

	PENULISAN REKAM MEDIS		
	SOP	No. Dokumen : SOP/III/UKP/005/I/2023	
		No. Revisi : 0	
		Tanggal Terbit : 11-01-2023	
		Halaman : 1/2	
UPTD PUSKESMAS TAWANGHARJO		NURKHOTIB, SKM.MM NIP. 197002181991031007	

1. Pengertian	Rekam Medis merupakan dokumen medis / catatan medis yang berisikan tentang pasien mulai dari identitas, riwayat penyakit, pemeriksaan diagnosa sampai dengan semua catatan tentang pengobatan / tindakan yang dilakukan atas pasien pada saat berobat jalan/rawat inap.
2. Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk melakukan kegiatan pengisian Rekam Medis.
3. Kebijakan	SK Kepala UPTD Puskesmas Tawangharjo Nomor 101 Tahun 2023 tentang Penyelenggaraan Rekam Medis Dan Akses Terhadap Rekam Medis
4. Referensi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis. 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 tahun 2019 tentang Puskesmas
5. Prosedur/ Langkah-langkah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas yang berhak mengisi resum medis menuliskan seluruh tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien ke dalam rekam medis 2. Petugas mencatat sesuai dengan prinsip penulisan SOAP (Subjective, Objective, Action, Planning). Dan dilakukan pengkajian nyeri PQRST (Provokes, Quality, Radiation, Severity, Time) jika ada, dengan ringkas serta singkat sesuai prinsip subyektif analisis penilaian. 3. Petugas menulis jenis tindakan operatif atau prosedur yang dilakukan dengan jelas, benar dan tidak menggunakan singkatan 4. Petugas mengisi resum pasien. 5. Petugas mengoreksi kesalahan pada pencatatan dengan cara yang benar (mencoret dengan satu garis, memberi paraf, nama terang, waktu dan tanggal dilakukan revisi/koreksi)

<p>6. Diagram Alir</p>	<pre> graph TD A([Petugas yang mempunyai kewajiban mengisi data identitas pasien secara lengkap pada rekam medis adalah, dokter, dokter gigi, Perawat, bidan, ahli gizi, dan petugas rekam medis]) --> B[Petugas menuliskan seluruh tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien ke dalam rekam medis] B --> C[Petugas mencatat sesuai dengan prinsip penulisan SOAP (Subjective, Objective, Action, Planning). Dan dilakukan pengkajian nyeri PQRST (Provokes, Quality, Radiation, Severity, Time) jika ada, dengan ringkas serta singkat sesuai prinsip subyektif analisis penilaian] C --> D[Petugas menulis jenis tindakan operatif atau prosedur yang dilakukan dengan jelas, benar dan tidak menggunakan singkatan] D --> E[Petugas melakukan pengisian resume berisi data penting yang akan dipakai untuk membantu penatalaksanaan masalah pasien di masa mendatang dan ditekankan pada masalah-masalah pasien yang belum selesai sewaktu pasien pulang yang memerlukan tindak lanjut, diagnosis, pengobatan dan penyuluhan] E --> F([Petugas mengoreksi apabila ada kesalahan pada pencatatan dengan cara yang benar (mencoret dengan satu garis, memberi paraf, nama terang, waktu dan tanggal dilakukan revisi/koreksi)]) </pre>																				
<p>7. Hal-hal yang perlu diperhatikan</p>	<p>-</p>																				
<p>8. Unit terkait</p>	<p>Ruang pendaftaran dan rekam medik, ruang pemeriksaan umum, ruang pemeriksaan anak/MTBS, ruang pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut, ruang KIA/KB, ruang bersalin, ruang gawat darurat, ruang rawat inap.</p>																				
<p>9. Dokumen terkait</p>	<p>Rekam Medis</p>																				
<p>10. Rekaman Historis Perubahan</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Halaman</th> <th>Yang dirubah</th> <th>Isi perubahan</th> <th>Tanggal mulai diberlakukan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	No.	Halaman	Yang dirubah	Isi perubahan	Tanggal mulai diberlakukan															
No.	Halaman	Yang dirubah	Isi perubahan	Tanggal mulai diberlakukan																	