



**MODUL AUDIT PENDOKUMENTASIAN REKAM
MEDIS
IRQ534**

TOPIK 10

**HAL PENTING DALAM AUDIT PENDOKUMENTASIAN
REKAM MEDIS**

**DISUSUN OLEH
LILY WIDJAJA, SKM., MM.**

**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
PERBEDAAN ANALISIS KUANTITATIF, KUALITATIF DAN AUDIT MEDIS.....	3
A. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan	3
B. Uraian dan Contoh	3
1. Perbedaan Analisis Kuantitatif, Kualitatif Dan Audit Medis.....	3
C. Latihan	5
D. Ringkasan.....	5
SUBTOPIK 2.....	6
PROSES PENTING PADA PELAKSANAAN AUDIT KELENGKAPAN RM .6	
E. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan	6
F. Uraian dan Contoh	6
2. Waktu Pelaksanaan Review Pendokumentasian Secara Analisis Kuantitatif Dan Kualitatif.....	6
3. Pengontrolan Rekam Medis Yang Tidak Lengkap	7
4. Pencatatan Kekurangan Dari Rekam Medis	9
5. Penyimpanan Rekam Medis Yang Tidak Lengkap.....	10
6. Final Chart Check/ Form Pengontrolan Lembaran RM.....	10
G. Latihan	12
H. Ringkasan.....	12
KUNCI JAWABAN	13
I. Kunci Jawaban.....	13
J. Kunci Jawaban.....	13
DAFTAR PUSTAKA.....	14

PENDAHULUAN

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.

Mari dipelajari audit secara analisis kuantitatif dengan kompetensi dasar ini diharapkan mahasiswa memahami hal yang penting dalam audit pendokumentasian rekam medis:

Pada bab ini dipelajari:

Subtopik 1: Perbedaan analisis Kuantitatif, Kualitatif dan Audit Medis

Subtopik 2: Proses Penting pada Pelaksanaan Audit:

- Waktu Pelaksanaan Review Pendokumentasian Secara Analisis Kuantitatif Dan Kualitatif
- Pencatatan Kekurangan Dari Rekam Medis
- Penyimpanan Rekam Medis Yang Tidak Lengkap
- Pengontrolan Rekam Medis Yang Tidak Lengkap
- Final Chart Check/ Form Pengontrolan Lembaran Rm
- Ringkasan

SUBTOPIK 1

PERBEDAAN ANALISIS KUANTITATIF, KUALITATIF DAN AUDIT MEDIS

A. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari modul ini, diharapkan mahasiswa mampu :

1. Sub kompetensi ke-1; Perbedaan A.Kuantitatif, Kualitatif dan Audit Medis

B. Uraian dan Contoh

1. Perbedaan Analisis Kuantitatif, Kualitatif Dan Audit Medis

Agar dalam melaksanakan audit ini kita tidak keluar dari kompetensi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan, maka sebaiknya mengetahui batasan dan perbedaan antara ke3 audit ini. Untuk lebih jelas perbedaan antara Audit Kuantitatif, Kualitatif dan Audit Medis, maka dapat dilihat pada Tabel ini 10.1 sehingga Anda jelas dan dapat membedakannya

Universitas
Esa Unggul

Tabel 10.1

Perbedaan Analisis Kuantitatif & Kualitatif dan Review kualitas klinis

No.	Dimensi	Analisis Kuantitatif	Analisis Kualitatif	Audit Medis/ 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.	Mereview pendokumentasian untuk memastikan tidak hanya lengkap tapi kekonsistensian , dan keakuratan. - Proses penyakit - Peraturan dan Standarisasi yang ditetapkan oleh staf medis dan institusi ybs	Mereview pengobatan yang diberikan sesuai dengan standar pelayanan medis/ pedoman pelayanan klinis
3.	Kompetensi Waktu	- Jenis formulir - Orang yang berhak mengisi - RM	- Perizinan - Akreditasi	- Ilmu kedokteran sesuai spesialisasi kedokteran
4.	Pelaksanaan di RS Acute Care	- Orang yang harus - Melegalisasi penulisan <i>Retrospective</i>	- Standarisasi dari badan yang mereview pendokumentasian RM. <i>Retrospective</i>	- Standar Pelayanan medis/ Pedoman Pelayanan Klinis - UU Praktek Kedokteran <i>Retrospective</i>

No.	Dimensi	Analisis Kuantitatif	Analisis Kualitatif	Audit Medis/ Review Kualitas Klinis
5.	Waktu Pelaksanaan di RS Khusus/ LTC	<i>Concurrent</i>	<i>Concurrent</i>	<i>Concurrent</i>
6	Komponen Audit	<i>4 komponen</i>	<i>6 komponen</i>	<i>Studi kasus</i>

C. Latihan

- a. Latihan soal ke-1: Siapa yang melaksanakan A.Kuantitatif dan Kualitatif?
- b. Latihan soal ke-2: Siapa yang melaksanakan audit medis?

D. Ringkasan

Perbedaan audit ini menjelaskan tugas dan wewenang Perakam Medis dan Informasi Kesehatan yang mengaudit kelengkapan pencatatan RM berbeda dengan tugas Komite Medis yang melakukan audit terkait proses pelaksanaan praktik klinis sebagai profesi dokter

SUBTOPIK 2 PROSES PENTING PADA PELAKSANAAN AUDIT KELENGKAPAN RM

E. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari modul ini, diharapkan mahasiswa mampu :

1. Sub kompetensi ke-1: Pelaksanaan Audit
2. Sub kompetensi ke-2: Proses sesudah pelaksanaan Audit

F. Uraian dan Contoh

2. Waktu Pelaksanaan Review Pendokumentasian Secara Analisis Kuantitatif Dan Kualitatif

a. *Retrospective Analysis (RA)*

Pelaksanaan analisis yang dilakukan sesudah RM pasien pulang kembali ke unit 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*

b. *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.

3. Pengontrolan Rekam Medis Yang Tidak Lengkap

Dari hasil dari Analisis Kuantitatif dan Kualitatif diperoleh:

- Identifikasi Kekurangan Yang Spesifik
- Pola/Gambaran Dari Pencatatan Yang Jelek
- 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).**

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

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.

$$IMR = \frac{\text{Jml.RM yg tidak lengkap pd periode ttt.x 100\%}}{\text{Jml. Rekam Medis yg.dilengkap pd.periode ttt.}}$$

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 $IMR = 25/75 \times 100\% = 33.3\%$

$$DMR = \frac{\text{Jml.RM yg.kembali masih belum lengkap x 100\%}}{\text{Rata-rata pasien pulang selama periode melengkapi RM}}$$

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.

4. 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:

- Membuat catatan kecil dan diletakkan langsung dalam rekam medis tsb.
- Memberi tanda dengan selotip / stempel di map rekam medis
- 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.

- Pemberi pelayanan kesehatan secara rutin datang ke bagian rekam medis
- Rekam Medis dikirim ke tempat yang telah ditetapkan.
- Rekam Medis diletakkan di *Nurse station*.
- 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.

5. Penyimpanan Rekam Medis Yang Tidak Lengkap

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

- Penyimpanan disatukan dalam file rekam medis permanen
- Dipisah , dan diberi nama pemberi pelayanan kesehatan
- 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.

6. 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 kosultan 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.

G. Latihan

1. Latihan soal ke-1: Apa beda antara Incomplete MR dan Delinquent MR?
2. Latihan soal ke-2: Apa yang perlu ditandai pada RM yang belum lengkap?

H. 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

KUNCI JAWABAN

I. Kunci Jawaban

1. Jawaban latihan soal ke-1: A.Kuantitatif oleh Pelaksananya Petugas RMIK . A.Kualitatif oleh petugas RMIK atau Komite RM
2. Jawaban latihan soal ke-2: Audit Medis oleh Komite Meid

J. Kunci Jawaban

- 1 Jawaban latihan soal ke-1: Delinquent MR merupakan IMR yang setelah diberi waktu untuk melengkapi masih tidak dapat dilengkapi.
- 2 Jawaban latihan soal ke-2: Pada RM yang belum lengkap diberitanda dan bisa memilih satu diantara yang di bawah ini:
 - a. Membuat catatan kecil dan diletakkan langsung dalam rekam medis tsb.
 - b. Memberi tanda dengan selotip / stempel di map rekam medis
 - c. Memberi Stiker pada lembaran yang belum lengkap.

DAFTAR PUSTAKA

- 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