



www.esaunggul.ac.id

**Rekam Kesehatan Jiwa
PERTEMUAN 14
LILY WIDJAYA, SKM.,MM
, PRODI D-III REKAM MEDIS DAN INFORMASI
KESEHATAN,
FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN**

KEMAMPUAN AKHIR YANG DIHARAPKAN

- ▶ Mampu menguraikan fasilitas dan isi rekam klinis rawat inap jangka panjang untuk penderita penyakit jiwa dengan tepat

ISI RM KESH.JIWA

RK Jiwa minimal:

1. Data identifikasi
2. Sumber rujukan
3. Alasan dirujuk
4. Status hukum pasien
5. Surat persetujuan yang diperlukan saat masuk, pengobatan, evaluasi dan sesudah perawatan
6. Diagnosa psikiatrik saat masuk
7. Riwayat psikiatrik
8. Catatan penilaian yang lengkap, termasuk keluhan pasien, komentar pasien

ISI RM KESH.JIWA

9. Riwayat penyakit, laporan pemeriksaan fisik dan seluruh obat-obat yang diberikan.
10. Diagnosa tambahan (provisional diagnoses) berdasarkan penilaian yang ada termasuk penyakit yang dideritanya.
11. Catatan rencana pengobatan individual
12. Catatan dari pengobatan yang telah dilakukan, seluruh evaluasi dan pemeriksaan
13. Catatan perkembangan dari multidisiplin ilmu yang berkaitan dengan tujuan dan sasaran yang telah digariskan dalam rencana pengo

ISI RM KESH.JIWA

- ▶ Catatan yang penting yang berkaitan dengan tindakan pengobatan khusus yang dilakukan
- ▶ Rencana pengobatan yang telah diperbaiki sesuai dengan hasil penilaian yang telah diuraikan dalam catatan perkembangan
- ▶ Catatan konferensi kasus dari multi disiplin ilmu dan catatan konsultasi termasuk: tanggal, rekomendasi yang dibuat dan tindakan yang diambil
- ▶ Informasi tentang kejelasan yang tidak biasa seperti: komplikasi pengobatan, kecelakaan dan cedera, penyakit, kematian dari pasien, prosedur yang menyebabkan pasien menderita sakit yang tidak biasa
- ▶ Surat menyurat yang berkaitan dengan pasien termasuk surat-surat dan pembicaraan via telepon yang berkaitan dengan pengobatan pasien
- ▶ Ringkasan keluar
- ▶ Rencana follow up dan dokumentasi implementasinya
- ▶ Individual aftercare / post treatment plan

PATIENT MANAGEMENT

- a. Intake
- b. Assessment of Patient
- c. Treatment Planning (Rencana pengobatan)
- d. Frequency of Documentation

1. Intake

1. Peraturan dan prosedur masuk / pendaftaram
2. Prosedur penerimaan dari rujukan
3. Informasi medis dan data statistik
4. Prosedur rujukan pasien jika pasien tidak dapat diterima.

2. Assessment of Patient

1. Physical Assessment
2. Emotional and Behaviour A.
3. Social A.
4. Recreational A
5. Legal A.
6. Vocational A.
7. Nutritional A.
8. Other As.

3. Treatment Planning (Rencana pengobatan)

Pasien harus diikuti sertakan, juga keluarga / orang lain yang berkaitan. Keterangan ini perlu dicatat dalam RKJ.

Tujuan dan sasaran: ada tujuan khusus yang harus dicapai berdasarkan dari penilaian awal dan ada sasaran khusus yang berkaitan dengan tujuan termasuk tanggal pencapaian tujuan. Harus dicatat dan dapat diukur perkembangannya saat penilaian.

- ▶ Tujuan dan sasaran harus dapat diukur:
- ▶ Memastikan bahwa setiap pasien mempunyai rencana pengobatan sendiri
- ▶ Menginginkan tindakan khusus dengan menempatkan di ruang khusus untuk pengamatan.
- ▶ Mengkomunikasikan tujuan yang sama yang diharapkan kepada semua staf yang menangani pasien

3. Treatment Planning (Rencana pengobatan)

- ▶ Mampu menjalankan pengobatan pasien, dengan personil yang berkualitas untuk menentukan pengobatan dapat dilaksanakan.
- ▶ Treatment modalities:
- ▶ Rencana pengobatan harus dapat menjelaskan pelayanan, aktifitas, dan rencana program untuk pasien
- ▶ Harus ditangani khusus oleh anggota tim dalam melaksanakan rencanan pengobatan.
- ▶ Harus mempunyai jadwal khusus.

4. Frequency of Documentation

- ▶ **Inpatient, Residential, and Partial Day Program**
- ▶ Preliminary Treatment Plan: saat masuk
- ▶ Initial Treatment Plan : < 72 jam sesudah masuk
- ▶ Master Treatment Plan : harus ada bila pasien dirawat > 10 hari dan pasien dirawat oleh sebuah tim ahli.
- ▶ Review Treatment Plan
- ▶ Saat transfer/ discharge
- ▶ Bila ada perubahan yang besar dari kondisi pasien
- ▶ Saat perumusan Initial Plan dan penentuan lama pengobatan.
- ▶ Setiap 3 bulan bagi P.rawat inap.
- ▶ Program Keterlambatan/ Cacat Mental termasuk dalam Residential Program.

Program Rawat Jalan

1. Initial treatment: saat pertama datang.
2. Bila kunjungan > 10 X harus ada Master Plan
3. Review Master Plan
4. Setiap 10 X kunjungan P.rawat jalan / setiap 3 bulan tergantung yang mana lebih dahulu.

CATATAN PERKEMBANGAN

- ▶ Bagian dari rencana pengobatan (treatment plan)
- ▶ Hal baru dari perencanaan harus dicatat dalam CP
- ▶ termasuk:
- ▶ Catatan pelaksanaan treatment plan
- ▶ Pengobatan yang diberikan
- ▶ Reaksi pasien mengenai pengobatan yang diberikan
- ▶ Revisi dan update treatment plan
- ▶ CP dipakai untuk mereview perkembangan pasien.

TERAPI KHUSUS

1. Isolasi Pasien baik diasingkan maupun dikendalikan (Seclusion and Restraint)
 2. Bedah syaraf (Psycho Surgery)
 3. Terapi kejut listrik /ECT (Electro Convulsive Therapy)
 4. Terapi lain seperti Terapi Tradisional dan Program Perubahan Perilaku (Behavior Modifikasi)
- ▶ Penggunaan prosedur tersebut di atas perlu ada dasar penggunaannya dan indikasi klinis yang telah ditinjau oleh kepala dari staf pelaksana dan jelas ditulis dalam RKJ.

ISOLASI PASIEN (SECLUSION AND RESTRAINT)

1. Indikasi yang mendukung tindakan ini dicatat. Tidak boleh > dari 24 jam. Pada keadaan darurat petugas harus berada ditempat tersebut.
2. Harus ada catatannya maksimum 1 jam sesudah dilakukan. Petunjuk dokter diperlukan bila pelaksanaan dilanjutkan.
3. Pencatatan setiap 15 menit untuk melihat perkembangan dan mencegah pasien dari keinginan bunuh diri, terluka dan hal lain.
4. Pengasingan (Seclusion) dilakukan untuk mencegah gangguan yang serius dari lingkungan tempat terapi (bukan berupa hukuman). Prosedur ini dilakukan sebelum pengurungan (restraint).
5. Bila dilakukan > 24 jam harus dilaporkan kepada kepala staf pelaksana untuk tindakan selanjutnya.

ECT DAN TERAPI LAINNYA

- ▶ Dilakukan untuk memberi rangsangan rasa sakit kepada pasien . penting inform consent ada dalam RKJ
- ▶ Terapi tradisional diberikan untuk menilai kemampuan pasien, terhadap fungsi keamanan , respon terhadap aktifitas sehari-hari, membantu pengobatan pasien, membantu rasa kebebasan / menentukan nasib sendiri.
- ▶ Membantu memperbaiki hubungan dengan keluarga pasien,
- ▶ Terapi ini juga dicatat di RKJ
- ▶ Hal ini mencegah pasien keluar sebelum waktunya dan untuk pengobatan lanjutan pasien.
- ▶ Behavior modification program: biasa dilakukan terapi untuk golongan remaja dengan menilai tingkah laku dan perkembangannya. Juga dicatat dalam RKJ



Isi Ringkasan Keluar:

1. Hasil Initial Assessment dan diagnosa
2. Temuan yang penting
3. Urutan dan perkembangan setiap masalah
4. Pengobatan yang diberikan
5. Final Assessment
6. Observasi umum
7. Kondisi pasien saat masuk, pengobatan, dan keluar.
8. Rekomendasi untuk pengobatan selanjutnya sesudah perawatan.
9. Diagnosa akhir