR
REKAM MEDIS DAN
INFORMASI KESEHATAN (RMIK)

MANAJEMEN MUTU INFORMASI KESEHATAN III

PENDOKUMENTASIAN
REKAM MEDIS

Lily Widjaya

Hak Cipta © dan Hak Penerbitan dilindungi Undang-undang

Cetakan pertama, Agustus 2018

Penulis : Lily Widjaya, SKM., MM

Pengembang Desain Instruksional : Dr. Ucu Rahayu, M.Sc.

Desain oleh Tim P2M2 :

Kover & Ilustrasi : Bangun Asmo Darmanto, S.Des.

Tata Letak : Nono Suwarno

Jumlah Halaman : 280

DAFTAR ISI

	Halaman
BAB I: PENDOKUMENTASIAN REKAM MEDIS YANG BAIK	1
Topik 1.	
Peraturan Terkait Pendokumentasian yang Baik	3
Latihan	16
Ringkasan.....	17
Tes 1.....	17
Topik 2.	
Pendokumentasian Rekam Medis Yang Lengkap dan Siap Pakai	20
Latihan	26
Ringkasan.....	26
Tes 2.....	26
KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	30
GLOSARIUM	31
DAFTAR PUSTAKA	33
BAB II: FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI ISI REKAM MEDIS	34
Topik 1.	
Jenis Layanan Kesehatan	36
Latihan	41
Ringkasan.....	41
Tes 1.....	41
Topik 2.	
Tipe Format Rekam Medis	44
Latihan	48
Ringkasan.....	48
Tes 2.....	49

KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	52
GLOSARIUM	53
DAFTAR PUSTAKA	54
BAB III: AUDIT PENDOKUMENTASIAN REKAM MEDIS	55
Topik 1.	
Audit Kuantitatif Pendokumentasian Rekam Medis	57
Latihan	67
Ringkasan.....	68
Tes 1.....	68
Topik 2.	
Audit Kualitatif Pendokumentasian Rekam Medis	71
Latihan	95
Ringkasan.....	95
Tes 2.....	95
Topik 3.	
Hal Lain Terkait Audit Pendokumentasian Rekam Medis	99
Latihan	105
Ringkasan.....	105
Tes 3.....	106
KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	108
GLOSARIUM	109
DAFTAR PUSTAKA	112
BAB IV: PRAKTIK PENATAAN ISI REKAM MEDIS	113
Kegiatan Praktikum 1.	
Penataan Lembaran Umum Rekam Medis	125
Hasil Pengamatan Praktikum	133

Tugas Praktik	134
Ringkasan	135
Kegiatan Praktikum 2.	
Penataan Lembaran Khusus Rekam Medis	136
Hasil Pengamatan Praktikum	146
Tugas Praktik	146
Ringkasan.....	147
GLOSARIUM	148
DAFTAR PUSTAKA	150
BAB V: PRAKTIK AUDIT KUANTITATIF PENDOKUMENTASIAN REKAM MEDIS	151
Kegiatan Praktikum 1.	
Mengenal Formulir Lembaran Umum Rekam Medis dalam Audit Kuantitatif Pendokumentasian Rekam Medis	154
Hasil Pengamatan Praktikum	172
Tugas Praktikum	173
Ringkasan.....	173
Kegiatan Praktikum 2.	
Melakukan Audit Kuantitatif Pendokumentasian Rekam Medis	
Lembaran Umum	174
Hasil Pengamatan Praktikum	191
Tugas Praktikum	193
Ringkasan.....	194
GLOSARIUM	195
DAFTAR PUSTAKA	197

BAB VI: PRAKTIK AUDIT KUANTITATIF PENDOKUMENTASIAN REKAM MEDIS	
LEMBARAN KHUSUS	198
Kegiatan Praktikum 1.	
Mengenal Formulir Lembaran Khusus Rekam Medis dalam Audit Kuantitatif	
Pendokumentasian Rekam Medis	201
Hasil Pengamatan Praktikum	209
Tugas Praktikum	211
Ringkasan.....	212
Kegiatan Praktikum 2.	
Audit Kuantitatif Pendokumentasian Rekam Medis Lembaran Khusus	213
Tugas Praktikum	268
Ringkasan.....	269
GLOSARIUM	270
DAFTAR PUSTAKA	272

Bab 1

PENDOKUMENTASIAN REKAM MEDIS YANG BAIK

Lily Widjaya, SKM., MM

Pendahuluan

Apakah Anda sudah mengetahui apa yang dimaksud dengan dokumen? Dokumen adalah surat yang tertulis atau tercetak yang dapat dipakai sebagai bukti keterangan (seperti akta kelahiran, surat nikah, surat). Sedangkan dokumen medis adalah arsip data keadaan perkembangan kesehatan pasien. (*Tim Penyusun Pusat Kamus.2017*)

Pendokumentasian Rekam Medis merupakan arsip data Rekam Medis pada institusi pelayanan kesehatan pasien merupakan berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Permenkes 269, 2008}. Berarti Rekam berisi empat unsur pelayanan yaitu pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Hal ini dapat dikatakan bahwa isi dari RM itu tidak hanya data pengobatan pasien yang sakit, tetapi juga data kesehatan secara menyeluruh sehingga lebih tepat disebut Rekam Kesehatan. Pada umumnya Rekam Kesehatan merupakan ichtisar dari kesehatan pasien yang diberikan oleh pemberi pelayanan/ dokter kepada pasien untuk menjadi catatan kesehatan si pasien tersebut.

Audit manajemen sebagai sarana yang terpercaya dalam membantu pelaksanaan tanggungjawab mereka dengan memberikan analisis, penilaian, rekomendasi terhadap kegiatan yang telah dilakukan.

Audit adalah kegiatan mengumpulkan dan mengevaluasi dari bukti-bukti mengenai informasi untuk menentukan dan melaporkan tingkat kesesuaian antara informasi dengan kriteria yang telah ditetapkan. Proses audit harus dilakukan oleh orang yang kompeten dan independent (Arens and Loebbecke, 2000:9)

Materi dalam bab ini *meliputi*:

1. Peraturan terkait Pendokumentasian yang baik
2. Pendokumentasian RM yang Baik

Setelah mempelajari modul ini, Anda diharapkan dapat memenuhi kompetensi sebagai berikut.

1. Memahami peraturan terkait pendokumentasian rekam medis yang diperoleh dari:
 - a. Permenkes No.269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis
 - b. Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit
 - c. Permenkes No.290/Menkes/Per/III/2008 Tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran
 - d. UU Praktik Kedokteran No.29 th 2004
2. Memahami Pendokumentasian yang baik dan dapat menguraikan tentang:
 - a. Pengertian Konsep Pendokumentasian Klinis
 - b. Paradigma Pendokumentasian Klinis di Asuhan Kesehatan
 - c. Pendokumentasian Berbasis Bukti (Evidence Base Documentation): Teori Pendokumentasian Klinis yang berkualitas Tinggi
 - d. Kriteria Pendokumentasian Klinis yang berkualitas Prima

Topik 1

Peraturan Terkait Pendokumentasian yang Baik

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.

Dalam Topik 1 ini anda memperoleh materi tentang peraturan-peraturan yang terkait dengan kelengkapan rekam medis tersebut yang meliputi:

1. Permenkes 269/Menkes/Per/III/2008 Tentang Rekam Medis
2. Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit
3. Permenkes No.290/Menkes/Per/III/2008 Tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran
4. UU RI tentang Praktik Kedokteran No.29 th 2004

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:

- a. identitas pasien;
- b. Tanggal dan waktu;
- c. Hasil *anamnese* mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
- d. Hasil pemeriksaan fisik
- e. Diagnosis;
- f. Rencana penatalaksanaan;

- g. Pengobatan dan atau tindakan;
- h. Pelayanan lain yang telah diberikan pada pasien;
- i. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik dan
- j. Persetujuan tindakan bila diperlukan

Perlu ditambah Ringkasan Klinis

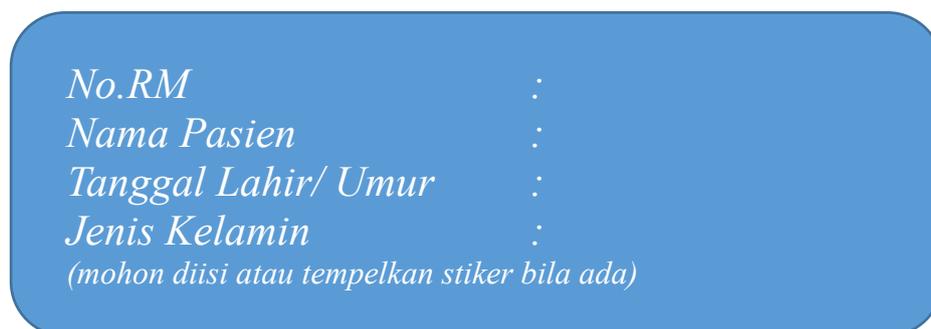
Dari peraturan ini dikatakan “sekurang-kurangnya: berarti bila isi RM ada tambahan lain lebih baik bila diperlukan. Contoh: ada tambahan Ringkasan Klinis yang diperlukan untuk kepentingan asuransi atau lainnya. Juga Form Resiko Jatuh; Catatan Pasien dengan *Decubitus*, Catatan pasien Khusus Diabetes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

Penjelasan isi RM Rawat Jalan:

- a. 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
 - Data demografi pasien,
 - Keluarga terdekat,
 - 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



Gambar 1.1 Stiker Identitas Pasien

- b. Tanggal dan waktu;
Setiap entry data maka pemberi asuhan wajib mengisi “Tanggal dan Waktu/Jam nya

- c. Hasil *anamnese* mencakup keluhan dan riwayat penyakit sekarang dan yang lalu, dan bila diperlukan riwayat kesehatan keluarga dan riwayat sosial;
Dalam catatan pemberi asuhan (dokter/ tenaga kesehatan lain): merupakan Subjective (S).



Sumber: Pramesemara (2013)

Gambar 1.2 Anamnesis dan vital sign

- d. Semua pemeriksaan fisik pada pasien oleh pemberi asuhan (dokter/ tenaga kesehatan lain) merupakan bagian dari Objective (O)

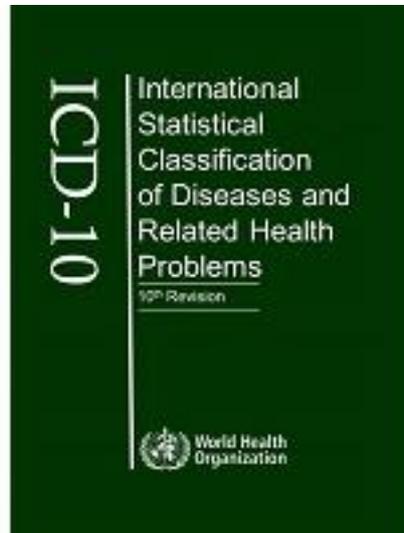


Gambar 1.3 The control of work of heart - measurement of a blood pressure



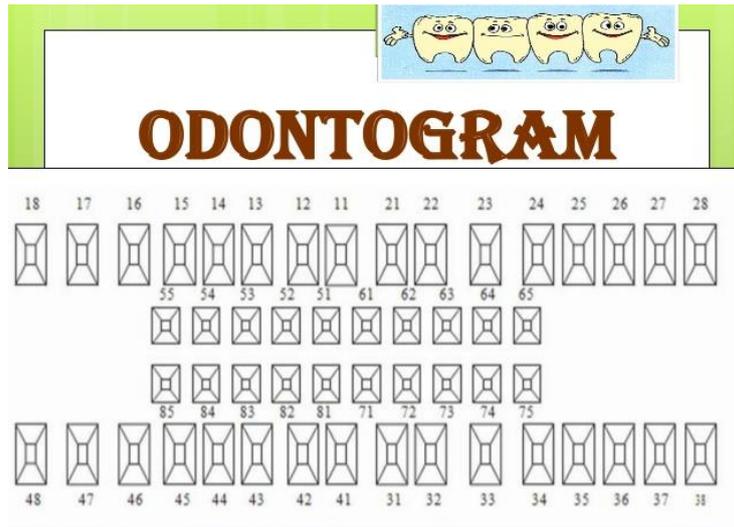
Gambar 1.4: Omron Sem-1 Automatic Blood Pressure Monitor

- e. Diagnosis; merupakan bagian dari Asesmen (A) hasil yang disimpulkan oleh pemberi asuhan (dokter) dari anamnesa dan hasil pemeriksaan fisik. Diagnosis sesuai dengan klasifikasi diagnosis penyakit internasional yang dikeluarkan WHO (saat ini ICD-10)



Gambar 1.5: ICD-10 (WHO, 2016)

- f. Rencana penatalaksanaan meliputi rencana pengobatan, perawatan dan tindakan yang akan dilakukan
Contoh: Diagnosa kerja untuk kasus asma:
- Eksaserbasi asma sedang pada asma persisten ringan
 - Sindrom dispepsia
 - Hipertensi grade I
- Rencana penatalaksanaan:
Tirah baring, posisi setengah duduk,
Pasang venflon
Pasang NGT
O2 masker 6liter permenit
Obat -obat yang diberikan:
Injeksi....dst
- g. Pengobatan dan atau tindakan; merupakan terapi dan tindakan yang dilakukan
Melaksanakan sesuai rencana penatalaksanaan (no.6)
- h. Pelayanan lain yang telah diberikan pada pasien; pemeriksaan penunjang yang diberikan berupa hasil laboratorium dan lainnya
- i. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik; berarti setiap pasien yang mendapat asuhan di klinik gigi wajib dibuatkan odontogram klinik.



Sumber: drg. Sri Asih Gahayu, MKes, 6 April 2013

27 Nopember 2017, 14.51

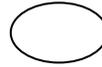
Gambar 1.6 Odontogram Klinis

- j. Persetujuan tindakan bila diperlukan. Dibuat bila ada tindakan yang memerlukan tindakan/ operasi (Lihat Form. Persetujuan Tindakan pada Modul MIK2)
- k. Ringkasan Klinis merupakan rangkuman asuhan yang diperoleh pasien. Berarti setiap waktu asuhan yang diberikan pada pasien akan ditambahkan dalam ringkasan ini. Ringkasan ini perlu untuk kelanjutan pelayanan dan informasi bagi pasien sendiri. (Lihat Form. Ringkasan Klinis Modul MIK2)

2. Isi Rekam Medis Rawat Inap Dan Perawatan Satu Hari

Sekurang-kurangnya memuat:

- a. identitas pasien;
- b. Tanggal dan waktu;
- c. Hasil *anamnese* mencakup sekurang-kurangnya berisi keluhan & riwayat penyakit;
- d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis;
- e. Diagnosis;
- f. Rencana penatalaksanaan;
- g. Pengobatan dan atau tindakan;
- h. Persetujuan tindakan bila diperlukan;
- i. Catatan observasi klinis dan pengobatan;
- j. Ringkasan pulang (*discharge summary*);
- k. nama dan tanda tangan dokter dan dokter gigi dan tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
- l. Pelayanan lain dilakukan tenaga kesehatan tertentu;
- m. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.



NAMA DAN LOGO RUMAH SAKIT

FORMULIR SAAT MASUK

Nama Pasien :
NO.R.M./Kasus : / Kelas / No.T.Tidur : /
Tgl&Jam Masuk : Nama Staf :

DATAPASIEN

Tempat & Tgl.Lahir : Umur :
Kebangsaan : Jenis Kelamin :
Status Perkawinan : Pendidikan :
Pekerjaan : Agama :
KTP/SIM/Passport :
Alamat :
Kota & Propinsi : Kode Pos :
Negara :
Telepon :

INFORMASIMEDIS

Cara masuk : Dokter Pengirim:
Dokter yang Merawat :
Diagnosa (saat masuk) :

DALAM KEADAAN GAWAT DARURAT

Nama :
Alamat :
Telepon : Rumah : Kantor : Handphone :
Pager/No.ID :
Hubungan dengan pasien :

DIAGNOSA SAAT MASUK

DIAGNOSA SAAT KELUAR

Kode ICD

TINDAKAN YANG DILAKUKAN

Kode ICPM

PEMBAYARAN

Penjamin Pembayaran : Sendiri Perusahaan Rekanan / Asuransi Sendiri & Perusahaan Rekanan/Asuransi
Data Perusahaan Rekanan / Asuransi :
Nama Perusahaan : No.Kode :
Alamat :
No. Telepon : No. Fax :
No. Anggota :
Masa Berlaku s/d :
Dikonfirmasi oleh : _____ Tgl. Konfirmasi : _____
Hasil konfirmasi : Setuju tolak Paraf staf : _____

Lembar 1 : Rekam Medis Lembar 2 Adminstrasi rawat inap

Gambar 1.7 Form Masuk dan keluar

Penjelasan isi RM Rawat Inap:

- a. 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 Masuk dan Keluar: (Gambar 1.2)

Terdiri dari

- Data demografi pasien,
- Keluarga terdekat,
- Keuangan (financial) / pihak pembayar

Sedangkan pada lembaran RM lain hanya mengisi:

- Nomor RM
- Nama Pasien (sesuai e-KTP)
- Tgl.lahir/ umur
- Jenis Kelamin

(Lihat Gambar 1.1)

- b. Tanggal dan waktu;
Setiap entry data maka pemberi asuhan wajib mengisi “Tanggal dan Waktu/Jam nya
- c. Hasil anamnese mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
Dalam catatan pemberi asuhan (dokter/ tenaga kesehatan lain): merupakan Subjective (S) berisi tentang keluhan pasien, riwayat penyakit pasien dan keluarga. (Lihat Gambar 1.2)
- d. Hasil pemeriksaan fisik; Semua pemeriksaan fisik pada pasien oleh pemberi asuhan (dokter/ tenaga kesehatan lain) merupakan bagian dari Objective (O) (lihat gambar 1.3 dan 1.4)
- e. Diagnosis; merupakan bagian dari Asesmen (A) hasil yang disimpulkan oleh pemberi asuhan (dokter) dari anamnesa dan hasil pemeriksaan fisik. Diagnosis sesuai dengan klasifikasi diagnosis penyakit internasional yang dikeluarkan WHO (saat ini ICD-10) (lihat Gambar 1.5)
- f. Rencana penatalaksanaan; rencana pengobatan, perawatan dan tindakan yang akan dilakukan
Contoh: Diagnosa kerja untuk kasus asma:
- Eksaserbasi asma sedang pada asma persisten ringan
 - Sindrom dispepsia
 - Hipertensi grade I
- Rencana penatalaksanaan:
Tirah baring, posisi setengah duduk,

Pasang venflon

Pasang NGT

O2 masker 6liter permenit

Obat -obat yang diberikan:

Injeksi....dst

- g. Pengobatan dan atau tindakan merupakan terapi, dan tindakan yang dilakukan
- h. Persetujuan tindakan bila diperlukan; dibuat bila ada tindakan yang memerlukan tindakan/ operasi
- i. Catatan observasi klinis dan pengobatan berisi kelengkapan observasi tensi, nadi dan suhu tubuh si pasien secara berkala per 6(enam) jam
- j. Ringkasan pulang (discharge summary) merupakan rangkuman asuhan yang diperoleh pasien selama dirawat. Ringkasan ini perlu untuk kelanjutan pelayanan dan informasi bagi pasien sendiri.
- k. Nama dan tanda tangan dokter dan dokter gigi dan tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan; Adanya nama dan tandatangan pada tiap lembar oleh pemberi asuhan yang bertanggung jawab.
- l. Pelayanan lain yang telah diberikan pada pasien; pemeriksaan penunjang yang diberikan.
- m. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik. Artinya setiap pasien yang mendapat asuhan di klinik gigi wajib dibuatkan odontogram klinik (lihat gambar 1.7)

3. Isi Rekam Medis Pasien Gawat Darurat

Sekurang-kurangnya berisi:

- a. kondisi saat pasien tiba di saryankes
- b. Identitas pengantar pasien
- c. Tanggal dan waktu;
- d. Hasil *anamnese* mencakup sekurang-kurangnya berisi keluhan & riwayat penyakit;
- e. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
- f. Diagnosis;
- g. Pengobatan dan atau tindakan;
- h. Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan yan UGD dan rencana tindak lanjut
- i. nama dan tanda tangan dokter dan dokter gigi dan tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan

- j. Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke saryankes lain; dan
- k. Pelayanan lain yang telah diberikan pada pasien;

Penjelasan isi RM Pasien Gawat Darurat:

- a. Identitas Pasien secara terperinci dapat dipelajari pada modul MIK 2 Bab 1. Hal yang penting untuk diingat adalah sebagai berikut:

Identitas pasien yang lengkap hanya ada pada lembaran Ringkasan Klinis:

- Data demografi pasien,
- Keluarga terdekat,
- Keuangan (financial) / pihak pembayar

Sedangkan pada lembaran lain hanya mengisi:

- b. Nomor RM
 1. Nama Pasien (sesuai e-KTP)
 2. Tgl.lahir/ umur
 3. Jenis Kelamin

(Lihat Gambar 1.1)

Kondisi saat pasien tiba di saryankes: Kondisi umum saat pasien datang. Pemberi asuhan pasien di IGD melakukan pemilahan dan membagi pasien berdasarkan pelayanan yang gawat dan darurat, gawat tidak darurat, Tidak gawat tidak darurat.

- c. Identitas pengantar pasien; menulis nama pengantar pasien
- d. Tanggal dan waktu; Setiap entry data maka pemberi asuhan wajib mengisi “Tanggal dan Waktu/Jam nya
- e. Hasil anamnese mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
- f. Dalam catatan pemberi asuhan (dokter/ tenaga kesehatan lain): merupakan Subjective (S) berisi tentang keluhan pasien, riwayat penyakit pasien dan keluarga. (Lihat Gambar 1.2)
- g. Hasil pemeriksaan fisik;

Semua pemeriksaan fisik pada pasien oleh pemberi asuhan (dokter/ tenaga kesehatan lain) merupakan bagian dari Objective (O) (Lihat Gambar 1.3 dan 1.4)
- h. Diagnosis;

merupakan bagian dari Asesmen (A) hasil yang disimpulkan oleh pemberi asuhan (dokter) dari *anamnesa* dan hasil pemeriksaan fisik. Diagnosis sesuai dengan klasifikasi diagnosis penyakit internasional yang dikeluarkan WHO (saat ini ICD-10) ((Lihat Gambar 1.5)
- i. Pengobatan dan atau tindakan; merupakan terapi, dan tindakan yang dilakukan

- j. Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan UGD dan rencana tindak lanjut: merupakan ringkasan dari asuhan pasien selama di UGD.
- k. Nama dan tanda tangan dokter dan dokter gigi dan tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan. Pada setiap lembar RM di UGD perlu diabsahkan dengan nama dan tandatangan.
- l. Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke saryankes lain. Seperti diketahui pasien yang datang untuk mendapatkan asuhan umumnya adalah pasien gawat dan atau darurat, sehingga besar kemungkinan untuk dirujuk.
- m. Pelayanan lain yang telah diberikan pada pasien; pemeriksaan penunjang yang diberikan.

4. Isi Rekam Medis Pasien Dalam Keadaan Bencana

Sekurang-kurangnya berisi:

Isi RM UGD ditambah dengan:

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

5. Pasal 4 Bab II Permenkes 269 tahun 2008 tentang Ringkasan Pulang:

- (1) Ringkasan pulang harus dibuat oleh dokter dan dokter gigi yang melakukan perawatan pasien
- (2) Isi Ringkasan Pulang sekurang-kurangnya berisi:
 - a. identitas pasien
 - b. Diagnosa masuk dan indikasi pasien dirawat
 - c. ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnose akhir, pengobatan dan tindak lanjut
 - d. nama dan tandatangan dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan.

6. Pasal 5 Bab III Permenkes 269 tahun 2008 tentang Tata Cara Penyelenggaraan

- (1) Setiap dokter dan dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis.
- (2) Rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan.
- (3) Pembuatan RM dilaksanakan melalui pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien

- (4) Setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi nama, waktu dan tanda tangan dokter dan dokter gigi dan tenaga kesehatan tertentu yang bersangkutan

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.

Selain itu pada Bab IX pasal 39 dikatakan bahwa rumah sakit wajib melakukan audit kinerja dan audit medis. Pelaksanaan audit medis memerlukan RM yang lengkap, akurat dan konsisten. Hal ini dapat tercapai bila dilakukan audit kelengkapan RM.

Demikian pula pada BabXI pasal 52 menyatakan bahwa “Setiap Rumah Sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan tentang semua kegiatan penyelenggaraan Rumah Sakit dalam bentuk Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit”. Berarti pencatatan RM merupakan suatu kewajiban untuk disediakan dan dilengkapi.

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.

Penjelasan diberikan dalam bentuk tertulis dan dicatat dalam RM pasien dengan mencantumkan tanggal, waktu, nama dan tanda tangan. Persetujuan tindakan beresiko tinggi wajib dinyatakan dalam bentuk tertulis dalam bentuk form khusus yang disebut formulir persetujuan tindakan / operasi. Demikian juga bila pasien menolak tindakan dilakukan maka dinyatakan dalam bentuk tertulis juga.

PEMBERIAN INFORMASI DAN PERNYATAAN PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN		
PEMBERIAN INFORMASI		
Dokter Pelaksana	[Redacted]	/07.11.2
Pemberi Informasi	[Redacted]	
Penerima Informasi/ Pemberi Persetujuan*	[Redacted]	
JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (v)
1. Diagnosis (WD)	Galaksi hemolitikum + Anti Phospholipid Syndrome	✓
2. Dasar Diagnosis	100 darah	✓
3. Tindakan Kedokteran	SCTPP	✓
4. Indikasi Tindakan	Anti Phospholipid Syndrome	✓
5. Tata cara	SCTPP dan resonansi	✓
6. Tujuan	Melakukan skr -	✓
7. Risiko dan Komplikasi	proteksi	✓
8. Prognosis	Buruk	✓
9. Alternatif & Risiko		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal - hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau untuk berdiskusi.		[Redacted] G (K) 11.2
		Tanda Tangan Dokter
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf di kolom kanannya dan telah memahaminya.		[Signature] Nama & Tanda Tangan Penerima Info
* Bila pasien tidak kompeten atau tidak mampu menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat.		

315-20-002

Hal 1 dari 2

Gambar 1.8 Pemberian Informasi dan Persetujuan Tindakan Kedokteran

PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : [Redacted]
Usia : 40 Tahun
Jenis Kelamin : Laki - laki Perempuan
Alamat : Duri Intan Raya Blok T/111
Duri Kepa, Jakbar

Dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukan tindakan :

SC

terhadap diri saya / suami / istri / ayah / ibu / anak / kakak / adik saya ** dengan identitas di bawah ini :

Nama : Yoi
Usia : 40 Tahun
Jenis kelamin : Laki - laki Perempuan
Alamat : Duri Intan Raya Blok T/111
Duri Kepa, Jakbar.
No. Rekam Medis : 9000 - 01 - 39 - 38

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya, termasuk risiko dan kemungkinan komplikasi yang mungkin muncul.

Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan sangat tergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa.

Tanggal 29 / 9 / 2014 Pukul 18.00

Yang menyatakan

Dokter Pelaksana

([Redacted])
Nama & Tanda Tangan

([Redacted])
Nama & Tanda Tangan

Saksi dari Pasien

Saksi dari RS

([Signature])
Nama & Tanda Tangan

([Redacted])
Nama & Tanda Tangan

** Coret yang tidak perlu

315-20-002

Hal 2 dari 2

Gambar 1.9 Persetujuan Tindakan Kedokteran

D. UU RI TENTANG PRAKTIK KEDOKTERAN NO.29 TH 2004

Praktik Kedokteran adalah rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh dokter dan dokter gigi terhadap pasien dalam upaya pelayanan kesehatan. Dalam pasal 50 dan 51 dijelaskan tentang hak dan kewajiban dokter atau dokter gigi dan pasal 52 dan 53 menjelaskan tentang hak dan kewajiban pasien.

Pasal 46 ayat 1 dinyatakan bahwa Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis. Pada ayat 2 : Rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus segera dilengkapi setelah pasien selesai menerima pelayanan kesehatan. Ayat 3 “Setiap catatan rekam medis harus dibubuhi nama, waktu, dan tanda tangan petugas yang memberikan pelayanan atau tindakan”

Untuk memenuhi pasal 46 ini kiranya perlu dilakukan audit kelengkapan RM setiap pasien untuk menjamin terselenggaranya kelengkapan RM serta adanya nama, waktu dan tanda tangan petugas yang bertanggungjawab.

Sanksi yang diberikan bagi dokter dinyatakan pada pasal 79 ayat 2 dinyatakan bahwa dokter atau dokter gigi yang dengan sengaja tidak membuat RM seperti yang tercantum pada pasal 46 maka dapat dipidana dengan kurungan paling lama 1 (satu) tahun dan denda paling banyak RP.50.000.000,00 (lima puluh juta rupiah).

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

- 1) Sebutkan Peraturan -peraturan yang terkait dengan kelengkapan rekam medis!
- 2) Apa isi RM rawat jalan yang lengkap?
- 3) Apa isi RM rawat inap yang lengkap?
- 4) Apa isi RM Gawat Darurat yang lengkap?
- 5) Lembaran apa saja yang perlu dilengkapi bila pasien akan dilakukan suatu tindakan/ operasi?

Ringkasan

Pada topik ini menjelaskan tentang Peraturan yang terkait dengan kelengkapan RM. Dijelaskan tentang isi RM baik rawat jalan, rawat inap maupun gawat darurat yang tercantum dalam Kepmenkes 269 tahun 2008. Sedangkan Hak dan Kewajiban rumah sakit, Dokter/ dokter gigi, dan pasien ada dalam UU no.44 tahun 2009 tentang Rumah sakit . Hal yang terkait dengan penjelasan akan tindakan yang akan dilakukan juga persetujuan pelaksanaan tindakan tersebut ada pada Kepmenkes 290 tahun 2008 tentang persetujuan tindakan kedokteran. Terakhir terkait kewajiban dokter melengkapi RM terdapat pada UU Praktik Kedokteran no. 29 tahun 2004.

Tes 1

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

- 1) Keputusan Menteri kesehatan tentang Rekam Medis tahun 2008 mengatakan: **“rekam medis milik institusi pelayanan kesehatan”** sedangkan **“isinya milik pasien”**. Yang dimaksud dengan **“isi”**
 - A. Ringkasan keperawatan
 - B. Ringkasan pasien pulang
 - C. Lembar riwayat penyakit pasien
 - D. Catatan perkembangan
 - E. Identifikasi pasien

- 2) Tata cara penyelenggaraan RM di Rumah sakit diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI dibawah ini, yaitu
 - A. No. 260 /MENKES/PER/III/2008
 - B. No. 269 /MENKES/PER/III/2008
 - C. No. 296 /MENKES/PER/III/2008
 - D. No. 290 /MENKES/PER/III/2008
 - E. No. 209 /MENKES/PER/III/2008

- 3) Persetujuan tindakan kedokteran diatur dalam salah satu Keputusan Menteri Kesehatan RI dibawah ini, yaitu
- A. No. 260 /MENKES/PER/III/2008
 - B. No. 269 /MENKES/PER/III/2008
 - C. No. 296 /MENKES/PER/III/2008
 - D. No. 290 /MENKES/PER/III/2008
 - E. No. 209 /MENKES/PER/III/2008
- 4) Setiap pemberi pelayanan mengisi rekam medis mulai dari keluhan pasien hingga pemberian terapi yang kita singkat dengan SOAP. Pada S diisi
- A. Pemeriksaan fisik dan penunjang medis
 - B. Diagnosa
 - C. Terapi dan instruksi dokter
 - D. Keluhan pasien dan riwayat penyakit
 - E. Bukan salah satu di atas
- 5) Setiap pemberi pelayanan mengisi rekam medis mulai dari keluhan pasien hingga pemberian terapi yang kita singkat dengan SOAP. Pada P diisi....
- A. Pemeriksaan fisik dan penunjang medis
 - B. Diagnosa
 - C. Terapi dan instruksi dokter
 - D. Keluhan pasien dan riwayat penyakit
 - E. Bukan salah satu di atas
- 6) Sesudah memeriksa pasien dan membaca hasil penunjang , dokter menetapkan diagnosa pasien. Dalam catatan SOAP diagnosa terdapat di bagian
- A. Subjective
 - B. Objective
 - C. Assessment
 - D. Planning
 - E. Tidak pada S,O,A,P
- 7) Setiap lembaran dari Rekam Medis harus di absahkan (otentikasi) oleh
- A. Yang melengkapi lembaran tersebut
 - B. Penanggungjawab lembaran tersebut
 - C. Tim verifikasi

- D. Kepala Rekam Medis
 - E. Perawat ruangan
- 8) Setiap pencatatan yang dilakukan oleh dokter, dokter gigi atau pemberi pelayanan lainnya harus membubuhi.....
- A. Tandatangan
 - B. Waktu
 - C. Nama
 - D. A dan c
 - E. A,b dan c
- 9) Dalam kebijakan dari KEMENKES RI tahun 2008 isi minimal dari rekam medis yang belum tercantum adalah
- A. Rawat jalan
 - B. Rawat inap
 - C. Gawat darurat
 - D. Dalam keadaan bencana
 - E. Perawatan jangka panjang (LTC)
- 10) Dalam Permenkes tentang Rekam Medis tahun 2008 dikatakan bahwa bila ada kesalahan dalam pencatatan yang ada dalam RM dilakukan.....
- A. Pencoretan hingga tidak terlihat dan di paraf
 - B. Tipp-ex
 - C. Coret 1 garis dan di paraf
 - D. Biarkan saja yang salah dan tulis lagi di bawahnya
 - E. Dibuang lembaran tersebut dan tulis pada lembaran yang baru

Topik 2

Pendokumentasian Rekam Medis Yang Lengkap dan Siap Pakai

Apa yang dimaksud dengan rekam medis yang lengkap dan siap pakai? Rekam medis yang lengkap dan siap pakai adalah pendokumentasian rekam medis yang berbasis bukti, jelas, pengisian sesuai dengan aturan yang ditetapkan. Jadi apa yang ditulis sesuai dengan kenyataan yang ada.

Bagaimana proses pendokumentasian rekam medis yang lengkap dan akurat itu? Pada topik 2 (dua) ini dijelaskan syarat-syarat pendokumentasian yang baik dan lengkap dan berbasis bukti serta kriteria apa yang diperlukan.

Materi dalam topik ini meliputi:

1. Pengertian Konsep pendokumentasian klinis
2. Paradigma Pendokumentasian Klinis di Asuhan Kesehatan
3. Pendokumentasian Berbasis Bukti
4. Kriteria Pendokumentasian Klinis yang berkualitas Prima

A. PENGERTIAN KONSEP PENDOKUMENTASIAN KLINIS

Berdasarkan kamus medis dikatakan bahwa pendokumentasian klinis adalah memuat dan merekam informasi klinis yang umumnya pelaksanaannya saat berhadapan dengan pasien. Misalnya selama konsultasi, penilaian, dan perawatan.

Pendokumentasian klinis dilakukan baik secara manual maupun elektronik oleh dokter atau pemberi pelayanan kesehatan lainnya yang terkait dengan kondisi medis atau pengobatan pasien. Pendokumentasian klinis adalah utama artinya dokter atau perawat menggunakannya untuk berkomunikasi tentang pendapat mereka tentang kondisi pasien dan keputusan cara mengobati pasien. Agar dapat bermakna, tentu harus akurat, tepat waktu dan mencerminkan cakupan layanan yang diberikan.

Koder menggunakan Pendokumentasian klinis untuk menentukan kode diagnose dan tindakan pada RM pasien sehingga merupakan dasar pengkodean dengan menggunakan ICD-10, ICD-9CM dan CPT.

B. PARADIGMA PENDOKUMENTASIAN KLINIS DI ASUHAN KESEHATAN

Pada tahun 1960-an telah dimulai penggunaan proses komputer untuk operasional dan manajemen. Metode pendokumentasian klinisnya masih berbasis kertas. Pendokumentasian Klinis saat ini telah terjadi perubahan atau paradigma dari berbasis kertas menuju rekam kesehatan elektronik. Aplikasi awal penggunaan aplikasi komputer adalah untuk keperluan keuangan, penerimaan pasien dan pembayaran.

Pada tahun 2000-an, setiap laboratorium klinis di Amerika telah mulai menggunakan *system diagnostic* berbasis komputer dengan kemampuan pelaporan secara otomatis. Perlu dukungan *system software* yang akurat dan dapat dipercaya untuk mendukung diagnostic, prosedur medis dan tindakan/ operasi.

Namun demikian aplikasi sistem rekam kesehatan untuk manajemen informasi elektronik berjalan sangat lambat. Masih ada sebagian yang berbasis kertas dan sebagian telah menggunakan metode elektronik. Masih adanya pemeriksaan diagnostic Laboratorium, radiologi, laporan tindakan/ operasi, instruksi dan catatan perkembangan dalam bentuk kertas. Tingginya biaya menjadi satu diantara alasan lambatnya perubalemahnya standar han ini sesuai yang diharapkan. Namun demikian dengan sangat besarnya factor-faktor yang mendasari implementasi Rekam Kesehatan Elektronik (RKE) yang universal adalah kurang dipahaminya visi dan belum adanya standar dari fungsi RKE. Jadi perlu Pedoman system RKE termasuk parameter (ruang lingkup RKE), format (Yang perlu dimasukkan dam RKE), fungsi (penggunaan RKE).

Pada tahun 2003 timbullah *Hybrid Health Record* berisi Rekaman baik yang tertulis maupun yang elektronik.

Saat ini di Indonesia umumnya masih berbentuk *Hybrid Health Record*, beberapa rumah sakit berusaha untuk melanjutkan menuju RKE.

C. PENDOKUMENTASIAN BERBASIS BUKTI (EVIDENCE BASE DOCUMENTATION): TEORI PENDOKUMENTASIAN KLINIS YANG BERKUALITAS TINGGI

Pendokumentasian Klinis dalam RM pasien diatur secara ketat. Teori harus dimulai dari peraturan dan aspek legal. Dari pihak asuransi mengharapkan agar pemberi pelayanan menjaga RM pasien serta menentukan isi RM. Kementerian Kesehatan menentukan isi dari RM pasien yang dibahas pada Bab III tentang Penataan RM (Permenkes 269, Pasal 3 ayat 1 sd.6) dan mengatur kelengkapan isinya, pasal 4 tentang isi “Ringkasan yang Lengkap”, Pasal 5 tentang tata cara penyelenggaraan RM.

Di Amerika, Departement of Health and Human Services (HHS) bagian *Office Inspector General* (OIG) merekomendasikan petunjuk kelengkapan minimum pendokumentasian RM wajib:

1. RM lengkap dan dapat dibaca
2. Tercantum diagnosa yang lalu dan sekarang dalam RK
3. Mengidentifikasi factor resiko kesehatan secara tepat
4. Ada alasan untuk meminta pemeriksaan diagnostik dan penunjang lain
5. Mendokumentasikan perkembangan pasien dan reaksi perubahan pengobatan dan revisi lain dari diagnose.
6. Pendokumentasian saat masuk perawatan harus ada alasan dirawat bersama riwayat yang relevan, temuan dari pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan awal, penilaian-penilaian, kesan klinis, diagnose, rencana asuhan, tanggal pelayanan dan identitas pemberi pelayanan yang dapat dibaca

D. KRITERIA PENDOKUMENTASIAN KLINIS YANG BERKUALITAS PRIMA

1. ***(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*.

2. 7 Kriteria Pendokumentasian klinis yang berkualitas Prima

Ada 7 kriteria:

- a. Dapat dibaca /*Legible*
- b. Dapat Dipercaya /*Reliable*
- c. Tepat /*Precise*
- d. Lengkap /*Complete*
- e. Konsisten /*Consistent*
- f. Jelas /*Clear*
- g. 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 dapat dipercaya.

Contoh pendokumentasian klinis yang tidak dapat dipercaya:

Pasien masuk rawat dengan napas sesak dan sakit pada dada. Pasien diberi obat : lasix, oxyangen dan theophylline. Diagnosa akhir “ *acute exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)*”

Contoh pendokumentasian klinis yang dapat dipercaya:

Pasien diberi lasix untuk mengobati *Chronic Congestive Heart Failure (CHF)*. Dokter pada catatan perkembangan terakhir menulis diagnose” *acute exacerbation of bronchitis* dengan COPD dan acute dan chronic CHF. Pada kasus ini pasien menderita bronchitis dan COPD , dokumentasi awal tidak memenuhi kriteria baik untuk dapat dipercaya maupun presisi (lasix untuk CHF)

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.

Contoh pendokumentasian klinis yang tidak menggambarkan Precise:

Pasien masuk rawat dengan napas sesak dan sakit pada dada, demam dan batuk. Chest X-ray menunjukkan aspiration pneumonia. Diagnosa akhir dari dokter “Pneumonia”

Contoh pendokumentasian klinis yang menggambarkan Precise:

Pasien mereview Chest X-ray. Diagnosa akhir dari dokter pada resume “Aspiration Pneumonia”

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 kerja dan 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?)

Contoh pendokumentasian klinis yang tidak Lengkap:

Dokter meminta pemeriksaan kimia darah lengkap. Hasil : rendah Na, Mg dan K. Dokter tidak menulis diagnose berdasarkan hasil pemeriksaan ini, juga tidak melakukan pencatatan bahwa hasil pemeriksaan secara klinis tidak signifikan.

Contoh pendokumentasian klinis yang Lengkap:

Dokter mencatat perkembangan pasien sesudah hasil pemeriksaan diperoleh.. Hasil pemeriksaan kimia darah : Na 131, , Mg 1.3 dan K 3.1. Pasien dehidrasi. Pottasium dalam batas normal. Pasien telah diberi obat untuk hipertensi dan CAD.

Dokter tidak menulis diagnose bila hasilnya tidak mendukung diagnose. Maka dokter harus menulis “ Hasil tes yang abnormal tidak signifikan secara klinis”.

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,

maka dia harus mengklarifikasikan dan menambahkan pada resume atau catatan perkembangan akhir.

Contoh pendokumentasian klinis yang tidak konsisten

Pasien masuk melalui dokter poliklinik dengan vertigo dan confusion. Pada surat masuk diberi diagnose awal "*Transient Ischemic Attack (TIA)*" dan meminta konsultasi dengan dokter spesialis saraf. Setelah pemeriksaan dokter saraf pada konsultasi akhir diperoleh diagnose *cerebrovascular Accident (CVA)*. DPJP tidak mendokumentasikan Diagnosa yang diberikan dokter spesialis saraf. (Berarti diagnose DPJP dan dokter Sp.Saraf tidak konsisten)

Contoh pendokumentasian klinis yang konsisten

DPJP diminta untuk meninjau ulang hasil konsultasi dokter Sp. Saraf. DPJP menambahkan pada catatan perkembangan akhir pasien bahwa Diagnosa akhir adalah CVA.

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*"

Contoh pendokumentasian klinis yang tidak jelas

Pasien datang dengan syncope. Dokter menginstruksikan untuk dilakukan Ct Scan, MRI Otak, EKG, dan pemeriksaan darah, semua pemeriksaan ini menunjukkan kondisi dalam batas normal. Dokter menulis diagnose akhir "*Syncope*" saja

Contoh pendokumentasian klinis yang jelas

Dengan contoh yang sama dapat ditulis diagnosanya:

- a. *Syncope, etiology undetermined*
- b. *Syncope, possible bradycardia*
- c. *Syncope, probable TIA*

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.

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

- 1) Apa arti dari Pendokumentasian Klinis?
- 2) Pendokumentasian Klinis adalah utama, apa artinya?
- 3) Berdasarkan petunjuk kelengkapan minimum pendokumentasian RM wajib 6 hal, sebutkan!
- 4) Jelaskan Paradigma Pendokumentasian Klinis !
- 5) Apa arti dari *Evidence-Based Medicine* (EBM)?
- 6) Apa saja 7 Kriteria Pendokumentasian klinis yang berkualitas Prima?
- 7) Dari 7 kriteria di , kriteria “Timely” tidak dapat dikoreksi , Jelaskan!

Ringkasan

Bagian 2 ini menjelaskan tentang pengertian pendokumentasian klinis, paradig, **Evidence-Based Medicine (EBM)** dan penjelasan 7 kriteria pendokumentasian klinis.

Tes 2

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

- 1) 7 Kriteria Pendokumentasian klinis yang berkualitas Prima adalah
 - A. Dapat dibaca/*Legible*, Dapat Dipercaya/*Reliable*, Tepat/*Precise*, Lengkap/*Complete*, Inkonsisten /*Inconsistent*, Jelas /*Clear*, Tepat waktu /*Timely*
 - B. Dapat dibaca/*Legible*, Dapat Dipercaya/*Reliable*, Tepat/*Precise*, Lengkap/*Complete*, Konsisten /*Consistent*, Tidak jelas /*Unclear*, Tepat waktu /*Timely*
 - C. Dapat dibaca/*Legible*, Dapat Dipercaya/*Reliable*, Tepat/*Precise*, Tidak Lengkap/*Incomplete*, Konsisten/*Consistent*, Jelas/*Clear*, Tepat waktu/*Timely*

- D. Dapat dibaca/*Legible*, Dapat Dipercaya/*Reliable*, Tepat/*Precise*, Lengkap/*Complete*, Konsisten/*Consistent*, Jelas/*Clear*, Tepat waktu /*Timely*
- E. Semua benar
- 2) Konsistensi berarti sebagai contoh
- A. Pendokumentasian klinis pasien tidak bertentangan satu sama lain
- B. Tidak ada pertentangan pada catatan perkembangan dokter yang satu dengan dokter lainnya.
- C. Bila terjadi pendokumentasian yang bertentangan dokter Penanggung jawab pasien (DPJP) mempunyai hak lebih tinggi.
- D. Bila DPJP mendokumentasikan tulisannya sendiri yang saling bertentangan, maka dia harus mengklarifikasikan menambahkan pada resume atau catatan perkembangan akhir.
- E. Semua benar
- 3) Rekam Medis yang tidak dapat dimengerti faktanya karena
- A. Tulisan dokter yang tidak dapat ditafsirkan.
- B. Informasi yang tidak jelas pada RK nya.
- C. Ketidajelasan tulisan tangan umumnya hasil dari praktek pendokumentasian yang tergesa-gesa dan ceroboh.
- D. Bila RKE ketidakjelasan tulisan bukan menjadi masalah lagi. Namun demikian pembuatan RKE yang tergesa-gesa dan ceroboh dapat dikategorikan dalam tujuan “legible” ini.
- E. Semua benar
- 4) *Hybrid Health Record* merupakan RM yang berisi
- A. Rekaman yang tertulis
- B. Rekaman yang berbentuk gambar.
- C. Rekaman berbasis elektronik.
- D. Rekaman baik yang tertulis maupun yang elektronik.
- E. Rekaman baik yang tertulis maupun berbentuk gambar.
- 5) Rekam Medis yang ditulis dokter dan perawat berdasarkan fakta dan kondisi pasien, disebut memiliki kriteria.....
- A. Dapat dibaca /*Legible*
- B. Dapat Dipercaya/*Reliable*
- C. Tepat/*Precise*

- D. Lengkap /*Complete*
 - E. Konsisten /*Consistent*
- 6) Dalam Rekam Medis pasien saat masuk hingga pulang rawat berisi data yang ditulis dokter, perawat dan pemberi pelayanan lainnya yang sangat jelas diisi. Hal ini tepatnya dikatakan memiliki kriteria.....
- A. Dapat dibaca /*Legible*
 - B. Dapat Dipercaya /*Reliable*
 - C. Tepat /*Precise*
 - D. Lengkap /*Complete*
 - E. Konsisten /*Consistent*
- 7) Rekam Medis pasien yang dikirim ke ruang rawat digunakan oleh pemberi pelayanan selama pasien dirawat. Selesainya perawatan RM pasien dikembalikan dalam 24 jam setelah pulang . Hal ini tepatnya dikatakan memiliki kriteria
- A. Dapat dibaca /*Legible*
 - B. Dapat Dipercaya /*Reliable*
 - C. Tepat /*Precise*
 - D. Lengkap /*Complete*
 - E. Tepat waktu/*Timely*
- 8) Dalam Rekam Medis pasien saat masuk rawat berisi data pengukuran tensi oleh dokter dan perawat yang tidak sama . Hal ini tepatnya dikatakan tidak memiliki kriteria.....:
- A. Dapat dibaca /*Legible*
 - B. Dapat Dipercaya /*Reliable*
 - C. Tepat /*Precise*
 - D. Lengkap /*Complete*
 - E. Konsisten /*Consistent*
- 9) Dalam Rekam Medis pasien saat masuk rawat tidak ditemui lembaran pengkajian awal dari perawat . Hal ini tepatnya dikatakan tidak memiliki kriteria....
- A. Dapat dibaca /*Legible*
 - B. Dapat Dipercaya /*Reliable*
 - C. Tepat /*Precise*
 - D. Lengkap /*Complete*
 - E. Konsisten /*Consistent*

- 10) Dalam Rekam Medis dikatakan berbasis bukti perlu memenuhi kelengkapan minimum pendokumentasian RM wajib
- A. RM lengkap dan dapat dibaca
 - B. Tercantum Diagnosa yang lalu dan sekarang dalam RK
 - C. Mengidentifikasi faktor Risiko Kesehatan secara tepat
 - D. Ada alasan untuk masuk rawat
 - E. Semua benar.

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) B
- 2) B
- 3) D
- 4) D
- 5) C
- 6) C
- 7) B
- 8) E
- 9) E
- 10) C

Tes 2

- 1) D
- 2) E
- 3) E
- 4) D
- 5) B
- 6) A
- 7) E
- 8) E
- 9) D
- 10) E

Glosarium

Dokumen	: Surat yang tertulis atau tercetak yang dapat dipakai sebagai bukti keterangan
Analisis Kuantitatif	: Cara melakukan analisis dengan mereview pendokumentasian RM secara kuantitatif
<i>Assessment (A)</i>	: Interpretasi/ kesan kondisi saat ini merupakan hasil yang disimpulkan oleh pemberi asuhan (dokter) dari anamnesa dan hasil pemeriksaan fisik
<i>Clear</i>	: Jelas
<i>Complete</i>	: Lengkap: Memiliki Isi yang Maksimum; Teliti
<i>Consistent</i>	: Tidak bertentangan
Data Administratif	: Data-data identitas yang berguna untuk administrasi
Data Klinis	: Data-data yang didapat dalam pelayanan kesehatan mulai dari pemeriksaan fisik, diagnostik dan penunjang pelayanan kesehatan lainnya
<i>Evidence-Based Medicine (EBM)</i>	: :Dokter dalam hal ini praktisi kedokteran menggunakan data ilmiah terbaik yang tersedia
e KTP	: elektronik kartu tanda penduduk
<i>Hybrid Health Record</i>	: Rekam kesehatan yang berisi rekaman baik yang tertulis maupun yang elektronik .
ICD 10	: <i>International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem</i> digunakan untuk mencari kode penyakit pasien
ICD 9CM	: <i>International Classification of Disease 9th Revision Cincial Modification Sixth Edition</i> digunakan untuk mencari kode tindakan/ prosedur pasien
<i>Intelligible</i>	: Dimengerti
<i>Kuratif</i>	: Pengobatan, Upaya penyembuhan
<i>Legible</i>	: Cukup jelas untuk dibaca dan ditafsirkan
<i>Not Vague</i>	: tidak diragukan
<i>Objective (O)</i>	: Observasi /pemeriksaan fisik pada pasien oleh pemberi asuhan (dokter/ tenaga kesehatan lain) dan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan
<i>odontogram klinik</i>	: Gambaran gigi seseorang. Dokter gigi wajib membuat odontogram klinik bagi setiap pasien nya, disimpan

	sebagai bagian dari catatan dokter gigi dalam Rekam Medis pasien.
<i>Planning (P)</i>	: Rencana penatalaksanaan terapi dan pengobatan
Persetujuan Tindakan Kedokteran	: Persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien
<i>Precise</i>	: Akurat, Tepat, Pasti
<i>Preventif</i>	: Pencegahan, merupakan suatu pengendalian penyakit yang dilakukan untuk mencegah kejadian yang belum terjadi.
<i>Promotif</i>	: Penyuluhan, upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong dirinya sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat sesuai sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.
<i>Rehabilitatif</i>	: Upaya pemulihan pada keadaan sebelumnya
<i>Rekam Medis Konvensional</i>	: Rekam medis yang menggunakan media kertas
<i>Rekam Medis Elektronik (RME)</i>	: Rekam Medis yang menggunakan media elektronik
<i>Rekam Kesehatan Elektronik (RKE)</i>	: Rekam kesehatan yang menggunakan media elektronik
<i>Reliable</i>	: dapat dipercaya, aman, memberikan hasil yang sama saat diulang
Resume Medis	: Ringkasan Pulang
Ringkasan Klinis	: Ringkasan asuhan rawat jalan yang diberikan kepada pasien selama pasien mendapat pelayanan rawat jalan
Ringkasan Pulang	: Ringkasan asuhan medis yang diberikan kepada pasien dalam satu kali periode perawatan.
<i>Unambiguous</i>	: tidak dwiarti
SOAP	: Metode pencatatan rekam medis pasien
Subjective (S)	: Hasil anamnese mencakup keluhan dan riwayat penyakit sekarang dan yang lalu

Daftar Pustaka

Arens and Loebbeck, 2000, Auditing: An Integrated Approach, eight edition

Hatta, Gemala, 2008, Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan, UI Press, Jakarta, Indonesia

Odom-Wesley, Barbara and Brown, Diann, 2013, Documentation for MR, AHIMA, Chicago, Illinois

Pramesemara Ign., 2013, Keterampilan Klinik Dasar; Anamnesis dan Vital Sign.

<http://www.pramareola14.wordpress>

123rf, 2017, https://www.123rf.com/photo_2972529_the-control-of-work-of-heart--measurement-of-a-blood-pressure.html; 27Nopember 2017, 20.30

Rediff shop and gift, 2017, <http://shopping.rediff.com/product/omron-sem-1-automatic-blood-pressure-monitor-gift/10206602>; 27Nopember 2017, 20.40

WHO, 2017, http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Cover_Small.jpg ; 27Nopember 2017, 20.50

Tim penyusun Pusat Kamus, 2017, [www.kamus](http://www.kamus.BahasaIndonesia.org) Bahasa Indonesia.org, diambil 18 Nopember 2017, 13.04

Bab 2

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI ISI REKAM MEDIS

Lily Widjaya, SKM., MM

Pendahuluan

Fungsi utama dari Rekam Medis dengan format apa pun yang digunakan adalah sama, untuk melakukan pendokumentasian, pemrosesan dan penyimpanan data. Rekam Medis merupakan wadah utama pendokumentasian klinis sesuai dengan asuhan dan pengobatan yang spesifik bagi setiap pasien. Rekam Medis mempunyai berbagai fungsi. Fungsi utama dan terkait dengan hubungan yang spesifik antara pemberi pelayanan dan pasien. Fungsi penunjangnya terkait dengan hubungan antara lingkungan dalam pelayanan asuhan kesehatan dengan pasien. Fungsi rekam Medis yang lengkap diberikan pada Modul MIK 1.

Rekam Medis harus meliputi informasi pasien yang sama dan menggambarkan fungsi komunikasi yang sama tanpa memperhatikan media yang digunakan untuk pengumpulan, pemrosesan dan penyimpanan data. Modul ini menjelaskan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi isi rekam Medis baik dalam media kertas, elektronik dan *hybrid*.

Ada dua hal yang mempengaruhi isi rekam medis:

1. Jenis layanan kesehatan
2. Tipe format rekam medis

Materi dalam bab ini meliputi:

1. Jenis layanan kesehatan
2. Tipe Format Rekam Medis

Adapun kompetensi yang diharapkan setelah mempelajari materi adalah:

1. Mampu mengidentifikasi jenis layanan kesehatan di Indonesia terutama :
 - a. Memahami perkembangan rumah sakit di Indonesia
 - b. Memahami fungsi rumah sakit
 - c. Menguraikan jenis dan klasifikasi rumah sakit
2. Mampu membedakan berbagai jenis tipe format rekam medis dengan:
 - a. Menguraikan tipe format *Source Oriented Medical Record*
 - b. Menguraikan tipe format *Problem Oriented Medical Record*
 - c. Menguraikan tipe format *Integrated Oriented Medical Record*

Topik 1

Jenis Layanan Kesehatan

Memperoleh Layanan kesehatan merupakan hak setiap orang yang dijamin dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang harus diwujudkan dengan upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Berdasarkan Profil kesehatan di Indonesia tahun 2016, fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia tahun 2016 berkembang sangat pesat. Jumlah Puskesmas ada 9.767 unit, yang terdiri dari 3.411 unit Puskesmas rawat inap dan 6.356 unit Puskesmas non rawat inap. Sedangkan jumlah rumah sakit di Indonesia sebanyak 2601 terdiri dari 2.046 Rumah Sakit Umum (RSU) dan 555 Rumah Sakit Khusus (RSK).

A. PERKEMBANGAN LAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA

Memperoleh Layanan kesehatan merupakan hak setiap orang yang dijamin dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang harus diwujudkan dengan upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Berdasarkan Profil kesehatan di Indonesia tahun 2016, fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia tahun 2016 berkembang sangat pesat. Jumlah Puskesmas ada 9.767 unit, yang terdiri dari 3.411 unit Puskesmas rawat inap dan 6.356 unit Puskesmas non rawat inap. Sedangkan jumlah rumah sakit di Indonesia sebanyak 2601 terdiri dari 2.046 Rumah Sakit Umum (RSU) dan 555 Rumah Sakit Khusus (RSK).

1. Perkembangan Layanan Kesehatan di Indonesia

Tabel 2.1

Perkembangan Jumlah Rumah Sakit

Berdasarkan Penyelenggaraan Di Indonesia Tahun 2013 – 2016

No.	Penyelenggara	2013	2014	2015	2016
1	Kementerian Kesehatan	33	33	33	33
2	Kepolisian	41	42	42	42
3	Tentara Nasional Indonesia	118	127	125	125
4	Kementerian Lain	3	7	8	13

	Total (1-4)	195	209	208	213
	Pemerintah Daerah				
5	Pemerintah Provinsi	96	98	113	120
6	Pemerintah Kabupaten	455	463	469	480
7	Pemerintah Kota	92	93	98	97
	Total Milik Pemda(5-7)	643	654	680	697
	Swasta	1390	1543	1600	1691
	TOTAL	2228	2406	2488	2601
	Peningkatan Jumlah RS		7.99%	3.41%	4.54%

Sumber: Ditjen Pelayanan Kesehatan, Kemenkes RI, 2017

Tabel 2.2

Perbandingan Jumlah Rumah Sakit Milik Kementerian, Polri Dan Tni + Pemda Dengan Swasta Di Indonesia Tahun 2013 – 2016

No.	Penyelenggara	2013	2014	2015	2016	%
1	Kementerian, Polri dan TNI + Pemda	838	863	888	910	35%
2	Swasta	1390	1543	1600	1691	65%
	TOTAL	2228	2406	2488	2601	100%

Tabel 2.3

Perkembangan Jumlah Rumah Sakit Umum Dan Rumah Sakit Khusus Di Indonesia TAHUN 2013 – 2016

NO.	PENYELENGGARA	2013	2014	2015	2016
1	RS UMUM	1725	1855	1949	2046
2	RS KHUSUS	503	551	539	555
	TOTAL	2228	2406	2488	2601

Sumber: Ditjen Pelayanan Kesehatan, Kemenkes RI, 2017

Selain berdasarkan jenis pelayanannya, rumah sakit juga dikelompokkan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan menjadi Kelas A, Kelas B, Kelas C, dan Kelas D

Tabel 2.4
Persentase Rumah Sakit Menurut Kelas Di Indonesia Tahun 2016

No.	KELAS RUMAH SAKIT	%
1	KELAS A	2.42%
2	KELAS B	14.11%
3	KELAS C	41.25%
4	KELAS D	21.07%
5	BELUM DITETAPKAN KELASNYA	21.15%

Berdasarkan Undang-undang Rumah Sakit No.44 Tahun 2009, Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Organisasi rumah sakit paling sedikit terdiri atas:

- a. kepala Rumah Sakit / direktur Rumah Sakit;
- b. unsur pelayanan medis;
- c. unsur keperawatan;
- d. unsur penunjang medis;
- e. unsur administrasi umum dan keuangan;
- f. komite medis; dan
- g. satuan pemeriksaan internal.
- h. Bila diperlukan dapat dibentuk Dewan Pengawas RS

Fungsi dari rumah sakit :

- a. penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- b. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
- c. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
- d. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

1. Jenis dan Klasifikasi Rumah Sakit

Jenis dan klasifikasi rumah sakit berdasarkan UU RI No 44 tentang Rumah sakit tahun 2009 berdasarkan jenis pelayanan dapat dibagi atas:

- a. **Rumah sakit umum** adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit
- b. **Rumah sakit khusus** adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu , golongan umur, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya. Terdapat 19 (sembilan belas) jenis rumah sakit khusus:

Berdasarkan Jenis layanan dibagi atas:

- a. *Ambulatory Care*/ Rawat Jalan
- b. *Hospital Acute Care*/ Rawat Inap untuk penyakit Akut
- c. *Long Term Care*/ Rawat Inap Jangka Panjang untuk Penyakit Kronis dan Rehabilitasi

a. *Ambulatory Care*

Pelayanan Rawat Jalan terdapat di :

- 1) Rumah Sakit : UGD, Poliklinik, Day Surgery.
- 2) Di luar rumah sakit (bisa juga berafiliasi dg.RS):
Klinik milik RS tertentu
- 3) *Free Standing Ambulatory Care*/ Klinik bukan milik rumah sakit
 - a. Praktek dokter mandiri/ Klinik Bersama
 - b. Puskesmas
 - c. Klinik Bersalin
 - d. Klinik Gawat Darurat
 - e. Klinik Dialisis
 - f. Pusat Kesehatan Jiwa
- 4) *Onsite ambulatory care* (ex. Klinik di kampus, pabrik, Lembaga Pemasarakatan)
Berdasarkan Permenkes 269 tahun 2008 dikatakan bahwa isi minimal untuk RM rawat jalan :
 - a. identitas pasien;
 - b. Tanggal dan waktu;
 - c. Hasil anamnese mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
 - d. Hasil pemeriksaan fisik
 - e. Diagnosis;
 - f. Rencana penatalaksanaan;

- g. Pengobatan dan atau tindakan;
- h. Pelayanan lain yang telah diberikan pada pasien;
- i. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik dan
- j. Persetujuan tindakan bila diperlukan

Dari pelayanan rawat jalan ini maka kita butuhkan formulir yang wajib ada:

- a. Ringkasan Klinis Rawat Jalan
- b. Pengkajian awal Perawat
- c. Pengkajian awal Dokter
- d. Catatan Perkembangan terintegrasi
- e. Salinan Resep
- f. Hasil penunjang diagnostik bila ada
- g. Surat persetujuan tindakan bila diperlukan
- h. Surat kuasa dari pasien (bila informasi kesehatan akan diserahkan ke pihak ketiga)

b. Hospital Acute Care

- 1) **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)
- 2) **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)

c. Long Term Care

Pelayanan jangka panjang, dengan fasilitas perawatan dan rehabilitasi.

Length of stay (LOS) lebih dari 30 hari

Isi RM pada *Hospital Acute care* berbeda dengan *Long term care*

Pelayanan jangka panjang di bagi atas:

- 1) **Long term care untuk Penderita Penyakit Kronis**
 - Memerlukan perawatan u/ jangka waktu lama
 - Penyakit Kronis
 - Usia tua
 - Membutuhkan bantuan dan latihan dalam aktivitas keseharian
 - Rawat inap

2) **Rehabilitation care untuk pelayanan rehabilitasi**

- Memerlukan perawatan u/ jangka waktu lama
- Untuk penderita Cacat akibat faktor keturunan, kecelakaan atau cedera lainnya.
- Usia : semua umur
- Membutuhkan bantuan dan latihan keseharian yang lebih banyak seperti pendidikan dasar, latihan kerja dll.
- Rawat jalan dan rawat inap

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

- 1) Apa jenis dan klasifikasi rumah sakit berdasarkan undang-undang RS no 44. Tahun 2009?
- 2) Jelaskan jenis pelayanan rawat jalan
- 3) Apa beda LTC untuk penyakit kronis dan rehabilitasi

Ringkasan

Topik 1 ini menjelaskan tentang profil rumah sakit dan jenis layanan kesehatan di Indonesia yang menguraikan tentang jenis layanan rumah sakit di Indonesia, fungsi rumah sakit, klasifikasi rumah sakit serta jenis pelayanan di rumah sakit. Jenis layanan terdiri dari *ambulatory care*, *hospital acute care* dan *long term care*. Tiap jenis pelayanan kesehatan ini mempunyai lembaran RM yang berbeda pula.

Tes 1

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

- 1) Dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Rumah sakit didirikan oleh pemerintah yang dapat dimiliki oleh
 - A. Kementerian Kesehatan
 - B. Kementerian lainnya
 - C. Tentara Nasional Indonesia

- D. Kepolisian
 - E. Semua benar
- 2) Rumah sakit *Long Term Care* (LTC) umumnya sebagian besar rumah sakit khusus. Yang termasuk LTC
- A. RS Khusus Mata
 - B. RS Khusus Ibu dan Anak
 - C. RS Khusus Jiwa
 - D. RS Khusus THT
 - E. RS Khusus Kulit
- 3) Rumah sakit *Long Term Care* (LTC) umumnya sebagian besar rumah sakit khusus. Ada yang khusus yang lama rawatnya pendek
- A. RS Khusus Jantung
 - B. RS Khusus Kanker
 - C. RS Khusus Jiwa
 - D. RS Khusus THT
 - E. RS Khusus Kusta
- 4) *Satellite ambulatory care* unit merupakan pelayanan
- A. Unit rawat jalan, cabang dari sebuah rumah sakit
 - B. Unit penunjang diagnostik
 - C. Unit rawat jalan di daerah pinggiran
 - D. Poliklinik swasta yang berdiri sendiri
 - E. Praktek bersama
- 5) Poliklinik di rumah sakit merupakan bagian dari pelayan
- A. Rawat jalan dasar rumah sakit
 - B. *Ancillary care units*
 - C. Gawat darurat
 - D. Rawat inap rumah sakit
 - E. Penunjang lainnya
- 6) Dalam Permenkes 269 Tahun 2008 yang belum diatur mengenai isi minimal dari rekam Medis
- A. Rawat jalan
 - B. Rawat inap

- C. Gawat darurat
 - D. Dalam keadaan bencana
 - E. Perawatan jangka panjang (LTC)
- 7) Rumah sakit menurut kelas di Indonesia dibagi atas
- A. Kelas A
 - B. Kelas B
 - C. Kelas C
 - D. Kelas D
 - E. Semua benar
- 8) Satu diantara isi Rekam Medis rawat jalan
- A. Observasi Klinis
 - B. Intake output cairan
 - C. Pengkajian perawat klinik
 - D. Pengkajian awal perawat ruangan
 - E. Pengkajian awal dokter ruangan
- 9) Satu diantara isi Rekam Medis gawat darurat
- A. Observasi Klinis
 - B. Intake output cairan
 - C. Pengkajian perawat klinik
 - D. Pengkajian awal perawat IGD
 - E. Pengkajian awal dokter ruangan
- 10) Satu diantara isi Rekam Medis spesifik pasien korban bencana adalah
- A. Observasi Klinis
 - B. Intake output cairan
 - C. Pengantar pasien
 - D. Orang yang menemukan pasien
 - E. Pengkajian awal dokter ruangan

Topik 2

Tipe Format Rekam Medis

Format RM : Merupakan suatu pola pengorganisasian (Pola RM) dari form – form / lembaran-lembaran dan /atau isi dalam RM.

Ada 3 jenis pola Rekam Medis :

- **Source Oriented Medical Record (SOMR)**
- **Problem Oriented Medical Record (POMR)**
- **Integrated Medical Record (IMR)**

A. **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.

Keuntungan dari SOMR :

Laporan terorganisir berdasarkan setiap sumber pelayanan dalam suatu bagian sehingga memudahkan untuk menentukan penilaian, pengobatan dan observasi pada setiap pelayanan yang telah diberikan.

Kerugian SOMR :

Tidak mungkin untuk menentukan secara cepat masalah dan pengobatan yang telah diberikan kepada pasien pada suatu waktu, karena data terkumpul berdasarkan pelayanan yang diberikan bukan berdasarkan masalah / problem atau integrasi dari waktu berikutnya, sehingga harus ditelusuri per tanggal pada setiap pemberi asuhan dan pelayanan.

B. PROBLEM ORIENTED MEDICAL RECORD (POMR)

Diperkenalkan oleh Lawrence L. Weed, MD tahun 1960.

POMR suatu tipe format RM yang pendokumentasiannya mencerminkan pikiran yang logis pada pelayanan yang diberikan dokter. Dokter menyimpulkan dan mengikuti setiap problem klinis secara individu (sendiri-sendiri) dan memecahkan masalah tersebut secara bersama-sama.

Pada tipe format POMR ini lebih mudah bagi pemberi pelayanan. Disusun berdasarkan daftar masalah.

POMR mempunyai 4 bagian :

1. *Data Base* (Data Dasar)
2. *Problem List* (Daftar Masalah)
3. *Initial Plan* (Rencana Awal)
4. *Progress Notes* (Catatan Perkembangan)

1. Data Base (Data Dasar)

Data dasar yang harus ada pada setiap pasien, termasuk : Keluhan utama, penyakit yang ada sekarang ini, data sosial yang terkait, riwayat penyakit dan kondisi dari sistem tubuh, pemeriksaan fisik, data dasar laboratorium.

2. Problem List (Daftar Masalah):

Terletak pada bagian depan dari berkas rekam medis

Problem list adalah daftar segala masalah yang perlu ditangani atau disebut diagnosa kerja termasuk masalah kesehatan, sosial, ekonomi, demografi saat dulu dan sekarang.

The Problem List harus merupakan masalah-masalah yang telah diketahui oleh dokter seperti:

Keluhan utama, Present illness(es), Riwayat sosial, Riwayat medis

Hasil pemeriksaan: Symptom (gejala-gejala), temuan-temuan yang abnormal, temuan-temuan secara fisiologi,

Diagnosa sebagai hasil dari pemeriksaan

Kondisi dengan "Suspected" (kemungkinan) tidak termasuk dalam problem list tapi dalam initial plan.

Penambahan atau perubahan dilakukan dalam problem list sebagai masalah baru yang diperoleh dan diputuskan sebagai masalah. Problem tidak boleh dihapus, ditandai dengan "dropped" atau "resolved" (telah diselesaikan) dan diberi tanggal.

Problem diberi judul dan nomor. Dibuat sebagai suatu tabel.

Fungsi dari problem list:

- Meregister semua masalah
- Menjaga efisiensi, ketelitian dan dapat dipercaya bahwa pengobatan pasien dilakukan secara menyeluruh
- Sebagai alat Komunikasi dengan sesama dokter, pasien, profesional lain dan untuk si dokter sendiri
- Mengindikasikan status masalah: aktif, inaktif atau sudah dipecahkan
- Sebagai petunjuk dalam asuhan pasien.

3. ***The Initial Plans (Rencana Awal)***

“Rencana Awal” menyelesaikan apa yang akan dilakukan untuk mempelajari lebih mendalam mengenai kondisi pasien, pengobatan pasien, dan memberi penjelasan kepada pasien mengenai keadaannya.

Rencana khusus untuk setiap masalah digambarkan dalam 3 kategori :

- a. Informasi yang lebih luas tentang diagnosa (Kemungkinan-kemungkinan yang dipikirkan /suspected, rule out, termasuk dalam rencana awal ini)
- b. Terapi (termasuk rencana obat-obatan yang diberikan, prosedur, sasaran, kemungkinan - kemungkinan yang akan dilakukan)
- c. Penjelasan / pendidikan kepada pasien.
- d. Rencana awal diberikan nomor sesuai dengan nomor pada problem list.

4. ***Progress Notes (Catatan Perkembangan):***

Catatan perkembangan berisi terkait *follow up* dari setiap masalah, mengindikasikan;

- a. Apa yang terjadi pada pasien
 - b. Apa yang direncanakan untuk pasien
 - c. Bagaimana reaksi pasien terhadap terapi yang diberikan
- Diberi nomor dan judul sesuai dengan problem list

Isi :

Subjective (Simptom): sesuai dengan keluhan pasien

Objective : Observasi dokter dan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan

Assessment :Interprestasi/ kesan kondisi saat ini

Plan Statements: rencana pengobatan

Oleh karena itu Progress notes disebut juga SOAP

Dan POMR disebut SOAPING

Progress Notes dibuat secara narasi untuk menjelaskan perkembangan kondisi pasien, dibutuhkan lembaran tambahan bila banyak faktor yang perlu diperhatikan atau kondisi pasien cepat berubah. Discharge summary (ringkasan keluar) dan catatan pindah termasuk dalam progress notes.

Dr. Weed menganjurkan untuk menggunakan formulir-formulir lain seperti instruksi dokter, laporan konsultasi, catatan perawat, dengan diberi judul dan nomor problem.

Keuntungan POMR:

- a. Dokter diharapkan untuk mempertimbangkan seluruh problem pasien dalam segala keadaan.
- b. Catatan jelas :
- c. Mengidentifikasi tujuan dan metoda pengobatan.
- d. Pendidikan Kesehatan (Lengkapnya catatan dari dokter)
- e. Proses menjaga mutu lebih mudah sebab data telah tersusun.

Kerugian POMR:

- a. Pelatihan dan tanggung jawab tambahan bagi staf profesional dan staf kesehatan.
- b. Tidak banyak fasilitas pelayanan akut melaksanakan POMR secara penuh, banyak dari profesional kesehatan menggunakan SOAP form dari Progress Notes.

C. IMR (INTEGRATED MEDICAL RECORD)

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

Keuntungan :

Perkembangan pasien dapat diketahui secara cepat, oleh karena seluruh catatan disatukan. Mengurangi jumlah form dan mendorong pelayanan kesehatan bekerja secara tim.

Kerugian :

Hanya 1 orang pemberi pelayanan yang dapat mencatat perkembangan pasien pada satu waktu. Sulit mengidentifikasi pekerjaan perorangan, kecuali catatan yang biasanya ada titel dari pencatat dan dokter sering merasa catatan hanya menitik beratkan pada kebiasaan untuk membedakannya dengan profesi lain yang memberikan pelayanan kepada pasien.

Keputusan menentukan format RM adalah staf kesehatan dengan persetujuan komite RM.

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

- 1) Apa saja yang mempengaruhi isi Rekam Medis?
- 2) Apa jenis pelayanan yang Anda ketahui?
- 3) Tipe format RM ada berapa jenis?
- 4) Apa beda tipe format SOMR dan IMR?
- 5) Tipe format POMR sebaiknya digunakan untuk jenis pelayanan apa?
- 6) Jelaskan pembagian isi RM berdasarkan tipe format POMR!

Ringkasan

Topik 2 ini menjelaskan tentang Isi Rekam Medis dipengaruhi oleh tipe format Rekam Medis selain oleh jenis dan klasifikasi rumah sakit . Dengan mengenal jenis pelayanan maka dapat dipilih tipe format yang tepat untuk tiap pelayanan. Untuk menata Rekam Medis yang baik maka perlu memahami jenis pelayanan dan tipe format Rekam Medis yang ada. Tipe format RM terdiri dari SOMR, POMR dan IMR. Rumah sakit di Indonesia menggunakan tipe format IMR yaitu rekam medis yang terintegrasi. Sedangkan POMR sebaiknya digunakan untuk rumah sakit LTC.

Tes 2

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

- 1) Keuntungan dari tipe SOMR
 - A. Lebih mudah bagi pemberi pelayanan karena diformat berdasarkan masalah yang ada
 - B. Proses menjaga mutu lebih mudah sebab data tersusun berdasarkan pemberi pelayanan.
 - C. Mengurangi jumlah form, pemberi pelayanan mencatat pada lembaran yang sama dan mendorong mereka bekerja secara tim,.
 - D. Tidak sulit mengakses Rekam Medis yang diperlukan pemberi pelayanan kesehatan.
 - E. Mudah untuk meng"update" oleh para pemberi pelayanan pada waktu yang sama.

- 2) Keuntungan dari tipe IMR:
 - A. Lebih mudah bagi pemberi pelayanan karena diformat berdasarkan masalah yang ada
 - B. Proses menjaga mutu lebih mudah sebab data tersusun berdasarkan pemberi pelayanan.
 - C. Mengurangi jumlah form, pemberi pelayanan mencatat pada lembaran yang sama dan mendorong mereka bekerja secara tim,.
 - D. Tidak sulit mengakses Rekam Medis yang diperlukan pemberi pelayanan kesehatan.
 - E. Mudah untuk meng"update" oleh para pemberi pelayanan pada waktu yang sama.

- 3) Keuntungan dari tipe POMR
 - A. Lebih mudah bagi pemberi pelayanan karena diformat berdasarkan masalah yang ada
 - B. Proses menjaga mutu lebih mudah sebab data tersusun berdasarkan pemberi pelayanan.
 - C. Mengurangi jumlah form, pemberi pelayanan mencatat pada lembaran yang sama dan mendorong mereka bekerja secara tim,.
 - D. Tidak sulit mengakses Rekam Medis yang diperlukan pemberi pelayanan kesehatan.
 - E. Mudah untuk meng"update" oleh para pemberi pelayanan pada waktu yang sama.

- 4) Keuntungan dari Elektronik MR
- A. Lebih mudah bagi pemberi pelayanan karena diformat berdasarkan masalah yang ada
 - B. Proses menjaga mutu lebih mudah sebab data tersusun berdasarkan pemberi pelayanan.
 - C. Pemberi pelayanan mencatat pada lembaran yang sama dan mendorong mereka bekerja secara tim,.
 - D. Rekam Medis manual masih diperlukan pemberi pelayanan kesehatan.
 - E. Mudah untuk meng"update" oleh para pemberi pelayanan pada waktu yang sama.
- 5) Dalam tipe format POMR rekam medis dibagi dalam empat bagian yaitu
- A. Data Base, Diagnosis, Initial Plan, Progress Notes
 - B. Data Base, Problem List, Therapy, Progress Notes
 - C. Data Base, Problem List, Initial Plan, Therapy
 - D. Anamnesa, Problem List, Initial Plan, Progress Notes
 - E. Data Base, Problem List, Initial Plan, Progress Notes
- 6) Setiap pemberi pelayanan mengisi rekam medis mulai dari keluhan pasien hingga pemberian terapi yang kita singkat dengan SOAP. Pada S diisi
- A. Pemeriksaan fisik dan penunjang medis
 - B. Diagnosa
 - C. Terapi dan instruksi dokter
 - D. Keluhan pasien dan riwayat penyakit
 - E. Bukan salah satu di atas
- 7) Setiap pemberi pelayanan mengisi rekam medis mulai dari keluhan pasien hingga pemberian terapi yang kita singkat dengan SOAP. Pada O diisi....
- A. Pemeriksaan fisik dan penunjang medis
 - B. Diagnosa
 - C. Terapi dan instruksi dokter
 - D. Keluhan pasien dan riwayat penyakit
 - E. Bukan salah satu di atas
- 8) Setiap pemberi pelayanan mengisi rekam medis mulai dari keluhan pasien hingga pemberian terapi yang kita singkat dengan SOAP. Pada A diisi
- A. Pemeriksaan fisik dan penunjang medis
 - B. Diagnosa

- C. Terapi dan instruksi dokter
 - D. Keluhan pasien dan riwayat penyakit
 - E. Bukan salah satu di atas
- 9) Setiap pemberi pelayanan mengisi rekam medis mulai dari keluhan pasien hingga pemberian terapi yang kita singkat dengan SOAP. Pada P diisi
- A. Pemeriksaan fisik dan penunjang medis
 - B. Diagnosa
 - C. Terapi dan instruksi dokter
 - D. Keluhan pasien dan riwayat penyakit
 - E. Bukan salah satu di atas

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) E
- 2) C
- 3) D
- 4) A
- 5) A
- 6) E
- 7) E
- 8) C
- 9) D
- 10) D

Tes 2

- 1) B
- 2) C
- 3) A
- 4) E
- 5) E
- 6) D
- 7) A
- 8) B
- 9) D

Glosarium

- Ambulatory Care : Asuhan Rawat Jalan
- Assessment (A) : Interpretasi/ kesan kondisi saat ini merupakan hasil yang disimpulkan oleh pemberi asuhan (dokter) dari anamnesa dan hasil pemeriksaan fisik
- Long Term Care : Pelayanan jangka panjang, dengan fasilitas perawatan dan rehabilitasi. Length of stay (LOS) > 30 hari
- Objective (O) : Observasi /pemeriksaan fisik pada pasien oleh pemberi asuhan (dokter/ tenaga kesehatan lain) dan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan
- Planning (P) : Rencana penatalaksanaan terapi dan pengobatan
- Rumah Sakit : institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat
- SOAP : Metode pencatatan rekam medis pasien
- Subjective (S) : Hasil anamnesa mencakup keluhan dan riwayat penyakit sekarang dan yang lalu

Daftar Pustaka

Hatta, Gemala, 2008, Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan, UI Press, Jakarta, Indonesia)

Odom-Wesley et.al., 2013, Documentation for MR, AHIMA, 2013, Chicago, Illinois)

Kemkes RI, 2017, Profil Kesehatan Indonesia, Jakarta : Kementerian Kesehatan RI. 2017

Bab 3

AUDIT PENDOKUMENTASIAN REKAM MEDIS

Lily Widjaya, SKM.,MM.

Pendahuluan

Rekam Medis merupakan dokumen permanen dan legal yang harus mengandung isian yang cukup lengkap tentang identitas pasien, kepastian diagnosa dan terapi serta merekam semua hasil yang terjadi. Berkas Rekam Medis yang telah ditata dengan rapi dan lengkap merupakan berkas yang layak untuk dimanfaatkan bagi yang membutuhkan pada masa selanjutnya

Audit pendokumentasian Rekam Medis dengan melakukan analisis secara rutin terhadap isi RM harus dijalankan agar pengelolaan isi RM dapat memenuhi tujuan:

1. Sebagai alat komunikasi informasi asuhan pasien
2. Untuk memenuhi persyaratan sebagai barang bukti legal berkaitan dengan Penanganan penyakit pasien
3. Rincian penagihan biaya
4. Evaluasi para ahli
5. Melengkapi data klinis pasien
6. Kebutuhan administrasi
7. Riset dan Edukasi
8. Kesehatan Masyarakat
9. Pemasaran dan Perencanaan dalam pengambilan keputusan

Praktisi Rekam Medis dipercaya untuk menganalisis pendokumentasian Rekam Medis dan memberitahu kepada atasannya dan Panitia Rekam Medis bila ada kekurangan atau inkonsistensi yang mengakibatkan RM menjadi tidak lengkap atau tidak akurat.

Berbagai tipe kajian bisa dilaksanakan pada berbagai kurun waktu yang relatif beda dengan saat pelayanan pasien terjadi. Setiap fasilitas pelayanan hendaknya menentukan jenis analisis yang harus dijalankan sesuai kepentingan, pengaturan dokumentasi dan kebijakan staf medis yang ada.

Materi dalam bab ini meliputi:

1. Audit Kuantitatif Pendokumentasian Rekam Medis
2. Audit Kualitatif Pendokumentasian Rekam Medis
3. Hal lain terkait Audit Pendokumentasian Rekam Medis

Setelah mempelajari bahan ajar ini, Anda diharapkan mampu:

1. Memahami teori Audit Kuantitatif pendokumentasian Rekam Medis
2. Memahami teori Audit kualitatif pendokumentasian rekam medis
3. Memahami hal lain terkait pendokumentasian rekam medis

Topik 1

Audit Kuantitatif Pendokumentasian Rekam Medis

Edna K.Huffman dalam bukunya menyatakan: *“An Adequated Medical Records Indicates Adequate Care and A Poor Medical Records Indicates Poor Care”*. Dikatakan 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 .

Dalam Topik 1 ini Anda memperoleh materi tentang Audit pendokumentasian rekam medis secara kuantitatif meliputi:

1. Definisi, tujuan analisis kuantitatif
2. Komponen-komponen dasar analisis kuantitatif
3. Cara menyiapkan/ menyeleksi RM yang akan dianalisis
4. Lembaran kerja analisis kuantitatif
5. Analisis-Evaluasi Hasil Audit Kuantitatif RM
6. Memberikan Rekomendasi dari Analisis-Evaluasi Hasil Audit Kuantitatif RM

A. ANALISIS KUANTITATIF

1. Pengertian Analisis Kuantitatif

A.Kuantitatif adalah telaah /review bagian tertentu dari isi RM dengan maksud menemukan kekurangan, khususnya yang berkaitan dengan pendokumentasian RM.

Berdasarkan Russo (2013): Analisis Kuantitatif adalah telaah /review Rekam Medis untuk memastikan kelengkapan dan keakuratan. Penulisan/ pendokumentasian Rekam Medis ini diatur oleh Kepala bagian Rekam Medis/ Informasi Kesehatan bersama dengan Pemberi pelayanan kesehatan terkait.

Pendokumentasian ini harus sesuai dengan:

- a. Peraturan Staf Medis
- b. Peraturan Administratif
- c. Standarisasi perizinan
- d. Akreditasi
- e. Badan pemberi sertifikat

Analisis kuantitatif dilakukan oleh tenaga RM perlu “tahu”/ kompetensi tentang:

- Jenis formulir yang digunakan
- jenis formulir yang harus ada
- orang yang berhak mengisi RM dan
- orang yang harus melegalisasi penulisan

Yang dimaksud dengan “tahu” yakni: dapat mengidentifikasi (mengenal, menemukan) bagian yang tidak lengkap ataupun belum tepat pengisiannya.

Perlu ada daftar dari seluruh catatan yang harus ada, sehingga dapat diperiksa bagian mana yang tidak ada atau tidak dilengkapi.

Contoh:

- Tidak ada hasil pemeriksaan Patologi Anatomi.
- Tidak ada catatan perkembangan
- Resume tidak lengkap
- Diagnosa akhir tidak ada
- Inform consent belum di tandatangani pasien
- Penulisan diagnosa dengan singkatan yang tak lazim

2. Tujuan Analisis Kuantitatif

Analisis Kuantitatif mempunyai tujuan sebagai berikut:

- a. Menentukan sekiranya ada kekurangan agar dapat dikoreksi dengan segera pada saat pasien dirawat, dan item kekurangan belum terlupakan, untuk menjamin efektifitas kegunaan isi RM di kemudian hari. Yang dimaksud dengan koreksi ialah perbaikan sesuai keadaan yang sebenarnya terjadi.
- b. Untuk mengidentifikasi bagian yang tidak lengkap yang dengan mudah dapat dikoreksi dengan adanya dibuat suatu prosedur sehingga Rekam Medis menjadi lebih lengkap dan dapat dipakai untuk guna rekam medis yaitu untuk *Administratif, Legal, Fiscal, Reseach, Education, Documentation, Public-Health, dan Marketing-Planning* atau disingkat dengan ALFRED–PH- MP . Hal ini yang terpenting adalah untuk:
 - 1) Pelayanan pasien
 - 2) Melindungi semua pihak dari kasus Hukum
 - 3) Memenuhi Peraturan yang ada
 - 4) Agar analisis Data dan Statistik akurat

B. KOMPONEN-KOMPONEN ANALISIS KUANTITATIF

Dalam melakukan aduti kuantitatif, pendokumentasian rekam medis dibagi dalam beberap komponen dasar. Komponen dasar ini meliputi suatu review Rekam Medis:

- a. Memeriksa identifikasi pasien pada setiap lembaran Rekam Medis
- b. Adanya semua laporan/pencatatan yang penting sebagai bukti rekaman.
- c. Adanya autentikasi penulis/ Keabsahan Rekaman
- d. Terciptanya pelaksanaan rekaman/ pendokumentasian yang baik.

1. Identifikasi Pasien.

Minimal setiap lembar berkas mempunyai :

→ Nama dan Nomor Rekam Medis pasien.

Bila ada lembaran yang tanpa identitas harus di review untuk menentukan milik siapa lembaran tersebut. Dalam hal ini bila audit dilakukan sebelum pasien pulang (*Concurrent Analysis*) lebih baik oleh karena lebih cepat mengetahui identitasnya daripada dilakukan setelah pasien pulang (*Retrospective Analysis*).

2. Adanya semua Laporan/ Catatan yang penting sebagai bukti rekaman

Ada lembaran laporan yang standar terdapat dalam Rekam Medis.

Contoh:

- a. Mulai dari saat pasien mendaftar rawat inap sebagai bukti penjelasan tentang hak dan kewajiban pasien dalam bentuk “Persetujuan Umum (*General Consent*)”:
- b. Formulir Pasien Masuk dan Keuar
- c. Pengkajian awal dokter berupa Lembar Anamnesa dan Riwayat penyakit pasien dan/ keluarga dan Pemeriksaan Fisik, diagnosa awal dan Pengkajian Perawat
- d. Rencana penatalaksanaan berupa Asuhan Keperawatan oleh perawat dan diikuti instruksi dokter
- e. Kemudian diikuti dengan Catatan Perkembangan baik oleh dokter dan perawat
- f. Observasi klinik, kalau perlu ada catatan intake-output cairan
- g. Terakhir berupa Rencana pasien pulang, ringkasan perawat dan Ringkasan riwayat pulang

Lembaran tertentu kadang kala ada tergantung kasus pasien.

Contoh: Laporan operasi, anestesi dan hasil Patologi Anatomi.

Penting ada tanggal dan jam pencatatan , sebab ada kaitannya dengan peraturan pengisian.

Contoh: Lembaran riwayat pasien dan pemeriksaan fisik harus diisi kurang dari 24jam sesudah pasien masuk rawat. Analisis Kuantitatif harus dilakukan dengan cara *Concurrent Analysis* agar dapat segera dibuat. Tetapi bila sesudah pasien pulang (*Retrospective Analysis*) maka ini sudah

dianggap dengan “*deficiency*”. Demikian juga bila pasien dioperasi dan tidak dibuat laporan operasi saat dioperasi maka tidak dapat ditambahkan belakangan. (= “*deficiency*”)

Bila pasien yang dirawat tidak dikunjungi oleh dokter pada hari tertentu maka tidak ada catatan perkembangan yang ditulis oleh dokter pada hari tersebut. Berarti dokter tersebut tidak boleh diminta membuatnya pada hari berikutnya.

3. Review Autentikasi/ Keabsahan Rekaman

Autentikasi dapat berupa:

- a. Nama atau Cap/ stempel , dan inisial yang dapat diidentifikasi
- b. Tanda tangan, dalam Rekam Medis atau
- c. Kode seseorang untuk komputerisasi.
- d. Harus ada titel/ gelar profesional (Dokter, Perawat)

Tidak boleh ditanda tangani oleh orang lain selain penulis, kecuali bila ditulis oleh dokter jaga atau mahasiswa maka tanda tangan si penulis di tambah *countersign* oleh supervisor dan ditulis “telah direview dan dilaksanakan atas instruksi dari atau telah diperiksa oleh

4. Review Tata Cara Pendokumentasian

- a. Analisis Kuantitatif memeriksa pencatatan yang tidak lengkap dan yang tidak dapat dibaca . Hal ini dapat dilengkapi dan diperjelas .
- b. Memeriksa baris perbaris dan bila ada yang kosong diberi tanda/ digaris sehingga tidak dapat diisi belakangan.
- c. Tidak diperbolehkan menggunakan singkatan yang belum diatur dalam buku Pedoman Pelayanan Rekam Medis
- d. Bila ada salah pencatatan maka bagaiman yang salah digaris dan catatan tersebut masih terbaca, kemudian diberi keterangan disampingnya bahwa catatan tersebut salah / salah menulis Rekam Medis pasien lain.

C. MENYIAPKAN/ MENYELEKSI 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 :

1. Menyiapkan instrument
2. Memilih metode Analisis.

Untuk itu mari kita bahas satu persatu

1. Instrumen Pengumpulan, Pengolahan, dan Penyajian Data analisis kuantitatif

- a. Lembaran Kerja Pengumpulan Data Audit Kuantitatif R M
- b. Lembaran Kerja Rekapitulasi Data guna Pengolahan Data Audit Kuantitatif RM
- c. Lembaran Kerja Rekapitulasi Keempat Komponen guna Penyajian Data Audit Kuantitatif RM

Tabel 3.1 Lembaran Kerja Pengumpulan Data Untuk Audit Kuantitatif R M

No.	No.RM	IDENTIFIKASI PASIEN				KELENGKAPAN LAPORAN/ CATATAN YANG PENTING					AUTENTIKASI PENULIS				CATATAN YANG BAIK			KETE RANGAN
		Nama	No.RM	Tgl. Lahir/ umur	Jenis K.	Pengkajian awal	Cat.Perkembangan	Informed C.	Bukti Pengobatan &	Cat. Saat pulang	Nama Dr.	TT.Dr	Nam perawat	Tt. Perawat	Tdk ada coretan	tdk ada tipp- ex	Tdk ada bag. Kosong	
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
	Σ																	

Tabel 3.2 Lembaran Kerja Rekapitulasi Audit Kuantitatif RM

Jumlah Berkas yang dianalisis

Tanggal:

NO.	KRITERIA ANALISIS	KELENGKAPAN / BAIK	
		JUMLAH	PROSENTASE
IDENTITAS PASIEN			
1.	Nama		
2.	No.Rekam Medis		
3.	Tanggal Lahir		
4.	Jenis Kelamin		
	Average		
KELENGKAPAN LAPORAN/ CATATAN YANG PENTING			
1.	Pengkajian awal		
2.	Cat.Perkembangan		
3.	Informed C.		
4.	Bukti Pengobatan & Perawatan		
5.	Cat. Saat pulang		
	Average		
AUTENTIKASI PENULIS			
1.	Nama Dokter		
2.	T.tangan Dokter		
3.	Nama Perawat		
4.	T.tangan Perawt		
	Average		
CATATAN YANG BAIK			
1.	Tidak ada Coretan		
2.	Tidak ada Tipp-ex		
3.	Tidak ada Bagian yang kosong		
	Average		
	AVERAGE		

Kesan:

Saran:

Tabel 3.3

Lembaran Kerja Analisis Kuantitatif Komponen 1 Identitas Pasien

NO.	KOMPONEN ANALISIS	KELENGKAPAN	
		JUMLAH	PROSENTASE
	IDENTITAS PASIEN		
1.	Nama	a	$a/M \times 100\%$
2.	No.Rekam Medis	b	$b/M \times 100\%$
3.	Tanggal Lahir	c	$c/M \times 100\%$
A	Average	A=avg a,b,c	$(a+b+c)/M \times 100\%$

M = Jumlah RM yang dianalisis

Tabel 3.4 Lembaran Kerja Analisis Kuantitatif Komponen kedua Catatan Yang Penting

NO.	KOMPONEN ANALISIS	KELENGKAPAN	
		JUMLAH	PROSENTASE
	KELENGKAPAN CATATAN YANG PENTING		
1.	Pengkajian Awal	d	$d/M \times 100\%$
2.	Catatan Pengobatan dan perawatan	e	$e/M \times 100\%$
3.	Informed C.	f	$f/M \times 100\%$
4.	Bukti Pengobatan & Perawatan	g	$g/M \times 100\%$
5.	Cat. Saat pulang	h	$h/M \times 100\%$
B	Average	B=avg d,e,f,g,h	$(d+e+f+g+h)/M \times 100\%$

M = Jumlah RM yang dianalisis

Tabel 3.5

Lembaran Kerja Analisis Kuantitatif Komponen Ketiga Autentikasi/ Keabsahan Penulis

NO.	KOMPONEN ANALISIS	KELENGKAPAN	
		JUMLAH	PROSENTASE
	AUTENTIKASI PENULIS		
1.	Nama Dokter	i	$i/M \times 100\%$
2.	Tanda tangan Dokter	j	$j/M \times 100\%$
3.	Nama Perawat	k	$k/M \times 100\%$
4.	Tanda tangan Perawat	l	$l/M \times 100\%$
C	Average	C=avg i,j,k,l	$(j+k+l)/M \times 100\%$

M= Jumlah RM yang dianalisis

Tabel 3.6

Lembaran Kerja Analisis Kuantitatif Komponen Catatan Yang Baik Rekam Medis

NO.	KOMPONEN ANALISIS	KELENGKAPAN	
		JUMLAH	PROSENTASE
	CATATAN YANG BAIK		
1.	Tidak ada Coretan	m	$m/M \times 100\%$
2.	Tidak ada Tipp-ex	n	$n/M \times 100\%$
3.	Tidak ada bagian yang kosong	o	$o/M \times 100\%$
	Average	D=avg m,n,o	$(m+n+o)/M \times 100\%$

M = Jumlah RM yang dianalisis

Tabel 3.7

Lembaran Kerja Rekapitulasi Keempat Komponen guna Penyajian Data Audit Kuantitatif Rekam Medis

No.	KRITERIA ANALISIS	KELENGKAPAN	
		JUMLAH	PROSENTASE
IDENTITAS PASIEN			
1.	Nama	a	$a/M \times 100\%$
2.	No.Rekam Medis	b	$b/M \times 100\%$
3.	Tanggal Lahir	c	$c/M \times 100\%$
	Average	A=avg a,b,c	$(a+b+c)/M \times 100\%$
A. KELENGKAPAN LAPORAN CATATAN YANG PENTING SEBAGAI BUKTI REKAMAN			
1.	Pengkajian Awal	d	$d/M \times 100\%$
2.	Catatan Pengobatan dan perawatan	e	$e/M \times 100\%$
3.	Informed Consent	f	$f/M \times 100\%$
4.	Bukti Pengobatan & Perawatan	g	$g/M \times 100\%$
5.	Catatan Saat pulang	h	$h/M \times 100\%$
	Average	B=avg d,e,f,g,h	$(d+e+f+g+h)/M \times 100\%$
B. AUTENTIKASI PENULIS/ KEABSAHAN REKAMAN			
1.	Nama Dokter	i	$i/M \times 100\%$
2.	Tanda tangan Dokter	j	$j/M \times 100\%$
3.	Nama Perawat	k	$k/M \times 100\%$
4.	Tanda tangan Perawat	l	
	Average	C=avg i,j,k,l	$(i+j+k+l)/M \times 100\%$
C. CATATAN YANG BAIK			
1.	Tidak ada Coretan	m	$m/M \times 100\%$
2.	Tidak ada Tipp-ex	n	$n/M \times 100\%$
3.	Tidak ada Bagian yang kosong	o	$o/M \times 100\%$
D	Average	D=avg m,n,o	$(m+n+o)/M \times 100\%$
	Average Ke Empat Komponen	AVG A,B,C,D	$(A+B+C+D)/M \times 100\%$

M= Jumlah RM yang dianalisis

Tabel 3.8 Lembaran Kerja Rekapitulasi Analisis Kuantitatif Keempat Komponen

NO.	KOMPONEN ANALISIS KUANTITATIF	KELENGKAPAN	
		JUMLAH	PROSENTASE
1.	Identifikasi Pasien	A	$A/M \times 100\%$
2.	Kelengkapan Laporan/ Form Yang Penting	B	$B/M \times 100\%$
3.	Autentikasi Penulis/ Keabsahan Rekaman	C	$C/M \times 100\%$
4.	Catatan Yang Baik	D	$DM \times 100\%$
	AVERAGE	AVG A,B,C,D	$(A+B+C+D)/M \times 100\%$

M = Jumlah RM yang dianalisis

2. Memilih Metode Analisis yang akan Digunakan

Dalam melakukan analisis tidak selalu dilakukan untuk semua lembaran, bisa dilakukan hanya 1 lembar . Dapat dikatakan “Kebutuhan menentukan kekhususan”

Bila suatu analisis telah ditentukan maka telaah dapat dilaksanakan oleh petugas RM yang telah terlatih khusus untuk keperluan ini. Adapun bagian yang ditelaah biasanya bagian yang sering berkaitan dengan tuntutan *malpraktek* dan asuransi. Keputusan penggunaan komputer memerlukan pengaturan khusus, terutama yang menyangkut keharusan adanya legalisasi pendokumentasian dengan penandatanganan form isian, kewenangan membuka dokumen dsb.

Setiap fasilitas (RS) mempunyai aturan yang berbeda, sehingga Analisis Kuantitatifnya juga *sangat bervariasi*.

- a. Menganalisis Lembaran Umum: Analisis semua lembaran RM secara lengkap
- b. Menganalisis Lembaran Khusus: Analisis lembaran yang dianggap penting

Contoh kasus:

- Rumah sakit (RS) A mempunyai prosedur Analisis Kuantitatif hanya untuk mereview Catatan Dokter. Hal ini karena perawat, dan pemberi pelayanan lainnya jarang mekukan malpraktek, serta kekurangan dalam pencatatannya tidak sepenting catatan dokter.

- RS B hanya mereview tanda tangan dan laporan yang diperlukan untuk akreditasi dan perizinan. RS ini hanya mereview catatan dalam Rekam Medis secara terperinci untuk keperluan khusus untuk staf medis . Rekam Medis diambil secara sampling
- RS C mereview informed consent, dalam hal ini menganalisis “Surat Pernyataan Persetujuan/ Penolakan Tindakan/ Operasi
- RS D Memprioritaskan kelengkapan resume/ ringkasan riwayat pulang maka dilakkanlah hanya lembaran resume saja.

D. MENILAI HASIL ANALISIS KUANTITATIF DENGAN MELAKUKAN ANALISIS-EVALUASI

Dari analisis ini diharapkan:

- Dapat mengidentifikasi kekurangan-kekurangan pencatatan yang harus dilengkapi oleh pemberi pelayanan kesehatan dengan segera.
- Kelengkapan Rekam Medis sesuai dengan Peraturan yang ditetapkan jangka waktunya, perizinan, akreditasi, keperluan sertifikat lainnya.
- Mengetahui hal-hal yang berpotensi rumah sakit atau pemberi pelayanan membayar ganti rugi.

E. MEMBERIKAN REKOMENDASI HASIL ANALISIS-EVALUASI HASIL AUDIT KUANTITATIF RM

Laporan dibuat secara berkala; bulanan, triwulan , semester dan tahunan. Dapat berupa tabel atau grafik. Dilakukan dengan memprosentasekan kelengkapan, membandingkan antar periode, melihat trendline, melihat hasil sesudah dilakukan tindak lanjut/ feedback.

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

- 1) Apa guna analisis kuantitatif?
- 2) Apa komponen analisis kuantitatif?
- 3) Apa saja instrument dalam melakukan analisis kuantitatif?
- 4) Bagaimana menyajikan hasil analisis kuantitatif?
- 5) Bagaimana menilai hasil analisis kuantitatif?

Ringkasan

Analisis kuantitatif mudah dilakukan oleh para praktisi rekam medis karena komponennya mudah dimengerti demikian juga cara penilaiannya. Metode yang akan dilakukan tergantung dari kebutuhan institusi pelayanan tersebut dan ketersediaan sumber daya pelaksananya. Hasil analisis kuantitatif dapat digunakan dalam menilai kelengkapan pendokumentasian pemberi pelayanan secara kuantitatif tanpa melihat kualitas pendokumentasian.

Tes 1

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

- 1) Audit pendokumentasi Rekam Medis secara kuantitatif pelaksanaannya dilakukan oleh professional Perkam Medis dan Informasi Kesehatan yang mempunyai kompetensi khusus agar hasilnya tepat dan dapat dipakai untuk pimpinan dalam menjaga mutu pelayanan tentang...
 - A. Jenis formulir yang digunakan
 - B. Jenis formulir yang harus ada
 - C. Orang yang berhak mengisi RM
 - D. Orang yang harus melegalisasi penulisan
 - E. Semua benar

- 2) Waktu pelaksanaan audit pendokumentasian rekam medis juga tergantung dari tipe rumah sakit dan pelaksanaannya dilakukan oleh Profesional Perkam Medis dan Informasi Kesehatan yang mempunyai kompetensi khusus agar hasilnya tepat dan dapat dipakai untuk pimpinan dalam menjaga mutu pelayanan. Untuk rumah sakit *acute care* pelaksanaannya secara
 - A. *Retrospective Analysis* (RA)
 - B. *Concurrent Analysis* (CA)
 - C. RA atau CA
 - D. RA dan CA
 - E. Setiap saat ada waktu

- 3) Waktu pelaksanaan audit pendokumentasian rekam medis juga tergantung dari tipe rumah sakit dan pelaksanaannya dilakukan oleh praktisi Manajemen Informasi Kesehatan yang mempunyai kompetensi khusus agar hasilnya tepat dan dapat dipakai untuk pimpinan dalam menjaga mutu pelayanan. Untuk rumah sakit long term care pelaksanaannya secara...
- A. *Retrospective Analysis (RA)*
 - B. *Concurrent Analysis (CA)*
 - C. RA atau CA
 - D. RA dan CA
 - E. Setiap saat ada waktu
- 4) Pelaksanaan audit pendokumentasian RM oleh petugas RM dengan Analisis Kuantitatif dan kualitatif tidak sama dengan audit medis yang dilakukan oleh komite medis karena yang dilakukan oleh petugas rekam medis mereview
- A. Kebenaran terapi medis yang dilakukan para dokter
 - B. Pencatatan RM yang dilakukan pemberi pelayanan kesehatan
 - C. Hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh fasilitas penunjang diagnostik
 - D. Kualitas klinis dalam catatan dokter di RM
 - E. Semua benar
- 5) Laporan analisis kuantitatif dikerjakan setiap hari di Bagian Rekam Medis. Petugas rekam medis yang melakukan analisis kuantitatif membuat analisis dan evaluasi setiap akhir bulan dan menyerahkan hasil tersebut kepada kepala rekam medis. Hasil analisis dan evaluasi ini oleh kepala rekam medis diberikan kepada...
- A. Ketua Panitia/ Sub-Komite Rekam Medis
 - B. Koordinator dokter yang bertanggung jawab
 - C. Ke tiap dokter yang bertanggung jawab
 - D. Langsung kepada direktur rumah sakit
 - E. Mengarsipkan saja
- 6) Permenkes tentang Rekam Medis tahun 2008 Bab V Pasal 12 mengatakan bahwa: "rekam medis milik institusi pelayanan kesehatan" sedangkan "isinya milik pasien". Yang dimaksud dengan "isi" adalah ...
- A. Ringkasan keperawatan
 - B. Ringkasan pasien pulang
 - C. Lembar riwayat penyakit pasien
 - D. Catatan perkembangan
 - E. Identifikasi pasien

- 7) Setiap pasien yang mendapat pelayanan di institusi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit , puskesmas dan lainnya membutuhkan identitas pasien yang jelas. Pertama kali si pasien datang yang kita sebut sebagai Pasien Baru merupakan awal pengambilan data pasien. Identifikasi pasien baru terdiri dari 3 bagian yaitu...
- A. Identitas pasien pribadi, keluarga terdekat yang bisa dihubungi , nomor rekam medis
 - B. Nomor rekam medis, nomor registrasi, Identitas pasien pribadi
 - C. Identitas pasien pribadi, teman dekat yang bisa dihubungi, pihak pembayar
 - D. Identitas pasien pribadi, keluarga terdekat yang bisa dihubungi, pihak pembayar
 - E. Identitas keluarga pasien , teman terdekat yang bisa dihubungi , pihak pembayar
- 8) Setiap lembar dari Rekam Medis harus di absahkan (*otentikasi*) oleh ...
- A. Yang melengkapi lembar tersebut
 - B. Penanggungjawab lembar tersebut
 - C. Tim verifikasi
 - D. Kepala Rekam Medis
 - E. Perawat ruangan
- 9) Pada komponen pencatatan yang baik maka perlu dikoreksi terkait...
- A. Pada saat mencatat ada tanggal
 - B. Harus ada waktu penulisan
 - C. Tulisan tidak harus bagus, tinta yang dipakai harus tahan lama, penulisan a
 - D. Menggunakan Singkatan yang umum: yang sudah ada dalam pedoman pelayanan rekam medis
 - E. Penulisan yang salah perlu dikoreksi dengan satu garis dan diberi paraf, tidak ditipp-ex
- 10) Ketidaklengkapan pendokumentasian RM dikatakan *Incomplete Medical Record* adalah ...
- A. Rekam medis yang sesudah dilakukan analisis masih belum lengkap
 - B. Rekam medis yang belum dilakukan analisis dan masih belum lengkap
 - C. Rekam Medis yang sesudah dilakukan analisis telah dilengkapi
 - D. Rekam Medis yang telah diusahakan untuk dilengkapi tetapi sesudah melampaui batas waktu yang diberikan masih belum lengkap
 - E. Rekam Medis yang telah diusahakan untuk dilengkapi dan sesudah melampaui batas waktu yang diberikan diisi dengan lengkap

Topik 2

Audit Kualitatif Pendokumentasian Rekam Medis

Setelah melakukan audit kuantitatif pendokumentasian rekam medis maka pada Topik 2 ini kita memasuki audit kualitatif pendokumentasian rekam medis. Berbeda dengan audit kuantitatif, pada Topik 2 ini kita akan membahas kualitas pencatatan yang dilakukan untuk melihat kekonsistensian, keakuratan selain kelengkapannya. Audit kualitatif ini sering sekali ditafsirkan sama dengan audit medis. Padahal ini merupakan 2 hal yang berbeda, karena pelaksanaannya juga berbeda.

A. ANALISIS KUALITATIF

1. Pengertian Analisis Kualitatif

Definisi: Suatu review pengisian RM yang berkaitan dengan ketidak konsisten dan ketidaklengkapan sehingga menunjukkan bukti bahwa rekam medis tersebut tidak akurat dan tidak lengkap.

Dalam melakukan analisis kualitatif ini, seseorang perlu memiliki pengetahuan tentang:

- Terminologi Medis
- Anatomi dan Fisiologi
- Dasar-dasar Proses Penyakit
- Isi RM
- Standar perizinan
- Akreditasi
- Badan yang memberi sertifikat

Pelaksana : Praktisi Informasi Kesehatan yang telah terpercaya.

Analisis kualitatif lebih mendalam dibandingkan dengan dari analisis kuantitatif dalam hal:

- Mendukung Kualitas Informasi
- Merupakan aktifitas dari Risk Management
- Membantu dalam memberikan kode penyakit dan tindakan yang lebih spesifik dan sangat penting untuk penelitian medis, studi administratif, dan penagihan.
- Jika analisis kualitatif mengidentifikasi RM yang pencatatannya kurang dan yang berpotensi merugikan tidak dapat dikoreksi, pemberi pelayanan harus menyadari

bahwa pencatatan yang salah ini mengingatkannya agar pada masa yang akan datang lebih baik lagi.

- Tidak boleh disarankan untuk dibuat ulang atau diubah karena dapat diketahui dengan pengamatan yang cermat.
- Untuk meningkatkan kekonsistensian dan kelengkapan pencatatan RM, Komite Rekam Medis dapat menyampaikan ke pemberi pelayanan dengan komunikasi yang baik agar dapat diterima dan dimengerti.
- Efektifitas dari kritik yang membangun sering tergantung dari laporan praktisi Informasi Kesehatan untuk melakukan evaluasi sendiri atau berpartisipasi dalam kelompok review.
- Mengingatkan kembali mengenai pencatatan yang baik dan memperlihatkan pencatatan yang kurang kemungkinan akan meningkatkan pencatatan RM.

Contoh

- a. Dr. Spesialis Mata mengidentifikasi Katarak sebagai dianosa akhir penyakit pasien dengan tindakan operasi pengangkatan lensa mata pada Lembaran Masuk. Bila dibaca dalam Lembaran riwayat pasien, Pemeriksaan fisik, dan Catatan perkembangan diketahui bahwa si pasien sedang diobat untuk IDDM . Dokter harus menambah catatan keadaan ini di Lembaran Masuk.
- b. Beberapa Catatan yang tidak konsisten dan yang tidak ada mungkin tidak dapat diperbaiki sesudah diketahui. Hanya identifikasi pasien yang bisa diperbaiki.
Contoh: Pemeriksaan Fisik harus dilakukan oleh dokter pada semua sistem tubuh, tetapi yang dicatat hanya yang abnormal saja. Bila RM ini dipakai sebagai barang bukti di pengadilan, dokter tersebut mungkin ditanya mengenai evaluasi sistem tubuh yang tidak ada catatannya.
- c. Catatan yang tidak konsisten dan yang tidak ada mungkin juga akan mencerminkan pelayanan klinis yang berpotensi untuk membayar ganti rugi. Suatu kejadian yang menyebabkan pasien cedera mungkin akan mengekspose fasilitas pelayanan dan pemberi pelayanan ke pihak yang berwenang dan menyebabkan fasilitas dan pemberi pelayanan membayar ganti rugi yang dialami pasien.

Dalam kasus klasik: Dokter minta untuk mengamati keadaan ibu jari kaki pasien yang masih muda dan menderita *Fracture Tibia*. Instruksi ini tidak tertulis dalam rekam medis yang menyebabkan observasi kurang di perhatikan oleh yang menerima instruksi. Kemudian terjadi ischemia yang menyebabkan jari kaki pasien harus diamputasi. Keluarga pasien menggugat

dokter dan rumah sakit. Hal ini menyebabkan adanya pembayaran ganti rugi terhadap kejadian yang menimpa pasien ini.

B. KOMPONEN ANALISIS KUALITATIF

Ada enam (6) komponen analisis kualitatif yaitu:

1. *Review for complete and consistent diagnostic*
2. *Review for Entry Consistency*
3. *Review for description & justification of course of treatment.*
4. *Review for recording informed consent*
5. *Review for documentation practices*
6. *Review for potentially compensable events.*

Berikut penjelasan untuk setiap komponen analisis kualitatif:

1. **Review For Complete And Consistent Diagnostic**

Pernyataan diagnosa dibuat dalam Rekam Medis yang mencerminkan tingkat pengertian mengenai kondisi medis pasien saat direkam. Contoh: Saat masuk ada diagnosa masuk (*admitting diagnosis*) yang menyatakan alasan pasien masuk RS. Riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik harus dicatat sebagai provisional diagnosis yang harus dikonfirmasi dengan diagnosa tambahan (*additional diagnosis*) hasil studi/ pemeriksaan selanjutnya.

Pada kasus tertentu provisional diagnosis tidak dapat dipersempit menjadi 1 diagnosa tetapi menjadi beberapa diagnosa dengan beberapa simptom yang sama. Ini disebut *differential diagnosis* dan biasanya disebut diagnosa1 dan diagnosa2, atau diagnosa 1 versus diagnosa 2.

Pada awal operasi disebut *preoperative diagnosis* dan harus ada pada catatan perkembangan sebelum operasi. Diagnosa ini merupakan pernyataan alasan pasien dioperasi. *Postoperative diagnosis* dicatat pada catatan perkembangan sesudah operasi, merupakan pernyataan dari penemuan klinis operasi. *Pre dan post operative diagnosis* harus ada dalam Laporan Operasi. Perbedaan yang besar pada kedua diagnosa ini menjadi pemikiran dari tidak cukupnya hasil yang mendukung diagnosa dan ini berkaitan dengan kualitas pelayanan.

Sesudah operasi dapat ditegakkan *Phatological diagnosis*. Diagnosa ini menjelaskan morfologi atau karakter sel dari jaringan yang diambil waktu operasi. Sedangkan *clinical diagnosis* menjelaskan etiologi/ penyebab dan atau kelainan fungsi dari organ/ sistem atau tubuh secara keseluruhannya

Saat akhir perawatan seluruh diagnosa akhir (diagnosa klinis) dan prosedur yang dilakukan harus ditulis pada lembar masuk dan keluar atau pada ringkasan keluar. Pelaksana analisis harus mengkoreksi diagnosa-diagnosa ini untuk menentukan kelengkapan,

kekonsistensian pendokumentasian, dan urutan yang benar. Diagnosa akhir harus termasuk diagnosa utama (principal diagnosis) beserta komplikasi dan penyakit lain yang timbul saat dirawat.

Diagnosa utama harus dibedakan secara hati-hati karena digunakan untuk permintaan penagihan. Diagnosa utama (principal diagnosis) didefinisikan sebagai keadaan (yang ditetapkan sesudah hasil studi) penyebab utama pasien masuk untuk dirawat. Diagnosa kedua (Secondary diagnosis) adalah komplikasi atau penyakit lainnya (*comorbidity*). Komplikasi merupakan kondisi yang timbul selama perawatan yang mengubah keadaan penyakit pasien. Beberapa komplikasi termasuk luka decubitus, perdarahan post operasi, reaksi obat, infeksi yang didapat selama perawatan (nosokomial), neurological deficits, surgical emphysema, dan luka (*perforasi atau puncture selama operasi, jatuh, dsb*).

Comorbidity merupakan suatu keadaan yang timbul saat pasien dirawat yang berpotensi mempengaruhi keadaan pasien dan pengobatan yang diberikan. *Comorbidity* termasuk riwayat penyakit atau keadaan baru sakit yang mempengaruhi kondisi pasien saat ini.

Contoh:

Pasien terakhir menderita *Cancer mammae*, dan ini bisa disebut sebagai kondisi *comorbidity* yang berpotensi untuk berulang kembali, dan harus dievaluasi.

Pasien dalam keadaan *post cardiac bypass surgery*, ini juga perlu dicatat.

Secondary diagnosis bisa juga dikategorikan sebagai diagnosa lainnya yang didefinisikan sebagai seluruh kondisi yang co-exist saat pasien masuk yang berkembang atau mempengaruhi pengobatan yang diberikan atau lama perawatan pasien. Diagnosa yang baru terjadi tetapi tidak mempengaruhi kondisi saat ini tidak dimasukkan. Prosedur harus dicatat secara lengkap, diatur yang harus dicatat pada form saat masuk dan keluar dan atau pada form ringkasan keluar.

Ada fasilitas yang menginginkan dokter untuk menambahkan prosedur seperti biopsi sumsum tulang, cateterisasi jantung, transfusi darah, CT Scan. Ada yang menginginkan semua prosedur yang mempengaruhi penagihan dicatat. Pada asuransi ada yang perlu dipisahkan antara tindakan di ruang operasi dan bukan di ruang operasi. Untuk itu perlu dicatat *Principal Procedure* untuk memperjelas dan mempertegas prosedur yang utama yang didefinisikan sebagai suatu tindakan yang menyebabkan pengobatan, bukan sebagai tujuan pemeriksaan diagnostik atau yang diperlukan untuk menangani komplikasi.

2. Review For Entry Consistency

Konsistensi merupakan suatu penyesuaian/ kecocokan antara satu bagian dengan bagian lain dan dengan seluruh bagian.

Diagnosa : dari awal sampai dengan akhir harus konsisten

Pencatatan harus mencerminkan perkembangan informasi mengenai kondisi pasien.
Fasilitas Pelayanan Rawat Jalan.

Pada kunjungan awal dokter mungkin hanya menulis *symptom* dan hasil pemeriksaan diagnostik. Pada kunjungan berikutnya diagnosa harus muncul.

Fasilitas Pelayanan Rawat Inap

- Hasil Operasi, hasil pemeriksaan PA, hasil pemeriksaan diagnostik lainnya dan Surat Pernyataan Tindakan harus konsisten. Perbedaan yang ada akan melihatkan Rekam Medis yang buruk.
- Ada tiga (3) hal yang harus konsisten adalah catatan perkembangan , instruksi dokter dan catatan obat.

Catatatan perkembangan saat masuk dan keluar ditulis oleh orang yang berbeda. Instruksi oleh dokter yang berbeda.

Catatan perkembangan perawat menulis pasien menderita demam, sedangkan dokter menulis pasien tidak demam. Hal ini mendatangkan pertanyaan dalam evaluasi dokter dan diputuskan untuk tidak dilakukan tindakan .

3. *Review for Description & Justification of Course of Treatment*

Rekam Medis menjelaskan keadaan pasien selama dirawat, dan harus menyimpan seluruh hasil pemeriksaan dan mencatat tindakan yang telah dilakukan kepada pasien. Contoh: Hasil test Normal, pasien dalam keadaan baik, pasien telah diberi penjelasan dan petunjuk. Semua hal di atas harus ada catatan yang memperlihatkan kondisi tersebut dalam Rekam Medis. Selain itu harus ada alasan-alasan yang merupakan petunjuk dari setiap keputusan baik untuk melakukan suatu tindakan ataupun tidak melakukan tindakan. Yang penting juga bila diadakan perubahan dalam pengobatan. Tidak hanya harus ada pengobatan alternatif yang dijelaskan , tetapi juga dicatat setiap ada perubahan dalam pengobatan.

4. *Review For Recording Informed Consent*

Surat Pernyataan dari pasien untuk suatu pengobatan harus digambarkan secara hati-hati. Dokter juga teliti dalam mencatat keterangan yang diberikan kepada pasien, yang memungkinkan pasien menulis surat pernyataan untuk persetujuan atau tidak terhadap tindakan kedokteran yang akan dilakukan.

Setiap fasilitas pelayanan harus mempunyai peraturan yang konsisten tentang Surat persetujuan tindakan kedokteran ini untuk kepentingan hukum. Praktisi Informasi Kesehatan harus mengetahui peraturan tersebut dan menerapkannya dalam analisis kualitatif. Dokter

harus didorong tidak hanya sekedar memenuhi peraturan seperti menjelaskan efek samping obat yang mungkin timbul secara lisan tetapi jika perlu ditambahkan dalam surat pernyataan.

5. Review For Documentation Practices

Waktu pencatatan harus mencantumkan tanggal dan waktu. Tidak ada waktu yang kosong antara dua (2) penulisan, khususnya pada saat *emergency*. Tidak adanya pencatatan pada suatu periode tidak hanya catatannya saja yang tidak ada tetapi juga meningkatkan resiko kegagalan dalam pengobatan. Bila ada kasus *malpraktek* penyelidikan terhadap waktu pelaksanaan pelayanan sangat berguna untuk memberi gambaran alur (*clinical pathway*) suatu pengobatan atau tindakan yang dilakukan telah sesuai dengan panduan praktik klinis.

Catatan harus mudah dibaca untuk menghindari salah tafsir. Tulisan tidak harus bagus, tinta yang dipakai harus tahan lama dan penulisan dilakukan dengan hati-hati dan lengkap. Catatan menggunakan singkatan yang umum, yang sudah distandarisasi dan ada dalam pedoman pelayanan rekam medis. Tidak diperbolehkan menulis komentar/ hal-hal yang tidak ada kaitan dengan pengobatan pasien. Rekam Medis tidak boleh berisi komentar yang berisi kritikan atau hinaan. Bila ada kesalahan lebih baik dibiarkan dan kemudian dikoreksi, jangan di *tipp-ex*

6. Review of Potentially Compensable Events

Rekam Medis harus mempunyai semua catatan mengenai kejadian yang dapat menyebabkan/ berpotensi tuntutan kepada institusi pelayanan kesehatan/ pemberi pelayanan sendiri, baik oleh pasien maupun oleh pihak ketiga

C. MENYIAPKAN/ MENYELEKSI RM YANG AKAN DIANALISIS

RM yang akan dianalisis telah disiapkan dengan arti telah ditata sehingga saat menganalisis telah rapi dan mudah mereview bagian yang belum lengkap (lihat Bab penataan RM)

1. Instrumen Pengumpulan, Pengolahan, dan Penyajian Data analisis kuantitatif

a. Lembaran kerja Analisis Kualitatif dibagi dalam 6 bagian yaitu:

- 1) Lembaran kerja komponen 1
- 2) Lembaran kerja komponen 2
- 3) Lembaran kerja komponen 3
- 4) Lembaran kerja komponen 4
- 5) Lembaran kerja komponen 5
- 6) Lembaran kerja komponen 6

b. Lembaran Rekapitulasi Analisis Kualitatif terdiri dari:

- 1) Lembaran rekapitulasi komponen 1
- 2) Lembaran rekapitulasi komponen 2
- 3) Lembaran rekapitulasi komponen 3
- 4) Lembaran rekapitulasi komponen 4
- 5) Lembaran rekapitulasi komponen 4
- 6) Lembaran rekapitulasi komponen 5
- 7) Lembaran rekapitulasi komponen 6
- 8) Lembaran rekapitulasi Seluruh Komponen

Tabel 3.9

Lembaran kerja analisis kualitatif komponen *review for complete and consistent diagnostic*

NO	NO.RM	CAT. PENY. YANG LENGKAP & KONSISTEN				
		DOKTER				PRWT
		Ada diagnosis Awal di UGD/klinik	Anamnesa dan diagnose masuk	Work diagnosis/catatan Perkembangan pasien rawat inap	Diagnosa keluar pd ringkasan penyakit	Catatan asuhan keperawatan
1	2	3	4	5	6	7
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
dst.						
	TOTAL					

Tabel 3.10

Lembaran kerja Analisis Kualitatif Komponen Kelengkapan dan Kekonsistensian Pencatatan

NO	NO.RM	Pencatatan yang konsisten		
		Dokter	Penunjang	Prwt
		Kesinamb.cat UGD/klinik dg lembar riwayat penyakit+cat dr hg ringk. Peny.	Adanya hsl lab, ro, dan lnnya yang mendukung	Konsistensi cat, perkemb.+askep
1	2	3	4	5
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
dst.				
	TOTAL			

Tabel 3.11

Lembaran kerja Analisis Kualitatif Komponen Adanya deskripsi dan dasar pengobatan

NO	NO.RM	DESKRIPSI & DASAR PENGOBATAN	
		DOKTER	PERAWAT
		BUKTI PELAKS.DARI RENC.PENGOB., INSTR.DAN PERUB:OBAT SERTA TIND. YANG DILAKUKAN	BUKTI PELAKS.DARI RENCANA PERAWATAN., INSTRUKSI DAN PERUB:OBAT SERTA TIND. YANG DILAKUKAN
1	2	3	4
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
	TOTAL		

Tabel 3.12

Lembaran kerja Analisis Kualitatif Komponen Adanya kekonsistensian Pengisian Informed Consent/ Surat Persetujuan Tindakan Kedokteran

NO	NO.RM.	PENGISIAN PENDOKUMENTASIAN INFORMED CONSENT	
		DOKTER	PERAWAT
		IC. SESUAI DG OP/TIND.YANG DILAKUKAN	KELENGKAPAN ISI IC.
1	2	3	4
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
	TOTAL		

Tabel 3.13

Lembaran kerja Analisis Kualitatif Komponen Praktik Pencatatan yang berkualitas

NO.	No.RM.	PRAKTIK PENCATATAN YANG BERKUALITAS	
		DOKTER	PERAWAT/ PROFESIONAL LAIN
		TGL& JAM, MUDAH DIBACA, BERKESINAMBUNGAN, TDK ADA HAL YANG TIDAK PERLU	
1	2	3	4
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
	TOTAL		

Tabel 3.14

Lembaran kerja Analisis Kualitatif Komponen 6; Mengidentifikasi Kejadian Penting yang mungkin akan menyebabkan Tuntutan Ganti Rugi pada Catatan Dokter

NO	NO.RM	KEJADIAN PENTING					
		DOKTER					
		PROSEDUR BATAL DILAKUKAN	REAKSI ALERGI OBAT/TRANSFUSI	MASUK OK 2X	MASUK ICU 2X	MASUK ICU TANPA RENCANA	PULANG PAKSA/PSN PINDAH BKN ALASAN ADM.
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
DST.							
	TOTAL						

Tabel 3.15

Lembaran kerja Analisis Kualitatif Komponen 6; Mengidentifikasi Kejadian Penting yang mungkin akan menyebabkan Tuntutan Ganti Rugi bagi Perawat

NO	NO.RM	KEJADIAN PENTING				KET
		PERAWAT				
		INF.SBLM KE ICU	KOMPLIKASI/MASALAH PERAWATAN	INFEKSI SESUDAH MASUK/INOK	DEKUBITUS	
1	2	3	4	5	6	7
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
DST.						
	TOTAL					

Tabel 3.16

Rekapitulasi Analisis Kualitatif Kelengkapan & Kekonsistenan D/

BULAN:

Total jumlah berkas yang dianalisis

NO.	KOMPONEN ANALISIS	AKURAT, KONSISTEN	LENGKAP,
		JUMLAH	TOTAL
I. KELENGKAPAN & KEKONSISTENAN D/			
	Dokter		
1.	Ada diagnosa awal di UGD / Klinik		
2.	Anamnesa dan diagnosa masuk		
3.	Work diagnosis / catatan dokter rawat inap		
4.	Diagnosa keluar pada ringkasan penyakit		
	Perawat		
5.	Catatan & Asuhan Keperawatan & Diagnosa Keperawatan		
Average			
KESAN:			
SARAN:			

Tabel 3.17.

Rekapitulasi Analisis Kualitatif Pencatatan Yang Konsisten

BULAN:

Total jumlah berkas yang dianalisis

NO.	KOMPONEN ANALISIS	AKURAT, LENGKAP, KONSISTEN	
		TOTAL	TOTAL
II. PENCATATAN YANG KONSISTEN			
	Dokter		
1.	Kesinambungan cat.UGD / Klinik dg LRP dan cat. Dokter hg Ringkasan penyakit		
	Penunjang Diagnosa		
2.	Adanya hsl lab, Radiologi dan lainnya yang mendukung		
	Perawat		
3.	Konsistensi Catatan, Perkembangan dan Asuhan Keperawatan		
Average			
KESAN:			
SARAN:			

Tabel 3.18
Rekapitulasi Analisis Kualitatif Deskripsi & Catatan Terkait Pengobatan

BULAN:

Total jumlah berkas yang dianalisis

NO.	KOMPONEN ANALISIS	AKURAT, LENGKAP, KONSISTEN	
		JUMLAH	TOTAL
III. DESKRIPSI & CATATAN TERKAIT PENGOBATAN			
1	2	3	4
	Dokter		
1.	Bukti pelaksanaan dari rencana pengobatan, instruksi dan perubahan obat, serta tindakan yang dilakukan		
	Perawat		
2.	Bukti pelaksanaan dari rencana perawatan, instruksi dan perubahan obat, serta tindakan yang dilakukan		
Average			
KESAN:			
SARAN:			

Tabel 3.19

Rekapitulasi Analisis Kualitatif Pendokumentasian
Pemberian Informasi Dan Informed Consent

Bulan:

Total jumlah berkas yang dianalisis

NO.	KOMPONEN ANALISIS	AKURAT, LENGKAP, KONSISTEN	
		JUMLAH	TOTAL
IV. SURAT PEMBERIAN INFORMASI			
	Dokter		
1.	Informasi sesuai dengan operasi/ tindakan yang dilakukan		
	Perawat		
2.	Kelengkapan isi informasi		
IV. SURAT PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN LENGKAP			
	Dokter		
1.	<i>Informed consent</i> sesuai dengan operasi/ tindakan yang dilakukan		
	Perawat		
2.	Kelengkapan isi <i>informed consent</i>		
Average			
KESAN:			
SARAN:			

Tabel 3.20 Rekapitulasi Analisis Kualitatif Praktik Pendokumentasian

Bulan:

Total jumlah berkas yang dianalisis

NO.	KOMPONEN ANALISIS	AKURAT, LENGKAP, KONSISTEN	
		JUMLAH	TOTAL
V. PRAKTIK PENDOKUMENTASIAN			
	Dokter		
1.	Tgl & jam, mudah dibaca, tanda tangan / paraf		
	Perawat		
2.	Tgl & jam, mudah dibaca, tanda tangan / paraf		
	Average		
KESAN:			
SARAN:			

Tabel 3.21

Rekapitulasi Analisis Kualitatif Kejadian Penting Yang Bisa Menyebabkan Ganti Rugi

Bulan :

Total jumlah berkas yang dianalisis

NO.	KOMPONEN ANALISIS	KEJADIAN TERCATAT	
		JUMLAH	TOTAL
VI. KEJADIAN PENTING YANG BISA MENYEBABKAN GANTI RUGI			
	Dokter		
1.	Prosedur batal dilakukan		
2.	Reaksi alergi obat / transfusi		
3.	Masuk kamar operasi 2 x		
4.	Masuk ICU 2 x		
5.	Masuk ICU tanpa rencana		
6.	Pulang paksa / pasien pindah bukan alasan administrasi		
Average			
KESAN:			
SARAN:			

Tabel 3.22

Rekapitulasi Analisis Kualitatif Kejadian Penting Yang Bisa Menyebabkan Ganti Rugi

Bulan :

Total jumlah berkas yang dianalisis

NO.	KOMPONEN ANALISIS	KELENGKAPAN & KEKONSISTENSIAN	
		JUMLAH	TOTAL
	Perawat		
1.	Informasi sebelum ke ICU		
2.	Komplikasi / masalah perawatan		
3.	Infeksi sesudah masuk / di kamar operasi		
4.	Dekubitus		
Average			
KESAN:			
SARAN:			

Tabel 3.23 Rekapitulasi Seluruh Komponen Analisis Kualitatif

Bulan :

Total jumlah berkas yang dianalisis

NO.	KOMPONEN ANALISIS	AKURAT, LENGKAP, KONSISTEN	
		JUMLAH	TOTAL
I	Kelengkapan & kekonsistenan d/		
II	Pencatatan yang konsisten		
III	Deskripsi & catatan terkait pengobatan		
IVA	Surat pemberian informasi		
IVB	Surat persetujuan lengkap		
V	Praktek pendokumentasian		
VI	Kejadian penting yang bisa menyebabkan ganti rugi		
Average (I s/d VI)			
KESAN:			
SARAN:			

2. Memilih Metode Analisis Kualitatif yang Akan Digunakan

Dalam melakukan analisis tidak selalu semua komponen analisis kualitatif digunakan untuk analisis kualitatif. Dapat saja hanya digunakan 1 komponen, sehingga dapat dikatakan “Kebutuhan menentukan kekhususan”

Bila suatu analisis telah ditentukan maka telaah dapat dilaksanakan oleh petugas RM yang telah terlatih khusus untuk keperluan ini. Adapun bagian yang ditelaah biasanya bagian yang sering berkaitan dengan tuntutan malpraktek dan asuransi. Keputusan penggunaan komputer memerlukan pengaturan khusus, terutama yang menyangkut keharusan adanya legalisasi pendokumentasian dengan penandatanganan form isian, kewenangan membuka dokumen dsb.

Setiap fasilitas (RS) mempunyai aturan yang berbeda, sehingga Analisis kualitatif nya juga *sangat bervariasi*.

Contoh kasus:

- RS A mempunyai prosedur Analisis Kualitatif hanya untuk mereview komponen1 saja yaitu kekonsistensian Diagnosa. Hal ini karena kebutuhan untuk pembiayaan dan kepentingan pasien untuk mendapatkan kebenaran Diagnosa .
- RS.B hanya mereview tanggal dan waktu pelayanan, yang penting sebagai bukti pelaksanaan pelayanan medis dan keperawatan yang dilakukan. Hal ini penting sebagai bukti bahwa tahap-tahap pelayanan yang diberikan sudah sesuai dengan Panduan Praktik Klinis. Rekam Medis diambil secara sampling
- RS C mereview informed consent, dalam hal ini menganalisis “Surat Pernyataan Persetujuan/ Penolakan Tindakan/ Operasi yang memberikan bukti tindakan/ operasi yang dilakukan sesuai dengan kondisi diagnosanya.

D. MENILAI HASIL ANALISIS KUANTITATIF DENGAN MELAKUKAN ANALISIS-EVALUASI

Dari analisis ini diharapkan:

1. Dapat mengidentifikasi kekurangan-kekurangan pencatatan yang harus dilengkapi oleh pemberi pelayanan kesehatan dengan segera.
2. Kelengkapan Rekam Medis sesuai dengan Peraturan yang ditetapkan jangka waktunya, perizinan, akreditasi, keperluan sertifikat lainnya.
3. Mengetahui hal-hal yang berpotensi rumah sakit atau pemberi pelayanan membayar ganti rugi.

E. MEMBERIKAN REKOMENDASI HASIL ANALISIS-EVALUASI HASIL AUDIT KUALITATIF RM

Laporan dibuat secara berkala; bulanan, triwulan, semester dan tahunan. Dapat berupa tabel atau grafik. Dilakukan dengan mempresentasikan kelengkapan, membandingkan antar periode, melihat trendline, melihat hasil sesudah dilakukan tindak lanjut/ feedback.

F. WAKTU PELAKSANAAN AUDIT KUANTITATIF

Sama dengan analisis kuantitatif, pada analisis kualitatif dapat dilakukan:

1. **Retrospective Analysis (RA)**; Sesudah pasien pulang. Hal ini telah lazim dilakukan karena dapat dianalisis secara keseluruhan walaupun hal ini memperlambat proses melengkapi yang kurang.
2. **Concurrent Analysis (CA)**; Saat pasien masih dirawat. Hal ini dilaksanakan di *nurse station* untuk mengidentifikasi kekurangan/ ketidaksesuaian/ salah interpretasi secara cepat sebelum digabungkan.

Dalam menerapkan CA fasilitas pelayanan kesehatan perlu mengevaluasi *cost and benefitnya*. Analisis ini membutuhkan tambahan biaya dan personil, juga tambahan ruangan di *nurse station*. Dilain pihak CA memberikan keuntungan dalam memperbaiki angka kelengkapan RM, memperbaiki arus informasi kepada bagian keuangan, memperbaiki kelancaran pembayaran. Selain itu meningkatkan pemanfaatan sumber daya, meningkatkan pelayanan dan pendokumentasian, serta menurunkan angka RM yang tidak lengkap. Hal ini sukar diukur namun secara pasti akan berkembang.

Pada *Long term care* analisis dilakukan secara berkala perminggu, per 2 minggu atau perbulan. Sebagai contoh pada RM pasien Jiwa dilakukan tiap bulan, saat ditransfer dan saat pulang, agar tidak menyulitkan pelaksana dalam menganalisis. Waktu pelaksanaan disesuaikan dengan kebutuhan akan perbaikan pelayanan dan efisiensi pemanfaatan sumber daya yang ada. Audit ini tidak hanya dilaksanakan untuk rekam medis rawat inap tetapi juga pada rekam medis rawat jalan dalam meningkatkan mutu pelayanan kepada pasien.

G. KRITERIA HASIL ANALISIS KUALITATIF

Sama dengan analisis Kuantitatif, hasil analisis kelengkapan dapat dikelompokkan menjadi: *Incomplete Medical Record (IMR)* dan *Delinquent Medical Record (DMR)*

1. Rekam Medis dengan kekurangan yang spesifik dan masih dapat dilengkapi oleh pemberi pelayanan kesehatan dikategorikan sebagai *Incomplete Medical Record*.

Pemberi Pelayanan Kesehatan diberitahu untuk melengkapi Rekam Medis sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan sesuai aturan dari Staf Medis. Berdasarkan peraturan Depkes, 24 jam sesudah pasien pulang Rekam Medis segera dikembalikan ke Rekam Medis dengan lengkap dan benar

2. Rekam Medis yang telah dikirim ke pemberi pelayanan dan masih tidak lengkap sesudah melewati batas waktu tersebut maka dikategorikan sebagai *Delinquent Medical Record*. Fasilitas Pelayanan Kesehatan secara terus menerus memonitor banyaknya *Incomplete Medical Record* dan *Delinquent Medical Record*.

$$IMR = \frac{IMR \times 100\%}{\sum \text{pasien pulang selama periode melengkapi Rekam Medis tsb.}}$$

Keterangan:

IMR = Incomplete Medical Record

Contoh: Jumlah pasien pulang = 75 orang , sesudah batas waktu untuk melengkapi ternyata terdapat 25 berkas pasien pulang belum dilengkapi oleh pemberi pelayanan kesehatan, maka $IMR = 25/75 \times 100\% = 33.3\%$

$$DMR = \frac{DMR \times 100\%}{\text{Rata-rata } \sum \text{pasien pulang selama periode melengkapi rekam medis}}$$

Keterangan:

DMR = Delinquent Medical Record

Contoh: ada 50 Rekam Medis yang masih tidak lengkap sesudah batas waktu pengisian, rata-rata- pasien pulang selama jangka waktu pengisian =750 maka $DMR \text{ Rate} = 50/750 \times 100\% = 6.7\%$.

Bila DMR lebih dari 50 % maka ini merupakan masalah yang serius

Bila IMR sangat tinggi maka D.MR akan lebih tinggi lagi.

Faktor yang mempengaruhi tingkat kelengkapan Rekam Medis:

- Age /Jangka waktu : Bila DMR 40% dengan melewati batas waktu 2/3 minggu lebih baik daripada DMR 20% yang melewati batas waktu beberapa bulan.
- Tipe DMR: DMR disebabkan tidak adanya Riwayat Penyakit, Pemeriksaan Fisik, Hasil Operasi, dan tanda tangan pengesahan lebih jelek dari pada DMR yang tidak mempunyai Ringkasan Penyakit dan tandatangan pada Catatan Perkembangan .

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

- 1) Apa guna analisis kualitatif?
- 2) Apa komponen analisis kualitatif?
- 3) Apa saja instrument dalam melakukan analisis kualitatif?
- 4) Bagaimana menyajikan hasil analisis kualitatif?
- 5) Bagaimana menilai hasil analisis kualitatif?
- 6) Jelaskan tentang perbedaan pelaksana analisis kuantitatif, kualitatif dan review kualitas medis!

Ringkasan

Analisis kualitatif tidak sesederhana analisis kuantitatif. Analisis Kualitatif perlu dilakukan oleh para praktisi rekam medis yang telah terpercaya dan pengalaman karena komponennya harus ditelaah dari lambaran RM saat pasien masuk sampai keluar. Metode yang akan dilakukan tergantung dari kebutuhan institusi pelayanan tersebut dan ketersediaan sumber daya pelaksananya. Dapat dilakukan dengan pengambilan sampling per spesialisasi/ per dokter spesialisasi atau per ruang rawat. Hasil analisis kuantitatif dapat digunakan dalam menilai kelengkapan, kekonsistensian dan keakuratan pendokumentasian rekam medis. Audit pendokumentasian Rekam Medis yang dilakukan oleh professional Perekam Medis dan Informasi Kesehatan mempunyai komponen yang berbeda dengan audit medis. Namun demikian pada saat melakukan audit pendokumentasian dapat membantu komite medis untuk mengumpulkan data-data yang bisa digunakan untuk pelaksanaan audit medis.

Tes 2

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

- 1) Audit pendokumentasi Rekam Medis secara kualitatif diharapkan pelaksanaannya dilakukan oleh praktisi Manajemen Informasi Kesehatan yang mempunyai kompetensi khusus agar hasilnya tepat dan dapat dipakai untuk pimpinan dalam menjaga mutu pelayanan. Analisis kualitatif berguna agar

- A. Meriview RK telah diisi dengan konsisten dan akurat serta dapat dipakai setiap saat bila dibutuhkan
 - B. Mengidentifikasi bagian yang tidak lengkap dan dapat dikoreksi dengan mudah
 - C. Mengetahui data-data medis pasien
 - D. Mengetahui masalah penyakit pasien
 - E. Mengetahui lembar-lembar yang belum diparaf /tandatangan
- 2) Dalam melaksanakan audit secara Kualitatif, profesional Perkam medis dan Informasi Kesehatan perlu mempunyai pengetahuan tentang
- A. Terminologi Medis
 - B. Anatomi dan Fisiologi
 - C. Dasar-dasar Proses Penyakit
 - D. Isi RM
 - E. Semua benar
- 3) Berbeda dengan audit kuantitatif, audit pendokumentasian rekam medis secara kualitatif dilakukan dengan mereview 6 (enam) komponen dengan cara mereview
- A. Kebenaran terapi medis yang dilakukan oleh para dokter
 - B. Kualitas klinis dalam catatan dokter di RM
 - C. Hasil pemeriksaan medis dalam RM yang dilakukan oleh fasilitas penunjang diagnostik
 - D. Mereview pencatatan RM yang dilakukan oleh pemberi pelayanan kesehatan
 - E. Hasil pemeriksaan penunjang pasien
- 4) Berbeda dengan audit kuantitatif, audit pendokumentasian rekam medis secara kualitatif dilakukan dengan mereview 6 (enam) komponen antara lain
- A. *Review for complete and consistent diagnostic*
 - B. *Review for Entry Consistency*
 - C. *Review for description & justification of course of treatment.*
 - D. *Review for recording informed consent*
 - E. Semua benar
- 5) Rekam Medis harus mempunyai semua catatan mengenai kejadian yang dapat menyebabkan/ berpotensi tuntutan kepada institusi pelayanan kesehatan/ pemberi pelayanan sendiri, baik oleh pasien maupun oleh pihak ketiga. Hal yang termasuk pada komponen ini bila pasien
- A. Masuk ICU

- B. Mendapat infus
 - C. Mendapat transfusi darah
 - D. Mengalami muntah saat dirawat
 - E. Masuk kamar operasi lebih satu kali
- 6) Pada komponen kekonsistensian diagnose, perlu dibaca tiap diagnose yang dibuat dari pasien masuk hingga keluar yaitu pada
- A. Surat rujukan
 - B. Lembaran masuk-keluar
 - C. Pengkajian awal
 - D. Catatan perkembangan hingga resume
 - E. Semua benar
- 7) Pada komponen pencatatan yang baik pemeriksaan rekam medis dilakukan pada semua catatan terutama yang harus konsisten dapat dilihat pada lembaran
- A. Lembar Riwayat Penyakit
 - B. Catatan instruksi dokter
 - C. Catatan Perkembangan dokter
 - D. Catatan Perkembangan perawat
 - E. Semua benar
- 8) Pemberian informasi kepada pasien dilakukan sebelum pasien menyetujui persetujuan tindakan kedokteran. Persetujuan Tindakan ini ditandatangani oleh
- A. Pasien atau wali dari pasien
 - B. Saksi dari pasien
 - C. Dokter yang melakukan tindakan
 - D. Saksi dari pihak dokter
 - E. Semua benar
- 9) Pada pendokumentasian Persetujuan tindakan kedokteran perlu ditinjau adanya tertulis antara lain adalah
- A. Informasi yang diberikan sesuai dengan diagnose pasien
 - B. Diagnosa penyakit dengan tindakan yang akan dilakukan
 - C. Persetujuan atau penolakan yang diberikan oleh pasien/ keluarga pasien
 - D. Tanggal dan waktu pemberian informasi
 - E. Semua benar

- 10) Pada komponen pendokumentasian yang baik maka perlu dikoreksi terkait
- A. Pada saat mencatat ada tanggal
 - B. Harus ada waktu penulisan
 - C. Tulisan tidak harus bagus, tinta yang dipakai harus tahan lama, penulisan a
 - D. Menggunakan Singkatan yang umum: yang sudah ada dalam pedoman pelayanan rekam medis
 - E. Semua benar

Topik 3

Hal Lain Terkait Audit Pendokumentasian Rekam Medis

Setelah melakukan audit kuantitatif dan kualitatif pendokumentasian rekam medis diperoleh Rekam Medis yang lengkap, konsisten dan akurat. Perlu kita bandingkan satu dengan lainnya agar terjadi suatu kepastian dan jelas perbedaan satu dengan lainnya juga dengan pelaksanaan audit medis yang dilakukan oleh tim Medis dalam hal ini Komite Medis. Kegiatan Tim Mutu Rumah sakit membutuhkan data dari Audit Pendokumentasian Rekam Medis yang dilaksanakan oleh profesional PMIK dan juga Audit Medis yang dilakukan Tim Komite Medis.

Juga perlu mengetahui hal yang dilakukan tim audit bila ada RM yang belum lengkap dan perlu diserahkan pada yang bertanggungjawab agar dapat dilengkapi sesuai waktu yang telah ditetapkan.

A. PERBEDAAN ANALISIS KUANTITATIF, KUALITATIF DAN AUDIT MEDIS

Untuk lebih jelas perbedaan antara Audit Kuantitatif, Kualitatif dan Audit Medis, maka dapat dilihat pada Tabel 3.23 ini sehingga Anda jelas dan dapat membedakannya.

Tabel 3.23.

Perbedaan Analisis Kuantitatif & Kualitatif dan Review kualitas klinis

No.	Dimensi	Analisis Kuantitatif	Analisis Kualitatif	Review Kualitas Klinis
1.	Pelaksana	Profesional PMIK	Subkomite RM +Profesional PMIK yang terpercaya	Komite Medis/ Dr. Senior
2.	telaah /review Rekam Medis	mereview pendokumentasian untuk memastikan kelengkapan dan keakuratan.	mereview pendokumentasian untuk memastikan kekonsistensian dan keakuratan.	Mereview pengobatan yang diberikan sesuai dengan standar pelayanan medis/ pedoman pelayanan klinis .

No.	Dimensi	Analisis Kuantitatif	Analisis Kualitatif	Review Kualitas Klinis
3.	Kompetensi	<ul style="list-style-type: none"> - Jenis formulir - Orang yang berhak mengisi RM - Orang yang harus melegalisasi penulisan 	<ul style="list-style-type: none"> - Proses penyakit - Peraturan dan Standarisasi yang ditetapkan oleh staf medis dan institusi ybs - Perizinan - Akreditasi - Standarisasi dari badan yang mereview pendokumentasian RM. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ilmu kedokteran sesuai spesialisasi kedokteran - Standar Pelayanan medis/ Pedoman Pelayanan Klinis - UU Praktek Kedokteran
4.	Waktu Pelaksanaan	<i>Retrospective / Concurrent</i>	<i>Retrospective/ Concurrent</i>	<i>Retrospective</i>

B. WAKTU PELAKSANAAN REVIEW PENDOKUMETASIAN SECARA ANALISIS KUANTITATIF DAN KUALITATIF.

1. *Retrospective Analysis (RA)*

Pelaksanaan analisis yang dilakukan sesudah RK pasien pulang kembali ke Departemen Rekam Medis. Hal ini telah lazim dilakukan karena dapat dianalisis secara keseluruhan walaupun hal ini memperlambat proses melengkapi yang kurang. Pada rumah sakit umum (*Hopital Acute Care*) lama rawat pasien sangat pendek (3-12 hari), karena itu lebih tepat dilakukan analisis secara *retrospective*.

2. *Concurrent Analysis (CA)*

Pelaksanaan analisis yang dilakukan saat pasien masih dirawat. Hal ini dilaksanakan di *Nurse station* untuk mengidentifikasi kekurangan/ ketidak sesuaian/ salah interpretasi secara cepat sebelum digabungkan.

Dalam menerapkan CA fasilitas pelayanan kesehatan perlu mengevaluasi *cost and benefitnya*. Analisis ini membutuhkan tambahan biaya dan personil, juga tambahan ruangan di nurse station. Dilain pihak CA memberikan keuntungan dalam meningkatkan angka kelengkapan RM, arus informasi kepada bagian keuangan dan kelancaran pembayaran. Selain

itu juga meningkatkan pemanfaatan sumber daya, meningkatkan pelayanan dan pendokumentasian, serta menurunkan angka RK yang tidak lengkap. Hal ini sukar diukur namun secara pasti akan berkembang.

Pada Long term care analysis dilakukan secara dilakukan tiap bulan, saat ditransfer dan saat pulang. Di Indonesia long term care dianalogikan dengan rumah sakit khusus yang umumnya lama rawat lebih dari 30 hari . Sebagai contoh pada RK pasien Jiwa dilakukan tiap bulan, saat ditransfer dan saat pulang, agar tidak menyulitkan pelaksana dalam menganalisis. Diutamakan dalam perbaikan pelayanan dan efisiensi pemanfaatan sumber daya yang ada. Pada pelayanan rawat jalan juga dilakukan dalam meningkatkan mutu pelayanan ini.

C. PENGONTROLAN REKAM MEDIS YANG TIDAK LENGKAP

Dari hasil dari Analisis Kuantitatif dan Kualitatif diperoleh:

1. Identifikasi Kekurangan Yang Spesifik
2. Pola/Gambaran Dari Pencatatan Yang Jelek
3. Kejadian Yang Dapat Mengakibatkan Ganti Rugi

Rekam Medis yang tidak lengkap dapat dibedakan atas 2 hal: *Incomplete Medical Record* (IMR) dan *Delinquent Medical Record* (DMR)

1. Rekam Medis dengan kekurangan yang spesifik yang masih dapat dilengkapi oleh pemberi pelayanan kesehatan dikategorikan sebagai *Incomplete Medical Record* Pemberi Pelayanan Kesehatan diberitahu untuk melengkapi Rekam Medis sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan sesuai aturan dari Staf Medis. Berdasarkan peraturan Depkes 24 jam sesudah pasien pulang Rekam Medis segera dikembalikan ke Rekam Medis dengan lengkap dan benar
2. Rekam Medis yang telah dikirim ke pemberi pelayanan dan masih tidak lengkap sesudah melewati batas waktu tsb maka dikategorikan sebagai *Delinquent Medical Record*.

Fasilitas Pelayanan Kesehatan secara terus menerus memonitor banyaknya *Incomplete Medical Record* dan *Delinquent Medical Record*.

$$IMR = \frac{IMR \times 100\%}{\sum \text{pasien pulang selama periode melengkapi Rekam Medis tsb.}}$$

Keterangan:

IMR= Incomplete Medical Record

Contoh: Jumlah pasien pulang =75 orang , sesudah batas waktu untuk melengkapi ternyata terdapat 25 berkas pasien pulang belum dilengkapi oleh pemberi pelayanan kesehatan, maka $IMR = 25/75 \times 100\% = 33.3\%$

$$DMR = \frac{DMR \times 100\%}{\text{Rata-rata } \sum \text{pasien pulang selama periode melengkapi Rekam Medis}}$$

Keterangan:

DMR = *Delinquent Medical Record*

Contoh: ada 50 Rekam Medis yang masih tidak lengkap sesudah batas waktu pengisian, rata-rata - pasien pulang selama jangka waktu pengisian = 750 maka $DMR \text{ Rate} = 50/750 \times 100\% = 6.7\%$.

Bila DMR lebih dari 50 % maka ini merupakan masalah yang serius

Bila IMR sangat tinggi maka D.MR akan lebih tinggi lagi.

Faktor yang mempengaruhi tingkat kelengkapan Rekam Medis:

- Age /Jangka waktu : Bila DMR 40% dengan melewati batas waktu 2/3 minggu lebih baik daripada DMR 20% yang melewati batas waktu beberapa bulan.
- Tipe DMR: DMR disebabkan tidak adanya Riwayat Penyakit, Pemeriksaan Fisik, Hasil Operasi, dan tanda tangan pengesahan lebih jelek dari pada DMR yang tidak mempunyai Ringkasan Penyakit dan tandatangan pada Catatan Perkembangan.

D. PENCATATAN KEKURANGAN DARI REKAM MEDIS

Pemberi pelayanan kesehatan perlu mengetahui bahwa mereka mempunyai Rekam Medis yang perlu dilengkapi dan apa saja kekurangannya.

Dalam analisis identifikasi kekurangan rekam medis dapat dilakukan:

1. Membuat catatan kecil dan diletakkan langsung dalam rekam medis tsb.
2. Memberi tanda dengan selotip / stempel di map rekam medis
3. Memberi Stiker pada lembaran yang belum lengkap.

Diharapkan pada waktu yang akan datang telah dilengkapi.

Bila setelah dilakukan analisis retrospektif atau masih terdapat kekurangan sesudah pasien pulang pada analisis Concurrent, maka fasilitas pelayanan kesehatan. mempunyai beberapa cara agar rekam medis tsb dapat dilengkapi.

1. Pemberi pelayanan kesehatan secara rutin datang ke bagian rekam medis
2. Rekam Medis dikirim ke tempat yang telah ditetapkan.

3. Rekam Medis diletakkan di Nurse station.
4. Rekam medis dikirim ke ruang pemberi pelayanan kesehatan.

Yang penting diingat bahwa RM tidak boleh dibawa keluar fasilitas pelayanan kesehatan, karena sewaktu-waktu pasien datang ke fasilitas untuk mendapatkan pelayanan terutama dalam keadaan emergency atau untuk kepentingan lain.

E. PENYIMPANAN REKAM MEDIS YANG TIDAK LENGKAP

Rekam medis yang tidak lengkap disimpan di bagian Rekam Medis dengan cara:

1. Penyimpanan disatukan dalam file rekam medis permanen
2. Dipisah, dan diberi nama pemberi pelayanan kesehatan
3. Dipisah, dan diberi No. Rekam Medis

Kekurangan dan keuntungan :

1. Penyimpanan dalam rekam medis permanen menyulitkan Pemberi Pelayanan kesehatan untuk mendapatkannya, tetapi rekam medis siap setiap saat bila diperlukan terutama RS dengan pelayanan Rawat Jalan yang biasanya pasien akan kontrol setelah pulang rawat.
2. Pemisahan dengan memberi nama pemberi pelayanan kesehatan memudahkan bagi mereka untuk mendapatkannya, tetapi sulit bila satu berkas harus dilengkapi oleh banyak pemberi pelayanan kesehatan
3. Pemisahan dengan memberi No.rekam medis merupakan gabungan antara no.1 dan 2.

Penggunaan komputer dapat memudahkan banyak pekerjaan ini:

1. Membuat daftar RM yang tidak lengkap per pemberi pelayanan kesehatan
2. Membuat daftar lembaran yang tidak lengkap pada setiap rekam medis yang tidak lengkap
3. Membuat statistik IMR dan DMR per dokter atau per tipe kekurangan, atau berdasarkan lamanya DMR.
4. Membantu mengetahui lokasi RM yang tidak lengkap.

F. FINAL CHART CHECK/ FORM PENGONTROLAN LEMBARAN RM

Berguna untuk merecheck rekam medis yang telah dilengkapi.

Rekam medis perlu lengkap tepat waktu karena IMR menurunkan kualitas pelayanan kesehatan, yang mempengaruhi perizinan dan akreditasi. Bila pemberi pelayanan kesehatan

tersebut sudah tidak di fasilitas tsb lagi atau sudah meninggal maka RM tersebut dikategorikan sebagai IMR dan biasanya Komite Rekam Medis mereview dan memberi catatan.

Penanganan pendokumentasian yang tidak lengkap

Yang perlu diperhatikan

- ◆ Praktek pendokumenasian
- ◆ Kejadian yang berpotensi untuk pembayaran ganti rugi

Jika pada Analisis kualitatif ternyata ada pendokumentasian yang jelek yang tak dapat dilengkapi atau dikoreksi sesuai yang dilaksanakan, praktisi Rekam Medis harus menyampaikan ke bagian Hukum Staf Medis, Manajer administrasi RS, dan kode etik profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan. Setiap situasi mempunyai solusi yang berbeda. Biasanya pendokumentasian yang jelek menandakan perlunya perhatian penuh oleh atasan dalam hal ini Komite Staf Medis, termasuk Komite Rekam Medis, QA, dsb.

Contoh :

- ◆ Pada Analisis Kualitatif dinyatakan bahwa form pemeriksaan fisik bayi baru lahir ada yang tidak diisi, mungkin lebih tepat disarankan pada Komite Rekam Medis untuk mengevaluasi form tersebut untuk direvisi.
- ◆ Pada form Catatan dokter ortopedi dan dokter mata jarang yang berisi catatan tentang pemeriksaan ginekologi pasien wanita. Karena dipikirkan perlu sebagai tanda awal dari penyakit kanker tidak ada catatannya, maka ini dapat direkomendasikan pada studi program QA untuk lebih mendalaminya.

Pemberi pelayanan kesehatan dapat dihubungi langsung mengenai pencatatannya yang jelek.

Contoh 1:

Pada Analisis Kualitatif didapat seorang dokter menulis menggunakan pulpen tinta cair yang mengotori kertas dan tembus ke bagian belakang, sehingga tidak dapat digunakan sisi belakangnya dan difotokopi. Maka dengan melihatkan catatan tersebut, diminta agar si dokter menggunakan pulpen yang lain. Informasi secara umum mengenai pencatatan yang jelek dapat diberitakan pada majalah rumah sakit, majalah dinding di papan pengumuman, atau pada rapat intern lainnya.

Contoh 2:

Diagnosa utama yang mempunyai efek pada penagihan dapat disampaikan pada rapat intern. Kliping surat kabar mengenai kasus malpraktek akibat pencatatan yang jelek dimasukkan dalam bulletin. Akhirnya: Harus ada dicatat/ diberi peringatan jika ada hal/ kejadian yang berpotensi rumah sakit membayar ganti rugi oleh manajer yang berkaitan , program QA, atau konsultan hukum.

Identifikasi awal dan analisis kejadian secara cepat dan usaha keras akan mengurangi seminimal mungkin kejadian yang berpotensi rumah sakit membayar ganti rugi. Dalam penanganan ini sangat penting dijaga kerahasiaan informasi. Informasi ini sangat sensitif, dan hanya orang yang mempunyai otorisasi dapat menangani hal ini. Dianjurkan agar lebih baik disimpan dalam lemari terkunci.

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

- 1) Apa beda antara Incomplete MR dan Delinquent MR?
- 2) RM yang belum lengkap tentu akan diserahkan ke pemberi pelayanan yang bertanggungjawab untuk melengkapinya. Dimanakah diletakkan?
- 3) Apa yang perlu ditandai pada RM yang belum lengkap?

Ringkasan

Berbagai cara dilakukan agar yang telah dilaksanakan pada audit pendokumentasian dapat dilengkapi oleh pemberi pelayanan yang bertanggungjawab sehingga segera dapat disimpan di rak untuk selanjutnya dapat digunakan untuk berbagai keperluan. Pelaksanaan dapat disesuaikan dengan jenis pelayanan dengan melakukan RA atau CA. Pengontrolan kelengkapan dapat dibedakan atas IMR dan DMR. Adanya cara pencatatan rekam medis yang belum dilengkapi seperti membuat catatan kecil dan diletakkan langsung dalam rekam medis, Memberi tanda atau memberi Stiker pada lembaran yang belum lengkap. Juga cara penyimpanan rekam medis yang belum lengkap dengan menyatukan dalam file rekam medis permanen atau dipisah dan diberi nama pemberi pelayanan kesehatan atau dipisah dan diberi nomor rekam medis

Tes 3

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

- 1) Ketidaklengkapan pendokumentasian RM dikatakan *Delinquent Medical Record* adalah
 - A. Rekam medis yang sesudah dilakukan analisis masih belum lengkap
 - B. Rekam medis yang belum dilakukan analisis dan masih belum lengkap
 - C. Rekam Medis yang sesudah dilakukan analisis telah dilengkapi
 - D. Rekam Medis yang telah diusahakan untuk dilengkapi tetapi sesudah melampaui batas waktu yang diberikan masih belum lengkap
 - E. Rekam Medis yang telah diusahakan untuk dilengkapi dan sesudah melampaui batas waktu yang diberikan diisi dengan lengkap

- 2) Ketidaklengkapan pendokumentasian RM dikatakan *Incomplete Medical Record* adalah
 - A. Rekam medis yang sesudah dilakukan analisis masih belum lengkap
 - B. Rekam medis yang belum dilakukan analisis dan masih belum lengkap
 - C. Rekam Medis yang sesudah dilakukan analisis telah dilengkapi
 - D. Rekam Medis yang telah diusahakan untuk dilengkapi tetapi sesudah melampaui batas waktu yang diberikan masih belum lengkap
 - E. Rekam Medis yang telah diusahakan untuk dilengkapi dan sesudah melampaui batas waktu yang diberikan diisi dengan lengkap

- 3) Setelah dilaksanakan audit kelengkapan rekam medis maka RM yang belum lengkap (*Incomplete Medical Record*) disimpan di bagian RM dengan cara
 - A. Disatukan dengan RM lain tapi diberi nama pemberi pelayanan kesehatan
 - B. Dipisah, dan diberi nama pelaksana audit
 - C. Disatukan dengan RM lain yang sudah lengkap
 - D. Dipisah, dan diberi nama pemberi pelayanan kesehatan untuk dikirim
 - E. Dipisah, dan diberi nama pelaksana untuk diserahkan ke komite rekam medis

- 4) Bila setelah dilakukan audit kelengkapan RM ternyata masih terdapat kekurangan maka ada beberapa cara agar berkas rekam medis tersebut dapat dilengkapi
 - A. Pemberi pelayanan kesehatan secara rutin datang ke unit rekam medis
 - B. Rekam Medis dikirim ke tempat yang telah ditetapkan.
 - C. Rekam Medis diletakkan di Nurse station.

- D. Rekam Medis dikirim ke ruang pemberi pelayanan kesehatan
 - E. Semua benar
- 5) Dalam analisis identifikasi kekurangan RM dapat dilakukan ...
- A. Membuat catatan kecil dan diletakkan langsung dalam RM tsb.
 - B. Memberi tanda dengan selotip / stempel di map RM.
 - C. Memberi Stiker pada lembaran yang belum lengkap.
 - D. Memberi Post-in pada bagian yang belum lengkap
 - E. Semua benar
- 6) Jika pada A. kualitatif ternyata ada pendokumentasian yang jelek yang tak dapat dilengkapi atau dikoreksi sesuai yang dilaksanakan, praktisi Rekam Medis harus menyampaikan ke
- A. bagian Hukum Staf Medis, Manajer administrasi RS, dan kode etik profesi PMIK di rumah sakit.
 - B. bagian Hukum Staf Medis, Manajer administrasi RS, dan kode etik profesi Kedokteran
 - C. bagian Hukum Staf Medis, Manajer keuangan, dan kode etik profesi PMIK.
 - D. bagian Hukum Staf Medis, Manajer Penunjang medis, dan kode etik profesi PMIK.
 - E. Koordinator Medis, Manajer keperawatan RS, dan kode etik profesi PMIK.
- 7) Setiap situasi mempunyai solusi yang berbeda. Biasanya pendokumentasian yang jelek menandakan perlunya perhatian penuh oleh atasan dalam hal ini ...
- A. Bagian rawat inap
 - B. Bagian Menjaga Mutu/ QA
 - C. Komite Farmasi
 - D. Komite Keperawatan
 - E. Komite Penunjang Medis

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) E
- 2) A
- 3) B
- 4) B
- 5) D
- 6) A
- 7) A
- 8) B
- 9) D
- 10) B

Tes 2

- 1) E
- 2) D
- 3) C
- 4) E
- 5) E
- 6) E
- 7) E
- 8) E
- 9) E
- 10) E

Tes 3

- 1) D
- 2) A
- 3) D
- 4) E
- 5) E
- 6) A
- 7) B

Glosarium

Analisis Kuantitatif	Suatu telaah/ review bagian tertentu dari isi RM dengan maksud menemukan kekurangan, khususnya yang berkaitan dengan pendokumentasian RM.
Analisis Kualitatif	Suatu review pengisian RM yang berkaitan tentang ke tidak konsistensian dan tidak ada isinya yang merupakan bukti bahwa RM tersebut tidak akurat dan tidak lengkap.
Assessment (A)	Interprestasi/ kesan kondisi saat ini merupakan hasil yang disimpulkan oleh pemberi asuhan (dokter) dari anamnesa dan hasil pemeriksaan fisik
Audit Medis	sebagai upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis . Tujuan audit medis terkait dengan upaya peningkatan mutu dan standarisasi, adalah tercapainya pelayanan prima di rumah sakit.
Clear	Jelas
Complete	Lengkap: Memiliki Isi yang Maksimum; Teliti
Consistent	Tidak bertentangan
Data Administratif	Data -data identitas yang berguna untuk administrasi
Data Klinis	Data-data yang didapat dalam pelayanan kesehatan mulai dari pemeriksaan fisik, diagnostik dan penunjang pelayanan kesehatan lainnya
Delinquent Medical Record (DMR)	Rekam Medis yang masih tidak lengkap sesudah melewati batas waktu untuk melengkapi Incomplete MR yang diberikan ke pemberi pelayanan terkait.
Dokumen	Surat yang tertulis atau tercetak yang dapat dipakai sebagai bukti keterangan
Evidence-Based Medicine (EBM)	:Dokter dalam hal ini praktisi kedokteran menggunakan <i>data ilmiah terbaik yang tersedia</i>
e KTP	elektronik kartu tanda penduduk
Hybrid Health Record	Rekam kesehatan yang berisi rekaman baik yang tertulis maupun yang elektronik .
ICD 10	International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem digunakan untuk mencari kode penyakit pasien

ICD 9CM	International Classification of Disease 9th Revision Cincial Modification Sixth Editiondigunakan untuk mencari kode tindakan/prosedure pasien
Incomplete Medical Record (IMR)	Rekam Medis yang tidak lengkap setelah dilakukan analisis kuantitatif/ kualitatif
Intelligible	dimengerti
Kode Etik Profesi PMIK	Suatu tatanan etika yang telah disepakati profesi PMIK
Kuratif	Pengobatan, Upaya penyembuhan
Legible	Cukup jelas untuk dibaca dan ditafsirkan
LRP	Lembar Riwayat Penyakit
Menjaga Mutu	Menjaga agar mutu pelayanan mencapai target yang telah ditetapkan.
Not Vague	tidak diragukan
Nurse station.	Tempat perawat rawat inap
Objective (O)	Observasi /pemeriksaan fisik pada pasien oleh pemberi asuhan (dokter/ tenaga kesehatan lain) dan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan
Planning (P) PMIK	Rencana penatalaksanaan terapi dan pengobatan Perkeam Medis dan Informasi Kesehatan
Quality Assurance (QA)	Kemampuan untuk mengumpulkan, mengolah, mengkategorikan, menganalisis dan merumuskan dan menyajikan informasi indikator mutu pelayanan rekam medis, indikator mutu pelayanan Rumah Sakit dan Indikator Mutu Pelayanan Medis, serta pemanfaatannya untuk berbagai kepentingan statistik, epidemiologi, surveilans dan penelitian serta pengawasan
Persetujuan Tindakan Kedokteran	Persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien
Precise	Akurat, Tepat, Pasti
Preventif	Pencegahan, <i>merupakan suatu pengendalian penyakit yang dilakukan untuk mencegah kejadian yang belum terjadi.</i>
Promotif	Penyuluhan, upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong dirinya sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat sesuai sosial budaya

	setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.
Rehabilitatif	Upaya pemulihan pada keadaan sebelumnya
Rekam Medis Konvensional	Rekam medis yang menggunakan media kertas
Rekam Medis Elektronik (RME)	Rekam Medis yang menggunakan media elektronik
Rekam Kesehatan Elektronik (RKE)	Rekam kesehatan yang menggunakan media elektronik
Reliable	dapat dipercaya, aman, memberikan hasil yang sama saat diulang
Resume Medis	Ringkasan Pulang
Ringkasan Klinis	Ringkasan asuhan rawat jalan yang diberikan kepada pasien selama pasien mendapat pelayanan rawat jalan
Ringkasan Pulang	Ringkasan asuhan medis yang diberikan kepada pasien dalam satu kali periode perawatan.
SOAP	Metode pencatatan rekam medis pasien
Subjective (S)	Hasil anamnese mencakup keluhan dan riwayat penyakit sekarang dan yang lalu

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 Pererekam 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., *Health Information Management 10th edition*, 1994, Berwyn, Illinois : Physician Record Co
- International Federation of Health Information Management Association, ,*Education Modules for Basic Health Records*, 2012, Chicago, Illionis

Bab 4

PRAKTIK PENATAAN ISI REKAM MEDIS

Lily Widjaya, SKM., MM.



Gambar 4.1 Rekam Medis yang telah ditata di rak penjajaran

Pendahuluan

Pendokumentasian rekam Medis merupakan sumber data untuk laporan statistik yang digunakan untuk pengambilan keputusan. Untuk dapat digunakan maka RM yang berbasis kertas perlu ditata/ disusun/ diasembling secara konsisten untuk semua RM yang ada sehingga mudah untuk membacanya dan mencari data yang dibutuhkan bagi yang membutuhkannya

Modul praktikum ini akan memandu anda untuk melakukan Penataan Isi Rekam Medis yang dimulai dari mengenal lembaran RM pasien sebagai awal proses penataan RM

RM pasien terdiri dari RM pasien rawat jalan/ UGD dan RM pasien rawat inap. Dalam penataan RM rawat jalan anda akan melakukan identifikasi lembaran yang wajib ada dan

lembaran tambahan bila diperlukan. Lembaran tersebut harus Anda kuasai sebelum anda melakukan penataan RM rawat jalan.

Untuk menata RM pasien rawat inap, Anda akan melakukan penataan sesuai dengan alur pasien dimulai dari tempat pendaftaran rawat inap, masuk rawat, selama dirawat dan saat akan pulang rawat.

Anda juga harus bisa menyiapkan alat-alat yang dibutuhkan dalam kegiatan penataan RM pasien terutama lembaran rekam medis, lembaran check/ control dan tanda / post it

Setelah melakukan praktikum ini, maka Anda diharapkan dapat :

1. Menggambarkan alur cara penataan RM
2. Memahami Standar Prosedur Operasional (SPO) Penataan Susunan RM Pasien Baru dan Lama
3. Memperagakan cara penataan RM rawat jalan
4. Memperagakan cara penataan RM rawat Inap

Materi dalam bab ini meliputi:

1. Penataan lembaran umum RM
2. Penataan lembaran khusus RM

Kegiatan Praktikum 1

Penataan Lembaran Umum Rekam Medis

Menata Rekam Medis disebut juga melakukan assembling atau merakit Rekam Medis, merupakan penyusunan RM sesuai aturan dan prosedur yang telah ditetapkan instalasi pelayanan kesehatan tersebut. Susunan RM belum ada standarisasi yang ditetapkan di Indonesia, hanya tergantung dari jenis pelayanan dan tipe format RM (lihat Bab 2). Instrumen yang perlu disiapkan:

1. Susunan Isi minimal RM Rawat Jalan
2. Susunan Isi minimal RM Gawat Darurat
3. Susunan isi minimal RM Pasien Dalam keadaan Bencana
4. Susunan Isi minimal RM Rawat Inap
5. Kompetensi

Setelah mempelajari materi ini, mahasiswa diharapkan dapat:

1. Menata map / *folder* RM pasien baru
2. Menata isi RM rawat jalan
3. Menata isi RM Gawat Darurat
4. Menata isi RM pasien dalam keadaan bencana
5. Menata isi RM rawat inap

Panduan Praktikum

1. Menata/ assembling RM yang baru dikembalikan dari tempat pelayanan
 - a. Untuk RM pasien baru Lengkapi Isi dari bagian depan Map RM
 - b. Untuk pasien Lama hanya menata formulir RM
2. Ambil lembaran pemisah agar RM rawat jalan dan rawat inap ada pemisahannya.
3. RM pasien rawat jalan dan Gawat darurat diletakkan bagian depan sedangkan RM Rawat Inap di bagian belakang .
4. Perhatikan identitas pasien pada seluruh lembaran sesuai dengan identitas yang ada pada bagian depan Map RM
5. Jika ada lembaran yang belum ada maka dipisah , bila RM rawat jalan dikembalikan ke klinik terkait sedangkan bila RM rawat inap dikembalikan ke ruang rawat terkait.
6. Penataan ini merupakan bagian dari audit kuantitatif kelengkapan pendokumentasian Rekam Medis

A. ISI DAN LEMBARAN RM

1. Isi RM dapat kita bagi atas isi RM rawat jalan, Gawat darurat dan rawat inap

a. Mengenal Isi RM Rawat Jalan

Tabel 4.1
Isi Minimal RM Rawat Jalan

No	Isi RM Yang Harus Ada	Formulir
1	Identitas pasien	Data Pasien
2	Tanggal dan waktu untuk setiap penulisan	SOAP
3	Pengkajian awal Perawat rawat jalan	SOAP
4	Pengkajian awal dokter r.jalan: ▪ Hasil anamnese mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;	SOAP
	▪ Hasil pemeriksaan fisik ;	SOAP
	▪ Diagnosis	SOAP
5	Rencana penatalaksanaan;dan	SOAP
6	Pengobatan dan / tindakan; Catatan perkembangan (Terintegrasi)→ oleh dokter, perawat dan lainnya	
7	Pelayanan lain yang telah diberikan pada pasien; Penunjang diagnostik: Hasil Laboratorium, radiologi dan lainnya	SOAP
8	Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinis dan	SOAP
9	Persetujuan tindakan bila diperlukan	Dokter-pasien
10	Ringkasan Klinis	Dokter-petugas RM

Keterangan: S= Subjective, O= Objective, A= Assessment, P= Planning

b. Mengenal Isi Minimal RM Gawat Darurat

Tabel 4.2
Isi Minimal RM Rawat Gawat Darurat

	ISI RM YANG HARUS ADA	FORMULIR
1	Identitas pasien;	Data Pasien
2	Kondisi saat pasien tiba di saryankes	S
3	Identitas pengantar pasien	
4	Tanggal dan waktu (setiap Penulisan)	
5	Hasil anamnese mencakup se<<<keluhan & riwayat penyakit;	
6	Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis;	O
7	Diagnosis;	A
8	Pengobatan dan/ tindakan;	P
9	Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan UGD dan rencana tindak lanjut	
10	Pelayanan lain yang telah diberikan pada pasien;	
11	Nama dan tanda tangan dokter dan dokter gigi dan tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan	Autentikasi penulis
12	Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke saryankes lain; dan	Data administrasi pasien
13	Persetujuan tindakan bila diperlukan	Dokter-pasien

Keterangan: S= Subjective, O= Objective, A= Assessment, P= Planning

c. Mengenal Isi Minimal RM Pasien dalam Kondisi Bencana

Tabel 4.3

Isi Minimal RM Pasien dalam Kondisi Bencana

	ISI RM YANG HARUS ADA	FORMULIR
	Sama dengan RM IGD di tambah:	
1	Jenis Bencana dan lokasi pasien ditemukan	Data Pasien
2	Kategori kegawatan dan nomor pasien bencana alam	S
3	Identitas yang menemukan pasien	

Keterangan: S= Subjective, O= Objective, A= Assessment, P= Planning

d. Mengenal Isi Minimal Rekam Medis Rawat Inap

Tabel 4.4

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	O

NO	ISI RM YANG HARUS ADA	KETERANGAN
	- Pemberian obat (3 unsur:Catatan obat oleh dokter; check obat oleh apoteker klinis dan obat diberikan oleh Perawat)	
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 lain yg.dilakukan o.tenaga kesehatan tertentu;	P
11	Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.	O

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

C. LEMBARAN ISI RM RAWAT JALAN

Sesudah mengetahui isi RM minimal maka anda perlu mengenal Lembaran RM. Pada bab ini diberi beberapa contoh formulir:

2. Pengkajian Medis Pasien Rawat Jalan

PENGKAJIAN MEDIS PASIEN RAWAT JALAN		002/F/IRM/RSPC/Rev.0
Nama Pasien :	Risiko tinggi : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya :	Ruang : Tanggal : Jam :
Umur / Kelamin : Th /		
Alamat :		
No. RM :		
Pendidikan : <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SLTP <input type="checkbox"/> SLTA <input type="checkbox"/> Sarjana Muda/S1/S2		
Status Perkawinan : <input type="checkbox"/> Belum Kawin <input type="checkbox"/> Kawin <input type="checkbox"/> Janda <input type="checkbox"/> Duda		
Pekerjaan : <input type="checkbox"/> PNS <input type="checkbox"/> Swasta <input type="checkbox"/>		
Agama :		
DIISI OLEH DOKTER		
I. ANAMNESIS :		
KELUHAN UTAMA :	RIWAYAT ALERGI :	
II. PEMERIKSAAN FISIK :		
III. DIAGNOSIS :		
IV. PLANING & TERAPI / TINDAKAN :		
V. EDUKASI :		
Dokter,	Pasien/Keluarga Pasien/Penanggung Jawab,	
(.....)	(.....)	
Tanda tangan & nama jelas	Tanda tangan & nama jelas	

Jalan Tuparev No. 117 Cirebon 45153 Telp. (0231) 8338877 - 8338899

Gambar 4.3 Formulir Pengkajian Perawat Rawat Jalan

3. Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi :

Dalam mengisi Catatan Perkembangan Pasien terintegrasi dapat dibaca bahwa dokter/ perawat menggunakan format SOAP;

- a. S=subjective: terkait keluhan dan riwayat penyakit pasien dan keluarga
- b. Objective: berisi catatan pemeriksaan fisik pasien oleh dokter yang jadi penanggungjawab pasien
- c. Assessment: kesimpulan dokter berdasarkan S dan O maka ditegakkan Diagnosa Pasien
- d. Planning: rencana penatalaksanaan terkait diagnose yang telah ditegakkan berupa terapi dan pemeriksaan penunjang bila ada

Logo dan Nama RS

CATATAN TERINTEGRASI

No. Rekam Medis

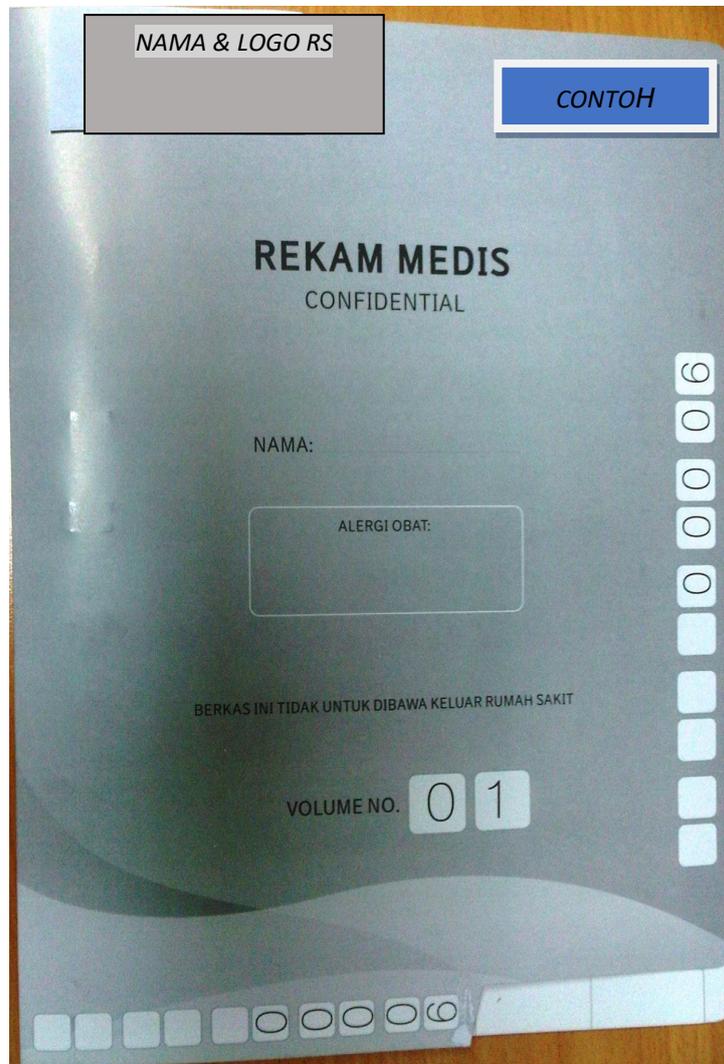
Nama pasien : L / P Kelas : Kamar :
 Tanggal lahir : DPJP utama :
 Tanggal masuk : Dokter rawat : 1.
 bersama : 2.
 3.

Tanggal/ Jam	Catatan Asuhan Medis (Diisi oleh DPJP dan dokter yang melakukan asuhan pelayanan) SOAP	Catatan Penting Asuhan Tenaga Kesehatan Lain (Diisi oleh tenaga kesehatan yang melakukan asuhan pelayanan per shift)

Gambar 4.4 Contoh Lembaran Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi

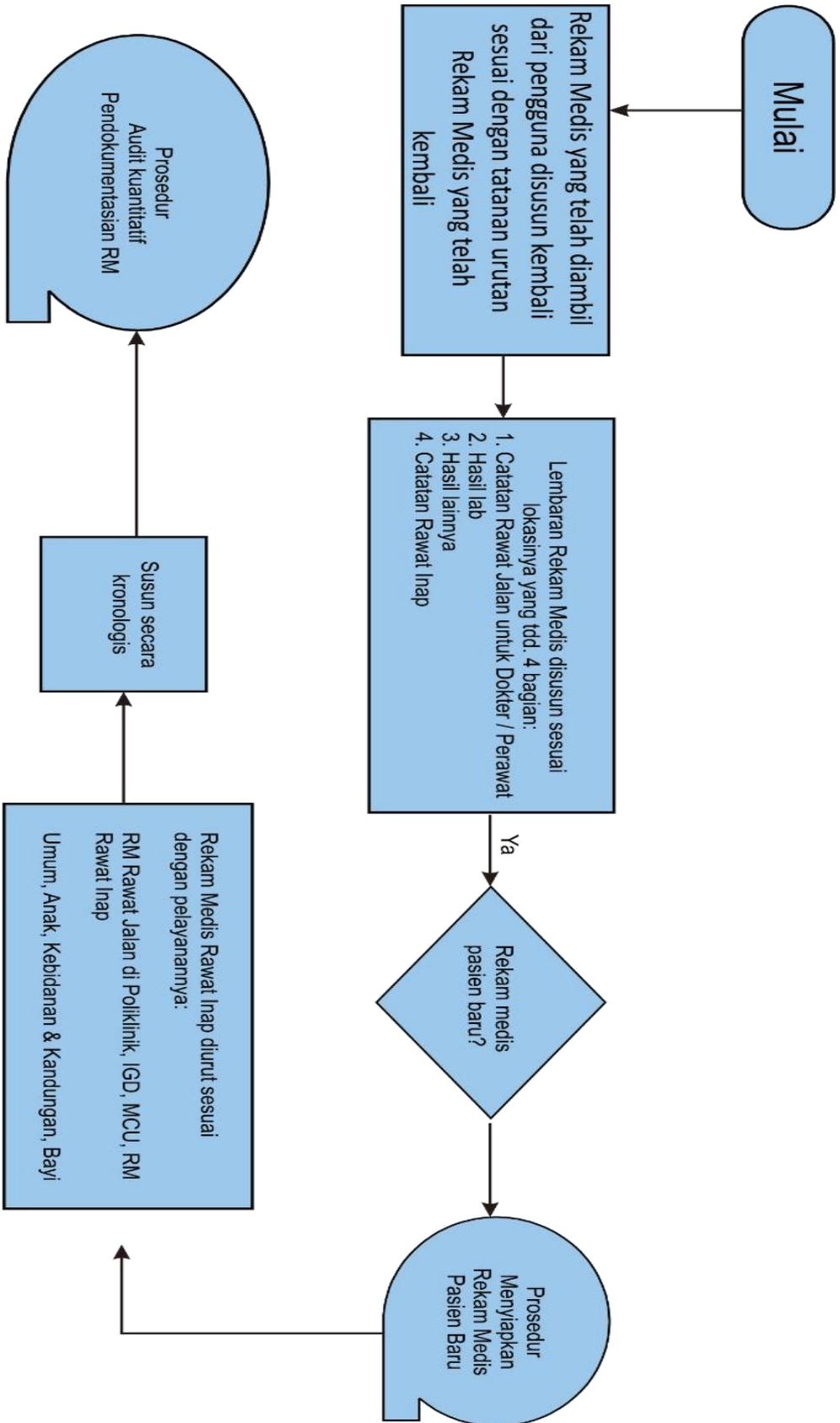
4. Lembaran hasil pemeriksaan penunjang kalau ada

Hasil pemeriksaan penunjang seperti Hasil laboratorium, radiologi, fisioterapi dan sebagainya



Gambar 4.5. Map Rekam Medis Pasien Baru

B. Alur dan SPO Cara Penataan RM pasien Baru



Gambar 4.6 Flowchart Menata Lembaran Rekam Medis

LOGO RS	Penataan Rekam Medis		
	No. Dokumen : SPO-PLM-RMIK-008	No. Revisi : Rev-001	Hal. 126 dari 278
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal ditetapkan 03 Juli 2017	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit	
I. PENGERTIAN	1.1. Penataan Rekam Medis ialah penyusunan / <i>assembling</i> lembaran-lembaran Rekam Medis agar sesuai aturan yang telah ditetapkan yang meliputi susunan berkas Rekam Medis rawat jalan dan gawat darurat, perawatan umum, perawatan anak, perawatan kebidanan dan penyakit kandungan, perawatan bayi dan rawat sehari (One Day Care / ODC).		
II. TUJUAN	2.1. Untuk memastikan bahwa tata cara penyusunan berkas Rekam Medis telah sesuai dengan aturan yang telah ditetapkan. 2.2. Untuk memberi kemudahan kepada dokter / pemberi pelayanan lainnya apabila ingin melihat bagian dari berkas Rekam Medis . 2.3. Untuk menjaga kerapian, keamanan isi berkas Rekam Medis .		
III. KEBIJAKAN	3.1. Keputusan Direktur Operasional RS. tentang Kebijakan Pelayanan Rekam Medis dan Informasi Rumah Sakit		
IV. PROSEDUR	4.1. Perawat Rawat Inap, Rawat Jalan, UGD dan lainnya : 4.1.1. Menyusun lembaran Rekam Medis sesuai dengan aturan yang telah ditetapkan. 4.2. Pelaksana assembling Rekam Medis: 4.2.1. Sesudah kembali ke Rekam Medis menerima berkas Rekam Medis pasien yang telah digunakan dan mengontrol ulang penyusunan agar sesuai dengan aturan: 4.2.2. Berkas Rekam Medis pasien terdiri dari berkas rawat jalan & gawat darurat, dan berkas rawat inap yang meliputi perawatan umum / perawatan anak / perawatan kebidanan dan penyakit kandungan / perawatan bayi serta One Day		

	<p>Care/ ODC, selama pasien itu mendapat pelayanan medis di RS</p> <p>4.2.3. Susunan isi berkas rekam medis (terlampir) terdiri atas:</p> <p>4.2.3.1. Dokter dan Perawat</p> <p>4.2.3.1.1. Berkas rawat jalan diperuntukkan untuk pencatatan oleh Dokter dan Perawat / Bidan / IGD dan Poliklinik</p> <p>4.2.3.2. Laboratorium</p> <p>4.2.3.2.1. Formulir pemeriksaan dan hasil pemeriksaan laboratorium Rawat Jalan</p> <p>4.2.3.3. Hasil Pemeriksaan Lainnya</p> <p>4.2.3.3.1. Formulir hasil pemeriksaan endoskopi , hasil MCU & data pemeriksaan lain, serta data identitas pasien dan foto copy Formulir asuransi rawat jalan</p> <p>4.2.3.4. Rawat Inap</p> <p>4.2.3.4.1. Merupakan berkas Rekam Medis rawat inap dan susunannya sesuai dengan susunan berkas rawat inap berarti mengikuti Petunjuk Susunan Berkas Rekam Medis Perawatan Umum / Perawatan Anak / Perawatan Kebidanan dan Penyakit Kandungan / ataupun Perawatan Bayi tergantung jenis perawatan pasien tersebut.</p> <p>4.2.4. Seluruh berkas Rekam Medis disusun berdasarkan tanggal secara kronologis, dari atas ke bawah</p>
<p>UNIT TERKAIT</p>	<p>5.1. Departemen Pelayanan Medis</p> <p>5.2. Departemen Penunjang Medis</p> <p>5.3. Departemen Keperawatan</p> <p>5.4. Unit Rekam Medis</p> <p>5.5. Unit Keperawatan</p>

Gambar 4.7 Prosedur Penataan RM

C. PENATAAN RM PASIEN BARU

Dalam melakukan penataan RM pasien Baru berbeda dengan RM pasien lama.

1. Menata RM pasien Baru

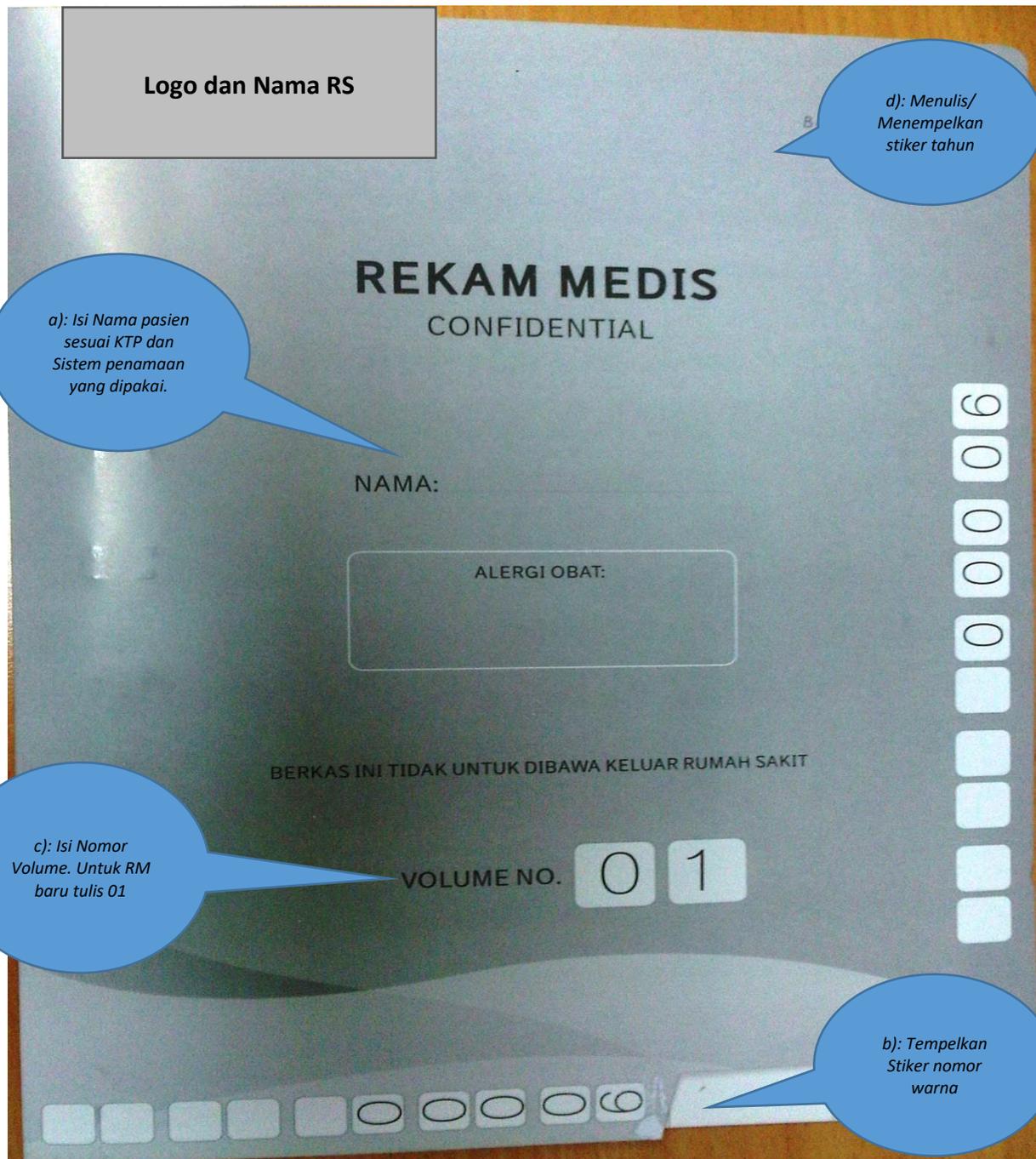
Ada 2 cara penataan RM pasien Baru:

a. Menggunakan langsung Map RM Permanen

Perekam Medis dan Informasi Kesehatan (PMIK) menyiapkan Map Rekam Medis Baru yang permanen dan berisi form kosong yang pasti digunakan dan dibagikan ke tempat pelayanan pasien.

Formulir kosong yang diisi ke Map permanen terdiri dari:

- Ringkasan Klinis Rawat Jalan
- Pengkajian Perawat Rawat Jalan
- Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT)



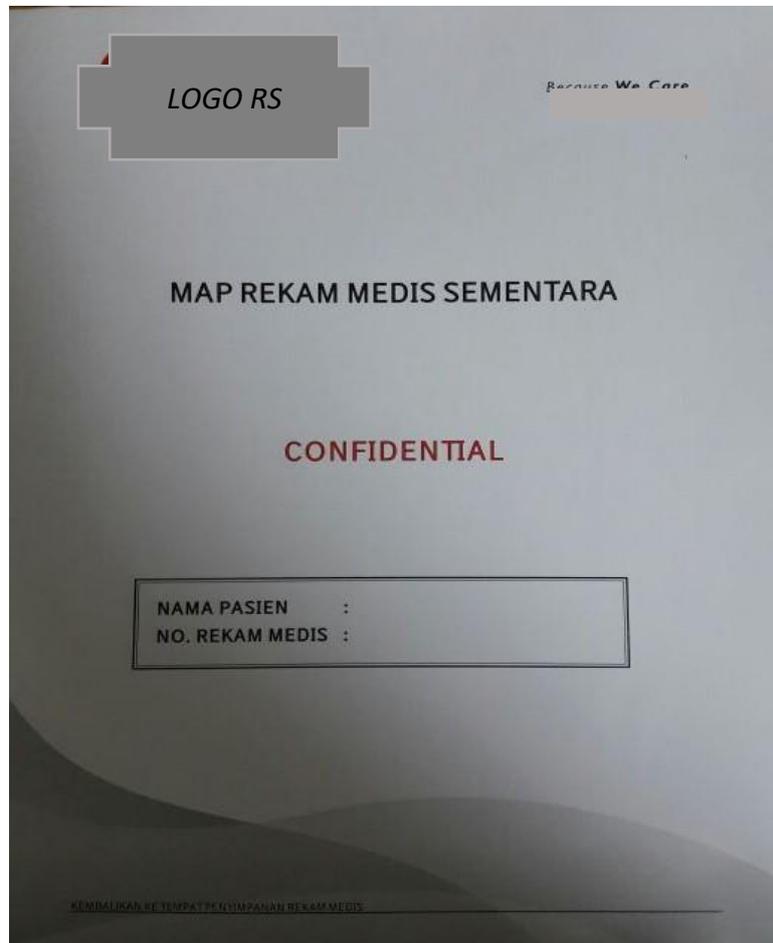
Gambar 4.8 Map Rekam Medis Permanen

b. Menggunakan Map Sementara dan Permanen

1) Ditempat Pelayanan:

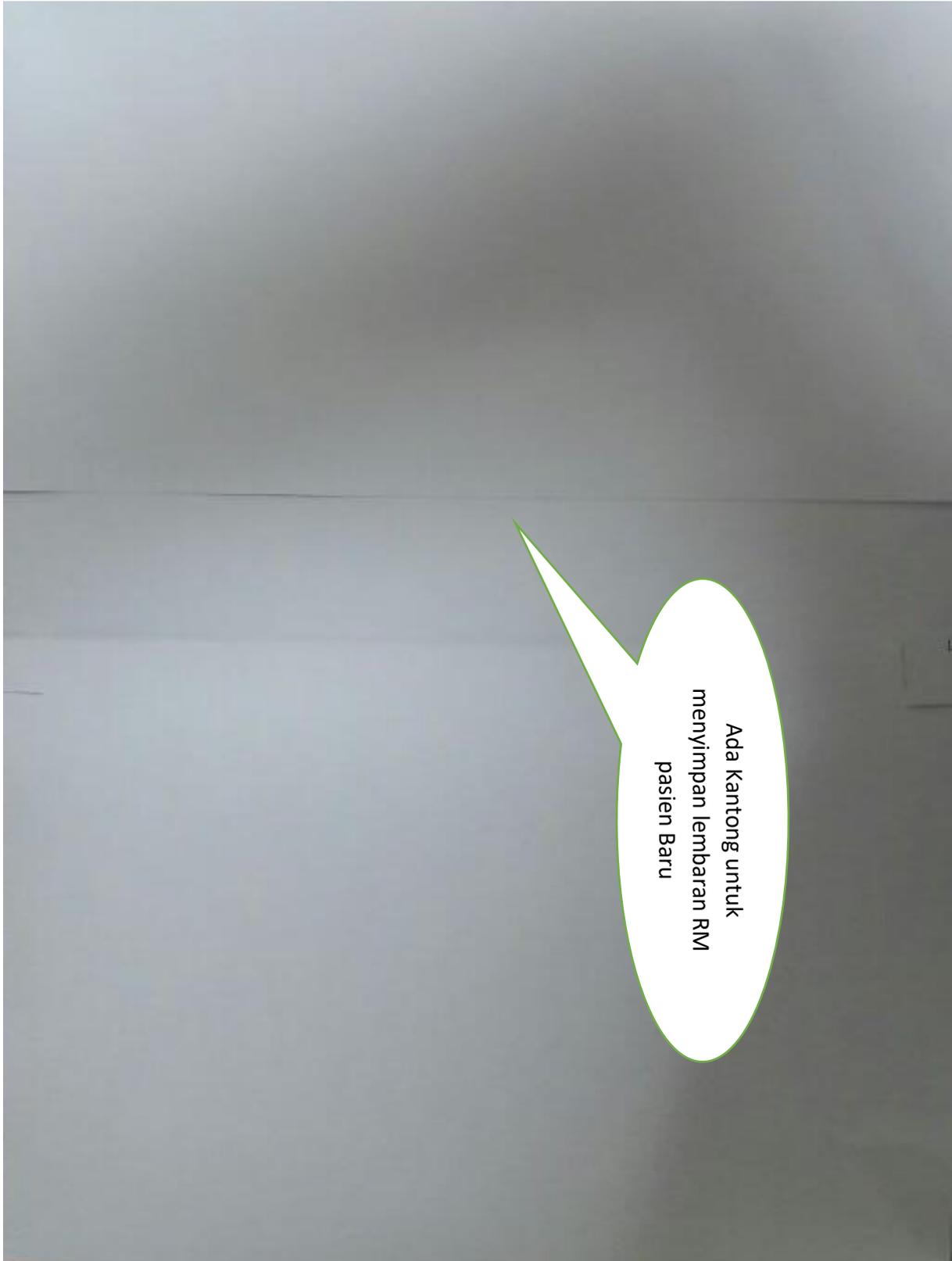
- PMIK menyediakan Map sementara dan semua formulir kosong yang diperlukan pada tiap unit pelayanan sesuai dengan kebutuhannya
- Map sementara ditempelkan stiker identitas pasien.

- Formulir yang telah diisi dengan catatan pasien dimasukkan ke map sementara pasien tersebut
- Map sementara pasien tersebut dikirim ke ruang penyimpanan RM untuk pemrosesan RM



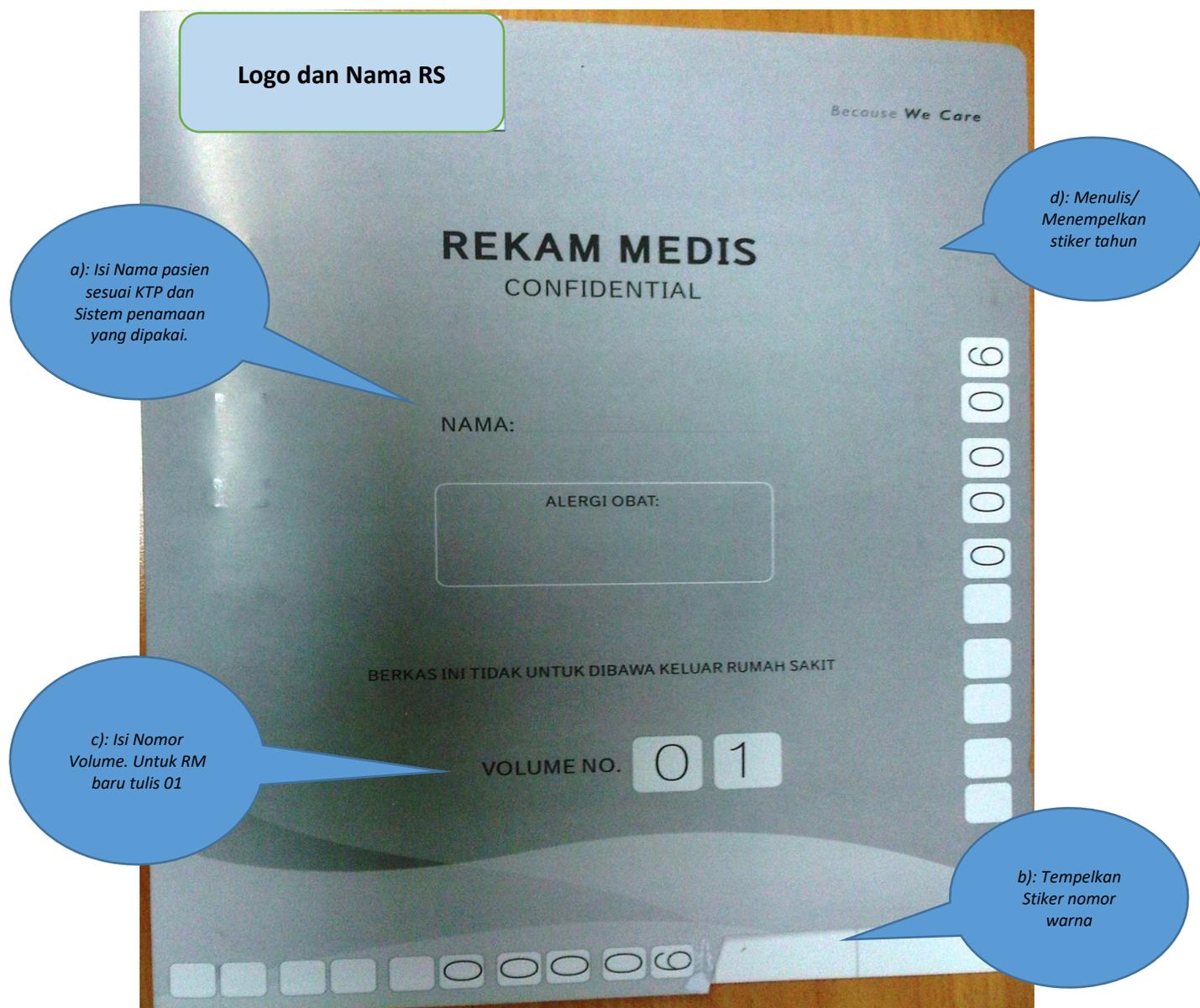
Gambar 4.9 Cover depan Map Sementara

- 2) Di ruang penyimpanan RM map sementara diganti dengan map permanen
Seluruh formulir dalam map sementara dikeluarkan. Menata formulir yang telah diisi tersebut pada map permanen
 - Folder/ Map RM diberi :
 - a) Mengisi Identifikasi pasien
 - b) Menempel stiker nomor warna
 - c) Mengisi nomor volume 01 (bila RM sudah sangat tebal maka dibuat map baru dengan no.volume 02)
 - d) Menulis/menempel stiker tahun



Gambar 4.10

Lembaran dalam Map Sementara Ada Kantong untuk menyimpan Lembaran RM



Gambar 4.11 Map Permanen

2. Menata RM pasien Lama

Penyimpanan Rekam Medis secara penomoran Unit, Bagian Rekam Medis menyiapkan Rekam Medis pasien bila datang kembali mendapat asuhan. Maka tambahan pendokumentasiannya pada:

- RM pasien rawat jalan akan ditata dan disusun secara kronologis, bila formulir sebelumnya belum penuh, dapat diisi sampai penuh sebelum menambah formulir baru.
- Bagi pasien yang berulang dirawat inap akan diberi batasan antara rawat inap I, II dan seterusnya disusun juga secara kronologis sehingga mudah dibaca oleh pemberi pelayanan

- c. Bila dalam 1 map/ folder telah penuh maka tambahkan folder berikut dengan memberi tanda: volume 1 untuk map pertama dan volume 2 untuk map berikutnya, dan seterusnya (lihat Gambar 4.11)

Hasil Pengamatan Praktikum

Instruktur praktikum akan mengawasi proses praktikum dan mencatat setiap langkah kegiatan praktikum yang telah anda lakukan. Hasil pengamatan instruktur akan dituangkan dalam tabel berikut.

Tabel 4.5

Lembar penilaian instruktur praktikum Penataan RM Lembaran Umum

No	ASPEK YANG DINILAI	Pelaksanaan oleh mahasiswa		
		Dilaksanakan (2)	Tidak dilaksanakan (0)	Kurang tepat (1)
I	Mengisi Halaman depan Map RM Pasien Baru			
	1. Menulis Nama pasien sesuai KTP dan Sistem penamaan yang dipakai. Bila telah menggunakan stiker /label pasien tempelkan pada pada box/ kotak yang telah disediakan 2. Menempelkan stiker nomor berwarna sesuai nomor akhir RM Pasien pada box/ kotak yang telah disediakan 3. Menempelkan Stiker Tahun pada box/ kotak yang telah disediakan 4. Mengisi Kolom Volume dengan menulis 01 pada box/ kotak yang telah disediakan			
II	Menata RM Pasien Baru			
	Setelah Menyiapkan dan mengisi Map RM Amaka perlu menata lembaran RM 1. Mengontrol identitas pasien pada setiap lembar RM 2. Memeriksa kelengkapan lembaran RM 3. Bila ada lembaran lain yang diperlukan			

II	Menata RM Pasien Lama			
Ila	Menata RM Rawat Jalan			
	Memeriksa tersedianya lembaran: 1. Ringkasan Klinis 2. Catatan dokter 3. Catatan perawat 4. Hasil pemeriksaan lainnya			
Ilb	Menata RM Rawat Inap			
	Memeriksa tersedianya lembaran: 1. Surat Pernyataan Rawat / Surat rujukan 2. Surat Kuasa Memberikan Informasi Medis 3. Persetujuan Umum 4. Formulir Saat Masuk dan Keluar 5. Pengkajian awal dokter: Anamnesa dan riwayat penyakit, Pemeriksaan Fisik 6. Pengkajian awal perawat 7. Catatan perawat: Asuhan keperawatan, observasi klinis, pemberian Obat 8. Catatan perkembangan (terintegrasi) 9. Hasil pemeriksaan penunjang bila ada 10. Ringkasan: a. Rencana Pasien Pulang b. Ringkasan keperawatan c. Ringkasan Riwayat Pulang			
	Total Nilai			

Tugas Praktik

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, praktekkanlah tugas berikut!

- 1) Ambil 20 RM pasien baru, lakukan pengisian halaman depan dari Map RM
- 2) Ambil 20 RM yang baru dikembalikan dari poliklinik rawat jalan. Lakukan penataan RM dengan menggunakan instrument penataan RM Rawat Jalan
- 3) Ambil 20 RM yang baru dikembalikan dari Unit Gawat Darurat. Lakukan penataan RM dengan menggunakan instrument penataan RM Gawat Darurat

- 4) Ambil 20 RM kasus penyakit dalam yang baru dikembalikan dari Ruang rawat Inap. Lakukan penataan RM dengan menggunakan instrument penataan RM rawat inap
- 5) Ambil 20 RM kasus penyakit anak yang baru dikembalikan dari Ruang rawat Inap. Lakukan penataan RM dengan menggunakan instrument penataan RM rawat inap
- 6) Ambil 20 RM kasus penyakit bedah yang baru dikembalikan dari Ruang rawat Inap. Lakukan penataan RM dengan menggunakan instrument penataan RM rawat inap
- 7) Ambil 20 RM kasus penyakit obsgyn dalam yang baru dikembalikan dari Ruang rawat Inap. Lakukan penataan RM dengan menggunakan instrument penataan RM rawat inap

Ringkasan

Penataan Rekam Medis Pasien Baru dan Lama merupakan langkah awal sebelum melakukan Audit Pendokumentasian Rekam Medis. Penataan yang rapi, letaknya yang konsisten sangat mempengaruhi kelancaran dan ketepatan dalam mengaudit. Penataan RM merupakan bagian dari komponen audit Kuantitatif Pendokumentasian RM. Masing-masing jenis layanan mempunyai isi RM yang berbeda, karena itu perlu dapat menata dan mengenalnya sebagai awal dari audit pendokumentasian rekam medis. Penataan RM pada kegiatan praktikum 1 ini adalah penataan RM rawat jalan, Gawat darurat, RM pasien dalam keadaan bencana dan RM rawat inap.

Kegiatan Praktikum 2

Penataan Lembaran Khusus Rekam Medis

Setelah mengenal isi dan lembaran umum RM maka pada kegiatan ini anda dikenalkan dengan lembaran Khusus. Berbeda dengan Audit Lembaran Umum, audit Lembaran khusus dilakukan untuk 1 lembar saja atau beberapa lembar.

Lembaran khusus, merupakan lembaran yang dipilih berdasarkan beberapa pertimbangan:

1. Lembaran RM yang berdasarkan survey merupakan lembaran yang sangat tidak lengkap
2. Lembaran yang wajib ada sebelum dilakukan suatu tindakan/ operasi
3. 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.

Dalam bab ini ada contoh beberapa lembaran khusus yaitu:

- Lembaran Persetujuan Tindakan Kedokteran (Gambar 4.11 a dan b). Lembaran ini wajib ada sebelum dilakukan tindakan/ operasi pada pasien
- Lembaran Persetujuan Umum/ *General Consent* (Gambar 4.12) . Lembaran ini wajib ada bagi setiap pasien yang akan masuk rawat inap
- Ringkasan Riwayat Pasien Masuk dan Keluar (Gambar 4.13). Lembaran ini wajib ada untuk pasien rawat inap yang berisi Identitas pasien yang lengkap, diagnosa masuk, diagnosa akhir dan tindakan / operasi yang telah dilakukan serta kondisi pasien saat keluar.
- Resume/ Ringkasan Pasien Pulang (Gambar 4.14) lembaran ini wajib ada dan diberikan kepada pasien sebagai Hak Pasien, serta dibutuhkan sebagai bukti pembiayaan dan rujukan
- Laporan Operasi (Gambar 4.15). Lembaran ini wajib dibuat dokter operator sebagai bukti pelaksanaan tindakan yang diperlukan bahwa pelaksanaan sesuai Pedoman Praktik klinis dan bukti dipengadilan bila ada tuntutan.

- Ringkasan Klinis Pasien Rawat Jalan (Gambar 4.16) Diisi oleh dokter yang bertanggung jawab pada pasien setiap kali setelah melakukan pencatatan pada lembaran perkembangan Pasien.

Kompetensi

Setelah mempelajari materi ini, mahasiswa diharapkan dapat menata lembaran khusus seperti:

1. Menata isi Lembaran Persetujuan Tindakan Kedokteran/ *Informed Consent*
2. Menata isi Lembaran Persetujuan Umum/ *General Consent*
3. Menata isi Ringkasan Riwayat Pasien Masuk dan Keluar
4. Menata isi Resume/ Ringkasan Pasien Pulang
5. Menata isi Laporan Operasi
6. Menata isi Ringkasan Klinis Pasien Rawat Jalan

FORMULIR PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

PEMBERIAN INFORMASI			
Dokter Pelaksana Tindakan			
Pemberi Informasi			
Penerima Informasi/Pemberi Persetujuan *			
	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (V)
1	Diagnosis (WD & DD)		
2	Dasar Diagnosis		
3	Tindakan Kedokteran		
4	Indikasi Tindakan		
5	Tata Cara: <input type="checkbox"/> Tipe sedasi/anestesia <input type="checkbox"/> Uraian singkat prosedur dan tahapan yang penting.		
6	Tujuan		
7	Risiko & Komplikasi		
8	Prognosis: Prognosis vital, prognosis fungsional dan prognosis kesembuhan		
9	Alternatif & Risiko: <input type="checkbox"/> Pilihan pengobatan/penatalaksanaan		
10	Hal lain yang akan dilakukan untuk menyelamatkan pasien <input type="checkbox"/> Perluasan tindakan <input type="checkbox"/> Konsultasi selama tindakan <input type="checkbox"/> Resusitasi		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi			tandatangan
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi dari dokter sebagaimana di atas kemudian yang saya beri tanda/paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya			tandatangan
* Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat			
PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN			
Yang bertandatangan di bawah ini, saya, nama _____, tanggal lahir _____, laki-laki/perempuan*, alamat _____, dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukannya tindakan _____ pada tanggal _____ terhadap saya/ _____ saya*bernama _____, tanggal lahir _____, laki-laki/perempuan*, alamat _____			
Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul.			
Saya juga menyadari bahwa dokter melakukan suatu upaya dan oleh karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan sangat bergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa.			
_____, tanggal _____ pukul _____		Saksi 1	Saksi 2
Yang menyatakan*		Dokter	
(_____)		(_____)	(_____)

Gambar 4.11a Formulir Persetujuan Tindakan Kedokteran (halaman depan)

membayar total biaya perawatan yang diberikan sesuai acuan biaya dan ketentuan dengan jaminan atau pribadi.

10. Melalui dokumen ini, saya menegaskan kembali bahwa saya mempercayakan kepada semua tenaga kesehatan rumah sakit untuk memberikan perawatan, diagnostik dan terapi kepada saya sebagai pasien rawat inap atau rawat jalan atau Instalasi Gawat Darurat (IGD), termasuk semua pemeriksaan penunjang, yang dibutuhkan untuk pengobatan dan tindakan yang aman.

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah menerima dan memahami informasi sebagaimana diatas dan menyetujuinya.

Jakarta,

Pasien/Kelurga/ Penanggungjawab	Pemberi	Saksi 1	Saksi 2
(.....)	(.....)	(.....)	(.....)

0075/rev01/BHO/2012

Gambar 4.11b Formulir Persetujuan Tindakan Kedokteran (halaman belakang)

NRM :
Nama :
Jenis Kelamin :
Tanggal lahir :
(Mohondisiatau tempelkan stiker jika ada)

**FORMULIR PEMBERIAN INFORMASI DAN PERSETUJUAN UMUM
(GENERAL CONSENT) UNTUK MENERIMA PELAYANAN KESEHATAN**

1. **Hak dan Kewajiban sebagai pasien :** Dengan menandatangani dokumen ini saya mengakui bahwa pada proses pendaftaran untuk mendapatkan perawatan di [redacted] telah mendapat informasi tentang hak-hak dan kewajiban saya sebagai pasien.
2. Saya menyetujui dan memberikan persetujuan untuk dirawat di [redacted] dan dengan ini saya meminta dan memberikan kuasa kepada [redacted] dokter dan perawat, didampingi oleh pegawai [redacted] untuk memberikan asuhan perawatan, pemeriksaan fisik yang dilakukan oleh dokter dan perawat dan melakukan prosedur diagnostik, radiologi dan/ atau terapi dan tatalaksana sesuai pertimbangan dokter yang diperlukan atau disarankan pada perawatan saya. Hal ini mencakup seluruh pemeriksaan dan prosedur diagnostik rutin, termasuk x-ray, pemberian dan/ atau penyuntikkan produk farmasi dan obat-obatan, pemasangan alat kesehatan (kecuali yang membutuhkan persetujuan khusus) dan pengambilan darah untuk pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan patologi.
3. Saya memberi kuasa kepada setiap dan seluruh orang yang merawat saya untuk memeriksa dan atau memberitahukan informasi kesehatan saya kepada pemberi kesehatan lain yang turut merawat saya selama di rumah sakit ini.
4. Saya setuju rumah sakit wajib menjamin kerahasiaan informasi medis saya baik untuk kepentingan perawatan dan pengobatan, pendidikan maupun penelitian kecuali saya mengungkapkan sendiri atau orang yang lain yang saya beri kuasa untuk itu (Orang tua kandung/suami Istri/kakak/adik saya).
5. Saya memberi kuasa kepada rumah sakit untuk menjaga privasi dan kerahasiaan penyakit saya selama dalam perawatan.
6. Saya mengetahui bahwa [redacted] merupakan [redacted] yang menjadi tempat praktek klinik bagi mahasiswa kedokteran dan profesi-profesi kesehatan lainnya. Karena itu, mereka mungkin berpartisipasi dan atau terlibat dalam perawatan saya. Saya menyetujui bahwa mahasiswa kedokteran dan profesi kesehatan lain berpartisipasi dalam perawatan saya, sepanjang dibawah supervisi Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP).
7. Saya tidak boleh membawa barang-barang berharga yang tidak diperlukan (seperti: perhiasan, elektronik dll) ke [redacted] dan jika saya membawanya maka [redacted] tidak bertanggung jawab terhadap kehilangan, kerusakan atau pencurian.
8. Saya menyatakan bahwa saya telah menerima informasi tentang adanya tatacara mengajukan dan mengatasi keluhan terkait pelayanan medik yang diberikan terhadap diri saya. Saya setuju untuk mengikuti tatacara mengajukan keluhan sesuai prosedur yang ada.
9. Saya menyatakan setuju, baik sebagai wali atau sebagai pasien, bahwa sesuai pertimbangan pelayanan yang diberikan kepada pasien, maka saya wajib untuk

0075/rev01/BHO/2012

Gambar 4.12 Lembaran Persetujuan umum/ *General Consent*

RINGKASAN RIWAYAT MASUK & KELUAR PASIEN				RM 1/RI/VIII/2017	
			NO.RM		
NAMA LENGKAP:			NAMA AYAH		
TEMPAT DAN TANGGAL LAHIR :	UMUR :	NO KTP :			
		JENIS KELAMIN :	STATUS :		
ALAMAT LENGKAP:			AGAMA :		
			PENDIDIKAN :		
			PEKERJAAN :		
			PEMBAYARAN :		
NAMA PENANGGUNG JAWAB:	NAMA KANTOR:		ALAMAT KANTOR:		
NAMA IBU:		NAMA SUAMI/ISTRI:			
NAMA YANG DAPAT DIHUBUNGI:	HUBUNGAN:		ALAMAT/TELP:		
DIAGNOSA MASUK	DOKTER PENGIRIM		ALAMAT		
TGL MASUK RS	RUANGAN	KEPALA RUANGAN	PETUGAS PENDAFTARAN		
TGL KELUAR RS	RUANGAN	KEPALA RUANGAN	JUMLAH HARI RAWAT HR		
DIAGNOSA UTAMA		ICD			
DIAGNOSA SEKUNDER					
PENYEBAB LUAR CEDERA DAN KERACUNAN, MORB, NEOPLASM					
OPERASI/ TINDAKAN	GOL OP	JENIS ANASTESI	TGL	KODE ICD 9CM	
INFEKSI NOSOKOMIAL		PENYEBAB INFEKSI			
KEADAAN OS WAKTU PULANG		STATUS PULANG		Jakarta ,/...../..... Dokter Penanggung Jawab (dr.....) Nama Lengkap dan Tandatangani	
<input type="checkbox"/> Sembuh		<input type="checkbox"/> Ijin Dokter			
<input type="checkbox"/> Ada Perbaikan		<input type="checkbox"/> Pulang paksa			
<input type="checkbox"/> Tidak sembuh		<input type="checkbox"/> Meninggal < 48 jam			
<input type="checkbox"/> Meninggal		<input type="checkbox"/> Meninggal > 48 jam			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			

Gambar 4.13 Lembaran Ringkasan Masuk Dan Keluar

KEMENTERIAN KESEHATAN
DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN
RSUP NASIONAL Dr. CIPTO MANGUNKUSUMO

RSCM

Jember, 2012

RAHASIA			
RESUME MEDIS		NRM:	
Nama Pasien :	Tgl. Lahir :	Umur :	Jenis Kelamin: L / P
Tanggal Masuk	Tanggal Keluar/Meninggal	Ruang Rawat Terakhir	
Penanggung Pembayaran	Diagnosis/masalah waktu masuk		
Ringkasan riwayat penyakit :			
Pemeriksaan Fisik :			
Pemeriksaan Penunjang/ Diagnostik terpenting:			
Terapi/Pengobatan selama di rumah sakit :			
Hasil Konsultasi :			
Diagnosis Utama :		ICD10 :	
Diagnosis Sekunder :	1. _____	ICD10 : 1.	_____
	2. _____	2.	_____
	3. _____	3.	_____
	4. _____	4.	_____
Tindakan/ Prosedur :	1. _____	ICD9CM : 1.	_____
	2. _____	2.	_____
	3. _____	3.	_____
	4. _____	4.	_____

Bersambung ke hal. 2

1/2

0001/rev02/PRM/2012

MOHON UNTUK TIDAK MENGGUNAKAN SINGKATAN DALAM PENULISAN DIAGNOSA DAN TINDAKAN SERTA DITULIS DENGAN RAPIH

Gambar 4.14a Resume/ Ringkasan Pasien Pulang (halaman depan)

Sambungan RESUME MEDIS

Nama Pasien :	Nomor Rekam medis			
---------------	-------------------	--	--	--

Alergi (reaksi obat) _____

Hasil Laboratorium belum selesai (pending) _____

Diet : _____

Intruksi/Anjuran dan Edukasi (*Follow up*) : _____

Kondisi Waktu Keluar : 1. Sembuh 2. Pindah RS 3. Pulang atas permintaan sendiri 4. Meninggal 5. Lain-lain :

Pengobatan dilanjutkan : Poliklinik RSCM RS. Lain PUSKESMAS Dokter luar

Tanggal kontrol poliklinik :

Terapi Pulang :

Nama Obat	Jumlah	Dosis	Frekuensi	Cara pemberian	Nama Obat	Jumlah	Dosis	Frekuensi	Cara pemberian

Jakarta,
Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

Tanda tangan & Nama lengkap

Lembar 1 : Pasien
Lembar 2 : Rekam medis
Lembar 3 : Penjamin

2/2

0001/rev02/PRM/2012

MOHON UNTUK TIDAK MENGGUNAKAN SINGKATAN DALAM PENULISAN DIAGNOSA DAN TINDAKAN SERTA DITULIS DENGAN RAPIH

Gambar 4.14b. Lembaran Resume/ Ringkasan Pasien Pulang (halaman belakang)

Hasil Pengamatan Praktikum

Instruktur praktikum akan mengawasi proses praktikum dan mencatat setiap langkah kegiatan praktikum yang telah anda lakukan. Hasil pengamatan instruktur akan dituangkan dalam tabel berikut.

Tabel 4.6

Lembar penilaian instruktur praktikum Penataan RM Lembaran Khusus

No	ASPEK YANG DINILAI	Pelaksanaan oleh mahasiswa		
		Dilaksanakan (2)	Tidak dilaksanakan (0)	Kurang tepat (1)
III	Penataan Lembaran Khusus pada RM			
	Kelengkapan dari lembaran khusus bila diperlukan: Surat Persetujuan Tindakan/ Operasi (Informed Consent) Surat Persetujuan Umum/ General Consent Ringkasan Riwayat Pasien Masuk dan Keluar Resume/ Ringkasan Pasien Pulang Laporan Operasi			
	Total Nilai			

Tugas Praktik

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Tugas Praktikum berikut! Dengan Menggunakan Lembar Kerja.

- 1) Ambil 20 RM pasien rawat jalan dan menata dan memeriksa kelengkapan Ringkasan Klinis pada lembaran paling depan RM
- 2) Ambil 20 RM yang baru dikembalikan dari Unit Gawat Darurat. Lakukan penataan RM dengan menggunakan instrument penataan RM Gawat Darurat, menata dan memeriksa kelengkapan Ringkasan Kondisi pasien saat meninggalkan IGD

- 3) Ambil 20 RM yang baru dikembalikan dari Ruang rawat Inap. Lakukan penataan RM dengan menggunakan instrument penataan RM rawat inap dan kelengkapan dari Surat persetujuan umum
- 4) Ambil 20 RM yang baru dikembalikan dari Ruang rawat Inap. Lakukan penataan RM dengan menggunakan instrument penataan RM rawat inap dan kelengkapan dari Surat persetujuan tindakan/ operasi
- 5) Ambil 20 RM yang baru dikembalikan dari Ruang rawat Inap. Lakukan penataan RM dengan menggunakan instrument penataan RM rawat inap dan kelengkapan dari resume

Ringkasan

Penataan Rekam Medis Pasien Baru dan Lama merupakan langkah awal sebelum melakukan Audit Pendokumentasian Rekam Medis. Penataan yang rapi, letaknya yang konsisten sangat mempengaruhi kelancaran dan ketepatan dalam mengaudit. Penataan RM lembaran khusus merupakan awal dari audit Kuantitatif Pendokumentasian RM. Pada kegiatan praktikum 2 ini diuraikan cara menata isi lembaran khusus Lembaran Persetujuan Tindakan Kedokteran/ *Informed Consent*, Lembaran Persetujuan Umum/ *General Consent*, Ringkasan Riwayat Pasien Masuk dan Keluar, Resume/ Ringkasan Pasien Pulang, Laporan Operasi, Ringkasan Klinis Pasien Rawat Jalan. Dengan dapat menata lembaran khusus ini merupakan kompetensi awal untuk dapat mengaudit kuantitatif pendokumentasian RM lembaran khusus.

Glosarium

Analisis Kuantitatif	Suatu telaah/ review bagian tertentu dari isi RM dengan maksud menemukan kekurangan, khususnya yang berkaitan dengan pendokumentasian RM.
Analisis Kualitatif	Suatu review pengisian RM yang berkaitan tentang ke tidak konsistensian dan tidak ada isinya yang merupakan bukti bahwa RM tersebut tidak akurat dan tidak lengkap.
<i>Assessment (A)</i>	Interprestasi/ kesan kondisi saat ini merupakan hasil yang disimpulkan oleh pemberi asuhan (dokter) dari anamnesa dan hasil pemeriksaan fisik
Audit Medis	sebagai upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis . Tujuan audit medis terkait dengan upaya peningkatan mutu dan standarisasi, adalah tercapainya pelayanan prima di rumah sakit.
Data Administratif	Data -data identitas yang berguna untuk administrasi
Data Klinis	Data-data yang didapat dalam pelayanan kesehatan mulai dari pemeriksaan fisik, diagnostik dan penunjang pelayanan kesehatan lainnya
<i>General Consent</i>	Ringkasan riwayat pulang
Lembaran khusus	merupakan lembaran RM yang dipilih berdasarkan beberapa pertimbangan seperti lembaran RM yang berdasarkan survey merupakan lembaran yang sangat tidak lengkap, Lembaran yang wajib ada sebelum dilakukan suatu tindakan/ operasi, Lembaran yang wajib ada dan sangat diperlukan kelengkapannya untuk keperluan tertentu seperti untuk rujukan/ pembiayaan/ pendidikan/ penelitian/ diberikan ke pasien
Lembaran Umum	Merupakan semua lembaran RM yang ada dalam satu berkas RM
LRP	Lembar Riwayat Penyakit
<i>Nurse station.</i>	Tempat perawat rawat inap
<i>Objective (O)</i>	Observasi /pemeriksaan fisik pada pasien oleh pemberi asuhan (dokter/ tenaga kesehatan lain) dan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan
<i>Planning (P)</i>	Rencana penatalaksanaan terapi dan pengobatan
PMIK	Perekam Medis dan Informasi Kesehatan

<i>Quality Assurance (QA)</i>	Kemampuan untuk mengumpulkan, mengolah, mengkategorikan, menganalisis dan merumuskan dan menyajikan informasi indikator mutu pelayanan rekam medis, indikator mutu pelayanan Rumah Sakit dan Indikator Mutu Pelayanan Medis, serta pemanfaatannya untuk berbagai kepentingan statistik, epidemiologi, surveilans dan penelitian serta pengawasan
Persetujuan Tindakan Kedokteran (<i>Informed Consent</i>)	Persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien
Precise	Akurat, Tepat, Pasti
Preventif	Pencegahan, merupakan suatu pengendalian penyakit yang dilakukan untuk mencegah kejadian yang belum terjadi.
Promotif	Penyuluhan, upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong dirinya sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat sesuai sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.
Rehabilitatif	Upaya pemulihan pada keadaan sebelumnya
Rekam Medis Konvensional	Rekam medis yang menggunakan media kertas
Resume Medis	Ringkasan Riwayat Pulang
Ringkasan Klinis	Ringkasan asuhan rawat jalan yang diberikan kepada pasien selama pasien mendapat pelayanan rawat jalan
Ringkasan Riwayat Pulang	Ringkasan asuhan medis yang diberikan kepada pasien dalam satu kali periode perawatan.
SOAP	Metode pencatatan rekam medis pasien
<i>Subjective (S)</i>	Hasil anamnese mencakup keluhan dan riwayat penyakit sekarang dan yang lalu
Surat Persetujuan Umum (<i>General Consent</i>)	Pernyataan tertulis terkait pemberian informasi oleh petugas pendaftaran kepada pasien perihal hak dan tanggung jawabnya selama dirawat

Daftar Pustaka

- Departemen Kesehatan, 1997, *Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Rekam Medis*, 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
- Departemen Kesehatan, 1995, Surat Edaran Dirjen Yanmed No. HK.00.06.1.5.01160. tentang Petunjuk Teknis Pengadaan RM Dasar dan Pemusnahan Arsip Rekam Medis Rumah Sakit, Jakarta, Dirjen. Pelayanan Medik
- Hatta, Gemala, 2008, *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan*, Jakarta, UI Press
- Huffman, Edna K., 1994, *Health Information Management 10th edition*, Berwyn, Illinois: Physician Record Co
- International Federation of Health Information Management Association, 2012,,*Education Modules for Basic Health Records*, Chicago, Illionis

Bab 5

PRAKTIK AUDIT KUANTITATIF PENDOKUMENTASIAN REKAM MEDIS

Lily Widjaya, SKM., MM.



Pendahuluan

Modul praktik ini akan memandu anda untuk melakukan Audit Kuantitatif pendokumentasian rekam medis yang dimulai dari memeriksa identifikasi pasien pada setiap lembaran rekam medis, adanya semua laporan/pencatatan yang penting sebagai bukti rekaman, adanya autentik penulis/ keabsahan rekaman, terciptanya pelaksanaan rekaman/ pendokumentasian yang baik. Komponen-komponen ini harus anda lakukan satu persatu dengan penuh ketelitian dan kebenaran. Selain itu anda juga perlu memilih metode analisis. Melakukan analisis tidak selalu dilakukan untuk semua lembaran rekam medis, bisa dilakukan hanya satu (1) lembar sesuai kebutuhan.

Bila suatu analisis telah ditentukan metodenya maka telaah dapat dilaksanakan oleh petugas RM yang telah terlatih khusus untuk keperluan ini. Adapun bagian yang ditelaah umumnya bagian yang sering berkaitan dengan tuntutan malpraktek dan asuransi.

Analisis Kuantitatifnya dalam praktik ini dilakukan dalam dua metode:

1. Menganalisis RM lembaran umum
2. Menganalisis RM lembaran khusus

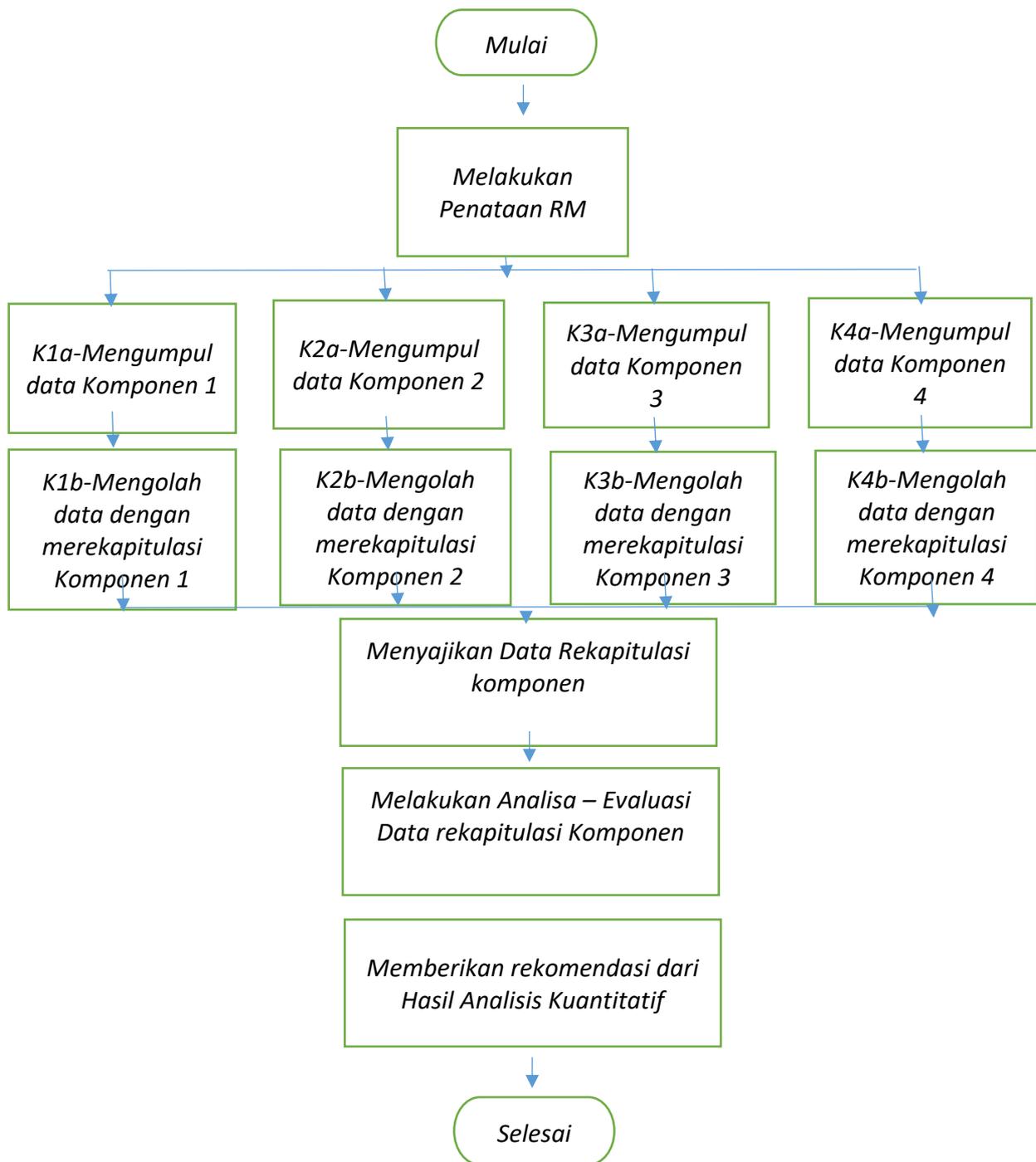
Anda juga harus bisa menyiapkan instrument yang dibutuhkan dalam kegiatan analisis ini, misalnya lembaran kerja dan lembaran rekapitulasi.

Setelah melakukan praktikum ini, maka Anda diharapkan dapat :

1. Memilih metode analisis yang akan digunakan
2. Mengenal formulir RM yang merupakan lembaran umum Rekam Medis
3. Melakukan Analisis Kuantitatif kelengkapan rekam medis dengan 4 komponen:
 - a. memeriksa identifikasi pasien pada setiap lembaran rekam medis,
 - b. memastikan adanya semua laporan/pencatatan yang penting sebagai bukti rekaman,
 - c. Memeriksa adanya autentik penulis/ keabsahan rekaman,
 - d. Memastikan pelaksanaan rekaman/ pendokumentasian yang baik.
4. Menyajikan hasil audit kuantitatif
5. Menganalisis-evaluasi hasil audit Kuantitatif
6. Memberi rekomendasi hasil audit kuantitatif

Kegiatan Praktik dalam bab ini meliputi:

- a. Kegiatan Praktikum 1 Mengenal Lembaran Rekam Medis
- b. Kegiatan Praktikum 2. Melakukan Audit kuantitatif pendokumentasian RM dengan melakukan Pengumpulan, Pengolahan, Penyajian, Analisa –Evaluasi dan Rekomendasi hasil Audit . Dapat dilihat pada Alur pelaksanaan audit di bawah ini:



Gambar 5.1
Alur Pelaksanaan Audit Kuantitatif Pendokumentasian Rekam Medis Lembaran Umum

Kegiatan Praktikum 1

Mengenal Formulir Lembaran Umum Rekam Medis dalam Audit Kuantitatif Pendokumentasian Rekam Medis



Sebelum anda melakukan kegiatan audit kuantitatif RM maka pada praktikum 1 ini, Anda perlu mengenal formulir RM yang akan diaudit pada lembaran Umum Rekam Medis. Kemudian pada kegiatan praktikum berikutnya saat melakukan audit, Anda telah mengenal formulir yang akan dilakukan pada lembaran kerja, direkapitulasi dan dilakukan analisis -evaluasi dan memberikan rekomendasi.

RM RAWAT JALAN

Isi RM berupa lembaran umum yang minimal berisi sebagai berikut :

1. Ringkasan Riwayat Klinis
2. Pengkajian Perawat Rawat Jalan
3. Pengkajian Medis Rawat Jalan
4. Catatan Perkembangan Terintegrasi
5. Hasil Penunjang bila ada
6. Surat Kuasa bila diperlukan

Dari keempat komponen yang dapat dilihat pada formulir yang ada hanya komponen 1, 2 dan 3, karena formulir dalam contoh adalah formulir kosong. Komponen 4 adalah control ada atau tidak adanya coretan/ tipp-ex atau ada bagian yang kosong/ tidak diisi pada tiap lembaran RM.

X

Komponen 1 Identitas Pasien

NRM :
 Nama :
 Tanggal Lahir :
 Jenis Kelamin :
 (Mohon diisi atau tempelkan stiker jika ada)

Tanggal kunjungan : 20..... Pukul:..... Unit Kerja :

PENGKAJIAN KEPERAWATAN RAWAT JALAN

(dilengkapi dalam waktu 2 jam pertama pasien masuk ruang rawat jalan/ cluster)

ALASAN KUNJUNGAN :

Komponen 2 Laporan penting

RIWAYAT PSIKOSOSIAL :

Hubungan pasien dengan anggota keluarga Baik Tidak baik

Status Psikologis :

Tenang Cemas Takut Marah Sedih

Kecenderungan bunuh diri dilaporkan ke..... Lain-lain, sebutkan

PEMERIKSAAN FISIK & SKRINING GIZI:

TD :/..... mmHg Nadi : x/mnt Pernafasan : x/mnt Suhu :°C

TB : Cm BB : Kg

Berdasarkan **Malnutrition Screening Tool (MST)**

<u>Parameter</u>	<u>Skor</u>
1. Apakah pasien mengalami penurunan BB yang tidak diinginkan dalam 6 bulan terakhir?	0
a. Tidak ada penurunan berat badan	2
b. Tidak yakin / tidak tahu/ terasa baju lebih longgar	1
c. Jika ya, berapa penurunan berat badan tersebut	2
1 - 5 kg	3
6 - 10 kg	4
11 - 15 kg	0
> 15 kg	1
2. Apakah asupan makan berkurang karena tidak nafsu makan?	0
a. Tidak	1
b. Ya	0
3. Pasien dengan diagnosis khusus <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	0
(DM/ Kemoterapi/ Hemodialisa/ Geriatri/ Immunitas menurun/ lain-lain sebutkan.....)	1
(Bila skor ≥ 2 dan atau pasien dengan diagnosis/ kondisi khusus dilaporkan ke dokter pemeriksa)	

Total skor:

STATUS FUNGSIONAL :

Mandiri Perlu bantuan, sebutkan.....

Ketergantungan total, dilaporkan ke **dokter** pukul.....

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

0035/rev03/BK/2013

Komponen 3 Autentikasi Penulis

Gambar 5.3a Pengkajian Perawat rawat jalan halaman 1

SKRINING RISIKO CEDERA / JATUH :

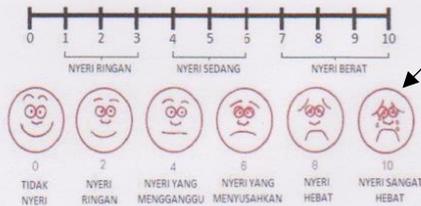
- a. Perhatikan cara berjalan pasien saat akan duduk di kursi. Apakah pasien tampak tidak seimbang (sempoyongan / limbung)? Ya Tidak
- b. Apakah pasien memegang pinggiran kursi atau meja atau benda lain sebagai penopang saat akan duduk? Ya Tidak

Hasil : Tidak Berisiko (tidak ditemukan a dan b) Risiko Tinggi (a dan b ditemukan)
 Risiko Rendah (ditemukan a atau b)

Diberitahukan ke dokter Ya, pukul..... Tidak

**Komponen 2.
Laporan yang penting**

BERAPAKAH SKALA NYERI ANDA?



SKRINING NYERI :

Tidak ada nyeri Nyeri kronis Nyeri akut

Skala nyeri: Lokasi:

Durasi: Frekuensi:

Nyeri hilang, bila:

Minum obat Mendengar musik

Istirahat Berubah posisi / tidur

Lain lain, sebutkan:

Diberitahukan ke dokter:

Ya, pukul..... Tidak

DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN :

MASALAH KEPERAWATAN	TUJUAN/ TARGET TERUKUR
	<p>Komponen 3. Autentikasi Penulis</p>

Tanggal 20..... Pukul.....
Perawat yang melakukan pengkajian

(.....)
diisi nama lengkap beserta gelar

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

0035/rev03/BK/2013

Gambar 5.3 b Pengkajian Perawat rawat jalan halaman 2

PENGKAJIAN MEDIS PASIEN RAWAT JALAN			002/F/IRM/RSPC/Rev.0
Nama Pasien :	Risiko tinggi : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya :	Ruang :	<i>Komponen 1 Identitas Pasien</i>
Umur / Kelamin : Th /		Tanggal :	
Alamat :		Jam :	
No. RM :			
Pendidikan : <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SLTP <input type="checkbox"/> SLTA <input type="checkbox"/> Sarjana Muda/S1/S2	Status Perkawinan : <input type="checkbox"/> Belum Kawin <input type="checkbox"/> Kawin <input type="checkbox"/> Janda <input type="checkbox"/> Duda		
Pekerjaan : <input type="checkbox"/> PNS <input type="checkbox"/> Swasta <input type="checkbox"/>	Agama :		
DIISI OLEH DOKTER			
I. ANAMNESIS :			
KELUHAN UTAMA :		RIWAYAT ALERGI :	
II. PEMERIKSAAN FISIK :			
<i>Komponen 2 Laporan Penting</i>			
III. DIAGNOSIS :			
IV. PLANING & TERAPI / TINDAKAN :			
V. EDUKASI :			
<i>Komponen 3 Autentikasi penulis</i>			
Dokter,		Pasien/Keluarga Pasien/Penanggung Jawab,	
{.....}		{.....}	
Tanda tangan & nama jelas		Tanda tangan & nama jelas	

Gambar 5.4 Formulir Pengkajian Medis Rawat Jalan

Komponen 1 Identitas Pasien

Logo RS

04/F/RM/RSRP/06/2013
CATATAN TERINTEGRASI
 No. Rekam Medis

Nama pasien : L / P Kelas : Kamar :
 Tanggal lahir : DPJP utama :
 Tanggal masuk : Dokter rawat : 1.
 bersama : 2.
 3.

Tanggal/ Jam	Catatan Asuhan Medis (Diisi oleh DPJP dan dokter yang melakukan asuhan pelayanan) SOAP	Catatan Penting Asuhan Tenaga Kesehatan Lain (Diisi oleh tenaga kesehatan yang melakukan asuhan pelayanan per shift)
	Komponen 2 Laporan Penting	Komponen 3 Autentikasi Penulis

Gambar 5.5 Formulir Catatan Perkembangan Terintegrasi

SURAT KUASA MEMBERIKAN INFORMASI MEDIS

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama :

Usia : Tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan

Alamat :

Memberikan kuasa kepada Rumah Sakit untuk memberikan :

Fotokopi : _____

Yang diperlukan untuk : _____

terhadap diri saya / Suami / Istri / Ayah / Ibu / Anak / Kakak / Adik saya * dengan identitas di bawah ini :

Nama :

Usia : Tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan

Alamat :

No. Rekam Medis :

Jakarta _____ Pukul _____

Pasien / Yang Mewakili

*Komponen 3.
Autentikasi penulis*

Dokter yang Merawat

(_____)

Nama & Tanda Tangan

(_____)

Nama & Tanda Tangan

Komponen 1 Identitas Pasien

Komponen 2 Laporan Pening

Gambar 5.6 Formulir Surat Kuasa dari Pasien

Isi RM berupa lembaran umum yang minimal berisi sebagai berikut :

- a. Surat Pengantar
- b. Surat Persetujuan Umum
- c. Lembaran Masuk- Keluar
- d. Pengkajian awal Perawat
- e. Pengkajian awal dokter
- f. Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi selama dirawat
- g. Lembaran Observasi
- h. Catatan Pemberian Obat
- i. Ringkasan Pasien Pulang/ Resume
- j. Lembaran Hasil Penunjang:
 - 1) Hasil-hasil Laboratorium
 - 2) Hasil- hasil lain nya

Praktikum Audit Kuantitatif Rekam Medis pada lembaran Umum ini dilakukan sebanyak minimal 10 berkas Rekam Medis. Berdasarkan teori terdapat 4 komponen analisis secara kuantitatif. Adapun langkah-langkah dalam kegiatan praktikum dilakukan satu persatu. Maka komponen ini kita akan lihat pada tiap lembaran umum.

 RINGKASAN RIWAYAT MASUK & KELUAR PASIEN				RM 1/RI/VIII/2017 NO.RM	
NAMA LENGKAP:			NAMA AYAH		
TEMPAT DAN TANGGAL LAHIR :	UMUR :	NO KTP :			
	JENIS KELAMIN :	STATUS :			
ALAMAT LENGKAP:			AGAMA :		
			PENDIDIKAN :		
			PEKERJAAN :		
NAMA PENANGGUNG JAWAB:		NAMA KANTOR:		ALAMAT KANTOR:	
NAMA IBU:		NAMA SUAMI/ISTRI:			
NAMA YANG DAPAT DIHUBUNGI:		HUBUNGAN:		ALAMAT/TELP:	
DIAGNOSA MASUK		DOKTER PENGIRIM		ALAMAT	
TGL MASUK RS	RUANGAN	KEPALA RUANGAN	PETUGAS PENDAFTARAN		
TGL KELUAR RS	RUANGAN	KEPALA RUANGAN	JUMLAH HARI RAWAT HR		
DIAGNOSA UTAMA		ICD			
DIAGNOSA SEKUNDER					
PENYEBAB LUAR CEDERA DAN KERACUNAN, MORB, NEOPLASM					
OPERASI/ TINDAKAN	GOL OP	JENIS ANASTESI	TGL	KODE ICD 9CM	
INFEKSI NOSOKOMIAL			PENYEBAB INFEKSI		Komponen Autentikasi Pasien Jakarta ,/...../..... Dokter Penanggung Jawab (dr.....) Nama Lengkap dan Tandatangan
KEADAAN OS WAKTU PULANG		STATUS PULANG			
<input type="checkbox"/> Sembuh <input type="checkbox"/> Ada Perbaikan <input type="checkbox"/> Tidak sembuh <input type="checkbox"/> Meninggal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ijin Dokter <input type="checkbox"/> Pulang paksa <input type="checkbox"/> Meninggal < 48 jam <input type="checkbox"/> Meninggal > 48 jam <input type="checkbox"/>				

Gambar 5.8 Ringkasan Riwayat Masuk dan Keluar

LOGO RS	PENGKAJIAN AWAL KEPERAWATAN PASIEN RAWAT INAP - DEWASA <i>(dilengkapi pada shif yang sedang berjalan)</i>		Nama Pasien : _____ (L/P)
			Tgl. Lahir/Umur : Tg. ____/____/____ Bln. ____/____/____ Jhn. ____/____/____
			No. R.M. : _____
			Pasien Umum : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
			Kelas / No.TT : _____/_____
Tiba di ruangan : Tanggal ____/____/____ Jam: ____:____	Pengkajian : Tanggal ____/____/____ Jam: ____:____ Didapat dari _____ Hubungan: _____		
Beri tanda (√) pada kolom yang sesuai dengan kondisi pasien Cara masuk <input type="checkbox"/> Jalan <input type="checkbox"/> Kursi roda <input type="checkbox"/> Brankard <input type="checkbox"/> Lain-lain Asal masuk <input type="checkbox"/> IGD <input type="checkbox"/> Admin Ranap			
RIWAYAT KESEHATAN			
1 Diagnosa medis : _____			
2 Alasan dirawat/keluhan utama saat ini: _____			
3 Riwayat kesehatan yang lalu (rawat inap): <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Bila Ya, jelaskan diagnosa, kapan, dimana: _____			
Pergi ke luar negeri dalam 10 hari terakhir: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Negara _____			
Riwayat pengobatan saat di rumah: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Bila Ya, rujuk ke rekonsiliasi obat _____			
Gol. Darah: ____, Rh: ____, Riwayat transfusi: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Indikasi & Waktu: _____ Reaksi: _____			
Riwayat Alergi: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, jelaskan: _____			
Reaksi utama yang timbul: _____			
Pola Kebiasaan: Merokok <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Sigaret/Pipa/Kretek Jumlah/hari _____ lama _____			
Alkohol <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Jenis _____ Jumlah/hari _____ lama _____			
Riwayat pekerjaan _____			
Riwayat penyakit keluarga: <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Kanker <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> Jantung <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> Lain-lain : _____			
PENGKAJIAN FISIK			
Kesadaran <input type="checkbox"/> Composmentis <input type="checkbox"/> Apatis <input type="checkbox"/> Somnolent <input type="checkbox"/> Soporocoma <input type="checkbox"/> Coma			
Skala Koma Glasgow (GCS) E: ____ M: ____ V: ____ Reaksi cahaya: Ka: ____ / ki: ____ Pupil: Ka: ____ mm/ ki: ____ mm			
Tekanan Darah : ____ mmHg Nadi : ____ kali/menit Suhu : ____ ° C HR : ____ kali/menit			
Irama Nadi <input type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak teratur Denyut Nadi: <input type="checkbox"/> Lemah <input type="checkbox"/> Kuat			
Akral/kuku <input type="checkbox"/> Hangat <input type="checkbox"/> Dingin <input type="checkbox"/> Kemerahan <input type="checkbox"/> Pucat <input type="checkbox"/> Sianosis			
Rambut <input type="checkbox"/> Kotor <input type="checkbox"/> Berminyak <input type="checkbox"/> Kering <input type="checkbox"/> Rontok <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah			
Wajah <input type="checkbox"/> Asimetris <input type="checkbox"/> Bells palsy <input type="checkbox"/> Tic facialis <input type="checkbox"/> Kelainan kongenital <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah			
Mata <input type="checkbox"/> Anemis <input type="checkbox"/> Ikterik <input type="checkbox"/> Anisokor <input type="checkbox"/> Konjungtivitis <input type="checkbox"/> Midriasis/miosis			
<input type="checkbox"/> Edema palpebra ka/ki <input type="checkbox"/> Gangguan penglihatan _____ <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah			
Telinga <input type="checkbox"/> Berdengung <input type="checkbox"/> Nyeri <input type="checkbox"/> Tuli <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah <input type="checkbox"/> Keluar cairan, jelaskan _____			
Hidung <input type="checkbox"/> Asimetris <input type="checkbox"/> Epistaksis <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah <input type="checkbox"/> _____			
Mulut <input type="checkbox"/> Bibir pucat <input type="checkbox"/> Sariawan <input type="checkbox"/> Kelainan kongenital <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah			
Gigi <input type="checkbox"/> Karies <input type="checkbox"/> Goyang <input type="checkbox"/> Gigi palsu <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah			
Lidah <input type="checkbox"/> Mukosa kering <input type="checkbox"/> Kotor <input type="checkbox"/> Gerakan asimetris <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah			

Komponen 1 Identitas Pasien

Komponen 2 Laporan Penting

Gambar 5.9a Pengkajian Perawat Pasien Rawat Inap Dewasa halaman 1

Tenggorokan	<input type="checkbox"/> faring merah	<input type="checkbox"/> Sakit menelan	<input type="checkbox"/> Tonsil membesar	<input type="checkbox"/> Tidak ada masalah
Leher	<input type="checkbox"/> Kaku kuduk	<input type="checkbox"/> Pembesaran tiroid	<input type="checkbox"/> Keterbatasan gerak	<input type="checkbox"/> Tidak ada masalah
Dada	<input type="checkbox"/> Asimetris	<input type="checkbox"/> Retraksi	<input type="checkbox"/> Tidak ada masalah	<input type="checkbox"/> _____
Respirasi	Frekuensi pernafasan : _____ kali/menit		<input type="checkbox"/> Teratur	<input type="checkbox"/> Tidak teratur
	Pola Nafas: _____		Suara Nafas: _____	Alat bantu nafas : _____
	<input type="checkbox"/> Haemoptoe	<input type="checkbox"/> Sputum, Warna : _____	Konsistensi: _____	<input type="checkbox"/> Tidak ada masalah
Jantung	Bunyi: _____		Irama: _____	<input type="checkbox"/> Pace Maker
	<input type="checkbox"/> Nyeri dada	Teratasi dengan : <input type="checkbox"/> Istirahat	<input type="checkbox"/> Nafas dalam	<input type="checkbox"/> Obat
Abdomen	<input type="checkbox"/> Supel	<input type="checkbox"/> Datar	<input type="checkbox"/> Buncit	<input type="checkbox"/> Cekung <input type="checkbox"/> Asites
	<input type="checkbox"/> Bising usus: _____ kali/mnt	<input type="checkbox"/> Nyeri tekan/lepas, Lokasi _____		<input type="checkbox"/> Tidak ada masalah
Integumen	Turgor: _____		Kelainan Kulit: _____	
	Asal Luka: <input type="checkbox"/> Rumah	<input type="checkbox"/> Pindahan dari ruangan lain:	<input type="checkbox"/> Pindahan dari RS lain:	
Ekstremitas	<input type="checkbox"/> Kekuatan otot	Atas: Kanan _____ /kiri _____	Bawah: Kanan _____ /kiri _____	
	<input type="checkbox"/> Kejang	<input type="checkbox"/> Tremor	<input type="checkbox"/> Lemah	<input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Plegi/Parese di _____
	<input type="checkbox"/> Deformitas	<input type="checkbox"/> Baal	<input type="checkbox"/> Inkoordinasi	<input type="checkbox"/> Kontraktur <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah
Genitalia	<input type="checkbox"/> Kotor	<input type="checkbox"/> Keputihan	<input type="checkbox"/> Berbau	<input type="checkbox"/> Varises <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah
ELIMINASI				
Buang air besar:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Konstipasi	<input type="checkbox"/> Kolostomi	<input type="checkbox"/> Feces berdarah <input type="checkbox"/> Inkontinensia alvi
	<input type="checkbox"/> Diare:Kali/hari	<input type="checkbox"/> Pencahar	<input type="checkbox"/> Lain-lain _____	
Buang air kecil:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Nokturia	<input type="checkbox"/> Disuria	<input type="checkbox"/> Poliuria <input type="checkbox"/> Inkontinensia uri
	<input type="checkbox"/> Hematuri	<input type="checkbox"/> Oligouri	<input type="checkbox"/> Lain-lain _____	
MOBILITAS DAN AKTIFITAS				
Kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari	<input type="checkbox"/> Mandiri	<input type="checkbox"/> Perlu pengawasan	<input type="checkbox"/> Bantu sebagian	<input type="checkbox"/> Bantuan total
Berjalan	<input type="checkbox"/> Tidak ada kesulitan	<input type="checkbox"/> Sering jatuh	<input type="checkbox"/> Riwayat patah tulang _____	
	<input type="checkbox"/> Penurunan kekuatan dan / ROM		<input type="checkbox"/> Hilang keseimbangan	
Alat ambulasi	<input type="checkbox"/> Walker	<input type="checkbox"/> Tongkat	<input type="checkbox"/> Kursi roda	<input type="checkbox"/> _____
Status mental	<input type="checkbox"/> Orientasi baik	<input type="checkbox"/> Agitasi	<input type="checkbox"/> Menyerang	<input type="checkbox"/> Tidak ada respon <input type="checkbox"/> Latargi <input type="checkbox"/> Kooperatif
	<input type="checkbox"/> Disorientasi: <input type="checkbox"/> Orang	<input type="checkbox"/> Tempat	<input type="checkbox"/> Waktu	
	<input type="checkbox"/> Kejang - Tipe: _____		Frekuensi: _____	
Pengkajian risiko melarikan diri:	<input type="checkbox"/> Tidak ada masalah yang teridentifikasi		<input type="checkbox"/> Ya, lengkapi pengkajian di bawah:	
<input type="checkbox"/> Gangguan mental	<input type="checkbox"/> Bingung	<input type="checkbox"/> Pusing	<input type="checkbox"/> Demensia	<input type="checkbox"/> Kejang <input type="checkbox"/> Agitasi <input type="checkbox"/> Menolak tinggal di RS
<input type="checkbox"/> Tinggal di lingkungan yg diawasi:	<input type="checkbox"/> Pantli perawatan		<input type="checkbox"/> Memerlukan orang yang merawat	
Penglihatan:	<input type="checkbox"/> Kacamata	<input type="checkbox"/> Lensa kontak	<input type="checkbox"/> Buta	<input type="checkbox"/> Glukoma <input type="checkbox"/> Diplopia <input type="checkbox"/> Mata palsu <input type="checkbox"/> Tak ada masalah
Pendengaran:	<input type="checkbox"/> Tak ada masalah	<input type="checkbox"/> Terbatas	<input type="checkbox"/> Tuli, sejak _____	<input type="checkbox"/> Ada alat bantu, lokasi: _____
	<input type="checkbox"/> Nyeri	<input type="checkbox"/> Tinitus	<input type="checkbox"/> Pengeluaran cairan dari telinga, jelaskan: _____	

Komponen 2 Laporan Penting

Gambar 5.9b Pengkajian Perawat Pasien Rawat Inap Dewasa halaman 2

NUTRISI

Sulit menelan Nausea Muntah Mendapat kemoterapi Hamil/menyusui

Pantangan makan Tidak ada Ya, jelaskan: _____ BB: ____ Kg, TB: ____ Cm

Skrining Awal

Kriteria	Ya	Tidak
IMT < 20.5		
Kehilangan BB dalam 3 bulan terakhir (..... Kg)		
Asupan makan menurun dalam 1 minggu terakhir		
Pasien dengan penyakit berat atau dirawat di ICU		

Keterangan:
Jika ada ≥ 1 kriteria jawabannya " Ya ", maka dilakukan skrining lanjutan oleh Ahli Gizi.

TIDUR/ISTIRAHAT DAN KENYAMANAN

Tidur malam : Jam Tidur siang : Jam Kesulitan tidur: Tidak Ya, diatasi dengan: _____

Penggunaan obat tidur Tidak Ya Nama obat: _____ Nyeri/Tidak nyaman Tidak Ya

Pengkajian nyeri

Lokasi	Skor (0-10)	Lama Nyeri	Faktor Pencetus	Intensitas	Kualitas Nyeri	Intervensi

Catatan: a. Skala nyeri 2 - 4 : ajarkan teknik relaksasi
 b. Skala nyeri > 4 : Rujuk ke medik untuk pemberian terapi analgetik

Nyeri mempengaruhi: Tidur Aktivitas fisik Emosi Nafsu makan Konsentrasi _____

Komponen 2 Laporan Penting

KEBUTUHAN KOMUNIKASI, PENDIDIKAN DAN PENGAJARAN

Bicara Normal Gangguan bicara, berupa: _____ sejak: _____

Bahasa sehari-hari Indonesia, aktif/pasif Daerah, sebutkan: _____, aktif/pasif
 Inggris, aktif/pasif Lian-lain, sebutkan: _____, aktif/pasif

Perlu penerjemah Tidak Ya, bahasa: _____ Bahasa isyarat: Tidak Ya

Hambatan belajar Bahasa Pandangan Hilang memori Kognitif _____

Tingkat Pendidikan : SD SMP SMA Diploma S1 S2 Tidak Sekolah

Cara belajar yang disukai: Menulis Audio - Visual/gambar Diskusi Demonstrasi _____

Kebutuhan pembelajaran Proses penyakit Pengobatan/tindakan Nutrisi Terapi/obat _____

RESPON PSIKOLOGIS

Takut terapi/pembedahan/lingkungan RS Marah Sedih Menangis Senang Mudah tersinggung

Tidak mampu menahan diri Cemas Gelisah Tegang Rendah diri Menolak Tawar-menawar

RESPON KOGNITIF

Pasien/keluarga menginginkan informasi tentang: Penyakit yang diderita Tindakan pemeriksaan lanjut

Perencanaan diet dan menu Perawatan untuk di rumah Perubahan aktivitas sehari-hari

Tindakan/pengobatan dan perawatan yang diberikan Lain-lain, sebutkan _____

315-21-092 Hal 3 dari 4

Gambar 5.9c Pengkajian Perawat Pasien Rawat Inap Dewasa halaman 3

KEPERCAYAAN DAN KEYAKINAN			
Agama yang dianut: _____	Nilai-nilai/Keyakinan: <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak		
Jika ada, jelaskan: _____			
SISTEM SOSIAL DAN EKONOMI			
Pekerjaan: <input type="checkbox"/> Wiraswasta <input type="checkbox"/> Swasta <input type="checkbox"/> PNS <input type="checkbox"/> Pensiunan <input type="checkbox"/> Pelajar/Mahasiswa _____			
Tinggal Bersama <input type="checkbox"/> Suami/istri <input type="checkbox"/> Orang tua <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Sendiri <input type="checkbox"/> Mertua _____			
Kondisi lingkungan rumah (khusus untuk pasien geriatri, anak dan penyakit infeksi) <input type="checkbox"/> 1 Lantai <input type="checkbox"/> 2 Lantai			
Kamar mandi di lantai 1 <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Masuk ke rumah ada tangga <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
Orang yang membantu perawatan selama di rumah: _____			
Bantuan yang dibutuhkan selama di rumah: <input type="checkbox"/> Mandi <input type="checkbox"/> BAB/BAK <input type="checkbox"/> Makan <input type="checkbox"/> Pemberian obat			
Berjalan/ambulasi <input type="checkbox"/> Perawatan luka <input type="checkbox"/>			
DAFTAR MASALAH/DIAGNOSA KEPERAWATAN			
Diagnosa Keperawatan: <input type="checkbox"/> Pola nafas tidak efektif <input type="checkbox"/> Bersihan jalan nafas tidak efektif <input type="checkbox"/> Gangguan pertukaran gas <input type="checkbox"/> Perubahan perfusi jaringan <input type="checkbox"/> Perubahan pola eliminasi urine <input type="checkbox"/> Tidak toleransi beraktivitas <input type="checkbox"/> Gangguan komunikasi verbal <input type="checkbox"/> Gangguan/perubahan nutrisi kurang/lebih <input type="checkbox"/> Gangguan keseimbangan elektrolit <input type="checkbox"/> Lain-lain, sebutkan _____	<input type="checkbox"/> Penurunan curah jantung <input type="checkbox"/> Gangguan mobilitas fisik <input type="checkbox"/> Gangguan mobilitas fisik <input type="checkbox"/> Keterbatasan aktivitas <input type="checkbox"/> Gangguan integritas kulit <input type="checkbox"/> Inkontinensia urin/alvi <input type="checkbox"/> Gangguan tumbuh kembang <input type="checkbox"/> Gangguan/perubahan volume cairan kurang/lebih <input type="checkbox"/> Gangguan pemenuhan kebersihan diri	<input type="checkbox"/> Risiko jatuh <input type="checkbox"/> Risiko cedera <input type="checkbox"/> Risiko aspirasi <input type="checkbox"/> Risiko infeksi <input type="checkbox"/> Ketidakberdayaan <input type="checkbox"/> Risiko perdarahan <input type="checkbox"/> Gangguan body image	<input type="checkbox"/> Nyeri <input type="checkbox"/> Diare <input type="checkbox"/> Cemas <input type="checkbox"/> Duka cita <input type="checkbox"/> Hipotermi <input type="checkbox"/> Hipertermi <input type="checkbox"/> Konstipasi
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;"> Komponen 2 Laporan Penting </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;"> Komponen 3 Autentikasi Penulis </div>			
Tanggal selesai pengkajian: _____ Pkl: _____			
Perawat yang mengkaji			
(_____) Nama & Tanda tangan			

Gambar 5.9d Pengkajian Perawat Pasien Rawat Inap Dewasa halaman 4

Komponen 1 Identitas Pasien
 04/F/RM/RSRP/06/2013

Logo RS

CATATAN TERINTEGRASI
 No. Rekam Medis

Nama pasien : L / P Kelas : Kamar :
 Tanggal lahir : DPJP utama :
 Tanggal masuk : Dokter rawat : 1.
 bersama : 2.
 3.

Tanggal/ Jam	Catatan Asuhan Medis (Diisi oleh DPJP dan dokter yang melakukan asuhan pelayanan) SOAP	Catatan Penting Asuhan Tenaga Kesehatan Lain (Diisi oleh tenaga kesehatan yang melakukan asuhan pelayanan per shift)
	Komponen 2 Laporan Penting 	Komponen 2 Laporan Penting

Gambar 5.10 Formulir Catatan Perkembangan Terintegrasi

RESUME MEDIS				RAHASIA	
Nama Pasien :		Tgl. Lahir :	Umur :	Jenis Kelamin: L / P	
Tanggal Masuk	Tanggal Keluar/Meninggal		Ruang Rawat Terakhir		
Penanggung Pembayaran		Diagnosis/masalah waktu masuk			
Ringkasan riwayat penyakit :					
Pemeriksaan Fisik :					
Pemeriksaan Penunjang/ Diagnostik terpenting:					
Terapi/Pengobatan selama di rumah sakit :					
Hasil Konsultasi :					
Diagnosis Utama :		ICD10 :			
Diagnosis Sekunder :	1.	2.	3.	4.	ICD10 : 1.
					2.
					3.
					4.
Tindakan/ Prosedur :	1.	2.	3.	4.	ICD9CM : 1.
					2.
					3.
					4.
Bersambung ke hal. 2					
1/2					
0001/rev02/PRM/2012					
MOHON UNTUK TIDAK MENGGUNAKAN SINGKATAN DALAM PENULISAN DIAGNOSA DAN TINDAKAN SERTA DITULIS DENGAN RAPIH					

Gambar 5.12a. Resume Medis halaman 1

Sambungan RESUME MEDIS

Nama Pasien :	Nomor Rekam medis			
---------------	-------------------	--	--	--

Alergi (reaksi obat)

Hasil Laboratorium belum selesai (pending)

Diet :

Intruksi/Anjuran dan Edukasi (*Follow up*) :

Kondisi Waktu Keluar : 1. Sembuh 2. Pindah RS 3. Pulang atas permintaan sendiri 4. Meninggal 5. Lain-lain :

Pengobatan dilanjutkan : Poliklinik RSCM RS. Lain PUSKESMAS Dokter luar

Tanggal kontrol poliklinik :

Terapi Pulang :

Nama Obat	Jumlah	Dosis	Frekuensi	Cara pemberian	Nama Obat	Jumlah	Dosis	Frekuensi	Cara pemberian

Komponen 2. Laporan Penting
 Jakarta,
 Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

 Tanda tangan & Nama lengkap

Komponen 3 Autentikasi Penulis

Lembar 1 : Pasien
 Lembar 2 : Rekam medis
 Lembar 3 : Penjamin

2/2

0001/rev02/PRM/2012

MOHON UNTUK TIDAK MENGGUNAKAN SINGKATAN DALAM PENULISAN DIAGNOSA DAN TINDAKAN SERTA DITULIS DENGAN RAPIH

Gambar 5.12 b. Resume Medis halaman 2

Hasil Pengamatan Praktikum

Instruktur praktikum akan mengawasi proses praktikum dan mencatat setiap langkah Kegiatan Praktikum 1 yang telah anda lakukan. Hasil pengamatan instruktur akan dituangkan dalam tabel berikut.

Tabel 5.1

Lembar penilaian instruktur praktikum Mengenal Formulir Rekam Medis

No	ASPEK YANG DINILAI	Pelaksanaan oleh mahasiswa		
		Dilaksanakan (2)	Tidak dilaksanakan (0)	Kurang tepat (1)
	Mengenal Formulir Lembaran Umum			
I	RM Rawat Jalan			
	1. Ringkasan Riwayat Klinis 2. Pengkajian Perawat Rawat Jalan 3. Pengkajian Medis Rawat Jalan 4. Catatan Perkembangan Terintegrasi 5. Hasil Penunjang bila ada 6. Surat Kuasa bila diperlukan			
II	RM Rawat Inap			
	1. Surat Pengantar 2. Surat Persetujuan Umum 3. Lembaran Masuk- Keluar 4. Pengkajian awal Perawat 5. Pengkajian awal dokter 6. Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi selama dirawat 7. Lembaran Observasi 8. Catatan Pemberian Obat 9. Ringkasan Pasien Pulang/ Resume			
	Total Nilai			

Tugas Praktikum

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah tugas praktikum berikut!

- 1) Ambil 20 RM yang baru dikembalikan dari poliklinik rawat jalan. Kenali letak dari
 - a. komponen 1 Kelengkapan Identitas pasien
 - b. komponen 2 Kelengkapan laporan/ catatan penting
 - c. komponen 3. Kelengkapan Autentikasi pasien
 - d. komponen 4. Pencatatan yang baik

- 2) Ambil 20 RM yang baru dikembalikan dari ruang perawatan. Kenali letak dari
 - a. komponen 1 Kelengkapan Identitas pasien
 - b. komponen 2 Kelengkapan laporan/ catatan penting
 - c. komponen 3. Kelengkapan Autentikasi pasien
 - d. komponen 4. Pencatatan yang baik

Ringkasan

Mengenal formulir rekam medis lembaran umum ini wajib dilakukan karena tanpa mengenal formulir yang ada baik rawat jalan maupun rawat inap bagaimana anda akan melakukan audit kuantitatif pendokumentasian RM. Dalam praktikum 1 ini dijelaskan tentang praktik atas lembaran umum rekam medis rawat jalan dan rawat inap dengan menilik 3 komponen dari 4 komponen analisis kuantitatifnya. Mengenal lembaran RM rawat jalan yang terdiri dari Ringkasan Riwayat Klinis, Pengkajian Perawat Rawat Jalan, Pengkajian Medis Rawat Jalan, Catatan Perkembangan Terintegrasi, Hasil Penunjang bila ada, Surat Kuasa bila diperlukan. Sedangkan lembaran RM rawat inap adalah lembaran Surat Pengantar, Surat Persetujuan Umum, Lembaran Masuk- Keluar, Pengkajian awal Perawat, Pengkajian awal dokter, Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi selama dirawat, Lembaran Observasi, Catatan Pemberian Obat, Ringkasan Pasien Pulang/ Resume

Kegiatan Praktikum 2

Melakukan Audit Kuantitatif

Pendokumentasian Rekam Medis

Lembaran Umum

Kegiatan praktikum ini meliputi Pengumpulan dan Pengolahan Data, kemudian menganalisa-evaluasi hasil audit, terakhir memberikan rekomendasi kepada atasan dan Komite Rekam Medis. Hal ini dilakukan perkomponen analisis kuantitatif sehingga dapat dilaksanakan dengan lebih tepat.

1. **Melakukan Audit Kuantitatif Pendokumentasian RM keempat komponen pada lembaran kerja pengumpulan dan pengolahan data**
 - a. Melakukan Audit Kuantitatif Komponen 1: Kelengkapan Identitas Pasien
 - 1) Melakukan Pengumpulan Data dari Komponen 1 Kelengkapan Identitas Pasien
Dalam Praktikum komponen 1 ini, Anda akan mempraktekkan proses pengisian identitas pasien pada setiap lembaran RM
 - a) Pengisian identifikasi pasien yang lengkap hanya pada lembaran Ringkasan Klinis pada RM rawat jalan (gambar 5.2) dan Lembaran Ringkasan Masuk & Keluar pada RM rawat inap. (Gambar 5.8)
 - b) Pengisian identitas pasien pada lembaran lainnya terdiri dari :
 - (1) Nomor RM
 - (2) Nama pasien
 - (3) Tanggal lahir/ umur
 - (4) Jenis kelamin

Penggunaan Stiker label pasien sangat menguntungkan karena pemberi pelayanan tidak perlu menulis identifikasi pasien tetapi tinggal menempelkan pada tiap lembaran yang dibutuhkan. Hanya perlu kehati-hatian agar tidak keliru menempelkannya pada lembaran RM pasien yang berbeda.

Instrumen yang digunakan lembaran kerja untuk komponen 1 (Tabel 5.2). Bila tiap lembar RM isinya lengkap berilah nilai 1 (satu) bila ada yang kosong atau tidak diisi walaupun hanya 1 lembar yang tidak ada maka berilah nilai 0 (nol)

Tabel 5.2

Lembaran kerja Pengumpulan Data Komponen 1. Kelengkapan Identitas Pasien

No.	No.RM	Subkomponen Kelengkapan Identitas Pasien			
		Nama	No.RM	Tgl. Lahir/ umur	Jenis Kelamin
1	2	3	4	5	6
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
	Σ	a	b	c	d

Cara Pengisian

- Kolom 1: mengisi nomor urut untuk mengetahui jumlah RM yang di analisis, untuk mengetahui jumlah RM yang dianalisis
- Kolom 2: Mencatat nomor RM yang dianalisis, guna merujuk kembali RM jika dibutuhkan
- Kolom 3: Memberi nilai 1 bila nama pasien ditulis pada tiap lembar RM tersebut, bila tidak ada pada satu/ lebih lembaran beri nilai =0
- Kolom 4: Memberi nilai 1 bila Nomor RM pasien ditulis pada tiap lembar RM tersebut, bila tidak ada pada satu/ lebih lembaran beri nilai =0
- Kolom 5: Memberi nilai 1 bila tanggal lahir/ umur pasien ditulis pada tiap lembar RM tersebut, bila tidak ada pada satu/ lebih lembaran beri nilai =0
- Kolom 6: Memberi nilai 1 bila jenis kelamin pasien ditulis pada pada tiap lembar RM tersebut, bila tidak ada pada satu/ lebih lembaran beri nilai =0.

(Dalam RM Penulisan Jenis kelamin Perempuan disingkat menjadi P dan laki-laki menjadi L)

Kolom Jumlah (Σ): Menjumlahkan isi kolom 3 dengan nilai "a", isi kolom 4 dengan nilai "b", isi kolom 5 dengan nilai "c" dan isi kolom 6 dengan nilai "d"

- b. Melakukan Pengolahan Data Audit Kuantitatif Komponen 1 pada lembaran kerja rekapitulasi data

Tabel 5.3

Lembaran Kerja Rekapitulasi Data Komponen 1 terkait Kelengkapan Identitas Pasien

Jumlah RM yang dianalisis		Tanggal pelaksanaan:	
NO.	KOMPONEN 1	KELENGKAPAN / BAIK	
		JUMLAH	PERSENTASE
KELENGKAPAN IDENTITAS PASIEN			
No.	Subkomponen	Jumlah (angka)	Jumlah (%)
1.	2	3	4
1.	Nama Pasien	a	$g=a/4 \times 100\%$
2.	No.Rekam Medis	b	$h=b/4 \times 100\%$
3.	Tanggal Lahir	c	$i=c/4 \times 100\%$
4	Jenis Kelamin	d	$j=d/4 \times 100\%$
	Average	A= (a+b+c+d)/ 4	B=(g+h+i+j)/4 (%)

Cara pengisian:

- Kolom 1: mengisi nomor urut untuk mengetahui jumlah subkomponen yang di analisis sebagai denominator komponen
- Kolom 2: Mencatat sub komponen yang dianalisis dari komponen 1
- Kolom 3:
- Memindahkan nilai kolom 3 (a) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 5.2)
 - Memindahkan nilai kolom 4 (b) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 5.2)
 - Memindahkan nilai kolom 5 (c) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 5.2)
 - Memindahkan nilai kolom 6 (d) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 5.2)

- Pada kolom rata-rata/ *“average”*(A). Dilakukan dengan menjumlahkan *“a+b+c+d”* (numerator) dibagi jumlah subkomponen (4) sebagai denominator

- Kolom 4:
- Menghitung persentase nilai g= kolom 3.1 (a) dibagi dengan jumlah subkomponen (4) x100%
 - Menghitung persentase nilai h= kolom 3.2 (b) dibagi dengan jumlah subkomponen (4) x100%
 - Menghitung persentase nilai i= kolom 3.3 (c) dibagi dengan jumlah subkomponen (4) x100%
 - Menghitung persentase nilai j= kolom 3.4 (d) dibagi dengan jumlah subkomponen (4) x100%
 - Pada kolom rata-rata/ *“average”*(B). Dilakukan dengan menjumlahkan *“g+h+i+j”* (numerator) dibagi jumlah subkomponen (4) sebagai denominator

2. Melakukan Pengumpulan Data Audit Kuantitatif Komponen RM yang kedua; Kelengkapan laporan / catatan yang penting

Dalam Praktikum pengontrolan kelengkapan lembaran penting yang harus ada, pelaksana wajib mengetahui pertama-tama adalah kasus si pasien. Apakah hanya rawat inap saja tanpa ada tindakan atau layanan di intensive care atau lainnya?

Setelah memahaminya baru di periksa sesuai kasus si pasien. Komponen 2 ini dilakukan saat menata RM. (lihat Bab4)

Instrumen yang digunakan:

1. Lembaran check list untuk RM rawat jalan
2. Lembaran check list untuk RM IGD
3. Lembaran check list untuk untuk RM rawat inap

Tabel 5.4
Lembaran checklist untuk RM pasien poliklinik

No.	Lembaran RM Yang Harus Ada	Formulir
1	Pengkajian awal Perawat rawat jalan	Perawat S
2	Pengkajian awal dokter rawat jalan: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hasil anamnese mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit; ▪ Hasil pemeriksaan fisik ; ▪ Diagnosis 	Dokter S O A P
3	Rencana penatalaksanaan; dan Pengobatan dan / tindakan; Catatan perkembangan (Terintegrasi) → oleh dokter, perawat dan lainnya	Dokter/ perawat P SOAP
4	Pelayanan lain yang telah diberikan pada pasien; Penunjang diagnostik: Hasil Laboratorium, radiologi dan lainnya	P.penunjang P
5	Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinis dan	Dokter gigi SOAP
6	Persetujuan tindakan bila diperlukan	Dokter-pasien
7	Ringkasan Klinis	Dokter-petugas RM

Tabel 5.5
Lembaran checklist untuk RM pasien UGD

No.	Lembaran Rm Yang Harus Ada	Formulir
1	Pengkajian awal Perawat UGD berisi:	Perawat
	a. Identitas pasien	SOAP
	b. Kondisi saat pasien tiba di saryankes	
	c. Identitas pengantar pasien	
2.	Pengkajian dokter UGD	Dokter SOAP
	a. Hasil anamnese mencakup sekurang-kurangnya berisi keluhan & riwayat penyakit;	SOAP
	b. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis;	
	c. Diagnosis;	

No.	Lembaran Rm Yang Harus Ada	Formulir
	d. Pengobatan dan/ tindakan;	
	e. Tingkat kegawatan	
3.	Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan UGD dan rencana tindak lanjut	Dokter
4.	Pelayanan lain yang telah diberikan pada pasien;	Pelayanan Penunjang/ Tindakan
5.	Nama dan tanda tangan dokter dan dokter gigi dan tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan	Autentikasi penulis
6.	Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke saryankes lain; dan	Data administrasi pasien
7.	Persetujuan tindakan bila diperlukan	Dokter-pasien

Keterangan: S= Subjective, O = Objective, A= Assessment, P= Planning

Tabel 5.6

Lembaran checklist untuk RM pasien Rawat Inap

No	Isi Rm Yang Harus Ada	Keterangan
1	a. Identitas pasien; b. Persetujuan umum	Data Pasien Pasien - Adm . R.Inap
2	Pengkajian awal Perawat	Dilaksanakan Perawat /SOAP
3	a. Pengkajian awal oleh dokter: -. Hasil anamnese mencakup se<< keluhan & riwayat penyakit; -. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis; -. Diagnosis; b. Pengkajian awal oleh perawat	a. Dilaksanakan oleh Dokter b. Dilaksanakan oleh Perawat SOAP
4	Rencana penatalaksanaan; a. Asuhan Keperawatan b. Instruksi dokter (obat dan tindakan yang akan diberikan)	a. Dilaksanakan Perawat b. Dilaksanakan dokter P
5	Pengobatan dan /atau tindakan; ▪ Catatan perkembangan (Terintegrasi)→ oleh dokter, perawat dan lainnya	Dilaksanakan Dokter, perawat dan lainnya S O

No	Isi Rm Yang Harus Ada	Keterangan
		A P
6	Informed consent : Persetujuan/ Penolakan tindakan bila diperlukan;	Komunikasi antara Dokter dan pasien
7	c. Catatan observasi klinis	Dilaksanakan Perawat O
	d. Pemberian obat ada (3 unsur:Catatan obat oleh dokter; check obat oleh apoteker klinis dan obat diberikan oleh Perawat)	Dilaksanakan Dokter, Apoterker, Perawat
8	Catatan Saat akan Pulang: a. Rencana pasien pulang (perawat) b. Ringkasan Keperawatan (perawat) c. Ringkasan riwayat pulang (<i>discharge summary</i>) oleh dokter)	a dan b Dilaksanakan Perawat c. Dilaksanakan dokter
9	Autentikasi oleh penulis Nama dan tanda tangan dokter dan dokter gigi dan tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;(pada setiap pencatatan)	Dilaksanakan oleh setiap pemberi pelayanan
10	Pelayanan lain yang dilakukan o.tenaga kesehatan tertentu;	P
11	Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinis.	Dilaksanakan oleh Dokter Gigi O

Keterangan: S= Subjective,O= Objective, A= Assessment, P= Planning

- c. Melakukan Pengumpulan Data dari Komponen 2 Laporan/ Pencatatan yang Lengkap

Tabel 5.7

Lembaran kerja Pengumpulan Data
Komponen2 Kelengkapan Laporan/ Catatan Penting

No.	No.RM	Subkomponen Kelengkapan Laporan/ Catatan Yang Penting				
		Pengkajian awal	Pengobatan dan /atau tindakan;	Informed C.	Bukti Pengobatan & Perawatan	Catatan Saat akan Pulang
1	2	3	4	5	6	7
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
	Σ	a	b	c	d	e

Cara mengisi:

- Kolom 1: Mengisi nomor urut untuk mengetahui jumlah RM yang di analisis, untuk mengetahui jumlah RM yang dianalisis
- Kolom 2: Mencatat nomor RM yang dianalisis, guna merujuk kembali RM jika dibutuhkan
- Kolom 3: Memberi nilai 1 bila ada Pengkajian Awal perawat dan dokter , bila tidak lengkap beri nilai =0
- Kolom 4: Memberi nilai 1 bila ada Pengobatan dan /atau tindakan dengan melihat adakah Catatan Perkembangan, bila tidak ada beri nilai = 0

- Kolom 5: Memberi nilai 1 bila informed consent berupa surat persetujuan / penolakan tindakan kedokteran yang wajib ada, bila tidak ada beri nilai = 0 , tetapi diberi nilai=1 bila dalam kasus ini informed consent tidak diperlukan.
- Kolom 6: Memberi nilai 1 bila ada Bukti Pengobatan dan Perawatan, bila tidak lengkap beri nilai = 0
- Kolom 7: Memberi nilai 1 bila ada rencana pasien pulang, Ringkasan keperawatan, Ringkasan waktu pulang/ Resume, bila tidak lengkap beri nilai = 0

- 1) Melakukan Pengolahan Data Audit Kuantitatif Komponen 2 pada lembaran kerja rekapitulasi data

Tabel 5.8

Lembaran Kerja Rekapitulasi Data Komponen 2 terkait Kelengkapan Laporan / Catatan Penting

Jumlah RM yang dianalisis		Tanggal pelaksanaan:	
NO.	KOMPONEN 2	KELENGKAPAN / BAIK	
		JUMLAH	PERSENTASE
Kelengkapan Laporan / Catatan Penting			
No.	Subkomponen	Jumlah (angka)	Jumlah (%)
1.	2	3	4
1.	Pengkajian awal	a	$g=a/5 \times 100\%$
2.	Cat.Perkembangan	b	$h=b/5 \times 100\%$
3.	Informed C.	c	$i=c/5 \times 100\%$
4	Bukti Pengobatan & Perawatan	d	$j=d/5 \times 100\%$
5	Cat. Saat pulang	e	$k=e/5 \times 100\%$
	Average	$C = (a+b+c+d+e) / 5$	$D(g+h+i+j+k)/5 (\%)$

Cara pengisian:

- Kolom 1: mengisi nomor urut untuk mengetahui jumlah subkomponen yang di analisis sebagai denominator komponen (jumlah=4)
- Kolom 2: Mencatat sub komponen yang dianalisis dari komponen 2

- Kolom 3:
- Memindahkan nilai kolom 3 (a) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 5.7)
 - Memindahkan nilai kolom 4 (b) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 5.7)
 - Memindahkan nilai kolom 5 (c) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 5.7)
 - Memindahkan nilai kolom 6 (d) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 5.7)
 - Memindahkan nilai kolom 7 (e) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 5.7)
 - Pada kolom rata-rata/ “average”(C). Dilakukan dengan menjumlahkan “a+b+c+d+e” (numerator) dibagi jumlah subkomponen (5) sebagai denominator
- Kolom 4
- Pada kolom rata-rata/ “average”(D). Dilakukan dengan menjumlahkan “g+h+i+j+k” (numerator) dibagi jumlah subkomponen (5) sebagai denominator

3. Melakukan Pengumpulan Data Audit Kuantitatif komponen RM yang Ketiga: Autentikasi penulis

Setiap pemberi pelayanan mencatat dalam rekam medis maka perlu di absahkan dengan membubuhi Nama jelas dan Tanda tangan

- a. Melakukan Pengumpulan Data dari Komponen 3 Kelengkapan Autentikasi Penulis

Tabel 5.9

Lembaran kerja Pengumpulan Data Komponen Ketiga Autentikasi Penulis

No.	No.RM	SUBKOMPONEN AUTENTIKASI PENULIS			
		Nama Dr.	Tanda tangan/ paraf Dr	Nama perawat	Tanda tangan / paraf Perawat
1	2	3	4	5	6
1					
2					
3					
4					
5					

No.	No.RM	SUBKOMPONEN AUTENTIKASI PENULIS			
		Nama Dr.	Tanda tangan/ paraf Dr	Nama perawat	Tanda tangan / paraf Perawat
6					
7					
8					
9					
10					
	Σ				

Cara pengisian:

- Kolom 1: mengisi nomor urut untuk mengetahui jumlah RM yang di analisis, untuk mengetahui jumlah RM yang dianalisis
- Kolom 2: Mencatat nomor RM yang dianalisis, guna merujuk kembali RM jika dibutuhkan
- Kolom 3: Memberi nilai 1 bila nama dokter penanggungjawab pada setiap lembarannya ada, bila tidak ada pada semua lembar catatan dokter beri nilai = 0
- Kolom 4: Memberi nilai 1 bila tanda tangan/ paraf dokter penanggungjawab pada setiap lembarannya ada, bila tidak ada pada semua lembar catatan dokter beri nilai = 0
- Kolom 5: Memberi nilai 1 bila nama perawat penanggungjawab pada setiap lembarannya ada, bila tidak ada pada semua lembar catatan perawat nilai = 0
- Kolom 6: Memberi nilai 1 bila tanda tangan/ paraf perawat penanggungjawab pada setiap lembarannya ada, bila tidak ada pada semua lembar catatan perawat beri nilai = 0

- b. Melakukan Pengolahan Data Audit Kuantitatif Komponen 3 pada lembaran kerja rekapitulasi data

Tabel 5.10

Lembaran Kerja Rekapitulasi Data Komponen 3 terkait Kelengkapan Autentikasi Penulis

Jumlah RM yang dianalisis		Tanggal pelaksanaan:	
NO.	KOMPONEN 1	KELENGKAPAN / BAIK	
		JUMLAH	PERSENTASE
KELENGKAPAUTENTIKASI PENULIS			
No.	Subkomponen	Jumlah (angka)	Jumlah (%)
1.	2	3	4
1.	Nama Dokter	a	$g=a/4 \times 100\%$
2.	Tandatangan/ Paraf Dokter	b	$h=b/4 \times 100\%$
3.	Nama Perawat	c	$i=c/4 \times 100\%$
4	Tandatangan/ Paraf Perawat	d	$j=d/4 \times 100\%$
	Average	E= (a+b+c+d)/ 4	F=(g+h+i+j)/4 (%)

Cara pengisian:

- Kolom 1: mengisi nomor urut untuk mengetahui jumlah subkomponen yang di analisis sebagai denominator komponen
- Kolom 2: Mencatat sub komponen yang dianalisis dari komponen 3
- Kolom 3:
- Memindahkan nilai kolom 3 (a) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 5.9)
 - Memindahkan nilai kolom 4 (b) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 5.9)
 - Memindahkan nilai kolom 5 (c) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 5.9)
 - Memindahkan nilai kolom 6 (d) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 5.9)
 - Pada kolom rata-rata/ "average"(E). Dilakukan dengan menjumlahkan "a+b+c+d" (numerator) dibagi jumlah subkomponen (4) sebagai denominator

- Kolom 4:
- Menghitung persentase nilai g= kolom 3.1 (a) dibagi dengan jumlah subkomponen (4) x100%
 - Menghitung persentase nilai h= kolom 3.2 (b) dibagi dengan jumlah subkomponen (4) x100%
 - Menghitung persentase nilai i= kolom 3.3 (c) dibagi dengan jumlah subkomponen (4) x100%
 - Menghitung persentase nilai j= kolom 3.4 (d) dibagi dengan jumlah subkomponen (4) x100%
 - Pada kolom rata-rata/ "average"(F). Dilakukan dengan menjumlahkan "g+h+i+j" (numerator) dibagi jumlah subkomponen (4) sebagai denominator

d. Melakukan Pengumpulan Data Audit Kuantitatif Komponen RM yang keempat: Pencatatan yang Baik

1) Melakukan Pengumpulan Data dari Komponen 4 Pencatatan yang Baik

Tabel 5.11

Lembaran kerja Pengumpulan data Komponen 4 Pencatatan yang Baik

No.	No.RM	SUBKOMPONEN PENCATATAN YANG BAIK		
		Tdk ada coretan	tdk ada tipp- ex	Tdk ada bag. Kosong
1	2	3	4	5
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
	Σ			

Cara pengisian:

- Kolom 1: mengisi nomor urut untuk mengetahui jumlah RM yang di analisis, untuk mengetahui jumlah RM yang dianalisis
- Kolom 2: Mencatat nomor RM yang dianalisis, guna merujuk kembali RM jika dibutuhkan
- Kolom 3: Memberi nilai 1 bila pencatatannya bersih tidak ada coretan yang tidak sesuai aturan pada lembar RM tersebut, bila ada pada satu/ lebih lembaran beri nilai = 0
- Kolom 4: Memberi nilai 1 bila pencatatannya bersih tidak menggunakan tipp-ex pada lembar RM tersebut, bila ada pada satu/ lebih lembaran beri nilai =0
- Kolom 5: Memberi nilai 1 bila pencatatannya penuh tidak ada bagian yang kosong pada lembar RM tersebut, bila ada yang kosong/ tidak diisi pada satu/ lebih lembaran beri nilai =0

2. Melakukan Pengolahan Data Audit Kuantitatif Pendokumentasian RM Komponen 4 pada lembaran kerja rekapitulasi data

Tabel 5.12

Lembaran Kerja Rekapitulasi Data Komponen 4 terkait Pencatatan yang Baik

Jumlah RM yang dianalisis		Tanggal pelaksanaan:	
NO.	KOMPONEN 1	KELENGKAPAN / BAIK	
		JUMLAH	PERSENTASE
Pencatatan yang Baik			
No.	Subkomponen	Jumlah (angka)	Jumlah (%)
1.	2	3	4
1.	Tidak ada Coretan	a	$g=a/3 \times 100\%$
2.	Tidak ada tipp-ex	b	$h=b/3 \times 100\%$
3.	Tidak ada bagian yang kosong	c	$i=c/3 \times 100\%$
	Average	G= (a+b+c)/3	H=(g+h+i)/3 (%)

Cara pengisian:

Kolom 1: mengisi nomor urut untuk mengetahui jumlah subkomponen yang di analisis sebagai denominator komponen

Kolom 2: Mencatat sub komponen yang dianalisis dari komponen 4

Kolom 3:

- Memindahkan nilai kolom 3 (a) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 5.11)
- Memindahkan nilai kolom 4 (b) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 5.11)
- Memindahkan nilai kolom 5 (c) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 5.11)
- Pada kolom rata-rata/ "average"(G). Dilakukan dengan menjumlahkan "a+b+c" (numerator) dibagi jumlah subkomponen (3) sebagai denominator

Kolom 4:

- Menghitung persentase nilai g= kolom 3.1 (a) dibagi dengan jumlah subkomponen (3) x100%
- Menghitung persentase nilai h= kolom 3.2 (b) dibagi dengan jumlah subkomponen (3) x100%
- Menghitung persentase nilai i= kolom 3.3 (c) dibagi dengan jumlah subkomponen (3) x100%
- Pada kolom rata-rata/ "average"(H). Dilakukan dengan menjumlahkan "g+h+i" (numerator) dibagi jumlah subkomponen (3) sebagai denominator

3) Melakukan Penyajian Data Audit Kuantitatif Keempat Komponen pada lembaran kerja rekapitulasi data

Tabel 5.13

Lembaran Kerja Rekapitulasi Data Semua Komponen Analisis Kuantitatif

Jumlah RM yang dianalisis		Tanggal pelaksanaan:	
NO	KOMPONEN	KELENGKAPAN / BAIK	
		JUMLAH	PERSENTASE
No	Komponen	Jumlah (angka)	Jumlah (%)
1.	2	3	4
1.	Kelengkapan Identitas Pasien	A	B%
2.	Kelengkapan Laporan/ Catatan yang Penting	C	D%
3.	Kelengkapan Autentikasi Pasien	E	F%
4.	Pencatatan yang Baik	G	H%
	AVERAGE	X= (A+C+E+G)/ 4	Y=(B+D+F+H)/4 (%)

Cara pengisian:

Kolom 1: mengisi nomor urut untuk mengetahui jumlah komponen yang di analisis sebagai denominator semua komponen

Kolom 2: Mencatat komponen yang dianalisis dari komponen 1 sd 4

Kolom 3:

- Memindahkan nilai *Average* komponen 1 kolom 3 (A) dari lembaran kerja pengolahan data Komponen 1 (Tabel 5.3)
- Memindahkan nilai *Average* komponen 2 kolom 3 (C) dari lembaran kerja pengolahan data Komponen 2 (Tabel 5.8)
- Memindahkan nilai *Average* komponen 3 kolom 3 (E) dari lembaran kerja pengolahan data Komponen 3 (Tabel 5.10)
- Memindahkan nilai *Average* komponen 4 kolom 3 (G) dari lembaran kerja pengolahan data Komponen 4 (Tabel 5.12)
- Pada kolom rata-rata/ "AVERAGE"(X). Dilakukan dengan menjumlahkan "a+b+c+d" (numerator) dibagi jumlah subkomponen (4) sebagai denominator

Kolom 4:

- Memindahkan nilai Persentase *Average* (B) komponen 1 kolom 4 dari lembaran kerja pengolahan data Komponen 1 (Tabel 5.3)

- Memindahkan nilai Persentase *Average (D)* komponen 2 kolom 4 dari lembaran kerja pengolahan data Komponen 2 (Tabel 5.8)
- Memindahkan nilai Persentase *Average (F)* komponen 3 kolom 4 dari lembaran kerja pengolahan data Komponen 3 (Tabel 5.10)
- Memindahkan nilai Persentase *Average (H)* komponen 4 kolom 4 dari lembaran kerja pengolahan data Komponen 4 (Tabel 5.12)
- Pada kolom rata-rata/ "*AVERAGE*"(Y). Hasil akhir dari Audit Kuantitatif Rekam Medis cara menghitung: Dilakukan dengan menjumlahkan " $(B+D+F+H)\%$ " (numerator) dibagi jumlah komponen (4) sebagai denominator.

4) Melakukan Analisa dan evaluasi Data Audit Kuantitatif Pendokumentasian RM Keempat Komponen.

Analisa dan evaluasi ini dalam bentuk narasi dengan menjelaskan dari hasil pengolahan data keempat komponen di atas (Tabel 5. 13) . Hasil analisa evaluasi digunakan dengan istilah "Kesan"

Hal yang perlu dinarasikan:

- a. Menarasikan persentase hasil Average (Y).
- b. Menarasikan persentase dari keempat komponen terutama yang terlengkap/ terbaik dan yang terendah/ terjelek. Hal ini perlu dianalisa agar dapat memberikan rekomendasi untuk perbaikan kelengkapan RM pada masa yang akan datang.

5) Memberikan Rekomendasi dari hasil Audit Kuantitatif Pendokumentasian RM

Dari hasil Analisa dan evaluasi Audit Kuantitatif RM ini dalam bentuk narasi dengan menjelaskan dari hasil pengolahan data keempat komponen di atas (Tabel 5. 13) . Hasil analisa evaluasi digunakan dengan istilah "Kesan"

Hal yang perlu dinarasikan:

- a. Menarasikan persentase hasil Average (Y).
- b. Menarasikan persentase dari keempat komponen terutama yang terlengkap/ terbaik dan yang terendah/ terjelek. Hal ini perlu dianalisa agar dapat memberikan rekomendasi untuk perbaikan kelengkapan RM pada masa yang akan datang.

Hasil Pengamatan Praktikum

Instruktur praktikum akan mengawasi proses praktikum dan mencatat setiap langkah kegiatan praktikum yang telah anda lakukan. Hasil pengamatan instruktur akan dituangkan dalam tabel berikut.

Tabel 5.14

Lembar penilaian instruktur praktikum Audit Kuantitatif Kelengkapan RM Lembaran Umum

No	ASPEK YANG DINILAI	Pelaksanaan oleh mahasiswa		
		Dilaksana kan (2)	Tidak dilaksanakan (0)	Kurang tepat (1)
I	Pengumpulan Data Audit Kuantitatif Kelengkapan RM			
I a.	Pengumpulan Data Komponen 1 Kelengkapan Identitas Pasien			
	1. Nama Pasien 2. No. Rekam Medis 3. Tanggal Lahir 4. Jenis Kelamin			
I b.	Pengumpulan Data Komponen 2 Kelengkapan Laporan/ Pencatatan Penting			
	1. Pengkajian awal 2. Catatan Perkembangan 3. <i>Informed Consent</i> 4. Bukti Pengobatan & Perawatan 5. Catatan Saat pulang			
Ic.	Pengumpulan Data Komponen 3. Kelengkapan Autentikasi Penulis			
	1. Nama Dokter 2. Tandatangani/ Paraf Dokter 3. Nama Perawat 4. Tandatangani/ Paraf Perawat			
Id.	Pengumpulan Data Komponen 4. Pencatatan yang Baik			
	1. Tidak Ada Coretan 2. Tidak Ada <i>tipp-ex</i> 3. Tidak ada bagian yang kosong			

No	ASPEK YANG DINILAI	Pelaksanaan oleh mahasiswa		
		Dilaksana kan (2)	Tidak dilaksanakan (0)	Kurang tepat (1)
II	<p>Melakukan Pengolahan Data Audit Kuantitatif Pendokumentasian RM Tiap komponen pada tiap lembaran kerja rekapitulasi data</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menghitung persentase Kelengkapan Identitas Pasien 2. Menghitung persentase Kelengkapan Laporan/ Catatan yang Penting 3. Menghitung persentase Kelengkapan Autentikasi Pasien 4. Menghitung persentase Pencatatan yang Baik 			
III	<p>Melakukan Penyajian Rekapitulasi Data Audit Kuantitatif Pendokumentasian RM dari keempat Komponen pada lembaran kerja rekapitulasi data</p> <p>Menyajikan hasil Persentase dari seluruh komponen: Kelengkapan Identitas Pasien, Kelengkapan Laporan/ Catatan yang Penting, Kelengkapan Autentikasi Pasien dan Pencatatan yang Baik</p>			
IV	<p>Melakukan Analisa -Evaluasi Hasil Audit Kuantitatif Pendokumentasian RM</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Menarasikan persentase hasil Average (Y). 2) Menarasikan persentase dari keempat komponen terutama yang terlengkap/ terbaik dan yang terendah/ terjelek. Hal ini perlu dianalisa agar dapat memberikan rekomendasi untuk perbaikan kelengkapan RM pada masa yang akan datang. 			
V	<p>Memberikan Rekomendasi dari hasil Audit Kuantitatif Pendokumentasian RM</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menarasikan persentase hasil Average (Y). 2. Menarasikan persentase dari keempat komponen terutama yang terlengkap/ terbaik dan yang terendah/ terjelek. Hal ini perlu dianalisa agar dapat memberikan rekomendasi untuk perbaikan kelengkapan RM pada masa yang akan datang. 			
	Total nilai			

Tugas Praktikum

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Praktikum berikut!

- 1) Ambil 20 RM yang baru dikembalikan dari poliklinik rawat jalan. Lakukan pengumpulan dan pengolahan data untuk audit kuantitatif dengan menggunakan instrument pengumpulan data RM Rawat Jalan
 - a. komponen 1 Kelengkapan Identitas pasien
 - b. komponen 2 Kelengkapan laporan/ catatan penting
 - c. komponen 3. Kelengkapan Autentikasi pasien
 - d. komponen 4. Pencatatan yang baik
- 2) Hasil dari pengumpulan data pada butir 1 lakukan pengolahan datanya
- 3) Hasil dari pengolahan data pada butir 2 lakukan rekapitulasi hasil pengolahan datanya
- 4) Hasil dari rekapitulasi pengolahan data pada butir 3 lakukan analisa dan evaluasi datanya
- 5) Hasil analisa dan evaluasi pada butir 4 Beri rekomendasi untuk perbaikan
- 6) Ambil 20 RM yang baru dikembalikan dari Unit Gawat Darurat. Lakukan pengumpulan dan pengolahan data untuk audit kuantitatif dengan menggunakan instrument pengumpulan data RM Gawat Darat.
 - a. komponen 1 Kelengkapan Identitas pasien
 - b. komponen 2 Kelengkapan laporan/ catatan penting
 - c. komponen 3. Kelengkapan Autentikasi pasien
 - d. komponen 4. Pencatatan yang baik
- 7) Hasil dari pengumpulan data pada butir 6 lakukan pengolahan datanya
- 8) Hasil dari pengolahan data pada butir 7 lakukan rekapitulasi hasil pengolahan datanya
- 9) Hasil dari rekapitulasi pengolahan data pada butir 8 lakukan analisa dan evaluasi datanya
- 10) Hasil analisa dan evaluasi pada butir 9 beri rekomendasi untuk perbaikan
- 11) Ambil 20 RM yang baru dikembalikan dari ruang perawatan. Lakukan pengumpulan dan pengolahan data untuk audit kuantitatif dengan menggunakan instrument pengumpulan data RM Rawat Inap.
 - a. komponen 1 Kelengkapan Identitas pasien
 - b. komponen 2 Kelengkapan laporan/ catatan penting
 - c. komponen 3. Kelengkapan Autentikasi pasien
 - d. komponen 4. Pencatatan yang baik
- 12) Hasil dari pengumpulan data pada butir 11 lakukan pengolahan datanya
- 13) Hasil dari pengolahan data pada butir 12 lakukan rekapitulasi hasil pengolahan datanya

- 14) Hasil dari rekapitulasi pengolahan data pada butir 13 lakukan analisa dan evaluasi datanya
- 15) Hasil analisa dan evaluasi pada butir 14 beri rekomendasi untuk perbaikan

Ringkasan

Pada Kegiatan Praktikum 2 pada Bab 5 ini Audit kuantitatif pendokumentasian RM lembaran umum dilakukan dengan melakukan pengumpulan, pengolahan, penyajian, analisis-evaluasi hasil yang terakhir memberikan rekomendasi yang dilakukan pada keempat komponen. Komponen tersebut adalah komponen identifikasi pasien, laporan yang penting, autentikasi penuli dan pencatatan yang baik. Hasil rekomendasi ini merupakan dasar dalam melakukan perbaikan kelengkapan rekam medis pada masa yang akan datang.

Glosarium

Analisis Kuantitatif	: Suatu telaah/ review bagian tertentu dari isi RM dengan maksud menemukan kekurangan, khususnya yang berkaitan dengan pendokumentasian RM.
Analisis Kualitatif	: Suatu review pengisian RM yang berkaitan tentang ke tidak konsistensian dan tidak ada isinya yang merupakan bukti bahwa RM tersebut tidak akurat dan tidak lengkap.
<i>Assessment (A)</i>	: Interpretasi/ kesan kondisi saat ini merupakan hasil yang disimpulkan oleh pemberi asuhan (dokter) dari anamnesa dan hasil pemeriksaan fisik
Audit Medis	: sebagai upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis. Tujuan audit medis terkait dengan upaya peningkatan mutu dan standarisasi, adalah tercapainya pelayanan prima di rumah sakit.
Data Administratif	: Data -data identitas yang berguna untuk administrasi
Data Klinis	: Data-data yang didapat dalam pelayanan kesehatan mulai dari pemeriksaan fisik, diagnostik dan penunjang pelayanan kesehatan lainnya
Lembaran khusus	: merupakan lembaran RM yang dipilih berdasarkan beberapa pertimbangan seperti lembaran RM yang berdasarkan survey merupakan lembaran yang sangat tidak lengkap, Lembaran yang wajib ada sebelum dilakukan suatu tindakan/ operasi, Lembaran yang wajib ada dan sangat diperlukan kelengkapannya untuk keperluan tertentu seperti untuk rujukan/ pembiayaan/ pendidikan/ penelitian/ diberikan ke pasien
Lembaran Umum	: Merupakan semua lembaran RM yang ada dalam satu berkas RM
LRP	: Lembar Riwayat Penyakit
Nurse station.	: Tempat perawat rawat inap
Objective (O)	: Observasi /pemeriksaan fisik pada pasien oleh pemberi asuhan (dokter/ tenaga kesehatan lain) dan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan
<i>Planning (P)</i>	: Rencana penatalaksanaan terapi dan pengobatan
PMIK	: Perekam Medis dan Informasi Kesehatan

<i>Quality Assurance (QA)</i>	: Kemampuan untuk mengumpulkan, mengolah, mengkategorikan, menganalisis dan merumuskan dan menyajikan informasi indikator mutu pelayanan rekam medis, indikator mutu pelayanan Rumah Sakit dan Indikator Mutu Pelayanan Medis, serta pemanfaatannya untuk berbagai kepentingan statistik, epidemiologi, surveilans dan penelitian serta pengawasan
Persetujuan Tindakan Kedokteran (<i>Informed Consent</i>)	: Persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien
<i>Precise</i>	: Akurat, Tepat, Pasti
Preventif	: Pencegahan, merupakan suatu pengendalian penyakit yang dilakukan untuk mencegah kejadian yang belum terjadi.
Promotif	: Penyuluhan, upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong dirinya sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat sesuai sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.
Rehabilitatif	: Upaya pemulihan pada keadaan sebelumnya
Rekam Medis Konvensional	: Rekam medis yang menggunakan media kertas
Resume Medis	: Ringkasan Riwayat Pulang
Ringkasan Klinis	: Ringkasan asuhan rawat jalan yang diberikan kepada pasien selama pasien mendapat pelayanan rawat jalan
Ringkasan Riwayat Pulang	: Ringkasan asuhan medis yang diberikan kepada pasien dalam satu kali periode perawatan.
SOAP	: Metode pencatatan rekam medis pasien
<i>Subjective (S)</i>	: Hasil anamnesis mencakup keluhan dan riwayat penyakit sekarang dan yang lalu
Surat Persetujuan Umum (<i>General Consent</i>)	: Pernyataan tertulis terkait pemberian informasi oleh petugas pendaftaran kepada pasien perihal hak dan tanggung jawabnya selama dirawat

Daftar Pustaka

- Departemen Kesehatan, 1995, Surat Edaran Dirjen Yanmed No. HK.00.06.1.5.01160. tentang Petunjuk Teknis Pengadaan RM Dasar dan Pemusnahan Arsip Rekam Medis Rumah Sakit, Jakarta, Dirjen. Pelayanan Medik
- Departemen Kesehatan, 1997, Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Rekam Medis, 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
- Hatta, Gemala, 2008, Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan, Jakarta, UI Press
- Huffman, Edna K., Health Information Management 10th edition, 1994, Berwyn, Illinois : Physician Record Co
- International Federation of Health Information Management Association, ,Education Modules for Basic Health Records, 2012, Chicago, Illionis

Bab 6

PRAKTIK AUDIT KUANTITATIF PENDOKUMENTASIAN REKAM MEDIS LEMBARAN KHUSUS

Lily Widjaya, SKM.,MM.



Pendahuluan

Modul praktikum ini akan memandu Anda untuk melakukan Audit Kuantitatif pendokumentasian lembaran khusus rekam medis yang dimulai dari memeriksa identifikasi pasien pada setiap lembaran rekam medis, adanya semua laporan/pencatatan yang penting sebagai bukti rekaman, adanya autentik penulis/ keabsahan rekaman dan terciptanya pelaksanaan rekaman/ pendokumentasian yang baik. Komponen-komponen ini harus Anda lakukan satu persatu dengan penuh ketelitian dan kebenaran. Selain itu anda juga perlu memilih metode analisis. Melakukan analisis tidak selalu dilakukan untuk semua lembaran rekam medis, bisa dilakukan hanya satu (1) lembar sesuai kebutuhan.

Bila suatu analisis telah ditentukan metodenya maka telaah dapat dilaksanakan oleh petugas RM yang telah terlatih khusus untuk keperluan ini. Adapun bagian yang ditelaah umumnya bagian yang sering berkaitan dengan tuntutan malpraktek dan asuransi.

Praktik Audit Kuantitatif lembaran umum rekam medis telah kita pelajari pada bab 5 dan pada bab 6 ini kita belajar praktik Audit Kuantitatif Lembaran khusus Rekam Medis

Anda juga harus bisa menyiapkan instrument yang dibutuhkan dalam kegiatan analisis ini, misalnya lembaran kerja dan lembaran rekapitulasi.

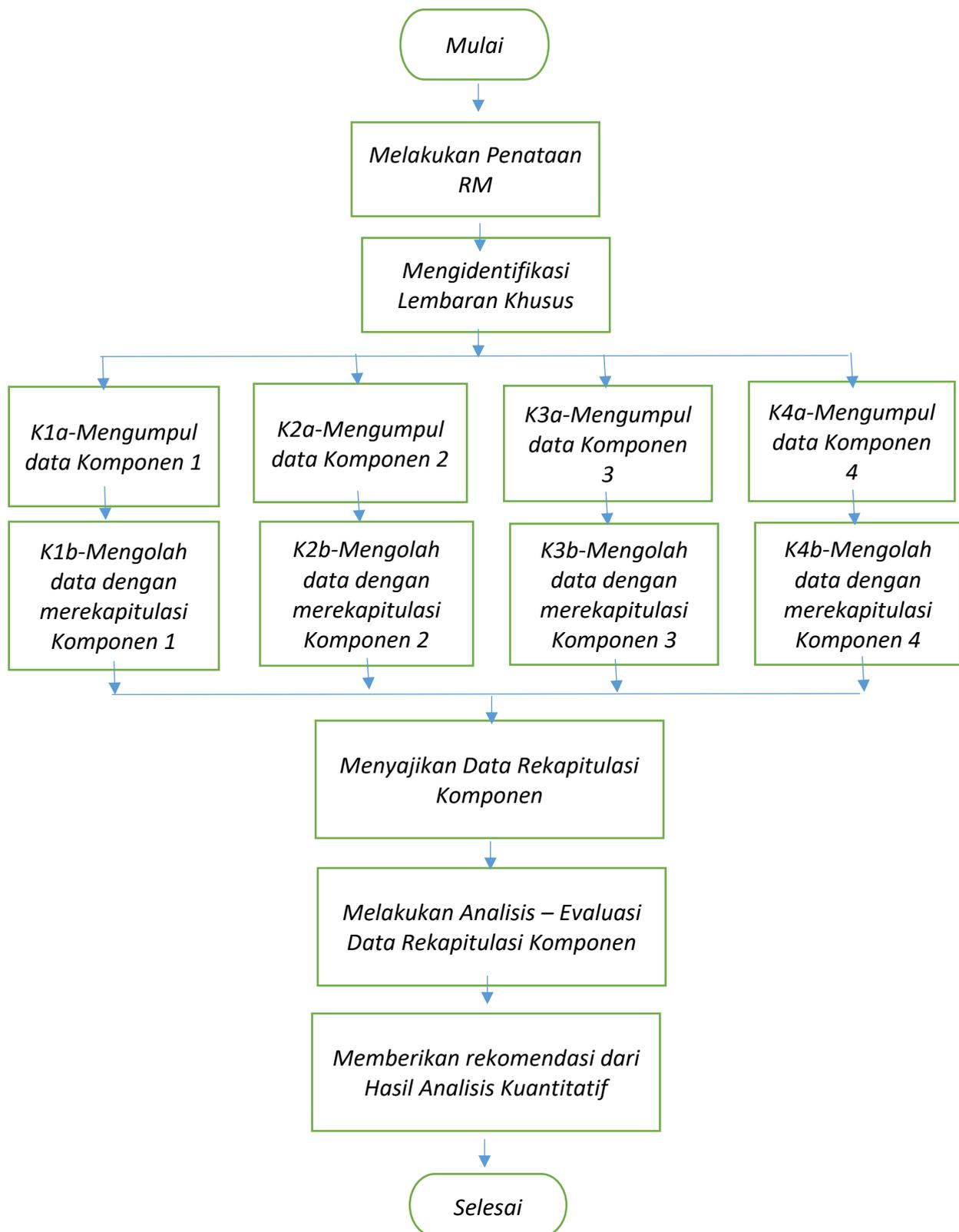
Materi dalam bab ini meliputi:

1. Kegiatan Praktikum 1 Mengetahui Lembaran Khusus Rekam Medis
2. Kegiatan Praktikum 2. Melakukan Audit kuantitatif pendokumentasian lembaran khusus RM dengan melakukan Pengumpulan, pengolahan, penyajian, Analisis –Evaluasi dan rekomendasi hasil Audit

Setelah melakukan praktikum ini, maka Anda diharapkan dapat :

1. Menggunakan metode analisis yang akan digunakan untuk mengaudit kelengkapan pendokumentasian RM lembaran khusus
2. Melakukan audit Kuantitatif lembaran khusus dengan 4 komponen:
 - a. memeriksa identifikasi pasien pada setiap lembaran rekam medis,
 - b. memeriksa adanya semua laporan/pencatatan yang penting sebagai bukti rekaman,
 - c. memeriksa autentik penulis/ keabsahan rekaman,
 - d. memastikan pelaksanaan rekaman/ pendokumentasian yang baik.
3. Menyajikan hasil analisis kuantitatif lembaran khusus RM
4. Menganalisis hasil analisis Kuantitatif lembaran khusus RM

Alur audit ini dapat dilihat di bawah ini:



Gambar 6.1

Alur Pelaksanaan Audit Kuantitatif Pendokumentasian Rekam Medis Lembaran Khusus

Kegiatan Praktikum 1

Mengenal Formulir Lembaran Khusus Rekam Medis dalam Audit Kuantitatif Pendokumentasian Rekam Medis

Sebelum Anda melakukan kegiatan audit kuantitatif RM maka pada praktikum 1 ini, Anda perlu mengenal formulir RM yang akan diaudit pada lembaran Khusus Rekam Medis. Sehingga pada kegiatan praktikum berikutnya saat melakukan audit, Anda telah mengenal formulir yang akan digunakan (pada lembaran kerja), direkapitulasi dan dilakukan analisis -evaluasi serta di rekomendasikan.

Lembaran Khusus adalah lembaran yang dianggap penting untuk dilengkapi karena berbagai kepentingan. Pelaksanaan Audit hanya pada satu (1) lembar saja

Lembaran khusus yang penting diaudit antara lain Lembaran:

1. Persetujuan Umum (*General Consent*)
2. Persetujuan Tindakan Kedokteran (*Informed Consent*)
3. Ringkasan Riwayat Klinis
4. Resume Medis
5. Laporan Operasi
6. Dan sebagainya

Contoh dari keempat komponen yang dapat dilihat pada formulir yang ada pada modul ini hanya komponen 1, 2 dan 3 , karena formulir dalam contoh adalah formulir kosong. Komponen 4 adalah memeriksa pencatatan yang baik dengan melihat ada atau tidak adanya coretan/ tipp-ex atau ada bagian yang kosong/ tidak diisi pada tiap lembaran RM.

NRM :
 Nama :
 Jenis Kelamin :
 Tanggal lahir :
 (Mohon diisi atau tempelkan stiker jika ada)

**FORMULIR PEMBERIAN INFORMASI DAN PERSETUJUAN UMUM
 (GENERAL CONSENT) UNTUK MENERIMA PELAYANAN KESEHATAN**

**Komponen 1
 Identitas
 Pasien**

1. **Hak dan Kewajiban sebagai pasien :** Dengan menandatangani dokumen ini saya mengakui bahwa pada proses pendaftaran untuk mendapatkan perawatan di _____ telah mendapat informasi tentang hak-hak dan kewajiban saya sebagai pasien.
2. Saya menyetujui dan memberikan persetujuan untuk dirawat di _____ dan dengan ini saya meminta dan memberikan kuasa kepada _____ dokter dan perawat, didampingi oleh pegawai _____ untuk memberikan asuhan perawatan, pemeriksaan fisik yang dilakukan oleh dokter dan perawat dan melakukan prosedur diagnostik, radiologi dan/ atau terapi dan tatalaksana sesuai pertimbangan dokter yang diperlukan atau disarankan pada perawatan saya. Hal ini mencakup seluruh pemeriksaan dan prosedur diagnostik rutin, termasuk x-ray, pemberian dan/ atau penyuntikkan produk farmasi dan obat-obatan, pemasangan alat kesehatan (kecuali yang membutuhkan persetujuan khusus) dan pengambilan darah untuk pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan patologi.
3. Saya memberi kuasa kepada setiap dan seluruh orang yang merawat saya untuk memeriksa dan atau memberitahukan informasi kesehatan saya kepada perawat kesehatan lain yang turut merawat saya selama di rumah sakit ini.
4. Saya setuju rumah sakit wajib menjamin kerahasiaan informasi medis saya baik untuk kepentingan perawatan dan pengobatan, pendidikan maupun penelitian kecuali saya mengungkapkan sendiri atau orang yang lain yang saya beri kuasa untuk itu (Orang tua kandung/suami Istri/kakak/adik saya).
5. Saya memberi kuasa kepada rumah sakit untuk menjaga privasi dan kerahasiaan penyakit saya selama dalam perawatan.
6. Saya mengetahui bahwa _____ merupakan _____ yang menjadi tempat praktek klinik bagi mahasiswa kedokteran dan profesi-profesi kesehatan lainnya. Karena itu, mereka mungkin berpartisipasi dan atau terlibat dalam perawatan saya. Saya menyetujui bahwa mahasiswa kedokteran dan profesi kesehatan lain berpartisipasi dalam perawatan saya, sepanjang dibawah supervisi Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP).
7. Saya tidak boleh membawa barang-barang berharga yang tidak diperlukan (seperti: perhiasan, elektronik dll) ke _____ dan jika saya membawanya maka _____ tidak bertanggung jawab terhadap kehilangan, kerusakan atau pencurian.
8. Saya menyatakan bahwa saya telah menerima informasi tentang adanya tatacara mengajukan dan mengatasi keluhan terkait pelayanan medik yang diberikan terhadap diri saya. Saya setuju untuk mengikuti tatacara mengajukan keluhan sesuai prosedur yang ada.
9. Saya menyatakan setuju, baik sebagai wali atau sebagai pasien, bahwa sesuai pertimbangan pelayanan yang diberikan kepada pasien, maka saya wajib untuk

0075/rev01/BHO/2012

**Komponen 2
 Laporan
 Penting**

Gambar 6.2a *General Consent/* Lembaran Persetujuan umum halaman 1

**Komponen 2
Laporan
Penting**

membayar total biaya perawatan yang diberikan sesuai acuan biaya dan ketentuan dengan jaminan atau pribadi.

10. Melalui dokumen ini, saya menegaskan kembali bahwa saya mempercayakan kepada semua tenaga kesehatan rumah sakit untuk memberikan perawatan, diagnostik dan terapi kepada saya sebagai pasien rawat inap atau rawat jalan atau Instalasi Gawat Darurat (IGD), termasuk semua pemeriksaan penunjang, yang dibutuhkan untuk pengobatan dan tindakan yang aman.

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah menerima dan memahami informasi sebagaimana diatas dan menyetujuinya.

Jakarta,

Pasien/Keluraga/ Penanggungjawab	Pemberi	Saksi 1	Saksi 2
(.....)	(.....)	(.....)	(.....)

**Komponen 3
Autentikasi Pasien/
Kel./ PJ, Pemberi
informasi dan saksi**

0075/rev01/BHO/2012

Gambar 6.2b *General Consent/* Lembaran Persetujuan umum halaman 2.

 RINGKASAN RIWAYAT MASUK & KELUAR				Komponen 1 Identitas Pasien		RM 1/RI/VIII/2017
				NO. RM		
NAMA LENGKAP:						
TEMPAT DAN TANGGAL LAHIR :		UMUR :		NO KTP :		
		JENIS KELAMIN :		STATUS :		
ALAMAT LENGKAP:				AGAMA :		
				PENDIDIKAN :		
				PEKERJAAN :		
				PEMBAYARAN :		
NAMA PENANGGUNG JAWAB:		NAMA KANTOR:		ALAMAT KANTOR:		
NAMA IBU:		NAMA SUAMI/ISTRI:				
NAMA YANG DAPAT DIHUBUNGI:		HUBUNGAN:		ALAMAT/TELP:		
DIAGNOSA MASUK		DOKTER PENGIRIM		ALAMAT		
TGL MASUK RS		RUANGAN		KEPALA RUANGAN		PETUGAS PENDAFTARAN
TGL KELUAR RS		RUANGAN		KEPALA RUANGAN		JUMLAH HARI RAWAT HR
DIAGNOSA UTAMA				ICD		
DIAGNOSA SEKUNDER						
PENYEBAB LUAR CEDERA DAN KERACUNAN, MORB, NEOPLASM						
OPERASI/ TINDAKAN		GOL OP	JENIS ANASTESI		TGL	KODE ICD 9CM
INFEKSI NOSOKOMIAL				PENYEBAB INFEKSI		
KEADAAN OS WAKTU PULANG				STATUS PULANG		
<input type="checkbox"/> Sembuh <input type="checkbox"/> Ada Perbaikan <input type="checkbox"/> Tidak sembuh <input type="checkbox"/> Meninggal <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> Ijin Dokter <input type="checkbox"/> Pulang paksa <input type="checkbox"/> Meninggal < 48 jam <input type="checkbox"/> Meninggal > 48 jam <input type="checkbox"/>		
				Jakarta, Dokter Penanggungjawab (dr.....) Nama Lengkap dan Tandatangan		
				Komponen 2 Laporan Penting		
				Komponen Autentikasi Penulis		

Gambar 6.4 Lembaran Ringkasan Masuk dan Keluar

KEMENTERIAN KESEHATAN
DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN
RSUP NASIK GUNUNGSILO
TANJUNGPINRANG 21 JAWABARA 2012

RAHASIA

RESUME MEDIS

NRM: _____

Nama Pasien :	Tgl. Lahir :	Umur :	Jenis Kelamin: L / P
Tanggal Masuk	Tanggal Keluar/Meninggal	Ruang Rawat Terakhir	
Penanggung Pembayaran	Diagnosis/masalah waktu masuk		

Ringkasan riwayat penyakit : _____

Pemeriksaan Fisik : _____

Pemeriksaan Penunjang/
 Diagnostik terpenting: _____

Terapi/Pengobatan selama
 di rumah sakit : _____

Hasil Konsultasi : _____

Diagnosis Utama : _____ ICD10 : _____

Diagnosis Sekunder : 1. _____ ICD10 : 1. _____
 2. _____ 2. _____
 3. _____ 3. _____
 4. _____ 4. _____

Tindakan/
 Prosedur : 1. _____ ICD9CM : 1. _____
 2. _____ 2. _____
 3. _____ 3. _____
 4. _____ 4. _____

Bersambung ke hal. 2

1/2

0001/rev02/PRM/2012

MOHON UNTUK TIDAK MENGGUNAKAN SINGKATAN DALAM PENULISAN DIAGNOSA DAN TINDAKAN SERTA DITULIS DENGAN RAPIH

Gambar 6.5a. Resume Medis halaman 1

Sambungan RESUME MEDIS

Nama Pasien :	Nomor Rekam medis			
---------------	-------------------	--	--	--

Alergi (reaksi obat) _____

Hasil Laboratorium belum selesai (pending) _____

Diet : _____

Intruksi/Anjuran dan Edukasi (*Follow up*) : _____

Kondisi Waktu Keluar : 1. Sembuh 2. Pindah RS 3. Pulang atas permintaan sendiri 4. Meninggal 5. Lain-lain : _____

Pengobatan dilanjutkan : Poliklinik RSCM RS. Lain PUSKESMAS Dokter luar _____

Tanggal kontrol poliklinik :

Terapi Pulang :

Nama Obat	Jumlah	Dosis	Frekuensi	Cara pemberian	Nama Obat	Jumlah	Dosis	Frekuensi	Cara pemberian

Jakarta,
Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

Tanda tangan & Nama lengkap

Lembar 1 : Pasien
Lembar 2 : Rekam medis
Lembar 3 : Penjamin

Komponen 2. Laporan Penting

Komponen 3 Autentikasi Penulis

2/2

0001/rev02/PRM/2012

MOHON UNTUK TIDAK MENGGUNAKAN SINGKATAN DALAM PENULISAN DIAGNOSA DAN TINDAKAN SERTA DITULIS DENGAN RAPIH

Gambar 6.5b . Resume Medis halaman 2

Hasil Pengamatan Praktikum

Instruktur praktikum akan mengawasi proses praktikum dan mencatat setiap langkah Kegiatan Praktikum 1 yang telah anda lakukan. Hasil pengamatan instruktur akan dituangkan dalam tabel berikut.

Tabel 6.1

Lembar penilaian instruktur praktikum Mengenal Lembaran Khusus Rekam Medis

No	ASPEK YANG DINILAI	Pelaksanaan oleh mahasiswa		
		Dilaksana kan (2)	Tidak dilaksanakan (0)	Kurang tepat (1)
	Mengenal letak tiap komponen pada Lembaran Khusus			
1	Persetujuan Umum (Gambar 6.2a dan b)			
K1	Komponen1 Identitas pasien pada pojok kanan atas			
K2	Komponen 2 Isi Persetujuan Umum			
K3	Komponen 3. Autentikasi Pasien/ Keluarga/ Penanggung Jawab, Pemberi informasi dan saksi 1 dari pihak pemberi informasi dan Saksi 2 dari pihak Pasien/ Keluarga/ Penanggung Jawab			
K4	Komponen 4. Mengenal Pencatatan yang baik; dapat memeriksa tentang penulisan yang baik, tidak ada coretan, tipp-ex atau ada bagian yang tidak diisi			
2	Persetujuan Tindakan Kedokteran (Gambar 6.3)			
K1	Komponen1 Identitas pasien pada pojok kanan atas			
K2	Komponen 2 Isi Persetujuan Tindakan kedokteran yang dibagi atas 2 bagian: Bagian pemberian informasi Bagian persetujuan tindakan			

No	ASPEK YANG DINILAI	Pelaksanaan oleh mahasiswa		
		Dilaksana kan (2)	Tidak dilaksanakan (0)	Kurang tepat (1)
K3	Komponen 3. Autentikasi Pasien/ Keluarga/ Penanggung Jawab, Pemberi informasi dan saksi 1 dari pihak pemberi informasi dan Saksi 2 dari pihak Pasien/ Keluarga/ Penanggung Jawab			
K4	Komponen 4. Mengenal Pencatatan yang baik; dapat memeriksa tentang penulisan yang baik, tidak ada coretan, tipp-ex atau ada bagian yang tidak diisi			
3	Ringkasan Masuk dan Keluar (Gambar 6.4)			
K1	Komponen1 Identitas pasien yang lengkap pada bagian atas dari lembaran ini			
K2	Komponen 2 Isi ringkasan terdiri dari 2bagian: a. Ringkasan saat Masuk b. Ringkasan saat Keluar			
K3	Komponen 3. Autentikas dokter Penanggung Jawab Pasien			
K4	Komponen 4. Mengenal Pencatatan yang baik; dapat memeriksa tentang penulisan yang baik, tidak ada coretan, tipp-ex atau ada bagian yang tidak diisi.			
4	Resume Medis (Gambar 6.5)			
K1	Komponen1 Identitas pasien pada pojok kanan atas			
K2	Komponen 2 Isi resume berupa ringkasan dari pasien masuk hingga keluar			
K3	Komponen 3. Autentikasi dokter Penanggung Jawab Pasien			
K4	Komponen 4. Mengenal Pencatatan yang baik; dapat memeriksa tentang penulisan yang baik, tidak ada coretan, tipp-ex atau ada bagian yang tidak diisi			

No	ASPEK YANG DINILAI	Pelaksanaan oleh mahasiswa		
		Dilaksana kan (2)	Tidak dilaksanakan (0)	Kurang tepat (1)
5	Laporan Operasi (Gambar 6.6)			
K1	Komponen1 Identitas pasien pada pojok kanan atas			
K2	Komponen 2 Isi tahap-tahap pelaksanaan tindakan/ operasi yang dilakukan			
K3	Komponen 3. Autentikasi dokter penanggung jawab (Operator)			
K4	Komponen 4. Mengenal Pencatatan yang baik; dapat memeriksa tentang penulisan yang baik, tidak ada coretan, tipp-ex atau ada bagian yang tidak diisi			
	Total nilai			

Tugas Praktikum

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Tugas Praktikum berikut!

1. Ambil 20 RM rawat inap yang telah ditata . Kenali lembaran Ringkasan Masuk dan Keluar dengan mengidentifikasi letak dari:
 - a. komponen 1 Identitas pasien
 - b. komponen 2 laporan/ catatan penting
 - c. komponen 3. Autentikasi pasien
 - d. komponen 4. Adanya Pencatatan yang baik

2. Ambil 20 RM rawat inap yang telah ditata. Kenali lembaran Persetujuan Umum, letak dari:
 - a. komponen 1 Identitas pasien
 - b. komponen 2 laporan/ catatan penting
 - c. komponen 3. Autentikasi pasien / Keluarga/ penanggung jawab pasien
 - d. komponen 4. Adanya Pencatatan yang baik

3. Ambil 20 RM rawat inap pasien yang dilakukan tindakan/ operasi dan yang telah ditata. Kenali lembar Persetujuan Tindakan Kedokteran , letak dari:
 - a. komponen 1 Identitas pasien
 - b. komponen 2 laporan/ catatan penting
 - c. komponen 3. Autentikasi pasien / Keluarga/ penanggung jawab pasien
 - d. komponen 4. Adanya Pencatatan yang baik

4. Ambil 20 RM rawat inap pasien yang telah ditata. Kenali Resume medis/ Ringkasan Pasien Pulang, letak dari:
 - a. komponen 1 Identitas pasien
 - b. komponen 2 laporan/ catatan penting
 - c. komponen 3. Autentikasi Dokter penanggung jawab pasien
 - d. komponen 4. Adanya Pencatatan yang baik

5. Ambil 20 RM rawat inap pasien yang dilakukan tindakan/ operasi dan yang telah ditata. Kenali lembar Operasi , letak dari:
 - a. komponen 1 Identitas pasien
 - b. komponen 2 laporan/ catatan penting
 - c. komponen 3. Autentikasi dokter penanggung jawab pasien
 - d. komponen 4. Adanya Pencatatan yang baik

Ringkasan

Mengenal formulir rekam medis lembar khusus ini wajib dilakukan karena tanpa mengenal formulir yang ada Anda tidak akan dapat melakukan audit kuantitatif pendokumentasian RM. Dalam Kegiatan Praktikum 1 ini dijelaskan tentang praktik atas 5 lembar khusus yaitu Persetujuan umum. Persetujuan tindakan kedokteran, lembar masuk dan keluar, resume medis dan laporan operasi dengan memiliki 3 komponen dari 4 komponen analisis kuantitatifnya. Keempat komponennya adalah Identifikasi pasien, laporan yang penting, autentikasi penulis dan pencatatan yang baik. Dengan mengenal letak 3 komponen pertama maka Anda telah mengenal formulir RM lembar khusus.

Kegiatan Praktikum 2

Audit Kuantitatif Pendokumentasian Rekam Medis Lembaran Khusus



Lembaran Khusus adalah lembaran yang dianggap penting dilengkapi untuk berbagai kepentingan. Pelaksanaan Audit hanya pada satu (1) lembar Rekam Medis saja. Inilah yang membedakan Audit Lembaran Khusus dengan Audit Lembaran Umum yang dilakukan untuk semua lembaran yang ada dalam satu berkas rekam medis.

Audit kuantitatif rekam medis lembaran khusus dilakukan karena beberapa pertimbangan:

1. Setelah dilakukan audit kuantitatif lembaran umum ada lembaran yang sangat tidak lengkap
2. Lembaran yang wajib ada dan sangat diperlukan kelengkapannya untuk keperluan tertentu seperti untuk rujukan/ pembiayaan/ pendidikan/ penelitian/ diberikan ke pasien
3. Lembaran yang wajib ada sebelum dilakukan suatu tindakan/ operasi

Jadi lembaran khusus yang diaudit adalah lembaran yang spesifik tergantung kebutuhan seperti kriteria di atas.

Isi RM berupa lembaran khusus yang penting antara lain :

- Persetujuan Umum (*General Consent*)
- Persetujuan Tindakan Kedokteran (*Informed Consent*)
- Ringkasan Riwayat Klinis
- Resume Medis
- Laporan Operasi

Dari keempat komponen yang dapat dilihat pada formulir yang ada hanya komponen 1, 2 dan 3 , karena formulir dalam contoh adalah formulir kosong. Komponen 4 adalah control ada atau tidak adanya coretan/ tipp-ex atau ada bagian yang kosong/ tidak diisi pada tiap lembaran RM.

Praktikum analisis Kuantitatif lembaran Khusus Rekam Medis ini dilakukan sebanyak minimal 10 lembar. Pada modul praktik ini dicontohkan Analisis terhadap tiga lembaran khusus yaitu .Persetujuan umum, Persetujuan tindakan kedokteran dan resume medis.

Panduan Praktikum

1. Menyiapkan RM yang telah ditata (lihat Bab 4)
2. Meletakkan lembaran Khusus yang akan diaudit kelengkapannya di bagian depan dari RM tersebut.
3. Memperhatikan identitas pasien pada lembaran khusus sesuai dengan RM pasien tersebut
4. Menyiapkan lembaran kerja untuk pengumpulan dan pengolahan data .
5. Setelah dilakukan audit lembaran khusus bila ditemukan lembaran yang belum lengkap dan masih bisa dilengkapi, maka harus dipisah .
6. RM yang belum lengkap tersebut dikembalikan ke pemberi pelayanan terkait untuk dilengkapi

A. ANALISIS KUANTITATIF LEMBARAN PERSETUJUAN UMUM (*GENERAL CONSENT*)

Sebelum pasien masuk rawat , di tempat pendaftaran rawat inap dilakukan pemberian informasi umum kepada pasien/ keluarga terdekat/ penanggungjawab pasien terkait Hak dan Kewajiban Pasien selama dirawat. Informasi ini dilakukan oleh petugas pendaftaran pasien rawat inap. Setelah diberi penjelasan pasien/ keluarga pasien menandatangani surat persetujuan umum (gambar 6.2a dan b)

Dalam Praktikum tetap menggunakan 4 komponen analisis kuantitatif.

1. Pengumpulan dan Pengolahan Data Audit Kuantitatif RM Lembaran Persetujuan Umum

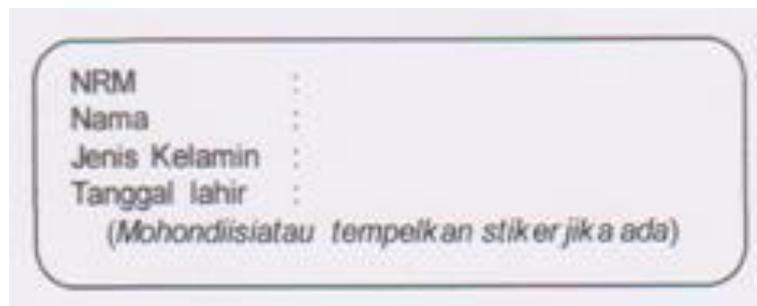
a. Audit Kuantitatif Kelengkapan Komponen 1 Identitas Pasien terkait Pengumpulan dan Pengolahan Data Lembaran Persetujuan Umum

1) Melakukan Pengumpulan Data dari Komponen 1 Kelengkapan Identitas Pasien
Dalam Praktikum komponen 1 ini , Anda akan mempraktekkan proses pengisian identitas pasien pada kolom Identitas pasien

- a) Nomor RM
- b) Nama pasien
- c) Tanggal lahir/ umur
- d) Jenis kelamin

Penggunaan Stiker label pasien sangat menguntungkan karena pemberi pelayanan tidak perlu menulis identifikasi pasien tetapi tinggal menempelkan pada tiap lembaran yang dibutuhkan. Hanya perlu kehati-hatian agar tidak keliru menempelkannya pada lembaran RM pasien yang berbeda.

Instrumen yang digunakan lembaran kerja untuk komponen 1 (Tabel 6.2a).



NRM :
Nama :
Jenis Kelamin :
Tanggal lahir :
(Mohondisiatau tempelkan stiker jika ada)

Gambar 6.7 Identifikasi pasien

Tabel 6.2

Lembaran kerja Pengumpulan Data Komponen 1. Kelengkapan Identitas Pasien pada Lembaran Persetujuan Umum

No.	No.RM	Subkomponen Kelengkapan Identitas Pasien			
		Nama	No.RM	Tanggal Lahir/ umur	Jenis Kelamin
1	2	3	4	5	6
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
9					
10					
	Σ	a	B	c	d

Cara Pengisian

- Kolom 1: mengisi nomor urut untuk mengetahui jumlah RM yang di analisis, untuk mengetahui jumlah RM yang dianalisis
- Kolom 2: Mencatat nomor RM yang dianalisis, guna merujuk kembali RM jika dibutuhkan
- Kolom 3: Memberi nilai 1 bila nama pasien ditulis pada tiap lembar RM tersebut, bila tidak ada pada satu/ lebih lembaran beri nilai =0
- Kolom 4: Memberi nilai 1 bila Nomor RM pasien ditulis pada tiap lembar RM tersebut, bila tidak ada pada satu/ lebih lembaran beri nilai =0
- Kolom 5: Memberi nilai 1 bila tanggal lahir/ umur pasien ditulis pada tiap lembar RM tersebut, bila tidak ada pada satu/ lebih lembaran beri nilai =0
- Kolom 6: Memberi nilai 1 bila jenis kelamin pasien ditulis pada pada tiap lembar RM tersebut, bila tidak ada pada satu/ lebih lembaran beri nilai =0.
(Dalam RM Penulisan Jenis kelamin Perempuan disingkat menjadi P dan laki-laki menjadi L)

Kolom Jumlah (Σ): Menjumlahkan isi kolom 3 dengan nilai “a”, isi kolom 4 dengan nilai “b” , isi kolom 5 dengan nilai “c” dan isi kolom 6 dengan nilai “d”

- b. Melakukan Pengolahan Data Audit Kuantitatif Komponen 1 pada lembaran kerja rekapitulasi data

Tabel 6.3

Lembaran Kerja Rekapitulasi Data Komponen 1 terkait Kelengkapan Identitas Pasien pada Lembaran Persetujuan Umum

Jumlah RM yang dianalisis		Tanggal pelaksanaan:	
No.	Komponen 1	Kelengkapan / Baik	
		Jumlah	Persentase
Kelengkapan Identitas Pasien			
No.	Subkomponen	Jumlah (angka)	Jumlah (%)
1.	2	3	4
1.	Nama Pasien	a	$g=a/4 \times 100\%$
2.	No.Rekam Medis	b	$h=b/4 \times 100\%$
3.	Tanggal Lahir	c	$i=c/4 \times 100\%$
4	Jenis Kelamin	d	$j=d/4 \times 100\%$
	Average	A= (a+b+c+d)/ 4	B=(g+h+i+j)/4 (%)

Cara pengisian:

- Kolom 1: mengisi nomor urut untuk mengetahui jumlah subkomponen yang di analisis sebagai denominator komponen
- Kolom 2: Mencatat sub komponen yang dianalisis dari komponen 1
- Kolom 3:
- Memindahkan nilai kolom 3 (a) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 5.2)
 - Memindahkan nilai kolom 4 (b) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 5.2)
 - Memindahkan nilai kolom 5 (c) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 5.2)
 - Memindahkan nilai kolom 6 (d) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 5.2)

- Pada kolom rata-rata/ “average”(A). Dilakukan dengan menjumlahkan “a+b+c+d” (numerator) dibagi jumlah subkomponen (4) sebagai denominator

Kolom 4:

- Menghitung persentase nilai g= kolom 3.1 (a) dibagi dengan jumlah subkomponen (4) x100%
- Menghitung persentase nilai h= kolom 3.2 (b) dibagi dengan jumlah subkomponen (4) x100%
- Menghitung persentase nilai i= kolom 3.3 (c) dibagi dengan jumlah subkomponen (4) x100%
- Menghitung persentase nilai j= kolom 3.4 (d) dibagi dengan jumlah subkomponen (4) x100%
- Pada kolom rata-rata/ “average”(B). Dilakukan dengan menjumlahkan “g+h+i+j” (numerator) dibagi jumlah subkomponen (4) sebagai denominator

- b. Melakukan Audit Kuantitatif Kelengkapan Komponen yang kedua; Laporan / Catatan yang penting terkait Pengumpulan dan Pengolahan Data Lembaran Persetujuan Umum Komponen 2 merupakan audit terhadap isi lembaran surat persetujuan umum terkait hak dan kewajiban pasien.

Lihat Gambar 6.2 a dan b melihat kelengkapan isinya dari nomor 1 sampai 10

- 1) Melakukan Pengumpulan Data Audit Kuantitatif Komponen RM yang kedua; Kelengkapan laporan / catatan yang penting

Tabel 6.4
Lembaran kerja Pengumpulan Data
Komponen-komponen Kelengkapan Laporan/ Catatan Penting

No.	No.RM	Kelengkapan Isi Persetujuan Umum	
		Kelengkapan Hak dan Kewajiban	Tertulis Ruang rawat pasien
1	2	3	4
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
9			
10			
	Σ	a	b

Cara mengisi:

- Kolom 1: Mengisi nomor urut untuk mengetahui jumlah RM yang di analisis, untuk mengetahui jumlah RM yang dianalisis
- Kolom 2: Mencatat nomor RM yang dianalisis, guna merujuk kembali RM jika dibutuhkan
- Kolom 3: Memberi nilai 1 bila ada Hak dan Kewajiban Pasien , bila tidak lengkap beri nilai = 0
- Kolom 4: Memberi nilai 1 bila ada tertulis ruang rawat pasien, bila tidak ada beri nilai = 0

- 2) Melakukan Pengolahan Data Audit Kuantitatif Komponen 2 pada lembaran kerja rekapitulasi data

Tabel 6.5

Lembaran Kerja Rekapitulasi Data Komponen 2 terkait Kelengkapan Laporan / Catatan Penting

Jumlah RM yang dianalisis ...		Tanggal pelaksanaan:	
No.	Komponen 2	Kelengkapan / Baik	
		Jumlah	Persentase
Kelengkapan Laporan / Catatan Penting			
No.	Subkomponen	Jumlah (angka)	Jumlah (%)
1.	2	3	4
1.	Hak dan Kewajiban Pasien	a	$g=a/2 \times 100\%$
2.	Ada ruang rawat pasien	b	$h=b/2 \times 100\%$
	<i>Average</i>	$C= (a+b)/2$	$D(g+h)/2 (\%)$

Cara pengisian:

- Kolom 1: mengisi nomor urut untuk mengetahui jumlah subkomponen yang di analisis sebagai denominator komponen (jumlah=4)
- Kolom 2: Mencatat sub komponen yang dianalisis dari komponen 2
- Kolom 3:
 - Memindahkan nilai kolom 3 (a) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.4)
 - Memindahkan nilai kolom 4 (b) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.4)
 - Pada kolom rata-rata/ "average"(C). Dilakukan dengan menjumlahkan "a+b" (numerator) dibagi jumlah subkomponen ada dua (2) sebagai denominator
- Kolom 4
 - Pada kolom rata-rata/ "average"(D). Dilakukan dengan menjumlahkan "g+h" (numerator) dibagi jumlah subkomponen ada dua (2) sebagai denominator

- c. Melakukan Audit Komponen 3 Autentikasi Penulis terkait Pengumpulan dan Pengolahan Data Lembaran Persetujuan Umum
Komponen 3 merupakan audit terhadap autentikasi penulis dari lembaran surat persetujuan tindakan kedokteran yang dibagi atas 4 personil yang memberikan keabsahan.

Pasien/Kelurga/ Penanggungjawab	Pemberi	Saksi 1	Saksi 2
(.....)	(.....)	(.....)	(.....)

Gambar 6.8 Autentikasi pada lembaran persetujuan tindakan kedokteran dari Gambar 6.2

Cara pemeriksaan kelengkapan:

- a. Ada nama lengkap dan tandatangan Pasien/ keluarga/ penanggungjawab pasien;
- b. Ada nama lengkap dan tandatangan Petugas pendaftaran rawat inap yang menjelaskan/ penanggung jawab pasien
- c. Ada nama lengkap dan tandatangan Saksi 1 dari pihak petugas pendaftaran yang menjelaskan
- d. Ada nama lengkap dan tandatangan Saksi 2 dari pihak Pasien/ keluarga/ penanggungjawab pasien

Setiap pemberi pelayanan mencatat dalam rekam medis maka perlu di absahkan dengan membubuhi Nama jelas dan Tanda tangan.

- 1) Melakukan Pengumpulan Data dari Komponen 3 Kelengkapan Autentikasi Penulis

Tabel 6.6

Lembaran kerja Pengumpulan Data Komponen Ketiga Autentikasi Penulis

No.	No.RM	Subkomponen autentikasi penulis			
		Nama & Tanda tangan Pasien/ keluarga/ penanggungjawab pasien.	Nama & Tanda tangan Petugas pendaftaran rawat inap	Nama & Tanda tangan Saksi 1 dari pihak petugas pendaftaran	Nama & Tanda tangan Saksi 2 dari pihak Pasien
1	2	3	4	5	6
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
	Σ	a	b	c	d

Cara pengisian:

Kolom 1: mengisi nomor urut untuk mengetahui jumlah RM yang di analisis, untuk mengetahui jumlah RM yang dianalisis

Kolom 2: Mencatat nomor RM yang dianalisis, guna merujuk kembali RM jika dibutuhkan

Kolom 3: Memberi nilai 1 bila ada nama dan tandatangan Pasien/ keluarga/ penanggungjawab pasien pada lembaran persetujuan umum , bila tidak ada beri nilai = 0

Kolom 4: Memberi nilai 1 bila ada nama dan tandatangan petugas pendaftaran pada setiap lembaran persetujuan umum , bila tidak ada beri nilai = 0

Kolom 5: Memberi nilai 1 bila ada nama dan tandatangan Saksi 1 dari pihak petugas pendaftaran pada lembaran persetujuan umum, bila tidak ada beri nilai = 0

Kolom 6: Memberi nilai 1 bila nama dan tanda tangan Saksi 2 dari pihak pasien pada lembaran persetujuan umum beri nilai = 0

- 2) Melakukan Pengolahan Data Audit Kuantitatif Komponen 3 pada lembaran kerja rekapitulasi data

Tabel 6.7

Lembaran Kerja Rekapitulasi Data Komponen 3 terkait Kelengkapan Autentikasi Penulis

Jumlah RM yang dianalisis		Tanggal pelaksanaan:	
No.	Komponen 1	Kelengkapan / Baik	
		Jumlah	Persentase
Kelengkapan Autentikasi Penulis			
No.	Subkomponen	Jumlah (angka)	Jumlah (%)
1.	2	3	4
1.	Nama & Tanda tangan Pasien/ keluarga/ penanggungjawab pasien.	a	$g=a/4 \times 100\%$
2.	Nama & Tanda tangan Petugas pendaftaran rawat inap	b	$h=b/4 \times 100\%$
3.	Nama & Tanda tangan Saksi 1 dari pihak petugas pendaftaran	c	$i=c/4 \times 100\%$
4	Nama & Tanda tangant Saksi 2 dari pihak Pasien	d	$j=d/4 \times 100\%$
	Average	$E = (a+b+c+d) / 4$	$F=(g+h+i+j)/4 (\%)$

Cara pengisian:

Kolom 1: mengisi nomor urut untuk mengetahui jumlah subkomponen yang di analisis sebagai denominator komponen

Kolom 2: Mencatat sub komponen yang dianalisis dari komponen 3

- Kolom 3:
- Memindahkan nilai kolom 3 (a) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.6)
 - Memindahkan nilai kolom 4 (b) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.6)

- Memindahkan nilai kolom 5 (c) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.6)
- Memindahkan nilai kolom 6 (d) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.6)
- Pada kolom rata-rata/ *“average”*(E). Dilakukan dengan menjumlahkan *“a+b+c+d”* (numerator) dibagi jumlah subkomponen (4) sebagai denominator

- Kolom 4:
- Menghitung persentase nilai g = kolom 3.1 (a) dibagi dengan jumlah subkomponen (4) x 100%
 - Menghitung persentase nilai h = kolom 3.2 (b) dibagi dengan jumlah subkomponen (4) x 100%
 - Menghitung persentase nilai i = kolom 3.3 (c) dibagi dengan jumlah subkomponen (4) x 100%
 - Menghitung persentase nilai j = kolom 3.4 (d) dibagi dengan jumlah subkomponen (4) x 100%
 - Pada kolom rata-rata/ *“average”*(F). Dilakukan dengan menjumlahkan *“g+h+i+j”* (numerator) dibagi jumlah subkomponen (4) sebagai denominator

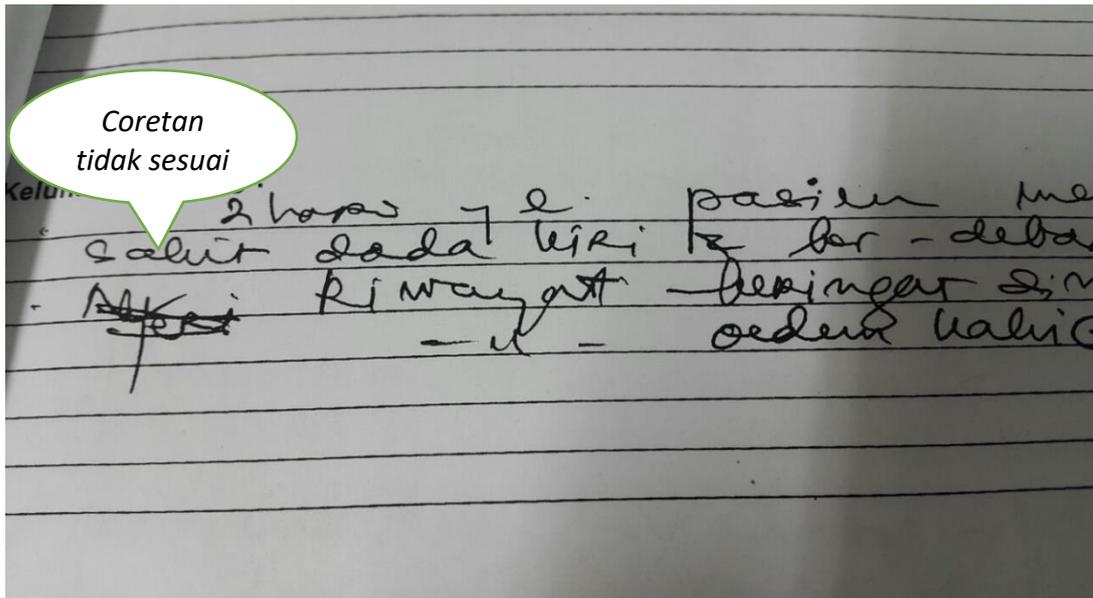
d. Melakukan Audit Komponen 4 Pencatatan yang baik terkait Pengumpulan dan Pengolahan Data Lembaran Persetujuan Umum

1) Melakukan Pengumpulan Data Audit Kuantitatif komponen RM yang keempat Pencatatan yang baik

Pada komponen 4 perlunya kelengkapan rekam medis dengan cara pencatatan yang baik seperti tidak boleh ada coretan, penghapusan tulisan dengan tipp-ex atau penghapus lainnya, dan bagian yang tidak diisi

Cara pemeriksaan lembaran ini dengan indicator:

- a) Tidak Ada Coretan: bila terjadi kesalahan wajib dicoret satu kali dan diparaf. Berarti tidak boleh dicoret-corete hingga tidak bias dibaca. Hal ini akan di*“sangka”* menghilangkan data yang merupakan bukti pelayanan yang salah
- b) Tidak Ada tipp-ex ; hal ini juga sama dengan indicator *“a”*
- c) Tidak ada bagian yang kosong memeriksa adakah bagian dari lembaran ini yang belum diisi. Bagian yang tidak perlu diisi wajib diberi tanda *“-”* dan bila tidak diberi tanda seakan-akan belum diisi dengan lengkap.



Gambar 6.9 Contoh koreksi kesalahan tidak sesuai peraturan

Tabel 6.8

Lembaran kerja Pengumpulan data Komponen 4 Pencatatan yang Baik

No.	No.RM	Subkomponen Pencatatan Yang Baik		
		Tidak ada coretan	Tidak ada <i>tipp-ex</i>	Tdk Ada Bagian yang Kosong
1	2	3	4	5
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
	Σ	a	b	c

Cara pengisian:

- Kolom 1: mengisi nomor urut untuk mengetahui jumlah RM yang di analisis, untuk mengetahui jumlah RM yang dianalisis
- Kolom 2: Mencatat nomor RM yang dianalisis, guna merujuk kembali RM jika dibutuhkan
- Kolom 3: Memberi nilai 1 bila pencatatan yang bersih tidak ada coretan yang tidak sesuai aturan pada lembaran persetujuan umum , bila ada beri nilai = 0
- Kolom 4: Memberi nilai 1 bila ada pencatatan yang bersih tidak menggunakan tipp-ex pada lembar persetujuan umum tersebut, bila ada tipp-ex beri nilai = 0
- Kolom 5: Memberi nilai 1 bila tidak ada bagian yang kosong pada pencatatan lembar persetujuan umum ini, bila ada yang kosong beri nilai = 0

- 2) Melakukan Pengolahan Data Audit Kuantitatif Pendokumentasian RM Komponen 4 pada lembaran kerja rekapitulasi data

Tabel 6.9

Lembaran Kerja Rekapitulasi Data Komponen 4 terkait Pencatatan yang Baik

Jumlah RM yang dianalisis		Tanggal pelaksanaan:	
No.	Komponen 1	Kelengkapan / Baik	
		Jumlah	Persentase
Pencatatan yang Baik			
No.	Subkomponen	Jumlah (angka)	Jumlah (%)
1.	2	3	4
1.	Tidak ada Coretan	a	$g=a/3 \times 100\%$
2.	Tidak ada tipp-ex	b	$h=b/3 \times 100\%$
3.	Tidak ada bagian yang kosong	c	$i=c/3 \times 100\%$
	Average	$G= (a+b+c)/3$	$H=(g+h+i)/3 (%)$

Cara pengisian:

- Kolom 1: mengisi nomor urut untuk mengetahui jumlah subkomponen yang di analisis sebagai denominator komponen
- Kolom 2: Mencatat sub komponen yang dianalisis dari komponen 4

- Kolom 3:
- Memindahkan nilai kolom 3 (a) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.8)
 - Memindahkan nilai kolom 4 (b) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.8)
 - Memindahkan nilai kolom 5 (c) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.8)
 - Pada kolom rata-rata/ "average"(G). Dilakukan dengan menjumlahkan "a+b+c" (numerator) dibagi jumlah subkomponen (3) sebagai denominator

- Kolom 4:
- Menghitung persentase nilai g = kolom 3.1 (a) dibagi dengan jumlah subkomponen (3) x 100%
 - Menghitung persentase nilai h = kolom 3.2 (b) dibagi dengan jumlah subkomponen (3) x 100%
 - Menghitung persentase nilai i = kolom 3.3 (c) dibagi dengan jumlah subkomponen (3) x 100%
 - Pada kolom rata-rata/ "average"(H). Dilakukan dengan menjumlahkan "g+h+i" (numerator) dibagi jumlah subkomponen (3) sebagai denominator

2. Melakukan Penyajian Data Audit Kuantitatif Keempat Komponen pada lembaran kerja rekapitulasi data

Tabel 6.10

Lembaran Kerja Rekapitulasi Data Semua Komponen Analisis Kuantitatif

Jumlah RM yang dianalisis

Tanggal pelaksanaan:

No.	Komponen	Kelengkapan / Baik	
		Jumlah	Persentase
No.	Komponen	Jumlah (Angka)	Jumlah (%)
1.	2	3	4
1.	Kelengkapan Identitas Pasien	A	B%
2.	Kelengkapan Laporan/ Catatan yang Penting	C	D%
3.	Kelengkapan Autentikasi Pasien	E	F%
4.	Pencatatan yang Baik	G	H%
	AVERAGE	$X = (A+C+E+G) / 4$	$Y = (B+D+F+H) / 4 (\%)$

Cara pengisian:

Kolom 1: mengisi nomor urut untuk mengetahui jumlah komponen yang di analisis sebagai denominator semua komponen

Kolom 2: Mencatat komponen yang dianalisis dari komponen 1 sd 4

Kolom 3:

- Memindahkan nilai *Average* komponen 1 kolom 3 (A) dari lembaran kerja pengolahan data Komponen 1 (Tabel 5.3)
- Memindahkan nilai *Average* komponen 2 kolom 3 (C) dari lembaran kerja pengolahan data Komponen 2 (Tabel 5.8)
- Memindahkan nilai *Average* komponen 3 kolom 3 (E) dari lembaran kerja pengolahan data Komponen 3 (Tabel 5.10)
- Memindahkan nilai *Average* komponen 4 kolom 3 (G) dari lembaran kerja pengolahan data Komponen 4 (Tabel 5.12)
- Pada kolom rata-rata/ "*AVERAGE*"(X). Dilakukan dengan menjumlahkan "a+b+c+d" (numerator) dibagi jumlah subkomponen (4) sebagai denominator

Kolom 4:

- Memindahkan nilai Persentase *Average* (B) komponen 1 kolom 4 dari lembaran kerja pengolahan data Komponen 1 (Tabel 6.3)
- Memindahkan nilai Persentase *Average* (D) komponen 2 kolom 4 dari lembaran kerja pengolahan data Komponen 2 (Tabel 6.5)
- Memindahkan nilai Persentase *Average* (F) komponen 3 kolom 4 dari lembaran kerja pengolahan data Komponen 3 (Tabel 6.7)
- Memindahkan nilai Persentase *Average* (H) komponen 4 kolom 4 dari lembaran kerja pengolahan data Komponen 4 (Tabel 6.9)
- Pada kolom rata-rata/ "*AVERAGE*"(Y). Hasil akhir dari Audit Kuantitatif Rekam Medis cara menghitung: Dilakukan dengan menjumlahkan "(B+D+F+H)%" (numerator) dibagi jumlah komponen (4) sebagai denominator.

3. Melakukan Analisis-evaluasi Data Audit Kuantitatif Pendokumentasian RM Keempat Komponen pada Lembaran Persetujuan Umum

Analisis-evaluasi ini dalam bentuk narasi dengan menjelaskan hasil pengolahan data keempat komponen di atas (Tabel 6.10) . Hasil analisis-evaluasi digunakan dengan istilah "Kesan"

Hal yang perlu dinarasikan:

a. Menarasikan persentase hasil Average (Y).

- b. Menarasikan persentase dari keempat komponen terutama yang terlengkap/ terbaik dan yang terendah/ terjelek. Hal ini perlu dianalisis agar dapat memberikan rekomendasi untuk perbaikan kelengkapan RM pada masa yang akan datang.

4. Memberikan Rekomendasi dari Hasil Audit Kuantitatif Pendokumentasian RM pada Lembaran Persetujuan Umum

Dari hasil Analisis dan evaluasi Audit Kuantitatif RM ini dalam bentuk narasi dengan menjelaskan dari hasil pengolahan data keempat komponen di atas (Tabel 6.10) . Hasil analisis evaluasi digunakan dengan istilah “Kesan”

Hal yang perlu dinarasikan:

- a. Menarasikan persentase hasil Average (Y).
- b. Menarasikan persentase dari keempat komponen terutama yang terlengkap/ terbaik dan yang terendah/ terjelek. Hal ini perlu dianalisis agar dapat memberikan rekomendasi untuk perbaikan kelengkapan RM pada masa yang akan datang.

Tabel 6.11

Lembar penilaian instruktur praktikum Audit Kuantitatif Kelengkapan RM pada Lebaran
Persetujuan Umum

No	ASPEK YANG DINILAI	Pelaksanaan oleh mahasiswa		
		Dilaksana kan (2)	Tidak dilaksanakan (0)	Kurang tepat (1)
I	Pengumpulan Data Audit Kuantitatif Kelengkapan RM			
I a.	Pengumpulan Data Komponen 1 Kelengkapan Identitas Pasien			
	1. Nama Pasien 2. No. Rekam Medis 3. Tanggal Lahir 4. Jenis Kelamin			
I b.	Pengumpulan Data Komponen 2 Kelengkapan Laporan/ Pencatatan Penting			
	1. Pengisian Hak dan Kewajiban Pasien 2. Ruang rawat pasien			
Ic.	Pengumpulan Data Komponen 3. Kelengkapan Autentikasi Penulis			
	1. Nama & TT Pasien/ keluarga/ penanggungjawab pasien. 2. Nama & TT Petugas pendaftaran rawat inap Nama Perawat 3. Nama & TT Saksi 1 dari pihak petugas pendaftaran 4. Nama & Tt Saksi 1 dari pihak Pasien			
Id.	Pengumpulan Data Komponen 4. Pencatatan yang Baik			
	1. Tidak Ada Coretan 2. Tidak Ada tipp-ex 3. Tidak ada bagian yang kosong			

No	ASPEK YANG DINILAI	Pelaksanaan oleh mahasiswa		
		Dilaksana kan (2)	Tidak dilaksanakan (0)	Kurang tepat (1)
II	<p>Melakukan Pengolahan Data Audit Kuantitatif Pendokumentasian RM Tiap komponen pada tiap lembaran kerja rekapitulasi data</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menghitung persentase Kelengkapan Identitas Pasien 2. Menghitung persentase Kelengkapan Laporan/ Catatan yang Penting 3. Menghitung persentase Kelengkapan Autentikasi Pasien 4. Menghitung persentase Pencatatan yang Baik 			
III	<p>Melakukan Penyajian Rekapitulasi Data Audit Kuantitatif Pendokumentasian RM dari keempat Komponen pada lembaran kerja rekapitulasi data</p> <p>Menyajikan hasil Persentase seluruh komponen: Kelengkapan Identitas Pasien, Kelengkapan Laporan/ Catatan yang Penting , Kelengkapan Autentikasi Pasien dan Pencatatan yang Baik</p>			

No	ASPEK YANG DINILAI	Pelaksanaan oleh mahasiswa		
		Dilaksana kan (2)	Tidak dilaksanakan (0)	Kurang tepat (1)
IV	Melakukan Analisis -Evaluasi Hasil Audit Kuantitatif Pendokumentasian RM 1. Menarasikan persentase hasil Average (Y). 2. Menarasikan persentase dari keempat komponen terutama yang terlengkap/ terbaik dan yang terendah/ terjelek. Hal ini perlu dianalisis agar dapat memberikan rekomendasi untuk perbaikan kelengkapan RM pada masa yang akan datang.			
V	Memberikan Rekomendasi dari hasil Audit Kuantitatif Pendokumentasian RM 1. Menarasikan persentase hasil Average (Y). 2. Menarasikan persentase dari keempat komponen terutama yang terlengkap/ terbaik dan yang terendah/ terjelek. Hal ini perlu dianalisis agar dapat memberikan rekomendasi untuk perbaikan kelengkapan RM pada masa yang akan datang.			
	Total Nilai			

B. ANALISIS KUANTITATIF LEMBARAN PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Berdasarkan Permenkes 290 tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan bahwa 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.

Oleh karena itu sebelum melakukan suatu tindakan kedokteran perlu dilakukan pemberian informasi medis kepada pasien/ keluarga terdekat oleh dokter operator atau dokter lain yang terkait agar pasien/ keluarga menyetujui tindakan tersebut dengan untuk dapat menjelaskan apa yang terjadi dan alasan hingga si pasien perlu melakukan suatu tindakan/ operasi. Setelah diberi penjelasan pasien/ keluarga pasien menandatangani surat persetujuan atau penolakan tindakan/ operasi. (gambar 6.3)

Dalam Praktikum tetap menggunakan 4 komponen analisis kuantitatif.

1. Pengumpulan dan Pengolahan Data Audit Kuantitatif RM Lembaran Persetujuan Tindakan Kedokteran

a. Melakukan Audit Komponen 1 Identifikasi Pasien pada Lembaran Persetujuan Tindakan Kedokteran

1) Melakukan Pengumpulan Data Audit Kuantitatif Komponen 1 pada lembaran kerja pada Lembaran Persetujuan Tindakan Kedokteran

Dalam Praktikum komponen 1 ini, Anda akan mempraktekkan proses pengisian identitas pasien serta identitas personal yang terlibat dalam pengisian lembaran ini.

- pada kolom Identitas pasien terdiri dari:
 - Nomor RM
 - Nama pasien
 - Tanggal lahir/ umur
 - Jenis kelamin
- Identitas personal yang terlibat terdiri dari :
 - Nama dokter pelaksana tindakan
 - Nama dokter pemberi informasi
 - Penerima informasi dan pemberi persetujuan tindakan Kedokteran

Penggunaan Stiker label pasien sangat menguntungkan karena pemberi pelayanan tidak perlu menulis identifikasi pasien tetapi tinggal menempelkan pada tiap lembaran yang dibutuhkan. Hanya perlu kehati-hatian agar tidak keliru menempelkannya pada lembaran RM pasien yang berbeda.

Instrumen yang digunakan lembaran kerja untuk komponen 1 (Tabel 6.2).

NRM :
 Nama :
 Jenis Kelamin :
 Tanggal lahir :
 (Mohondisiatau tempelkan stiker jika ada)

Gambar 6.10 Identifikasi pasien (dari gambar 6.3a)

Tabel 6.12

Lembaran kerja Pengumpulan Data Komponen 1. Kelengkapan Identitas Pasien dan personil yang terlibat pada Lembaran Persetujuan Tindakan Kedokteran

No.	No.RM	Subkomponen Kelengkapan Identitas Pasien				Subkomponen Identitas personil yang terlibat		
		Nama	No. RM	Tgl. Lahir/ umur	Jenis Kelamin	Dokter pelaksana Tindakan	Pemberi Informasi	Penerima Informasi/ Pemberi Persetujuan
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
	Σ	a	b	c	d	e	f	g

Cara Pengisian

- Kolom 1: mengisi nomor urut untuk mengetahui jumlah RM yang di analisis, untuk mengetahui jumlah RM yang dianalisis
- Kolom 2: Mencatat nomor RM yang dianalisis, guna merujuk kembali RM jika dibutuhkan
- Kolom 3: Memberi nilai 1 bila ada nama pasien ditulis pada lembar RM ini, bila tidak ada beri nilai = 0
- Kolom 4: Memberi nilai 1 bila Nomor RM pasien ada ditulis pada lembar RM ini, bila tidak ada beri nilai = 0
- Kolom 5: Memberi nilai 1 bila tanggal lahir/ umur pasien ditulis pada lembar RM ini, bila tidak ada beri nilai = 0
- Kolom 6: Memberi nilai 1 bila jenis kelamin pasien ditulis pada lembar RM ini, bila tidak ada beri nilai = 0.
(Dalam RM Penulisan Jenis kelamin Perempuan disingkat menjadi P dan laki-laki menjadi L)
- Kolom 7 Memberi nilai 1 bila ada tertulis nama Dokter pelaksana Tindakan pada lembar RM ini, bila tidak ada beri nilai = 0.
- Kolom 8 Memberi nilai 1 bila ada tertulis nama pemberi informasi pada lembar RM ini, bila tidak ada beri nilai = 0.
- Kolom 9 Memberi nilai 1 bila ada tertulis nama Penerima Informasi/ Pemberi Persetujuan pada lembar RM ini, bila tidak ada beri nilai = 0.
- Kolom Jumlah (Σ): Menjumlahkan isi kolom 3 dengan nilai "a", isi kolom 4 dengan nilai "b", isi kolom 5 dengan nilai "c" dan isi kolom 6 dengan nilai "d", isi kolom 7 dengan nilai "e", isi kolom 8 dengan nilai "f" dan isi kolom 9 dengan nilai "g"

- 2) Melakukan Pengolahan Data Audit Kuantitatif Komponen 1 pada lembaran kerja rekapitulasi data pada Lembaran Persetujuan Tindakan Kedokteran

Tabel 6.13

Lembaran Kerja Rekapitulasi Data Komponen 1 terkait Kelengkapan Identitas Pasien pada Lembaran Persetujuan Tindakan Kedokteran

Jumlah RM yang dianalisis..

Tanggal pelaksanaan:

No.	Komponen 1	Kelengkapan / Baik	
		Jumlah	Persentase
Kelengkapan Identitas Pasien			
No.	Subkomponen	Jumlah (angka)	Jumlah (%)
1.	2	3	4
1.	Nama Pasien	a	$h=a/7 \times 100\%$
2.	No.Rekam Medis	b	$i=b/7 \times 100\%$
3.	Tanggal Lahir	c	$j=c/7 \times 100\%$
4.	Jenis Kelamin	d	$k=d/7 \times 100\%$
5.	nama dokter pelaksana tindakan	e	$l=e/7 \times 100\%$
6.	Pemberi Informasi	f	$m=f/7 \times 100\%$
7.	Penerima Informasi / Pemberi Persetujuan	g	$n= g/7 \times 100\%$
	Average	A= (a+b+c+d+e+f+g)/ 7	B=(g+h+i+j+k+l+m+n)/7 (%)

Cara pengisian:

- Kolom 1: Mengisi nomor urut untuk mengetahui jumlah subkomponen yang di analisis sebagai denominator komponen
- Kolom 2: Mencatat sub komponen yang dianalisis dari komponen 1
- Kolom 3:
- Memindahkan nilai kolom 3 (a) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.12)
 - Memindahkan nilai kolom 4 (b) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.12)
 - Memindahkan nilai kolom 5 (c) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.12)

- Memindahkan nilai kolom 6 (d) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.12)
- Memindahkan nilai kolom 7 (e) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.12)
- Memindahkan nilai kolom 8 (f) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.12)
- Memindahkan nilai kolom 9 (g) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.12)
- Pada kolom rata-rata/ *“average”*(A). Dilakukan dengan menjumlahkan *“a+b+c+d+e+f+g”* (numerator) dibagi jumlah subkomponen (7) sebagai denominator

- Kolom 4:
- Menghitung persentase nilai g = kolom 3.1 (a) dibagi dengan jumlah subkomponen (7) x 100%
 - Menghitung persentase nilai h = kolom 3.2 (b) dibagi dengan jumlah subkomponen (7) x 100%
 - Menghitung persentase nilai i = kolom 3.3 (c) dibagi dengan jumlah subkomponen (7) x 100%
 - Menghitung persentase nilai j = kolom 3.4 (d) dibagi dengan jumlah subkomponen (7) x 100%
 - Menghitung persentase nilai j = kolom 3.5 (e) dibagi dengan jumlah subkomponen (7) x 100%
 - Menghitung persentase nilai j = kolom 3.6 (f) dibagi dengan jumlah subkomponen (7) x 100%
 - Menghitung persentase nilai j = kolom 3.7 (g) dibagi dengan jumlah subkomponen (7) x 100%
 - Pada kolom rata-rata/ *“average”*(B). Dilakukan dengan menjumlahkan *“h+i+j+k+l+m+n”* (numerator) dibagi jumlah subkomponen (7) sebagai denominator dalam%

2. Melakukan Audit Komponen 2 Pelaporan/ Pencatatan yang Penting

Komponen 2 merupakan audit terhadap isi lembaran surat persetujuan tindakan kedokteran yang dibagi atas 2 bagian:

- a. **Pemberian Informasi:** Catatan informasi yang diberikan dokter kepada penerima informasi (Pasien/ keluarga/ penanggung jawab pasien) (Gambar 6.2 komponen 2a)

b. **Persetujuan Tindakan Kedokteran;** Catatan terkait persetujuan pasien sesudah mendapat penjelasan dari dokter yang memberikan informasi (Gambar 6.2 komponen 2b)

1) Melakukan Pengumpulan Data Audit Kuantitatif Komponen 2 pada lembaran kerja rekapitulasi data

Tabel 6.14

Lembaran kerja Pengumpulan Data Komponen 2 Kelengkapan Laporan/ Catatan Penting
Lembaran Persetujuan Tindakan Kedokteran

No.	No.RM	Subkomponen Kelengkapan Laporan/ Catatan Yang Penting					
		Pemberian Informasi			Persetujuan Tindakan Kedokteran		
		Jenis Informasi	Isi Informasi	Tanda (√)	Identitas yg menyatakan	Tindakan yang disetujui	Identitas pasien
1	2	3	4	5	6	7	8
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
	Σ	a	b	c	d	e	f

Cara mengisi:

- Kolom 1: Mengisi nomor urut untuk mengetahui jumlah RM yang di analisis, untuk mengetahui jumlah RM yang dianalisis
- Kolom 2: Mencatat nomor RM yang dianalisis, guna merujuk kembali RM jika dibutuhkan
- Kolom 3: Memberi nilai 1 bila dilengkapinya Jenis Informasi pada bagian pemberian informasi, bila tidak lengkap beri nilai = 0
- Kolom 4: Memberi nilai 1 bila ada isi informasi pada bagian pemberian informasi, bila tidak lengkap beri nilai = 0
- Kolom 5: Memberi nilai 1 bila ada tanda (v) yang merupakan bagian dari pemberian informasi, bila tidak ada beri nilai = 0.
- Kolom 6: Memberi nilai 1 bila identitas yang memberi persetujuan tindakan kedokteran, bila tidak lengkap beri nilai = 0
- Kolom 7: Memberi nilai 1 bila adanya tertulis tindakan dan tanggal pelaksanaan tindakan yang akan dilakukan, bila tidak ada beri nilai = 0
- Kolom 8 Memberi nilai 1 bila lengkapnya identitas pasien yang ada pada olom persetujuan tindakan kedokteran, bila tidak ada beri nilai = 0

- 2) Melakukan Pengolahan Data Audit Kuantitatif Komponen 2 pada lembaran kerja rekapitulasi data

Tabel 6.15

Lembaran Kerja Rekapitulasi Data Komponen 2 terkait Kelengkapan Laporan / Catatan Penting Jumlah RM yang dianalisis Tanggal pelaksanaan:

No.	Komponen 2	Kelengkapan / Baik	
		Jumlah	Persentase
Kelengkapan Laporan / Catatan Penting			
No.	Subkomponen	Jumlah (angka)	Jumlah (%)
1.	2	3	4
A	Pemberian Informasi		
1.	Jenis Informasi	a	$g=a/6 \times 100\%$
2.	Isi Informasi	b	$h=b/6 \times 100\%$
3.	Tanda (v)	c	$i=c/6 \times 100\%$
B	Persetujuan Tindakan Kedokteran		
4	Identitas yg menyatakan	d	$j=d/6 \times 100\%$
5	Tindakan yang disetujui	e	$k=e/6 \times 100\%$
6	Identitas pasien	f	$l=f/6 \times 100\%$
	Average	$C = (a+b+c+d+e+f) / 6$	$D(g+h+i+j+k+l) / 6 (\%)$

Cara pengisian:

- Kolom 1: Mengisi nomor urut untuk mengetahui jumlah subkomponen yang di analisis sebagai denominator komponen (jumlah=6)
- Kolom 2: Mencatat sub komponen yang dianalisis terdiri dari 2 bagian
- A. Pemberian Informasi** terdiri dari Jenis informasi, isi informasi dan memberi tanda (√) bila informasi telah disampaikan
- B. Persetujuan Tindakan Kedokteran** terdiri dari “Identitas yang menyatakan, Tindakan yang disetujui dan Identitas pasien”
- Kolom 3:
- Memindahkan nilai kolom 3 (a) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.14)
 - Memindahkan nilai kolom 4 (b) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.14)
 - Memindahkan nilai kolom 5 (c) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.14)
 - Memindahkan nilai kolom 6 (d) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.14)
 - Memindahkan nilai kolom 7 (e) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.14)
 - Memindahkan nilai kolom 8 (f) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.14)
 - Pada kolom rata-rata/ “average”(C). Dilakukan dengan menjumlahkan “a+b+c+d+e+f (numerator) dibagi jumlah subkomponen (6) sebagai denominator
- Kolom 4:
- Menghitung persentase nilai g= kolom 3.1 (a) dibagi dengan jumlah subkomponen (6) x 100%
 - Menghitung persentase nilai h= kolom 3.2 (b) dibagi dengan jumlah subkomponen (6) x 100%
 - Menghitung persentase nilai i= kolom 3.3 (c) dibagi dengan jumlah subkomponen (6) x 100%
 - Menghitung persentase nilai j= kolom 3.4 (d) dibagi dengan jumlah subkomponen (6) x 100%
 - Menghitung persentase nilai k= kolom 3.5 (e) dibagi dengan jumlah subkomponen (6) x 100%
 - Menghitung persentase nilai l= kolom 3.6 (f) dibagi dengan jumlah subkomponen (6) x 100%

- Pada kolom rata-rata/ “average%”(D). Dilakukan dengan menjumlahkan “g+h+i+j+k+l” (numerator) dibagi jumlah subkomponen (6) sebagai denominator dalam %

3. Melakukan Audit Komponen 3 Autentikasi Penulis

Komponen 3 merupakan audit terhadap autentikasi penulis dari lembaran surat persetujuan tindakan kedokteran yang dibagi atas 4 personil yang memberikan keabsahan

- 1) Pasien/ keluarga/ penanggungjawab pasien
- 2) Dokter yang menjelaskan/ penanggung jawab pasien
- 3) Saksi 1 dari pihak dokter yang menjelaskan/ penanggung jawab pasien
- 4) Saksi 2 dari pihak Pasien/ keluarga/ penanggungjawab pasien
- 5) Bila isinya lengkap berilah nilai 1 (satu) bila ada yang kosong atau tidak diisi maka berilah nilai 0 (nol)

Gambar 6.10

Autentikasi pada lembaran persetujuan tindakan kedokteran pada Gambar 6.3

- 1) Melakukan Pengumpulan Data dari Komponen 3 Kelengkapan Autentikasi Penulis Lembaran Persetujuan Tindakan Kedokteran

Tabel 6.16

Lembaran kerja Pengumpulan Data Komponen Ketiga Autentikasi Penulis

No.	No.RM	Subkomponen autentikasi penulis			
		Nama & Tanda tangan Pasien/ keluarga/ penanggung jawab pasien.	Nama & Tanda tangan dokter Penanggung jawab pasien	Nama & Tanda tangan Saksi 1 dari pihak dokter	Nama & Tanda tangan Saksi 2 dari pihak Pasien
1	2	3	4	5	6
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
	Σ	a	b	c	d

Cara pengisian:

- Kolom 1: mengisi nomor urut untuk mengetahui jumlah RM yang di analisis, untuk mengetahui jumlah RM yang dianalisis
- Kolom 2: Mencatat nomor RM yang dianalisis, guna merujuk kembali RM jika dibutuhkan
- Kolom 3: Memberi nilai 1 bila ada nama dan tandatangan Pasien/ keluarga/ penanggungjawab pasien pada lembaran persetujuan tindakan kedokteran, bila tidak ada beri nilai = 0
- Kolom 4: Memberi nilai 1 bila ada nama dan tandatangan dokter penanggungjawab pasien pada lembaran persetujuan tindakan kedokteran, bila tidak ada beri nilai = 0

Kolom 5: Memberi nilai 1 bila ada nama dan tandatangan Saksi 1 dari pihak petugas pendaftaran pada lembaran persetujuan tindakan kedokteran bila tidak ada beri nilai = 0

Kolom 6: Memberi nilai 1 bila ada nama dan tanda tangan Saksi 2 dari pihak pasien pada lembaran persetujuan tindakan kedokteran, bila tidak ada beri nilai =0

- 2) Melakukan Pengolahan Data Audit Kuantitatif Komponen 3 pada lembaran kerja rekapitulasi data

Tabel 6.17

Lembaran Kerja Rekapitulasi Data Komponen 3 terkait Kelengkapan Autentikasi Penulis

Jumlah RM yang dianalisis		Tanggal pelaksanaan:	
No.	Komponen 1	Kelengkapan / baik	
		Jumlah	Persentase
Kelengkapan autentikasi penulis			
No.	Subkomponen	Jumlah (angka)	Jumlah (%)
1.	2	3	4
1.	Nama & Tanda Tangan Pasien/ keluarga/ penanggungjawab pasien.	a	$g = a/4 \times 100\%$
2.	Nama & Tanda Tangan Dokter penanggung jawab pasien	b	$h = b/4 \times 100\%$
3.	Nama & Tanda Tangan Saksi 1 dari pihak dokter	c	$l = c/4 \times 100\%$
4	Nama & Tanda tangan Saksi 1 dari pihak Pasien	d	$j = d/4 \times 100\%$
	Average	$E = (a+b+c+d)/ 4$	$F = (g+h+i+j)/4 (\%)$

Cara pengisian:

Kolom 1: Mengisi nomor urut untuk mengetahui jumlah subkomponen yang di analisis sebagai denominator komponen

Kolom 2: Mencatat sub komponen yang dianalisis dari komponen 3

Kolom 3:

- Memindahkan nilai kolom 3 (a) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.16)

- Memindahkan nilai kolom 4 (b) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.16)
- Memindahkan nilai kolom 5 (c) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.16)
- Memindahkan nilai kolom 6 (d) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.16)
- Pada kolom rata-rata/ "average"(E). Dilakukan dengan menjumlahkan "a+b+c+d" (numerator) dibagi jumlah subkomponen (4) sebagai denominator

Kolom 4:

- Menghitung persentase nilai g= kolom 3.1 (a) dibagi dengan jumlah subkomponen (4) x 100%
- Menghitung persentase nilai h= kolom 3.2 (b) dibagi dengan jumlah subkomponen (4) x 100%
- Menghitung persentase nilai i= kolom 3.3 (c) dibagi dengan jumlah subkomponen (4) x 100%
- Menghitung persentase nilai j= kolom 3.4 (d) dibagi dengan jumlah subkomponen (4) x 100%
- Pada kolom rata-rata/ "average" (F). Dilakukan dengan menjumlahkan "g+h+i+j" (numerator) dibagi jumlah subkomponen (4) sebagai denominator

d. Melakukan Audit Komponen 4 Pencatatan yang baik pada lembaran Tindakan Kedokteran

Memeriksa lembaran ini dengan indicator:

- 1) Tidak Ada Coretan: bila terjadi kesalahan wajib dicoret satu kali dan diparaf. Berarti tidak boleh dicoret-coret hingga tidak bias dibaca. Hal ini akan di"sangka" menghilangkan data yang merupakan bukti pelayanan yang salah
- 2) Tidak Ada tipp-ex ; hal ini juga sama dengan indicator "a"
- 3) Tidak ada bagian yang kosong memeriksa adakah bagian dari lembaran ini yang belum diisi. Bagian yang tidak perlu diisi wajib diberi tanda "-" dan bila tidak diberi tanda seakan-akan belum diisi dengan lengkap.

Tabel 6.18

Lembaran kerja Pengumpulan data Komponen 4 Pencatatan yang Baik

No.	No.RM	Subkomponen Pencatatan Yang Baik		
		Tidak ada coretan	Tidak ada <i>tipp- ex</i>	Tidak Ada Bagian yang Kosong
1	2	3	4	5
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
	Σ	a	b	c

Cara pengisian:

- Kolom 1: Mengisi nomor urut untuk mengetahui jumlah RM yang di analisis, untuk mengetahui jumlah RM yang dianalisis
- Kolom 2: Mencatat nomor RM yang dianalisis, guna merujuk kembali RM jika dibutuhkan
- Kolom 3: Memberi nilai 1 bila pencatatan yang bersih tidak ada coretan yang tidak sesuai aturan pada lembaran persetujuan tindakan kedokteran , bila ada beri nilai = 0
- Kolom 4: Memberi nilai 1 bila ada pencatatan yang bersih tidak menggunakan *tipp-ex* pada lembar persetujuan tindakan kedokteran tersebut, bila ada *tipp-ex* beri nilai = 0
- Kolom 5: Memberi nilai 1 bila tidak ada bagian yang kosong pada pencatatan lembar persetujuan tindakan kedokteran ini, bila ada yang kosong beri nilai = 0

- 1) Melakukan Pengolahan Data Audit Kuantitatif Pendokumentasian RM Komponen 4 pada lembaran kerja rekapitulasi data Lembaran Persetujuan Tindakan Kedokteran

Tabel 6.19

Lembaran Kerja Rekapitulasi Data Komponen 4 terkait Pencatatan yang Baik

Jumlah RM yang dianalisis		Tanggal pelaksanaan:	
No.	Komponen 1	Kelengkapan / baik	
		Jumlah	Persentase
Pencatatan yang Baik			
No.	Subkomponen	Jumlah (angka)	Jumlah (%)
1.	2	3	4
1.	Tidak ada Coretan	a	$g=a/3 \times 100\%$
2.	Tidak ada <i>tipp-ex</i>	b	$h=b/3 \times 100\%$
3.	Tidak ada bagian yang kosong	c	$i=c/3 \times 100\%$
	Average	$G = (a+b+c)/3$	$H=(g+h+i)/3 (%)$

Cara pengisian:

- Kolom 1: Mengisi nomor urut untuk mengetahui jumlah subkomponen yang di analisis sebagai denominator komponen
- Kolom 2: Mencatat sub komponen yang dianalisis dari komponen 4
- Kolom 3:
 - Memindahkan nilai kolom 3 (a) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.8)
 - Memindahkan nilai kolom 4 (b) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.8)
 - Memindahkan nilai kolom 5 (c) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.8)
 - Pada kolom rata-rata/ "average"(G). Dilakukan dengan menjumlahkan "a+b+c" (numerator) dibagi jumlah subkomponen (3) sebagai denominator
- Kolom 4:
 - Menghitung persentase nilai g= kolom 3.1 (a) dibagi dengan jumlah subkomponen (3) x 100%
 - Menghitung persentase nilai h= kolom 3.2 (b) dibagi dengan jumlah subkomponen (3) x 100%

- Menghitung persentase nilai $i = \text{kolom 3.3 (c)} \div \text{jumlah subkomponen (3)} \times 100\%$
- Pada kolom rata-rata/ "average"(H). Dilakukan dengan menjumlahkan "g+h+i" (numerator) dibagi jumlah subkomponen (3) sebagai denominator

2. Melakukan Penyajian Data Audit Kuantitatif Keempat Komponen Lembaran Persetujuan Tindakan Kedokteran pada lembaran kerja rekapitulasi data

Tabel 6.20

Lembaran Kerja Rekapitulasi Data Semua Komponen Analisis Kuantitatif

Jumlah RM yang dianalisis		Tanggal pelaksanaan:	
No.	Komponen	Kelengkapan / Baik	
		Jumlah	Persentase
No.	Komponen	Jumlah (angka)	Jumlah (%)
1.	2	3	4
1.	Kelengkapan Identitas Pasien	A	B%
2.	Kelengkapan Laporan/ Catatan yang Penting	C	D%
3.	Kelengkapan Autentikasi Pasien	E	F%
4.	Pencatatan yang Baik	G	H%
	AVERAGE	X= (A+C+E+G)/ 4	Y=(B+D+F+H)/4 (%)

Cara pengisian:

- Kolom 1: Mengisi nomor urut untuk mengetahui jumlah komponen yang di analisis sebagai denominator semua komponen
- Kolom 2: Mencatat komponen yang dianalisis dari komponen 1 sd 4
- Kolom 3:
- Memindahkan nilai *Average* komponen 1 kolom 3 (A) dari lembaran kerja pengolahan data Komponen 1 (Tabel 6.13)
 - Memindahkan nilai *Average* komponen 2 kolom 3 (C) dari lembaran kerja pengolahan data Komponen 2 (Tabel 6.15)
 - Memindahkan nilai *Average* komponen 3 kolom 3 (E) dari lembaran kerja pengolahan data Komponen 3 (Tabel 6.17)

- Memindahkan nilai *Average* komponen 4 kolom 3 (G) dari lembaran kerja pengolahan data Komponen 4 (Tabel 6.19)
- Pada kolom rata-rata/ “*AVERAGE*”(X). Dilakukan dengan menjumlahkan “a+b+c+d” (numerator) dibagi jumlah subkomponen (4) sebagai denominator

Kolom 4:

- Memindahkan nilai Persentase *Average* (B) komponen 1 kolom 4 dari lembaran kerja pengolahan data Komponen 1 (Tabel 6.13)
- Memindahkan nilai Persentase *Average* (D) komponen 2 kolom 4 dari lembaran kerja pengolahan data Komponen 2 (Tabel 6.15)
- Memindahkan nilai Persentase *Average* (F) komponen 3 kolom 4 dari lembaran kerja pengolahan data Komponen 3 (Tabel 6.17)
- Memindahkan nilai Persentase *Average* (H) komponen 4 kolom 4 dari lembaran kerja pengolahan data Komponen 4 (Tabel 6.19)
- Pada kolom rata-rata/ “*AVERAGE*”(Y). Hasil akhir dari Audit Kuantitatif Rekam Medis cara menghitung: Dilakukan dengan menjumlahkan “(B+D+F+H)%” (numerator) dibagi jumlah komponen (4) sebagai denominator.

3. Melakukan Analisis-evaluasi Data Audit Kuantitatif Pendokumentasian RM Keempat Komponen pada Lembaran Persetujuan Tindakan Kedokteran

Analisis dan evaluasi ini dalam bentuk narasi dengan menjelaskan dari hasil pengolahan data keempat komponen di atas (Tabel 6.20) . Hasil analisis evaluasi digunakan dengan istilah “Kesan”

Hal yang perlu dinarasikan:

- a. Menarasikan persentase hasil Average (Y).
- b. Menarasikan persentase dari keempat komponen terutama yang terlengkap/ terbaik dan yang terendah/ terjelek. Hal ini perlu dianalisis agar dapat memberikan rekomendasi untuk perbaikan kelengkapan RM pada masa yang akan datang.

4. Memberikan Rekomendasi dari hasil Audit Kuantitatif Pendokumentasian RM pada Lembaran Persetujuan Tindakan Kedokteran

Dari hasil Analisis dan evaluasi Audit Kuantitatif RM ini dalam bentuk narasi dengan menjelaskan dari hasil pengolahan data keempat komponen di atas (Tabel 6.20) . Hasil analisis evaluasi digunakan dengan istilah “Kesan”

Hal yang perlu dinarasikan:

- a. Menarasikan persentase hasil Average (Y).

- b. Menarasikan persentase dari keempat komponen terutama yang terlengkap/ terbaik dan yang terendah/ terjelek. Hal ini perlu dianalisis agar dapat memberikan rekomendasi untuk perbaikan kelengkapan RM pada masa yang akan datang.

Tabel 6.21

Lembar penilaian instruktur praktikum Audit Kuantitatif Kelengkapan RM Lembaran Tindakan Kedokteran

No	ASPEK YANG DINILAI	Pelaksanaan oleh mahasiswa		
		Dilaksana kan (2)	Tidak dilaksanakan (0)	Kurang tepat (1)
I	Pengumpulan Data Audit Kuantitatif Kelengkapan RM			
I a.	Pengumpulan Data Komponen 1 Kelengkapan Identitas Pasien			
	1. Nama Pasien 2. No.Rekam Medis 3. Tanggal Lahir 4. Jenis Kelamin			
I b.	Pengumpulan Data Komponen 2 Kelengkapan Laporan/ Pencatatan Penting			
	1. Pemberian Informasi terdiri dari Jenis informasi, isi informasi dan memberi tanda (v) bila informasi telah disampaikan 2. Persetujuan Tindakan Kedokteran terdiri dari "Identitas yang menyatakan, Tindakan yang disetujui dan Identitas pasien"			
Ic.	Pengumpulan Data Komponen 3. Kelengkapan Autentikasi Penulis			

No	ASPEK YANG DINILAI	Pelaksanaan oleh mahasiswa		
		Dilaksana kan (2)	Tidak dilaksanakan (0)	Kurang tepat (1)
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nama & Tanda Tangan Pasien/ keluarga/ penanggungjawab pasien. 2. Nama & Tanda Tangan dokter penanggung jawab 3. Nama & Tanda Tangan Saksi 1 dari pihak dokter 4. Nama & Tanda Tangan Saksi 1 dari pihak Pasien 			
Id.	Pengumpulan Data Komponen 4. Pencatatan yang Baik			
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak Ada Coretan 2. Tidak Ada tipp-ex 3. Tidak ada bagian yang kosong 			
II	Melakukan Pengolahan Data Audit Kuantitatif Pendokumentasian RM Tiap komponen pada tiap lembaran kerja rekapitulasi data <ol style="list-style-type: none"> 1. Menghitung persentase Kelengkapan Identitas Pasien 2. Menghitung persentase Kelengkapan Laporan/ Catatan yang Penting 3. Menghitung persentase Kelengkapan Autentikasi Pasien 4. Menghitung persentase Pencatatan yang Baik 			
III	Melakukan Penyajian Hasil Rekapitulasi Data Audit Kuantitatif Pendokumentasian RM dari keempat Komponen pada lembaran kerja rekapitulasi data Menyajikan hasil Persentase dari seluruh komponen: Kelengkapan Identitas Pasien , Kelengkapan Laporan/ Catatan yang Penting , Kelengkapan Autentikasi Pasien dan Pencatatan yang Baik			

No	ASPEK YANG DINILAI	Pelaksanaan oleh mahasiswa		
		Dilaksana kan (2)	Tidak dilaksanakan (0)	Kurang tepat (1)
IV	Melakukan Analisis -Evaluasi Hasil Audit Kuantitatif Pendokumentasian RM 1. Menarasikan persentase hasil Average (Y). 2. Menarasikan persentase dari keempat komponen terutama yang terlengkap/terbaik dan yang terendah/terjelek. Hal ini perlu dianalisis agar dapat memberikan rekomendasi untuk perbaikan kelengkapan RM pada masa yang akan datang.			
V	Memberikan Rekomendasi dari hasil Audit Kuantitatif Pendokumentasian RM 1. Menarasikan persentase hasil Average (Y). 2. Menarasikan persentase dari keempat komponen terutama yang terlengkap/terbaik dan yang terendah/terjelek. Hal ini perlu dianalisa agar dapat memberikan rekomendasi untuk perbaikan kelengkapan RM pada masa yang akan datang			
	Total nilai			

C. ANALISIS KUANTITATIF LEMBARAN RINGKASAN PASIEN PULANG/ RESUME MEDIS

Ringkasan pasien pulang sering juga menggunakan istilah “Resume Medis”. Resume Medis merupakan ringkasan penyakit selama pasien dirawat yang sangat perlu dianalisis karena sudah merupakan hak pasien untuk memperolehnya sebelum pasien pulang. Juga diperlukan saat penagihan biaya ke asuransi atau pihak pembayar sebagai bukti pelayanan yang diberikan.

Dalam Praktikum tetap menggunakan 4 komponen analisis kuantitatif.

1. Pengumpulan dan Pengolahan Data Audit Kuantitatif RM Lembaran Resume Medis

a. Melakukan Audit Komponen 1 Identifikasi Pasien pada Lembaran Resume Medis

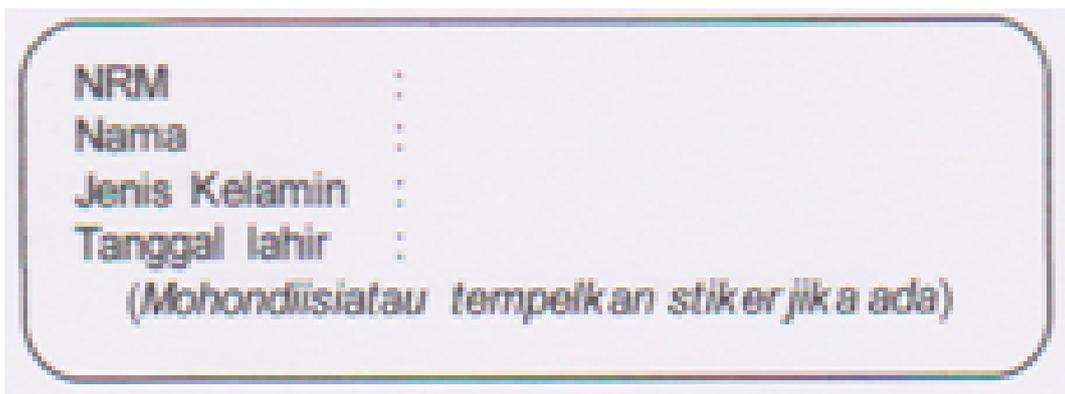
- 1) Melakukan Pengumpulan Data Audit Kuantitatif Komponen 1 pada lembaran kerja pada Lembaran Resume Medis

Dalam Praktikum komponen 1 ini, anda akan mempraktekkan proses pengisian identitas pasien pada kolom Identitas pasien

- a) Nomor RM
- b) Nama pasien
- c) Tanggal lahir/ umur
- d) Jenis kelamin

Penggunaan Stiker label pasien sangat menguntungkan karena pemberi pelayanan tidak perlu menulis identifikasi pasien tetapi tinggal menempelkan pada tiap lembaran yang dibutuhkan. Hanya perlu kehati-hatian agar tidak keliru menempelkannya pada lembaran RM pasien yang berbeda.

Instrumen yang digunakan lembaran kerja untuk komponen 1 (Tabel 6.4).



Gambar 6.11 Identifikasi pasien (dari gambar 6.4)

Tabel 6.22

Lembaran kerja Pengumpulan Data Komponen 1. Kelengkapan Identitas Pasien dan personil yang terlibat pada Lembaran Resume Medis

No.	No.RM	Subkomponen Kelengkapan Identitas Pasien			
		Nama	No. RM	Tgl. Lahir/ umur	Jenis Kelamin
1	2	3	4	5	6
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
	Σ	a	b	c	d

Cara Pengisian

- Kolom 1: mengisi nomor urut untuk mengetahui jumlah RM yang di analisis, untuk mengetahui jumlah RM yang dianalisis
- Kolom 2: Mencatat nomor RM yang dianalisis, guna merujuk kembali RM jika dibutuhkan
- Kolom 3: Memberi nilai 1 bila ada nama pasien ditulis pada lembar RM ini, bila tidak ada beri nilai =0
- Kolom 4: Memberi nilai 1 bila Nomor RM pasien ada ditulis pada lembar RM ini, bila tidak ada beri nilai =0
- Kolom 5: Memberi nilai 1 bila tanggal lahir/ umur pasien ditulis pada lembar RM ini, bila tidak ada beri nilai =0
- Kolom 6: Memberi nilai 1 bila jenis kelamin pasien ditulis pada lembar RM ini, bila tidak ada beri nilai =0.
(Dalam RM Penulisan Jenis kelamin Perempuan disingkat menjadi P dan laki-laki menjadi L)
- Kolom Jumlah (Σ): Menjumlahkan isi kolom 3 dengan nilai "a", isi kolom 4 dengan nilai "b", isi kolom 5 dengan nilai "c" dan isi kolom 6 dengan nilai "d"

- 2) Melakukan Pengolahan Data Audit Kuantitatif Komponen 1 pada lembar kerja rekapitulasi data pada Lembaran Resume Medis

Tabel 6.23

Lembaran Kerja Rekapitulasi Data Komponen 1 terkait Kelengkapan Identitas Pasien pada Lembaran Resume Medis

Jumlah RM yang dianalisis..

Tanggal pelaksanaan:

NO.	KOMPONEN 1	KELENGKAPAN / BAIK	
		JUMLAH	PERSENTASE
KELENGKAPAN IDENTITAS PASIEN			
No.	Subkomponen	Jumlah (angka)	Jumlah (%)
1.	2	3	4
1.	Nama Pasien	A	$h=a/4 \times 100\%$
2.	No.Rekam Medis	B	$i=b/4 \times 100\%$
3.	Tanggal Lahir	C	$j=c/4 \times 100\%$
4.	Jenis Kelamin	D	$k=d/4 \times 100\%$
	Average	A= (a+b+c+d)/4	B=(h+i+j+k)/4 (%)

Cara pengisian:

- Kolom 1: Mengisi nomor urut untuk mengetahui jumlah subkomponen yang di analisis sebagai denominator komponen
- Kolom 2: Mencatat sub komponen yang dianalisis dari komponen 1
- Kolom 3:
- Memindahkan nilai kolom 3 (a) dari lembar kerja pengumpulan data (Tabel 6.22)
 - Memindahkan nilai kolom 4 (b) dari lembar kerja pengumpulan data (Tabel 6.22)
 - Memindahkan nilai kolom 5 (c) dari lembar kerja pengumpulan data (Tabel 6.22)
 - Memindahkan nilai kolom 6 (d) dari lembar kerja pengumpulan data (Tabel 6.22)
 - Pada kolom rata-rata/ "average"(A). Dilakukan dengan menjumlahkan "a+b+c+d" (numerator) dibagi jumlah subkomponen (4) sebagai denominator

- Kolom 4:
- Menghitung persentase nilai g = kolom 3.1 (a) dibagi dengan jumlah subkomponen (4) x 100%
 - Menghitung persentase nilai h = kolom 3.2 (b) dibagi dengan jumlah subkomponen (4) x 100%
 - Menghitung persentase nilai i = kolom 3.3 (c) dibagi dengan jumlah subkomponen (4) x 100%
 - Menghitung persentase nilai j = kolom 3.4 (d) dibagi dengan jumlah subkomponen (4) x 100%
 - Menghitung persentase nilai j = kolom 3.5 (e) dibagi dengan jumlah subkomponen (4) x 100%
 - Menghitung persentase nilai j = kolom 3.6 (f) dibagi dengan jumlah subkomponen (4) x 100%
 - Menghitung persentase nilai j = kolom 3.7 (g) dibagi dengan jumlah subkomponen (4) x 100%
 - Pada kolom rata-rata/ "average" (B). Dilakukan dengan menjumlahkan "h+i+j+k" (numerator) dibagi jumlah subkomponen (4) sebagai denominator dalam%

b. Melakukan Audit Komponen 2 Pelaporan/ Pencatatan yang Penting

Komponen 2 merupakan audit terhadap isi lembar surat Resume Medis yang dibagi atas 2 bagian:

- 1) Riwayat saat masuk
- 2) Kondisi selama dirawat
- 3) Keterangan saat akan pulang

- 1) Melakukan Pengumpulan Data Audit Kuantitatif Komponen 2 pada lembaran kerja rekapitulasi data

Tabel 6.24

Lembaran kerja Pengumpulan Data Komponen2 Kelengkapan Laporan/ Catatan Penting
Lembaran Resume Medis

No.	No.RM	Subkomponen Kelengkapan Laporan/ Catatan Yang Penting					
		Saat Masuk		Selama di Rawat		Saat akan pulang	
		Kondisi saat masuk	D/ masuk	SOAP	Diagnosa Akhir +kode ICD	Hasil Penunjang	Obat yg diberikan saat pulang
1	2	3	4	5	6	7	8
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
	Σ	a	b	c	d	e	f

Cara mengisi:

- Kolom 1: Mengisi nomor urut untuk mengetahui jumlah RM yang di analisis, untuk mengetahui jumlah RM yang dianalisis
- Kolom 2: Mencatat nomor RM yang dianalisis, guna merujuk kembali RM jika dibutuhkan
- Kolom 3: Memberi nilai 1 bila dilengkapinya Kondisi saat masuk pada bagian tersebut , bila tidak lengkap beri nilai =0
- Kolom 4: Memberi nilai 1 bila ada diagnose saat masuk pada bagian tersebut, bila tidak lengkap beri nilai =0

- Kolom 5: Memberi nilai 1 bila ada diisi kondisi perkembangan saat pasien dirawat (SOAP), bila tidak ada beri nilai = 0.
- Kolom 6: Memberi nilai 1 bila ada Diagnosa akhir dan kode ICD , bila tidak lengkap beri nilai = 0
- Kolom 7: Memberi nilai 1 bila adanya tertulis hasil penunjang pada yang telah dilakukan, bila tidak ada beri nilai = 0
- Kolom 8 Memberi nilai 1 bila lengkapnya pencatatan obat-obat yang diberikan untuk di rumah, bila tidak ada beri nilai = 0

- 2) Melakukan Pengolahan Data Audit Kuantitatif Komponen 2 pada lembaran kerja rekapitulasi data

Tabel 6.25

Lembaran Kerja Rekapitulasi Data Komponen 2 terkait Kelengkapan Laporan / Catatan Penting

Jumlah RM yang dianalisis		Tanggal pelaksanaan:	
NO.	KOMPONEN 2	KELENGKAPAN / BAIK	
		JUMLAH	PERSENTASE
Kelengkapan Laporan / Catatan Penting			
No.	Subkomponen	Jumlah (angka)	Jumlah (%)
1.	2	3	4
A	Saat Masuk		
1.	Kondisi saat Masuk	a	$g=a/6 \times 100\%$
2.	Diagnosa saat masuk	b	$h=b/6 \times 100\%$
B	Saat dirawat		
3.	SOAP	c	$i=c/6 \times 100\%$
4	Diagnosa Akhir+Kode ICD	d	$j=d/6 \times 100\%$
C	Saat akan Pulang		
5	Hasil Penunjang	e	$k=e/6 \times 100\%$
6	Obat yang diberikan saat pulang	f	$l=f/6 \times 100\%$
	Average	$C = (a+b+c+d+e+f) / 6$	$D(g+h+i+j+k+l)/6 (\%)$

Cara pengisian:

- Kolom 1: Mengisi nomor urut untuk mengetahui jumlah subkomponen yang di analisis sebagai denominator komponen (jumlah=6)
- Kolom 2: Mencatat sub komponen yang dianalisis terdiri dari 3 bagian
1. **Saat Masuk** terdiri dari Kondisi saat masuk dan diagnosa saat masuk.
 2. **Saat dirawat** terdiri dari SOAP dan Diagnosa akhir + kode ICD untuk kode penyakit dan ICD-9CM untuk kode tindakan
 3. **Saat akan Pulang** terdiri dari catatan hasil penunjang dan obat yang akan diberikan saat pulang
- Kolom 3:
- Memindahkan nilai kolom 3 (a) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.24)
 - Memindahkan nilai kolom 4 (b) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.24)
 - Memindahkan nilai kolom 5 (c) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.24)
 - Memindahkan nilai kolom 6 (d) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.24)
 - Memindahkan nilai kolom 7 (e) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.24)
 - Memindahkan nilai kolom 8 (f) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.24)
 - Pada kolom rata-rata/ "average"(C). Dilakukan dengan menjumlahkan "a+b+c+d+e+f (numerator) dibagi jumlah subkomponen (6) sebagai denominator
- Kolom 4:
- Menghitung persentase nilai g= kolom 3.1 (a) dibagi dengan jumlah subkomponen (6) x100%
 - Menghitung persentase nilai h= kolom 3.2 (b) dibagi dengan jumlah subkomponen (6) x100%
 - Menghitung persentase nilai i= kolom 3.3 (c) dibagi dengan jumlah subkomponen (6) x100%
 - Menghitung persentase nilai j= kolom 3.4 (d) dibagi dengan jumlah subkomponen (6) x100%
 - Menghitung persentase nilai k= kolom 3.5 (e) dibagi dengan jumlah subkomponen (6) x100%
 - Menghitung persentase nilai l= kolom 3.6 (f) dibagi dengan jumlah subkomponen (6) x100%

- Pada kolom rata-rata/ “average%”(D). Dilakukan dengan menjumlahkan “g+h+i+j+k+l” (numerator) dibagi jumlah subkomponen (6) sebagai denominator dalam %

c. Melakukan Audit Komponen 3 Autentikasi Penulis

Komponen 3 merupakan audit terhadap autentikasi Dokter penanggungjawab pasien dari lembaran surat Resume Medis yang dibagi atas nama dan tandatangan .

Bila isinya lengkap berilah nilai 1 (satu) bila ada yang kosong atau tidak diisi maka berilah nilai 0 (nol)



Gambar 6.26 Autentikasi pada lembaran Resume Medis pada gambar 6.3

- 1) Melakukan Pengumpulan Data dari Komponen 3 Kelengkapan Autentikasi Penulis Lembaran Resume Medis

Tabel 6.26

Lembaran kerja Pengumpulan Data Komponen Ketiga
Autentikasi Penulis

No.	No.RM	SUBKOMPONEN AUTENTIKASI PENULIS	
		Nama dokter	Tanda tangan dokter
1	2	3	4
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
..			
10			
	Σ	a	b

Cara pengisian:

- Kolom 1: mengisi nomor urut untuk mengetahui jumlah RM yang di analisis, untuk mengetahui jumlah RM yang dianalisis
- Kolom 2: Mencatat nomor RM yang dianalisis, guna merujuk kembali RM jika dibutuhkan
- Kolom 3: Memberi nilai 1 bila ada nama dokter penanggungjawab pasien pada lembaran kanan bawah, bila tidak ada beri nilai =0
- Kolom 4: Memberi nilai 1 bila ada tandatangan dokter penanggungjawab pasien , bila tidak ada beri nilai =0

2. Melakukan Pengolahan Data Audit Kuantitatif Komponen 3 pada lembaran kerja rekapitulasi data

Tabel 6.27

Lembaran Kerja Rekapitulasi Data Komponen 3 terkait Kelengkapan Autentikasi Penulis

Jumlah RM yang dianalisis		Tanggal pelaksanaan:	
NO.	KOMPONEN 1	KELENGKAPAN / BAIK	
		JUMLAH	PERSENTASE
KELENGKAPAN AUTENTIKASI PENULIS			
No.	Subkomponen	Jumlah (angka)	Jumlah (%)
1.	2	3	4
1.	Nama dokter yang bertanggung jawab	a	$g=a/2 \times 100\%$
2.	TT Dokter penanggung jawab	b	$h=b/2 \times 100\%$
	<i>Average</i>	$E= (a+b)/2$	$F=(g+h)/2 (\%)$

Cara pengisian:

- Kolom 1: mengisi nomor urut untuk mengetahui jumlah subkomponen yang di analisis sebagai denominator komponen
- Kolom 2: Mencatat sub komponen yang dianalisis dari komponen 3
- Kolom 3:
 - Memindahkan nilai kolom 3 (a) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.26)

- Memindahkan nilai kolom 4 (b) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.26)
- Pada kolom rata-rata/ "average"(E). Dilakukan dengan menjumlahkan "a+b" (numerator) dibagi jumlah subkomponen (2) sebagai denominator

- Kolom 4:
- Menghitung persentase nilai g= kolom 3.1 (a) dibagi dengan jumlah subkomponen (2) x100%
 - Menghitung persentase nilai h= kolom 3.2 (b) dibagi dengan jumlah subkomponen (2) x100%
 - Pada kolom rata-rata/ "average"(F). Dilakukan dengan menjumlahkan "g+h" (numerator) dibagi jumlah subkomponen (2) sebagai denominator

d. Melakukan Audit Komponen 4 Pencatatan yang baik pada lembaran resume Medis

Memeriksa lembaran ini dengan indicator:

1. Tidak Ada Coretan: bila terjadi kesalahan wajib dicoret satu kali dan diparaf. Berarti tidak boleh dicoret-coret hingga tidak bias dibaca. Hal ini akan di"sangka" menghilangkan data yang merupakan bukti pelayanan yang salah
2. Tidak Ada tipp-ex ; hal ini juga sama dengan indicator "a"
3. Tidak ada bagian yang kosong memeriksa adakah bagian dari lembaran ini yang belum diisi. Bagian yang tidak perlu diisi wajib diberi tanda "-" dan bila tidak diberi tanda seakan-akan belum diisi dengan lengkap.

- 1) Melakukan Pengumpulan Data dari Komponen 4 Pencatatan yang baik pada Lembaran Resume Medis

Tabel 6.28

Lembaran kerja Pengumpulan data Komponen 4 Pencatatan yang Baik

No.	No.RM	SUBKOMPONEN PENCATATAN YANG BAIK		
		Tdk ada coretan	tdk ada tipp- ex	Tdk ada bag. Kosong
1	2	3	4	5
1				
2				
3				
4				

No.	No.RM	SUBKOMPONEN PENCATATAN YANG BAIK		
		Tdk ada coretan	tdk ada tipp- ex	Tdk ada bag. Kosong
1	2	3	4	5
5				
6				
7				
8				
9				
20				
	Σ	a	b	c

Cara pengisian:

- Kolom 1: Mengisi nomor urut untuk mengetahui jumlah RM yang di analisis, untuk mengetahui jumlah RM yang dianalisis
- Kolom 2: Mencatat nomor RM yang dianalisis, guna merujuk kembali RM jika dibutuhkan
- Kolom 3: Memberi nilai 1 bila pencatatan yang bersih tidak ada coretan yang tidak sesuai aturan pada lembaran Resume Medis , bila ada beri nilai = 0
- Kolom 4: Memberi nilai 1 bila ada pencatatan yang bersih tidak menggunakan tipp-ex pada lembar Resume Medis tersebut, bila ada tipp-ex beri nilai = 0
- Kolom 5: Memberi nilai 1 bila tidak ada bagian yang kosong pada pencatatan lembar Resume Medis ini, bila ada yang kosong beri nilai = 0

- 2) Melakukan Pengolahan Data Audit Kuantitatif Pendokumentasian RM Komponen 4 pada lembaran kerja rekapitulasi data Lembaran Resume Medis

Tabel 6.29

Lembaran Kerja Rekapitulasi Data Komponen 4 terkait Pencatatan yang Baik

Jumlah RM yang dianalisis		Tanggal pelaksanaan:	
NO.	KOMPONEN 1	KELENGKAPAN / BAIK	
		JUMLAH	PERSENTASE
Pencatatan yang Baik			
No.	Subkomponen	Jumlah (angka)	Jumlah (%)
1.	2	3	4
1.	Tidak ada Coretan	a	$g=a/3 \times 100\%$
2.	Tidak ada tipp-ex	b	$h=b/3 \times 100\%$
3.	Tidak ada bagian yang kosong	c	$i=c/3 \times 100\%$
	Average	$G = (a+b+c)/3$	$H=(g+h+i)/3 (%)$

Cara pengisian:

- Kolom 1: mengisi nomor urut untuk mengetahui jumlah subkomponen yang di analisis sebagai denominator komponen
- Kolom 2: Mencatat sub komponen yang dianalisis dari komponen 4
- Kolom 3:
- Memindahkan nilai kolom 3 (a) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.28)
 - Memindahkan nilai kolom 4 (b) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.28)
 - Memindahkan nilai kolom 5 (c) dari lembaran kerja pengumpulan data (Tabel 6.28)
 - Pada kolom rata-rata/ "average"(G). Dilakukan dengan menjumlahkan "a+b+c" (numerator) dibagi jumlah subkomponen (3) sebagai denominator
- Kolom 4:
- Menghitung persentase nilai g= kolom 3.1 (a) dibagi dengan jumlah subkomponen (3) x100%
 - Menghitung persentase nilai h= kolom 3.2 (b) dibagi dengan jumlah subkomponen (3) x100%

- Menghitung persentase nilai $i = \text{kolom 3.3 (c)} \div \text{jumlah subkomponen (3)} \times 100\%$
- Pada kolom rata-rata/ "average"(H). Dilakukan dengan menjumlahkan "g+h+i" (numerator) dibagi jumlah subkomponen (3) sebagai denominator

2. Melakukan Penyajian Data Audit Kuantitatif Keempat Komponen pada lembaran kerja rekapitulasi data

Tabel 6.30

Lembaran Kerja Rekapitulasi Data Semua Komponen Analisis Kuantitatif

Jumlah RM yang dianalisis		Tanggal pelaksanaan:	
NO.	KOMPONEN	KELENGKAPAN / BAIK	
		JUMLAH	PERSENTASE
No.	Komponen	Jumlah (angka)	Jumlah (%)
1.	2	3	4
1.	Kelengkapan Identitas Pasien	A	B%
2.	Kelengkapan Laporan/ Catatan yang Penting	C	D%
3.	Kelengkapan Autentikasi Pasien	E	F%
4.	Pencatatan yang Baik	G	H%
	AVERAGE	X = (A+C+E+G)/ 4	Y=(B+D+F+H)/4 (%)

Cara pengisian:

- Kolom 1: Mengisi nomor urut untuk mengetahui jumlah komponen yang di analisis sebagai denominator semua komponen
- Kolom 2: Mencatat komponen yang dianalisis dari komponen 1 sd 4
- Kolom 3:
- Memindahkan nilai *Average* komponen 1 kolom 3 (A) dari lembaran kerja pengolahan data Komponen 1 (Tabel 6.23)
 - Memindahkan nilai *Average* komponen 2 kolom 3 (C) dari lembaran kerja pengolahan data Komponen 2 (Tabel 6.25)
 - Memindahkan nilai *Average* komponen 3 kolom 3 (E) dari lembaran kerja pengolahan data Komponen 3 (Tabel 6.27)
 - Memindahkan nilai *Average* komponen 4 kolom 3 (G) dari lembaran kerja pengolahan data Komponen 4 (Tabel 6.29)

- Pada kolom rata-rata/ “AVERAGE”(X). Dilakukan dengan menjumlahkan “a+b+c+d” (numerator) dibagi jumlah subkomponen (4) sebagai denominator

- Kolom 4:
- Memindahkan nilai Persentase *Average (B)* komponen 1 kolom 4 dari lembaran kerja pengolahan data Komponen 1 (Tabel 6.23)
 - Memindahkan nilai Persentase *Average (D)* komponen 2 kolom 4 dari lembaran kerja pengolahan data Komponen 2 (Tabel 6.25)
 - Memindahkan nilai Persentase *Average (F)* komponen 3 kolom 4 dari lembaran kerja pengolahan data Komponen 3 (Tabel 6.27)
 - Memindahkan nilai Persentase *Average (H)* komponen 4 kolom 4 dari lembaran kerja pengolahan data Komponen 4 (Tabel 6.29)
 - Pada kolom rata-rata/ “AVERAGE”(Y). Hasil akhir dari Audit Kuantitatif Rekam Medis cara menghitung: Dilakukan dengan menjumlahkan “(B+D+F+H)%” (numerator) dibagi jumlah komponen (4) sebagai denominator.

3. Melakukan Analisis dan evaluasi Data Audit Kuantitatif Pendokumentasian RM Keempat Komponen pada Lembaran Resume Medis

Analisis dan evaluasi ini dalam bentuk narasi dengan menjelaskan dari hasil pengolahan data keempat komponen di atas (Tabel 6.30) . Hasil analisis evaluasi digunakan dengan istilah “Kesan”

Hal yang perlu dinarasikan:

- a. Menarasikan persentase hasil Average (Y).
- b. Menarasikan persentase dari keempat komponen terutama yang terlengkap/ terbaik dan yang terendah/ terjelek. Hal ini perlu dianalisis agar dapat memberikan rekomendasi untuk perbaikan kelengkapan RM pada masa yang akan datang.

4. Memberikan Rekomendasi dari hasil Audit Kuantitatif Pendokumentasian RM pada Lembaran Persetujuan Umum

Dari hasil Analisis dan evaluasi Audit Kuantitatif RM ini dalam bentuk narasi dengan menjelaskan dari hasil pengolahan data keempat komponen di atas (Tabel 6.30) . Hasil analisis evaluasi digunakan dengan istilah “Kesan”

Hal yang perlu dinarasikan:

1. Menarasikan persentase hasil Average (Y).

2. Menarasikan persentase dari keempat komponen terutama yang terlengkap/ terbaik dan yang terendah/terjelek. Hal ini perlu dianalisis agar dapat memberikan rekomendasi untuk perbaikan kelengkapan RM pada masa yang akan datang.

Tabel 6.31

Lembar penilaian instruktur praktikum Audit Kuantitatif Kelengkapan RM
Lembaran Resume Medis

No	ASPEK YANG DINILAI	Pelaksanaan oleh mahasiswa		
		Dilaksana kan (2)	Tidak dilaksanakan (0)	Kurang tepat (1)
I	Pengumpulan Data Audit Kuantitatif Kelengkapan RM			
I a.	Pengumpulan Data Komponen 1 Kelengkapan Identitas Pasien			
	1. Nama Pasien 2. No.Rekam Medis 3. Tanggal Lahir 4. Jenis Kelamin			
I b.	Pengumpulan Data Komponen 2 Kelengkapan Laporan/ Pencatatan Penting			
	1. Saat Masuk terdiri dari Kondisi saat masuk dan diagnosa saat masuk. 2. Saat dirawat terdiri dari SOAP dan Diagnosa akhir + kode ICD untuk kode penyakit dan ICD-9CM untuk kode tindakan 3. Saat akan Pulang terdiri dari catatan hasil penunjang dan obat yang akan diberikan saat pulang			
Ic.	Pengumpulan Data Komponen 3. Kelengkapan Autentikasi Penulis			
	1. Nama dokter penanggungjawab pasien. 2. Tandatangan dokter penanggung jawab pasien			

No	ASPEK YANG DINILAI	Pelaksanaan oleh mahasiswa		
		Dilaksana kan (2)	Tidak dilaksanakan (0)	Kurang tepat (1)
Id.	Pengumpulan Data Komponen 4. Pencatatan yang Baik			
	1. Tidak Ada Coretan 2. Tidak Ada tipp-ex 3. Tidak ada bagian yang kosong			
II	Melakukan Pengolahan Data Audit Kuantitatif Pendokumentasian RM Tiap komponen pada tiap lembaran kerja rekapitulasi data 1. Menghitung persentase Kelengkapan Identitas Pasien 2. Menghitung persentase Kelengkapan Laporan/ Catatan yang Penting 3. Menghitung persentase Kelengkapan Autentikasi Pasien 4. Menghitung persentase Pencatatan yang Baik			
III	Melakukan Penyajian Hasil Rekapitulasi Data Audit Kuantitatif Pendokumentasian RM dari keempat Komponen pada lembaran kerja rekapitulasi data Menyajikan hasil Persentase dari seluruh komponen: Kelengkapan Identitas Pasien , Kelengkapan Laporan/ Catatan yang Penting , Kelengkapan Autentikasi Pasien dan Pencatatan yang Baik			

No	ASPEK YANG DINILAI	Pelaksanaan oleh mahasiswa		
		Dilaksana kan (2)	Tidak dilaksanakan (0)	Kurang tepat (1)
IV	Melakukan Analisis -Evaluasi Hasil Audit Kuantitatif Pendokumentasian RM 1. Menarasikan persentase hasil Average (Y). 2. Menarasikan persentase dari keempat komponen terutama yang terlengkap/ terbaik dan yang terendah/ terjelek. Hal ini perlu dianalisis agar dapat memberikan rekomendasi untuk perbaikan kelengkapan RM pada masa yang akan datang.			
V	Memberikan Rekomendasi dari hasil Audit Kuantitatif Pendokumentasian RM 1. Menarasikan persentase hasil Average (Y). Menarasikan persentase dari keempat komponen terutama yang terlengkap/ terbaik dan yang terendah/ terjelek. Hal ini perlu dianalisa agar dapat memberikan rekomendasi untuk perbaikan kelengkapan RM pada masa yang akan datang			
	Total Nilai			

Tugas Praktikum

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Tugas Parktikum berikut!

Ambil 10 RM yang baru dikembalikan dari ruang perawatan, khusus pasien dengan adanya tindakan kedokteran, khusus melakukan audit pada lembaran Persetujuan Umum, Persetujuan Tindakan Kedokteran dan Resume Medis. Untuk masing-masing lembaran tersebut di atas lakukan:

- 1) Pengumpulan dan pengolahan data untuk audit kuantitatif dengan menggunakan instrument pengumpulan data RM Rawat Inap

- a. komponen 1 Kelengkapan Identitas pasien
 - b. komponen 2 Kelengkapan laporan/ catatan penting
 - c. komponen 3. Kelengkapan Autentikasi pasien
 - d. komponen 4. Pencatatan yang baik
- 2) Lakukan penyajian data rekapitulasinya
 - 3) Hasil dari rekapitulasi butir 2 lakukan analisis dan evaluasi datanya
 - 4) Hasil analisis dan evaluasi pada butir 3 beri rekomendasi untuk perbaikan

Ringkasan

Audit kuantitatif rekam medis lembaran khusus berdasarkan beberapa pertimbangan seperti :setelah dilakukan audit kuantitatif lembaran umum ada lembaran yang sangat tidak lengkap atau Lembaran yang wajib ada dan sangat diperlukan kelengkapannya untuk keperluan tertentu seperti untuk rujukan/ pembiayaan/ pendidikan/ penelitian/ diberikan ke pasien , atau Lembaran yang wajib ada sebelum dilakukan suatu tindakan/ operasi.

Jadi lembaran khusus yang diaudit adalah lembaran yang spesifik tergantung kebutuhan seperti kriteria di atas. Hasil dari Audit Kuantitatif kelengkapan rekam medis lembaran khusus ini dilakukan secara analisis retrospektif bagi RS umum dan analisis Concurrent bagi RS jangka panjang (Long Term Care). Rekomendasinya digunakan untuk perbaikan bagi RM pada masa yang akan datang. Dari keempat komponen analisis kuantitatif lembaran khusus ini terutama perbedaannya pada komponen 2 yaitu pelaporan/ pencatatan yang penting.

Glosarium

Analisis Kuantitatif	: Suatu telaah/ review bagian tertentu dari isi RM dengan maksud menemukan kekurangan, khususnya yang berkaitan dengan pendokumentasian RM.
Analisis Kualitatif	: Suatu review pengisian RM yang berkaitan tentang ke tidak konsistensian dan tidak ada isinya yang merupakan bukti bahwa RM tersebut tidak akurat dan tidak lengkap.
<i>Assessment (A)</i>	: Interpretasi/ kesan kondisi saat ini merupakan hasil yang disimpulkan oleh pemberi asuhan (dokter) dari anamnesa dan hasil pemeriksaan fisik
Audit Medis	: sebagai upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis . Tujuan audit medis terkait dengan upaya peningkatan mutu dan standarisasi, adalah tercapainya pelayanan prima di rumah sakit.
Data Administratif	: Data -data identitas yang berguna untuk administrasi
Data Klinis	: Data-data yang didapat dalam pelayanan kesehatan mulai dari pemeriksaan fisik, diagnostik dan penunjang pelayanan kesehatan lainnya
Lembaran khusus	: merupakan lembaran RM yang dipilih berdasarkan beberapa pertimbangan seperti lembaran RM yang berdasarkan survey merupakan lembaran yang sangat tidak lengkap, Lembaran yang wajib ada sebelum dilakukan suatu tindakan/ operasi, Lembaran yang wajib ada dan sangat diperlukan kelengkapannya untuk keperluan tertentu seperti untuk rujukan/ pembiayaan/ pendidikan/ penelitian/ diberikan ke pasien
Lembaran Umum	: Merupakan semua lembaran RM yang ada dalam satu berkas RM
LRP	: Lembar Riwayat Penyakit
Nurse station.	: Tempat perawat rawat inap
Objective (O)	: Observasi /pemeriksaan fisik pada pasien oleh pemberi asuhan (dokter/ tenaga kesehatan lain) dan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan
<i>Planning (P)</i>	: Rencana penatalaksanaan terapi dan pengobatan
PMIK	: Perkam Medis dan Informasi Kesehatan

<i>Quality Assurance (QA)</i>	:	Kemampuan untuk mengumpulkan, mengolah, mengkategorikan, menganalisis dan merumuskan dan menyajikan informasi indikator mutu pelayanan rekam medis, indikator mutu pelayanan Rumah Sakit dan Indikator Mutu Pelayanan Medis, serta pemanfaatannya untuk berbagai kepentingan statistik, epidemiologi, surveilans dan penelitian serta pengawasan
Persetujuan Tindakan Kedokteran (<i>Informed Consent</i>)	:	Persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien
<i>Precise</i>	:	Akurat, Tepat, Pasti
Preventif	:	Pencegahan, merupakan suatu pengendalian penyakit yang dilakukan untuk mencegah kejadian yang belum terjadi.
Promotif	:	Penyuluhan, upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong dirinya sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat sesuai sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.
Rehabilitatif	:	Upaya pemulihan pada keadaan sebelumnya
Rekam Medis Konvensional	:	Rekam medis yang menggunakan media kertas
Resume Medis	:	Ringkasan Riwayat Pulang
Ringkasan Klinis	:	Ringkasan asuhan rawat jalan yang diberikan kepada pasien selama pasien mendapat pelayanan rawat jalan
Ringkasan Riwayat Pulang	:	Ringkasan asuhan medis yang diberikan kepada pasien dalam satu kali periode perawatan.
SOAP	:	Metode pencatatan rekam medis pasien
<i>Subjective (S)</i>	:	Hasil anamnese mencakup keluhan dan riwayat penyakit sekarang dan yang lalu
Surat Persetujuan Umum (<i>General Consent</i>)	:	Pernyataan tertulis terkait pemberian informasi oleh petugas pendaftaran kepada pasien perihal hak dan tanggung jawabnya selama dirawat

Daftar Pustaka

- Departemen Kesehatan, 1997, *Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Rekam Medis*, 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
- Departemen Kesehatan, 1995, Surat Edaran Dirjen Yanmed No. HK.00.06.1.5.01160. tentang Petunjuk Teknis Pengadaan RM Dasar dan Pemusnahan Arsip Rekam Medis Rumah Sakit ,Jakarta, Dirjen.Pelayanan Medik
- Hatta, Gemala, 2008, *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan*, Jakarta, UI Press
- Huffman, Edna K., 1994, *Health Information Management 10th edition*, Berwyn, Illinois : Physician Record Co
- International Federation of Health Information Management Association, 2012 ,*Education Modules for Basic Health Records*, , Chicago, Illionis
- Kepmenkes 377/Menkes/III/ 2007 *Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan Indonesia*: Jakarta



MANAJEMEN MUTU INFORMASI KESEHATAN III

PENDOKUMENTASIAN REKAM MEDIS

PUSAT PENDIDIKAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

Badan Pengembangan dan Pemberdayaan
Sumber Daya Manusia Kesehatan

Jl. Hang Jebat III Blok F3,
Kebayoran Baru Jakarta Selatan - 12120

Telp. 021 726 0401

Fax. 021 726 0485

Email. pusdiknakes@yahoo.com