

**M
O
D
U
L**

Audit Informasi Klinis



DISUSUN OLEH

TIM PENYUSUN

**PROGRAM STUDI D-IV
MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KARTINI BALI
2021**

VISI DAN MISI PRODI

VISI PRODI D-IV MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KARTINI BALI :

“Menghasilkan Lulusan Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan yang Santun, Beretika serta Unggul dalam Pengelolaan Sistem Pembiayaan Kesehatan dan Mampu Memanfaatkan Teknologi Informasi serta Dapat Bersaing Secara Nasional Tahun 2035”

MISI PRODI D-IV MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KARTINI BALI :

1. Menyelenggarakan pendidikan berbasis IPTEK terkini dengan penekanan pada aspek pengelolaan sistem pembiayaan kesehatan dan teknologi informasi kesehatan serta ditunjang dengan suasana akademis yang baik dan nyaman
2. Menyelenggarakan penelitian di bidang manajemen informasi kesehatan yang relevan dengan kebutuhan *stakeholder* dan dapat berkontribusi dalam meningkatkan kualitas layanan
3. Menyelenggarakan pengabdian masyarakat dengan mengembangkan berbagai bentuk pelayanan informasi kesehatan yang bermanfaat bagi masyarakat
4. Meningkatkan kerjasama dengan instansi terkait baik di tingkat nasional maupun internasional

KATA PENGANTAR

Ungkapan puji syukur kita panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga kami dapat menyelesaikan penyusunan modul ini dengan baik. Modul ini berisi tentang konsep audit medis, konsep audit RMIK, audit coding, instrumen audit dan analisis rekam medis terintegrasi.

Pembuatan Modul ini adalah salah satu upaya untuk meningkatkan pengetahuan, keahlian, keterampilan, dan sikap mahasiswa dalam Menguasai dan melakukan audit kode diagnosis dan tindakan medis secara manual dan elektronik.

Kami menyadari bahwa modul ini masih ada kekurangan dan kelemahannya, baik pada isi, bahasa, maupun penyajiannya. Kami sangat mengharapkan adanya tanggapan berupa kritik dan saran guna penyempurnaan modul ini. Semoga modul ini bermanfaat khususnya bagi dosen dan mahasiswa dalam melaksanakan proses pembelajaran mata kuliah audit informasi klinis.

Denpasar,

DAFTAR ISI

	Halaman
Kata Pengantar	4
Petunjuk Penggunaan Modul	8
PENDAHULUAN	9
A. Latar Belakang.....	9
B. Deskripsi Mata Kuliah.....	9
C. Tujuan Pembelajaran.....	10
D. Penjabaran Pertemuan	10
Pertemuan 1 : Konsep Audit RMIK	11
A. Tujuan.....	11
B. Pokok-Pokok Materi.....	11
C. Uraian Materi.....	11
D. Rangkuman Materi.....	17
E. Latihan Soal dan Tugas.....	17
F. Kunci Jawaban.....	17
Pertemuan 2 : Persiapan Untuk Audit	14
A. Tujuan.....	14
B. Pokok-Pokok Materi.....	14
C. Uraian Materi.....	14
D. Rangkuman Materi.....	16
E. Latihan Soal dan Tugas.....	17
F. Kunci Jawaban.....	17
Pertemuan 3 : Tahapan Audit	18
A. Tujuan.....	18
B. Pokok-Pokok Materi.....	18
C. Uraian Materi.....	18
D. Rangkuman Materi.....	20
E. Latihan Soal dan Tugas.....	21
F. Kunci Jawaban.....	21
Pertemuan 4 : Menyusun POA Dalam Audit	22
A. Tujuan.....	22
B. Pokok-Pokok Materi.....	22
C. Uraian Materi.....	22
D. Rangkuman Materi.....	23
E. Latihan Soal dan Tugas.....	23
F. Kunci Jawaban.....	23
Pertemuan 5 : Metode Audit	24
A. Tujuan.....	24
B. Pokok-Pokok Materi.....	24
C. Uraian Materi.....	24
D. Rangkuman Materi.....	30

E. Latihan Soal dan Tugas.....	30
F. Kunci Jawaban.....	30
Pertemuan 6 : Instrumen Audit	31
A. Tujuan.....	31
B. Pokok-Pokok Materi.....	31
C. Uraian Materi.....	31
D. Rangkuman Materi.....	32
E. Latihan Soal dan Tugas.....	32
F. Kunci Jawaban.....	32
Pertemuan 7 : Instrumen Audit Pengkodean Klinis Dan Validasi Instrumen	33
A. Tujuan.....	33
B. Pokok-Pokok Materi.....	33
C. Uraian Materi.....	33
D. Rangkuman Materi.....	34
E. Latihan Soal dan Tugas.....	34
F. Kunci Jawaban.....	34
Pertemuan 8 : Abstraksi Koding Rekam Medis	35
A. Tujuan.....	35
B. Pokok-Pokok Materi.....	35
C. Uraian Materi.....	35
Pertemuan 9 : Abstraksi Koding Rekam Medis Bab XI Sampai XXI.....	40
A. Tujuan.....	40
B. Pokok-Pokok Materi.....	40
C. Uraian Materi.....	40
Pertemuan 10 : Peran Komite Medik Dalam Pelaksanaan Audit Medis.....	45
A. Tujuan.....	45
B. Pokok-Pokok Materi.....	45
C. Uraian Materi.....	45
D. Rangkuman Materi.....	46
E. Latihan Soal dan Tugas.....	46
F. Kunci Jawaban.....	46
Pertemuan 11 : Analisis Rekam Medis Terintegrasi.....	47
A. Tujuan.....	47
B. Pokok-Pokok Materi.....	47
C. Uraian Materi.....	47
D. Rangkuman Materi.....	48
E. Latihan Soal dan Tugas.....	48
F. Kunci Jawaban.....	48
Pertemuan 12 : Pedoman Audit Medis	49
A. Tujuan.....	49
B. Pokok-Pokok Materi.....	49
C. Uraian Materi.....	49
D. Rangkuman Materi.....	53
E. Latihan Soal dan Tugas.....	53
F. Kunci Jawaban.....	53

Pertemuan 13 : Audit Medis Dan Risiko Manajemen	54
A. Tujuan.....	54
B. Pokok-Pokok Materi.....	54
C. Uraian Materi.....	54
D. Rangkuman Materi.....	57
E. Latihan Soal dan Tugas.....	57
F. Kunci Jawaban.....	57
Pertemuan 14 : Patient Admission System (PAS)	58
A. Tujuan.....	58
B. Pokok-Pokok Materi.....	58
C. Uraian Materi.....	58
D. Rangkuman Materi.....	60
E. Latihan Soal dan Tugas.....	61
F. Kunci Jawaban.....	61
 DAFTAR PUSTAKA	 62

PETUNJUK PENGGUNAAN MODUL

A. Petunjuk Bagi Mahasiswa

Untuk memperoleh hasil belajar secara maksimal, dalam menggunakan modul Audit Informasi Klinis, maka langkah-langkah yang perlu dilaksanakan antara lain:

- 1) Bacalah dan pahami dengan seksama uraian-uraian materi yang ada pada masing-masing kegiatan belajar. Bila ada materi yang kurang jelas, mahasiswa dapat bertanya pada instruktur yang mengampu kegiatan belajar.
- 2) Kerjakan setiap tugas dan Latihan Soal untuk mengetahui seberapa besar pemahaman yang telah dimiliki terhadap materi-materi yang dibahas dalam setiap kegiatan belajar.
- 3) Untuk kegiatan belajar yang terdiri dari teori dan praktik, perhatikanlah hal-hal berikut ini:
 - a. Perhatikan petunjuk-petunjuk yang berlaku.
 - b. Pahami setiap langkah kerja dengan baik.
- 4) Jika belum menguasai tingkat materi yang diharapkan, ulangi lagi pada kegiatan belajar sebelumnya atau bertanyalah kepada dosen yang mengampu kegiatan pembelajaran.

B. Petunjuk Bagi Dosen

Dalam setiap kegiatan belajar dosen berperan untuk:

1. Membantu mahasiswa dalam merencanakan proses belajar.
2. Membimbing mahasiswa melalui tugas-tugas yang dijelaskan dalam tahap belajar.
3. Membantu mahasiswa dalam memahami konsep, praktik baru, dan menjawab pertanyaan mahasiswa mengenai proses belajar mahasiswa.
4. Membantu mahasiswa untuk menentukan dan mengakses sumber tambahan lain yang diperlukan untuk belajar.

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Audit Informasi Klinis adalah Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.

Audit dapat berupa orang, fungsi atau area yang akan di audit. Audit medis sangat terkait dengan upaya peningkatan mutu dan standarisasi, tujuannya khususnya terkait dengan melakukan evaluasi mutu pelayanan medis, mengetahui penerapan standar pelayanan medis, dan melakukan perbaikan perbaikan pelayanan medis sesuai kebutuhan pasien dan standar pelayanan medis.

Agar kegiatan belajar bisa berjalan dengan lancar, dosen dapat menggunakan pendekatan dan teknik yang berbeda yang sangat tergantung pada setiap pokok bahasan, kemampuan mahasiswa dan capaian pembelajaran yaitu Menguasai konsep dan Mampu melakukan audit kode diagnosis dan tindakan medis secara manual dan elektronik.

Mata kuliah Audit Informasi Klinis merupakan salah satu mata kuliah untuk mendorong kemampuan mahasiswa sehingga mampu melakukan proses evaluasi diri terhadap kelompok kerja yang berada dibawah tanggung jawabnya, dan mampu mengelola pembelajaran secara mandiri Dalam pengembangannya untuk mendapatkan informasi yang lengkap dan pemecahan masalah yang komprehensif terkait dengan mata kuliah Audit Informasi Klinis.

B. Deskripsi Mata Kuliah

Modul ini disusun untuk memberikan kemampuan kepada mahasiswa untuk memahami tentang konsep audit medis, konsep audit RMIK, audit coding, instrumen audit dan analisis rekam medis terintegrasi.

C. Tujuan Pembelajaran

1. Mendeskripsikan serta memahami konsep audit medis
2. Mendeskripsikan serta memahami konsep audit RMIK dan audit coding
3. Memahami tentang instrumen audit
4. Memahami tentang abstraksi rekam medis
5. Mendeskripsikan tentang analisis rekam medis terintegrasi

D. Penjabaran Pertemuan

Modul ini terdiri dari 14 Pertemuan yang mencakup kegiatan belajar teori pada modul ini dan kegiatan belajar praktek yang akan dijelaskan dalam modul praktikum.

1. Pertemuan 1 : (Konsep Audit RMIK)
2. Pertemuan 2 : (Persiapan Untuk Audit)
3. Pertemuan 3 : (Tahapan Audit)
4. Pertemuan 4 : (Menyusun POA Dalam Audit)
5. Pertemuan 5 : (Metode Audit)
6. Pertemuan 6 : (Instrumen Audit)
7. Pertemuan 7 : (Instrumen Audit Pengkodean Klinis Dan Validasi Instrumen)
8. Pertemuan 8 : (Abstraksi Koding Rekam Medis)
9. Pertemuan 9 : (Abstraksi Koding Rekam Medis Bab XI Sampai XXI)
10. Pertemuan 10 : (Peran Komite Medik Dalam Pelaksanaan Audit Medis Di Rumah Sakit)
11. Pertemuan 11 : (Analisis Rekam Medis Terintegrasi)
12. Pertemuan 12 : (Pedoman Audit Medis)
13. Pertemuan 13 : (Audit Medis Dan Risiko Manajemen)
14. Pertemuan 14 : (Patient Admission System (PAS))

PERTEMUAN 1

(Konsep Audit RMIK)

A. TUJUAN

Setelah selesai tatap muka diharapkan Mahasiswa dapat menjelaskan dan mengidentifikasi konsep audit RMIK

B. POKOK-POKOK MATERI

- a. Peraturan terkait penyelenggaraan komite medik rumah sakit
- b. Definisi
- c. Tujuan
- d. Manfaat audit
- e. Pelaksanaan audit medis

C. URAIAN MATERI

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 Tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit. Komite medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (clinical governance) agar staf medis dirumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.

Komite medik dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis (clinical governance) yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi. Komite medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit oleh kepala/direktur.

Kewenangan klinis (clinical privilege) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (clinical appointment).

Penugasan klinis (clinical appointment) adalah penugasan kepala/direktur rumah sakit kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis dirumah sakit tersebut berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.

Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.

Dalam peraturan perundang-undangan tentang perumahasakitan, pelaksanaan audit medis dilaksanakan sebagai implementasi fungsi manajemen klinis dalam rangka penerapan tata kelola klinis yang baik di rumah sakit. Audit medis tidak digunakan untuk mencari ada atau tidaknya kesalahan seorang staf medis dalam satu kasus. Dalam hal terdapat laporan kejadian dengan dugaan kelalaian seorang staf medis, mekanisme yang digunakan adalah mekanisme disiplin profesi, bukannya mekanisme audit medis. Audit medis dilakukan dengan mengedepankan respek terhadap semua staf medis (no blaming culture) dengan cara tidak menyebutkan nama (no naming), tidak mempersalahkan (no blaming), dan tidak memermalukan (no shaming).

Audit medis yang dilakukan oleh rumah sakit adalah kegiatan evaluasi profesi secara sistemik yang melibatkan mitra bestari (peer group) yang terdiri dari kegiatan peer-review, surveillance dan assessment terhadap pelayanan medis di rumah sakit., rumah sakit, komite medik atau masing-masing kelompok staf medis dapat menyelenggarakan menyelenggarakan evaluasi kinerja profesi yang terfokus (focused professional practice evaluation).

Secara umum, pelaksanaan audit medis harus dapat memenuhi 4 (empat) peran penting, yaitu :

- a. sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit
- b. sebagai dasar untuk pemberian kewenangan klinis (clinical privilege) sesuai kompetensi yang dimiliki
- c. sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis (clinical privilege)
- d. sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf medis.

D. RANGKUMAN MATERI

ICD 10 CM terdiri dari

Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.

E. LATIHAN SOAL DAN TUGAS

Silahkan menganalisis dan mengidentifikasi jurnal terkait audit informasi klinis.

F. KUNCI JAWABAN

PERTEMUAN 2

(Persiapan Untuk Audit)

A. TUJUAN

Setelah selesai tatap muka diharapkan Mahasiswa dapat Menjelaskan dan mengidentifikasi persiapan untuk audit

B. POKOK-POKOK MATERI

- a. Pengorganisasian dalam audit medik
- b. Alur audit
- c. Pemilihan topik
- d. Penetapan kriteria audit

C. URAIAN MATERI

Audit medis dapat pula diselenggarakan dengan melakukan evaluasi berkesinambungan (on-going professional practice evaluation), baik secara perorangan maupun kelompok. Hal ini dapat dilakukan dengan beberapa cara, antara lain dapat merupakan kegiatan yang berbentuk siklus sebagai upaya perbaikan yang terus menerus sebagaimana tercantum di bawah ini:



Berdasarkan siklus di atas maka langkah-langkah pelaksanaan audit medis dilaksanakan sebagai berikut:

a. Pemilihan topik yang akan dilakukan audit.

Tahap pertama dari audit medis adalah pemilihan topik yang akan dilakukan audit. Pemilihan topik tersebut bisa berupa penanggulangan penyakit tertentu di rumah sakit (misalnya : typhus abdominalis), penggunaan obat tertentu (misalnya: penggunaan antibiotik), tentang prosedur atau Tindakan tertentu, tentang infeksi nosokomial di rumah sakit, tentang kematian karena penyakit tertentu, dan lain-lain. Pemilihan topik ini sangat penting, dalam memilih topik agar memperhatikan jumlah kasus atau epidemiologi penyakit yang ada di rumah sakit dan adanya keinginan untuk melakukan perbaikan. Sebagai contoh di rumah sakit kasus typhus abdominalis cukup banyak dengan angka kematian cukup tinggi. Hal ini tentunya menjadi masalah dan ingin dilakukan perbaikan. Contoh lainnya : angka seksio sesaria yang cukup tinggi di rumah sakit yang melebihi dari angka nasional. Untuk mengetahui penyebabnya sehingga dapat dilakukan perbaikan maka perlu dilakukan audit terhadap seksio sesaria tersebut. Pemilihan dan penetapan topik atau masalah yang ingin dilakukan audit dipilih berdasarkan kesepakatan komite medik dan kelompok staf medis.

b. Penetapan standar dan kriteria.

Setelah topik dipilih maka perlu ditentukan kriteria atau standar profesi yang jelas, obyektif dan rinci terkait dengan topik tersebut. Misalnya topik yang dipilih typhus abdominalis maka perlu ditetapkan prosedur pemeriksaan, diagnosis dan pengobatan typhus abdominalis. Penetapan, standar dan prosedur ini oleh mitra bestari (peer group) dan/atau dengan ikatan profesi setempat. Ada dua level standar dan kriteria yaitu must do yang merupakan absolut minimum kriteria dan should do yang merupakan tambahan kriteria yang merupakan hasil penelitian yang berbasis bukti.

c. Penetapan jumlah kasus/sampel yang akan diaudit.

Dalam mengambil sampel bisa dengan menggunakan metode pengambilan sampel tetapi bisa juga dengan cara sederhana yaitu menetapkan kasus typhus abdominalis yang akan diaudit dalam kurun waktu tertentu, misalnya dari bulan Januari sampai Maret. Misalnya selama 3 bulan tersebut ada 200 kasus maka 200 kasus tersebut yang akan dilakukan audit.

d. Membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan.

Subkomite mutu profesi atau tim pelaksana audit medis mempelajari rekam medis untuk mengetahui apakah kriteria atau standar dan prosedur yang telah ditetapkan tadi telah dilaksanakan atau telah dicapai dalam masalah atau kasus-kasus yang dipelajari. Data tentang kasus-kasus yang tidak memenuhi kriteria yang telah ditetapkan dipisahkan dan dikumpulkan untuk di analisis. Misalnya dari 200 kasus ada 20 kasus yang tidak memenuhi kriteria atau standar maka 20 kasus tersebut agar dipisahkan dan dikumpulkan.

e.Melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria.

Subkomite mutu profesi atau tim pelaksana audit medis menyerahkan ke 20 kasus tersebut pada mitra bestari (peer group) untuk dinilai lebih lanjut. Kasus-kasus tersebut di analisis dan didiskusikan apa kemungkinan penyebabnya dan mengapa terjadi ketidaksesuaian dengan standar. Hasilnya: bisa jadi terdapat (misalnya) 15 kasus yang penyimpangannya terhadap standar adalah “acceptable” karena penyulit atau komplikasi yang tak diduga sebelumnya (unforeseen). Kelompok ini disebut deviasi (yang acceptable). Sisanya yang 5 kasus adalah deviasi yang unacceptable, dan hal ini dikatakan sebagai “defisiensi”. Untuk melakukan analisis kasus tersebut apabila diperlukan dapat mengundang konsultan tamu atau pakar dari luar, yang biasanya dari rumah sakit pendidikan.

f.Menerapkan perbaikan.

Mitra bestari (peer group) melakukan tindakan korektif terhadap kelima kasus yang defisiensi tersebut secara kolegal, dan menghindari “blaming culture”. Hal ini dilakukan dengan membuat rekomendasi upaya perbaikannya, cara-cara pencegahan dan penanggulangan, mengadakan program pendidikan dan latihan, penyusunan dan perbaikan prosedur yang ada dan lain sebagainya.

g. Rencana reaudit.

Mempelajari lagi topik yang sama di waktu kemudian, misalnya setelah 6 (enam) bulan kemudian. Tujuan reaudit dilaksanakan adalah untuk mengetahui apakah sudah ada upaya perbaikan. Hal ini bukan berarti topik audit adalah sama terus menerus, audit yang dilakukan 6 (enam) bulan kemudian ini lebih untuk melihat upaya perbaikan. Namun sambil melihat upaya perbaikan ini, Subkomite mutu profesi atau tim pelaksana audit dan mitra bestari (peer group) dapat memilih topik yang lain.

D. RANGKUMAN MATERI

Audit medis dapat diselenggarakan dengan melakukan evaluasi berkesinambungan (on-going professional practice evaluation) yaitu dengan memilih topik, menetapkan standar, mengamati praktik, membandingkan dengan standar dan menerapkan perbaikan.

E. LATIHAN SOAL DAN TUGAS

Silahkan menganalisis dan mengidentifikasi studi kasus yang diberikan dosen pengajar pada pertemuan ini.

F. KUNCI JAWABAN

PERTEMUAN 3

Tahapan Audit

A. TUJUAN

Setelah selesai tatap muka diharapkan Mahasiswa dapat memahami tahapan audit

B. POKOK-POKOK MATERI

- a. Pengumpulan data untuk audit medis
- b. Melakukan analisa
- c. Menggunakan metode diagram
- d. Mengidentifikasi penyebab masalah

C. URAIAN MATERI

Petunjuk pengumpulan data :

- Menunjukkan bagian bagian mana dari suatu catatan medik yang dapat dipercaya sebagai sumber data
- Petunjuk petunjuk harus ditulis secara obyektif dan semua istilah harus disebutkan secara lengkap

Persiapan pengumpulan data :

- Tentukan variabel yang mungkin akan mempengaruhi hasil
- Tentukan cara pengambilan data
- Tentukan jumlah sampel

Cara Pengambilan Data :

- Retrospektif yaitu bila data yang diinginkan dibutuhkan secara rutin telah dikumpulkan dalam suatu sistem komputer atau di dalam buku catatan
- Prospektif yaitu jika data diambil pada pasien pasien yang baru seperti saat mereka masuk rumah sakit

Pelaksanaan :

- Umumnya dikerjakan oleh asisten panitia audit (staf RM) berdasar instrumen audit
- Memisahkan rekam medik yang mengandung penyimpangan (tidak sesuai standar)
- Hasil dicatat dalam bentuk kode

Variabel :

- Variabel diperlukan untuk melihat apakah ada pola dalam mutu pelayanan yang diberikan kepada pasien
- Variabel diperlukan untuk melihat apakah ada hal-hal tertentu (dari aspek RS, dokter, perawat, pasien) yang mempengaruhi mutu pelayanan, misalnya: Dokter Kelas, perawatan, Asal bangsa, Umur pasien dsb.

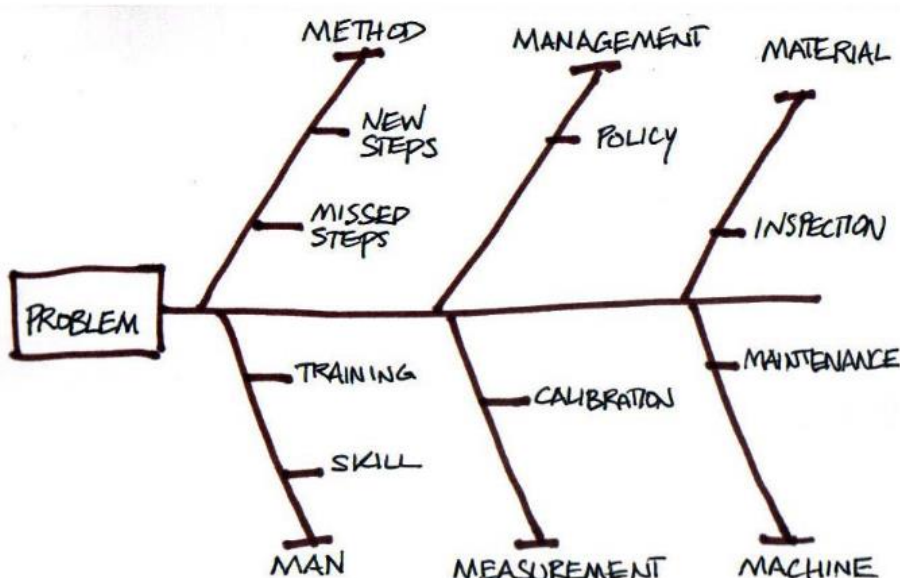
Penentuan populasi dan sampel :

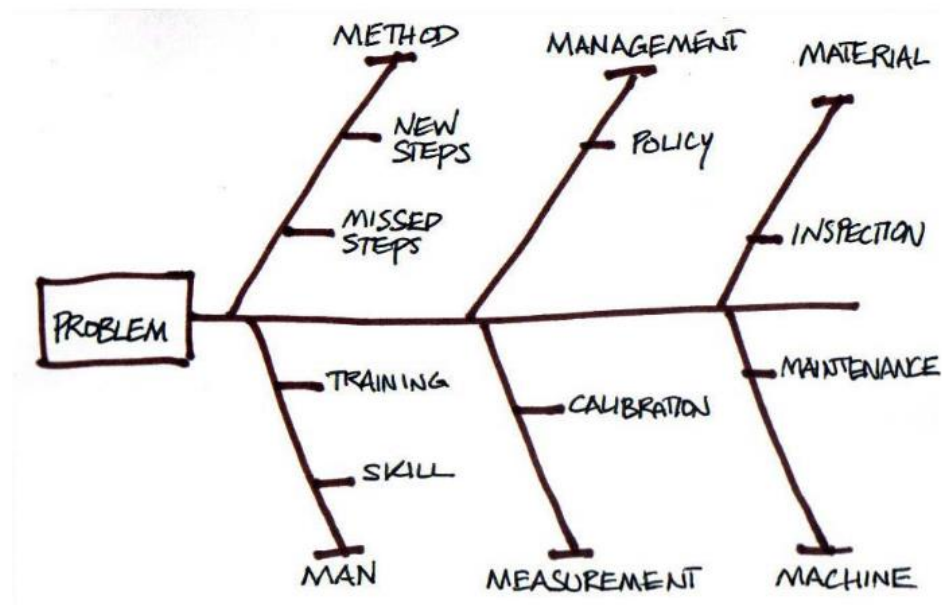
- Ambil seluruh populasi bila topik audit sangat penting (misalnya operasi)
- Pakai sampel bila jumlah pasien sangat banyak (misal 1.000)
- Sampel pragmatis: 20-50 (biasanya 30) pasien sudah cukup
- Sampel ilmiah: bila perlu pertanggung –jawaban atau publikasi ilmiah

Analisa data :

1. Re-check: analisa penyimpangan
Memastikan apakah hasil audit menurut asisten audit sudah benar (yang disebut menyimpang benar-benar menyimpang)
2. Identifikasi karakteristik sampel audit, apakah dapat mewakili seluruh populasi
3. Menghitung tingkat kepatuhan secara umum
4. Mengidentifikasi pola penyimpangan
5. Mengidentifikasi penyebab penyimpangan

Menggunakan metode diagram tulang ikan / ishikawa :





Mengidentifikasi penyebab masalah :

1. Administrasi/manajemen RS (fasilitas, peralatan, kebijakan)
2. Staf/ Bagian Pelayanan Medik
3. Anggota SMF/ individual
4. Pelayanan medik khusus (Lab, X-ray, anestesi, dll)
5. Unit/ Pelayanan Keperawatan
6. Perawat/ individual
7. Pelayanan terapi bukan oleh dokter
8. Kondisi atau ketidaktaatan pasien
9. Faktor masyarakat
10. Perlu penyelidikan lebih lanjut

D. RANGKUMAN MATERI

Tahapan audit yaitu pertama terdapat petunjuk pengumpulan data, ada persiapan pengumpulan data, cara Pengambilan Data, Pelaksanaan audit, terdapat Variabel yang akan diaudit, terdapat penentuan populasi dan sampel, lalu proses analisa data salah satu nya bisa menggunakan metode diagram tulang ikan / ishikawa dan mengidentifikasi penyebab masalah.

E. LATIHAN SOAL DAN TUGAS

Silahkan menganalisis dan mengidentifikasi studi kasus yang diberikan dosen pengajar pada pertemuan ini untuk melakukan audit.

F. KUNCI JAWABAN

PERTEMUAN 4

Menyusun POA Dalam Audit

A. TUJUAN

Setelah selesai tatap muka diharapkan Mahasiswa dapat Menjelaskan, mengidentifikasi menyusun POA dalam audit

B. POKOK-POKOK MATERI

- Mengidentifikasi tindak lanjut untuk perubahan yang efektif
- Penyusunan POA
- Melakukan Reaudit

A. URAIAN MATERI

Tindak lanjut untuk perubahan yang efektif :

- a. Ditunjukkan pada yang kompeten
- b. Ada batas waktu
- c. Tanggung jawab ditegaskan dan dikomunikasikan

Penyusunan rencana secara detail (POA) :

- a. Permasalahan
- b. Rencana tindakan
- c. Pelaksana
- d. Batas waktu
- e. Persetujuan yang berwenang

Re-Audit :

- a. Melakukan audit medik ulang setelah selesai melakukan intervensi
- b. Audit terhadap pasien yang datang setelah intervensi
- c. Jumlah rekam medis yang hampir sama
- d. Kriteria dan perkecualian yang sama
- e. Evaluasi apa saja yang sudah ada perbaikan, bila tidak maka perlu dirumuskan tindak lanjut yang baru

B. LATIHAN SOAL DAN TUGAS

Penyusunan POA

Tindak lanjut	Tujuan	Indikator Keberhasilan	Penanggung jawab	Jangka waktu	Biaya
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

C. KUNCI JAWABAN

PERTEMUAN 5

Metode Audit

A. TUJUAN

Setelah selesai tatap muka diharapkan Mahasiswa dapat menjelaskan dan mengidentifikasi metode audit

B. POKOK-POKOK MATERI

- *Continuous quality improvement (CQI)*
- *Australian Coding Benchmark Audit (ACBA)*

C. URAIAN MATERI

Metode yang membantu dalam peningkatan quality improvement adalah dengan metode kuantitatif dan kualitatif. Metode kuantitatif melibatkan penggunaan angka dan frekuensi yang menghasilkan data yang terstruktur. Jenis informasi mudah untuk menganalisa statistik dan akrab bagi profesional perawatan ilmu pengetahuan dan kesehatan.

Metode kualitatif merupakan data dengan karakteristik deskriptif daripada nilai – nilai numerik yang menarik kesimpulan statistik. Data kualitatif diobservasi tetapi tidak terstruktur dan memberikan informasi penting tentang pola, hubungan antara sistem dan sering digunakan untuk memberikan konteks untuk perbaikan yang diperlukan.

Continuous Quality Improvement (CQI)

Continuous Quality Improvement (CQI) atau disebut juga Perbaikan mutu berkesinambungan atas kinerja organisasi secara menyeluruh hendaknya di jadikan sebagai patokan tetap dari organisasi. Proses berkesinambungan merupakan prinsip dasar yang paling fundamental di mana mutu adalah sebagai pusatnya. proses ini merupakan pelengkap dan yang menghidupkan proses, dan juga prinsip fokus pada customer atau pelanggan.

Konsep Dasar Continuous Improvement

Perbaikan mutu terus-menerus atau perbaikan mutu berkesinambungan merupakan salah satu unsure penting dan fundamental dari TQM. Konsep perbaikan mutu terus-

menerus harus diterapkan, baik terhadap proses, maupun orang yang melaksanakan perbaikan itu sendiri.

Konsep perbaikan mutu terus menerus dibentuk berdasarkan pada urutan serta langkah-langkah kegiatan yang berkaitan dengan hasil output seperti produk berupa barang dan jasa atau alumni dalam pendidikan.. Tujuan pertama perbaikan secara terus menerus ialah proses yang handal, dalam arti bahwa dapat memproduksi yang diinginkan setiap saat tanpa variasi yang diminimumkan. Apabila keragaman telah dibuat minimum dan hasilnya belum dapat diterima maka tujuan kedua dari perbaikan proses ialah merancang kembali proses tersebut untuk memproduksi output yang lebih dapat memenuhi kebutuhan customer , agar pelanggan puas.

TQM diwujudkan dalam rangkaian proyek-proyek berskala kecil. Filosofi TQM memang berskala besar, inspirasional dan meyeluruh, namun implementasi praktisnya justru berskala kecil, sangat praktis, dan berkembang. Intervensi drastis tidak sesuai dengan semangat perubahan yang ada dalam TQM. Skema yang muluk-muluk tidak akan menimbulkan kemajuan, sebab hal sedemikian sering terjebak pada kurangnya sumber daya, dan buntutnya sumberdaya bisa mengakibatkan sinisme dan ketidakpuasan.

Selanjutnya untuk mewujudkan paradigma *continuous improvement*, harus ditanamkan personal value yang cocok dengan paradigma tersebut, yakni: kejujuran, kerendahan hati, kerja keras, kesabaran, keterbukaan dan keberanian.

Peningkatan mutu rumah sakit harus selalu dilakukan secara berkesinambungan agar bisa memberikan kepuasan kepada pelanggan. Dulu, tugas untuk meningkatkan mutu rumah sakit hanya merupakan tugas dari manajemen rumah sakit, tetapi dengan CQI/ TQM, semua pihak dilibatkan dalam peningkatan mutu rumah sakit mulai dari manajemen puncak, staf sampai dengan petugas pelayanan. CQI/ TQM mengendalikan mutu berdasar pada fakta yang objektif. Berdasarkan data tersebut, dapat diketahui gambaran situasi dan persolan yang ada sehingga untuk pemecahan masalah dan pengambilan keputusan dalam meningkatkan manajemen mutu juga berdasar atas fakta bukan opini pribadi ataupun golongan.

Pada CQI/ TQM, keterlibatan petugas medis sangat dibutuhkan. Keterlibatan tenaga medis pada CQI/ TQM dapat dilihat dari partisipasi dokter dalam pelatihan QI formal, partisipasi dokter dalam tim QI, klinisi yang terlibat dalam proyek QA/ QI dan departemen klinis di rumah sakit yang memiliki proyek QA/QI resmi yang terorganisir.

Plan-Do-Study-Act (PDSA)

Metode *Plan-Do-Study-Act* (PDSA) adalah cara untuk menguji perubahan yang diterapkan dalam rangka memastikan berjalannya peningkatan mutu yang berkesinambungan. Empat langkah dalam PDSA berfungsi untuk memandu proses berpikir dalam memecah tugas menjadi beberapa langkah teknis dan kemudian mengevaluasi hasilnya, meningkatkannya, dan mengujinya kembali. Dokumen PDSA digunakan pula sebagai bukti tindak lanjut dan perbaikan yang dipersyaratkan juga dalam akreditasi maupun re-akreditasi rumah sakit dan fasilitas kesehatan primer (puskesmas, klinik, dan lain sebagainya).

PDSA memiliki kelebihan-kelebihan sehingga mudah diterapkan sebagai alat peningkatan mutu berkelanjutan (CQI/ *Continuous Quality Improvement*), meliputi hal-hal sebagai berikut.

1. Satu Langkah — Setiap PDSA seringkali hanya berisi segmen atau satu langkah dari seluruh implementasi yang lebih kompleks.
2. Durasi Singkat — Setiap siklus PDSA harus sesingkat mungkin agar Anda mengetahui bahwa itu berfungsi atau tidak (beberapa bisa sesingkat 1 jam).
3. Ukuran Sampel Kecil — PDSA mungkin hanya akan melibatkan sebagian dari praktik kesehatan (mungkin 1 atau 2 dokter atau petugas lainnya). Setelah umpan balik diperoleh dan proses disempurnakan, implementasi dapat diperluas (*scale up*) untuk mencakup seluruh praktik.

AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*) memberikan contoh alat sederhana untuk menggunakan PDSA dalam proses perubahan dalam fasilitas kesehatan sebagai berikut (link untuk mengakses *tool*/terlampir dalam referensi).

Cara mengisi:

1. Alat: Bagian ini diisi dengan “nama alat” atau tentang kegiatan yang akan dilaksanakan. Misalnya, umpan balik pasien.

2. Langkah: Bagian ini diisi dengan langkah yang lebih kecil yang akan diimplementasikan. Misalnya, penyebaran kuesioner kepuasan pelanggan.
3. Siklus: Bagian ini diisi nomor siklus PDSA yang akan dilakukan. Ketika menerapkan strategi untuk implementasi, kita seringkali perlu memperbaiki sesuatu dan ingin menguji kembali apakah perubahan yang kita buat menjadikan suatu proses atau outcome menjadi lebih baik atau tidak. Setiap kali kita melakukan penyesuaian (*adjustment/ koreksi*) dan mengujinya kembali, maka kita akan melakukan siklus berikutnya. Oleh karena itu catatan siklus beberapa yang kita lakukan penting untuk menjadi dokumentasi dan acuan langkah perubahan berikutnya. Misal, diisi dengan siklus ke 1 atau 2, dan seterusnya.

1. **PLAN/** Rencana:

- *I plan to/* Saya berencana untuk: Di bagian ini kita akan menulis pernyataan singkat tentang apa yang direncanakan untuk dilakukan dalam pengujian ini. Yang ditulis dalam bagian ini cukup berfokus pada bagian kecil saja dari implementasi yang akan dilakukan. Misalnya, saya berencana untuk menguji proses survey kepuasan pelanggan, termasuk bagaimana mereka mengisi dan mengembalikannya.
- *I hope this produces/* Saya harap ini menghasilkan: Di bagian ini kita dapat menuliskan pengukuran atau target hasil yang ingin dicapai. Kita dapat membuat target secara kuantitatif, seperti: minimal 25 % formulir harus kembali.

Langkah-langkah untuk mengeksekusi: Di bagian ini, kita akan menulis secara rinci langkah-langkah yang akan diambil dalam siklus ini. Misalnya, dalam pengisian survei kepuasan pelanggan dibutuhkan langkah-langkah sebagai berikut.

- Menempatkan formulir survei pada tempat mudah dilihat dan dijangkau pada bagian kepulauan pasien
- Petugas memotivasi pasien dan keluarga untuk mengisi formulir survei kepuasan pelanggan

- Pasien/ keluarga diminta mengembalikan formulir survei yang telah diisi ke dalam box yang telah dipersiapkan.

Sehingga, pada aspek ini harus secara rinci dituliskan tentang siapa saja populasi yang terlibat dan batas waktu yang telah ditentukan. Batas waktu yang ditentukan tidak boleh terlalu lama, yaitu hanya berkisar 1 minggu namun kemajuannya dapat diketahui sejak beberapa jam setelah diterapkan.

2. **DO/** Melakukan

Setelah memiliki rencana, kita akan menjalankannya atau menggerakkan perubahan. Pada saat mulai implementasi ini, penting memperhatikan apa yang terjadi segera setelah perubahan diterapkan.

What did you observe/ Apa yang kamu amati? Di bagian ini pengamatan yang dilakukanselama implementasi dicatat. Hal ini mungkin meliputi bagaimana pasien bereaksi, bagaimana petugas kesehatan bereaksi, bagaimana keluarga pasien bereaksi, apakah perubahan ini sesuai dengan sistem yang sudah berjalan atau maupun flow pasien. Penting direfleksikan pertanyaan, “Apakah semuanya berjalan sesuai rencana?” “Apakah harus memodifikasi rencana?”

Contoh catatan pada bagian ini:

1. Pada bagian kepulangan, pasien dan keluarga Nampak sibuk dengan berbagai aktivitas, seperti mengurus pembayaran, melengkapi administrasi, berkoordinasi dengan bagian transportasi pasien, dan lain sebagainya.
2. Petugas terkadang lupa menawarkan pasien maupun keluarga untuk mengisi form survey.
3. Jam-jam kepulangan pasien umumnya merupakan jam yang sibuk dan padat, sehingga area di bagian kepulangan pasien cukup crowded.

Berdasarkan pengamatan di atas, nampaknya perlu dilakukan perubahan strategi.

3. **STUDY/** Belajar

Setelah implementasi diterapkan, hasilnya mulai dipelajari.

Apa yang kita pelajari? Apakah memenuhi tujuan pengukuran? Penting dicatat seberapa baik kerjanya jika yang dilakukan memenuhi target tujuan.

Contoh pengisian pada bagian ini:

Pada siklus pertama, hanya ada 10 kuesioner yang diisi dan dikembalikan dari 100 formulir yang disediakan di bagian kepulauan pasien. Perlu ada perubahan strategi untuk memperbaiki pencapaian target.

4. **ACT/** Bertindak

Apa yang dapat disimpulkan dari siklus ini? Di bagian ini dituliskan apa yang didapatkan untuk implementasi ini, apakah hal tersebut berhasil atau tidak. Dan, jika hal itu tidak berhasil, apa yang dapat dilakukan secara berbeda pada siklus berikutnya untuk mengatasi masalah atau kegagalan yang terjadi. Jika berhasil, apakah kita siap untuk scale-up atau menyebarkannya ke seluruh sistem/ praktik di fasilitas kesehatan?

Selanjutnya, siklus pengisian ini dapat terus bergulir seiring proses perbaikan yang terus dikerjakan oleh organisasi kesehatan. Laporan ini dapat digunakan dalam proses akreditasi RS.

Australian Coding Benchmark Audit (ACBA)

ABCA adalah software yang dikembangkan di Australia, yang digunakan di semua tipe fasilitas perawatan kesehatan, sangat sederhana dan bertujuan untuk mampu membedakan antara kesalahan coder dengan sistem. Metodologinya disebut cocok untuk para coder yang baru sedikit berpengalaman tentang studi kualitas coding. Di Australia coding klinis secara tradisional dilakukan di departemen rekam medis kesehatan.

Empat – Lima tahun yang lalu Depkes telah mengenalkan sistem audit coding Australia : *Australian Coding Benchmark Audit (ACBA)*. Publikasi ABCA oleh National Centre for Classification in Health (NCCCH) untuk memenuhi permintaan

industri akan sebuah benchmark yang mampu membandingkan kualitas hasil coding dalam lingkup nasional di Australia.

D. RANGKUMAN MATERI

Continuous Quality Improvement (CQI) atau disebut juga Perbaikan mutu berkesinambungan atas kinerja organisasi secara menyeluruh hendaknya di jadikan sebagai patokan tetap dari organisasi. Proses berkesinambungan merupakan prinsip dasar yang paling fundamental di mana mutu adalah sebagai pusatnya.

Australian Coding Benchmark Audit (ACBA) adalah software yang dikembangkan di australia, yang digunakan di semua tipe fasilitas perawatan kesehatan, sangat sederhana dan bertujuan untuk mampu membedakan antara kesalahan coder dengan sistem.

E. LATIHAN SOAL DAN TUGAS

Silahkan menganalisis dan mengidentifikasi studi kasus yang diberikan dosen pengajar pada pertemuan ini untuk melakukan audit.

F. KUNCI JAWABAN

PERTEMUAN 6

Instrumen Audit

A. TUJUAN

Setelah selesai tatap muka diharapkan Mahasiswa dapat menjelaskan dan mengidentifikasi instrumen audit

B. POKOK-POKOK MATERI

Elemen elemen dalam instrumen audit pengkodean klinis :

- *Reliability*
- *Completeness*
- *Timeliness*
- *Accuracy*
- *Relevancy*
- *Definition*
- *Legibility*

C. URAIAN MATERI

Elemen-elemen dalam instrumen audit pengkodean klinis

Instrumen audit pengkodean klinis terdiri dari tujuh (7) elemen kualitas pengkodean. Ketujuh elemen kualitas pengkodean tersebut yaitu reliability, completeness, timeliness, accuracy, relevancy, definiton dan legibility.

- a. Reliability adalah konsistensi kode diagnosa dan tindakan yang dihasilkan oleh setiap clinical coder.
- b. Completeness adalah kode diagnosa yang lengkap yaitu mencakup diagnosa primer, diagnosa sekunder (jika diperlukan) dan tindakan (jika ada).
- c. Timeliness adalah penetapan kode diagnosa dilakukan maksimal 1 x 24 jam untuk rawat jalan dan 2 x 24 jam untuk rawat inap setelah selesai diberikan pelayanan.
- d. Accuracy adalah kesesuaian diagnosa yang ditetapkan oleh dokter dan tindakan yang diberikan kepada pasien dengan kode diagnosa dan tindakan yang ditetapkan oleh clinical coder sesuai dengan ICD-10 dan ICD 9 CM.

- e. Relevancy adalah kode diagnosa dan tindakan yang dihasilkan harus sesuai dan dapat digunakan untuk statistik pelaporan dan penggantian biaya.
- f. Definition adalah memahami semua singkatan, istilah dan simbol yang telah ditetapkan oleh rumah sakit dalam penulisan diagnosa dan tindakan.
- g. Legibility adalah diagnosa dan tindakan yang tertulis dalam lembaran resume medis dan lembaran lain yang diperlukan seperti Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi, Patologi Anatomi dan Laporan Operasi harus dapat dibaca dan mudah dipahami.

D. RANGKUMAN MATERI

Instrumen audit pengkodean klinis terdiri dari tujuh (7) elemen kualitas pengkodean. Ketujuh elemen kualitas pengkodean tersebut yaitu reliability, completeness, timeliness, accuracy, relevancy, definiton dan legibility.

E. LATIHAN SOAL DAN TUGAS

Silahkan menganalisi dan mengidentifikasi jurnal terkait instrumen audit pengkodean klinis berdasarkan 7 elemen kualitas pengkodean.

F. KUNCI JAWABAN

PERTEMUAN 7

Instrumen Audit Pengkodean Klinis dan Validasi Instrumen

A. TUJUAN

Setelah selesai tatap muka diharapkan Mahasiswa dapat Merancang instrumen audit pengkodean klinis dan validasi instrumen

B. POKOK-POKOK MATERI

- Perancangan dengan 7 elemen instrumen
- Validasi instrumen dengan teknik delphi

C. URAIAN MATERI

Rancangan instrumen audit pengkodean klinis

Pada instrumen audit pengkodean klinis, terdapat tujuh elemen kualitas pengkodean yang terdiri dari reliability, completeness, timeliness, accuracy, definition, relevancy dan legibility. Adapun unsur yang terdapat di dalam instrumen audit pengkodean klinis untuk masing masing elemen adalah sebagai berikut.

- a. Reliability : nomor rekam medis, diagnosa/ tindakan, kode yang dihasilkan clinical coder 1, kode yang dihasilkan oleh clinical coder 2, dan keterangan.
- b. Completeness : nomor rekam medis, diagnosa, kode yang dihasilkan oleh clinical coder, kode temuan auditor dan keterangan.
- c. Timeliness : nomor rekam medis, Penetapan kode diagnosa dan tindakan 1 x 24 jam setelah selesai pelayanan dan keterangan.
- d. Accuracy : nomor rekam medis, diagnosa dan tindakan, kode temuan clinical coder, kode temuan auditor dan keterangan.
- e. Definition : nomor rekam medis, terdapat singkatan dalam penulisan diagnosa, penulisan singkatan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan dan keterangan.
- f. Relevancy : nomor rekam medis, diagnosa, pending klaim disebabkan oleh kesalahan penetapan kode, dan keterangan

Validasi desain instrumen audit pengkodean klinis

Pada tahap validasi menggunakan teknik Delphi untuk menilai apakah elemen-elemen kualitas pengkodean dapat digunakan ke dalam instrumen instrumen audit pengkodean klinis. Teknik delphi yang digunakan yaitu sebanyak dua (2) putaran. Sebanyak 5 orang ahli yang berlatar belakang sebagai clinical coder, mengisi kuisioner mengenai elemen-elemen kualitas pengkodean yang terdapat di dalam instrumen audit pengkodean klinis yang dibuat.

D. RANGKUMAN MATERI

Pada instrumen audit pengkodean klinis, terdapat tujuh elemen kualitas pengkodean yang terdiri dari reliability, completeness, timeliness, accuracy, definition, relevancy dan legibility. Validasi instrumen audit pengkodean klinis menggunakan teknik Delphi.

E. LATIHAN SOAL DAN TUGAS

Silahkan merancang dan melakukan validasi instrumen audit pengkodean klinis berdasarkan 7 elemen kualitas pengkodean.

F. KUNCI JAWABAN

PERTEMUAN 8

Abstraksi Koding Rekam Medis

A. TUJUAN

Setelah selesai tatap muka diharapkan Mahasiswa dapat menjelaskan dan mengidentifikasi Abstraksi koding rekam medis

B. POKOK-POKOK MATERI

- Abstraksi koding bab I – X
- Summary kasus bab I – X

C. URAIAN MATERI

1. SUMMARY KASUS BAB I *INFECTIOUS & PARASITIC DISEASES*

Pasien laki-laki, usia 40 th. HIV positif, masuk rawat dengan riwayat napas pendek, keringat banyak, dan suhu meningkat. Hasil biopsi bronkoskopik dan diagnosis pulang TB, yang berkaitan dengan HIV, dan juga diberi terapi: bagi retinitis CMV (Cytomegaloviral)

Dx :

Kode :

MC :

OC :

2. SUMMARY KASUS BAB II *NEOPLASM (NEOPLASMA)*

Tgl. admisi: 26-8-09 Tgl. discharge:4-9-09

Usia: 15 th. Kelamin: wanita

Pasien dalam keadaan lethargy, masuk rawat dengan keluhan cepat lelah, akhir 6 bulan belakangan rasa lelah meningkat dan disertai dyspnoe dan cephalgia.

Sering menemukan memar spontan di kulit.

Keadaan umum, pucat, disertai lingkaran hitam pada mata, teraba splenomegaly dan hepatomegaly, trombosit menurun, Hb rendah, dengan leukosit WBC tidak normal.

Hasil biopsi sumsum tulang: acute lymphoblastic leukaemia □ Chemotherapy segera.

Dx :

Kode :

MC :

OC :

3. SUMMARY KASUS BAB III *DISEASES of THE BLOOD and BLOOD-FORMING ORGANS and CERTAIN DISORDERS INVOLVING THE IMMUNE MECAHNISM*

Pasien usia 40 tahun. Kelamin: Pria

Tanggal masuk 15-10-2009

Tanggal pulang 19-10-2009 Masuk rawat dengan post-hemorrhagic anaemia akibat (due to) kehilangan darah akut (blood loss) setelah perforasi ulkus duodeni kronik

Terapi: tindakan jahit duodenum dan transfusi darah.

Dx :

Kode :

MC :

OC :

4. SUMMARY KASUS BAB IV *Endocrine, Nutritional and Metabolic Disorders*

Pasien Usia 54 tahun, perempuan.

LOS: 3 minggu

Diagnosis pulang: Insulin dependent diabetes.

Riwayat sakit:

Sudah pernah ditemukan dalam episode hypoglycaemia pada diabetes yang tak terkontrol (tak terkendali). Pasien datang ke rumah sakit untuk serangan hypoglycaemia kedua kalinya dalam waktu 3 minggu.

Diberi terapi:

- diet rendah gula oral dan
- suplement intravenous.

Juga ditemukan ada diabetic retinopathy.

Kemudian dirujuk ke klinik diabetes.

Dx :

Kode :

MC :

OC :

5. SUMMARY KASUS BAB V *Mental and Behavioural Disorders*

Pasien, wanita, usia 36 tahun.

Diagnosis: **Chronic schizophrenia**

Ringkasan admisi: (Pasien tahanan polisi) Masuk rawat dihantar polisi, karena bicara kasar dan membuat kekerasan pada pelanggan di shopping mall lokal. Sangat agresif dan kasar terhadap polisi, memukul-mukul dinding sel di tempat penahanan. Polisi telah 2 (dua) x sebelumnya, membawa pasien

ke rumah sakit dengan keluhan yang sama. 5 (lima) tahun yll telah terdiagnosis menderita Schizophrenia, dan telah beberapa kali masuk rawat Rumah Sakit Jiwa. Tidak ada keluhan terkait terapi. Tidak bekerja, dan tinggal bersama anaknya, usia 9 tahun yang diurus oleh adiknya. Komunikasi sulit, pasien selalu mengancam petugas. Ada **halluxination visual** dan pendengaran. **Paranoid delusi** mencurigai petugas akan mengancam ia, selalu mengancam petugas mall karena selalu menjual barang yang akan dibeli kepada pelanggan lain.

Tidak mau minum obat karena dianggap racun. Diberi terapi: 10mg haloperidol (oral) □ bereaksi baik diberi dosis maintainance 1x5mg haloperidol malam hari. Ditemukan juga **abrasi dan edem** pada tangan dan pergelangan akibat memukul-mukul dinding kantor polisi. Pasien setuju untuk dirawat untuk asesmen. Setelah dievaluasi selama 2 hari, pasien setuju dipulangkan untuk diawasi saudaranya.

Dx :

Kode :

MC :

OC :

6. SUMMARY KASUS BAB VI DISEASES OF THE NERVOUS SYSTEM

Pasien, manula 75 th. Wanita.

Keluhan: riwayat sakit kepala daerah facial yang severe. Rasa sakit terkadang timbul saat ia sedang makan atau menggosok gigi. Didiagnosis: **Trigeminal neuralgia** dan dianjurkan operasi saraf ke V.

Dx :

Kode :

MC :

OC :

7. SUMMARY KASUS BAB VII DISEASES OF THE EYE AND ADNEXA

Usia pasien 80 th. Wanita

Rasa sakit dan pengeluaran nanah pada mata kiri dan mata merah berserta banyak air mata keluar.

Matanya rasa pegal dan gatal.

Pada pagi hari bangun tidur rasa sakit mata kiri semakin berat dan menjalar ke mata kanan. Pada pemeriksaan ditemukan: kotoran mata purulent, mata merah dan mengeluarkan banyak air mata.

Hasil pemeriksaan ada hyperemia kelopak mata serta bola mata, terjadi gangguan penglihatan, tekanan bola mata normal, kornea jernih, penglihatan tidak terganggu. Vision, tekanan intraocular dan cornea normal

- Pemeriksaan: preparat apus dari kedua mata □ terbukti ditemukan: Chlamydia trachomatis +

- Terapi: Dirawat untuk terapi tetes mata Sulfacetamide dan Achromycin □ reaksi baik (gejala berkurang)

Dipulangkan untuk dirujuk kembali ke dokter pengirim untuk melanjutkan terapinya.

Dx :

Kode :

MC :

OC :

8. SUMMARY KASUS BAB VIII *DISEASES OF THE EAR AND MASTOID PROCESS*

Pasien usia 20 tahun. Pria. Mengeluh sakit akut pada telinga kiri, sudah 1 hari lamanya. Telah minum analgetica belum juga hilang rasa sakitnya. 2 minggu yang lalu, pasien sakit infeksi alat pernapasan.

Hasil pemeriksaan dokter ahli THT: myringitis disertai vesicle kecil-kecil

Terapi: myringotomy dengan aspirasi isi vesicle dengan hasil streptocokal pneumoniae +.

Diberi terapi eritromycin.

Dx :

Kode :

MC :

OC :

9. SUMMARY KASUS BAB IX *DISEASES OF THE CIRCULATORY SYSTEM*

Pasien usia 70 tahun. Pria.

Diadmisi karena: *incapacitating angina pectoris* saat olah raga rutin. Hasil ECG: *cardiac change consistent* dengan *subendocardial acute myocardial infarction*. Dirawat untuk mengatasi *unstable angina pectoris*. Setelah stabil dikonsulkan ke Bedah Jantung.

Dx :

Kode :

MC :

OC :

10. SUMMARY KASUS BAB X DISEASES OF THE RESPIRATORY SYSTEM

Pasien usia 22 tahun. Pria.

Dirawat dengan riwayat sakit chronic persistent asthma, napas bunyi (bengek) setiap olah raga dan nocturnal, masuk rawat karena menderita *croup* akut dan exacerbasi asthma akut.

- Ditemukan ISPA akut, tidak ada riwayat alergi, vaksinasi saat kecil komplit. Riwayat sakit rutin: *chronic persistent asthma* Pada pemeriksaan ditemukan: dalam keadaan sadar, frekuensi napas 40/min. HR 150/min. Saat bernapas ada moderate intercostal recession dan stridor inspirasi, serta expirasi wheezing. Hasil pemeriksaan thorax: aliran udara masuk baik. ENT ditemukan tonsilitis dan pharyngitis. Telinga normal. Jantung tidak ada bising. Abdomen normal.

- *Diagnosis: acute croup dan exarcerbasi akut chronic asthma yang teracetus akibat ISPA.*

- *Terapi: Dirawat untuk observasi dan minitoring disertai nebulizer regular (ventolin dan Pulmicort) ditambah dengan prednisone.*

Pernapasan membaik setelah satu malam dirawat. □ follow up terapi selama 4 minggu.

Dx :

Kode :

MC :

OC :

PERTEMUAN 9

Abstraksi Koding Rekam Medis BAB XI - XXI

A. TUJUAN

Setelah selesai tatap muka diharapkan Mahasiswa dapat menjelaskan dan mengidentifikasi Abstraksi koding rekam medis bab XI sampai XXI

B. POKOK-POKOK MATERI

- Abstraksi koding bab XI – XXI
- Summary kasus bab XI – XXI

C. URAIAN MATERI

1. SUMMARY KASUS *BAB XI DISEASES OF THE DIGESTIVE SYSTEM*

Pasien 45 th. Wanita Diagnosis final: Multiple stones in Common bile Duct. Pasien masuk rawat untuk persiapan operasi batu empedu (cholecystectomy). Sudah 1 tahun selalu menderita sakit epigastric disertai mual, muntah dan keringat dingin. Pernah dirawat untuk suspect cholelithiasis dengan pancreatitis. Hasil ultrasound scan ditemukan: batu empedu dengan common bile duct tidak dilatasi. Tidak ada icterus.

• Hasil operasi: cholecystectomy melalui insisi Kocher's. Dilakukan operative cholangiogram dan ditemukan filling defects tanpa aliran ke dalam duodenum. Explorasi dilakukan ke dalam saluran empedu dan ditemukan batu multiple yang langsung diangkat.

• Post operasi agak demam namun didiagnosis bukan akibat infeksi post-operasi.

Dx :

Kode :

MC :

OC :

2. SUMMARY KASUS *BAB XII DISEASES OF THE SKIN and SUBCUTANEOUS TISSUE*

Pasien usia 60 th. Wanita. Diagnosis Final:

- Basal cell Carcinoma (BCC) hidung dan dahi
- Aquamous cell Carcinoma (SCC) bibir dan lengan bawah
- NIDDM

Tindakan: Eksisi biopsi lesi kulit multipel Hidung: flap graft.

- Selama dirawat inap diberi nasehat oleh Diabetic Educator, selama 3x pertemuan, tentang nasehat gizi dan cara mandiri monitoring darah gula.

Kontrol dilanjutkan di Klinik DM.

Dx :

Kode :

MC :

OC :

3.SUMMARY KASUS BAB XIII DISEASES OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM and CONNECTIVE TISSUE

Pasien, usia 28 th. Pria.Masuk rawat untul investigasi akibat rasa sakit di lutut kiri. Rasa sakitnya dimulai saat main basket satu hari sebelumnya. Dilakukan arthroscopy dan ditemukan **bucket handle tear** di bagian **meniscus medialis** kiri sendi lutut.Dilakukan **menistectomy**, tanpa komplikasi, dan pasien dipulangkan esok harinya.

Dx :

Kode :

MC :

OC :

4. SUMMARY KASUS BAB XIV DISEASES OF THE GENITOURINARY SYSTEM

Pasien usia 50, Wanita

Diagnosis final: **Cystitis kronik.**

Riwayat sakit:

OS IDDM , penderita cystitis hilang timbul.

Keluhan: sering BAK dan rasa kurang nyaman di regio retropubik. Pada beberapa kali pemeriksaan kultur kuman ditemukan gram-negatif +

- Setelah diberikan antibiotika oral yang masih sensitif bagi kuman, ternyata tidak menunjukkan perbaikan. Sebelumnya setelah 7 hari post satu sesi terapi dengan i.v Gentamycin berhasil baik, dan pasien merasa enak untuk waktu yang cukup lama.
- Asuhan medis: Pasien diputuskan dirawat inap untuk terapi 7 hari i.v antibiotika Gentamycine dosis 120mg/24 jam.
- Pasien dipulangkan dalam kondisi lebih baik dengan diberi antibiotik 2x perhari untuk 7 hari sampai kontrol ke dokter Urologist.

Dx :

Kode :

MC :

OC :

5. BAB XVI Certain Conditions Originating In the Perinatal Period

Bayi lahir tanggal 15-8-09. Pulang 28-8-09 Lahir pada masa **gestasi 34 minggu**. BB lahir 2150 gr. dengan lingkaran kepala 34cm. BB turun menjadi 1990 gr dalam masa 1 minggu kelahiran. Golongan darah A. Presentasi saat lahir: **cephalic-occipito-anterior (OA)** dengan pertolongan persalinan **SC karena ada fetal distress**. Selama rawat ada icteric.

- **Diagnosis:** Prematuritas Jaundice non-hemolytic yang teratasi dengan fototerapi UV setelah 72 jam

Dx :

Kode :

MC :

OC :

6. SUMMARY KASUS BAB XVII CONGENITAL MALFORMATION, DEFORMATIONS and CHROMOSOMAL ABNORMALITIES

Pasien usia 3 th. Laki-laki.

Masuk rawat karena sakit di lengan atas.

Diagnosis: osteogenesis imperfecta kongenital. Telah menderita multiple fractures.

Hasil X-ray: fracture patologik pada badan tulang lengan atas kiri.

Dilakukan: open reduction dengan **fiksasi internal tulang lengan atas** di kamar operasi.

Dx :

Kode :

MC :

OC :

7.SUMMARY KASUS BAB XVIII SYSTEMS, SIGNS and ABNORMAL CLINICAL and LABORATORY FINDING, NEC.

Pasien usia 45 tahun, Pria.Diagnosis final: Chest pain (sakit dada)Ringkasan admisi: Masuk rawat karena merasa sakit dada yang berkepanjangan. Saat admisi serangan telah

berjalan selama 11 jam, tidak mengurang, dengan hasil **ECG yang normal**, dan hasil pemeriksaan enzyme juga normal.

Rasa sakit timbul setelah minum bir. Pasien tidak punya keluhan gangguan gastrointestinal. Gejala sakit disebutkan sebagai rasa berat daerah tengah dada dan beradiasi ke tangan kanan.

Sangat atypical untuk pleuritic ataupun gangguan lengan akibat posisi yang salah. Serangan tidak disertai keringat dingin, mual atau presyncope.

Serangan pernah timbul kira-kira 6 tahun yang lalu dan tidak pernah merasakan sakit dada atau dyspnea, sampai saat admisi.

- Hasil pemeriksaan: Ditemukan sinus tachycardia selama 110/min dan tekanan darah 150/100. Denyut nadi dan tekanan darah simetris lengan kanan dan kiri. Suara jantung: murni dan jelas, volume carotid menurun, namun tidak ada hubungan dengan bising jantung. Pols femoral volumenya menurun. Pols perifer teratur. Dinding abdomen normal tidak keras. Ada bagian yang peka pada perabahan di daerah dada dan menimbulkan rasa sakit.

- Pemeriksaan: ECG dan X-ray: normal

Hasil laboratorium darah Blood count dan enzim cardiac: normal, LED juga normal.

- Asuhan medis: Ada kesan sakit di daerah dada, tanpa dasar, namun berkaitan dengan dinding dada. Tidak ada patah iga (X-ray), Fungsi tiroid normal. Seri ECG dan enzim normal tidak ada tanda infark jantung.

Dx :

Kode :

MC :

OC :

8. BAB XIX FACTORS INFLUENCING HEALTH STATUS an CONTACT WITH HEALTH SERVICES

- Pasien 35 th. Peserta KB pil, dua hari lupa meminum pil, karena sedang dalam perjalanan. Sudah satu minggu pusing, muntah-muntah dengan tanda dehidrasi. Hasil pemeriksaan urin: Grave index (+)

Final diagnosis: ***Incidental pregnancy***

Dx :

Kode :

MC :

OC :

9. BAB XIX & BAB XX INJURY, POISONING and OTHER CONCEQUENCES of EXTERNAL CAUSES & EXTERNAL CAUSES OF MORBIDITY & MORTALITY

Pasien usia 24 th. Pria

Diagnosis final: kecelakaan sepeda trail

Riwayat kejadian: saat mengayuh sepeda trail kehilangan kontrol sehingga sepeda melaju tak terkendali masuk ke got di tepi jalan. Pasien menderita fraktur terbuka tulang betis (tibia) dan fibula serta dislokasi sendi tumit kanan.

Terapi: dislokasi direduksi, dan fraktur didebri-dement dan lavage. Pada hari ke-5 fraktur di-fiksasi dengan 2 (dua) paku (nails).

- Setelah 2 hari, terjadi infeksi dengan tumbuhnya pseudomonas , diberi antibiotika.
- Pada waktu dipulangkan dipasang plaster of Paris. Follow up di layanan rawat jalan.

Dx :

Kode :

MC :

OC :

PERTEMUAN 10

Komite Medik dalam Pelaksanaan Audit Medis di Rumah Sakit

A. TUJUAN

Setelah selesai kegiatan praktikum diharapkan Mahasiswa dapat menjelaskan dan mengidentifikasi terkait peran komite medik dalam pelaksanaan audit medis di rumah sakit.

B. POKOK-POKOK MATERI

- Audit medis berdasarkan Permenkes 755 tahun 2011
- Tugas komite medik
- Pelaksanaan audit medis memenuhi 4 peran penting
- Langkah ;langkah pelaksanaan audit medis

C. URAIAN MATERI

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 Tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit. Komite medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (clinical governance) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.

Komite medik dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis (clinical governance) yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi. Komite medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit oleh kepala/direktur.

Kewenangan klinis (clinical privilege) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (clinical appointment).

Penugasan klinis (clinical appointment) adalah penugasan kepala/direktur rumah sakit kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di rumah sakit tersebut berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.

Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.

Dalam peraturan perundang-undangan tentang perumahasakitan, pelaksanaan audit medis dilaksanakan sebagai implementasi fungsi manajemen klinis dalam rangka penerapan tata kelola klinis yang baik di rumah sakit. Audit medis tidak digunakan untuk mencari ada atau tidaknya kesalahan seorang staf medis dalam satu kasus. Dalam hal terdapat laporan kejadian dengan dugaan kelalaian seorang staf medis, mekanisme yang digunakan adalah mekanisme disiplin profesi, bukannya mekanisme audit medis. Audit medis dilakukan dengan mengedepankan respek terhadap semua staf medis (no blaming culture) dengan cara tidak menyebutkan nama (no naming), tidak mempersalahkan (no blaming), dan tidak mempermalukan (no shaming).

Audit medis yang dilakukan oleh rumah sakit adalah kegiatan evaluasi profesi secara sistemik yang melibatkan mitra bestari (peer group) yang terdiri dari kegiatan peer-review, surveillance dan assessment terhadap pelayanan medis di rumah sakit., rumah sakit, komite medik atau masing-masing kelompok staf medis dapat menyelenggarakan menyelenggarakan evaluasi kinerja profesi yang terfokus (focused professional practice evaluation).

Secara umum, pelaksanaan audit medis harus dapat memenuhi 4 (empat) peran penting, yaitu :

- sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit
- sebagai dasar untuk pemberian kewenangan klinis (clinical privilege) sesuai kompetensi yang dimiliki
- sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis (clinical privilege)
- sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf medis.

D. RANGKUMAN MATERI

ICD 10 CM terdiri dari

Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.

PERTEMUAN 11

Analisis Rekam Medis Terintegrasi

A. TUJUAN

Setelah selesai praktikum diharapkan Mahasiswa dapat menjelaskan dan mengidentifikasi Analisis rekam medis terintegrasi

B. POKOK-POKOK MATERI

- Pengertian rekam medis terintegrasi
- Analisis RM terintegrasi berdasarkan kejelasan, keringkasan, kelengkapan, komprehensif
- Dampak positif dan negatif implementasi RM terintegrasi

B. URAIAN MATERI

Integrasi dokumen rekam medis

Integrasi dokumen rekam medis artinya antara satu data dengan data lainnya dalam satu rekam medis harus saling berkaitan dan berkesinambungan atau bagian yang tidak terpisah.

Manfaat RM Terintegrasi adalah pasien mendapat pelayanan yang terkolaborasi dari semua profesi perawatan lebih optimal, kepuasan meningkat dan lebih efisien biaya maupun waktu. Bagi profesi perencanaan pasien jelas dan terarah, rencana pemulangan pasien jelas, format lebih sederhana, beban kerja menulis berkurang, lebih komunikatif dan lebih kolaboratif, tindakan lebih jelas dan meminimalkan kejadian overlapping, pelayanan lebih berfokus pasien, berkelanjutan dan terintegrasi sebagai alat komunikasi dan bukti otentik. Bagi rumah sakit tercapainya pelayanan prima lebih hemat biaya dan citra rumah sakit meningkat.

Analisis RM terintegrasi berdasarkan kejelasan, keringkasan, kelengkapan, komprehensif

Review rekam medis meliputi kejelasan yaitu keterbacaan tulisan, menggunakan tinta, pembetulan dengan dicoret dan diparaf, dan menggunakan singkatan yang baku, keringkasan, kelengkapan yaitu kelengkapan catatan

perawatan pasien yang jelas dan singkat, catatan terintegrasi terisi lengkap, tertulis nama dan tanda tangan serta tertulis sumber informasi, tertulis tanggal dan waktu serta penulisan tepat waktu, kebenaran dan komprehensif.

Dampak positif implementasi RM Terintegrasi

Semua profesi sudah menulis pada format yang sama, mulai dari perencanaan, catatan perkembangan, instruksi, implementasi, evaluasi maupun edukasi pasien. Rekam medis memfasilitasi dan mencerminkan integrasi dan koordinasi perawatan. Secara khusus setiap praktisi mencatat pengamatan, pengobatan dan hasil atau kesimpulan dari pertemuan tim perawatan pasien dalam RM. Pelayanan pasien lebih terintegrasi, pasien lebih diperhatikan oleh semua profesi dan kolaborasi antar petugas kesehatan menjadi lebih baik.

Dampak negatif implementasi RM Terintegrasi

Perubahan format yang berulang ulang membingungkan pelaksana dan beberapa kali ada perdebatan dan penolakan. Dokter merasa format terlalu sempit sehingga menulisnya tidak berurutan menurut kolom. Untuk memonitoring terpadu jumlah baris untuk pemberian obat kurang banyak. Akhirnya untuk format penatalaksanaan pemberian obat disendirikan. Implementasi RM terintegrasi yang berhasil adalah ketersediaan format di setiap ruang rawat inap dan semua profesi sudah mengisi pada format RM terintegrasi karena kesadaran profesi untuk mendokumentasikan sebagai bentuk tanggung jawab

D. RANGKUMAN MATERI

Integrasi dokumen rekam medis artinya antara satu data dengan data lainnya dalam satu rekam medis harus saling berkaitan dan berkesinambungan atau bagian yang tidak terpisah.

E. LATIHAN SOAL DAN TUGAS

Silahkan mengidentifikasi dan menganalisis berkas rekam medis berdasarkan kejelasan, keringkasan, kelengkapan, komprehensif.

PERTEMUAN 12

Pedoman Audit Medis

A. TUJUAN

Setelah selesai praktikum diharapkan Mahasiswa dapat menjelaskan dan mengidentifikasi pedoman audit medis

B. POKOK-POKOK MATERI

- Tujuan audit medis
- Mutu pelayanan medis
- Persyaratan audit medis rumah sakit
- Tata laksana audit medis di rumah sakit
- Pembahasan kasus
- Monev

C. URAIAN MATERI

Audit medis

Audit medis adalah pemeriksaan atau peninjauan prosedur medis secara sistematis yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas dan hasil pelayanan pasien melalui peninjauan terstruktur dimana praktek medis, prosedur medis, dan hasilnya diperiksa dan dibandingkan dengan standar prosedur medis baku yang disepakati. Selanjutnya hasil tinjauan digunakan untuk melakukan perubahan prosedur medis pada bagian tertentu atau menggantinya dengan standar baru jika hal ini diperlukan. Audit medis berguna untuk mencegah terjadinya pelayanan medis yang buruk. Pelayanan medis yang tidak dilaksanakan dengan semestinya dapat menyebabkan pelayanan berlebih (overuse) yang menghamburkan biaya, pelayanan tidak cukup (underuse), yang merugikan pasien, dan dapat pula menyebabkan kesalahan medik (medical error) yang berdampak pada keselamatan pasien. Tim Teknis diharapkan melakukan audit medis rutin di rumah sakit masing-masing.

Mutu Pelayanan Kesehatan

Mutu Pelayanan Kesehatan adalah suatu hal yang diharapkan dan sudah menjadi kebutuhan dasar setiap orang. Fasilitas kesehatan seperti rumah Sakit dan

puskesmas juga klinik atau balai pengobatan yang didalamnya terdiri atas pelayanan yang beragam seperti pemeriksaan, perawatan, farmasi, laboratorium, termasuk pelayanan rekam medis merupakan organisasi jasa pelayanan umum yang melayani masyarakat secara langsung, oleh karena itu rumah sakit dan puskesmas harus memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan harapan pasien. Rekam medis memiliki peran yang vital di fasilitas kesehatan, dengan data dan informasi rekam medis dan kualitas pelayanan kesehatan dapat diukur.

Tujuan yang paling utama dalam pelayanan kesehatan adalah menghasilkan *outcome* yang menguntungkan bagi pasien, provider dan masyarakat. Pencapaian *outcome* yang diinginkan sangat tergantung dari mutu pelayanan kesehatan.

Informasi mengenai pelayanan kesehatan, baik dari seluruh pengguna jasa pelayanan medik maupun seluruh individu dalam populasi diperlukan sebagai sumber data untuk dapat menjawab pertanyaan mengenai pemerataan (*equity*). Efisiensi dan mutu pelayanan kesehatan (EEQ), sehingga manajemen informasi dan teknologinya dalam banyak hal sangat diperlukan dalam manajemen klinis, untuk mendapatkan informasi yang akurat.

Mutu pelayanan kesehatan adalah suatu langkah ke arah peningkatan pelayanan kesehatan baik untuk individu maupun untuk populasi sesuai dengan keluaran yang diharapkan dan sesuai dengan pengetahuan profesional terkini.

Upaya untuk dapat melakukan penilaian mutu dengan berbagai pendekatan yang ada, diperlukan suatu data kinerja yang akurat dan relevan sehingga dapat membantu pihak rumah sakit dalam melakukan perubahan. Ketersediaan sumber data merupakan syarat utama keberhasilan pengukuran mutu.

Jenis Pelayanan

- Pelayanan Rawat Jalan / Poliklinik.
- Pelayanan Rawat Inap.
- Pelayanan Gawat Darurat.
- Pelayanan Kanker Terpadu.
- Pelayanan Kedokteran Nuklir.
- Pelayanan Ibu dan Anak Terpadu (NICU, PICU, HCU, ICCU, ICU)
- Pelayanan Rawat Inap Intensif Terpadu.
- Pelayanan Bedah Sentral dan Anastesi.
- Dll.

Persyaratan audit medis rumah sakit

Sebelum melakukan audit medis, ada persyaratan yang harus diperhatikan rumah sakit yaitu :

1. Pelaksanaan audit medis harus penuh tanggung jawab, dengan tujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan bukan untuk menyalahkan atau menghakimi seseorang
2. Pelaksanaan audit medis harus obyektif, independen dan memperhatikan aspek kerahasiaan pasien dan wajib simpan rahasia kedokteran.
3. Pelaksanaan analisa hasil audit medis harus dilakukan oleh kelompok staf medis terkait yang mempunyai kompetensi, pengetahuan dan ketrampilan sesuai dengan bidang pelayanan dan atau kasus yang di audit
4. Publikasi hasil audit harus tetap memperhatikan aspek kerahasiaan pasien dan citra rumah sakit di masyarakat.

Tata laksana audit medis di rumah sakit

Pelaksanaan Audit Medis

Dalam pelaksanaan audit ada yang disebut auditor, klien dan auditee. Auditor adalah orang yang melakukan audit. Suatu audit dapat dilaksanakan oleh satu auditor atau lebih. Hal tersebut tergantung dengan ruang lingkup masalah yang akan dilakukan audit. Seorang auditor harus mempunyai ketrampilan yang cukup untuk dapat melaksanakan suatu audit. Klien adalah orang, departemen atau kelompok yang meminta audit atau dengan kata lain klien adalah pelanggan auditor. Audit dimulai berdasarkan suatu permintaan dari klien atau pelanggan. Peminta harus yang mempunyai kewenangan untuk hal tersebut dan harus mengetahui untuk apa audit diminta.

Auditee dapat berupa orang, unit kerja atau kelompok profesi yang akan di audit, yaitu yang harus bekerja sama dan membantu dalam proses audit, dengan memberikan akses dan fasilitas yang diperlukan untuk menyelesaikan audit, mengkaji rekomendasi dan kesimpulan audit, dan menerapkan setiap tindakan korektif yang diperlukan. Walaupun secara teoritis ada pemisahan dan penetapan auditor, klien dan auditee, namun karena sulit untuk diterapkan secara tepat dalam pelayanan medis di rumah sakit maka istilah auditor, klien dan auditee tidak

dipergunakan dalam pelaksanaan audit medis. Audit medis lebih merupakan peer review, peer surveillance dan peer assessment.

Pelaksanaan Audit Medis

Pelaksanaan audit medis adalah Sub Komite Audit Medis yang berada di bawah Komite Medik. Mengingat audit medis sangat terkait dengan berkas rekam medis, maka pelaksana audit medis wajib melibatkan bagian rekam medis khususnya dalam hal pengumpulan berkas rekam medis. Selain itu, karena audit medis merupakan peer review maka dalam pelaksanaan audit medis wajib melibatkan Kelompok Staf Medis terkait, dan dapat pula mengundang konsultan tamu atau organisasi profesi terkait untuk melakukan analisa terhadap hasil audit medis dan memberikan rekomendasi khusus.

Membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan

Sub Komite Audit Medis mempelajari rekam medis untuk mengetahui apakah apakah kasus-kasus yang dipelajari sudah sesuai dengan kriteria dan standar prosedur yang berlaku. Data tentang kasus-kasus yang tidak memenuhi kriteria yang telah ditetapkan dipisahkan dan dikumpulkan untuk di analisa. Misalnya dari 200 kasus ada 20 kasus yang tidak memenuhi kriteria atau standar maka 20 kasus tersebut agar dipisahkan dan dikumpulkan.

Melakukan analisa kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria

Sub Komite Audit Medis menyerahkan ke 20 kasus tersebut pada “peer-group” atau Kelompok Staf Medis untuk dinilai lebih lanjut. Kasus-kasus tersebut di analisa dan didiskusikan apa kemungkinan penyebabnya dan mengapa terjadi ketidak sesuaian dengan standar.

Hasilnya : bisa jadi terdapat (misalnya) 15 kasus yang menyimpang terhadap standar adalah “acceptable” karena penyulit atau komplikasi yang tak diduga sebelumnya (unforeseen). Kelompok ini disebut deviasi (yang acceptable). Sisanya yang 5 kasus adalah deviasi yang unacceptable, dan hal ini dikatakan sebagai “defisiensi”. Untuk melakukan analisa kasus tersebut apabila diperlukan dapat mengundang konsultan tamu atau pakar dari luar, yang biasanya dari rumah sakit pendidikan.

Tindakan korektif

Peer group melakukan tindakan korektif terhadap kelima kasus yang defisiensi tersebut. Secara kolegial, dan menghindari “blaming culture”, membuat rekomendasi upaya perbaikannya, cara-cara pencegahan dan penanggulangan, mengadakan program pelatihan, penyusunan dan perbaikan prosedur yang ada dan lain sebagainya.

Rencana re-audit

Mempelajari lagi topik yang sama di waktu kemudian, misalnya setelah 6 (enam) bulan kemudian. Tujuan re-audit dilaksanakan adalah untuk mengetahui apakah sudah ada upaya perbaikan. Hal ini bukan berarti topik audit adalah sama terus menerus, audit yang dilakukan 6 (enam) bulan kemudian ini lebih untuk melihat upaya perbaikan. Namun sambil melihat upaya perbaikan ini, Sub Komite Audit Medis dan peer group dapat memilih topik yang lain.

D. RANGKUMAN MATERI

Audit medis berguna untuk mencegah terjadinya pelayanan medis yang buruk. Pelayanan medis yang tidak dilaksanakan dengan semestinya dapat menyebabkan pelayanan berlebih (overuse) yang menghamburkan biaya, pelayanan tidak cukup (underuse), yang merugikan pasien, dan dapat pula menyebabkan kesalahan medik (medical error) yang berdampak pada keselamatan pasien.

E. LATIHAN SOAL DAN TUGAS

Silahkan mengidentifikasi dan menganalisis jurnal terkait pelaksanaan audit informasi klinis di rumah sakit.

F. KUNCI JAWABAN

PERTEMUAN 13

Audit Medis dan Risiko Manajemen

A. TUJUAN

Setelah selesai tatap muka diharapkan Mahasiswa dapat menjelaskan dan mengidentifikasi audit medis dan risiko manajemen

B. POKOK-POKOK MATERI

- Data diagnoses dan prosedur dalam rekam medis
- Manajemen risiko
- Penemuan risiko
- Medical records dan the role of risk management
- Documentation dan risk management
- Peran manajemen risiko

C. URAIAN MATERI

Rekam Medis merupakan satu di antara dokumentasi bisnis asuhan kesehatan yang sangat penting. RM harus ditata agar mampu menunjang menyediakan data yang bisa memaparkan kualitas asuhan. RM bisa menjadi musuh paling jelek apabila tidak dipersiapkan atau disimpan dengan baik, khususnya terkait isian data yang menghasilkan informasi tentang diagnoses dan prosedur medis-operasi pasiennya. Kepastian ketepatan isi, ketelitian dan kepastian waktu pendokumentasian RM adalah signifikan bagi pengurangan aktivitas pencegahan risiko yang harus dilaksanakan manajer risiko. RM adalah satu-satunya dokumentasi asuhan pasien yang permanen, dan merupakan dokumen utama pengandung rekaman informasi tentang pasien, dimulai saat admisi, diasuh rawat dan diterapi serta paparan hasil terapi dan kondisi pasien saat dipulangkan.

Data diagnoses dan prosedur dalam rekam medis

Data Diagnoses & Prosedur di dalam RM adalah alat Pendokumentasian penting yang digunakan sebagai alat komunikasi yang efektif memfasilitasi kajian klaim penagihan dan pembayaran kembali biaya rawat pasien sebagai alat kajian kualitas asuhan medis penyedia data klinis bagi reset dan edukasi RM yang Lengkap, Akurat dan Tepat Waktu.

Sumber data asesmen aktivitas dan alat perencanaan serta evaluasi pengobatan pasien. Tujuan RM yaitu Dokumen Asuhan dan Pengobatan pasien. Rekam runtunan even yang terlaksana melalui proses aksi yang dijalankan hasil dari aksi terkait yang merefleksikan: asuhan yang telah diberikan kepada pasien terkait Adalah: alat komunikasi primer di antara anggota tim pemberi asuhan kesehatan.

Manajemen risiko

Risiko Suatu *event* atau situasi yang potensial menghasilkan cedera pada individu atau kerugian finansial bagi organisasi asuhan/pelayanan kesehatan Dalam batasan pengertian legal: risiko adalah bahaya atau cedera yang didefinisikan sebagai suatu tindakan yang menghasilkan sesuatu yang salah atau merusak hak atau milik seseorang.

Risiko merupakan aktivitas yang dimaksud untuk meminimalkan (menekan serendah mungkin) cedera potensial yang timbul di fasilitas dan mengantisipasi, dan merespons terhadap kemungkinan terjadinya cedera. (Mervat Abdelhak, PhD, RHIA, Health Information: Management of a Strategic Resource, 2 nd. Ed.)

DIAGNOSES & MANAJEMEN RISIKO

Manajemen Risiko Proses identifikasi, evaluasi, pengurangan atau pengontrolan risiko-risiko yang mengancam keselamatan pasien, tuntutan ancaman finansial fasilitas pelayanan kesehatan. Fasilitas program RM (rekam medis) harus mempunyai hubungan erat dengan program QM (quality management)-nya. Ada yang menempatkan fasilitas pelaksanaan program RM berdiri sendiri, ada sebagian yang menempatkannya di bawah departemen HIM (Health Information Management).

Di dalam manajemen risiko, pendekatan yang digunakan adalah Pendekatan statistis dan finansial yang terfokus pada pasien, perawat, dokter, tenaga kesehatan lain serta petugas pelayanan penunjang (Diagnoses final = jumlah biaya). (Pelayanan kesehatan ada yang mengkontrak manajer risiko yang akan mengevaluasi interaksi segenap komponen risiko dan taksiran (assesess) risiko bagi fasilitas).

Keberhasilan pelaksanaan program RM sangat bergantung kepada: Komitmen Fasilitas Administrasi hanya dengan adanya dukungan para pimpinan tertinggi/administrator, baru manajemen risiko dapat melibatkan diri di semua area fasilitas, dimana kemungkinan bisa timbul risiko. Manajer risiko harus bisa akses ke laporan Laporan insiden petugas data kecelakaan dsb.

Penemuan risiko

Dilaksanakan melalui *generic screening* yakni proses yang melibatkan seluruh pasien tidak hanya diagnosis atau prosedur tindakan saja, bisa dilaksanakan secara: konkuren atau retrospektif. (Contoh: kajian reaksi adverse terapi tranfusi, dan anestesi).

Rekam Medis, Dokter & Manajer Risiko RM merupakan alat tunggal yang penting yang menampung pernyataan dokter tentang rencana dan koordinasi asuhan pasien selama periode sakit pasien terkait.

Dokumentasi adalah syarat inti pokok bagi RM, Manajer Risiko mempunyai kepentingan harus memelihara rekam dalam upaya meningkatkan kualitas isinya. Isi RM yang dihasilkan harus: ***complete, appropriate & legible***

Definisi tipe dasar Dokumentasi berkaitan dengan upaya pemrosesan berbagai jenis data harus dapat ditentukan dengan jelas. Pemrosesan data dokumentasi telah terbukti mampu melayani berbagai fungsi yang berbeda-beda; sebagai tambahan pemrosesan bisa dikategorikan ke dalam 6 (enam) area pengaplikasiannya:

- Analytical
- System
- Program
- Operations
- User aids
- Management aids

Definisi tipe dasar Analytical Ini adalah recording & reporting yang harus mendahului suatu desain sistem atau suatu pemrograman (*programming*). Utamanya adalah: harus didahului pernyataan tertulis dan disetujuinya tentang bentuk dan obektif proyek yang akan dijalankan.

Meliputi:

- a user request stating the problem
- ***an evaluation of feasibility of the requested system***
- an estimate of developing time and resource required, and
- a statement of the objectives and parameters of the proposed system.

Definisi tipe dasar Sistem dokumentasi meliputi semua informasi yang diperlukan untuk mendefinisikan sistem pemrosesan data yang diusulkan sampai peringkat bisa:

- diprogramkan
- dites (uji coba)

- diimplementasikan

Medical records dan the role of risk management

Di samping banyaknya tipe dokumen yang harus diwaspadai oleh manajer resiko, manajer resiko harus menyadari pentingnya suatu sistem dan pemrosesan dokumentasi yang tepat serta pemeliharaan rekam medis yang memenuhi syarat. RM adalah penghubung komunikasi yang mapan yang menguntungkan pasien maupun pemberi asuhan kesehatan, di dalam suatu tatanan pelayanan asuhan kesehatan.

D. RANGKUMAN MATERI

Data Diagnoses & Prosedur di dalam RM adalah alat Pendokumentasian penting yang digunakan sebagai alat komunikasi yang efektif memfasilitasi kajian klaim penagihan dan pembayaran kembali biaya rawat pasien sebagai alat kajian kualitas asuhan medis penyedia data klinis bagi reset dan edukasi RM yang Lengkap, Akurat dan Tepat Waktu.

E. LATIHAN SOAL DAN TUGAS

Silahkan mengidentifikasi dan menganalisis jurnal terkait Manajemen risiko di rumah sakit.

F. KUNCI JAWABAN

PERTEMUAN 14

Patient Admission System (PAS)

A. TUJUAN

Setelah selesai tatap muka diharapkan Mahasiswa dapat menjelaskan dan mengidentifikasi patient admission system (PAS)

B. POKOK-POKOK MATERI

- Audit methodology
- 3 dimensi patient admission system yaitu kode tunggal, kode multiple dan pengurutan kode
- Akurasi kode
- Masalah koding klinis di indonesia

C. URAIAN MATERI

Audit methodology

Harus diadakan persetujuan bersama tentang metodologi dan tipe eror yang akan digunakan di dalam laporan. Harus diadakah pertemuan post-audit untuk mengkaji temuan yang disetujui sebagai eror dan yang diterima bukan sebagai eror. Bila ada silang pendapat maka temuan harus diserahkan kepada badan pengaudit yang lebih tinggi.

- Contoh NHS

Contoh jumlah sampel yang pernah diambil oleh NHS:

83 lembar konsultasi medis diaudit, 34 dari penyakit dalam, 49 dari, obstetri, gynecologi, THT, bedah umum, orthopedi. Waktu episode audit adalah lebih 8 bulan setelah pasien dinyatakan pulang. Setiap episode dibuatkan lembar standard coding.

3 dimensi patient admission system yaitu kode tunggal, kode multiple dan pengurutan kode

Code pada PAS dianggap akurat bila itu sesuai dengan kondisi pasien dengan segala tindakan yang terjadi, lengkap sesuai aturan klasifikasi yang digunakan.

Ada 3 dimensi yang diperhatikan:

1. Code tunggal/individual □ apakah sesuai dengan keadaan klinis?
2. Code multiple/menyeluruh □ apakah mewakili status klinis yang sebenarnya?
3. Pengurutan (sequensing) code-2 □ apakah sesuai dengan **rules**, definisi, dan konvensi dari klasifikasi yang digunakan tentang diagnose primer?

Akurasi kode

Akurasi adalah keharusan Informasi hasil coding data klinis digunakan manajemen/pemerintah untuk menganalisis penampilan, dan tingkat pencapaian program, untuk menunjang inisiatif pemerintah dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan melalui indikator dan kepengurusan (*governance*) klinik.

Akurasi Code:

Evaluasi *coding error*, kemungkinan ditemukan:

- Pemilihan diagnosis yang salah
- Kategori 3-karakter yang salah
- Kategori 4-karakter yang salah
- Code diagnosis/tindakan yang hilang
- Code-2 yang tidak diperlukan direkam
- Pengurutan code diagnostik yang salah.

Meningat bahwa semua informasi berasal dari tenaga klinikus, oleh karenanya adalah esensial bahwa Semua data/informasi tentang pasien terekam dalam rekam medis-kesehatan dengan jelas, akurat dan lengkap, otentik dan legal. Audit hendaknya tidak hanya melihat hasil coding, namun juga menemukan faktor-faktor yang mempengaruhi proses codingnya. Tanpa mempelajari gambaran jelas tentang bagaimana informasi direkayasa demi kepentingan coding, kita tidak mungkin memperoleh gambaran realistic faktor-faktor yang menentukan akurasi pengkodean itu sendiri.

Area Lain-Lain Yang Bisa Diteliti Bisa ditemukan adanya:

Isue Dokumentasi

- Dokumen tidak lengkap
- Dokumentasi yang tidak konsisten, kurang jelas, tidak jelas.
- Terminologi kurang/tidak jelas
- Informasi berkaitan dengan episode pelayanan tidak terekam di catatan klinik

Isue Tindakan:

- Kurang/tidak terekam keterangan tindakan bisa dicode
- Kurang/tidak terekam tindakan untuk *mereview* lembar catatan klinik.
- Code konsultan spesialis menyalahi peraturan sistem klasifikasi penyakit yang digunakan.

Isue Istilah Klinis:

- Istilah pada lembar resume pasien pulang menghasilkan code salah
- Mapping yang salah.

Masalah koding klinis di Indonesia

1. *Coding* diagnose dan masalah terkait kesehatan dengan ICD-10, WHO belum dipahami dengan benar
2. Coding tindakan medis-operasi dengan ICOPIM, WHO tidak disosialisasikan lagi □ ICD-9-CM (Malaysia) ?
3. Kecuali untuk pelaporan RL, informasi diagnoses tidak/belum dimanfaatkan untuk manajemen.
4. Standard Pelayanan Medis yang disusun oleh Depkes dan IDI belum 100% dijalankan di rumah-sakit.
5. Standard Pengukuran Kualitas *Coding* belum pernah ada yang menyusun.
6. Hasil coding diagnoses di institusi pelayanan belum ada yang mengontrol/mengaudit secara rutin (internal atau eksternal).
7. Rekam medis yang dikembangkan belum semua dijalankan sesuai peraturan Menkes yang ada.
8. Apakah di masing sakit tersedia ICD-10?
9. *A Good Medical-health Records*, masih satu tanda tanya. ?
10. Apakah data diagnose yang tertera di Rekam Medis-Informasi Kesehatan siap dikode untuk diaudit???

D. RANGKUMAN MATERI

Akurasi adalah keharusan Informasi hasil coding data klinis digunakan manajemen/pemerintah untuk menganalisis penampilan, dan tingkat pencapaian

program, untuk menunjang inisiatif pemerintah dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan melalui indikator dan kepengurusan (*governance*) klinik.

E. LATIHAN SOAL DAN TUGAS

Silahkan mengidentifikasi dan menganalisis jurnal terkait patient admission system.

F. KUNCI JAWABAN

DAFTAR PUSTAKA

- International Classification of Diseases Rev 9 Clinical Modification, WHO, 1999
- ICD 9 CM (Classification of Procedures), Hospital University Kebangsaan Malaysia, 2005
- Hazelwood, Anita&Veneable, Carol.2006. ICD_9CM Diagnostic coding and reimbursement for physian
- The centers for medicare and medicaid service and the National center for health statistic. 2006. ICD
- Mervat Abdelhak, PhD, RHIA, Health Information: Manegement of a Strategic Resource, 2 nd. Ed
- Nasution dan Hosizah. 2020. Perancangan Instrumen Audit Pengkodean Klinis di rumah sakit umum pusat fatimawati.
- Stephani M Nainggolan, Sarimawar Djaya, : Australian Coding Benchmark Audit (ACBA), Depkes 2002 NHS Information Authority Privacy Statement, Data Quality, Clinical Coding & Data Quality Report
- Siswanto. 2019. Continuous Quality improvement dalam manajemen mutu. Universitas Nurul Jadid.

