



**MODUL AUDIT PENDOKUMENTASIAN REKAM MEDIS  
IRQ534**

**TOPIK 3  
FATOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI ISI 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
JENIS LAYANAN KESEHATAN.....	3
A.    Uraian dan Contoh .....	3
1.    Jenis dan klasifikasi layanan kesehatan .....	3
2.    Menguraikan isi RM .....	6
B.    Latihan .....	9
C.    Ringkasan.....	9
SUBTOPIK 2.....	10
TIPE FORMAT REKAM MEDIS .....	10
D.    Kemampuan Akhir Yang Diharapkan .....	10
E.    Uraian dan Contoh .....	10
1. <i>Source Oriented Medical Record (SOMR )</i> .....	10
2. <i>Problem Oriented Medical Record (POMR)</i> .....	11
3. <i>Integrated Medical Record (IMR)</i> .....	14
F.    Latihan.....	15
KUNCI JAWABAN.....	15
G.    Kunci Jawaban Subtopik 1 .....	15
H.    Kunci Jawaban Subtopik 2 .....	16
DAFTAR PUSTAKA.....	17

## PENDAHULUAN

Fungsi utama dari Rekam Medis dengan format apa pun yang digunakan adalah sama, untuk melakukan pendokumentasian, pemrosesan dan penyimpanan data. Rekam Medis merupakan wadah utama pendokumentasian klinis sesuai dengan asuhan dan pengobatan yang spesifik bagi setiap pasien. Rekam Medis mempunyai berbagai fungsi. Fungsi utama dan terkait dengan hubungan yang spesifik antara pemberi pelayanan dan pasien. Fungsi penunjangnya terkait dengan hubungan antara lingkungan dalam pelayanan asuhan kesehatan dengan pasien. Fungsi Rekam Medis yang lengkap diberikan pada Modul MIK 1. Rekam Medis harus meliputi informasi pasien yang sama dan menggambarkan fungsi komunikasi yang sama tanpa memperhatikan media yang digunakan untuk pengumpulan, pemrosesan dan penyimpanan data. Modul ini menjelaskan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi isi rekam Medis baik dalam media kertas, elektronik dan *hybrid* .

Ada dua hal yang mempengaruhi isi rekam medis:

- a. Jenis layanan kesehatan
- b. Tipe format rekam medis

Kompetensi Dasar:

Diharapkan setelah mempelajari modul ini maka mahasiswa mampu memahami :

- Jenis layanan kesehatan
- Tipe Format Rekam Medis

## **SUBTOPIK 1**

### **JENIS LAYANAN KESEHATAN**

Memperoleh Layanan kesehatan merupakan hak setiap orang yang dijamin dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang harus diwujudkan dengan upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Berdasarkan Profil kesehatan di Indonesia tahun 2016, fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia tahun 2016 berkembang sangat pesat. Jumlah Puskesmas ada 9.767 unit, yang terdiri dari 3.411 unit Puskesmas rawat inap dan 6.356 unit Puskesmas non rawat inap. Sedangkan jumlah rumah sakit di Indonesia sebanyak 2601 terdiri dari 2.046 Rumah Sakit Umum (RSU) dan 555 Rumah Sakit Khusus (RSK).

Isi RM berbeda berdasarkan jenis layanan yang diberikan: Rawat Jalan, Rawat Darurat, Rawat Inap

Kemampuan Akhir Yang Diharapkan Jenis layanan kesehatan

Setelah mempelajari subtopik ini, diharapkan mahasiswa mampu :

1. Sub kompetensi ke-1: Memahami Jenis dan klasifikasi layanan kesehatan
2. Sub kompetensi ke-2: Menguraikan Isi RM

#### **A. Uraian dan Contoh**

##### **1. Jenis dan klasifikasi layanan kesehatan**

Pelayanan yang diberikan berbeda maka isi RM juga berbeda untuk layanan baik rawat jalan, rawat inap, rawat darurat dan dalam keadaan bencana .

Jenis pelayanan yang dijelaskan disubtopik ini adalah Puskesmas dan RS.

##### **a. Puskesmas**

##### **1) Penyelenggaraan Puskesmas Berdasarkan Karakteristik Wilayah Kerja**

Puskesmas dibagi atas:

- a) Kawasan perkotaan

- b) Kawasan perdesaan
  - c) Kawasan terpencil dan
  - d) Kawasan sangat terpencil
- 2) Penyelenggaraan Puskesmas Berdasarkan Kemampuan Pelayanan Puskesmas berdasarkan kemampuan pelayanan dibagi atas: Puskesmas non rawat inap; dan Puskesmas rawat inap

a) **Puskesmas non rawat inap menyelenggarakan**

- pelayanan rawat jalan,
- perawatan di rumah (home care), dan
- pelayanan gawat darurat.
- dapat menyelenggarakan rawat inap pada pelayanan persalinan normal.

b) **Puskesmas rawat inap**

**Puskesmas rawat inap** merupakan Puskesmas yang diberi **tambahan sumber daya** pelayanan persalinan normal dan pelayanan rawat inap pelayanan kesehatan lainnya.

**b. Rumah sakit**

**Kategori RS berdasarkan jenis pelayanan**

Rumah sakit dibagi atas:

- a) Rumah Sakit umum; tdd tipe A, B, C, D dan
- b) Rumah Sakit khusus.tdd. Tipe A, B, C

RS Umum maupun RS Khusus dibedakan atas tipe/ kelas.. Tiap kelas dibedakan pada Jenis pelayanan, SDM, Peralatan, Sarana dan Prasarana, Administrasi dan Manajemen.

a) **Rumah Sakit Umum**

Pelayanan yang diberikan oleh RS Umum:  
pelayanan medis dan penunjang medis;

pelayanan keperawatan dan kebidanan; dan pelayanan nonmedis.

**b) RS Khusus**

**RS khusus mempunyai karakteristik sbb:**

- 1) memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau
- 2) satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.
- 3) dapat menyelenggarakan pelayanan lain di luar kekhususannya (R.INAP<40%).

**Jenis RS Khusus**

- 1) ibu dan anak;
- 2) mata;
- 3) gigi dan mulut;
- 4) ginjal;
- 5) jiwa;
- 6) infeksi;
- 7) telinga-hidung-tenggorok kepala leher;
- 8) paru;
- 9) ketergantungan obat;
- 10) bedah;
- 11) otak;
- 12) orthopedi;
- 13) kanker; dan
- 14) jantung dan pembuluh darah.
- 15) Lainnya

Pelayanan yang diberikan di RS Khusus : pelayanan medis dan penunjang medis; pelayanan keperawatan dan kebidanan; dan pelayanan nonmedis.

## 2. Menguraikan isi RM

Isi RM telah dijelaskan pada pertemuan 1 :

### a. Isi Rekam Medis Rawat Jalan

Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan untuk sarana pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat:

1. identitas pasien;
2. Tanggal dan waktu;
3. Hasil anamnese mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
4. Hasil pemeriksaan fisik
5. Diagnosis;
6. Rencana penatalaksanaan;
7. Pengobatan dan atau tindakan;
8. Pelayanan lain yang telah diberikan pada pasien;
9. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik dan
10. Persetujuan tindakan bila diperlukan

*Perlu ditambah Ringkasan Klinis*

Dari peraturan ini dikatakan “sekurang-kurangnya: berarti bila isi RM ada tambahan lain lebih baik bila diperlukan. Contoh: ada tambahan **Ringkasan Klinis** yang diperlukan untuk kepentingan asuransi atau lainnya. Juga Form Resiko Jatuh; Catatan Pasien dengan Decubitus, Catatan pasien Khusus Diabetes dan lain-lain.

Penjelasan isi RM Rawat Jalan:

Identitas Pasien secara terperinci dapat dipelajari pada modul MIK2 Bab1. Hal yang penting untuk diingat adalah sebagai berikut:

Identitas pasien yang lengkap hanya ada pada lembaran Ringkasan Klinis, yaitu berupa

Data demografi pasien,

Keluarga terdekat,

Keuangan (financial) / pihak pembayar

Sedangkan pada lembaran lain hanya mengisi:

- Nomor RM
- Nama Pasien (sesuai e-KTP)
- Tgl.lahir/ umur
- Jenis Kelamin

**b. Isi Rekam Medis Rawat Inap Dan Perawatan Satu Hari**

Isi RM rawat inap sekurang-kurangnya berisi:

- 1) identitas pasien;
- 2) Tanggal dan waktu;
- 3) Hasil *anamnese* mencakup sekurang-kurangnya berisi keluhan & riwayat penyakit;
- 4) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis;
- 5) Diagnosis;
- 6) Rencana penatalaksanaan;
- 7) Pengobatan dan atau tindakan;
- 8) Persetujuan tindakan bila diperlukan;
- 9) Catatan observasi klinis dan pengobatan;
- 10) Ringkasan pulang (*discharge summary*);
- 11) nama dan tanda tangan dokter dan dokter gigi dan tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
- 12) Pelayanan lain dilakukan tenaga kesehatan tertentu;
- 13) Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.

**Isi Ringkasan Pulang (j) sekurang-kurangnya berisi:**

- identitas pasien
- Diagnosa masuk dan indikasi pasien dirawat
- ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnose akhir, pengobatan dan tindak lanjut

- nama dan tandatangan dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan.

**c. Isi Rekam Medis Pasien Gawat Darurat**

Berdasarkan Permenkes 269 tahun 2008 Isi minimal berisi:

- 1) kondisi saat pasien tiba di saryankes
- 2) Identitas pengantar pasien
- 3) Tanggal dan waktu;
- 4) Hasil anamnese mencakup sekurang-kurangnya berisi keluhan & riwayat penyakit;
- 5) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
- 6) Diagnosis;
- 7) Pengobatan dan atau tindakan;
- 8) Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan yan UGD dan rencana tindak lanjut
- 9) nama dan tanda tangan dokter dan dokter gigi dan tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
- 10) Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke saryankes lain; dan
- 11) Pelayanan lain yang telah diberikan pada pasien;

**d. Isi Rekam Medis Pasien Dalam Keadaan Bencana**

Sekurang-kurangnya berisi:

- 1) Isi RM UGD ditambah dengan:
- 2) Jenis bencana dan lokasi dimana pasien ditemukan,
- 3) Kategori kegawatan dan nomor pasien bencana masal, dan
- 4) Identitas yang menemukan pasien

## **B. Latihan**

- a. Apa yang mempengaruhi isi RM?
- b. Apakah beda isi RM rawat jalan dan rawat inap
- c. Apa beda isi RM rawat darurat dengan RM kondisi bencana

## **C. Ringkasan**

Isi RM berbeda berdasarkan jenis pelayan rawat jalan, rawat inap, rawat darurat dan dalam kondisi bencana



## SUBTOPIK 2 TIPE FORMAT REKAM MEDIS

### D. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari modul ini, diharapkan mahasiswa mampu membedakan tipe format RM:

1. Tipe format SOMR
2. Tipe format POMR
3. Tipe format IMR

### E. Uraian dan Contoh

#### 1. *Source Oriented Medical Record (SOMR)*

Sudah merupakan tradisi bahwa rekam medis rumah sakit diorganisir berdasarkan bagian yang memberikan asuhan dan pelayanan kepada pasien tersebut. (Disebut orientasi pada sumber pelayanan ).

Setiap lembar disusun berdasarkan tanggal yang disusun secara kronologis di *nurse station*, jadi informasi yang terbaru ada di bagian paling atas dan terlama paling bawah. Sesudah pasien pulang lembaran disusun kembali dari awal sampai akhir.

Catatan dokter tersendiri disusun secara kronologis, demikian juga catatan perawat, hasil laboratorium, radiologi, dan sebagainya. Bila ingin membaca isi Rekam Medis terjadi kesulitan karena harus melihat per tanggal pada setiap pemberi asuhan dan pelayanan.

### **Keuntungan dari SOMR :**

Laporan terorganisir berdasarkan setiap sumber pelayanan dalam suatu bagian sehingga memudahkan untuk menentukan penilaian, pengobatan dan observasi pada setiap pelayanan yang telah diberikan.

### **Kerugian SOMR :**

Tidak mungkin untuk menentukan secara cepat masalah dan pengobatan yang telah diberikan kepada pasien pada suatu waktu, karena data terkumpul berdasarkan pelayanan yang diberikan bukan berdasarkan masalah / problem atau integrasi dari waktu berikutnya, sehingga harus ditelusuri per tanggal pada setiap pemberi asuhan dan pelayanan.

## **2. *Problem Oriented Medical Record (POMR)***

Diperkenalkan oleh Lawrence L. Weed, MD tahun 1960.

POMR suatu tipe format RM yang pendokumentasiannya mencerminkan pikiran yang logis pada pelayanan yang diberikan dokter. Dokter menyimpulkan dan mengikuti setiap problem klinis secara individu (sendiri-sendiri) dan memecahkan masalah tersebut secara bersama-sama.

Pada tipe format POMR ini lebih mudah bagi pemberi pelayanan. Disusun berdasarkan daftar masalah.

POMR mempunyai 4 bagian :

- a. *Data Base* (Data Dasar)
- b. *Problem List* (Daftar Masalah)
- c. *Initial Plan* (Rencana Awal)
- d. *Progress Notes* (Catatan Perkembangan)

### **a. *Data Base (Data Dasar):***

Data dasar yang harus ada pada setiap pasien, termasuk : Keluhan utama, penyakit yang ada sekarang ini, data sosial yang terkait, riwayat penyakit dan

kondisi dari sistem tubuh, pemeriksaan fisik, data dasar laboratorium.

**b. *Problem List (Daftar Masalah):***

Terletak pada bagian depan dari berkas rekam medis . Problem list adalah daftar segala masalah yang perlu ditangani atau disebut diagnosa kerja termasuk masalah kesehatan, sosial, ekonomi, demografi saat dulu dan sekarang. Karena masalahnya lebih dari satu tidak sesuai untuk RS acute care, tapi sesuai untuk *Long term care* yang pasien umumnya mempunyai masalah lebih dari satu/ ada komplikasi dan masa perawatan yang panjang.

The Problem List harus merupakan masalah-masalah yang telah diketahui oleh dokter seperti :

Keluhan utama, *Present illness(es)*, Riwayat sosial, Riwayat medis

Hasil pemeriksaan :Symptom (gejala-gejala), temuan-temuan yang abnormal, temuan-temuan secara fisiologi,

Diagnosa sebagai hasil dari pemeriksaan

Kondisi dengan “Suspected” (kemungkinan) tidak termasuk dalam problem list tapi dalam initial plan.

Penambahan atau perubahan dilakukan dalam problem list sebagai masalah baru yang diperoleh dan diputuskan sebagai masalah. Problem tidak boleh dihapus, ditandai dengan “dropped” atau “resolved” (telah diselesaikan) dan diberi tanggal.

Problem diberi judul dan nomor. Dibuat sebagai suatu tabel.

Fungsi dari problem list:

- Meregister semua masalah
- Menjaga efisiensi, ketelitian dan dapat dipercaya bahwa pengobatan pasien dilakukan secara menyeluruh
- Sebagai alat Komunikasi dengan sesama dokter, pasien, profesional lain dan untuk si dokter sendiri
- Mengindikasikan status masalah: aktif, inaktif atau sudah dipecahkan
- Sebagai petunjuk dalam asuhan pasien.

**c. *The Initial Plans (Rencana Awal)***

“Rencana Awal” menyelesaikan apa yang akan dilakukan untuk mempelajari lebih mendalam mengenai kondisi pasien, pengobatan pasien, dan memberi penjelasan kepada pasien mengenai keadaannya.

Rencana khusus untuk setiap masalah digambarkan dalam 3 kategori :

- 1) Informasi yang lebih luas tentang diagnosa (Kemungkinan-kemungkinan yang dipikirkan /suspected, rule out, termasuk dalam rencana awal ini)
- 2) Terapi (termasuk rencana obat-obatan yang diberikan, prosedur, sasaran, kemungkinan - kemungkinan yang akan dilakukan)
- 3) Penjelasan / pendidikan kepada pasien.

Rencana awal diberikan nomor sesuai dengan nomor pada problem list.

**d. *Progress Notes (Catatan Perkembangan):***

Follow up dari setiap masalah, mengindikasikan;

- Apa yang terjadi pada pasien
- Apa yang direncanakan untuk pasien
- Bagaimana reaksi pasien terhadap terapi yang diberikan

Diberi nomor dan judul sesuai dengan problem list

Isi :

**Subjective** (Simptom): sesuai dengan keluhan pasien

**Objective** : Observasi dokter dan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan

**Assessment** :Interprestasi/ kesan kondisi saat ini

**Plan Statements**: rencana pengobatan

Oleh karena itu Progress notes disebut juga **SOAP**

Dan POMR disebut **SOAPING**

Progress Notes dibuat secara narasi untuk menjelaskan perkembangan kondisi pasien, dibutuhkan lembaran tambahan bila banyak faktor yang perlu diperhatikan atau kondisi pasien cepat berubah. Discharge summary (ringkasan keluar) dan catatan pindah termasuk dalam progress notes.

Dr. Weed menganjurkan untuk menggunakan formulir-formulir lain seperti instruksi dokter, laporan konsultasi, catatan perawat, dengan diberi judul dan nomor problem.

**Keuntungan POMR :**

- Dokter diharapkan untuk mempertimbangkan seluruh problem pasien dalam segala keadaan.
- Catatan jelas :
- Mengidentifikasi tujuan dan metoda pengobatan.
- Pendidikan Kesehatan (Lengkapnya catatan dari dokter)
- Proses menjaga mutu lebih mudah sebab data telah tersusun.

### **Kerugian POMR :**

- Pelatihan dan tanggung jawab tambahan bagi staf profesional dan staf kesehatan.
- Tidak banyak fasilitas pelayanan akut melaksanakan POMR secara penuh, banyak dari profesional kesehatan menggunakan SOAP form dari Progress Notes.

### **3. *Integrated Medical Record (IMR)***

Seluruh form disusun secara kronologis. Di Nurse Station disusun dengan yang terbaru di paling atas. Saat pulang, disusun kembali dari awal sampai akhir. Kunci dari IMR adalah seluruh sumber pemberi pelayanan dijadikan satu.

Catatan saat pasien pulang berisi riwayat pasien, pemeriksaan fisik, catatan perkembangan, catatan perawat, laporan rontgen, catatan perkembangan, laporan konsultasi, dll. Formulir-formulir untuk setiap jangka waktu pelayanan disusun dalam seksi-seksi yang berbeda.

Sulit untuk membandingkan untuk informasi yang sama, contoh : tingkat gula darah puasa. Diperlukan waktu yang lama oleh karena itu seluruh data terdapat pada bagian yang terpisah.

Ada beberapa variasi IMR :

Umumnya : integrasi catatan perkembangan (Progress notes) semua pemberi pelayanan membuat catatan pada form yang sama, sedangkan form-form lain =

#### **Keuntungan :**

Perkembangan pasien dapat diketahui secara cepat, oleh karena seluruh catatan disatukan. Mengurangi jumlah form dan mendorong pelayanan kesehatan bekerja secara tim.

#### **Kerugian :**

Hanya 1 orang pemberi pelayanan yang dapat mencatat perkembangan pasien pada satu waktu. Sulit mengidentifikasi pekerjaan perorangan, kecuali catatan yang biasanya ada titel dari pencatat dan dokter sering merasa catatan hanya menitik beratkan pada kebiasaan untuk membedakannya dengan profesi lain yang memberikan pelayanan kepada pasien.

Keputusan menentukan format RM adalah staf kesehatan dengan persetujuan komite RM.

## **F. Latihan**

1. Latihan soal ke-1  
Apakah focus dari tipe format SOMR, POMR dan IMR?? Jelaskan!
2. Latihan soal ke-2  
Tipe format mana yang sesuai untuk RS Acute care dan LTC?

## **KUNCI JAWABAN**

### **G. Kunci Jawaban Subtopik 1**

1. Jawaban latihan soal ke-1  
Yang mempengaruhi isi RM: 1. Jenis layanan dan tipe format rawat darurat dengan RM kondisi bencana
2. Jawaban latihan soal ke-2  
Beda isi RM rawat jalan dan inap:  
Karena pasiennya tidak diobservasi maka rawat jalan:
  - a. Saat masuk: tidak ada catatan masuk-keluar
  - b. Saat rawat: semua catatan terkait observasi tidak ada, seperti: observasi klinik , intake-output cairan, catatan pemberian obat.
  - c. Saat pulang : tidak ada Rencana pasien pulang, juga Ringkasan pulang istilahnya ringkasan klinis.
3. Jawaban latihan soal ke-3  
RM saat bencana isinya selain dari semua catatan yang ada di UGD ditambah dengan:
  - a. Jenis bencana dan lokasi dimana pasien ditemukan,
  - b. Kategori kegawatan dan nomor pasien bencana masal, dan
  - c. Identitas yang menemukan pasien

## H. Kunci Jawaban Subtopik 2

a. Jawaban latihan soal ke-1

SOMR berfokus pada dokter (*Source*) sehingga tiap dokter mempunyai catatan masing-masing. POMR berfokus pada masalah, karena dokter memberi layanan berdasarkan masalah maka RM juga disusun kronologis permasalahan. Sedangkan IMR adalah tulisan dari pemberi pelayanan terintegrasi, sehingga terkumpul dalam catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT)

b. Jawaban latihan soal ke-2

POMR sesuai untuk pasien dengan masalah yang > dari 1. Karena masalahnya lebih dari satu tidak sesuai untuk RS acute care, tapi sesuai untuk *Long term care* yang pasien umumnya mempunyai masalah lebih dari satu/ ada komplikasi dan masa perawatan yang panjang.



## DAFTAR PUSTAKA

- Hatta, Gemala, 2008, Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan, UI Press, Jakarta, Indonesia)
- Huffmann, Edna K., Health Informations Management, (Illinois : Physicians Record,1994).
- Kemkes RI, 2017, Profil Kesehatan Indonesia, Jakarta : Kementerian Kesehatan RI. 2017
- Odom-Wesley et.al., 2013, Documentation for MR, AHIMA, 2013, Chicago, Illinois)
- 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**



Universitas  
**Esa Unggul**