

SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN
NOMOR: 1186/RSSK/SK/XII/2014

TENTANG

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

DIREKTUR RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

- Menimbang : a. bahwa untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan, maka diperlukan penyelenggaraan rekam medis yang berkesinambungan;
- b. bahwa rekam medis memegang peranan penting dalam pendokumentasian atas setiap bentuk pelayanan yang diberikan kepada pasien;
- c. bahwa dalam pendokumentasian tersebut rekam medis menjadi acuan terkait proses manajemen komunikasi dan informasi;
- d. bahwa komunikasi dan informasi merupakan hal yang sangat penting dalam memberikan pelayanan kepada pasien dan keluarga, komunitas, dan antar profesional pemberi asuhan (PPA);
- e. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a,b,c, dan d perlu menetapkan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan tentang Kebijakan Penyelenggaraan Rekam Medis Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
2. Undang-Undang Republik Indonesia 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. Keputusan Walikota Pekalongan Nomor 445/221 Tahun 2014 tentang Izin Tetap Penyelenggaraan Sarana Kesehatan Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan Kota Pekalongan;
6. 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;

7. Keputusan Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah Pekalongan Nomor : 123/YAI/IV/XII/2015 tentang Pengangkatan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : KEBIJAKAN PENYELENGGARAAN REKAM MEDIS RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN;
- KESATU : Kebijakan Penyelenggaraan Rekam Medis Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan sebagaimana dimaksud tercantum dalam Lampiran Surat Keputusan ini;
- KEDUA : Pembinaan, pengawasan dan penyelenggaraan rekam medis Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan dilaksanakan oleh Manajer Umum dan Keuangan Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
- 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 : 31 Desember 2014

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 Ruangan / Instalasi Rawat Inap, Rawat Jalan dan Penunjang.
6. Arsip

Lampiran : Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah tentang Kebijakan Penyelenggaraan Rekam Medis Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.
Nomor : 1186/RSSK/SK/XII/2014
Tanggal : 31 Desember 2014

**KEBIJAKAN PENYELENGGARAAN 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/pulang atas permintaan sendiri dikembalikan ke unit rekam medis dalam waktu maksimal 1 x 24 jam dan dalam keadaan lengkap, benar dan terbaca.
6. Hak akses dokumen dan informasi rekam rekam medis RS. Siti Khodijah Pekalongan diberikan kepada :
 - a. Pimpinan rumah sakit
 - b. Profesional Pemberi Asuhan (PPA)
 - 1) Tenaga Medis (Dokter/Dokter Gigi)
 - 2) Tenaga Keperawatan (Perawat dan Bidan)
 - 3) Tenaga Kesehatan Lain (Analis, Ahli Gizi, Apoteker, Asisten Apoteker, Penata Rontgen, Fisioterapis dan Perekam Medis)
 - c. Pasien/keluarga.
 - d. Aparatur penegak hukum.
 - e. Institusi atau lembaga tertentu atas persetujuan pasien.
 - f. Petugas non tenaga kesehatan.
7. Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dan petugas pendaftaran berhak dan berkewajiban menulis seluruh pelayanan yang diberikan dalam lembar rekam medis yang sudah ditentukan, dilengkapi dengan nama dan paraf/tandatangan petugas. Untuk asesmen ulang, PPA mendokumentasikan dalam formulir CPPT. Bila PPA melakukan konsultasi/komunikasi dengan PPA lainnya menggunakan SBAR kemudian dicap

CABAKO di formulir CPPT. Dalam waktu 1x24 jam catatan pelaporan tersebut diverifikasi oleh DPJP dengan cara ditulis nama dan paraf DPJP.

8. Berkas rekam medis pasien tersedia bagi Profesional Pemberi Asuhan (PPA) untuk memfasilitasi komunikasi tentang asuhan perawatan pasien serta informasi yang penting.
9. Rumah sakit merencanakan dan merancang proses manajemen informasi untuk memenuhi kebutuhan informasi baik internal dan maupun eksternal.
10. Rumah sakit menjaga kerahasiaan dan privasi informasi kesehatan pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
11. Keamanan informasi termasuk integritas data dijaga guna mengatur permintaan informasi.
12. Rumah sakit menggunakan kode diagnosa, kode prosedur / tindakan, simbol dan singkatan, serta definisi yang sudah ditetapkan.
13. Rumah sakit membuat dan memelihara rekam medis untuk setiap pasien yang mendapatkan pelayanan kesehatan.
14. Terpenuhinya kebutuhan data dan informasi dari internal maupun eksternal rumah sakit secara tepat waktu.
15. Manajemen dan staff berpartisipasi dalam memilih, menggunakan, mengintegrasikan serta membangun sistem informasi rumah sakit.
16. Unit Rekam Medis merekap sensus harian rawat inap setiap harinya dari setiap ruang rawat inap.
17. Pelayanan dokumen rekam medis dilaksanakan oleh petugas rekam medis.
18. Setiap pasien yang masuk atau datang didaftar dengan menggunakan sistem komputerisasi.
19. Identifikasi pasien minimal terdiri dari nama pasien, tanggal lahir dan nomor rekam medis pasien.
20. 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. Dokumen rekam medis yang sudah di non aktifkan dapat dimusnahkan dengan melakukan pemilahan dengan menyisahkan :
 - a) Persetujuan tindakan medis
 - b) Resume medis
 - c. Persetujuan tindakan medis dan resume medis tetap disimpan untuk jangka waktu 10 tahun (sepuluh tahun) sejak tanggal dibuatnya.
 - d. Pemusnahan dapat dilakukan secara total dengan cara membakar habis, mencacat atau daur ulang sehingga tidak dapat dikenali lagi bentuk maupun isinya.

21. Peminjaman berkas rekam medis dapat diberikan hanya untuk kepentingan pasien sesuai aturan yang berlaku di rumah sakit.
22. Rekam medis dan informasi dilindungi dari kehilangan, kerusakan, gangguan, serta akses dan penggunaan oleh pihak yang tidak berhak.
23. Unit rekam medis bertanggung jawab atas laporan berkala yang telah ditetapkan, baik untuk kepentingan eksternal maupun internal.
24. Seluruh hasil pemeriksaan penunjang wajib ditempelkan pada lembar rekam medis yang sudah ditetapkan.
25. Resume medis dan hasil pemeriksaan penunjang diberikan kepada pasien / keluarganya yang telah ditunjuk.
26. 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.
27. Rekam medis setiap pasien emergensi memuat jam kedatangan, kesimpulan saat mengakhiri pengobatan, kondisi pasien pada saat dipulangkan dan instruksi tindak lanjut pelayanan.
28. Untuk melaksanakan koordinasi dan evaluasi dilaksanakan rapat bulanan satu bulan sekali.
29. Rumah sakit setiap 3 bulan sekali mengkaji isi dan kelengkapan rekam medis.

DIREKTUR
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

drg. Said Hassan, M.Kes