



**MODUL AUDIT PENDOKUMENTASIAN REKAM
MEDIS
IRQ534**

TOPIK 11
***REVIEW FOR COMPLETE AND CONSISTENT
DIAGNOSTIC=***
**MENINJAU KELENGKAPAN DAN
KEKONSISTENSIAN DIAGNOSIS**

DISUSUN OLEH
LILY WIDJAJA, SKM., MM.

Universitas
Esa Unggul

UNIVERSITAS ESA UNGGUL
FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN
PROGRAM STUDI REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
2020

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	1
PENDAHULUAN	2
SUBTOPIK 1.....	3
ISTILAH DALAM KOMPONEN 1	3
A. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan	3
B. Uraian dan Contoh	3
1. <i>Diagnosis/</i> Diagnosis dan <i>Procedure/</i> Tindakan & <i>Surgical/</i> operasi .3	
2. <i>Complete/</i> Lengkap dan <i>Consistent/</i> Konsistensi.....	7
C. Latihan	8
D. Ringkasan.....	8
SUBTOPIK 2.....	9
KOMPONEN 1 ANALISIS KUALITATIF	9
E. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan	9
F. Uraian dan Contoh.....	9
3. Pengumpulan data analisis kualitatif komponen 1: Lembaran Kerja tiap RM (table 10.1)	9
4. Pengolahan data analisis kualitatif komponen 1: Lembaran kerja komponen 1 A.Kualitatif (table 10.2).....	9
5. Penyajian hasil analisis kualitatif komponen 1:Lembaran rekapitulasi komponen 1 A.Kualitatif (table 10.3).....	9
G. Latihan	18
H. Ringkasan.....	26
KUNCI JAWABAN.....	27
I. Kunci Jawaban Latihan Subtopik 1	27
J. Kunci Jawaban Latihan Subtopik 2.....	27
DAFTAR PUSTAKA.....	28

PENDAHULUAN

Pada komponen 1 ini ada 2 hal yang perlu kita review yaitu kelengkapan dan kekonsistenan diagnosis. Tahukah anda di dalam rekam medis pada lembaran apa saja yang ada diagnosis? Maka pada lembaran tersebut akan kita amati , review kelengkapan diagnosisnya yang ditulis/ entri pada lembaran tersebut kekonsistenannya dari pasien masuk hingga keluar rumah sakit/ pelayanan kesehatan lainnya. Jangan lupa bila ada tindakan/ operasi dilakukan hal yang sama seperti diagnosis.

Mari dipelajari audit secara analisis kualitatif dengan kompetensi dasar ini diharapkan mahasiswa memahami :

Subtopik 1: Istilah dalam Komponen 1

Subtopik 2: Komponen 1 Analisis Kualitatif



Universitas
Esa Unggul

SUBTOPIK 1 ISTILAH DALAM KOMPONEN 1

A. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari modul ini, diharapkan mahasiswa mampu :

1. Sub kompetensi ke-1: *Diagnosis dan Procedure*
2. Sub kompetensi ke-2: *Complete dan Consistent*

B. Uraian dan Contoh

1. *Diagnosis/ Diagnosis dan Procedure/ Tindakan & Surgical/ operasi*

a. *Diagnosis/ Diagnosis*

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, **diagnosis** adalah penentuan jenis penyakit dengan cara meneliti atau memeriksa gejala-gejalanya atau pemeriksaan terhadap suatu hal. Secara etimologi: Diagnosis berasal dari bahasa Yunani yaitu Gnosis yang berarti Ilmu pengetahuan. Sedangkan secara terminologi, pengertian diagnosis adalah penetapan suatu keadaan yang menyimpang atau keadaan normal melalui dasar pemikiran dan pertimbangan ilmu pengetahuan.

Diagnosis adalah suatu analisis menentukan penyakit atau kelemahan yang dialami seseorang melalui pengujian untuk mendapatkan suatu keputusan yang saksama atas gejala-gejala tentang suatu hal. Walaupun menurut KBBI istilah yang benar “Diagnosis” bukan diagnose namun istilah yang lazim digunakan adalah diagnose. Pernyataan diagnosis dibuat dalam Rekam Medis mencerminkan pengertian kondisi medis pasien saat itu

Diagnosis ditulis dalam RM dengan simbol **D/**

Contoh:

- Saat masuk ada diagnosis masuk (admitting diagnosis) yang menyatakan alasan pasien masuk RS.
- Riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik harus dicatat sebagai provisional diagnosis yang harus dikonfirmasi dengan diagnosis tambahan (additional diagnosis) hasil studi/ pemeriksaan selanjutnya.
- Pada kasus tertentu provisional diagnosis tidak dapat dipersempit menjadi 1 diagnosis tetapi menjadi beberapa diagnosis dengan beberapa simptom yang sama.
- Ini disebut differensial diagnosis dan biasanya disebut diagnosis 1 dan diagnosis 2, atau diagnosis 1 versus diagnosis 2.
- Pada awal operasi disebut preoperative diagnosis dan harus ada pada catatan perkembangan sebelum operasi. Diagnosis 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 diagnosis ini menjadi pemikiran dari tidak cukupnya hasil yang mendukung diagnosis dan ini berkaitan dengan kualitas pelayanan.
- Sesudah operasi dapat ditegakkan Patological diagnosis. Diagnosis 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 diagnosis akhir (diagnosis klinis) dan prosedur yang dilakukan harus ditulis pada lembaran masuk dan keluar atau pada ringkasan keluar. Pelaksana analisis harus mengoreksi diagnosis-diagnosis ini untuk menentukan kelengkapan, kekonsistensian pendokumentasian, dan urutan yang

benar. Diagnosis akhir harus termasuk diagnosis utama (principal diagnosis) beserta komplikasi dan penyakit lain yang timbul saat dirawat.

Diagnosis Utama (*Principal Diagnosis*) dan Diagnosis Sekunder (*Secondary Diagnosis*)

Diagnosis utama harus dibedakan secara hati-hati karena digunakan untuk permintaan penagihan. **Diagnosis utama merupakan kondisi yang menjadi alasan si pasien dirawat.** Diagnosis seorang pasien bisa lebih dari satu atau dapat dikatakan seorang pasien bisa mempunyai lebih dari 1 penyakit. Maka diagnose pasien dibagi atas:

- Diagnosis utama (principal diagnosis) didefinisikan sebagai keadaan (yang ditetapkan sesudah hasil studi) penyebab utama pasien masuk untuk dirawat.
- Diagnosis kedua (Secondary diagnosis) adalah komplikasi atau penyakit lainnya (comorbidity) .
 - o 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).
 - o 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 diagnosis lainnya yang didefinisikan sebagai seluruh kondisi yang co-exist saat pasien masuk yang berkembang atau mempengaruhi pengobatan yang diberikan atau lama perawatan pasien. Diagnosis yang baru terjadi tetapi tidak mempengaruhi kondisi saat ini tidak dimasukkan.

b. Procedure/ Tindakan

Prosedur itu merupakan tindakan yang bisa berbentuk :

Surgical/ suatu operasi atau

Non Surgical/ bukan operasi

Bila pada satu kali perawatan dilakukan lebih dari satu prosedur maka kita harus mengetahui *Principal Procedure* (Prosedur utama) dan *Secondary Procedure* (Prosedur sekunder).

Prosedur harus dicatat secara lengkap, diatur yang harus dicatat pada form saat masuk dan keluar dan atau pada form ringkasan keluar. Sama dengan diagnose ada prosedur utama dan ada yang sekunder

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 wajib 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. Bila lebih dari satu operasi/ tindakan maka yang berikutnya sebagai operasi/ tindakan sekunder.

Jadi dapat kita definisikan: Prosedur utama adalah tindakan dari diagnosis yang menjadi indikasi pasien dirawat. Prosedur sekunder merupakan tindakan yang dilakukan selain prosedur utama

Walaupun pada modul 8 sudah di kemukakan namun pentingnya pengertian “Lengkap” dan “Kosisten” pada bab ini diberikan lagi

2. *Complete/ Lengkap dan Consistent/ Konsistensi*

a. *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:

- 1) Saat masuk ; pada surat rujukan atau kalau pasien dari UGD/ Klinik di mulai dari catatan di UGD/ Klinik
- 2) Saat masuk ruang rawat: pelaksanaan mulai dari keluhan pasien (apakah dokter menegakkan diagnose kejadian diagnose akhir?)
- 3) menginstruksikan pemeriksaan (apakah dokter memberikan alasan untuk permintaan pemeriksaan?)
- 4) 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*”.

b. *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. Diagnosis akhir dari dokter “ Pneumonia”

Contoh pendokumentasian klinis yang menggambarkan Precise:

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

C. Latihan

- a. Latihan soal ke-1. Apa contoh dari kekonsistensian?
- b. Latihan soal ke-2. Siapa yang menandatangani Ringkasan pulang?

D. Ringkasan

Komponen 1 dari analisis kualitatif ini meninjau kekonsistensian dan kelengkapan diagnosis dari saat pasien masuk rawat hingga pulang.

SUBTOPIK 2

KOMPONEN 1 ANALISIS KUALITATIF

E. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari modul ini, diharapkan mahasiswa mampu :

1. Sub kompetensi ke-1: Instrumen dan pengumpulan data komponen 1 analisis kualitatif
2. Sub kompetensi ke-2: Instrumen dan pengolahan data komponen 1 analisis kualitatif
3. Sub kompetensi ke-n: Instrumen dan penyajian data komponen 1 analisis kualitatif

F. Uraian dan Contoh

Instrumen yang dibutuhkan:

3. **Pengumpulan data analisis kualitatif komponen 1: Lembaran Kerja tiap RM (table 10.1)**
4. **Pengolahan data analisis kualitatif komponen 1: Lembaran kerja komponen 1 A.Kualitatif (table 10.2)**
5. **Penyajian hasil analisis kualitatif komponen 1:Lembaran rekapitulasi komponen 1 A.Kualitatif (table 10.3)**

Tabel 10.1
Review Kelengkapan dan Kekonsistensian Diagnosis &/ Tindakan pada tiap
lembaran RM

No. RM:.....

NO.	LEMBARAN RM YANG ADA CATATAN DIAGNOSIS &/TINDAKAN	DIAGNOSIS & / TINDAKAN YANG DICATAT	L/ TL	K/TK
1	2	3	4	5
	SAAT MASUK RAWAT			
1a	Adanya D/ pada Surat Rujukan/ pengantar rawat, Pengkajian awal perawat dan dokter			
b	Konsistensi D/ pada Surat Rujukan/ pengantar rawat, Pengkajian awal perawat dan dokter			
	CATATAN DOKTER & PERAWAT SAAT SEDANG DIRAWAT			
2.a	Adanya D/ pada Catatan Perkembangan Pasien (CPT) hari pertama s/d hari terakhir			
b	Konsistensi D/ pada Catatan Perkembangan Pasien (CPT) hari pertama s/d hari terakhir			
	SAAT AKAN PULANG RAWAT			
3a	Adanya diagnosis M& K pada Ringkasan Pulang			
b	Konsistensi D/ mulai dari saat Masuk, CPT dan Ringkasan Pulang			

Cara pengisian Lembaran Review Kelengkapan dan Kekonsistensian Diagnosis &/ Tindakan pada tiap lembaran RM (table 10.1)

Lembaran ini merupakan lembaran kerja yang memantau kelengkapan kekonsistensian diagnosis mulai dari saat masuk hingga pulang.

Pertama tulislah Nomor RM yang sedang anda analisis. Terletak di atas tabel

Tabel ini ada 5 kolom:

Kolom 1 merupakan nomor urut

Kolom 2: Nana Lembaran RM

Kolom 3 Catatan dari pelaksana Analisis hasil review Diagnosis & Tindakan yang ada pada lembaran

Kolom 4 : Untuk mencatat Kelengkapan / ketidak lengkapan (L/TL) dari tiap diagnosis yang kita catat dari tiap lembaran

Kolom 5 : Untuk mencatat Kekonsistenan / ketidak konsistenan (K/ TK) dari tiap diagnosis yang kita catat dari tiap lembaran

Tabel dibagi atas

I. Saat masuk Rawat

Surat Rujukan/ Pengantar Rawat ; **Catat diagnosis awal yang ada dilembaran ini pada kolom 3, yang merupakan alasan pasien di rawat**

1. Periksa Adanya Diagnosis/ pada awalnya mungkin hanya gejala/ symptom pada Surat Rujukan/ pengantar rawat, Pengkajian awal perawat dan pengkajian awal medis oleh dokter
2. Periksa kekonsistensian diagnosis/ pada awalnya mungkin hanya gejala/ symptom pada Surat Rujukan/ pengantar rawat, Pengkajian awal perawat dan pengkajian awal medis oleh dokter

II. Saat sedang dirawat

3. Baca diagnosis yang ada pada Catatan perkembangan pasien (CPPT) baik yang ditulis dokter setiap hari selama pasien dirawat.

III. Saat Akan Pulang

Pada saat akan pulang dokter akan membuat Ringkas pulang yang ada dicatat diagnosa masuk dan kelaur

4. Adanya kelengkapan diagnosa setelah membaca diagnosa dari catatan saat masuk, sedang dirawat dan saat akan pulang
5. Adanya kekonsistensian diagnosa setelah membaca diagnosa dari catatan saat masuk, sedang dirawat dan saat akan pulang.

Bila telah melakukan analisa banyak rekam medis maka Hasil dari table 10.1 di rekapitulasi ke table 10.2 dengan memberi nilai agar dapat diukur secara kuantitatif kelengkapannya

Dinilai sebagai berikut:

Bila Lengkap (L) beri nilai =1 dan tidak lengkap=0

Bila Konsisten (K) beri nilai=1 dan tidak konsisten=0

Sebagai contoh pengisian Tabel 10.1 dapat dilihat pada table berikutnya

Tabel 10.1 .1
Review Kelengkapan dan Kekonsistensian Diagnosis &/ Tindakan pada tiap lembar RM

No. RM: 12-34-56

Tanggal 15 Mei 2020

NO.	LEMBARAN RM YANG ADA CATATAN DIAGNOSIS &/TINDAKAN	DIAGNOSIS & / TINDAKAN YANG DICATAT	L/ TL	K/TK
1	2	3	4	5
	SAAT MASUK RAWAT			
1a	Adanya D/ pada Surat Rujukan/ pengantar rawat, Pengkajian awal perawat dan dokter	Pasien masuk dengan sakit perut , diperkirakan D/ appendicitis pada pengkajian awal medis	L	
b	Konsistensi D/ pada Surat Rujukan/ pengantar rawat, Pengkajian awal perawat dan dokter	Konsistensi diagnosis saat masuk dengan sakit perut , diperkirakan D/ appendicitis pada pengkajian awal medis l		K
	CATATAN DOKTER & PERAWAT SAAT SEDANG DIRAWAT			
2.a	Adanya D/ pada Catatan Perkembangan Pasien (CPT) hari pertama s/d hari terakhir	D/ appendicitis sesudah ada hasil penunjang muali daro CPT saat hari pertama rawat sp Pulang. Ada tindakan appendectomy hari ke2	L	
b	Konsistensi D/ pada Catatan Perkembangan Pasien (CPT) hari pertama s/d hari terakhir	Konsistensi D/ dari hari pertama sp pulang dan konsisten dengan tindakan appendectomy		K
	SAAT AKAN PULANG RAWAT			
3a	Adanya diagnosis M& K pada Ringkasan Pulang	D/ masuk :sakit perut dan D/ akhir : appendicitis acute dan tindakan Appendectomy. Semua ada di Ringkasan Pulang	L	
B	Konsistensi D/ mulai dari saat Masuk, CPT dan Ringkasan Pulang	Diagnosis masuk dan pulang konsisten		K

Tabel 10.2**KELENGKAPAN DAN KEKONSISTENSIAN DIAGNOSIS&/ TINDAKAN****Dari Masuk , Saat di Rawat Hingga Keluar tanggal ...sd.....**

No. Urut	No. RM	Saat Masuk		Saat Dirawat		Saat Keluar	
		Adanya D/ pada Surat Rujukan/ pengantar rawat, Pengkajian awal perawat dan dokter	Konsistensi D/ pada Surat Rujukan/ pengantar rawat, Pengkajian awal perawat dan dokter	Adanya D/ pada Catatan Perkembangan Pasien (CPT) hari pertama s/d hari terakhir	Konsistensi D/ pada Catatan Perkembangan Pasien (CPT) hari pertama s/d hari terakhir	Adanya diagnosis M& K pada Ringkasan Pulang	Konsistensi D/ mulai dari saat Masuk, CPT dan Ringkasan Pulang
1	2	3	4	5	6	7	8
1							
2							
3							
TOTAL							

Esa Unggul

Tabel 10.2.1**KELENGKAPAN DAN KEKONSISTENSIAN DIAGNOSIS&/ TINDAKAN****Dari Masuk , Saat di Rawat Hingga Keluar tanggal 15 Mei 2020**

No. Urut	No. RM	Saat Masuk		Saat Dirawat		Saat Keluar	
		Adanya D/ pada Surat Rujukan/ pengantar rawat, Pengkajian awal perawat dan dokter	Konsistensi D/ pada Surat Rujukan/ pengantar rawat, Pengkajian awal perawat dan dokter	Adanya D/ pada Catatan Perkembangan Pasien (CPT) hari pertama s/d hari terakhir	Konsistensi D/ pada Catatan Perkembangan Pasien (CPT) hari pertama s/d hari terakhir	Adanya diagnosis M& K pada Ringkasan Pulang	Konsistensi D/ mulai dari saat Masuk, CPT dan Ringkasan Pulang
1	2	3	4	5	6	7	8
1	12-34-56	1	1	1	1	1	1
2	12-34-57	0	0	1	1	1	1
3	12-34-58	1	1	0	0	1	1
TOTAL	3 RM	2	2	2	2	3	3

Catatan: L=Lengkap; K=Konsisten

Esa Unggul

Tabel 10.3
Rekapitulasi Analisis Kualitatif Kelengkapan & Kekonsistenan Diagnosis

BULAN:

Total jumlah RM yang dianalisis

NO.	KOMPONEN ANALISIS	LENGKAP DAN KONSISTEN	
		Jumlah	Persentase (%)
I. KELENGKAPAN & KEKONSISTENAN DIAGNOSIS			
1	Kelengkapan Diagnosis saat masuk		
2	Kekonsistensian Dagnosis saat masuk		
3	Kelengkapan Diagnosis saat sedang dirawat		
4	Kekonsistensian Diagnosis saat sedang dirawat		
5	Kelengkapan Diagnosis saat akan pulang		
6	Kekonsistensian Diagnosis saat akan pulang		
Average			
KESAN:			
SARAN:			

Cara pengisian dapat dilihat contoh di bawah ini

Universitas Esa Unggul

<http://esaunggul.ac.id>

Tabel 10.3.1

Rekapitulasi Analisis Kualitatif Kelengkapan & Kekonsistenan Diagnosis

BULAN: 15 Mei 2020

Total jumlah RM yang dianalisis=3

NO.	KOMPONEN ANALISIS	LENGKAP DAN KONSISTEN	
		Jumlah	Persentase (%)
I. KELENGKAPAN & KEKONSISTENAN DIAGNOSIS			
1	Kelengkapan Diagnosis saat masuk	2	66.67%
2	Kekonsistensian Diagnosis saat masuk	2	66.67%
3	Kelengkapan Diagnosis saat sedang dirawat	2	66.67%
4	Kekonsistensian Diagnosis saat sedang dirawat	2	66.67%
5	Kelengkapan Diagnosis saat akan pulang	3	100%
6	Kekonsistensian Diagnosis saat akan pulang	3	100%
Average		2.33	77.78%
<p>KESAN: Berdasarkan audit pendokumentasian RM secara analisis kualitatif pada komponen terkait kekonsistensian Diagnosis &/ Tindakantik terhadap 3 RM pada tanggal 15 Mei 2020 diperoleh proporsi kekonsistensiannya= 77.78%.</p> <p>Dari ke 6 subkomponen proporsi kekonsistensian yang tertinggi adalah kekonsistensian kelengkapan dan kekonsistensian diagnosis saat akan pulang = 100% . Sedangkan yang terendah kekonsistensian diagnosis saat masuk dan saat sedang dirawat= 66.67% %.</p>			
<p>SARAN: Disarankan kepada Komite Rekam Medis untuk mensosialisasikan kembali kepada pemberi pelayanan terkait kelengkapan dan kekonsistensian pencatatan diagnosis terutama kepada dokter mulai dari saat pasien masuk hingga pulang rawat.</p>			

G. Latihan

Latihan Analisis Kualitatif Komponen 1:

Coba lakukan analisis Kualitatif komponen 1 dari lembaran RM yang ada di bawah ini dari lembaran pengantar rawat hingga Ringkasan Pulang

PENGANTAR UNTUK DIRAWAT

RM/KS: 9000476046/100

Dokter Pengirim: Colic abame

Tempat yang Merawat: 10/15, 2015

Alasan Masuk Rumah Sakit: Ya Tidak

Indikasi Operasi / Tindakan: Kecil Sedang Besar Khusus CITO

Nama Operasi / Tindakan: Ya Tidak

Tanggal / Jam: Foto Resep Lain-lain

Waktu Operasi / Tindakan: Foto Resep Lain-lain

Implan: Foto Resep Lain-lain

Alasan: Foto Resep Lain-lain

Dokter Pengirim: [Signature]

Nama Jelas & Tanda Tangan: [Signature]

Kelas: VIP Nomor Tempat Tidur: 7603

Nama kamar perawatan dengan: 20, Sindy Jam: 20.15

Legenda: Putih: Pasien, Hijau: Rekam Medis, Merah Muda: Administrasi Rawat Inap

UNIT GAWAT DARURAT
Petugas Administrasi Rawat Inap
REPARATIF

1

PENGKAJIAN SAAT MASUK

1. Asal masuk UGD Poliklinik RS Lain Lain-lain

2. Cara masuk Klinik Pribadi Dr. ISPIK Jalan dengan bantuan Dokter Luar Kursi Roda

Jalan tanpa bantuan Lain-lain

Kereta dorong

3. Tanggal / jam masuk ruang perawatan : 01/10/2020 22.00 Ditemani oleh : Maman

4. Keadaan saat datang : Ca Informasi diterima dari : Pasien Lain-lain
Nyarikan kekon melawat rumah

5. Riwayat kesehatan sekarang (alasan masuk rumah sakit) : Nyeri tekan melawat rumah
Nyeri di perut bagian atas sore setiap melawat rumah

6. Riwayat Penyakit Dahulu : _____

7. Obat-obatan yang dibawa dari rumah :

Nama Obat	Dosis	Jml Yang diserahkan	Keterangan

ORIENTASI PASIEN DAN KELUARGA

Informasi diberikan kepada : Pasien Anggota Keluarga Cara penyampaian : _____
lain : _____
Jelaskan Spesifik

perawat	Pintu darurat	Petunjuk ruang di RS	Penyimpanan barang
du makan	Pengunjung & waktu berkunjung	Penyimpanan barang berharga	Membeni informasi meninggalkan rumah
panggil	Ruang ibadah	Alat medis yang digunakan	Informasi tentang minum, urine
ing identitas	Dilarang merokok	Cara penggunaan : tempat tidur, lampu baca, AC	
ar rumah sakit	Cara - cara penyelamatan	Fasilitas Cuci tangan	
visi & telepon	Kamar mandi / toilet	Jadwal kunjungan dokter	

... sudah dijelaskan secara rinci dan mengerti informasi yang telah diberikan kepada saya oleh perawat

Prima Informasi : Timothy Arwan Nama _____ Tanda-tangan _____ Hubungan _____

Secara Informasi : St. Ika Dameli Nama _____ Tanda-tangan _____ Hubungan _____

PEMERIKSAAN TANDA VITAL

kesadaran : Sadar betul Somnolent Apatis Sopor Koma
 tekanan darah : 110/70 mmHg Berat Badan : 70 kg Tinggi Badan : 170 cm BSA : (bila perlu)
 suhu : 36,5 °C (Oral / Axilla / Rektal) Nadi : 85 x/mnt Pernapasan : 16 X/mnt

PENGAJIAN FISIK DAN IDENTIFIKASI MASALAH

PERNAPASAN

POLA NAPAS : Normal Sesak napas Batuk Nyeri saat bernapas
 JENIS PERNAPASAN : Pernapasan Dalam Pernapasan Perut
 SPUTUM : Tidak Ya Warna :
 (Jelaskan lebih spesifik)
 BATUK BERDARAH : Tidak Ya
 ALAT BANTU NAPAS : Trakeostomi ETT
 OKSIGEN : Tidak Ya Jenis :
 (Jelaskan lebih spesifik)

KOMENTAR :

KARDIOVASKULER

DENYUT NADI :
 Irama : Teratur Tidak Teratur Pulsasi : Kuat Lemah
 PACE MAKER : Tidak Ya Tanggal pasang : Model :
 WARNA KULIT : Normal Pucat Sianosis Kemerahan Lain-lain :
 Icterik
 SIRKULASI : Akral hangat Akral dingin Rasa kebas Palpitasi
 Pengisian Kapiler : < 3 detik > 3 detik
 GEJALA LAIN : Nyeri dada Pusing Nyeri tungkai bawah/betis Edema, lokasi :

KOMENTAR :

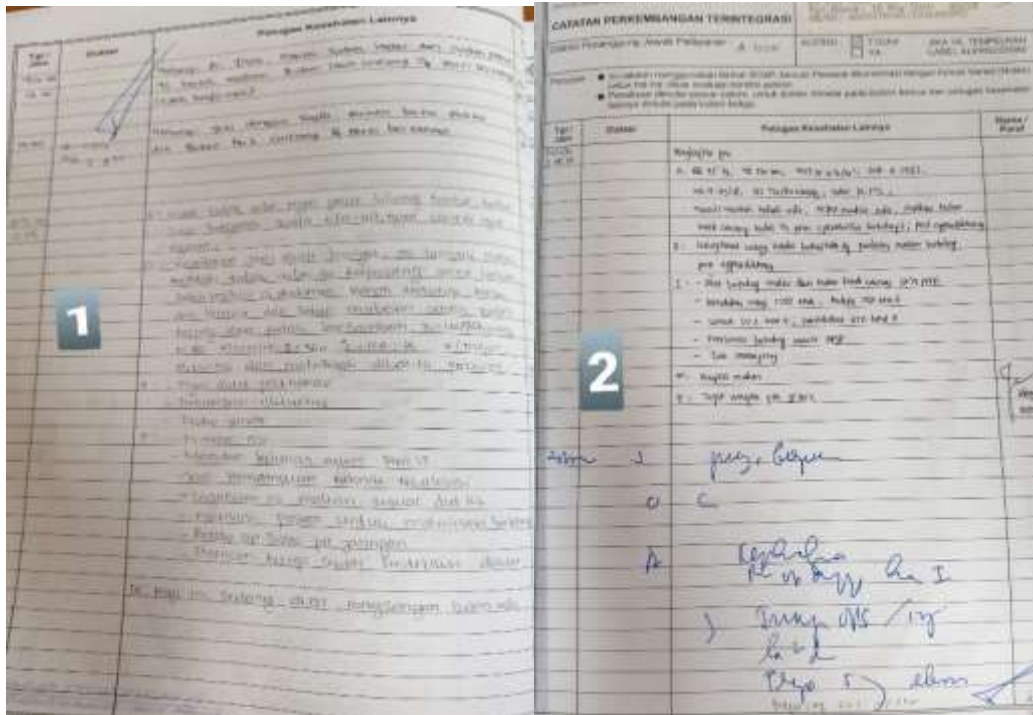
KOMUNIKASI DAN PENGAJARAN

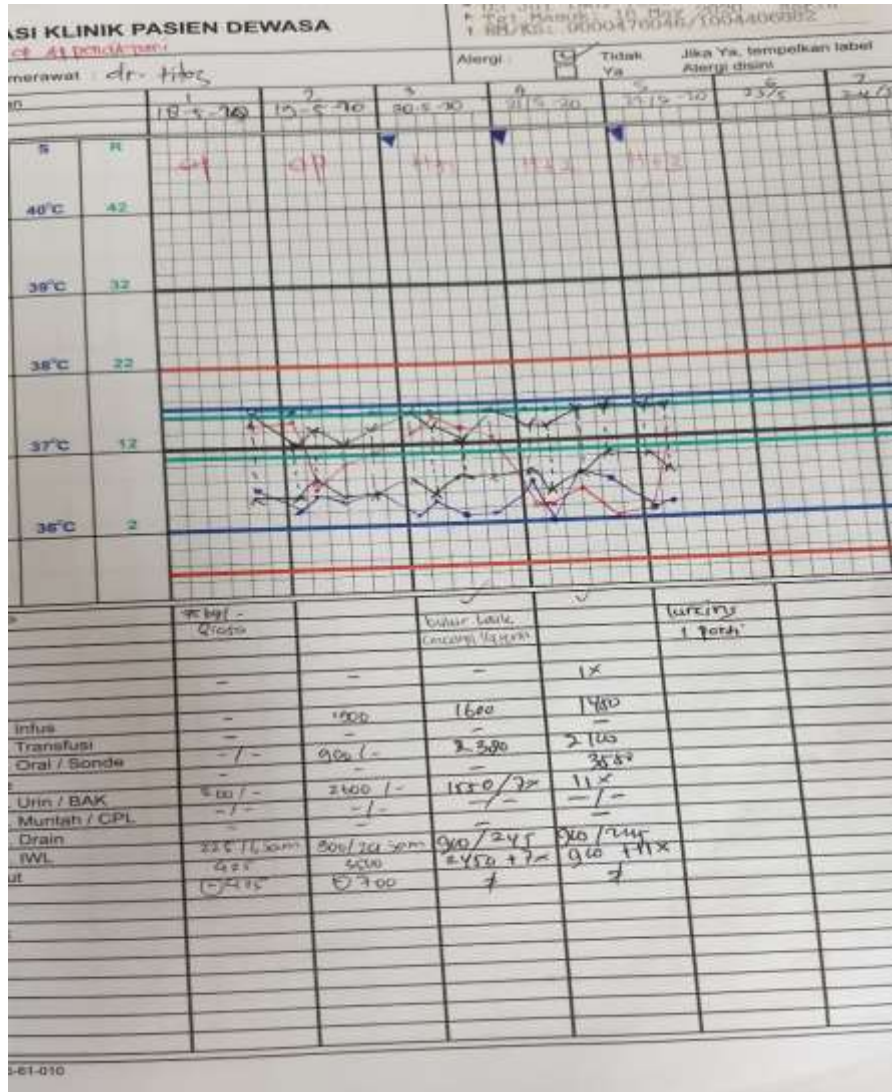
KEMAMPUAN BICARA : Jelas Aphasia Pelo Lain-lain :
 BAHASA YANG DIGUNAKAN : Indonesia
 PERLU PENTERJEMAH : Tidak Ya
 CARA BELAJAR YANG DISUKAI : Menulis Mendengar Diskusi Demonstrasi Membaca
 PENDENGARAN : Normal Tidak Normal
 (Jelaskan lebih spesifik)

ALAT BANTU DENGAR : Tidak Ya, Lokasi :

PENGLIHATAN : Normal Konjungtiva anemis Sklera Icterik Anisokor
 Gangguan Penglihatan, sebutkan :
 Alat bantu penglihatan, sebutkan :

KOMENTAR :




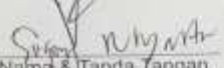


Universitas
Esa Unggul

A. PERSYARATAN INFORMASI UNTUK TINGKATAN BERSIKUTAN			PENERIMA INFORMASI SISA (V)
NO. INDIKATOR	INFORMASI	INFORMASI	
101	101.1	101.1.1	
102	102.1	102.1.1	
103	103.1	103.1.1	
104	104.1	104.1.1	
105	105.1	105.1.1	
106	106.1	106.1.1	
107	107.1	107.1.1	
108	108.1	108.1.1	
109	109.1	109.1.1	
110	110.1	110.1.1	

B. PERSYARATAN UNTUK TINGKATAN BERSIKUTAN			PENERIMA INFORMASI SISA (V)
NO. INDIKATOR	INFORMASI	INFORMASI	
101	101.1	101.1.1	
102	102.1	102.1.1	
103	103.1	103.1.1	
104	104.1	104.1.1	
105	105.1	105.1.1	
106	106.1	106.1.1	
107	107.1	107.1.1	
108	108.1	108.1.1	
109	109.1	109.1.1	
110	110.1	110.1.1	



RINGKASAN KLINIS PASIEN RAWAT INAP		Tgl. Masuk: 18 Mei 2020 RSPITK RI/KS: 9000476045/1004406832	
Tanggal Keluar: 22 Mei 2020		Cara keluar	
Keadaan Pasien Saat Keluar		<input checked="" type="checkbox"/> Dijinkan pulang <input type="checkbox"/> Dirujuk ke	
<input checked="" type="checkbox"/> Sembuh <input type="checkbox"/> Ada Perbaikan <input type="checkbox"/> Belum Sembuh <input type="checkbox"/> Meninggal < 48 jam <input type="checkbox"/> Meninggal > 48 jam		<input type="checkbox"/> Pulang paksa	
Riwayat Singkat: Nyeri perut kanan bawah fiba-tika. Mulut @, muntah @, Satiap makan. Langsung muntah. BAB @, BAK @.			
Kelainan yang ditemukan pada Pemeriksaan Fisik:			
Pemeriksaan Lainnya:  nyeri tekan Mc. Burney @.			
- Laboratorium Klinik: Hb: 15,8. CT/PT: 7,1/1. Mg: 1,40. - Patologi Anatomi: Leuko: 8,55. PT: 11,0. K: 3,6. - Mikrobiologi: Trombo: 241. APTT: 27,2. Ur: 10,0. - Radiologi: Segment: 87,1. Cr: 1,3. - Lain-Lain: * ST Abcd: Apendik → bag. tengah, melekal. menyerupai Stimpul. 2 buah KGB. * CT thorax = GGO @ * BSG			
Pengobatan yang diberikan: Inj. Tetrasiklin 400 500ml/8jam Inj. Extinon 1gr 2xt/N Inj. Parasetamol 400 2xt/N Inj. Ketorolac 30mg 3xt/N Inj. Inj. Inj. 8mg 3xt/N			
Operasi / Tindakan yang dilakukan: Apendektomi (19/5, 20; jam 02.10)			
Pengobatan saat pulang: Ceptik 200mg 2xt/oral Interlac chew 3xt/oral Parasetamol 400 2xt/oral Tardex 25mg 1xt/kp.			
Diagnosa Akhir: Apendiksitis akut			
Komplikasi: --			
* Luka op. tidak boleh kena air.			
Instruksi tindak lanjut: kontrol hr. Selasa 26/5/20. Jam 18			
Tanggal: 22 Mei 2020, Jam: 09.00 Dokter yang merawat: Dr. HADI PRANDITO, Sp.B-KBD Spesialis Bedah - Konsultan Bedah Digestif		Ringkasan sudah dijelaskan Kepada: diri sendiri/ orang tua/ suami/ istri/ anak (*) dipilih salah satu.  Nama & Tanda Tangan	
Nama & Tanda Tangan		Nama & Tanda Tangan	

H. Ringkasan

Melakukan analisis kualitatif pada komponen 1 ini memfokuskan kekonsistensian dan kelengkapan diagnosis dari saat pasien masuk sampai pulang. Kemampuan membaca RM perlu di kuasai pelaksana audit, karena sering ditemui penulisan yang kurang jelas

KUNCI JAWABAN

I. Kunci Jawaban Latihan Subtopik 1

1. Jawaban latihan soal ke-1: Kekonsistensian diagnosis berarti Pendokumentasian diagnosis pasien tidak bertentangan satu sama lain mulai dari saat pasien masuk hingga pulang
2. Jawaban latihan soal ke-2: Ringkasan pulang ditandatangani oleh dokter penanggungjawab pasien (DPJP) dan pasien/ wali pasien
3. Jawaban latihan soal ke-n

J. Kunci Jawaban Latihan Subtopik 2

Jawaban latihan soal ke-1

Bacalah tiap lembaran RM pasien ini dan tuliskan diagnosis yang ditemui. Bila dari sat catatan masuk hingga pulang tidak bertentangan maka dikatakan konsisten. Jika lengkap dari awal hingga pulang dikatakan diagnosis pasien lengkap

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
- 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
- Widjaja, Lily, 2018 *Manajemen Mutu Informasi Kesehatan, Bahan Ajar Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, Pusat Pensisikan SDM, BPSDM edisi th.2018

Universitas
Esa Unggul