



www.esaunggul.ac.id

PERTEMUAN-11
Dr. HOSIZAH, SKM, M.KM
PRODI MIK | FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN

PRINSIP PENDOKUMENTASIAN REKAM MEDIS

HEALTH RECORD DOCUMENTATION GUIDELINES

1. Kebijakan harus didasarkan pada semua standar yang berlaku, termasuk standar akreditasi, persyaratan lisensi negara bagian, persyaratan penggantian, dan standar praktik profesional.
2. Isi dan format rekam kesehatan harus seragam.
3. Catatan dalam rekam kesehatan harus dapat dibaca dan lengkap.
4. Individu yg mendokumentasikan rekam kesehatan harus memiliki wewenang dan hak mendokumentasikan bagaimana ditentukan oleh kebijakan dan prosedur organisasi. Penulisan entri rekam kesehatan harus diidentifikasi secara jelas dalam dokumentasi.

HEALTH RECORD DOCUMENTATION GUIDELINES

5. Definisi entri yang dikonfirmasi secara sah harus ditetapkan untuk otentikasi cepat setiap entri dalam catatan kesehatan oleh penulis yang bertanggung jawab untuk memesan, menyediakan atau mengevaluasi layanan yang disediakan.
6. Entri harus dibuat segera mungkin setelah suatu peristiwa atau pengamatan dilakukan pada titik perawatan. Sebuah entri tidak boleh dibuat sebelumnya.
7. Semua entri dalam rekam kesehatan harus menyertakan tanggal dan waktu lengkap. Waktu harus dimasukkan ke dalam semua jenis catatan naratif, bahkan jika itu sepertinya tidak penting untuk jenis entri. Dokumentasi naratif harus mencerminkan waktu yang sebenarnya entri dibuat. Efektif Januari 2007, CMS menambahkan persyaratan bahwa rumah sakit harus mencatat semua entri dalam catatan kesehatan.

HEALTH RECORD DOCUMENTATION GUIDELINES

8. Catatan harus selalu mencerminkan informasi factual dan ditulis menggunakan bahasa tertentu.
9. Untuk alasan keselamatan pasien, kebijakan tertulis dari organisasi harus membahas penggunaan terminologi dasar. Definisi, singkatan akronim, simbol, dan sebuah dosis. Rumah Sakit harus menerbitkan daftar singkatan dan simbol yang dilarang ketika mendokumentasikan dalam rekam kesehatan (Joint Commission, 2011).
10. Kebijakan harus menentukan pihak yang bertanggung jawab untuk menerima dan mentranskripsikan perintah lisan atau telepon dari dokter.

HEALTH RECORD DOCUMENTATION GUIDELINES

11. Semua entri dalam rekam kesehatan, terlepas dari format-format, harus permanen (catatan berbasis kertas atau elektronik). Aturan bukti mengharuskan kebijakan dan prosedur harus ada untuk mencegah perubahan, gangguan, atau kerugian.
12. Kesalahan dokumentasi tidak boleh dilenyapkan atau diubah. Sebaliknya, kesalahan dokumentasi harus diperbaiki sesuai dengan prosedur yang ditetapkan dalam kebijakan dokumentasi organisasi atau peraturan staf medis.

HEALTH RECORD DOCUMENTATION GUIDELINES

13. Kebijakan organisasi harus membahas bagaimana perwakilan pasien atau pasien dapat meminta koreksi dan dan amandemen catatan. Amandemen harus merujuk kembali ke informasi yang dipertanyakan dan termasuk tanggal dan waktu. Tidak boleh ada dokumentasi yang harus dihapus dari catatan atau dihapus dengan cara apa pun. Pasien memiliki hak untuk meminta koreksi terhadap informasi kesehatannya, seperti dengan amandemen; bagaimanapun, itu adalah kebijaksanaan fasilitas kesehatan atau tidaknya permintaan akan diberikan atau diijinkan" (DHHS2011a).
14. Analisis kualitatif dan kuantitatif dokumentasi rekam kesehatan harus dilakukan sesuai dengan prosedur yang dikembangkan dan dilaksanakan oleh unit kerja manajemen informasi kesehatan di rs.

HEALTH RECORD DOCUMENTATION GUIDELINES

15. Kebijakan organisasi harus berbeda apakah catatan penelitian merupakan bagian dari legal rekam kesehatan atau jika pusat penelitian mempertahankan catatannya sendiri. Hal ini harus diverifikasi oleh dewan peninjau institusional, karena ini dapat mempengaruhi catatan penelitian jika bagian dari legal rekam kesehatan.