



MODUL AUDIT PENDOKUMENTASIAN REKAM

MEDIS

IRQ534

TOPIK 1

PENDOKUMENTASIAN YANG BERKUALITAS

DISUSUN OLEH

LILY WIDJAJA, SKM., MM.

Universitas
Esa Unggul

UNIVERSITAS ESA UNGGUL

FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN

PROGRAM STUDI REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN

Universitas Esa Unggul
<http://esaunggul.ac.id>

2020

Daftar Isi

TOPIK 1	i
PENDOKUMENTASIAN YANG BERKUALITAS	i
Daftar Isi	ii
PENDAHULUAN	1
SUBTOPIK 1	2
ISI REKAM MEDIS	2
A. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan	2
B. Uraian dan Contoh :	2
1. Isi Rekam Medis Rawat Jalan	2
2. Isi Rekam Medis Rawat Inap Dan Perawatan Satu Hari	7
3. Isi Rekam Medis Pasien Gawat Darurat	12
4. Isi Rekam Medis Pasien Dalam Keadaan Bencana	14
5. Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit	14
C. Latihan	20
D. Ringkasan	20
SUBTOPIK 2	21
PENDOKUMENTASIAN REKAM MEDIS YANG BERKUALITAS	21
E. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan	21
F. Uraian dan Contoh	21
1. Pengertian Konsep Pendokumentasian Klinis	21
2. Paradigma Pendokumentasian Klinis Di Asuhan Kesehatan	22

3. Pendokumentasian Berbasis Bukti (<i>Evidence Base Documentation</i>): Teori Pendokumentasian Klinis Yang Berkualitas Tinggi	23
4. Kriteria Pendokumentasian Klinis Yang Berkualitas Prima	23
G. Latihan	28
H. Ringkasan.....	29
KUNCI JAWABAN.....	29
I. Kunci Jawaban Subtopik 1	29
J. Kunci Jawaban Subtopik 2	30
DAFTAR PUSTAKA.....	32



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 arsipdata 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).

Tujuan dari pembelajaran ini adalah agar mahasiswa memahami peraturan terkait pendokumentasian RM dan memahami pendokumentasian yang baik

Kompetensi Dasar

Setelah mempelajari modul ini diharapkan mahasiswa mampu:

Subtopik 1: Memahami peraturan terkait pendokumentasian klinis

Subtopik 2: Memahami Pendokumentasian yang baik

SUBTOPIK 1 ISI REKAM MEDIS

Apakah ada peraturan yang mengatur terkait dengan isi rekam medis? Tentu ada, peraturann 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.

A. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari subtopik ini peraturan terkait pendokumentasian rekam medis, diharapkan mahasiswa mampu :

1. Memahami isi RM rawat jalan
2. Memahami isi RM rawat Inap
3. Memahami isi RM Gawat Darurat
4. Memahami isi RM khusus dalam keadaan bencana

B. Uraian dan Contoh :

1. Isi Rekam Medis Rawat Jalan

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.

Isi Rekam Medis Rawat Jalan

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

1. identitas pasien;
2. Tanggal dan waktu;
3. Hasil anamnese mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
4. Hasil pemeriksaan fisik
5. Diagnosis;
6. Rencana penatalaksanaan;
7. Pengobatan dan atau tindakan;
8. Pelayanan lain yang telah diberikan pada pasien;
9. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik dan
10. Persetujuan tindakan bila diperlukan

Perlu ditambah Ringkasan Klinis

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

Penjelasan isi RM Rawat Jalan:

Identitas Pasien secara terperinci dapat dipelajari pada modul MIK2 Bab1. Hal yang penting untuk diingat adalah sebagai berikut:

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

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

Nomor RM	:	
Nama	:	(L/P)
Tanggal Lahir/ umur	:	

Gambar 1.1: Identitas Pasien

Tanggal dan waktu;

Setiap entry data maka pemberi asuhan wajib mengisi “Tanggal dan Waktu/Jam nya 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

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

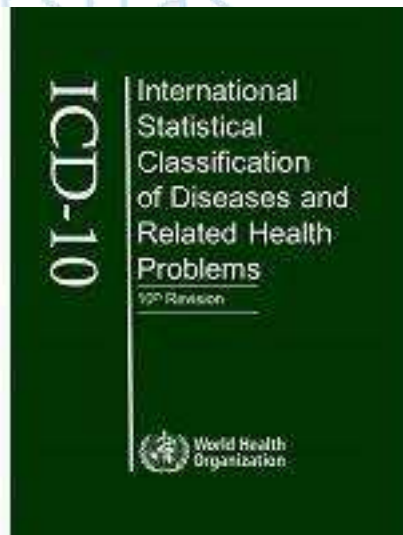


Gambar 1.3 The control of work of heart - measurement of a blood pressure

Gambar 1.4: Omron Sem-1 Automatic Blood Pressure Monitor

- 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)

Universitas
Esa Unggul

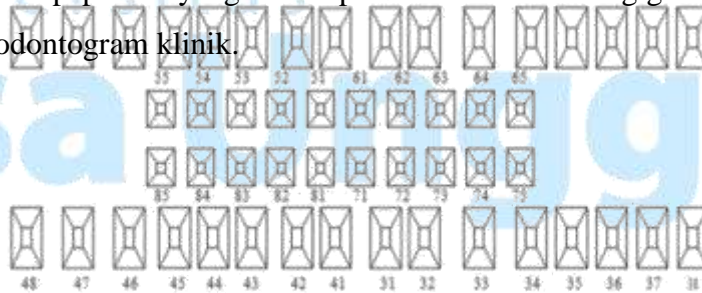


Gambar 1.5: ICD-10 (WHO, 2016)

- 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
- Pengobatan dan atau tindakan; merupakan terapi dan tindakan yang dilakukan Melaksanakan sesuai rencana penatalaksanaan (no.6)
- Pelayanan lain yang telah diberikan pada pasien; pemeriksaan penunjang yang diberikan berupa hasil laboratorium dan lainnya
- 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, 27 Nopember 2017, 14.51

Gambar 1.6 Odontogram Klinis

- Persetujuan tindakan bila diperlukan. Dibuat bila ada tindakan yang memerlukan tindakan/ operasi (Lihat Form. Persetujuan Tindakan pada Modul MIK2)
- 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

Isi RM rawat inap sekurang-kurangnya berisi:

- 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.

Lihat Gambar 1.7 Form Masuk dan keluar

Isi Ringkasan Pulang (j) sekurang-kurangnya berisi:

- identitas pasien
- Diagnosa masuk dan indikasi pasien dirawat
- ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnose akhir, pengobatan dan tindak lanjut
- nama dan tandatangan dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan.



Universitas
Esa Unggul



NAMA DAN LOGO RUMAH SAKIT

FORMULIRSAATMASUK

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) :

DALAMKEADAANGAWATDARURAT

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 Ditolak Paraf Staf : _____



Penjelasan isi RM Rawat Inap:

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 1.7)

Terdiri dari

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

Data demografi:

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

(Lihat Gambar 1.1)

Tanggal dan waktu;

Setiap entry data maka pemberi asuhan wajib mengisi “Tanggal dan Waktu/Jam nya

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)

Objective (O) berisi Hasil pemeriksaan fisik; Semua pemeriksaan fisik pada pasien oleh pemberi asuhan (dokter/ tenaga kesehatan lain) bagian dari (lihat gambar 1.3 dan 1.4)

Asesmen (A) merupakan bagian dari Diagnosis; 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)

Planning (P) :Rencana penatalaksanaan; rencana pengobatan, perawatan dan tindakan yang akan dilakukan

Contoh: Diagnosa kerja untuk kasus asma:

Aksaserbasi 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

Pengobatan dan atau tindakan merupakan terapi, dan tindakan yang dilakukan Persetujuan tindakan bila diperlukan; dibuat bila ada tindakan yang memerlukan tindakan/ operasi

Catatan observasi klinis dan pengobatan berisi kelengkapan observasi tensi, nadi dan suhu tubuh si pasien secara berkala per 6(enam) jam

Ringkasan pulang (discharge summary) merupakan rangkuman asuhan yang diperoleh pasien selama dirawat. Ringkasan ini perlu untuk kelanjutan pelayanan dan informasi bagi pasien sendiri.

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.

Pelayanan lain yang telah diberikan pada pasien; pemeriksaan penunjang yang diberikan.

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

Berdasarkan Permenkes 269 tahun 2008 Isi minimal 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;

Hal yang penting untuk diingat adalah sebagai berikut:

Identitas pasien yang lengkap hanya ada pada lembaran Ringkasan klinis

Data demografi pasien,

- Nomor RM
- Nama Pasien (sesuai e-KTP)
- Tgl.lahir/ umur
- Jenis Kelamin
- Data Keluarga terdekat,
- Data pihak pembayar

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.

Identitas pengantar pasien; menulis nama pengantar pasien

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

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)

Objective (O) berisi Hasil pemeriksaan fisik; Semua pemeriksaan fisik pada pasien oleh pemberi asuhan (dokter/ tenaga kesehatan lain) bagian dari (lihat gambar 1.3 dan 1.4)

Asesmen (A) merupakan bagian dari Diagnosis; 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)

Planning (P) :Rencana penatalaksanaan; rencana pengobatan, perawatan dan tindakan yang akan dilakukan

Pengobatan dan atau tindakan; merupakan terapi, dan tindakan yang dilakukan Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan UGD dan rencana tindak lanjut: merupakan ringkasan dari asuhan pasien selama di UGD.

Nama dan tanda tangan dokter dan dokter gigi dan tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan. Pada setiap lembaran RM di UGD perlu diabsahkan dengan nama dan tandatangan.

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.

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:

Jenis bencana dan lokasi dimana pasien ditemukan,

Kategori kegawatan dan nomor pasien bencana masal, dan

Identitas yang menemukan pasien

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

Ringkasan pulang harus dibuat oleh dokter dan dokter gigi yang melakukan perawatan pasien

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

Setiap dokter dan dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis.

Rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan.

Pembuatan RM dilaksanakan melalui pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien

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

5. 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.

Lembaran persetujuan untuk tindakan / operasi

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.



Universitas
Esa Unggul

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 (✓)
1. Diagnosis (WD)	Galaksi karies + Anri Phosfolipid Syndrome	✓
2. Dasar Diagnosis	1/6 data	✓
3. Tindakan Kedokteran	SCPP	✓
4. Indikasi Tindakan	Anri Phosfolipid Syndrome	✓
5. Tata cara	SCPP ds. manajemen	✓
6. Tujuan	Melakukan skr -	✓
7. Risiko dan Komplikasi	pedoman	✓
8. Prognosis	Bene	✓
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.		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.		Nama & Tanda Tangan Penerima Info

315-20-002

Hal 1 dari 2

Gambar 1.8 Pemberian Informasi dan Persetujuan Tindakan Kedokteran
Universitas Esa Unggul
<http://esaunggul.ac.id>

PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : _____
Usia : 40 Tahun
Jenis Kelamin : Laki - laki Perempuan
Alamat : Duri Intan Raya Blok T/411
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/411
Duri Kepa, Jakbar
No. Rekam Medis : 9000 - 01 - 37 - 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

(

)
Nama & Tanda Tangan

(

)
Nama & Tanda Tangan

Saksi dari Pasien

Saksi dari RS

(

)
Nama & Tanda Tangan

(

)
Nama & Tanda Tangan

** Coret yang tidak perlu

315-20-002

Hal 2 dari 2

Gambar 1.9 Persetujuan Tindakan Kedokteran



Universitas
Esa Unggul

C. Latihan

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

1. Apa isi RM rawat jalan yang lengkap?
2. Apa beda isi RM gawat darurat dengan saat bencana

D. Ringkasan

Pada topik ini menjelaskan tentang isi RM baik rawat jalan, rawat inap maupun gawat darurat dan saat bencana yang tercantum dalam Kepmenkes 269 tahun 2008.



SUBTOPIK 2 PENDOKUMENTASIAN REKAM MEDIS YANG BERKUALITAS

Rekam medis yang lengkap dan siap pakai adalah pendokumentasian rekam medis yang berbasis bukti, jelas, pengisian sesuai dengan aturan yang ditetapkan. Yang ditulis pemberi pelayanan sesuai dengan kenyataan yang ada. Perlu diketahui syarat-syarat pendokumentasian yang baik dan lengkap

Berdasarkan Odom Wesley et.al. istilah rekam medis digunakan dengan pendokumentasian klinis (*clinical documentation*). Bagaimana proses pendokumentasian klinis yang lengkap dan akurat itu? Pada topik bab ini dijelaskan syarat-syarat pendokumentasian yang baik dan lengkap dan berbasis bukti serta kriteria apa yang diperlukan.

E. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari modul ini, diharapkan mahasiswa mampu :

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

F. Uraian dan Contoh

1. Pengertian Konsep Pendokumentasian Klinis

Berdasarkan kamus medis dikatakan bahwa pendokumentasian klinis adalah pendokumentasian yang 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 dan mengemukakan pendapat mereka tentang kondisi 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 pengodean dengan menggunakan ICD- 10, ICD-9CM dan CPT

2. 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.

Walaupun 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 perubahan ini sesuai yang diharapkan. Namun demikian dengan lemahnya standarisasi dan sangat besarnya factor-faktor yang mendasari implementasi Rekam Kesehatan Elektronik (RKE) yang universal. Disimpulkan bahwa 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) dan fungsi yang jelas (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.

3. 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:

- a. RM lengkap dan dapat dibaca
- b. Tercantum diagnosa yang lalu dan sekarang dalam RK
- c. Mengidentifikasi factor resiko kesehatan secara tepat
- d. Ada alasan untuk meminta pemeriksaan diagnostik dan penunjang lain
- e. Mendokumentasikan perkembangan pasien dan reaksi perubahan pengobatan dan revisi lain dari diagnose.
- f. 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

4. Kriteria Pendokumentasian Klinis Yang Berkualitas Prima

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

7 Kriteria Pendokumentasian klinis yang berkualitas Prima

Ada 7 kriteria:

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

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

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

Biasanya RM yang tidak dapat dibaca faktanya karena tulisan dokter yang tidak dapat ditafsirkan. Keterbacaan Dokumen Klinis pada isi RK merupakan hal yang diharapkan oleh setiap badan regulasi dan hukum. Di Amerika ada Peraturan "*Health Insurance Portability and Accountability Act*" yang merupakan hak pasien meminta klarifikasi informasi yang tidak jelas pada RK nya. Ketidakjelasan tulisan tangan umumnya hasil dari praktek pendokumentasian yang tergesa-gesa dan ceroboh. Bila RKE ketidakjelasan tulisan bukan menjadi masalah lagi. Namun demikian pembuatan RKE yang tergesa-gesa dan ceroboh dapat dikategorikan dalam tujuan "*legible*" ini.

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

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

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 kejadian diagnose akhir?)
- b. menginstruksikan pemeriksaan (apakah dokter memberikan alasan untuk permintaan pemeriksaan?)
- c. sampai pada hasil pemeriksaan yang abnormal (apakah dokter mendokumentasikan hasil pemeriksaan diagnostic yang signifikan abnormal?)

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,

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”

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.

G. Latihan

1. Latihan soal ke-1

Apa yang direkomendasi oleh *Departement of Health and Human Services (HHS)* bagian *Office Inspector General (OIG)* terkait petunjuk kelengkapan minimum pendokumentasian RM ?

2. Latihan soal ke-2

Jelaskan 7 Kriteria Pendokumentasian klinis yang berkualitas Prima

H. Ringkasan

Kegiatan belajar 2 ini menjelaskan tentang pengertian pendokumentasian klinis, paradig, **Evidence-Based Medicine (EBM)** dan penjelasan 7 kriteria pendokumentasian klinis. Kriteria-kriteria ini menjadi landasan dalam melaksanakan audit pendokumentasian Rekam Medis/ Klinis

KUNCI JAWABAN

I. Kunci Jawaban Subtopik 1

1. Jawaban latihan soal ke-1

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

- a. identitas pasien;
- b. Tanggal dan waktu;
- c. Hasil anamnesa 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

2. Jawaban latihan soal ke-2

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

Isi Rekam Medis Pasien Dalam Keadaan Bencana Sekurang-kurangnya berisi:

Isi RM UGD (a sd h) ditambah dengan:

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

J. Kunci Jawaban Subtopik 2

1. Jawaban latihan soal ke-1
 - a. RM lengkap dan dapat dibaca
 - b. Tercantum diagnosa yang lalu dan sekarang dalam RK
 - c. Mengidentifikasi factor resiko kesehatan secara tepat
 - d. Ada alasan untuk meminta pemeriksaan diagnostik dan penunjang lain
 - e. Mendokumentasikan perkembangan pasien dan reaksi perubahan pengobatan dan revisi lain dari diagnose.
 - f. 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

2. Jawaban latihan soal ke-2

7 Kriteria Pendokumentasian klinis yang berkualitas Prima

Ada 7 kriteria:

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



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
- 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
- Tim penyusun Pusat Kamus, 2017, www.kamus Bahasa Indonesia.org, diambil 18 Nopember 2017, 13.04
- Widjaja, Lily et Deasy RD., 2017, Bahan Ajar Manajemen Informasi Kesehatan II, PPSDMKes
- WHO, 2017, http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Cover_Small.jpg ; 27Nopember 2017, 20.50

Universitas
Esa Unggul