



[www.esaunggul.ac.id](http://www.esaunggul.ac.id)

**PENDAHULUAN  
AUDIT PEDOKUMENTASIAN KLINIS  
PERTEMUAN I  
LILY WIDJAYA, SKM.,MM.  
PRODI D-III REKAM MEDIS DAN INFORMASI  
KESEHATAN, FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN**

# VISI DAN MISI UNIVERSITAS ESA UNGGUL

## VISI

**Menjadi perguruan tinggi kelas dunia berbasis intelektualitas, kreatifitas dan kewirausahaan, yang unggul dalam mutu pengelolaan dan hasil pelaksanaan Tridarma Perguruan Tinggi**

## MISI

- 1. Menyelenggarakan pendidikan tinggi yang bermutu dan relevan**
- 2. Menciptakan suasana akademik yang kondusif**
- 3. Memberikan pelayanan prima kepada seluruh pemangku kepentingan**

## Materi Sebelum UTS

01. Penjelasan RPS dan Pengertian

02. Peraturan ~~audit pendokumentasian RM

03. Faktor-faktor yang mempengaruhi isi RM

04. Penataan Rekam Medis Rawat jalan

05. Penataan Rekam Medis Rawat Inap

06. Audit pendokumentasian RM sec. kuantitatif

07. Persiapan audit & Review

## Materi Setelah UTS

**08. Analisis Kuantitatif secara umum 1**

**09. Analisis Kuantitatif secara umum 2**

**10. A.Kuantitatif spesifik formulir Resume**

**11. A.Kuantitatif spesifik form.Persetujuan Tindakan**

**12. Pengertian dan komponen A. kualitatif 1**

**13. Pengertian dan komponen A. kualitatif 2**

**14. A.Kuantitatif - Kualitatif & Review**

# KEMAMPUAN AKHIR YANG DIHARAPKAN

- Memahami pengertian Audit Pendokumentasian
- Peraturan terkait Audit pendokumentasian RM,
- Faktor-faktor yang mempengaruhi isi RM,
- Menata/ menyusun RM sesuai urutan yang telah ditetapkan,
- Audit pendokumentasian Rekam Medis secara analisis kuantitatif dan
- Audit pendokumentasian Rekam Medis secara analisis kualitatif serta
- Mengenal perbedaan analisis kuantitatif dan kualitatif



[www.esaunggul.ac.id](http://www.esaunggul.ac.id)

**PENDOKUMENTASIAN REKAM MEDIS YANG BAIK  
PERTEMUAN I  
LILY WIDJAYA, SKM.,MM  
, PRODI D-III REKAM MEDIS DAN INFORMASI  
KESEHATAN,  
FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN**

# KEMAMPUAN AKHIR YANG DIHARAPKAN

- Memahami RPS
- Memahami **Pendokumentasian berbasis Bukti (*Evidence Base Documentation (EBD)*)**
- Memahami **Praktek Kedokteran berbasis Bukti (*Evidence-Based Medicine (EBM)*)**
- Memahami **Tujuh (7) Kriteria Pendokumentasian Klinis yang berkualitas**

# TUJUAN REKAM MEDIS

Audit pendokumentasian Rekam Medis dengan melakukan analisis secara rutin terhadap isi RM harus dijalankan agar pengelolaan isi RM dapat memenuhi tujuan:

- Sebagai alat komunikasi informasi asuhan pasien
- Untuk memenuhi persyaratan sebagai barang bukti legal berkaitan dengan Penanganan penyakit pasien
- Rincian penagihan biaya
- Evaluasi para ahli
- Melengkapi data klinis pasien
- Kebutuhan administrasi
- Riset dan Edukasi
- Kesehatan Masyarakat
- Pemasaran dan Perencanaan dalam pengambilan keputusan



## REKAM MEDIS YANG LENGKAP

Pendokumentasian Rekam Medis (RM) yang baik meliputi aktifitas yang memastikan memberikan data dan informasi yang berkualitas. (Ruthann Russo, 2013 -396).

***“An Adequated MR Indicates Adequate Care”  
and “A Poor MR Indicates Poor Care”***

(Edna K.Huffman , 1997)

## Pendokumentasian Berbasis Bukti

- Audit Pendokumentasian Rekam Medis: pengujian kebenaran pencatatan rekam medis yang dapat dilakukan dengan melakukan analisis.
- RM yang akan dianalisis telah disiapkan dengan arti telah ditata/ assembling sehingga saat menganalisis telah rapi dan mudah mereview bagian yang belum dilengkapi
- Pendokumentasian Klinis , baik yang dilaksanakan secara manual ataupun Elektronik dilakukan oleh dokter atau pemberi pemberi pelayanan kesehatan lainnya yang terkait dengan kondisi medis atau pengobatan pasien

# Kelengkapan minimum pendokumentasian RM

(HHS Dept., Amerika, 2013)

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. Mendokumentasi perkembangan pasien dan reaksi perubahan pengobatan dan revisi lain dari diagnose.
6. Pendokumentasian saat masuk harus ada alasan dirawat bersama riwayat yang relevan, temuan dari pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan awal, penilaian-penilaian, kesan klinis, diagnose, rencana asuhan, tanggal pelayanan dan identitas pemberi pelayanan yang dapat dibaca

# KRITERIA PENDOKUMENTASIAN KLINIS YANG BERKUALITAS PRIMA

*(Evidence-Based Medicine (EBM))* berarti :

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

# 7 Kriteria Pendokumentasian klinis yang berkualitas Prima

- Ada 7 kriteria:
  - Dapat dibaca /*Legible*
  - Dapat Dipercaya /*Reliable*
  - Tepat /*Precise*
  - Lengkap /*Complete*
  - Konsisten /*Consistent*
  - Jelas /*Clear*
  - Tepat waktu /*Timely*

6 kriteria pertama difokuskan pada saat direview

Sedangkan “**Timely**” **tidak dapat dikoreksi** . Bila suatu bagian ditulis terlambat ya tetap terlambat

## *Legible*

### = Cukup jelas untuk dibaca dan ditafsirkan

- Tulisan dokter yang tidak dapat ditafsirkan.
- Keterbacaan Dokumen Klinis ;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.
- Ketidak jelasan tulisan tangan umumnya hasil dari praktek pendokumentasian yang tergesa-gesa dan ceroboh .
- Bila RKE ketidak jelasan tulisan bukan menjadi masalah lagi. Namun demikian pembuatan RKE yang tergesa-gesa dan ceroboh dapat dikategorikan dalam tujuan “legible” ini.

# *Reliable*

- *Reliable*= dapat dipercaya, aman, memberikan hasil yang sama saat diulang
- Contoh:

Diasumsikan Instruksi dokter untuk transfusi darah pada pasien dengan Upper Gastrointestinal bleed + Hb dan hematokrit yang sangat rendah. Diagnosa dokter adalah bleeding Gastric ulcer.

Diagnosa dokter hanya bleeding Gastric ulcer tidak dapat dipercaya sebagai dasar dari transfuse darah. Bila diagnose bleeding Gastric ulcer dengan acute blood loss anemia ( jika ada indikasi klinik), ini menjadi dasar pemberian transfusi darah, sehingga diagnosa ini dapat dipercaya.

# *Precise*

## ***Precise: Accurate, Strictly Defined (Precise: Akurat, Tepat, Pasti)***

- Terperinci, jika tersedia dan tepat secara klinis merupakan komponen yang penting pada setiap RM pasien. Lebih diharapkan jika dokter membuat RM dengan pendokumentasian klinis yang lebih terperinci, lebih menggambarkan dan akurat.

### **Contoh pendokumentasian klinis yang tidak menggambarkan Precise:**

- Pasien masuk rawat dengan napas sesak dan sakit pada dada, demam dan batuk. Chest X-ray menunjukkan aspiration pneumonia. Diagnosa akhir dari dokter “Pneumonia”
- **Precise: bila D/ aspiration pneumonia**



# ***Complete***

- ***Complete:Has the Maximum Content; Thorough ( Lengkap: Memiliki Isi yang Maksimum; Teliti)***
- Artinya perhatian dokter sepenuhnya ditujukan dalam membuat RM pasien. Kelengkapan termasuk: ketepatan autentikasi dokter, + termasuk tanggal dan tandatangan.
- Pendokumentasian diagnostic meliputi:
  - mulai dari keluhan pasien ( apakah dokter menegakkan diagnose kerja dan diagnose akhir?)
  - menginstruksikan pemeriksaan ( apakah dokter memberikan alasan untuk permintaan pemeriksaan?)
  - sampai pada hasil pemeriksaan yang abnormal (apakah dokter mendokumentasikan hasil pemeriksaan diagnostic yang signifikan abnormal?)

# *Complete*

## **Contoh pendokumentasian klinis yang tidak Lengkap:**

- Dokter meminta pemeriksaan kimia darah lengkap. Hasil : rendah Na, Mg dan K. Dokter tidak menulis diagnose berdasarkan hasil pemeriksaan ini, juga tidak melakukan pencatatan bahwa hasil pemeriksaan secara klinis tidak signifikan.

## ***Consistent:***

### ***Consistent: Not Contradictory*** ( **Konsisten: Tidak bertentangan**)

Pendokumentasian klinis pasien tidak bertentangan satu sama lain :

- pada catatan perkembangan dokter yang satu dengan dokter lainnya.
- Peraturannya bila terjadi pendokumentasian yang bertentangan dokter Penanggung jawab pasien (DPJP) mempunyai hak lebih tinggi.
- Bila DPJP mendokumentasikan tulisannya sendiri yang saling bertentangan, maka dia harus mengklarifikasikan menambahkan pada resume atau catatan perkembangan akhir.

# Clear

## ***Clear, Unambiguous, Intelligible; Not Vague*** (Jelas, tidak dwiarti, dimengerti, tidak diragukan)

- Ketidak jelasan dan pengertian yang mendua terjadi jika pendokumentasian tidak menjelaskan apa yang terjadi permasalahan pada pasien.
  - Hasilnya mungkin mencatat symptom tanpa penyebab (etiology or possible etiology).
  - Jika pasien datang dengan keluhan seperti sakit dada dan dokter tidak menulis lainnya, ini akan tidak memberikan kejelasan.
  - Jika tidak ada bukti secara klinis maka hal yang tepat ditulis adalah” Chest pain etiology undetermined”

# *Timely*

- ***Timely: at the time of services*** (Tepat waktu sesuai saat pelayanan)
- Ketepatan waktu pendokumentasian klinis merupakan hal yang penting, untuk pengobatan yang terbaik bagi pasien.
- RKE akan membantu ketepatan waktu, tetapi entry oleh dokter sangat penting.
  - Catatan perkembangan harian dan ringkasan pulang juga perlu tepat waktu dengan diagnosa saat masuk.
  - RS perlu membuat laporan bila diagnosa saat masuk sebagai bukti bahwa kondisi tidak dikembangkan di RS.
  - Adanya pendokumentasian saat masuk mempengaruhi penelitian, penagihan, indikator kualitas dan perencanaan.