



**MODUL AUDIT PENDOKUMENTASIAN REKAM MEDIS
IRQ534**

**TOPIK 4
PENATAAN REKAM MEDIS**

Universitas
Esa Unggul

DISUSUN OLEH
LILY WIDJAJA, SKM., MM.

UNIVERSITAS ESA UNGGUL
FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN
PROGRAM STUDI REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
2020

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	1
PENDAHULUAN	2
SUBTOPIK 1.....	3
MENATA (ASSEMBLING) REKAM MEDIS	3
A. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan	3
B. Uraian dan Contoh	3
1. Menyiapkan RM Pasien Baru dan Lama	3
2. Menata RM pasien rawat jalan.....	6
C. Latihan	7
D. Ringkasan.....	7
SUBTOPIK 2.....	8
PENATAAN RM RAWAT INAP	8
E. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan	8
F. Uraian dan Contoh.....	8
3. Menata RM Gawat Darurat	9
4. Menata RM pasien korban bencana alam	10
5. Menata RM Rawat Inap	11
G. Latihan	11
H. Ringkasan.....	12
KUNCI JAWABAN.....	12
I. Kunci Jawaban Subtopik 1	12
J. Kunci Jawaban Subtopik 2	13
DAFTAR PUSTAKA.....	14

PENDAHULUAN

Pendokumentasian rekam medis merupakan sumber data untuk laporan statistik layanan kesehatan yang digunakan untuk pengambilan keputusan. Untuk dapat digunakan maka RM yang berbasis kertas perlu ditata/ disusun/ diasembling secara konsisten untuk semua RM yang ada sehingga mudah untuk membacanya dan mencari data yang dibutuhkan bagi yang membutuhkannya.

Kompetensi Dasar

Pada modul ini diharapkan mahasiswa memahami peraturan yang terkait rekam medis dan informasi kesehatan yang berlaku di Indonesia

1. Subtopik 1: Mampu menata/ menyusun RM sesuai urutan yang telah ditetapkan untuk
 - 1) RM pasien baru dan lama
 - 2) RM Rawat Jalan
2. Subtopik 2: Mampu menata/ menyusun RM sesuai urutan yang telah ditetapkan untuk
 - 3) RM pasien gawat darurat
 - 4) RM pasien dalam kondisi bencana
 - 5) RM pasien rawat inap

3.

Universitas
Esa Unggul

SUBTOPIK 1

MENATA (ASSEMBLING) REKAM MEDIS

A. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari subtopik ini, diharapkan mahasiswa mampu :

1. Sub kompetensi ke-1: Menata RM pasien baru dan lama
2. Sub kompetensi ke-2: Menata lembaran RM pasien rawat jalan

B. Uraian dan Contoh

Dalam menata RM diperhatikan untuk RM pasien baru yang perlu disiapkan Map RM baru beserta beberapa formulir RM di dalamnya yang masih kosong agar dapat segera digunakan oleh pemberi layanan. Bila memerlukan lembaran/ formulir khusus maka disediakan langsung di masing-masing tempat layanan. Sedangkan RM pasien lama yang membutuhkan lembaran baru dapat ditambahkan yang kosong oleh perawat di tempat layanan masing-masing.

RM pasien rawat jalan dapat dibagi atas: RM rawat jalan di poliklinik, gawat darurat dan bencana alam

1. Menyiapkan RM Pasien Baru dan Lama

a. Penataan Susunan RM pasien Baru

Ada 2 cara:

1) Menggunakan Map RM Permanen

Bagian Rekam Medis menyiapkan Map Rekam Medis Baru yang permanen dan berisi form kosong yang pasti digunakan dan dibagikan ketempat pelayanan pasien.

Isi RM dengan form kosong:

- Formulir Ringkasan Klinis Rawat Jalan
- Pengkajian Perawat Rawat Jalan
- Catatan Perkembangan Terintegrasi

2) Menggunakan Map Sementara dan Permanen

a) Ditempat Pelayanan

- **Map sementara** dan **semua formulir** kosong yang diperlukan ada pada tiap bagian pelayanan sesuai dengan kebutuhannya
- Formulir yang telah diisi dimasukkan ke map sementara
- Dikirim ke ruang penyimpanan RM untuk pemrosesan RM

b) Di ruang penyimpanan RM map sementara diganti dengan map permanen

Seluruh formulir dalam map sementara dikeluarkan. Menata formulir yang telah diisi tersebut pada map permanen

- Folder/ Map RM diberi :
 - i. Mengisi Identifikasi pasien
 - ii. Menempel stiker nomor warna
 - iii. Mengisi nomor volume 01 (bila RM sudah sangat tebal maka dibuat map baru dengan no.volume 02)
 - i. Menulis/ menempel stiker tahun
- Isi RM Rawat Jalan:
 - i. Ringkasan Klinis Rawat Jalan
 - ii. Pengkajian Perawat Rawat Jalan
 - iii. Catatan Perkembangan Terintegrasi :
 - a. S
 - b. O
 - c. A
 - d. P
 - iv. Lembaran hasil pemeriksaan penunjang kalau ada

b. Penataan Susunan RM pasien Lama

Penyimpanan Rekam Medis secara penomoran Unit , Bagian Rekam Medis menyiapkan Rekam Medis pasien bila datang kembali mendapat asuhan . Maka tambahan pendokumentasiannya pada :

- RM pasien rawat jalan akan ditata dan disusun secara kronologis, bila formulir sebelumnya belum penuh, dapat diisi sampai penuh sebelum menambah formulir baru. .
- Bagi pasien yang berulang dirawat inap akan diberi batasan antara rawat inap I, II dan seterusnya disusun juga secara kronologis sehingga mudah dibaca oleh pemberi pelayanan
- Bila dalam 1 map/ folder telah penuh maka tambahkan folder berikut dengan memberi tanda: volume 1 untuk map pertama dan volume 2 untuk map berikutnya, dan seterusnya (lihat gambar)

NAMA & LOGO RS

CONTOH

REKAM MEDIS
CONFIDENTIAL

NAMA:

ALERGI OBAT:

BERKAS INI TIDAK UNTUK DIBAWA KELUAR RUMAH SAKIT

VOLUME NO. 01

6

2. Menata RM pasien rawat jalan

Berdasarkan permenkes 269 Bab1 pasal 2 tahun 2008 dikatakan minimal isi RM rawat jalan dituangkan dalam berkas RM yang terdiri dari lembaran-lembaran RM . Menata/ menyusun RM sesuai urutan yang telah ditetapkan sebagai berikut:

Tabel 4.1
Isi Minimal RM Rawat Jalan

No	Isi RM Yang Harus Ada berdasarkan permenkes 269 tahun 2008	Formulir
1	Ringkasan Klinis (ada Identitas lengkap) Identitas lengkap diisi petugas RM, ringkasan oleh dokter	Data Administrasi + Medis
2	Tanggal dan waktu untuk setiap pemberi pelayanan yang melakukan pencatatan	Data Administrasi
3	Pengkajian awal Perawat rawat jalan	S OAP
4	Pengkajian awal dokter r.jalan: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hasil anamnese mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit; ▪ Hasil pemeriksaan fisik ; ▪ Diagnosis 	S OAP S O AP SO A P
5	Rencana penatalaksanaan; dan Pengobatan dan / tindakan; ada dalam Catatan perkembangan (Terintegrasi) → oleh dokter, perawat dan Lainnya, berisi SOAP	SOA P
6	Pelayanan lain yang telah diberikan pada pasien; seperti: Penunjang diagnostik: Hasil Laboratorium, radiologi dan lainnya	S O AP
7	Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinis yang ada dalam Catatan dokter gigi	S O AP
8	Surat persetujuan/ penolakan tindakan kedokteran bila diperlukan ada tandatangan pasien/ keluarga terdekat, dokter , saksi dari pihak dokter dan pasien	Dokter-pasien

Keterangan:

S= Subjective, O= Objective, A= Assessment, P= Planning

Yang diberi “**bold**” adalah nama lembaran RM

Dari table diatas maka data yang minimal harus ada kita sesuaikan dengan isi lembaran rekam medis

C. Latihan

1. Latihan soal ke-1: untuk semua kelompok: Bagaimana cara menata RM pasien Baru?
2. Latihan soal ke-2 : Coba searching contoh dari SOP **penataan atau kelengkapan RM**. Wajib mencatat sumber gambar yang diambil
 - a. Kelompok 1 :SOP di puskesmas
 - b. Kelompok 2: SOP di RSUD
 - c. Kelompok 3: SOP di RSUP

D. Ringkasan

Penataan Rekam Medis Pasien Baru dan Lama merupakan langkah awal sebelum melakukan Audit Pendokumentasian Rekam Medis. Penataan yang rapi, letaknya yang konsisten sangat mempengaruhi kelancaran dan ketepatan dalam mengaudit. RM rawat jalan terdiri dari RM pasien rawat jalan di klinik. Sedangkan RM gawat darurat dan korban bencana alam disampaikan pada subtopik 2. Ada data khusus yang ditambahkan pada RM Gawat Darurat dan korban bencana alam.

Universitas
Esa Unggul

SUBTOPIK 2 PENATAAN RM RAWAT INAP

E. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari modul ini, diharapkan mahasiswa mampu :

1. Sub kompetensi ke-1 : Menata lembaran RM pasien Gawat Darurat
2. Sub kompetensi ke2 : Menata lembaran RM pasien korban Bencana Alam
3. Sub kompetensi ke-3 : Menata RM pasien rawat inap

F. Uraian dan Contoh

Isi RM gawat darurat mempunyai beberapa tambahan data dianding dengan RM pasien rawat jalan. Karena kondisi pasien yang masuk dalam kondisi gawat dan darurat maka **pengantar pasien** perlu diketahui identitasnya.

Kondisi saat pasien masuk juga diperlukan. Saat pasien masuk pintu ruang gawat darurat pasien dipilah dulu yang dibagi atas kondisi:

- gawat dan darurat,
- gawat tetapi tidak darurat,
- tidak gawat dan tidak darurat.
- Atau pasien sudah dalam kondisi meninggal

Hal ini dikenal dengan TRIASE. Bila anda memasuki ruang gawat darurat maka anda akan melihat garis Triase yang berwarna kuning, merah dan hitam. Jadi dokter dan perawat Gawat Darurat sesudah memilah jenis kondisi pasien, maka dilakukan tindakan pertamakali menangani pasien yang gawat dan darurat untuk menyelamatkan jiwa si pasien tanpa menanyakan siapa yang akan bertanggungjawab terhadap biaya sipasien. Kalau memerlukan tindakan/ operasi dapat dilakukan tanpa perlu memerlukan Surat Persetujuan Tindakan Kedokteran dari Pasien/ Keluarga terdekat pasien, karena wajib segera dilakukan tindakan.

Ringkasan Kondisi saat pasien pulang/ keluar dari ruang UGD juga diperlukan. Sekiranya dirujuk maka perlu catatan kendaraan/ transportasi yang digunakan pasien untuk dirujuk.

3. Menata RM Gawat Darurat

Menata/ menyusun RM Gawat Darurat sesuai urutan yang telah ditetapkan sebagai berikut:

Tabel 4.2
Isi Minimal RM Gawat Darurat

No	Isi RM Yang Harus Ada berdasarkan permenkes 269 tahun 2008	Formulir
	Tanggal dan waktu untuk setiap pemberi pelayanan yang melakukan pencatatan	Data Administrasi
1	Pengkajian awal Perawat gawat darurat Kondisi saat pasien tiba (ada Identitas pasien + Identitas Pengantar)	S OAP
2	Pengkajian awal dokter gawat darurat: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hasil anamnese mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit; ▪ Hasil pemeriksaan fisik ; ▪ Diagnosis 	S OAP S OAP S OAP
3	Rencana penatalaksanaan; dan Pengobatan dan / tindakan; ada dalam Catatan perkembangan (Terintegrasi) → oleh dokter, perawat dan Lainnya, berisi SOAP	SOA P
4	Pelayanan lain yang telah diberikan pada pasien; seperti: Penunjang diagnostik: Hasil Laboratorium, radiologi dan lainnya	S O AP
5	Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan UGD dan rencana tindak lanjut + transportasi yang digunakan bila pasien dirujuk	
6	Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinis yang ada dalam Catatan dokter gigi	S O AP
7	Surat persetujuan/ penolakan tindakan kedokteran bila diperlukan ada tandatangan pasien/ keluarga terdekat, dokter , saksi dari pihak dokter dan pasien	Dokter-pasien

Keterangan: S= Subjective, O= Objective, A= Assessment, P= Planning

Yang diberi “**bold**” adalah nama lembaran RM

Dari table diatas maka data yang minimal harus ada kita sesuaikan dengan isi lembaran rekam medis

4. Menata RM pasien korban bencana alam

Menata/ menyusun RM pasien korban bencana alam sesuai urutan yang telah ditetapkan sebagai berikut:

Tabel 4.3
Isi Minimal RM Pasien Korban Bencana Alam

No	Isi RM Yang Harus Ada berdasarkan permenkes 269 tahun 2008	Formulir
	Tanggal dan waktu untuk setiap pemberi pelayanan yang melakukan pencatatan	Data Administrasi
	Nomor Pasien bencana alam : dicatat dipojok kanan Map RM	Data Administrasi
1	Pengkajian awal Perawat gawat darurat Kondisi saat pasien tiba (<i>ada Identitas pasien + Identitas Pengantar + Identitas Penemu pasien + jenis bencana + lokasi pasien ditemukan</i>)	S OAP
2	Pengkajian awal dokter gawat darurat: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hasil anamnese mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;+<i>kategori kegawatan</i> ▪ Hasil pemeriksaan fisik ; ▪ Diagnosis 	S OAP S OAP S OAP
3	Rencana penatalaksanaan;dan Pengobatan dan / tindakan; ada dalam Catatan perkembangan (Terintegrasi) → oleh dokter, perawat dan Lainnya, berisi SOAP	SOA P
4	Pelayanan lain yang telah diberikan pada pasien; seperti: Penunjang diagnostik: Hasil Laboratorium, radiologi dan lainnya	S O AP
5	Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan UGD dan rencana tindak lanjut + transportasi yang digunakan bila pasien dirujuk	
6	Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinis yang ada dalam Catatan dokter gigi	S O AP
7	Surat persetujuan/ penolakan tindakan kedokteran bila diperlukan ada tandatangan pasien/ keluarga terdekat, dokter , saksi dari pihak dokter dan pasien	Dokter-pasien

Keterangan: S= Subjective, O= Objective, A= Assessment, P= Planning

Yang diberi “**bold**” adalah nama lembaran RM

Dari table diatas maka data yang minimal harus ada kita sesuaikan dengan isi lembaran rekam medis

5. Menata RM Rawat Inap

Tabel 4.1
Isi Minimal RM Rawat Inap

No	Isi RM Yang Harus Ada berdasarkan permenkes 269 tahun 2008	Formulir
1	Lembaran Identitas lengkap pasien Surat Persetujuan (<i>General Consent</i>)	Data Administrasi + Medis
2	Tanggal dan waktu untuk setiap pemberi pelayanan yang melakukan pencatatan	Data Administrasi
3	Pengkajian awal Perawat rawat Inap	S OAP
4	Pengkajian awal dokter r.Inap: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hasil anamnese mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit; ▪ Hasil pemeriksaan fisik ; ▪ Diagnosis awal 	S OAP S O AP SO A P
5	Rencana penatalaksanaan; dan Pengobatan dan / tindakan; ada dalam Catatan perkembangan (Terintegrasi) → oleh dokter, perawat dan Lainnya, berisi SOAP	SOA P
6	Pelayanan lain yang telah diberikan pada pasien; seperti: Penunjang diagnostik: Hasil Laboratorium, radiologi dan lainnya	S O AP
7	Catatan observasi klinis Catatan Pemberian obat (3 unsur: Catatan obat oleh dokter; check obat oleh apoteker klinis dan obat diberikan oleh Perawat)	S O AP
8	Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinis yang ada dalam Catatan dokter gigi	S O AP
9	Surat persetujuan/ Penolakan tindakan kedokteran bila diperlukan ada tandatangan pasien/ keluarga terdekat, dokter, saksi dari pihak dokter dan pasien	Dokter-pasien

Keterangan:

S= *Subjective*, O= *Objective*, A= *Assessment*, P= *Planning*

Yang diberi "**bold**" adalah nama lembaran RM

Dari table diatas maka data yang minimal harus ada kita sesuaikan dengan isi lembaran rekam medis

G. Latihan

3. Latihan soal ke-1: semua kelompok: Apa arti dan isi dari S, O, A dan P
4. Latihan soal ke-2: Wajib mencatat sumber gambar yang diambil
 - a. Kelompok 1: beri contoh Form Ringkasan Masuk dan keluar
 - b. Kelompok 2: Contoh Form Ringkasan Pulang
 - c. Kelompok 3: Contoh Form Ringkasan Kondisi saat keluar Gawat Darurat

H. Ringkasan

Pada subtopik 2 ini menjelaskan terkait penataan RM Gawat darurat, Bencana alam dan rawat inap. Jelas ada tambahan isi RM saat dirawat karena ada yang diobservasi selama dirawat, jadi ada tambahan catatan saat diobservasi, karena sehari-hari dirawat maka Catatan Perkembangan Pasien juga ada setiap hari selama dirawat. Kadang kala ada operasi/ tindakan khusus dilakukan.

KUNCI JAWABAN

I. Kunci Jawaban Subtopik 1

1. Jawaban latihan soal ke-1: Dapat dilakukan dengan map sementara dan permanen atau langsung di map permanen dengan Isi RM dengan form kosong:

- Formulir Ringkasan Klinis Rawat Jalan
- Pengkajian Perawat Rawat Jalan
- Catatan Perkembangan Terintegrasi

Map / folder diisi sesuai data yang perlu diisi

2. Jawaban latihan soal ke-2: searching dan masuk ke web google dan pilih gambar

J. Kunci Jawaban Subtopik 2

a. Jawaban latihan soal ke-1

SOAP dapat dijelaskan sbb:

- S= Hasil anamnese mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
- O= Hasil pemeriksaan fisik ; hasil penunjang diagnostik
- A= Diagnosis
- P= Rencana penatalaksanaan;dan Pengobatan dan / tindakan

3. Jawaban latihan soal ke-2: searching dan masuk ke web google dan pilih gambar



DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan, Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Rekam Medis, (Jakarta: Dirjen. Pelayanan Medik, Januari 1997).
- Departemen Kesehatan, Permenkes 269.MENKES/ PER/ III/ 2008 TENTANG Rekam Medis, (Jakarta: Dirjen. Pelayanan Medik, Maret 2008).
- Departemen Kesehatan, Permenkes 290.MENKES/ PER/ III/ 2008 TENTANG Persetujuan Tindakan Kedokteran, (Jakarta: Dirjen. Pelayanan Medik, Maret 2008).
- Departemen Kesehatan, Surat Edaran Dirjen Yanmed No. HK.00.06.1.5.01160. tentang Petunjuk Teknis Pengadaan RM Dasar dan Pemusnahan Arsip Rekam Medis Rumah Sakit (Jakarta, Dirjen.Pelayanan Medik, 21 Maret 1995)
- Hatta, Gemala, Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan, (UI Press, Jakarta: 2008)
- Huffman, Edna K., Health Information Management 10th edition, (Berwyn, Illinois : Physician Record Co, 1994).
- International Federation of Health Record Organization, , Education Modules for Basic Health Records, (Chicago, Illionis: :2007)
- Widjaja, Lily, 2015; Pengantar manajemen Informasi Kesehatan, (Jakarta : Universitas Esa Unggul, 2015)
- Widjaja, Lily,2018, Manajemen Mutu Informasi Kesehatan (Jakarta: PPSDMKes, 2018)

Universitas
Esa Unggul