

PANDUAN PELAYANAN REKAM MEDIS
UPT PUSKESMAS BATURETNO I
TAHUN 2016

I. DEFINISI

1. **Rekam Medis** adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien
2. **Nomor Index** adalah
3. **Tracker** adalah
- 4.
5. **Dokter dan dokter gigi** adalah seluruh dokter umum dan dokter gigi yang melakukan praktek di Puskesmas Ciledug.
6. **Tenaga Kesehatan tertentu** adalah tenaga kesehatan yang ikut memberikan pelayanan kesehatan secara langsung kepada pasien.

II. RUANG LINGKUP

- A. Ruang lingkup Panduan Rekam Medis mencakup:
 1. Staf Medis: Dokter dan dokter gigi
 2. Staf Keperawatan/Bidan
 3. Apoteker
 4. Ahli Gizi
 5. Analis Laboratorium
 6. Tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan kesehatan langsung.
- B. Panduan Rekam Medis berisi:
 1. Isi Rekam Medis
 - a. Isi Minimal Rekam Medis untuk pasien rawat jalan
 - b. Isi Minimal Rekam Medis untuk pasien gawat darurat
 2. Pola Penulisan catatan medis: SOAP
 3. Kegiatan yang harus dicatat dan didokumentasikan kedalam berkas rekam medis pasien.
 4. Staf yang diizinkan menuliskan perintah kedalam berkas rekam medis pasien.

III. TATA LAKSANANA

Dalam proses asuhan pasien yang terintegrasi, keberlangsungan komunikasi dan informasi mengenai kondisi pasien dan

perkembangannya perlu terjaga untuk menjamin pelayanan/asuhan yang aman bagi pasien, untuk itu selama proses asuhan rawat inap, pada kunjungan rawat jalan atau pada saat dibutuhkan rekam medis harus selalu tersedia. Setiap pasien yang menjalani proses pengkajian/asesmen dan ketika selesai menerima pelayanan/asuhan dan pengobatan harus dicatat dan didokumentasikan

A. Sistem Penomoran (Nomor Index Rekam Medis)

Penomoran rekam medis menggunakan 8 digit (XXYY-ZZZZ)

XX = Kode Puskesmas Baturetno 1 yaitu 07

YY = Kode lokasi pertama kali pasien diregistrasi

01 = Puskesmas Induk

02 = Puskesmas Pembantu Desa Temon

03 = Puskesmas Pembantu Balepanjang

04 = Puskesmasling

ZZZZ = No Urut Registrasi sesuai dengan buku register pasien (software simpus)

B. PENYIMPANAN REKAM MEDIS

Rekam medis di simpan diruang rekam medis sesuai penomoran yang telah ditentukan

C. Isi Minimal Rekam Medis

1. Pasien Rawat Jalan

a. Isi Minimal Rekam Medis Pasien Rawat Jalan

Pengkajian/asesmen pasien rawat jalan yang meliputi asesmen medis dan asesmen keperawatan dicatat dalam lembar catatan medis pasien rawat jalan, sekurang-kurangnya informasi yang harus terdapat dalam rekam medis rawat jalan adalah:

- 1) Identitas Pasien meliputi Nama lengkap dan tanggal lahir;
- 2) Tanggal dan waktu pengkajian;
- 3) Hasil anamnesis mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
- 4) Hasil Pemeriksaan fisik;
- 5) Hasil pemeriksaan penunjang medik;
- 6) Diagnosis;
- 7) Rencana penatalaksanaan;
- 8) Pengobatan dan/atau tindakan;
- 9) Pelayanan yang telah diberikan kepada pasien;

- 10) Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik;
- 11) Persetujuan tindakan bila diperlukan
- 12) Nama dan paraf pemberi asuhan.

b. Prosedur Pengisian rekam medis pasien rawat jalan

1) Asesmen Medis Pasien Rawat Jalan

- a) Staf medis melakukan identifikasi pasien dengan menanyakan nama pasien dan tanggal lahir dan mencocokkannya dengan data identitas pasien yang terdapat pada berkas rekam medis (status) pasien.
- b) Staf medis mencantumkan tanggal dan waktu pemeriksaan
- c) Staf medis melakukan asesmen pasien yang meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik, pengkajian terhadap hasil pemeriksaan penunjang medik (jika ada)
- d) Staf medis membuat diagnosis atas dasar hasil asesmen
- e) Staf medis membuat rencana penatalaksanaan
- f) Hasil asesmen pasien dicatat dengan menggunakan metode SOAP
- g) Staf medis membubuhkan paraf dan nama jelas.

2. Pasien Gawat Darurat

D. Pengisian Rekam Medis dengan Metode SOAP

S-O-A-P dilaksanakan pada saat dokter menulis penilaian ulang terhadap pasien rawat inap atau saat visit pasien. S-O-A-P. Hasil asesmen ulang dicatat dalam lembar catatan perkembangan terintegrasi pada status rekam medis pasien rawat inap, sedangkan untuk pasien rawat jalan S-O-A-P ditulis di dalam status rawat jalan pasien.

Cara menulis metode S-O-A-P adalah sebagai berikut :

1. **SUBJECTIVE (S):**

Lakukan anamnesa untuk mendapatkan keluhan pasien saat ini, riwayat penyakit yang lalu, riwayat penyakit keluarga. Kemudian tuliskan pada kolom S

Contoh :

S: Sesak nafas sejak 3 jam yang lalu, riwayat asma bronchiale sejak 5 tahun lalu

2. **OBJECTIVE (O)**

Lakukan pemeriksaan fisik dan kalau perlu pemeriksaan penunjang terhadap pasien, tulishasil pemeriksaan pada kolom O.

Contoh :

O: Keadaan umum gelisah, Tensi 140/90; Nadi 104x/menit ; Suhu: 40

3. **ASSESSMENT (A)**

Buat kesimpulan dalam bentuk suatu Diagnosis Kerja, Diagnosis Differensial, atau suatu penilaian keadaan berdasarkan hasil S dan O. Isi di kolom A

4. **PLAN (P):**

Tuliskan rencana diagnostik, rencana terapi/tindakan, rencana *monitoring*, dan rencana edukasi.