

SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN
NOMOR: 0018 / RSSK / SK / I / 2015

TENTANG

**PEMBERLAKUAN BUKU PEDOMAN PENGISIAN REKAM MEDIK
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN**

DIREKTUR RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

- Menimbang : a. Bahwa untuk upaya pendokumentasian pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien yang berobat di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan perlu adanya Pedoman Pengisian Rekam Medik;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf (a) perlu ditetapkan Keputusan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan tentang Pemberlakuan Buku Pedoman Pengisian Rekam Medik;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144. Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
2. Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1438/Menkes/Per/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran;
6. Keputusan Walikota Pekalongan Nomor 445/221/Tahun 2014 tentang Izin Tetap Penyelenggaraan Sarana Kesehatan Rumah Sakit Siti Khodijah Kota Pekalongan;
7. Keputusan Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah Pekalongan Nomor 124/YAI/V/II/2012 tentang Penetapan Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital By Laws) Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
8. Keputusan Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah Pekalongan Nomor

123/YAI/IV/XII/2015 tentang Pengangkatan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : PEMBERLAKUAN BUKU PEDOMAN PENGISIAN REKAM MEDIK RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN;
- KESATU : Pemberlakuan Buku Pedoman Pengisian Dokumen Rekam Medis di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan sebagaimana dimaksud tercantum dalam Lampiran Surat Keputusan ini;
- KEDUA : Buku Pedoman Pengisian Dokumen Rekam Medis sebagaimana tersebut diktum KESATU, digunakan sebagai pedoman bagi semua praktisi kesehatan yang melakukan asuhan kepada pasien dan merekam semua kegiatan pelayanan kesehatan tersebut pada dokumen rekam medis, baik rawat jalan maupun rawat inap;;
- KETIGA : Surat keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan catatan apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam Surat Keputusan ini maka akan dilakukan perubahan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : PEKALONGAN
Pada Tanggal : 10 Januari 2015

DIREKTUR
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

drg. Said Hassan, M.Kes

Tembusan :

1. Manajer Umum & Keuangan
2. Manajer Pelayanan
3. Asisten Manajer Kesekretariatan, Administrasi dan Humas
4. Koordinator Urusan Kepegawaian, Humas dan Rekam Medis
5. Koordinator Ruang / Unit Rawat Inap, Rawat Jalan dan Penunjang.
6. Arsip

Lampiran : Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan tentang Kebijakan Pelayanan Rekam Medis Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.
Nomor :/RSSK/SK/XII/2014
Tanggal :Desember 2014

**KEBIJAKAN PELAYANAN REKAM MEDIS
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN**

1. Setiap pasien Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan hanya memiliki satu nomor rekam medis (*Unit Numbering System*).
2. Penyimpanan dokumen rekam medis pasien rawat jalan, gawat darurat dan rawat inap dijadikan satu dalam satu dokumen rekam medis (map folder) (*Sentralisasi*).
3. Penjajaran dokumen rekam medis pasien menggunakan sistem angka akhir (*Terminal Digit Filing*).
4. Setiap pasien yang pulang rawat inap dibuatkan Ringkasan Perawatan Pasien (resume medis).
5. Berkas rekam medis pasien rawat inap yang sudah selesai masa perawatannya dikembalikan ke unit rekam medis dalam waktu maksimal 1 x 24 jam dan dalam keadaan lengkap, benar dan terbaca.
6. Berkas rekam medis pasien tersedia bagi Profesional Pemberi Asuhan (PPA) untuk memfasilitasi komunikasi tentang asuhan perawatan pasien serta informasi yang penting.

7. Rumah sakit merencanakan dan merancang proses manajemen informasi untuk memenuhi kebutuhan informasi baik internal dan maupun eksternal.
8. Kerahasiaan dan privasi informasi dijaga guna mengatur akses pasien untuk mendapatkan informasi kesehatannya.
9. Keamanan informasi termasuk integritas data dijaga guna mengatur permintaan informasi.
10. Rumah sakit menggunakan kode diagnosa, kode prosedur / tindakan, simbol dan singkatan, serta definisi yang sudah ditetapkan.
11. Rumah sakit membuat dan memelihara rekam medis untuk setiap pasien yang mendapatkan pelayanan kesehatan.
12. Terpenuhinya kebutuhan data dan informasi dari internal maupun eksternal rumah sakit secara tepat waktu.
13. Manajemen dan staff berpartisipasi dalam memilih, menggunakan, mengintegrasikan serta membangun sistem informasi rumah sakit.
14. Unit Rekam Medis merekap sensus harian rawat inap setiap harinya dari setiap ruang rawat inap.
15. Pelayanan dokumen rekam medis dilaksanakan oleh petugas rekam medis.
16. Setiap pasien yang masuk atau datang didaftar dengan menggunakan sistem komputerisasi.
17. Identifikasi pasien minimal terdiri dari nama pasien, tanggal lahir dan nomor rekam medis pasien.
18. Aturan masa retensi/penyimpanan serta pemusnahan dokumen rekam medis, data dan informasi :
 - a. Retensi / penyimpanan dokumen rekam medis aktif disimpan selama 5 tahun setelah kunjungan terakhir untuk di non aktifkan.
 - b. Penyimpanan dokumen rekam medis non aktif disimpan selama 2 tahun untuk kemudian dilakukan pemusnahan.
19. Peminjaman berkas rekam medis dapat diberikan hanya untuk kepentingan pasien sesuai aturan yang berlaku di rumah sakit.
20. Rekam medis dan informasi dilindungi dari kehilangan, kerusakan, gangguan, serta akses dan penggunaan oleh pihak yang tidak berhak.
21. Profesional Pemberi Asuhan (PPA) berhak dan berkewajiban menulis seluruh pelayanan yang diberikan dalam lembar rekam medis yang sudah ditentukan, dilengkapi dengan nama dan paraf/tandatangan.
22. Unit rekam medis bertanggung jawab atas laporan berkala yang telah ditetapkan, baik untuk kepentingan eksternal maupun internal.

23. Seluruh hasil pemeriksaan penunjang wajib ditempelkan pada lembar rekam medis yang sudah ditetapkan.
24. Resume medis dan hasil pemeriksaan penunjang diberikan kepada pasien / keluarganya yang telah ditunjuk.
25. Rekam medis pasien memuat informasi yang memadai untuk mengidentifikasi pasien, mendukung diagnosis, justifikasi pengobatan, dokumen pemeriksaan dan hasil pengobatan dan meningkatkan kesinambungan pelayanan diantara tenaga penyedia pelayanan kesehatan.
26. Rekam medis setiap pasien emergensi memuat jam kedatangan, kesimpulan saat mengakhiri pengobatan, kondisi pasien pada saat dipulangkan dan instruksi tindak lanjut pelayanan.
27. Untuk melaksanakan koordinasi dan evaluasi dilaksanakan rapat bulanan satu bulan sekali.
28. Rumah sakit setiap 3 bulan sekali mengkaji isi dan kelengkapan rekam medis.

DIREKTUR
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

drg. Said Hassan, M.Kes