KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

MODUL 1

STANDAR PENDOKUMENTASIAN REKAM MEDIS

Mata Kuliah : Mutu Pelayanan Rekam Medis

Semester V

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

HANYA UNTUK PENGGUNAAN INTERNAL

Kodefikasi terkait : Mutu Pelayanan Rekam Medis
Kode Mata Kuliah : RMIK505
Tanggal Mulai : 1 Agustus 2022

Standar Pendokumentasian Rekam Medis

Modul : 1

Anton Kristijono
Alfian Eka Pradana
Denny Iswara

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Mutu Pelayanan Rekam Medis terkait Standar Pendokumentasian Rekam Medis dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul praktik ini mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan tentang sistem genitourinari dan reproduksi, pada mata kuliah Mutu Pelayanan Rekam Medis. Dengan demikian diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti praktik laboratorium.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan praktik mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan instruktur praktik.

Yogyakarta, 14 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar Isi

1. Pengantar 4

2. Capaian Pembelajaran 4

3. Bahan Kajian 4

4. Tujuan Pembelajaran 5

5. Luaran 5

6. Peraturan Terkait Pendokumentasian yang Baik 6

a. PERMENKES 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis 6

b. Undang Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit 8

c. PERMENKES NO.290/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran 9

d. Undang-Undang tentang Praktik Kedokteran No.29 th 2004 12

7. Pendokumentasian Rekam Medis yang Lengkap dan Siap Pakai 12

a. Pengertian konsep pendokumentasian klinis 12

b. Paradigma pendokumentasian klinis di asuhan kesehatan 13

c. Pendokumentasian berbasis bukti (*Evidence Base Documentation*) 14

d. Kriteria pendokumentasian klinis yang berkualitas prima 14

8. Tipe Format Rekam Medis 17

a. *Source Oriented Medical Record (SOMR)* 17

b. *Problem Oriented Medical Record (POMR)* 17

c. *Integrated Medical Record (IMR)* 19

9. Penugasan 21

10. Referensi 25

11. Lembar Catatan Pembelajaran 26

1. Pengantar

Mata kuliah ini memuat materi tentang Mutu Pelayanan dalam Rekam Medis. Mata kuliah ini dilaksanakan dengan mengintegrasikan dasar-dasar ilmu dalam mutu pelayanan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan dengan pelaksanaan baik teori maupun praktik. Secara khusus mahasiswa akan diberikan pengetahuan dan keterampilan tentang standar pendokumentasian RM, pengenalan penyelesaian masalah di unit kerja RM, konsep analisis kuantitatif RM, konsep analisis kualitatif RM, penyajian dan interpretasi hasil analisis kualitatif dan kuantitatif RMIK, dan analisis kuantitatif dan kualitatif. Mata kuliah ini memberikan pengalaman belajar kepada mahasiswa yang mendukung untuk mencapai kompetensi sebagai penjamin Mutu Pelayanan dalam Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Mata kuliah ini memberikan pengalaman belajar kepada mahasiswa yang mendukung untuk mencapai kompetensi sebagai *clinical coder* berdasarkan Standar Nasional Pendidikan Tinggi (Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020).

Modul Mutu Pelayanan Rekam Medis terkait Standar Pendokumentasian Rekam Medis, Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Semester Ganjil Tahun Akademik 2022/2023, disusun dengan tujuan untuk memberikan arahan serta acuan bagi mahasiswa dan instruktur, dalam melaksanakan kegiatan pembelajaran selama Semester Ganjil di Prodi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Tahun Akademik 2022/2023. Modul ini berisi tentang materi standar pendokumentasian rekam medis.

2. Capaian Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami tentang standar pendokumentasian rekam medis.

3. Bahan Kajian

a. Peraturan terkait pendokumentasian yang baik
b. Pendokumentasian rekam medis yang lengkap dan siap pakai
c. Tipe format rekam medis

4. Tujuan Pembelajaran

   Peserta didik mampu memahami tentang standar pendokumentasian rekam medis.

   a. Peserta didik mampu memahami tentang peraturan terkait pendokumentasian rekam medis yang baik.
   b. Peserta didik mampu memahami tentang pendokumentasian rekam medis yang lengkap dan siap pakai.
   c. Peserta didik mampu memahami tentang tipe format rekam medis

5. Luaran

   a. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan peraturan terkait pendokumentasian rekam medis yang baik.
   b. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan pendokumentasian rekam medis yang lengkap dan siap pakai.
   c. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan tipe format rekam medis

6. Peraturan Terkait Pendokumentasian yang Baik

   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
         j) Persetujuan tindakan bila diperlukan

      2) Isi Rekam Medis Rawat Inap dan Perawatan Satu Hari

         a) Tanggal dan waktu
         b) Hasil anamnese mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
         c) Hasil pemeriksaan fisik
         d) Diagnosis
         e) Rencana penatalaksanaan
         f) Pengobatan dan atau tindakan
         g) Persetujuan tindakan bila diperlukan

h) Catatan observasi klinis dan pengobatan
i) Ringkasan pulang (*discharge summary*)
j) Nama dan tanda tangan dokter/dokter gigi/ tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
k) Pelayanan lain yang telah diberikan pada pasien
l) Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik

3) Isi Rekam Medis Pasien Gawat Darurat
a) kondisi saat pasien tiba di saryankes
b) Identitas pengantar pasien
c) Tanggal dan waktu
d) Hasil anamnese mencakup sekurang-kurangnyaberisi 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 tramsportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke saryankes lain
k) Pelayanan lain yang telah diberikan pada pasien

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
c) Identitas yang menemukan pasien

5) Pasal 4 Bab II Permenkes 269 tahun 2008 tentang Ringkasan Pulang
a) Ringkasan pulang harus dibuat oleh dokter dan dokter gigi yang melakukan perawatan pasien

b) Isi Ringkasan Pulang sekurang-kurangnya berisi:
   i. Identitas pasien
   ii. Diagnosa masuk dan indikasi pasien dirawat
   iii. Ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnose akhir, pengobatan dan tindak lanjut
   iv. Nama dan tanda tangan dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan

6) Pasal 5 Bab III Permenkes 269 tahun 2008 tentang Tata Cara Penyelenggaraan
   a) Setiap dokter dan dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis.
   b) Rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan.
   c) Pembuatan RM dilaksanakan melalui pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien

b. Undang Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

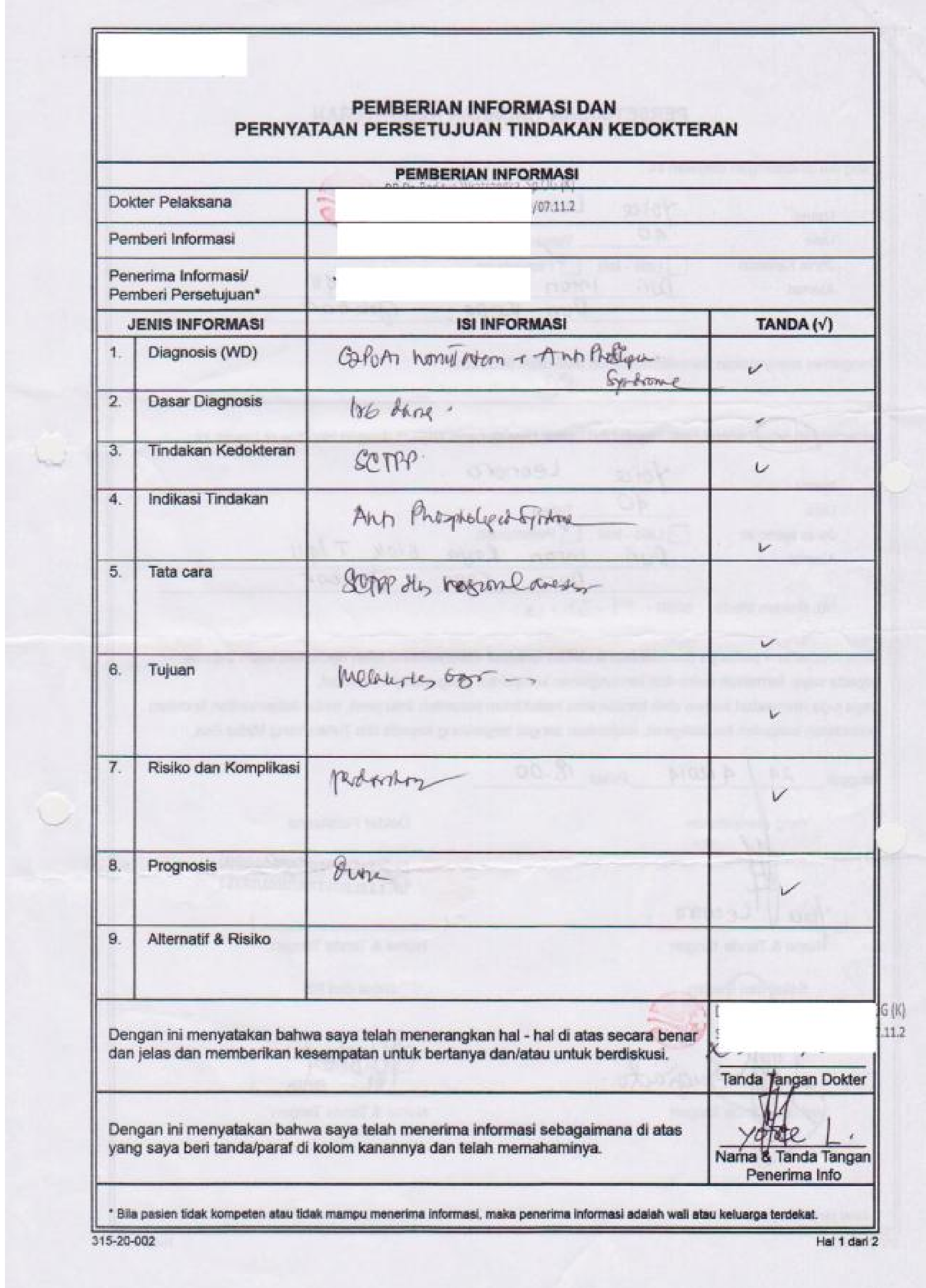
Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Bab 1, Pasal 1, ayat 1). Adanya hak dan kewajiban rumah sakit, dokter dan pasien dalam undang-undang ini memberikan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

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 (√)**
1.	Diagnosis (WD)	G2P0A1 hamil aterm + Anti Phospholipid Syndrome	√
2.	Dasar Diagnosis	USG dll.	√
3.	Tindakan Kedokteran	SCTPP	√
4.	Indikasi Tindakan	Anti Phospholipid Syndrome	√
5.	Tata cara	SCTPP dg regional anestesi	√
6.	Tujuan	Melahirkan bayi →	√
7.	Risiko dan Komplikasi	Perdarahan	√
8.	Prognosis	Bonam	√
9.	Alternatif & Risiko		

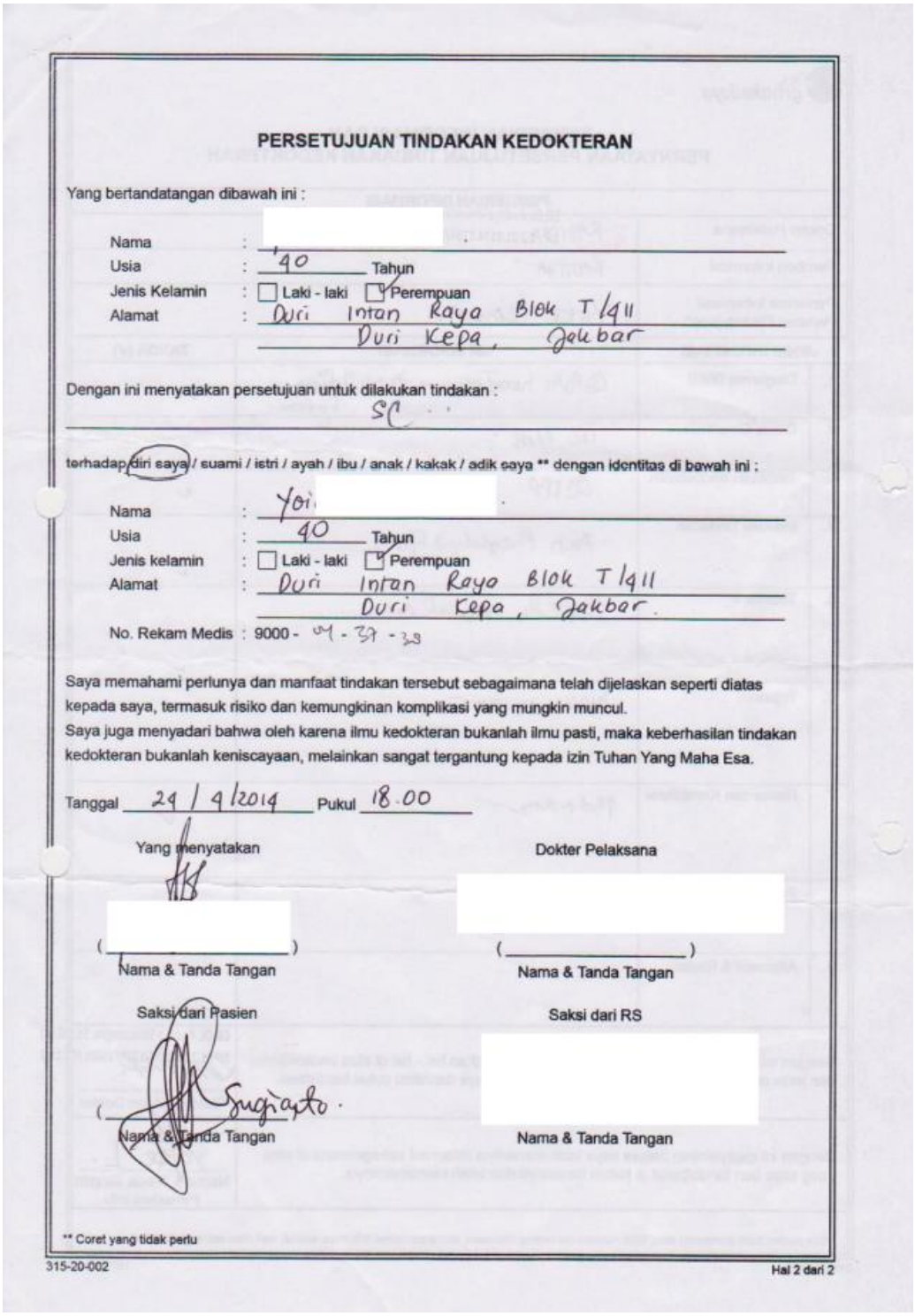
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal - hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau untuk berdiskusi. — [redacted] Tanda Tangan Dokter

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

* 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. 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/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 [redacted]
Usia : 40 Tahun
Jenis kelamin : ☐ Laki - laki ☑ Perempuan
Alamat : Duri Intan Raya Blok T/411
Duri Kepa, Jakbar.

No. Rekam Medis : 9000 - 04 - 37 - 29

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 / 4 / 2014 Pukul 18.00

Yang menyatakan	Dokter Pelaksana
[redacted]	[redacted]
( )	( )
Nama & Tanda Tangan	Nama & Tanda Tangan
Saksi dari Pasien	Saksi dari RS
Sugiarto.	[redacted]
( )	( )
Nama & Tanda Tangan	Nama & Tanda Tangan

** Coret yang tidak perlu

315-20-002 Hal 2 dari 2

Gambar 2. Persetujuan Tindakan Kedokteran

d. Undang-Undang 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 tangga 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).

7. Pendokumentasian Rekam Medis yang Lengkap dan Siap Pakai

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*)

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, penilaianpenilaian, 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 *Evidance-Based Documentation.*

2) 7 Kriteria Pendokumentasian klinis yang berkualitas Prima Ada 7 kriteria:

a) Dapat dibaca /*Legible*

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.

b) Dapat Dipercaya /*Reliable*

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.

c) Tepat /*Precise*

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.

d) Lengkap /*Complete*

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

e) Konsisten /*Consistent*

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 mengklarifikasidan menambahkan pada resume atau catatan perkembangan akhir.

f) Jelas /*Clear*

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"*

g) Tepat waktu /*Timely*

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.

8. Tipe Format Rekam Medis

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

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)*

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 yaitu :

1) Data Base (Data Dasar)

Data dasar yang harus ada pada setiap pasien, termasuk : Keluhan utama, penyakit yang ada sekarang ini, data sosial yan 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.

3) *Initial Plan* (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.

c. *Integrated Medical Record (IMR)*

Seluruh form disusun secara kronologis. Di Nurse Station disusun dengan yang terbaru di paling atas. Saat pulang, disusun kembali dari awal sampai akhir. Kunci dari IMR adalah seluruh sumber pemberi pelayanan dijadikan satu. Catatan saat pasien pulang berisi riwayat pasien, pemeriksaan fisik, catatan perkembangan, catatan perawat, laporan rontgen, catatan perkembangan, laporan konsultasi, dll. Formulir-formulir untuk setiap jangka waktu pelayanan disusun dalam seksiseksi 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.

9. Penugasan
    a. Mahasiswa mengerjakan soal pilihan ganda di bawah ini dengan cara menandai dengan diberi tanda silang pada pilihan yang telah disediakan.
    b. Pengampu dan mahasiswa mendiskusikan bersama untuk membahas dan mendapatkan jawaban yang benar dan tepat.

    Soal Pilihan Ganda

    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 penyelenggaraaan 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. 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

4. 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
5. 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
6. 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 mengklarifikasidan menambahkan pada resume atau catatan perkembangan akhir.
    e. Semua benar

7. Rekam Medis yang tidak dapat dimengerti faktanya karena ....
    a. Tulisan dokter yang tidak dapat ditafsirkan.
    b. Informasi yang tidak jelas pada RK nya.
    c. Ketidakjelasan 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
8. 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.
9. 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.

10. 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*

10. Referensi

BPPSDM Kesehatan. 2018. Manajemen Mutu Informasi Kesehatan III Pendokumentasian Rekam Medis. Jakarta : Kemenkes RI

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

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

Pramesemara Ign., 2013, Keterampilan Klinik Dasar; Anamnesis dan Vital Sign. http://www.pramareola14.wordpress

11. Lembar Catatan Pembelajaran

Nama :

NIM :

Kelas :

No	Tanggal	Aktivitas	Catatan pengampuan	Tanda tangan pengampu
1				

Nilai Akhir: _____

Pengampu,

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

MODUL 2

KONSEP ANALISIS KUANTITATIF RM 1

Mata Kuliah : Mutu Pelayanan Rekam Medis

Semester V

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

HANYA UNTUK PENGGUNAAN INTERNAL

Kodefikasi terkait : Mutu Pelayanan Rekam Medis
Kode Mata Kuliah : RMIK505
Tanggal Mulai : 1 Agustus 2022

Pengenalan Penyelesaian Masalah di Unit Kerja Rekam Medis

Modul: 2

Anton Kristijono
Alfian Eka Pradana
Denny Iswara

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Mutu Pelayanan Rekam Medis terkait Pengenalan Penyelesaian Masalah di Unit Rekam Medis dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul praktik ini mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan tentang sistem genitourinari dan reproduksi, pada mata kuliah Mutu Pelayanan Rekam Medis. Dengan demikian diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti praktik laboratorium.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan praktik mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan instruktur praktik.

Yogyakarta, 14 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar Isi

1. Pengantar 4

2. Capaian Pembelajaran 4

3. Bahan Kajian 4

4. Tujuan Pembelajaran 5

5. Luaran 5

6. Peraturan Terkait Pendokumentasian yang Baik 6

a. PERMENKES 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis 6

b. Undang Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit 8

c. PERMENKES NO.290/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran 9

d. Undang-Undang tentang Praktik Kedokteran No.29 th 2004 12

7. Pendokumentasian Rekam Medis yang Lengkap dan Siap Pakai 12

a. Pengertian konsep pendokumentasian klinis 12

b. Paradigma pendokumentasian klinis di asuhan kesehatan 13

c. Pendokumentasian berbasis bukti (*Evidence Base Documentation*) 14

d. Kriteria pendokumentasian klinis yang berkualitas prima 14

8. Tipe Format Rekam Medis 16

a. *Source Oriented Medical Record (SOMR)* 16

b. *Problem Oriented Medical Record (POMR)* 17

c. *Integrated Medical Record (IMR)* 19

9. Penugasan 20

10. Referensi 24

1. Pengantar

Mata kuliah ini memuat materi tentang Mutu Pelayanan dalam Rekam Medis. Mata kuliah ini dilaksanakan dengan mengintegrasikan dasar-dasar ilmu dalam mutu pelayanan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan dengan pelaksanaan baik teori maupun praktik. Secara khusus mahasiswa akan diberikan pengetahuan dan keterampilan tentang standar pendokumentasian RM, pengenalan penyelesaian masalah di unit kerja RM, konsep analisis kuantitatif RM, konsep analisis kualitatif RM, penyajian dan interpretasi hasil analisis kualitatif dan kuantitatif RMIK, dan analisis kuantitatif dan kualitatif. Mata kuliah ini memberikan pengalaman belajar kepada mahasiswa yang mendukung untuk mencapai kompetensi sebagai penjamin Mutu Pelayanan dalam Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Mata kuliah ini memberikan pengalaman belajar kepada mahasiswa yang mendukung untuk mencapai kompetensi sebagai *clinical coder* berdasarkan Standar Nasional Pendidikan Tinggi (Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020).

Modul Mutu Pelayanan Rekam Medis terkait Standar Pendokumentasian Rekam Medis, Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Semester Ganjil Tahun Akademik 2022/2023, disusun dengan tujuan untuk memberikan arahan serta acuan bagi mahasiswa dan instruktur, dalam melaksanakan kegiatan pembelajaran selama Semester Ganjil di Prodi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Tahun Akademik 2022/2023. Modul ini berisi tentang materi standar pendokumentasian rekam medis.

2. Capaian Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami tentang standar pendokumentasian rekam medis.

3. Bahan Kajian

a. Peraturan terkait pendokumentasian yang baik
b. Pendokumentasian rekam medis yang lengkap dan siap pakai
c. Tipe format rekam medis

4. Tujuan Pembelajaran

   Peserta didik mampu memahami tentang standar pendokumentasian rekam medis.

   a. Peserta didik mampu memahami tentang peraturan terkait pendokumentasian rekam medis yang baik.
   b. Peserta didik mampu memahami tentang pendokumentasian rekam medis yang lengkap dan siap pakai.
   c. Peserta didik mampu memahami tentang tipe format rekam medis

5. Luaran

   a. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan peraturan terkait pendokumentasian rekam medis yang baik.
   b. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan pendokumentasian rekam medis yang lengkap dan siap pakai.
   c. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan tipe format rekam medis

6. Peraturan Terkait Pendokumentasian yang Baik

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
j) Persetujuan tindakan bila diperlukan

2) Isi Rekam Medis Rawat Inap dan Perawatan Satu Hari

a) Tanggal dan waktu
b) Hasil anamnese mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
c) Hasil pemeriksaan fisik
d) Diagnosis
e) Rencana penatalaksanaan
f) Pengobatan dan atau tindakan
g) Persetujuan tindakan bila diperlukan

h) Catatan observasi klinis dan pengobatan
i) Ringkasan pulang (*discharge summary*)
j) Nama dan tanda tangan dokter/dokter gigi/ tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
k) Pelayanan lain yang telah diberikan pada pasien
l) Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik

3) Isi Rekam Medis Pasien Gawat Darurat
a) kondisi saat pasien tiba di saryankes
b) Identitas pengantar pasien
c) Tanggal dan waktu
d) Hasil anamnese mencakup sekurang-kurangnyaberisi 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 tramsportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke saryankes lain
k) Pelayanan lain yang telah diberikan pada pasien

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
c) Identitas yang menemukan pasien

5) Pasal 4 Bab II Permenkes 269 tahun 2008 tentang Ringkasan Pulang
a) Ringkasan pulang harus dibuat oleh dokter dan dokter gigi yang melakukan perawatan pasien

b) Isi Ringkasan Pulang sekurang-kurangnya berisi:
    i. Identitas pasien
    ii. Diagnosa masuk dan indikasi pasien dirawat
    iii. Ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnose akhir, pengobatan dan tindak lanjut
    iv. Nama dan tanda tangan dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan

6) Pasal 5 Bab III Permenkes 269 tahun 2008 tentang Tata Cara Penyelenggaraan
    a) Setiap dokter dan dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis.
    b) Rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan.
    c) Pembuatan RM dilaksanakan melalui pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien

b. Undang Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

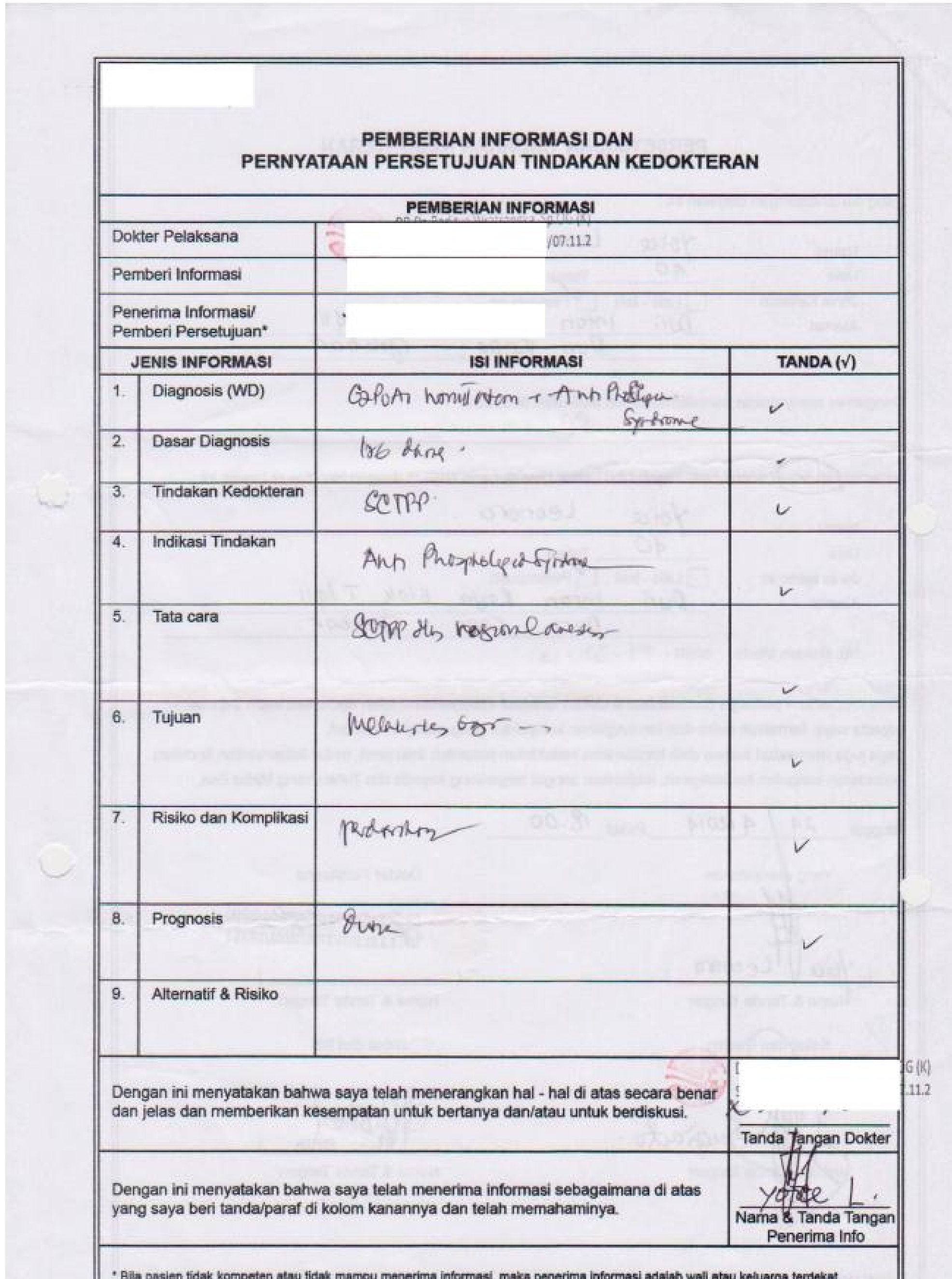
Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Bab 1, Pasal 1, ayat 1). Adanya hak dan kewajiban rumah sakit, dokter dan pasien dalam undang-undang ini memberikan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

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	/07.11.2
Pemberi Informasi	
Penerima Informasi/ Pemberi Persetujuan*	

	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (√)
1.	Diagnosis (WD)	G2P0A1 hamil aterm + Anti Phospholipid Syndrome	√
2.	Dasar Diagnosis	USG dll.	√
3.	Tindakan Kedokteran	SCTPP	√
4.	Indikasi Tindakan	Anti Phospholipid Syndrome	√
5.	Tata cara	SCTPP dg regional anestesi	√
6.	Tujuan	Melahirkan bayi	√
7.	Risiko dan Komplikasi	perdarahan	√
8.	Prognosis	Baik	√
9.	Alternatif & Risiko		

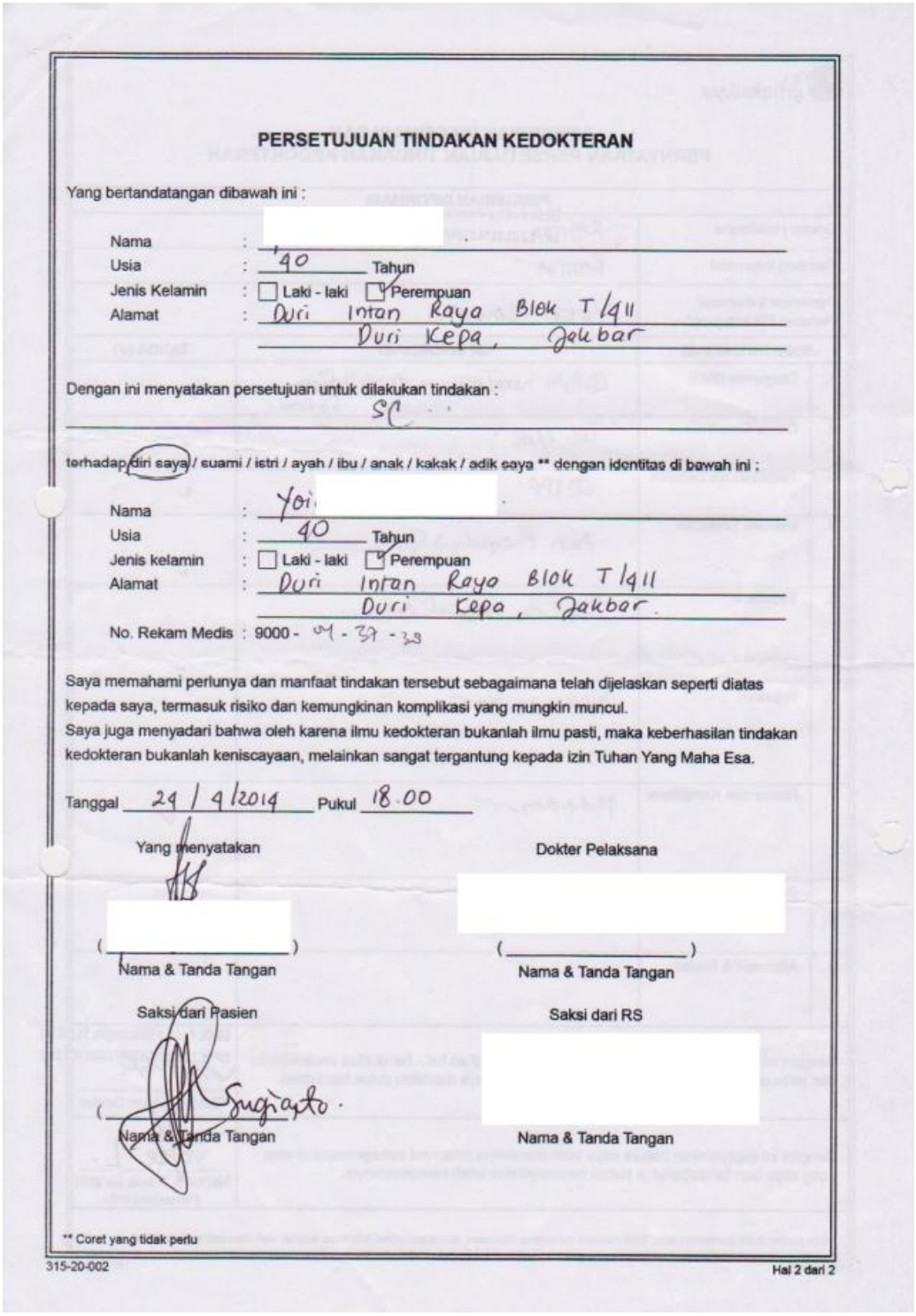
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal - hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau untuk berdiskusi. — Tanda Tangan Dokter

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

* 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. 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/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 [redacted]
Usia : 40 Tahun
Jenis kelamin : ☐ Laki - laki ☑ Perempuan
Alamat : Duri Intan Raya Blok T/411
Duri Kepa, Jakbar.
No. Rekam Medis : 9000 - 01 - 37 - 39

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 29/4/2014 Pukul 18.00

Yang menyatakan	Dokter Pelaksana
[redacted]	[redacted]
( )	( )
Nama & Tanda Tangan	Nama & Tanda Tangan
Saksi dari Pasien	Saksi dari RS
Sugiarto	[redacted]
Nama & Tanda Tangan	Nama & Tanda Tangan

** Coret yang tidak perlu

315-20-002 Hal 2 dari 2

Gambar 2. Persetujuan Tindakan Kedokteran

d. Undang-Undang 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 tangga 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).

7. Pendokumentasian Rekam Medis yang Lengkap dan Siap Pakai

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*)

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, penilaianpenilaian, 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 *Evidance-Based Documentation*.
2) 7 Kriteria Pendokumentasian klinis yang berkualitas Prima Ada 7 kriteria:
   a) Dapat dibaca /*Legible*

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.

b) Dapat Dipercaya /*Reliable*

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.

c) Tepat /*Precise*

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.

d) Lengkap /*Complete*

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

e) Konsisten /*Consistent*

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 mengklarifikasidan menambahkan pada resume atau catatan perkembangan akhir.

f) Jelas /*Clear*

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"*

g) Tepat waktu /*Timely*

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.

8. Tipe Format Rekam Medis

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

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)*

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 yaitu :

1) Data Base (Data Dasar)

   Data dasar yang harus ada pada setiap pasien, termasuk : Keluhan utama, penyakit yang ada sekarang ini, data sosial yan 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.

3) *Initial Plan* (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.

c. *Integrated Medical Record (IMR)*

Seluruh form disusun secara kronologis. Di Nurse Station disusun dengan yang terbaru di paling atas. Saat pulang, disusun kembali dari awal sampai akhir. Kunci dari IMR adalah seluruh sumber pemberi pelayanan dijadikan satu. Catatan saat pasien pulang berisi riwayat pasien, pemeriksaan fisik, catatan perkembangan, catatan perawat, laporan rontgen, catatan perkembangan, laporan konsultasi, dll. Formulir-formulir untuk setiap jangka waktu pelayanan disusun dalam seksiseksi 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.

9. Penugasan
    a. Mahasiswa mengerjakan soal pilihan ganda di bawah ini dengan cara menandai dengan diberi tanda silang pada pilihan yang telah disediakan.
    b. Pengampu dan mahasiswa mendiskusikan bersama untuk membahas dan mendapatkan jawaban yang benar dan tepat.

    Soal Pilihan Ganda

    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 penyelenggaraaan 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. 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

4. 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
5. 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
6. 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 mengklarifikasidan menambahkan pada resume atau catatan perkembangan akhir.
    e. Semua benar

7. Rekam Medis yang tidak dapat dimengerti faktanya karena ....
    a. Tulisan dokter yang tidak dapat ditafsirkan.
    b. Informasi yang tidak jelas pada RK nya.
    c. Ketidakjelasan 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
8. 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.
9. 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.

10. 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*

10. Referensi

BPPSDM Kesehatan. 2018. Manajemen Mutu Informasi Kesehatan III Pendokumentasian Rekam Medis. Jakarta : Kemenkes RI

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

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

Pramesemara Ign., 2013, Keterampilan Klinik Dasar; Anamnesis dan Vital Sign. http://www.pramareola14.wordpress

11. Lembar Catatan Pembelajaran

Nama :

NIM :

Kelas :

No	Tanggal	Aktivitas	Catatan pengampuan	Tanda tangan pengampu
1				

Nilai Akhir: _____

Pengampu,

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

MODUL 3

KONSEP ANALISIS KUANTITATIF RM 2

Mata Kuliah : Mutu Pelayanan Rekam Medis

Semester V

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

HANYA UNTUK PENGGUNAAN INTERNAL

Kodefikasi terkait : Mutu Pelayanan Rekam Medis
Kode Mata Kuliah : RMIK505
Tanggal Mulai : 1 Agustus 2022

Konsep Analisis Kuantitatif Rekam Medis

Modul: 3

Anton Kristijono
Alfian Eka Pradana
Denny Iswara

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Mutu Pelayanan Rekam Medis terkait Konsep Analisis Kuantitatif Rekam Medis dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul praktik ini mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan tentang konsep analisis kuantitatif berkas rekam medis, pada mata kuliah Mutu Pelayanan Rekam Medis. Dengan demikian diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti praktik laboratorium maupun dalam kegiatan perkulihan.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan praktik mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan instruktur praktik.

Yogyakarta, 14 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar Isi

1. Pengantar 4
2. Capaian Pembelajaran 4
3. Bahan Kajian 4
4. Tujuan Pembelajaran 5
5. Luaran 5
6. Pengertian analisis kuantitatif rekam medis 6
7. Tujuan analisis kuantitatif rekam medis 6
8. Waktu pelaksanaan analisis kuantitatif 7
9. Komponen dari analisis kuantitatif 7
a. Review identifikasi pasien 7
b. Review pelaporan yang penting 7
c. Review Otentikasi 8
d. Review pencatatan 8
10. Penugasan 9
11. Referensi 10
12. Lembar Catatan Pembelajaran 11

1. Pengantar

Mata kuliah ini memuat materi tentang Mutu Pelayanan dalam Rekam Medis. Mata kuliah ini dilaksanakan dengan mengintegrasikan dasar-dasar ilmu dalam mutu pelayanan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan dengan pelaksanaan baik teori maupun praktik. Secara khusus mahasiswa akan diberikan pengetahuan dan keterampilan tentang standar pendokumentasian RM, pengenalan penyelesaian masalah di unit kerja RM, konsep analisis kuantitatif RM, konsep analisis kualitatif RM, penyajian dan interpretasi hasil analisis kualitatif dan kuantitatif RMIK, dan analisis kuantitatif dan kualitatif. Mata kuliah ini memberikan pengalaman belajar kepada mahasiswa yang mendukung untuk mencapai kompetensi sebagai penjamin Mutu Pelayanan dalam Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Mata kuliah ini memberikan pengalaman belajar kepada mahasiswa yang mendukung untuk mencapai kompetensi sebagai *clinical coder* berdasarkan Standar Nasional Pendidikan Tinggi (Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020).

Modul Mutu Pelayanan Rekam Medis terkait Standar Pendokumentasian Rekam Medis, Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Semester Ganjil Tahun Akademik 2022/2023, disusun dengan tujuan untuk memberikan arahan serta acuan bagi mahasiswa dan instruktur, dalam melaksanakan kegiatan pembelajaran selama Semester Ganjil di Prodi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Tahun Akademik 2022/2023. Modul ini berisi tentang materi konsep analisis kuantitatif rekam medis.

2. Capaian Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami tentang konsep analisis kuantitatif rekam medis.

3. Bahan Kajian

a. Pengertian analisis kuantitatif
b. Tujuan analisis kuantitatif
c. Waktu pelaksanaan analisis kuantitatif
d. Komponen dari analisis kuantitatif

4. Tujuan Pembelajaran

   Peserta didik mampu memahami tentang konsep analisis kuantitatif rekam medis.

   a. Peserta didik mampu memahami tentang pengertian analisis kuantitatif
   b. Peserta didik mampu memahami tentang tujuan analisis kuantitatif
   c. Peserta didik mampu memahami tentang waktu pelaksanaan analisis kuantitatif
   d. Peserta didik mampu memahami tentang komponen dari analisis kuantitatif

5. Luaran

   a. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan pengertian analisis kuantitatif
   b. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan tujuan analisis kuantitatif
   c. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan waktu pelaksanaan analisis kuantitatif
   d. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan komponen dari analisis kuantitatif

6. Pengertian analisis kuantitatif rekam medis

Penilaian mutu berkas rekam medik salah satunya dapat dilakukan melalui analisis kuantitatif. Ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medik sering terjadi pada pengisian nama dan nomor rekam medik. Dengan tidak adanya nama dan nomor rekam medik akan menyulitkan petugas rekam medik dalam menggabungkan berkas rekam medik dengan berkas rekam medis yang lain jika tercecer atau terlepas dari mapnya.

Mutu dalam pengisian berkas rekam medis memang menjadi tanggung jawab para tenaga kesehatan. Hal ini dijelaskan dalam UU Praktik Kedokteran No. 29 tahun 2004 pasal 46 ayat (1) :'Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktek wajib membuat rekam medis.". Selanjutnya dalam ayat (2) disebutkan bahwa "Rekam medis sebagaimana dimaksud ayat (1) harus segera dilengkapi setelah pasien selesai menerima pelayanan kesehatan. Dalam ayat (3) disebutkan bahwa," Setiap catatan rekam medis harus dibubuhi nama, waktu dan tanda tangan petugas yang memberikan pelayanan atau tindakan".

Analisis kuantitatif adalah telaah atau review bagian tertentu dari isi rekam medis dengan maksud menemukan kekurangan khusus dari isi rekam medis dengan maksud menemukan kekurangan khusus yang berkaitan dengan pendokumentasian (pencatatan) rekam medis. Menurut Sugiyono (2017) dalam buku metode penelitian kuantitatif, kualitatif dan R&D. "Metode penelitian kuantitatif adalah metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat positivisme, digunakan untuk meneliti pada populasi atau sampel tertentu, pengumpulan data menggunakan instrumen penelitian, analisis data bersifat kuantitatif/statistik, dengan tujuan untuk menguji hipotesis yang telah ditetapkan".

7. Tujuan analisis kuantitatif rekam medis

a. Menentukan sekiranya ada kekurangan agar dapat dikoreksi dengan segera pada saat pasien masih dirawat, dan item kekurangan belum terlupakan, untuk menjamin efektifitas kegunaan isi rekam medis 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 suatu prosedur sehingga rekam medis menjadi lebih lengkap dan dapat dipakai untuk pelayanan pada pasien, melindungi dai kasus hukum, memenuhi peraturan dan untuk analisa statistik yang akurat.
c. Kelengkapan Rekam medis sesuai dengan peraturan yang ditetapkan jangka waktunya, perizinan, akreditasi, keperluan sertifikat lainnya
d. Mengetahui hal-hal yang berpotensi untuk membayar ganti rugi

8. Waktu pelaksanaan analisis kuantitatif
   a. *Concurrent Analisys* yaitu analisis dilakukan bersamaan dengan saat pelayanan pasien terkait sedang berjalan. Cara ini memudahkan koreksi dan akan mengurangi salah tafsir dikemudian hari. Keuntungan yang lain yaitu terjaganya kualitas kelengkapan data/informasi klinis dan pengesahannya (adanya nama lengkap, tanda tangan petugas/pasien/wali, waktu pemberian pelayanan dan lainya) dalam rekam medis.
   b. *Retrospective Analisys* yaitu analisis dilakukan pada saat perawatan selesai dilaksanakan yang memungkinkan telaah secara menyeluruh walaupun hal ini memperlambat proses melengkapi yang kurang.

9. Komponen dari analisis kuantitatif
   a. Review identifikasi pasien

      Pemilihan terhadap tiap-tiap halaman atau lembar dokumen rekam medis dalam hal identifikasi pasien, minimal harus memuat nomor rekam medis dan nama pasien. Bila terdapat lembaran tanpa identitas maka harus dilakukan review untuk menentukan kepemilikan formulir rekam medis tersebut. Dalam hal ini secara *concurrent analysis* akan lebih baik dari pada *retrospectif analysis.*
   b. Review pelaporan yang penting

      Dalam analisis kuantitatif, bukti rekaman yang dapat dipertanggungjawabkan secara lengkap yaitu adanya data/info kunjungan yang memuat alasan, keluhan pasien(kalau ada), riwayat pemeriksaan, data tambahan (lab), USG, EKG, EMG, diagnosis atau kondisi, rujukan (kalau ada). Lembaran tertentu kadang ada tergantung kasus. Contoh laporan operasi, anestesi, hasil PA.

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

c. Review Otentikasi

Rekam kesehatan dikatakan memiliki keabsahan bilamana tenaga kesehatan yang memeriksa pasien atau surat persetujuan yang diberikan pasien/wali dalam rekam kesehatan diakhiri dengan membubuhkan tanda tangan. Otentikasi dapat berupa tanda tangan, stempel milik pribadi, initial akses komputer, pasword dan sebagainya. Sehingga dapat memudahkan identifikasi dalam rekam medis. Tidak boleh ditanda tangani oleh orang lain selain penulis, kecuali bila ditulis oleh Dokter jaga atau mahasiswa maka akan ada tanda tangan sipenulis ditambah countersign oleh supervisor dan ditulis “telah direview dan dilaksanakan atas instruksi dari……..atau telah diperiksa oleh……..

d. Review pencatatan

Analisa kuantitatif tidak bisa memecahkan masalah tentang isi rekam medis yang tidak terbaca atau tidak lengkap, tetapi bisa mengingatkan atau menandai *entry* yang tidak tertanggal, dimana kesalahan tidak diperbaiki secara semestinya terdapat daerah lompatan yang seharusnya diberi garis untuk mencegah penambahan, kemudian pada catatan kemajuan dan perintah dokter, perbaikan kesalahan merupakan aspek yang sangat penting dalam pendokumentasian. Singkatan tidak diperbolehkan. Bila ada salah pencatatan maka bagian yang salah digaris dan catatan tersebut masih terbaca, kemudian diberi keterangan disampingnya bahwa catatan tersebut salah/salah menulis rekam medis pasien lain.

10. Penugasan
    a. Mahasiswa mengerjakan soal berikut dengan menjabarkan penjelasan dari jawaban yang dimiliki.
    b. Pengampu dan mahasiswa mendiskusikan bersama untuk membahas dan mendapatkan jawaban yang benar dan tepat.

    Tugas

Pertanyaan	Jawaban
Jelaskan apa yang dimaksud dengan analisis kuantitatif rekam medis?	
Sebutkan dan jelaskan apa saja yang menjadi tujuan analisis kuantitatif rekam medis?	
Sebutkan dan jelaskan perbedaan waktu dalam pelaksanaan analisis kuantitatif?	
Sebutkan dan jelaskan apa saja yang menjadi komponen dari analisis kuantitatif?	

11. Referensi

BPPSDM Kesehatan, Siswati. 2018. Manajemen Unit Kerja II Perencanaan SDM Unit Kerja RMIK. Jakarta : Kemenkes RI.

Hidayah, Aep Nurul. 2014. Analisis Rekam Medis. Web : https://aepnurulhidayat.wordpress.com/2014/07/01/analisis-rekam-medis-2/ diakses pada 1 Maret 2022.

Kholili, Ulil, et al. 2011. Pengenalan Ilmu Rekam Medis Pada Masyarakat Serta Kewajiban Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit. Pekanbaru : STIKES Hang Tuah Pekanbaru.

Mathar, Irmawati. 2018. Manajemen Informasi Kesehatan (Pengelolaan Rekam Medis) Yogyakarta: Deepublish.

Sugiyono. (2017). Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, R & D. Bandung: CV Alfabeta.

12. Lembar Catatan Pembelajaran

Nama :

NIM :

Kelas :

No	Tanggal	Aktivitas	Catatan pengampuan	Tanda tangan pengampu
1				

Nilai Akhir: _____

Pengampu,

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

MODUL 4

KONSEP ANALISIS KUALITATIF

Mata Kuliah : Mutu Pelayanan Rekam Medis

Semester V

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

HANYA UNTUK PENGGUNAAN INTERNAL

Kodefikasi terkait : Mutu Pelayanan Rekam Medis
Kode Mata Kuliah : RMIK505
Tanggal Mulai : 1 Agustus 2022

Konsep Analisis Kualitatif Rekam Medis

Modul: 4

Anton Kristijono
Alfian Eka Pradana
Denny Iswara

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Mutu Pelayanan Rekam Medis terkait Konsep Analisis Kualitatif Rekam Medis dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul praktik ini mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan tentang konsep analisis kualitatif berkas rekam medis, pada mata kuliah Mutu Pelayanan Rekam Medis. Dengan demikian diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti praktik laboratorium maupun dalam kegiatan perkulihan.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan praktik mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan instruktur praktik.

Yogyakarta, 14 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar Isi

1. Pengantar 4

2. Capaian Pembelajaran 4

3. Bahan Kajian 4

4. Tujuan Pembelajaran 5

5. Luaran 5

6. Pengertian analisis kuantitatif rekam medis 6

7. Tujuan analisis kualitatif rekam medis 7

8. Pengetahuan yang perlu dikuasai dalam analisis kualitatif 8

9. Tugas dan komponen dari analisis kualitatif 8

10. Penugasan 14

11. Referensi 17

12. Lembar Catatan Pembelajaran 18

1. Pengantar

Mata kuliah ini memuat materi tentang Mutu Pelayanan dalam Rekam Medis. Mata kuliah ini dilaksanakan dengan mengintegrasikan dasar-dasar ilmu dalam mutu pelayanan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan dengan pelaksanaan baik teori maupun praktik. Secara khusus mahasiswa akan diberikan pengetahuan dan keterampilan tentang standar pendokumentasian RM, pengenalan penyelesaian masalah di unit kerja RM, konsep analisis kuantitatif RM, konsep analisis kualitatif RM, penyajian dan interpretasi hasil analisis kualitatif dan kuantitatif RMIK, dan analisis kuantitatif dan kualitatif. Mata kuliah ini memberikan pengalaman belajar kepada mahasiswa yang mendukung untuk mencapai kompetensi sebagai penjamin Mutu Pelayanan dalam Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Mata kuliah ini memberikan pengalaman belajar kepada mahasiswa yang mendukung untuk mencapai kompetensi sebagai *clinical coder* berdasarkan Standar Nasional Pendidikan Tinggi (Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020).

Modul Mutu Pelayanan Rekam Medis terkait Standar Pendokumentasian Rekam Medis, Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Semester Ganjil Tahun Akademik 2022/2023, disusun dengan tujuan untuk memberikan arahan serta acuan bagi mahasiswa dan instruktur, dalam melaksanakan kegiatan pembelajaran selama Semester Ganjil di Prodi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Tahun Akademik 2022/2023. Modul ini berisi tentang materi konsep analisis kuantitatif rekam medis.

2. Capaian Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami tentang konsep analisis kualitatif rekam medis.

3. Bahan Kajian

a. Pengertian analisis kualitatif
b. Tujuan analisis kualitatif
c. Pengetahuan yang perlu dikuasai dalam analisis kualitatif
d. Tugas dan komponen dari analisis kualitatif

4. Tujuan Pembelajaran

   Peserta didik mampu memahami tentang konsep analisis kualitatif rekam medis.

   a. Peserta didik mampu memahami tentang pengertian analisis kualitatif
   b. Peserta didik mampu memahami tentang tujuan analisis kualitatif
   c. Peserta didik mampu memahami tentang pengetahuan yang perlu dikuasai dalam analisis kualitatif
   d. Peserta didik mampu memahami tentang tugas dan komponen dari analisis kualitatif

5. Luaran

   a. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan tentang pengertian analisis kualitatif
   b. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan tentang tujuan analisis kualitatif
   c. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan tentang pengetahuan yang perlu dikuasai dalam analisis kualitatif
   d. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan tentang tugas dan komponen dari analisis kualitatif

6. Pengertian analisis kuantitatif rekam medis

Analisa Kualitatif adalah suatu review pengisian Rekam Medis yang berkaitan tentang ke konsistensian dan isinya merupakan bukti bahwa Rekam Medis tersebut akurat dan lengkap. Analisis kualitatif dikembangkan ke arah dua hal yaitu analisis kualitatif administratif dan medis. Perubahan metode dalam analisis kualitatif RM ini terfokus pada penelaahan tentang ada tidaknya kelengkapan informasi tindak lanjut mengenai pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien oleh tenaga kesehatan. Semakin lengkap tenaga kesehatan memberikan data tindak lanjut dalam pelayanan kesehatan berarti semakin banyak pemanfaatan kelengkapan informasi oleh tenaga kesehatan. Berarti pula, kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan semakin dapat dibuktikan sesuai dengan standar pelayanan kesehatan terkait.

Unit MIK yang masih menggunakan lembaran kertas (tradisional) wajib melakukan perakitan (*assembling*) dengan cara merapihkan lembaran-lembaran RK rawat Inap/jalan secara kronologis yang sesuai dengan aturan penataan lembaran. Kegiatan perakitan ini merupakan bagian dari analisis kualitatif meski secara terbatas. Sayangnya, kebanyakan praktisi perakitan cenderung hanya melaksanakan analisis kuantitatif dan belum ke arah analisis kualitatif. Penyebabnya karena terbatasnya waktu atau keterampilan diri. Padahal, semakin tingginya tingkat sarana pelayanan kesehatan yang ada, kebutuhan akan analisis kualitatif menjadi semakin kompleks. Misalnya pada RS pendidikan. Dalam praktiknya, sebelum meletakkan RK kedalam rak penjajaran (*filing shelves*) praktisi perakitan bahkan juga praktisi klarifikasi penyakit (*coding*) sebagai pilihan terakhir, sering kurang jeli dalam menganalisis RM. Akibatnya, bilamana diperiksa kembali sering terdapat kekurang lengkapan data/informasi yang serius.

Dari sudut pertanggungjawaban secara hukum, ketidakcermatan dalam penganalisisan dapat berakibat fatal, baik terhadap pasien, instansi maupun sebagai ancaman kelalaian terhadap pihak pengisi. Kenyataan ini menunjukan bahwa pelaksanaan analisis kualitatif tidak dapat dilaksanakan bersamaan dengan waktu analisis kuantitatif ditempat perakitan. Kegiatan analisis kualitatif membutuhkan waktu penelaahan yang lebih lama dan mendalam. Pelaksanaan analisis kualitatif dapat dilakukan dengan sampel acak (random sampling) dan

ditelaah secara retrospektif. Bila jumlah praktisi analisi kualitatif memadai maka analisis kualitatif dapat diberlakukan bagi setiap berkas pasien yang kembali, khususnya dari ruang rawat inap.

Hal ini disebabkan data/informasi yang ada dalam rekam medis kesehatan rawat inap lebih lengkap dibandingkan dengan rawat jalan. Dengan semakin tingginya tuntutan terhadap kualitas kelengkapan rekaman dan pelayanan medis, maka, Hatta (2002) mengembangkan analisis kualitatif dalam dua kriteria yaitu administratif dan medis. Dengan demikian, unsur kualitas medis pasien juga dapat dianalisis dari kelengkapan pendokumentasian rekaman. Keberhasilan kegiatan analisis ini ini merupakan tugas dari seorangn praktisi analisis kualitatif pada unit kerja MIK. Konsep analisis kelengkapan RK secara kualitatif dengan metode pengintegrasian pada 3 unsur yaitu hukum, administratif serta standar pelayanan medis ini merupakan cara baru yang dikembangkan.

7. Tujuan analisis kualitatif rekam medis

Tujuan Analisis Kualitatif adalah demi terciptanya isi RM yang terhindar dari masukan yang tidak tetap/ taat asas (konsisten) maupun pelanggaran terhadap rekaman yang berdampak pada hasil yang tidak akurat dan tidak lengkap. Tujuan lainnya yaitu sebagai berikut :

a. Mendukung Kualitas informasi
b. Merupakan aktifitas dari risk menajement
c. Membantu dalam memberikan kode penyakit dan tindakan yang lebih spesifik yang sangat penting untuk penelitian medis,study administrasi dan penagihan.
d. Meningkatkan kualitas pencatatan,khususnya yang dapat mengakibatkan ganti rugi pada masa yang akan dating
e. Kelengkapan informed consent sesuai dengan peraturan
f. Identifikasi catatan yang tidak konsisten
g. Mengingatkan kembali tentang pencatatan yang baik dan memperlihatkan pencatatan yang kurang. Kegiatan ini membutuhkan praktisi analisis yang cakap, menguasai terminologi medis, anatomi, fisiologi, dasar proses penyakit, mengerti makna isi rekam medis serta mengetahui ketetentuan rekaman atau standar yang ada.

8. Pengetahuan yang perlu dikuasai dalam analisis kualitatif
    a. Proses penyakit
    b. Peran dan standar yang ditetapkan oleh staf medis dan instituti yang bersangkutan
    c. Perizinan
    d. Akreditasi
    e. Standarisasi dari badan yang mereview pencatatan Rekam Medis.

9. Tugas dan komponen dari analisis kualitatif

    Tugas dari analisis kualitatif yaitu :

    a. Memeriksa urutan penulisan sudah benar (Diagnosis):
        1) Principal Diagnosis
        2) Comorbiditas
        3) Commorbiditas yang mempengaruhi LOS.
    b. Sudah konsisten/atau belum
    c. Sudah lengkap isi dan penulisannya (Berkaitan dg legalitas/ Hukum)

    Komponen dari analisis kualitatif yaitu :

    a. *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 dikonfirmasikan 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 differensial 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 morpologi 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 lembaran 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 peawatan (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 proedur 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.

b. *Review for Entry Consistency* (Tinjauan Kekonsistensian Masukan dari segenap provider)

1) Konsistensi : Kesesuaian/kecocokan antara isi masukan pada bagian yang satu dengan bagian dan dengan seluruh bagian lainnya. Kesesuaian isi rekam medis merupakan pencerminan adanya kesepakatan dan keharmonisan unit satu dengan lainnya, antara tenaga kesehatan yang satu dengan tenaga kesehatan lainnya. Contoh dari konsistensi yaitu :
   a) Diagnosis : harus konsisten sejak dari admisi sampai pulang
   b) Pendokumentasian harus tegas menggambarkan/memberikan informasi tentang alasan pasien dirawat
   c) Pada Pelayanan Rawat Jalan : Pernyataan diagnosis harus konsisten antara berbagai kunjungan dengan masalah yang sama. Apabila ditemukan perbedaan yang mencolok → pelaksanaan pendokumentasian kurang memadai.

2) Ketidakkonsistenan yang dapat menyebabkan mis-komunikasi informasi asuhan pasien , biasanya terjadi pada 3 bagian di bawah ini yaitu :
    a) Catatan Perkembangan *(Progress Note)* Catatan perkembangan yang ditulis oleh tenaga kesehatan yang berbeda.
    b) Perintah Terapi/pemberian obat dan catatan perkembangan tidak sesuai
    c) Informasi pada saat admisi dan pada saat pasien pulang yang ditulis oleh petugas yang berbeda.

c. *Review for Description & Justification of couse of treatment* (Tinjauan Penatapan Kepastian Alasan pasien dirawat & terapi)

   Secara keseluruhan, RM harus menggambarkan kespesifikan & proses berpikir/pemikiran.

   1) Menggambarkan kepastian urutan kepastian alasan pasien dirawat pada suatu RS maupun pada sarana pelayanan kesehatan lainnya Oleh karena itu RM harus merupakan rekaman dari hasil studi diagnosis, terapi, penyuluhan & lokasi pasien.
   2) Proses pemikiran dapat tercermin adanya alasan-alasan yang mengarah ke suatu keputusan baik untuk melakukan tindakan maupun tidak melakukan tindakan.
   3) Hal ini penting karena dapat menjelaskan keadaan apabila ada perubahan terapi/tindakan lain yang dilakukan.

   Apabila ditemukan perbedaan yang mencolok → pelaksanaan pendokumentasian kurang memadai.

d. *Review for Recording Informed concent* (Tinjauan pendokumentasian yang berkaitan dengan informed concent)

   1) Dokter : menulis dengan jelas dan tepat penjelasan-penjelasan yang diberikan kepada pasien.
   2) Pasien : setuju atau menolak, semua didokumentasikan.
   3) Kebijakan-kebijakan :
      a) Wajib diketahui oleh tenaga perekam medis dan menerapkannya pada saat analisis kualiltatif

b) Dokter didorong untuk mematuhi kebijakan yang ada dan harus jelas hati-hati mencatat semua hal yang berkaitan dengan informed concent: Misalnya : menguraikan semua yang dijelaskan kepada pasien tentang keuntungan dan resiko dilakukannya atau tidak dilakukannya suatu operasi.tertentu., menjelaskan efek samping obat.

e. *Review for Documentation Practices* (Tinjauan terhadap praktek pendokumentasian /pencatatan) Praktek pencatatan/pendokumentasian harus memenuhi :

1) Ketepatan waktu , dan beraspek legal
2) Penggunaan singkatan-singkatan yang sah
3) Keterbacaan (Legibility)
4) Hindari pencatatan yang berlebihan
5) RM hendaknya tidak memiliki “time gaps” (jurang waktu) yang tidak bisa dijelaskan : Ini penting khususnya untuk kasus-kasus emergency , karena perlu tindakan cepat kadang-kadang pendokumentasian kurang memperoleh waktu yang memadai.
6) RM mencerminkan pernyataan yang jujur & tulus iklas
7) RM tidak boleh mengandung kritikan dan hinaan
8) Pendokumentasian dengan komputer perlu diatur terlebih dulu tentang prosedur legalisasi yang diperlukan bubuhan tanda tangan penulis.

f. *Review for Potensially Compensabel Events* (Tinjauan kejadian yang potensial terkena tuntutan denda penggantian kerugian)

Beberapa pertanyaan yang perlu jawaban untuk mengurangi hal-hal yang tidak diinginkan di kemudian hari :

1) Apakah admisi yang dimaksud adalah kelanjutan dari komplikasi atau perawatan sebelumnya? Layanan rawat yang kurang tuntas?
2) Apakah ada/tidak-ada penjelasan lain apabila pasien dipindahkan dari unit pelayanan umum ke unit pelayanan khusus ?
3) Apakah pasien terkena infeksi nosokomial?
4) Apa ada gangguan sakit pada saat pasien sudah keluar ? Yang tidak ada pada saat pasien keluar? Semua hal tersebut di atas keadaan yang perlu

jawaban tegas dan tepat karena berpotensi terkena tuntutan ganti rugi di kemudian hari.

10. Penugasan
    a. Mahasiswa mengerjakan soal berikut dengan memilih jawaban yang paling benar
    b. Pengampu dan mahasiswa mendiskusikan bersama untuk membahas dan mendapatkan jawaban yang benar dan tepat.

    Tugas

    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 Perekam 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 ppemberian 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
   d. Menggunakan Singkatan yang umum: yang sudah ada dalam pedoman pelayanan rekam medis
   e. Semua benar

11. Referensi

BPPSDM Kesehatan, Siswati. 2018. Manajemen Unit Kerja II Perencanaan SDM Unit Kerja RMIK. Jakarta : Kemenkes RI.

Hidayah, Aep Nurul. 2014. Analisis Rekam Medis. Web : https://aepnurulhidayat.wordpress.com/2014/07/01/analisis-rekam-medis-2/ diakses pada 1 Maret 2022.

Kholili, Ulil, et al. 2011. Pengenalan Ilmu Rekam Medis Pada Masyarakat Serta Kewajiban Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit. Pekanbaru : STIKES Hang Tuah Pekanbaru.

Mathar, Irmawati. 2018. Manajemen Informasi Kesehatan (Pengelolaan Rekam Medis) Yogyakarta: Deepublish.

Sugiyono. (2017). Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, R & D. Bandung: CV Alfabeta.

Sudra, R.I. 2013. Rekam Medis. Banten: Universitas Terbuka.

12. Lembar Catatan Pembelajaran

Nama :

NIM :

Kelas :

No	Tanggal	Aktivitas	Catatan pengampuan	Tanda tangan pengampu
1				

Nilai Akhir: _____

Pengampu,

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

MODUL 5

KOMPONEN ANALISIS KUALITATIF

Mata Kuliah : Mutu Pelayanan Rekam Medis

Semester V

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

HANYA UNTUK PENGGUNAAN INTERNAL

Kodefikasi terkait : Mutu Pelayanan Rekam Medis
Kode Mata Kuliah : RMIK505
Tanggal Mulai : 1 Agustus 2022

Penyajian Dan Interpretasi Hasil Analisis Kualitatif

Modul : 5

Anton Kristijono
Alfian Eka Pradana
Denny Iswara

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Mutu Pelayanan Rekam Medis terkait Penyajian dan interpretasi hasil analisis kualitatif dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul praktik ini mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan tentang penyajian dan interpretasi hasil analisis kualitatif, pada mata kuliah Mutu Pelayanan Rekam Medis. Dengan demikian diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti praktik laboratorium maupun dalam kegiatan perkulihan.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan praktik mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan instruktur praktik.

Yogyakarta, 14 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar Isi

1. Pengantar 4

2. Capaian Pembelajaran 4

3. Bahan Kajian 4

4. Tujuan Pembelajaran 5

5. Luaran 5

6. Persiapan menganalisis rekam medis dan penyajian data analisis kualitatif 6

a. Instrumen pengumpulan, pengolahan, dan penyajian data analis kualitatif 6

b. Memilih Metode Analisis Kualitatif yang Akan Digunakan 13

c. Menilai hasil analisis kuantitatif dengan melakukan analisis evaluasi 13

d. Memberikan rekomendasi hasil analisis-evaluasi hasil audit kualitatif RM 14

e. Kriteria hasil analisis kualitatif 14

7. Penugasan 16

8. Referensi 18

9. Lembar Catatan Pembelajaran 19

1. Pengantar

Mata kuliah ini memuat materi tentang Mutu Pelayanan dalam Rekam Medis. Mata kuliah ini dilaksanakan dengan mengintegrasikan dasar-dasar ilmu dalam mutu pelayanan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan dengan pelaksanaan baik teori maupun praktik. Secara khusus mahasiswa akan diberikan pengetahuan dan keterampilan tentang standar pendokumentasian RM, pengenalan penyelesaian masalah di unit kerja RM, konsep analisis kuantitatif RM, konsep analisis kualitatif RM, penyajian dan interpretasi hasil analisis kualitatif dan kuantitatif RMIK, dan analisis kuantitatif dan kualitatif. Mata kuliah ini memberikan pengalaman belajar kepada mahasiswa yang mendukung untuk mencapai kompetensi sebagai penjamin Mutu Pelayanan dalam Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Mata kuliah ini memberikan pengalaman belajar kepada mahasiswa yang mendukung untuk mencapai kompetensi sebagai *clinical coder* berdasarkan Standar Nasional Pendidikan Tinggi (Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020).

Modul Mutu Pelayanan Rekam Medis terkait Penyajian dan Interpretasi Hasil Analisis Kualitatif dan Kuantitatif, Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Semester Ganjil Tahun Akademik 2022/2023, disusun dengan tujuan untuk memberikan arahan serta acuan bagi mahasiswa dan instruktur, dalam melaksanakan kegiatan pembelajaran selama Semester Ganjil di Prodi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Tahun Akademik 2022/2023. Modul ini berisi tentang materi penyajian dan interpretasi hasil analisis kualitatif dan kuantitatif RMIK.

2. Capaian Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami tentang penyajian dan interpretasi hasil analisis kualitatif dan kuantitatif dalam rekam medis.

3. Bahan Kajian

a. Pengertian penyajian dan interpretasi hasil analisis kualitatif dan kuantitatif dalam rekam medis
b. Tujuan penyajian dan interpretasi hasil analisis kualitatif dan kuantitatif dalam rekam medis

c. Persiapan menganalisis rekam medis, memilih metode analisis, menilai hasil analisis, memberi rekomendasi hasil analisis-evaluasi dan penyajian data analisis kuantitatif dan kualitatif dalam rekam medis

4. Tujuan Pembelajaran

   Peserta didik mampu memahami tentang konsep analisis kualitatif rekam medis.

   a. Peserta didik mampu memahami tentang pengertian penyajian dan interpretasi hasil analisis kualitatif dan kuantitatif dalam rekam medis
   b. Peserta didik mampu memahami tentang tujuan penyajian dan interpretasi hasil analisis kualitatif dan kuantitatif dalam rekam medis
   c. Peserta didik mampu memahami tentang persiapan menganalisis rekam medis, memilih metode analisis, menilai hasil analisis, memberi rekomendasi hasil analisis-evaluasi dan penyajian data serta interpretasi hasil analisis kualitatif dan kuantitatif dalam rekam medis

5. Luaran

   a. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan pengertian penyajian dan interpretasi hasil analisis kualitatif dan kuantitatif dalam rekam medis
   b. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan tujuan penyajian dan interpretasi hasil analisis kualitatif dan kuantitatif dalam rekam medis
   c. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan persiapan menganalisis rekam medis, memilih metode analisis, menilai hasil analisis, memberi rekomendasi hasil analisis-evaluasi dalam penyajian dan interpretasi hasil analisis kualitatif dan kuantitatif dalam rekam medis

6. Persiapan menganalisis rekam medis dan penyajian data analisis kualitatif

   a. Instrumen pengumpulan, pengolahan, dan penyajian data analis kualitatif

Tabel 1. 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 2. 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. 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 12. Lembaran Kerja Analisis Kualitatif Komponen Adanya Kekonsistensian Pengisian *Informed Concent/* 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 4. Lembaran Kerja Analisis Kualitatif Komponen Praktik Pencatatan yang Berkualitas

N0.	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 5. Lembaran Kerja Analisis Kualitif 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 6. Mengidentifikasi Kejadian Penting yang Mungkin akan Menyebabkan Tuntutan Ganti Rugi pada bagi Perawat

NO	NO.RM	KEJADIAN PENTING PERAWAT				KET
		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 7. Rekapitulasi Analisis Kualitatif Kelengkapan 7 Kekonsistenan

BULAN:

Total jumlah berkas yang dianalisis .....

NO.	KOMPONEN ANALISIS	AKURAT, LENGKAP, KONSISTEN	
		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 8. 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 9. 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 10. 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.	*Informed consent* sesuai dengan operasi/ tindakan yang dilakukan		
	Perawat		
2.	Kelengkapan isi *informed consent*		
Average			
KESAN:			
SARAN:			

Tabel 11. 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 12. 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 13. 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:			

b. 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:

1) 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.
2) 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.
3) 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.

c. 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.

d. 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 memprosentasekan kelengkapan, membandingkan antar periode, melihat trendline, melihat hasil sesudah dilakukan tindak lanjut/ feedback.

e. 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 x 100% = 33.3%.

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

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 Rate= 50/750 x100%= 6.7%.

Bila DMR lebih dari 50 % maka ini merupakan masalah yang serius Bila IMR sangat tinggi maka DMR 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.

7. Penugasan
   a. Mahasiswa mengerjakan soal berikut dengan memilih salah satu jawaban yang paling benar
   b. Pengampu dan mahasiswa mendiskusikan bersama untuk membahas dan mendapatkan jawaban yang benar dan tepat.

   Tugas

   1) 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
   2) 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
   3) 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

4) 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

5) 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
   D. Penulisan menggunakan singkatan yang umum atau yang sudah ada dalam pedoman pelayanan rekam medis
   E. Semua benar

8. Referensi

BPPSDM Kesehatan, Siswati. 2018. Manajemen Unit Kerja II Perencanaan SDM Unit Kerja RMIK. Jakarta : Kemenkes RI.

Hidayah, Aep Nurul. 2014. Analisis Rekam Medis. Web : https://aepnurulhidayat.wordpress.com/2014/07/01/analisis-rekam-medis-2/ diakses pada 1 Maret 2022

Kholili, Ulil, et al. 2011. Pengenalan Ilmu Rekam Medis Pada Masyarakat Serta Kewajiban Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit. Pekanbaru : STIKES Hang Tuah Pekanbaru

Mathar, Irmawati. 2018. Manajemen Informasi Kesehatan (Pengelolaan Rekam Medis) Yogyakarta: Deepublish

Sugiyono. (2017). Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, R & D. Bandung: CV Alfabeta

Sudra, R.I. 2013. Rekam Medis. Banten: Universitas Terbuka

9. Lembar Catatan Pembelajaran

Nama :

NIM :

Kelas :

No	Tanggal	Aktivitas	Catatan pengampuan	Tanda tangan pengampu
1				

Nilai Akhir: _____

Pengampu,

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

MODUL 6

PENYAJIAN DAN INTERPRETASI HASIL ANALISIS KUANTITATIF 1

Mata Kuliah : Mutu Pelayanan Rekam Medis

Semester V

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

HANYA UNTUK PENGGUNAAN INTERNAL

Kodefikasi terkait : Mutu Pelayanan Rekam Medis
Kode Mata Kuliah : RMIK505
Tanggal Mulai : 1 Agustus 2022

Penyajian dan Interpretasi Hasil Analisis Kuantitatif

Modul: 6

Anton Kristijono
Alfian Eka Pradana
Denny Iswara

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Mutu Pelayanan Rekam Medis terkait Penyajian dan interpretasi hasil analisis kuantitatif dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul praktik ini mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan tentang penyajian dan interpretasi hasil analisis kuantitatif, pada mata kuliah Mutu Pelayanan Rekam Medis. Dengan demikian diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti praktik laboratorium maupun dalam kegiatan perkulihan.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan praktik mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan instruktur praktik.

Yogyakarta, 14 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar Isi

1. Pengantar 4

2. Capaian Pembelajaran 4

3. Bahan Kajian 4

4. Tujuan Pembelajaran 5

5. Luaran 5

6. Persiapan menganalisis rekam medis dan penyajian data analisis kuantitatif 6

a. Menyiapkan instrument : Instrumen Pengumpulan, Pengolahan, dan Penyajian Data analisis kuantitatif 6

b. Memilih Metode Analisis yang akan Digunakan 11

c. Menilai hasil analisis kuantitatif dengan melakukan analisis-evaluasi 12

d. Memberikan rekomendasi hasil analisis-evaluasi hasil audit kuantitatif RM 12

7. Penugasan 13

8. Referensi 15

9. Lembar Catatan Pembelajaran 16

1. Pengantar

Mata kuliah ini memuat materi tentang Mutu Pelayanan dalam Rekam Medis. Mata kuliah ini dilaksanakan dengan mengintegrasikan dasar-dasar ilmu dalam mutu pelayanan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan dengan pelaksanaan baik teori maupun praktik. Secara khusus mahasiswa akan diberikan pengetahuan dan keterampilan tentang standar pendokumentasian RM, pengenalan penyelesaian masalah di unit kerja RM, konsep analisis kuantitatif RM, konsep analisis kualitatif RM, penyajian dan interpretasi hasil analisis kualitatif dan kuantitatif RMIK, dan analisis kuantitatif dan kualitatif. Mata kuliah ini memberikan pengalaman belajar kepada mahasiswa yang mendukung untuk mencapai kompetensi sebagai penjamin Mutu Pelayanan dalam Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Mata kuliah ini memberikan pengalaman belajar kepada mahasiswa yang mendukung untuk mencapai kompetensi sebagai *clinical coder* berdasarkan Standar Nasional Pendidikan Tinggi (Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020).

Modul Mutu Pelayanan Rekam Medis terkait Penyajian dan Interpretasi Hasil Analisis Kualitatif dan Kuantitatif, Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Semester Ganjil Tahun Akademik 2022/2023, disusun dengan tujuan untuk memberikan arahan serta acuan bagi mahasiswa dan instruktur, dalam melaksanakan kegiatan pembelajaran selama Semester Ganjil di Prodi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Tahun Akademik 2022/2023. Modul ini berisi tentang materi penyajian dan interpretasi hasil analisis kuantitatif.

2. Capaian Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami tentang penyajian dan interpretasi hasil analisis kuantitatif dalam rekam medis.

3. Bahan Kajian

a. Pengertian penyajian dan interpretasi hasil analisis kuantitatif dalam rekam medis
b. Tujuan penyajian dan interpretasi hasil analisis kuantitatif dalam rekam medis

c. Persiapan menganalisis rekam medis, memilih metode analisis, menilai hasil analisis, memberi rekomendasi hasil analisis-evaluasi dan penyajian data analisis kuantitatif dalam rekam medis.

4. Tujuan Pembelajaran
   a. Peserta didik mampu memahami tentang konsep analisis kuantitatif rekam medis.
   b. Peserta didik mampu memahami tentang pengertian penyajian dan interpretasi hasil analisis kuantitatif dalam rekam medis
   c. Peserta didik mampu memahami tentang tujuan penyajian dan interpretasi hasil analisis kuantitatif dalam rekam medis
   d. Peserta didik mampu memahami tentang persiapan menganalisis rekam medis, memilih metode analisis, menilai hasil analisis, memberi rekomendasi hasil analisis-evaluasi dan penyajian data serta interpretasi hasil analisis kuantitatif dalam rekam medis

5. Luaran
   a. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan pengertian penyajian dan interpretasi hasil analisis kuantitatif dalam rekam medis
   b. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan tujuan penyajian dan interpretasi hasil analisis kuantitatif dalam rekam medis
   c. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan persiapan menganalisis rekam medis, memilih metode analisis, menilai hasil analisis, memberi rekomendasi hasil analisis-evaluasi dalam penyajian dan interpretasi hasil analisis kuantitatif dalam rekam medis

6. Persiapan menganalisis rekam medis dan penyajian data analisis kuantitatif

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

a. Menyiapkan instrument : Instrumen Pengumpulan, Pengolahan, dan Penyajian Data analisis kuantitatif

1) Lembaran Kerja Pengumpulan Data Audit Kuantitatif RM

Tabel 1. Lembaran Kerja Pengumpulan Data Audit Kuantitatif RM

Ada = 1 Tidak ada = 0 **Nama pelaksana** **Tgl.** Rumah Sakit

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																	

2) Lembaran Kerja Rekapitulasi Data guna Pengolahan Data Audit Kuantitatif RM

Tabel 2. Lembaran Kerja Rekapitulasi Data guna Pengolahan Data 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:

3) Lembaran Kerja Rekapitulasi Keempat Komponen guna Penyajian Data Audit Kuantitatif RM

Tabel 3. Lembar Kerja Analisis Kuantitatif Komponen 1 Identitas Pasien

NO.	KOMPONEN ANALISIS	KELENGKAPAN	
		JUMLAH	PROSENTASE
	IDENTITAS PASIEN		
1.	Nama	a	a/M x 100%
2.	No.Rekam Medis	b	b/M x 100%
3.	Tanggal Lahir	c	c/M x100%
A	**Average**	**A=avg a,b,c**	(a+b+c)/M x 100%

M = Jumlah RM yang dianalisis

Tabel 4. Lembar Kerja Analisis Kuantitatif Komponen Kedua Catatan yang Penting

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

M = Jumlah RM yang dianalisis

Tabel 5. Lembar Kerja Analisis Kunatitatif Komponen Ketiga Autentikasi/Keabsahan Penulis

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

M= Jumlah RM yang dianalisis

Tabel 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 x 100%
2.	Tidak ada Tipp-ex	n	n/M x 100%
3.	Tidak ada bagian yang kosong	o	o/M x 100%
	Average	**D=avg m,n,o**	(m+n+o)/M x 100%

M = Jumlah RM yang dianalisis

Tabel 7. Lembaran Kerja Rekapitulasi Keempat Komponen guna Penyajian Data Audit Kuantitatif Rekam Medis

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

M = Jumlah RM yang dianalisis

No.	KRITERIA ANALISIS	KELENGKAPAN	
		JUMLAH	PROSENTASE
IDENTITAS PASIEN			
1.	Nama	a	a/M x 100%
2.	No.Rekam Medis	b	b/M x 100%
3.	Tanggal Lahir	c	c/M x100%
	Average	**A=avg a,b,c**	**(a+b+c)/M x 100%**
A.	**KELENGKAPAN LAPORAN CATATAN YANG PENTING SEBAGAI BUKTI REKAMAN**		
1.	Pengkajian Awal	d	d/M x 100%
2.	Catatan Pengobatan dan perawatan	e	e/M x 100%
3.	Informed Consent	f	f/M x 100%
4.	Bukti Pengobatan & Perawatan	g	g/M x 100%
5.	Catatan Saat pulang	h	h/M x 100%
	Average	**B=avg d,e,f,g,h**	**(d+e+f+g+h)/M x 100%**
B.	**AUTENTIKASI PENULIS/ KEABSAHAN REKAMAN**		
1.	Nama Dokter	i	i/M x 100%
2.	Tanda tangan Dokter	j	j/M x 100%
3.	Nama Perawat	k	k/M x 100%
4	Tanda tangan Perawat	l	
	Average	**C=avg I,j,k,l**	**(i+j+k+l)/M x 100%**
C.	**CATATAN YANG BAIK**		
1.	Tidak ada Coretan	m	m/M x 100%
2.	Tidak ada Tipp-ex	n	n/M x 100%
3.	Tidak ada Bagian yang kosong	o	o/M x 100%
D	**Average**	**D=avg m,n,o**	**(m+n+o)/M x 100%**
	Average Ke Empat Komponen	**AVG A,B,C,D**	**(A+B+C+D)/M x 100%**

M= Jumlah RM yang dianalisis

Tabel 8. Lembaran Kerja Rekapitulasi Analisis Kuantitatif Keempat Komponen

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

M = Jumlah RM yang dianalisis

b. 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.

1) Menganalisis Lembaran Umum: Analisis semua lembaran RM secara lengkap
2) Menganalisis Lembaran Khusus: Analisis lembaran yang dianggap penting

Contoh kasus:

1) 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.

2) 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
3) RS C mereview informed consent, dalam hal ini menganalisis “Surat Pernyataan Persetujuan/ Penolakan Tindakan/ Operasi
4) RS D Memprioritaskan kelengkapan resemu/ ringkasan riwayat pulang maka dilakkanlah hanya lembaran resume saja.

c. Menilai hasil analisis kuantitatif dengan melakukan analisis-evaluasi

Dari analisis ini diharapkan:

1) Dapat mengidentifikasi kekurangan-kekurangan pencatatan yang harus dilengkapi olehpemberi 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.

d. 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.

7. Penugasan
   a. Mahasiswa mengerjakan soal berikut dengan memilih salah satu jawaban yang paling benar
   b. Pengampu dan mahasiswa mendiskusikan bersama untuk membahas dan mendapatkan jawaban yang benar dan tepat.

   Tugas

   1) 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
   2) 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
   3) 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

4) 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

5) 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
   D. Penulisan menggunakan singkatan yang umum atau yang sudah ada dalam pedoman pelayanan rekam medis
   E. Semua benar

8. Referensi

BPPSDM Kesehatan, Siswati. 2018. Manajemen Unit Kerja II Perencanaan SDM Unit Kerja RMIK. Jakarta : Kemenkes RI.

Hidayah, Aep Nurul. 2014. Analisis Rekam Medis. Web : https://aepnurulhidayat.wordpress.com/2014/07/01/analisis-rekam-medis-2/ diakses pada 1 Maret 2022.

Kholili, Ulil, et al. 2011. Pengenalan Ilmu Rekam Medis Pada Masyarakat Serta Kewajiban Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit. Pekanbaru : STIKES Hang Tuah Pekanbaru.

Mathar, Irmawati. 2018. Manajemen Informasi Kesehatan (Pengelolaan Rekam Medis) Yogyakarta: Deepublish.

Sugiyono. (2017). Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, R & D. Bandung: CV Alfabeta.

Sudra, R.I. 2013. Rekam Medis. Banten: Universitas Terbuka.

9. Lembar Catatan Pembelajaran

Nama :

NIM :

Kelas :

No	Tanggal	Aktivitas	Catatan pengampuan	Tanda tangan pengampu
1				

Nilai Akhir: _____

Pengampu,

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

MODUL 7

PENYAJIAN DAN INTERPRETASI HASIL ANALISIS KUANTITATIF 2

Mata Kuliah : Mutu Pelayanan Rekam Medis

Semester V

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

HANYA UNTUK PENGGUNAAN INTERNAL

Kodefikasi terkait : Mutu Pelayanan Rekam Medis
Kode Mata Kuliah : RMIK505
Tanggal Mulai : 1 Agustus 2022

Analisis Kualitatif dan Kuantitatif

Modul : 7

Anton Kristijono
Alfian Eka Pradana
Denny Iswara

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Mutu Pelayanan Rekam Medis terkait analisis kualitatif dan kuantitatif RMIK dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul praktik ini mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan tentang analisis kualitatif dan kuantitatif RMIK, pada mata kuliah Mutu Pelayanan Rekam Medis. Dengan demikian diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti praktik laboratorium maupun dalam kegiatan perkulihan.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan praktik mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan instruktur praktik.

Yogyakarta, 14 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar Isi

1. Pengantar 4
2. Capaian Pembelajaran 4
3. Bahan Kajian 4
4. Tujuan Pembelajaran 5
5. Luaran 5
6. Analisis Kuantitatif 6
a. Pengertian 6
b. Tujuan 7
c. Waktu Pelaksanaan 7
d. Komponen 8
e. Persiapan menganalisis rekam medis dan penyajian data analisis kuantitatif 10
7. Analisis Kualitatif 17
a. Pengertian 17
b. Tujuan 18
c. Pengetahuan yang perlu dikuasai dalam analisis kualitatif 19
d. Tugas dan komponen dari analisis kualitatif 19
e. Komponen dari analisis kualitatif yaitu : 19
f. Persiapan menganalisis rekam medis dan penyajian data analisis kualitatif 24
g. Memilih Metode Analisis Kualitatif yang Akan Digunakan 32
h. Menilai hasil analisis kuantitatif dengan melakukan analisis evaluasi 32
i. Memberikan rekomendasi hasil analisis-evaluasi hasil audit kualitatif RM 33
j. Kriteria hasil analisis kualitatif 33
8. Penugasan 35
9. Referensi 39
10. Lembar Catatan Pembelajaran 40

1. Pengantar

Mata kuliah ini memuat materi tentang Mutu Pelayanan dalam Rekam Medis. Mata kuliah ini dilaksanakan dengan mengintegrasikan dasar-dasar ilmu dalam mutu pelayanan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan dengan pelaksanaan baik teori maupun praktik. Secara khusus mahasiswa akan diberikan pengetahuan dan keterampilan tentang standar pendokumentasian RM, pengenalan penyelesaian masalah di unit kerja RM, konsep analisis kuantitatif RM, konsep analisis kualitatif RM, penyajian dan interpretasi hasil analisis kualitatif dan kuantitatif RMIK, dan analisis kuantitatif dan kualitatif. Mata kuliah ini memberikan pengalaman belajar kepada mahasiswa yang mendukung untuk mencapai kompetensi sebagai penjamin Mutu Pelayanan dalam Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Mata kuliah ini memberikan pengalaman belajar kepada mahasiswa yang mendukung untuk mencapai kompetensi sebagai *clinical coder* berdasarkan Standar Nasional Pendidikan Tinggi (Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020).

Modul Mutu Pelayanan Rekam Medis terkait Analisis Kualitatif dan Kuantitatif, Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Semester Ganjil Tahun Akademik 2022/2023, disusun dengan tujuan untuk memberikan arahan serta acuan bagi mahasiswa dan instruktur, dalam melaksanakan kegiatan pembelajaran selama Semester Ganjil di Prodi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Tahun Akademik 2022/2023. Modul ini berisi tentang materi analisis kualitatif dan kuantitatif RMIK.

2. Capaian Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami tentang penyajian dan interpretasi hasil analisis kualitatif dan kuantitatif dalam rekam medis.

3. Bahan Kajian

a. Pengertian analisis kualitatif dan kuantitatif dalam rekam medis
b. Tujuan analisis kualitatif dan kuantitatif dalam rekam medis
c. Waktu pelaksanaan analisis kualitatif dan kuantitatif dalam rekam medis
d. Komponen analisis kualitatif dan kuantitatif dalam rekam medis

e. Persiapan menganalisis rekam medis dan penyajian data analisis kuantitatif dan kualitatif dalam rekam medis

4. Tujuan Pembelajaran

   Peserta didik mampu memahami tentang konsep analisis kualitatif rekam medis.

   a. Peserta didik mampu memahami tentang pengertian pengertian analisis kualitatif dan kuantitatif dalam rekam medis
   b. Peserta didik mampu memahami tentang tujuan analisis kualitatif dan kuantitatif dalam rekam medis
   c. Peserta didik mampu memahami tentang waktu pelaksanaan analisis kualitatif dan kuantitatif dalam rekam medis
   d. Peserta didik mampu memahami tentang komponen analisis kualitatif dan kuantitatif dalam rekam medis
   e. Peserta didik mampu memahami tentang persiapan menganalisis rekam medis dan penyajian data analisis kuantitatif dan kualitatif dalam rekam medis

5. Luaran

   a. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan pengertian analisis kualitatif dan kuantitatif dalam rekam medis
   b. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan tujuan analisis kualitatif dan kuantitatif dalam rekam medis
   c. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan waktu pelaksanaan analisis kualitatif dan kuantitatif dalam rekam medis
   d. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan komponen analisis kualitatif dan kuantitatif dalam rekam medis
   e. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan persiapan menganalisis rekam medis dan penyajian data analisis kuantitatif dan kualitatif dalam rekam medis

6. Analisis Kuantitatif

a. Pengertian

Analisis kuantitatif adalah telaah atau review bagian tertentu dari isi rekam medis dengan maksud menemukan kekurangan khusus dari isi rekam medis dengan maksud menemukan kekurangan khusus yang berkaitan dengan pendokumentasian (pencatatan) rekam medis. Menurut Sugiyono (2017) dalam buku metode penelitian kuantitatif, kualitatif dan R&D. “Metode penelitian kuantitatif adalah metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat positivisme, digunakan untuk meneliti pada populasi atau sampel tertentu, pengumpulan data menggunakan instrumen penelitian, analisis data bersifat kuantitatif/statistik, dengan tujuan untuk menguji hipotesis yang telah ditetapkan”.

Penilaian mutu berkas rekam medik salah satunya dapat dilakukan melalui analisis kuantitatif. Ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medik sering terjadi pada pengisian nama dan nomor rekam medik. Dengan tidak adanya nama dan nomor rekam medik akan menyulitkan petugas rekam medik dalam menggabungkan berkas rekam medik dengan berkas rekam medis yang lain jika tercecer atau terlepas dari mapnya.

Mutu dalam pengisian berkas rekam medis memang menjadi tanggung jawab para tenaga kesehatan. Hal ini dijelaskan dalam UU Praktik Kedokteran No. 29 tahun 2004 pasal 46 ayat (1) :’Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktek wajib membuat rekam medis.”. Selanjutnya dalam ayat (2) disebutkan bahwa “Rekam medis sebagaimana dimaksud ayat (1) harus segera dilengkapi setelah pasien selesai menerima pelayanan kesehatan. Dalam ayat (3) disebutkan bahwa,” Setiap catatan rekam medis harus dibubuhi nama, waktu dan tanda tangan petugas yang memberikan pelayanan atau tindakan”.

b. Tujuan

1) Menentukan sekiranya ada kekurangan agar dapat dikoreksi dengan segera pada saat pasien masih dirawat, dan item kekurangan belum terlupakan, untuk menjamin efektifitas kegunaan isi rekam medis di kemudian hari. Yang dimaksud dengan koreksi ialah perbaikan sesuai keadaan yang sebenarnya terjadi.
2) Untuk mengidentifikasi bagian yang tidak lengkap yang dengan mudah dapat dikoreksi dengan adanya suatu prosedur sehingga rekam medis menjadi lebih lengkap dan dapat dipakai untuk pelayanan pada pasien, melindungi dai kasus hukum, memenuhi peraturan dan untuk analisa statistik yang akurat.
3) Kelengkapan Rekam medis sesuai dengan peraturan yang ditetapkan jangka waktunya, perizinan, akreditasi, keperluan sertifikat lainnya
4) Mengetahui hal-hal yang berpotensi untuk membayar ganti rugi

c. Waktu Pelaksanaan

1) *Concurrent Analisys* yaitu analisis dilakukan bersamaan dengan saat pelayanan pasien terkait sedang berjalan. Cara ini memudahkan koreksi dan akan mengurangi salah tafsir dikemudian hari. Keuntungan yang lain yaitu terjaganya kualitas kelengkapan data/informasi klinis dan pengesahannya (adanya nama lengkap, tanda tangan petugas/pasien/wali, waktu pemberian pelayanan dan lainya) dalam rekam medis.
2) *Retrospective Analisys* yaitu analisis dilakukan pada saat perawatan selesai dilaksanakan yang memungkinkan telaah secara menyeluruh walaupun hal ini memperlambat proses melengkapi yang kurang.

d. Komponen

1) Review identifikasi pasien

Pemilihan terhadap tiap-tiap halaman atau lembar dokumen rekam medis dalam hal identifikasi pasien, minimal harus memuat nomor rekam medis dan nama pasien. Bila terdapat lembaran tanpa identitas maka harus dilakukan review untuk menentukan kepemilikan formulir rekam medis tersebut. Dalam hal ini secara *concurrent analysis* akan lebih baik dari pada *retrospectif analysis.*

2) Review pelaporan yang penting

Dalam analisis kuantitatif, bukti rekaman yang dapat dipertanggungjawabkan secara lengkap yaitu adanya data/info kunjungan yang memuat alasan, keluhan pasien(kalau ada), riwayat pemeriksaan, data tambahan (lab), USG, EKG, EMG, diagnosis atau kondisi, rujukan (kalau ada). Lembaran tertentu kadang ada tergantung kasus. Contoh laporan operasi, anestesi, hasil PA. Penting ada tanggal dan jam pencatatan, sebab ada kaitannya dengan peraturan pengisian.

3) Review Otentikasi

Rekam kesehatan dikatakan memiliki keabsahan bilamana tenaga kesehatan yang memeriksa pasien atau surat persetujuan yang diberikan pasien/wali dalam rekam kesehatan diakhiri dengan membubuhkan tanda tangan. Otentikasi dapat berupa tanda tangan, stempel milik pribadi, initial akses komputer, pasword dan sebagainya. Sehingga dapat memudahkan identifikasi dalam rekam medis. Tidak boleh ditanda tangani oleh orang lain selain penulis, kecuali bila ditulis oleh Dokter jaga atau mahasiswa maka akan ada tanda tangan sipenulis ditambah countersign oleh supervisor dan ditulis “telah direview dan dilaksanakan atas instruksi dari……..atau telah diperiksa oleh……..

4) Review pencatatan

Analisa kuantitatif tidak bisa memecahkan masalah tentang isi rekam medis yang tidak terbaca atau tidak lengkap, tetapi bisa mengingatkan atau menandai *entry* yang tidak tertanggal, dimana kesalahan tidak diperbaiki secara semestinya terdapat daerah lompatan yang seharusnya diberi garis untuk mencegah penambahan, kemudian pada catatan kemajuan dan perintah dokter, perbaikan kesalahan merupakan aspek yang sangat penting dalam pendokumentasian. Singkatan tidak diperbolehkan. Bila ada salah pencatatan maka bagian yang salah digaris dan catatan tersebut masih terbaca, kemudian diberi keterangan disampingnya bahwa catatan tersebut salah/salah menulis rekam medis pasien lain

e. Persiapan menganalisis rekam medis dan penyajian data analisis kuantitatif

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

Menyiapkan instrument : Instrumen Pengumpulan, Pengolahan, dan Penyajian Data analisis kuantitatif

a) Lembaran Kerja Pengumpulan Data Audit Kuantitatif RM

Tabel 1. Lembaran Kerja Pengumpulan Data Audit Kuantitatif RM

Ada = 1 Tidak ada = 0 **Nama pelaksana** **Tgl.** Rumah Sakit

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																		

b) Lembaran Kerja Rekapitulasi Data guna Pengolahan Data Audit Kuantitatif RM

Tabel 2. Lembaran Kerja Rekapitulasi Data guna Pengolahan Data 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:

c) Lembaran Kerja Rekapitulasi Keempat Komponen guna Penyajian Data Audit Kuantitatif RM

Tabel 3. Lembar Kerja Analisis Kuantitatif Komponen 1 Identitas Pasien

NO.	KOMPONEN ANALISIS	KELENGKAPAN	
		JUMLAH	PROSENTASE
	IDENTITAS PASIEN		
1.	Nama	a	a/M x 100%
2.	No.Rekam Medis	b	b/M x 100%
3.	Tanggal Lahir	c	c/M x100%
A	**Average**	**A=avg a,b,c**	(a+b+c)/M x 100%

M = Jumlah RM yang dianalisis

Tabel 4. Lembar Kerja Analisis Kuantitatif Komponen Kedua Catatan yang Penting

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

M = Jumlah RM yang dianalisis

Tabel 5. Lembar Kerja Analisis Kunatitatif Komponen Ketiga Autentikasi/Keabsahan Penulis

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

M= Jumlah RM yang dianalisis

Tabel 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 x 100%
2.	Tidak ada Tipp-ex	n	n/M x 100%
3.	Tidak ada bagian yang kosong	o	o/M x 100%
	Average	**D=avg m,n,o**	(m+n+o)/M x 100%

M = Jumlah RM yang dianalisis

Tabel 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 x 100%
2.	No.Rekam Medis	b	b/M x 100%
3.	Tanggal Lahir	c	c/M x100%
	Average	**A=avg a,b,c**	**(a+b+c)/M x 100%**
A.	**KELENGKAPAN LAPORAN CATATAN YANG PENTING SEBAGAI BUKTI REKAMAN**		
1.	Pengkajian Awal	d	d/M x 100%
2.	Catatan Pengobatan dan perawatan	e	e/M x 100%
3.	Informed Consent	f	f/M x 100%
4.	Bukti Pengobatan & Perawatan	g	g/M x 100%
5.	Catatan Saat pulang	h	h/M x 100%
	Average	**B=avg d,e,f,g,h**	**(d+e+f+g+h)/M x 100%**
B.	**AUTENTIKASI PENULIS/ KEABSAHAN REKAMAN**		
1.	Nama Dokter	i	i/M x 100%
2.	Tanda tangan Dokter	j	j/M x 100%
3.	Nama Perawat	k	k/M x 100%
4	Tanda tangan Perawat	l	
	Average	**C=avg I,j,k,l**	**(i+j+k+l)/M x 100%**
C.	**CATATAN YANG BAIK**		
1.	Tidak ada Coretan	m	m/M x 100%
2.	Tidak ada Tipp-ex	n	n/M x 100%
3.	Tidak ada Bagian yang kosong	o	o/M x 100%
D	**Average**	**D=avg m,n,o**	**(m+n+o)/M x 100%**
	Average Ke Empat Komponen	**AVG A,B,C,D**	**(A+B+C+D)/M x 100%**

M= Jumlah RM yang dianalisis

Tabel 8. Lembaran Kerja Rekapitulasi Analisis Kuantitatif Keempat Komponen

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

M = Jumlah RM yang dianalisis

d) 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.

i. Menganalisis Lembaran Umum: Analisis semua lembaran RM secara lengkap
ii. Menganalisis Lembaran Khusus: Analisis lembaran yang dianggap penting

Contoh kasus:

i. 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.
ii. 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
iii. RS C mereview informed consent, dalam hal ini menganalisis “Surat Pernyataan Persetujuan/ Penolakan Tindakan/ Operasi
iv. RS D Memprioritaskan kelengkapan resume/ ringkasan riwayat pulang maka dilakkanlah hanya lembaran resume saja.

e) Menilai hasil analisis kuantitatif dengan melakukan analisis-evaluasi

Dari analisis ini diharapkan:

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

f) 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.

7. Analisis Kualitatif

a. Pengertian

Analisa Kualitatif adalah suatu review pengisian Rekam Medis yang berkaitan tentang ke konsistensian dan isinya merupakan bukti bahwa Rekam Medis tersebut akurat dan lengkap. Analisis kualitatif dikembangkan ke arah dua hal yaitu analisis kualitatif administratif dan medis. Perubahan metode dalam analisis kualitatif RM ini terfokus pada penelaahan tentang ada tidaknya kelengkapan informasi tindak lanjut mengenai pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien oleh tenaga kesehatan. Semakin lengkap tenaga kesehatan memberikan data tindak lanjut dalam pelayanan kesehatan berarti semakin banyak pemanfaatan kelengkapan informasi oleh tenaga kesehatan. Berarti pula, kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan semakin dapat dibuktikan sesuai dengan standar pelayanan kesehatan terkait.

Unit MIK yang masih menggunakan lembaran kertas (tradisional) wajib melakukan perakitan (*assembling*) dengan cara merapihkan lembaran-lembaran RK rawat Inap/jalan secara kronologis yang sesuai dengan aturan penataan lembaran. Kegiatan perakitan ini merupakan bagian dari analisis kualitatif meski secara terbatas. Sayangnya, kebanyakan praktisi perakitan cenderung hanya melaksanakan analisis kuantitatif dan belum ke arah analisis kualitatif. Penyebabnya karena terbatasnya waktu atau keterampilan diri. Padahal, semakin tingginya tingkat sarana pelayanan kesehatan yang ada, kebutuhan akan analisis kualitatif menjadi semakin kompleks. Misalnya pada RS pendidikan. Dalam praktiknya, sebelum meletakkan RK kedalam rak penjajaran (*filing shelves*) praktisi perakitan bahkan juga praktisi klarifikasi penyakit (*coding*) sebagai pilihan terakhir, sering kurang jeli dalam menganalisis RM. Akibatnya, bilamana diperiksa kembali sering terdapat kekurang lengkapan data/informasi yang serius.

Dari sudut pertanggungjawaban secara hukum, ketidakcermatan dalam penganalisisan dapat berakibat fatal, baik terhadap pasien, instansi maupun sebagai ancaman kelalaian terhadap pihak pengisi. Kenyataan ini menunjukan bahwa pelaksanaan analisis kualitatif tidak dapat dilaksanakan bersamaan

dengan waktu analisis kuantitatif ditempat perakitan. Kegiatan analisis kualitatif membutuhkan waktu penelaahan yang lebih lama dan mendalam. Pelaksanaan analisis kualitatif dapat dilakukan dengan sampel acak (random sampling) dan ditelaah secara retrospektif. Bila jumlah praktisi analisi kualitatif memadai maka analisis kualitatif dapat diberlakukan bagi setiap berkas pasien yang kembali, khususnya dari ruang rawat inap.

Hal ini disebabkan data/informasi yang ada dalam rekam medis kesehatan rawat inap lebih lengkap dibandingkan dengan rawat jalan. Dengan semakin tingginya tuntutan terhadap kualitas kelengkapan rekaman dan pelayanan medis, maka, Hatta (2002) mengembangkan analisis kualitatif dalam dua kriteria yaitu administratif dan medis. Dengan demikian, unsur kualitas medis pasien juga dapat dianalisis dari kelengkapan pendokumentasian rekaman. Keberhasilan kegiatan analisis ini ini merupakan tugas dari seorangn praktisi analisis kualitatif pada unit kerja MIK. Konsep analisis kelengkapan RK secara kualitatif dengan metode pengintegrasian pada 3 unsur yaitu hukum, administratif serta standar pelayanan medis ini merupakan cara baru yang dikembangkan.

b. Tujuan

Tujuan Analisis Kualitatif adalah demi terciptanya isi RM yang terhindar dari masukan yang tidak tetap/ taat asas (konsisten) maupun pelanggaran terhadap rekaman yang berdampak pada hasil yang tidak akurat dan tidak lengkap. Tujuan lainnya yaitu sebagai berikut :

1) Mendukung Kualitas informasi
2) Merupakan aktifitas dari risk menajement
3) Membantu dalam memberikan kode penyakit dan tindakan yang lebih spesifik yang sangat penting untuk penelitian medis,study administrasi dan penagihan.
4) Meningkatkan kualitas pencatatan,khususnya yang dapat mengakibatkan ganti rugi pada masa yang akan dating
5) Kelengkapan informed consent sesuai dengan peraturan
6) Identifikasi catatan yang tidak konsisten

7) Mengingatkan kembali tentang pencatatan yang baik dan memperlihatkan pencatatan yang kurang. Kegiatan ini membutuhkan praktisi analisis yang cakap, menguasai terminologi medis, anatomi, fisiologi, dasar proses penyakit, mengerti makna isi rekam medis serta mengetahui ketetentuan rekaman atau standar yang ada.

c. Pengetahuan yang perlu dikuasai dalam analisis kualitatif
   1) Proses penyakit
   2) Peran dan standar yang ditetapkan oleh staf medis dan instituti yang bersangkutan
   3) Perizinan
   4) Akreditasi
   5) Standarisasi dari badan yang mereview pencatatan Rekam Medis.

d. Tugas dan komponen dari analisis kualitatif

   Tugas dari analisis kualitatif yaitu :
   1) Memeriksa urutan penulisan sudah benar (Diagnosis):
      a) Principal Diagnosis
      b) Comorbiditas
      c) Commorbiditas yang mempengaruhi LOS.
   2) Sudah konsisten/atau belum
   3) Sudah lengkap isi dan penulisannya (Berkaitan dg legalitas/ Hukum)

e. Komponen dari analisis kualitatif yaitu :
   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 dikonfirmasikan 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 differensial 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 morpologi 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 lembaran 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 peawatan (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 proedur 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* (Tinjauan Kekonsistensian Masukan dari segenap provider)
   a) Konsistensi : Kesesuaian/kecocokan antara isi masukan pada bagian yang satu dengan bagian dan dengan seluruh bagian lainnya. Kesesuaian isi rekam medis merupakan pencerminan adanya kesepakatan dan keharmonisan unit satu dengan lainnya, antara tenaga kesehatan yang satu dengan tenaga kesehatan lainnya. Contoh dari konsistensi yaitu :

i. Diagnosis : harus konsisten sejak dari admisi sampai pulang
ii. Pendokumentasian harus tegas menggambarkan/memberikan informasi tentang alasan pasien dirawat
iii. Pada Pelayanan Rawat Jalan : Pernyataan diagnosis harus konsisten antara berbagai kunjungan dengan masalah yang sama. Apabila ditemukan perbedaan yang mencolok → pelaksanaan pendokumentasian kurang memadai.

b) Ketidakkonsistenan yang dapat menyebabkan mis-komunikasi informasi asuhan pasien , biasanya terjadi pada 3 bagian di bawah ini yaitu :
i. Catatan Perkembangan *(Progress Note)* Catatan perkembangan yang ditulis oleh tenaga kesehatan yang berbeda.
ii. Perintah Terapi/pemberian obat dan catatan perkembangan tidak sesuai
iii. Informasi pada saat admisi dan pada saat pasien pulang yang ditulis oleh petugas yang berbeda.

3) *Review for Description & Justification of couse of treatment* (Tinjauan Penatapan Kepastian Alasan pasien dirawat & terapi)
Secara keseluruhan, RM harus menggambarkan kespesifikan & proses berpikir/pemikiran.
a) Menggambarkan kepastian urutan kepastian alasan pasien dirawat pada suatu RS maupun pada sarana pelayanan kesehatan lainnya Oleh karena itu RM harus merupakan rekaman dari hasil studi diagnosis, terapi, penyuluhan & lokasi pasien.
b) Proses pemikiran dapat tercermin adanya alasan-alasan yang mengarah ke suatu keputusan baik untuk melakukan tindakan maupun tidak melakukan tindakan.
c) Hal ini penting karena dapat menjelaskan keadaan apabila ada perubahan terapi/tindakan lain yang dilakukan.
d) Apabila ditemukan perbedaan yang mencolok → pelaksanaan pendokumentasian kurang memadai.

4) *Review for Recording Informed concent* (Tinjauan pendokumentasian yang berkaitan dengan informed concent)
    a) Dokter: menulis dengan jelas dan tepat penjelasan-penjelasan yang diberikan kepada pasien.
    b) Pasien : setuju atau menolak, semua didokumentasikan.
    c) Kebijakan-kebijakan :
        i. Wajib diketahui oleh tenaga perekam medis dan menerapkannya pada saat analisis kualiltatif
        ii. Dokter didorong untuk mematuhi kebijakan yang ada dan harus jelas hati-hati mencatat semua hal yang berkaitan dengan informed concent: Misalnya : menguraikan semua yang dijelaskan kepada pasien tentang keuntungan dan resiko dilakukannya atau tidak dilakukannya suatu operasi.tertentu., menjelaskan efek samping obat.
5) *Review for Documentation Practices* (Tinjauan terhadap praktek pendokumentasian /pencatatan) Praktek pencatatan/pendokumentasian harus memenuhi :
    a) Ketepatan waktu , dan beraspek legal
    b) Penggunaan singkatan-singkatan yang sah
    c) Keterbacaan (Legibility)
    d) Hindari pencatatan yang berlebihan
    e) RM hendaknya tidak memiliki “time gaps” (jurang waktu) yang tidak bisa dijelaskan : Ini penting khususnya untuk kasus-kasus emergency , karena perlu tindakan cepat kadang-kadang pendokumentasian kurang memperoleh waktu yang memadai.
    f) RM mencerminkan pernyataan yang jujur & tulus iklas
    g) RM tidak boleh mengandung kritikan dan hinaan
    h) Pendokumentasian dengan komputer perlu diatur terlebih dulu tentang prosedur legalisasi yang diperlukan bubuhan tanda tangan penulis.

6) *Review for Potensially Compensabel Events* (Tinjauan kejadian yang potensial terkena tuntutan denda penggantian kerugian)

Beberapa pertanyaan yang perlu jawaban untuk mengurangi hal-hal yang tidak diinginkan di kemudian hari :

a) Apakah admisi yang dimaksud adalah kelanjutan dari komplikasi atau perawatan sebelumnya? Layanan rawat yang kurang tuntas?

b) Apakah ada/tidak-ada penjelasan lain apabila pasien dipindahkan dari unit pelayanan umum ke unit pelayanan khusus ?

c) Apakah pasien terkena infeksi nosokomial?

d) Apa ada gangguan sakit pada saat pasien sudah keluar ? Yang tidak ada pada saat pasien keluar? Semua hal tersebut di atas keadaan yang perlu jawaban tegas dan tepat karena berpotensi terkena tuntutan ganti rugi di kemudian hari.

f. Persiapan menganalisis rekam medis dan penyajian data analisis kualitatif

1) Instrumen pengumpulan, pengolahan, dan penyajian data analis kualitatif

Tabel 1. 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 2. 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. 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 4. Lembaran Kerja Analisis Kualitatif Komponen Adanya Kekonsistensian Pengisian *Informed Concent/* 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 5. Lembaran Kerja Analisis Kualitatif Komponen Praktik Pencatatan yang Berkualitas

N0.	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 6. Lembaran Kerja Analisis Kualitif 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 6. Mengidentifikasi Kejadian Penting yang Mungkin akan Menyebabkan Tuntutan Ganti Rugi pada 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 6. Rekapitulasi Analisis Kualitatif Kelengkapan 7 Kekonsistenan

BULAN:

Total jumlah berkas yang dianalisis .....

NO.	KOMPONEN ANALISIS	AKURAT, LENGKAP, KONSISTEN	
		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 7. 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 8. 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 9. 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.	*Informed consent* sesuai dengan operasi/ tindakan yang dilakukan		
	Perawat		
2.	Kelengkapan isi *informed consent*		
Average			
KESAN:			
SARAN:			

Tabel 10. 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 11. 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 12. 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:			

g. 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:

1) 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.
2) 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.
3) 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.

h. 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.

i. 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 memprosentasekan kelengkapan, membandingkan antar periode, melihat trendline, melihat hasil sesudah dilakukan tindak lanjut/ feedback.

j. 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 x 100% = 33.3%.

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

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 Rate= 50/750 x100%= 6.7%.

Bila DMR lebih dari 50 % maka ini merupakan masalah yang serius Bila IMR sangat tinggi maka DMR akan lebih tinggi lagi. Faktor yang mempengaruhi tingkat kelengkapan Rekam Medis:

i. Age /Jangka waktu : Bila DMR 40% dengan melewati batas waktu 2/3 minggu lebih baik daripada DMR 20% yang melewati batas waktu beberapa bulan.
ii. 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.

8. Penugasan
   a. Mahasiswa mengerjakan soal berikut dengan memilih salah satu jawaban yang paling benar
   b. Pengampu dan mahasiswa mendiskusikan bersama untuk membahas dan mendapatkan jawaban yang benar dan tepat.

   Tugas

   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. Mereview 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 Perekam 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 ppemberian 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
D. Penulisan menggunakan singkatan yang umum atau yang sudah ada dalam pedoman pelayanan rekam medis
E. Semua benar

9. Referensi

BPPSDM Kesehatan, Siswati. (2018). Manajemen Unit Kerja II Perencanaan SDM Unit Kerja RMIK. Jakarta : Kemenkes RI.

Hidayah, Aep Nurul. (2014). Analisis Rekam Medis. Web : https://aepnurulhidayat.wordpress.com/2014/07/01/analisis-rekam-medis-2/ diakses pada 1 Maret 2022.

Kholili, Ulil, et al. (2011). Pengenalan Ilmu Rekam Medis Pada Masyarakat Serta Kewajiban Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit. Pekanbaru : STIKES Hang Tuah Pekanbaru.

Mathar, Irmawati. (2018). Manajemen Informasi Kesehatan (Pengelolaan Rekam Medis) Yogyakarta: Deepublish.

Sugiyono. (2017). Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, R & D. Bandung: CV Alfabeta

Sudra, R.I. (2013). Rekam Medis. Banten: Universitas Terbuka.

10. Lembar Catatan Pembelajaran

Nama :

NIM :

Kelas :

No	Tanggal	Aktivitas	Catatan pengampuan	Tanda tangan pengampu
1				

Nilai Akhir: _____

Pengampu,