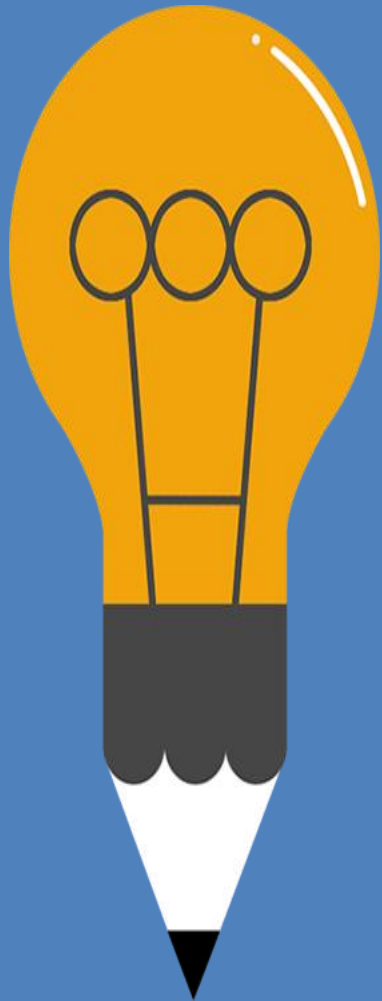




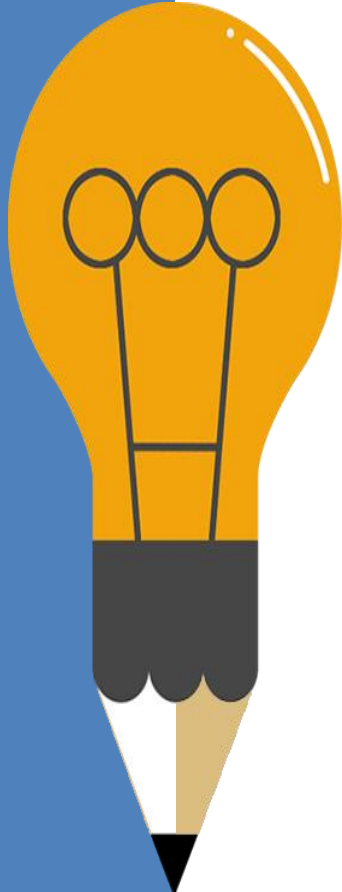
www.esaunggul.ac.id

PERTEMUAN-12
Dr. HOSIZAH, SKM, M.KM
PRODI MIK | FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN



DATA DALAM REKAM KESEHATAN

POKOK BAHASAN



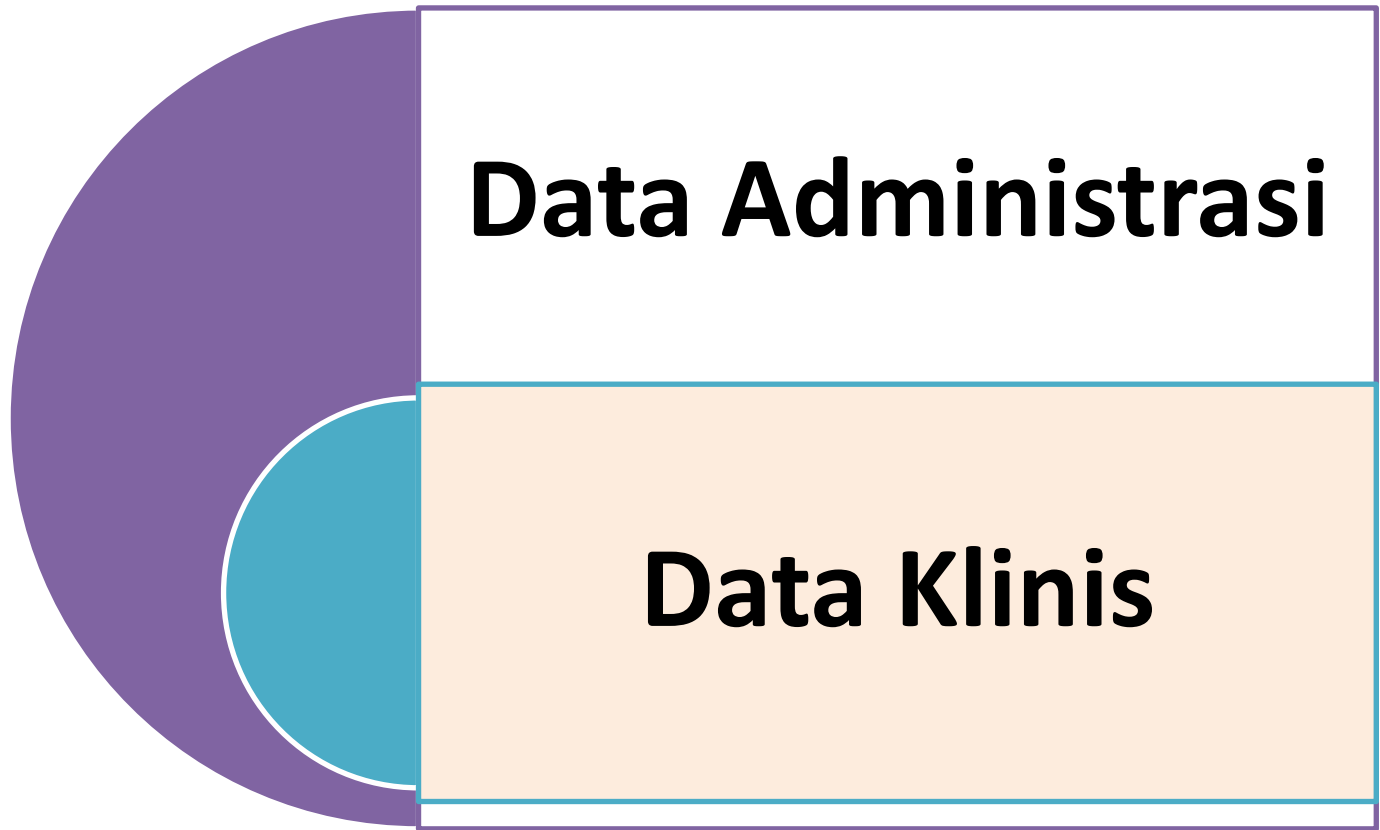
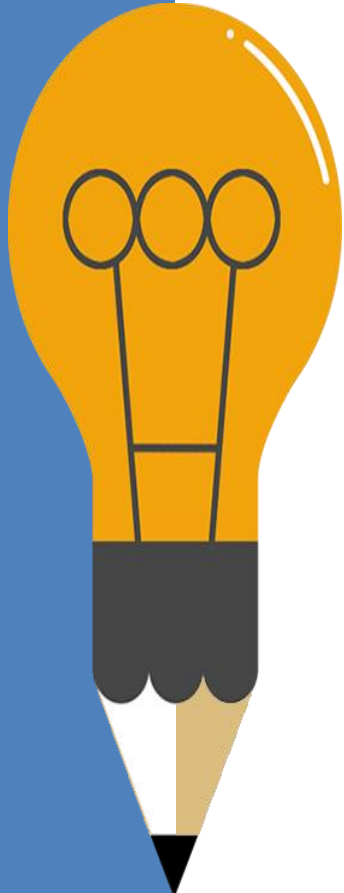
01

Data Administrasi

02

Data Klinis

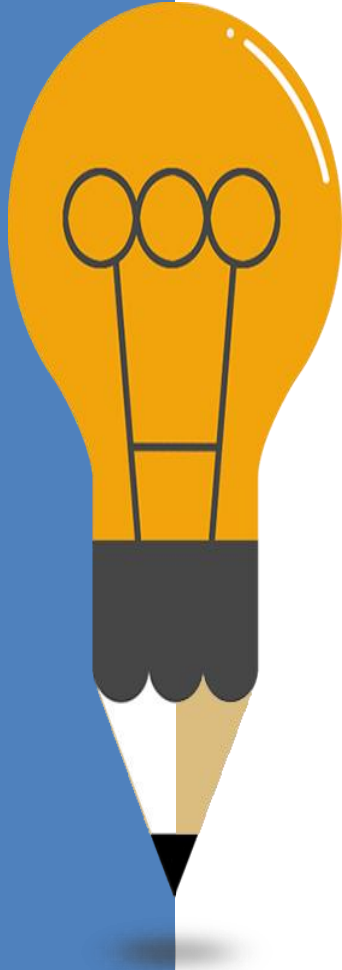
REKAM KESEHATAN





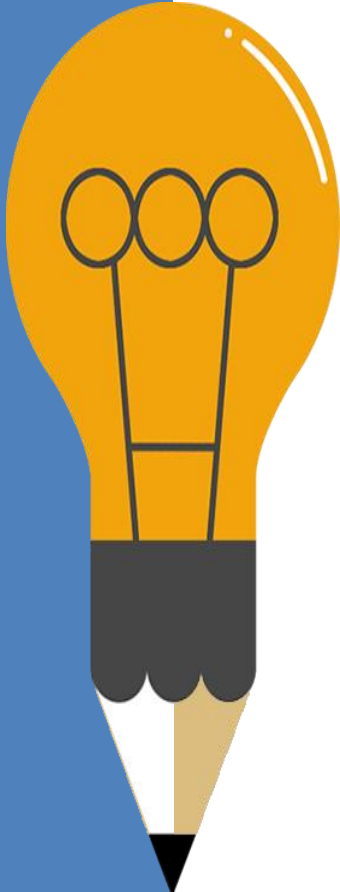
Data Administrasi

DATA ADMINISTRASI



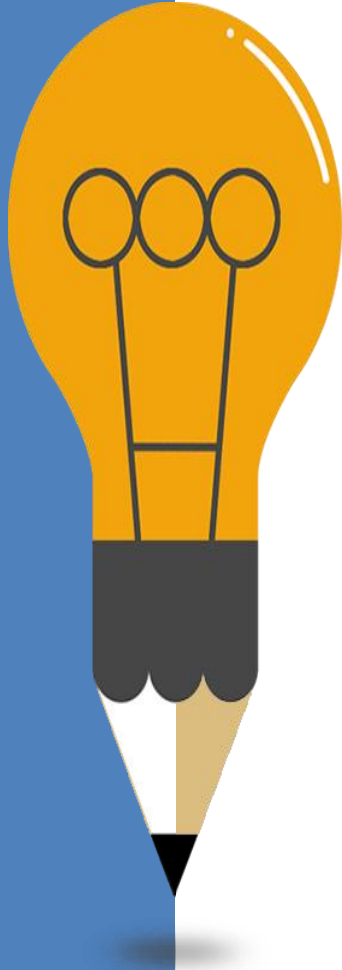
1. Data Demografi
2. Data Keuangan

DATA DEMOGRAFI

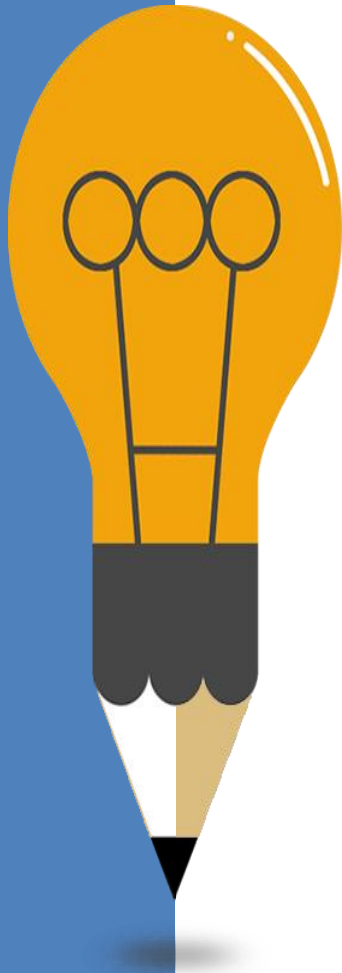


1. Nama lengkap pasien (nama terakhir, pertama, dan nama tengah).
2. Alamat.
3. Nomor telepon, termasuk nomor telepon kantor dan ponsel.
4. Alamat e-mail.
5. Jenis kelamin.
6. Tanggal lahir.
7. Tempat lahir.
8. Suku atau asal etnis.
9. Status pernikahan.
10. Nama dan alamat keluarga terdekat.
11. Nomor jaminan sosial (opsional) atau KTP (boleh ada boleh tidak)

DATA KEUANGAN

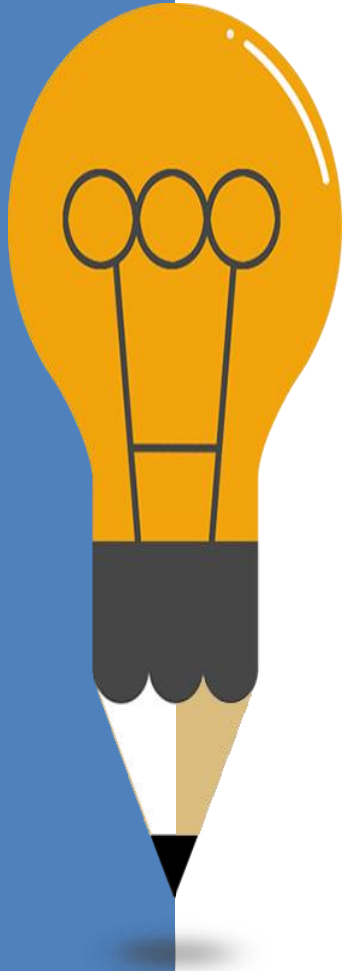


1. Nama pasien.
2. Nama pihak yang diasuransikan dan hubungannya dengan pasien, jika pasien bergantung pada pihak yang diasuransikan.
3. Nomor identifikasi anggota pihak yang diasuransikan.
4. Tanggal lahir pihak yang diasuransikan.
5. Nama perusahaan asuransi dan nomor polis grup.
6. Nama dan alamat karyawan.



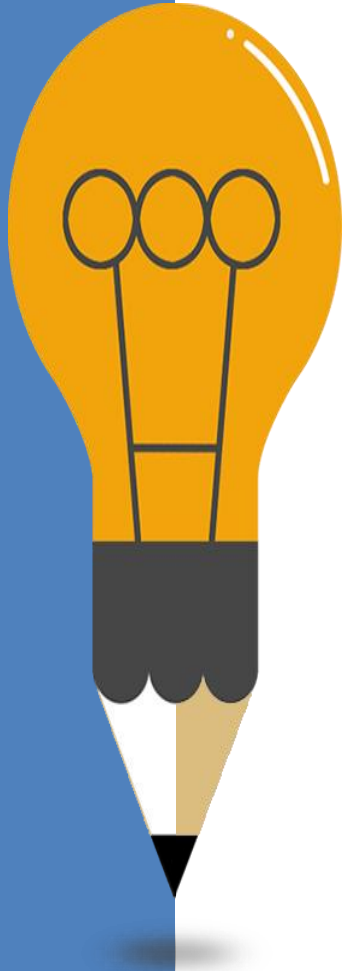
- Tantangan bagi para profesional HIM dalam mendefinisikan rekam kesehatan yang mengandung aspek hukum (*legal health records*) adalah untuk menentukan elemen data, dokumen elektronik terstruktur, gambar, file audio, dan file video menjadi bagian dari rekam kesehatan elektronik yang mengandung aspek hukum (*legal EHR*).
- Tim perawatan pasien yang digerakkan oleh HIM dapat menggunakan beberapa pertimbangan untuk memandu identifikasi mereka pada legal EHR yang ditetapkan.

DATA ADMINISTRASI TERMASUK (AHIMA 2011)



1. Audit trails terkait dengan EHR.
2. Formulir otorisasi untuk rilis informasi.
3. Lembar kerja sertifikat kelahiran dan kematian.
4. Korespondensi mengenai permintaan rekam kesehatan.
5. Database berisi informasi pasien.
6. Riwayat peristiwa dan jejak audit.
7. Formulir finansial dan asuransi.
8. Insiden atau laporan keselamatan pasien.

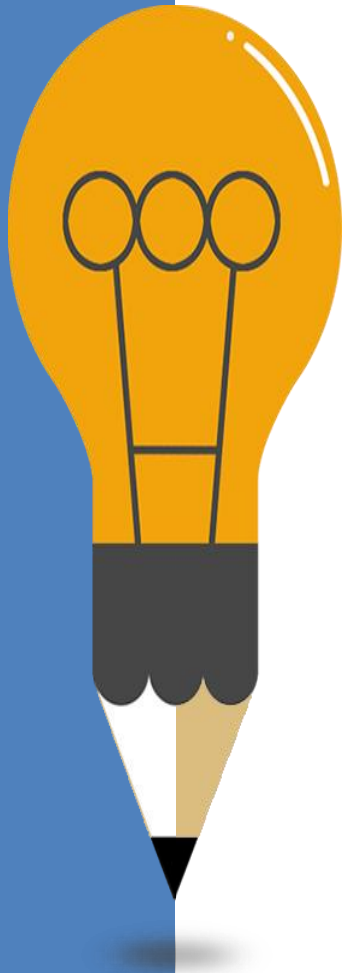
DATA ADMINISTRASI TERMASUK (AHIMA 2011)



9. Daftar lembaga dewan peninjau
10. Daftar catatan
11. Pemberitahuan pengakuan praktik privasi (kecuali organisasi memilih untuk mengklasifikasikannya sebagai bagian dari rekam kesehatan).
12. Data identifikasi pasien yang ditinjau untuk jaminan kualitas atau manajemen utilitas.
13. Protocol dan jalur klinis, pedoman praktik, dan sumber pengetahuan lain yang tidak diinformasikan data pasien.
14. Daftar kerja dan pekerjaan yang sedang berlangsung.



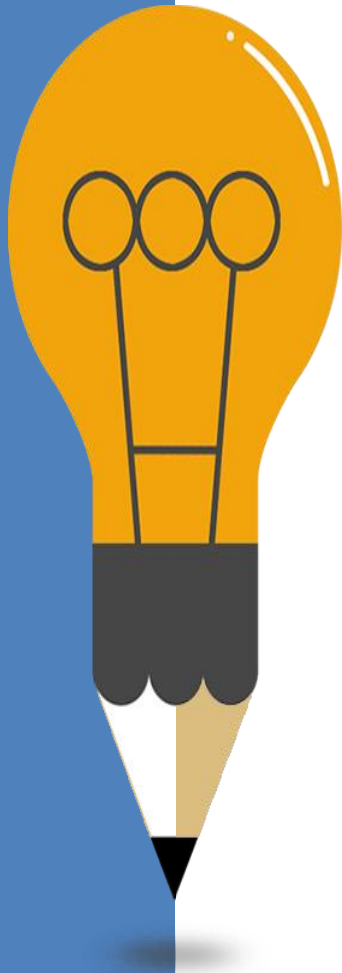
Data Klinis



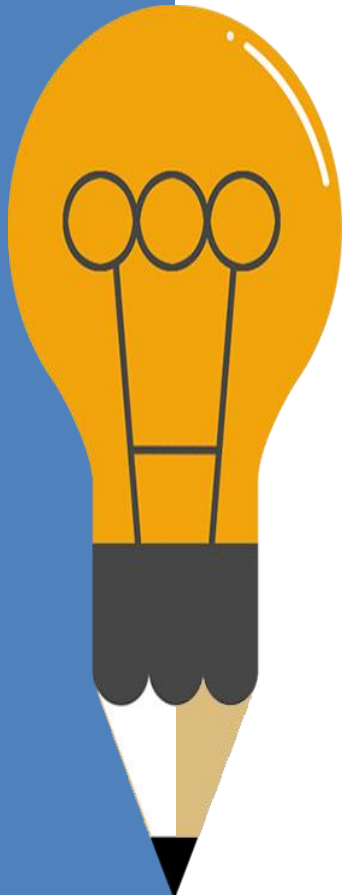
Untuk mengetahui data klinis dalam rekam kesehatan, ikuti pertanyaan berikut ini:



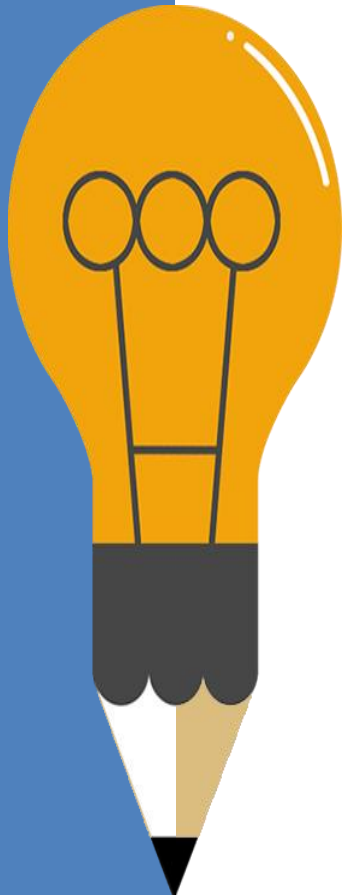
- Apakah keluhan utama dan / atau alasan untuk kunjungan pasien atau rawat inap didokumentasi?
- Apakah perintah awal untuk perawatan pasien mencerminkan tingkat perawatan yang akan diberikan?
- Apakah ada riwayat yang tepat dan pemeriksaan fisik yang tepat?
- Apakah semua layanan yang disediakan didokumentasikan?
- Apakah dokumentasi menjelaskan mengapa layanan, prosedur, dan persediaan dukungan disediakan?
- Apakah penilaian kondisi pasien termasuk dalam dokumentasi?



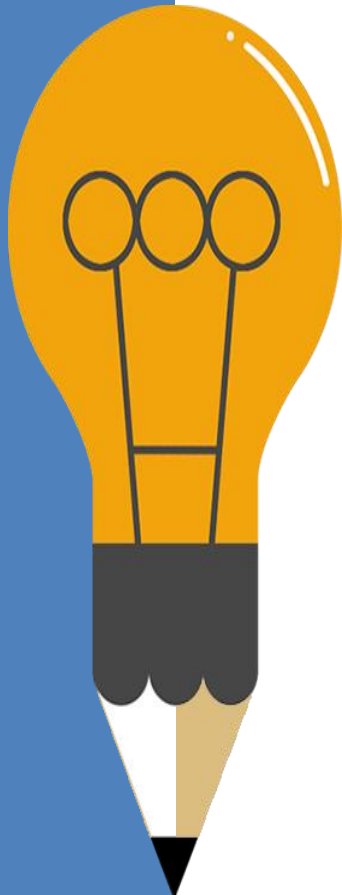
- Apakah dokumentasi termasuk informasi tentang perkembangan pasien dan hasil perawatam?
- Apakah ada rencana keperawatan yang terdokumentasi?
- Adakah rencana perawatan yang mencakup, sebagaimana layaknya, perawatan dan pengobatan (termasuk frekuensi dan dosis), rujukan dan konsultasi, pendidikan pasien dan dan keluarga, dan instruksi tindak lanjut?
- Apakah perubahan pada rencana perawatan, termasuk alasan, didokumentasikan?



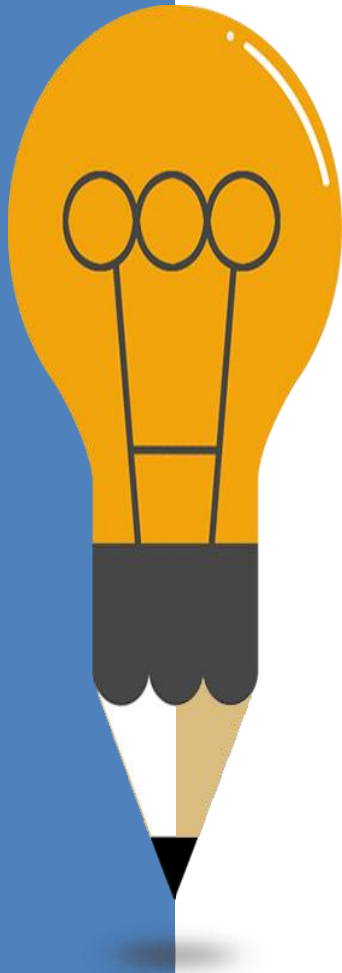
- Apakah ada dokumentasi alasan medis untuk layanan yang diberikan?
- Apakah dokumentasi mendukung standar untuk keperluan medis?
- Apakah hasil tes abnormal ditunjukkan dalam dokumentasi dokter? Jika hasil tes abnormal di kembalikan setelah di pulangkan, apakah mereka didokumentasikan di dalam tambahan, bersama dengan tindakan yang di ambil?
- Apakah faktor resiko kesehatan yang relevan diidentifikasi?



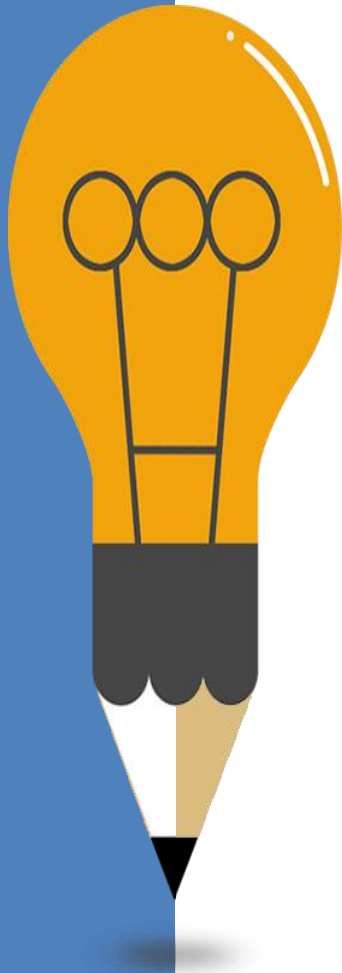
- Apakah dokumentasi mendukung intensitas evaluasi dan / atau perawatan pasien, termasuk proses berfikir dan kerumitan pengambilan keputusan?
- Apakah ada perubahan signifikan pada kondisi pasien dan tindakan yang dilakukan didokumentasikan?
- Apakah status masalah yang belum terselesaikan didokumentasikan?
- Apakah perawatan tindak lanjut yang direncanakan didokumentasikan?



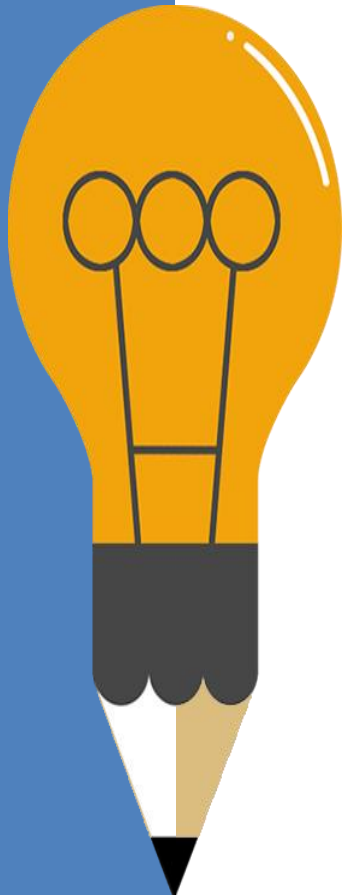
- Apakah status pulang rumah sakit, termasuk transfer ke rumah sakit lain atau perawatan pasca perawatan, didokumentasikan dengan jelas? Apakah ada rencana untuk kesehatan rumah sakit yang didokumentasikan dengan jelas?
- Apakah dokumentasi mendukung tingkat perawatan yang di sediakan?
- Apakah dokumentasi memenuhi kriteria untuk evaluasi dan kode manajemen yang di tagih?
- Apakah dokumentasi untuk pertemuan pasien termasuk penilaian, kesan klinis atau diagnosis?



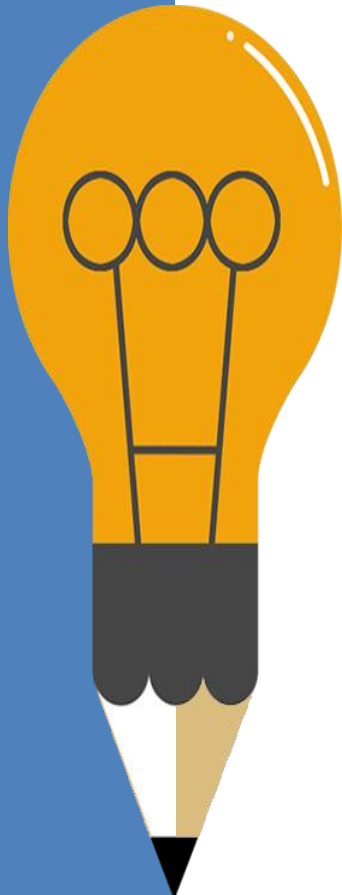
- Apakah semua diagnosa dan prosedur spesifik terdokumentasi?
- Apakah semua komplikasi dan komorbiditas didokumentasikan?
- Apakah laporan klinis mencakup semua elemen yang dibutuhkan oleh badan pengatur dan akreditasi?
- Apakah tanggal yang tepat dari entri rekam kesehatan dan dikonfirmasi?
- Apakah dokumentasi dapat dibaca?



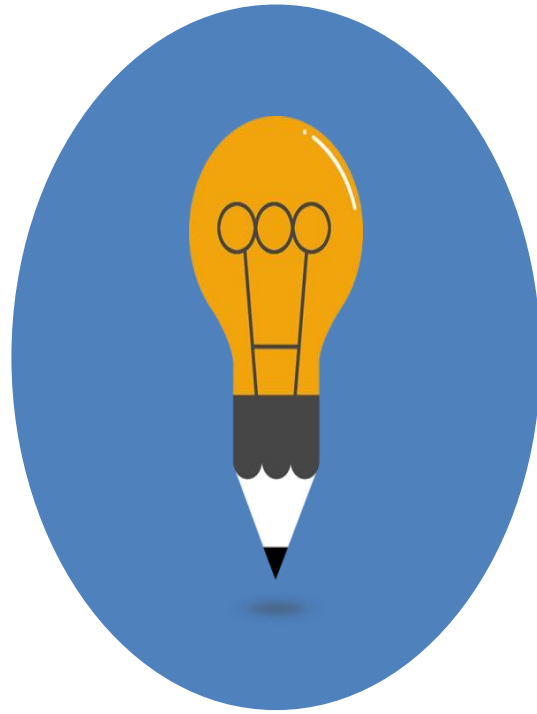
- Apakah operasi dilakukan di bagian gawat darurat yang didokumentasikan dalam catatan perkembangan akhir?
- Apakah gejala digunakan ketika faktor etiologi diketahui?
- Apakah ada penjumlahan kunjungan atau riwayat inap di catatan perkembangan akhir?
- Apakah sumber faktor patologis diidentifikasi untuk pasien yang dirawat?
- Apakah indikasi untuk transfusi jelas didokumentasi?



- Apakah semua situs kanker diidentifikasi sebagai primer atau sekunder? Jika ada metastasis apakah situs itu telah menyebar untuk didokumentasikan?
- Apakah semua diagnosis pada catatan kemajuan akhir sesuai dengan yang ada pada ringkasan pelepasan?
- Apakah prosedur pembedahan yang dihilangkan dari catatan kemajuan akhir pada catatan operasi?
- Apakah laporan patologi memiliki temuan yang tidak muncul dalam rekam kesehatan?



- Apakah lembaran obat sering menunjukkan pemberian obat tanpa diagnosis yang jelas didokumentasikan dalam rekam kesehatan?
- Apakah diagnosa pada formulir refreksi rawat jalan berhubungan dengan tes atau layanan yang di pesan?
- Apakah dokter menulis “mengesampingkan” kondisi tertentu sebagai alasan kunjungan?



Thank you