

Lampiran : Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan  
tentang Pemberlakuan Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis  
Nomor : 0020/RSSK/SK/I/2015  
Tanggal : 10 Januari 2015

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Rekam Medis merupakan bukti tertulis tentang proses pelayanan yang diberikan oleh dokter dan tenaga kesehatan lainnya kepada pasien, yang memuat informasi akurat, dapat dipertanggungjawabkan, mudah dibaca dan lengkap dengan tetap memperhatikan kerahasiaan serta dapat menjadikan kesinambungan dalam rangka usaha penyembuhan pasien. Berdasarkan UU Praktik Kedokteran No. 29 tahun 2004 Pasal 46 ayat (1) menyatakan bahwa setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis. Tanggung jawab utama atas kelengkapan pengisian rekam medis terletak pada dokter dan dokter gigi yang merawat. Dokter atau dokter gigi yang merawat bertanggung jawab akan kelengkapan dan kebenaran isi rekam medis. Permenkes No. 269 tahun 2008 tentang Rekam Medis Pasal 6, Dokter, dokter gigi dan/ atau tenaga kesehatan tertentu bertanggung jawab atas catatan dan/atau dokumen yang dibuat pada rekam medis. Sarana pelayanan kesehatan wajib menyediakan fasilitas yang diperlukan dalam rangka penyelenggaraan rekam medis. Maka dengan diberlakukannya Permenkes No.269/Menkes/Per/III/Tahun 2008 tentang rekam medis yang merupakan landasan hukum dalam penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit.

Penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit dalam hal teknis dijabarkan secara menyeluruh didalam Pedoman Penyelenggaraan Dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia Revisi II yang di keluarkan Depkes RI oleh Dirjen Bina Pelayanan Medik Tahun 2006. Maka sebagai landasan teknis dalam hal penyelenggaraan rekam medis di RS. Siti Khodijah mengacu pada Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia Revisi II.

#### **B. Tujuan Pedoman**

Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis merupakan pedoman acuan dalam penyelenggaraan rekam medis di RS. Siti Khodijah yang mengacu pada Pedoman Penyelenggaraan Dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia Revisi II yang di keluarkan Depkes RI oleh Dirjen Bina Pelayanan Medik Tahun 2006.

*Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis  
Rumah Sakit Siti Khodijah*

Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis berguna untuk menyeragamkan pelayanan rekam medis dari identifikasi pasien sampai dengan manajemen pengelolaan rekam medis pasien. Hal ini sebagai langkah tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Sedangkan kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain :

**1. Aspek Administrasi**

Rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

**2. Aspek Medis**

Rekam medis mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/ perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.

**3. Aspek Hukum**

Rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

**4. Aspek Keuangan**

Rekam medis mempunyai nilai keuangan/ *billing*, karena isinya mengandung data/ informasi yang dapat dijadikan dasar pencatatan keuangan.

**5. Aspek Penelitian**

Rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data/ informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan

**6. Aspek Pendidikan**

Rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/ informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan/ referensi pengajaran di bidang profesi kesehatan.

**7. Aspek Dokumentasi**

Rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus di dokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan rumah sakit.

## 8. Perencanaan dan Evaluasi

Pengelolaan rekam medis dapat dijadikan bahan perencanaan dan evaluasi rumah sakit sehingga pelayanan yang diberikan dapat berjalan dan berkembang sesuai dengan kemajuan teknologi dan tuntutan pengguna jasa pelayanan kesehatan. Kegunaan rekam medis secara umum adalah :

1. Rekam Medis sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit, dan pengobatan selama pasien berkunjung/dirawat di Rumah Sakit.
2. Rekam Medis mendukung pelayanan medik efektif.
3. Rekam Medis memberikan informasi yang berkesinambungan kepada pasien.
4. Rekam Medis sebagai alat komunikasi antara dokter dengan tenaga ahli lainnya yang ikut ambil bagian di dalam memberikan pelayanan, pengobatan, perawatan kepada pasien.
5. Rekam Medis sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.
6. Rekam Medis sebagai bahan yang berguna untuk analisa, penelitian, dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien.
7. Rekam Medis *maintenance* dan *reviews* penting untuk penilaian dan pemantauan “*Quality Assurance*”.
8. Rekam Medis sebagai bahan untuk pembuatan statistik kesehatan yang diperlukan dalam menyusun perencanaan pelayanan Rumah Sakit.
9. Rekam Medis menyediakan data-data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan.
10. Rekam Medis berguna untuk melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya.
11. Rekam Medis menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan serta sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan.
12. Rekam Medis sebagai dasar di dalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medis pasien.

## C. Ruang Lingkup Pelayanan

Ruang lingkup Rekam Medis RS. Siti Khodijah Pekalongan meliputi pencatatan, pendokumentasian, pengolahan dan pelaporan. Pelayanan rekam medis diselenggarakan di beberapa tempat diluar ruang rekam medis dan didalam ruang rekam medis. Tempat- tempat tersebut meliputi:

### **1. Pendaftaran/*Admission***

Tempat penerimaan / pendaftaran pasien rawat jalan, gawat darurat, dan rawat inap. Di unit ini yang bertanggung jawab terhadap data dan informasi identitas pasien.

### **2. Poliklinik**

Tempat pemeriksaan pasien rawat jalan. Bagian ini yang bertanggungjawab terhadap data dan informasi medis dan keperawatan pasien rawat jalan.

### **3. IGD**

Bagian ini bertanggung jawab terhadap data dan informasi pasien gawat darurat.

### **4. Rawat inap**

Instalasi rawat inap bertanggung jawab terhadap data dan informasi medis dan keperawatan pasien rawat inap.

### **5. Penunjang Medis**

Bagian ini yang bertanggungjawab terhadap data dan hasil pemeriksaan penunjang.

### **6. Manajemen Rekam medis**

#### *a. Assembling*

Bagian ini bertanggungjawab terhadap penelitian kelengkapan isi dokumen rekam medis.

#### *b. Coding*

Bagian ini bertanggungjawab terhadap penelitian dan pengkodean diagnosa dan tindakan.

#### *c. Indexing*

Bagian ini bertanggungjawab terhadap pengolahan indeks pasien, indeks diagnosa, indeks dokter, indeks operasi, indeks kematian.

#### *d. Analysing reporting.*

Bagian ini bertanggungjawab terhadap analisa data dan informasi untuk diolah menjadi laporan.

#### *e. Filing*

Bagian ini bertanggungjawab terhadap penyimpanan, retensi dan pemusnahan dokumen rekam medis.

## **D. Batasan Operasional**

### **1. Rekam Medis**

Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. (UU Praktik Kedokteran No. 29 tahun 2004, dan Permenkes No.269/MENKES/PER/ III/2008).

*Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis  
Rumah Sakit Siti Khodijah*

## **2. Manajemen Rekam Medis**

Adalah kegiatan penyelenggaraan rekam medis di RS. Siti Khodijah Pekalongan yang terdiri dari koding, assembling, indeksing, analising dan reporting dan filing.

## **3. Catatan**

Catatan adalah tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi tentang segala tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pemberian pelayanan kesehatan di RS. Siti Khodijah Pekalongan.

## **4. Dokumen Rekam Medis**

Adalah keterangan baik yang tertulis maupun terekam tentang identitas, anamnese, penentuan fisik laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medik yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat.

## **5. Pendaftaran/*Admission***

Adalah tempat penerimaan / pendaftaran pasien baik rawat jalan, gawat darurat, maupun rawat inap.

## **6. *Tracer***

Adalah pembatas rekam medis atau pengganti dari rekam medis yang sedang di pinjam.

## **7. ICD X dan ICD IX-CM**

ICD Adalah kepanjangan dari *International Classification of Diseases Ten*. ICD X digunakan untuk mengkode diagnosa penyakit pasien rawat jalan maupun rawat inap sedangkan ICD IX-CM digunakan untuk mengkode prosedur atau tindakan.

## **8. Kartu Identitas Berobat**

Adalah kartu yang diberikan kepada pasien dimana isi kartu tersebut adalah nomor rekam medis dan identitas pasien. Kartu tersebut digunakan untuk mempermudah pencarian kembali rekam medis pasien yang akan berobat.

## **E. Landasan Hukum**

Unit Rekam Medis di RS. Siti Khodijah Pekalongan adalah merupakan bagian yang harus terselenggara sesuai dengan :

1. Undang-undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran.
2. Undang-undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
3. Undang-undang No. 38 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.
4. Permenkes RI No 575/Men.Kes/Per/IX/1989 tentang Persetujuan Tindakan Medis.
5. Permenkes No.269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis merupakan landasan hukum yang harus dipedomani oleh semua tenaga medis dan para medis serta tenaga kesehatan lainnya yang terlibat dalam penyelenggaraan rekam medis.
6. Permenkes RI Nomor 1171/Menkes/Per/VI/2011 tentang Petunjuk Teknis Sistem Informasi Rumah Sakit.
7. Peraturan Pemerintah Nomor 10 Tahun 1966 tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1966 Nomor 21, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2803)
8. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 377/MENKES/SKIII/2007 tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan
9. Dirjen Bina Pelayanan Medik DepKes RI. Pedoman Penyelenggaraan Dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II tahun 2006.

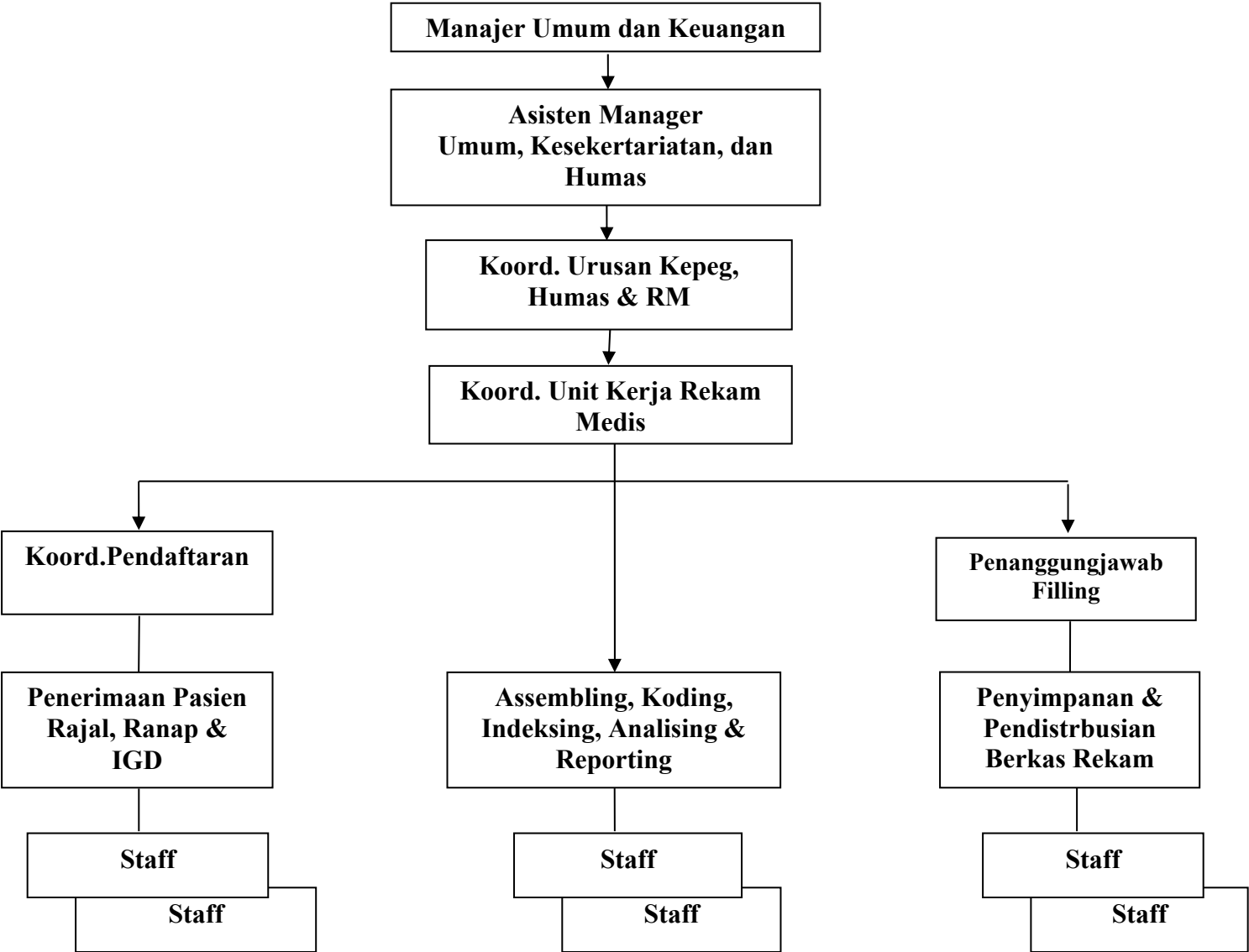
**BAB II**  
**KETENAGAAN**

Ketenagaan di Unit Kerja Rekam Medis tidak terlepas dari struktur organisasi yang ada di RS. Siti Khodijah Pekalongan. Adapun struktur Organisasi yang ada di RS mengacu pada Surat Keputusan Direktur Nomor .....

Unit Rekam Medis dipimpin oleh Koordinator Unit Kerja Rekam Medis. Koordinator Unit Kerja Rekam Medis membawahi 3 pelayanan yaitu :

- 1. Pelayanan penerimaan pasien rawat jalan, rawat inap dan IGD.
- 2. Pelayanan pengolahan data ( *assembling, coding, indeksing, Analising dan Reporting* ),
- 3. Pelayanan penyimpanan dan pendistribusian berkas rekam medis.

**STRUKTUR ORGANISASI UNIT KERJA REKAM MEDIS**  
**RS. SITI KHODIJAH PEKALONGAN**



**A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia**

Dalam melaksanakan kegiatan pengelolaan rekam medis perlu di dukung oleh sumber daya manusia yang mampu bekerja sesuai dengan kompetensinya, mendasari pada Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 377/Menkes/SKIII/2007 tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan, dan disesuaikan dengan kondisi sumber daya manusia yang dimiliki. Adapun kualifikasi sumber daya manusia di Unit Rekam Medis RS. Siti Khodijah Pekalongan adalah sebagai berikut :

**Tabel Kualifikasi SDM Unit Rekam Medis RS. Siti Khodijah Pekalongan**

NAMA JABATAN	KUALIFIKASI FORMAL	TENAGA YANG DIBUTUHKAN
Koordinator Unit Rekam Medis	D III Rekam Medis	1
Koordinator Pendaftaran / Admission	SLTA	1
Penanggung Jawab Filing	SLTA	1
Staf Koding	SLTA	1
Staf Assembling dan Indeks Kode Penyakit	DIII Rekam Medis	1
Staf Statistik dan Pelaporan Rumah Sakit	DIII Rekam Medis	1
Staf Pengurus Klaim BPJS	DIII Rekam Medis	1
Staf Penyimpanan dan Distribusi Berkas RM	SLTA	4
Staf Pendaftaran/Admission	SLTA	8
Staf Pelaksana Umum	SLTA	1
Jumlah		20



**B. Distribusi Ketenagaan**

SDM unit rekam medis RS. Siti Khodijah Pekalongan berjumlah 21 orang. Instalasi rekam medis RS. Siti Khodijah Pekalongan dikepalai oleh seorang kepala unit dengan pendidikan D-III Rekam Medis. Adapaun pendistribusian SDM unit rekam medis adalah sebagai berikut :

**Tabel Distribusi SDM managemen rekam medis**

<b>NAMA JABATAN</b>	<b>KUALIFIKASI FORMAL</b>	<b>Waktu Kerja</b>	<b>JML SDM</b>
Koordinator Unit Rekam Medis	DIII Rekam Medis	1 Shift	1
Koordinator Pendaftaran/Admission	SLTA	1 Shift	1
Penanggung Jawab Filing	SLTA	1 Shift	1
Staf Koding	SLTA	1 Shift	1
Staf Assembling dan Indeks Kode Penyakit	DIII Rekam Medis	1 Shift	1
Staf Statistik dan Pelaporan Rumah Sakit	DIII Rekam Medis	1 Shift	1
Staf Pengurus Klaim BPJS	DIII Rekam Medis	1 Shift	1
Staf Penyimpanan dan Distribusi Berkas RM	SLTA	2 Shift	4
Staf Pendaftaran/Admission Pasien BPJS/Umun	SLTA	3 Shift	8
Staf Pelaksana Umum	SLTA	1 Shiff	1
Jumlah			20

### **C. Panitia Rekam Medis**

Panitia rekam medis adalah kelompok kerja rekam medis yang terdiri dari dokter atau dokter gigi atau tenaga kesehatan lain yang terlibat di dalam pelayanan kesehatan dalam rangka membantu direktur rumah sakit agar penyelenggaraan rekam medis bermutu.

#### **1. Peran Panitia Rekam medis**

Peran Panitia Rekam Medis di dalam penyelenggaraan pengelolaan rekam medis agar memenuhi standar yang telah ditetapkan meliputi :

- a. Melakukan audit terhadap pengelolaan rekam medis.
- b. Melakukan audit terhadap kelengkapan pengisian rekam medis.
- c. Membantu mengusulkan pengadaan dan perbaikan formulir rekam medis RS.

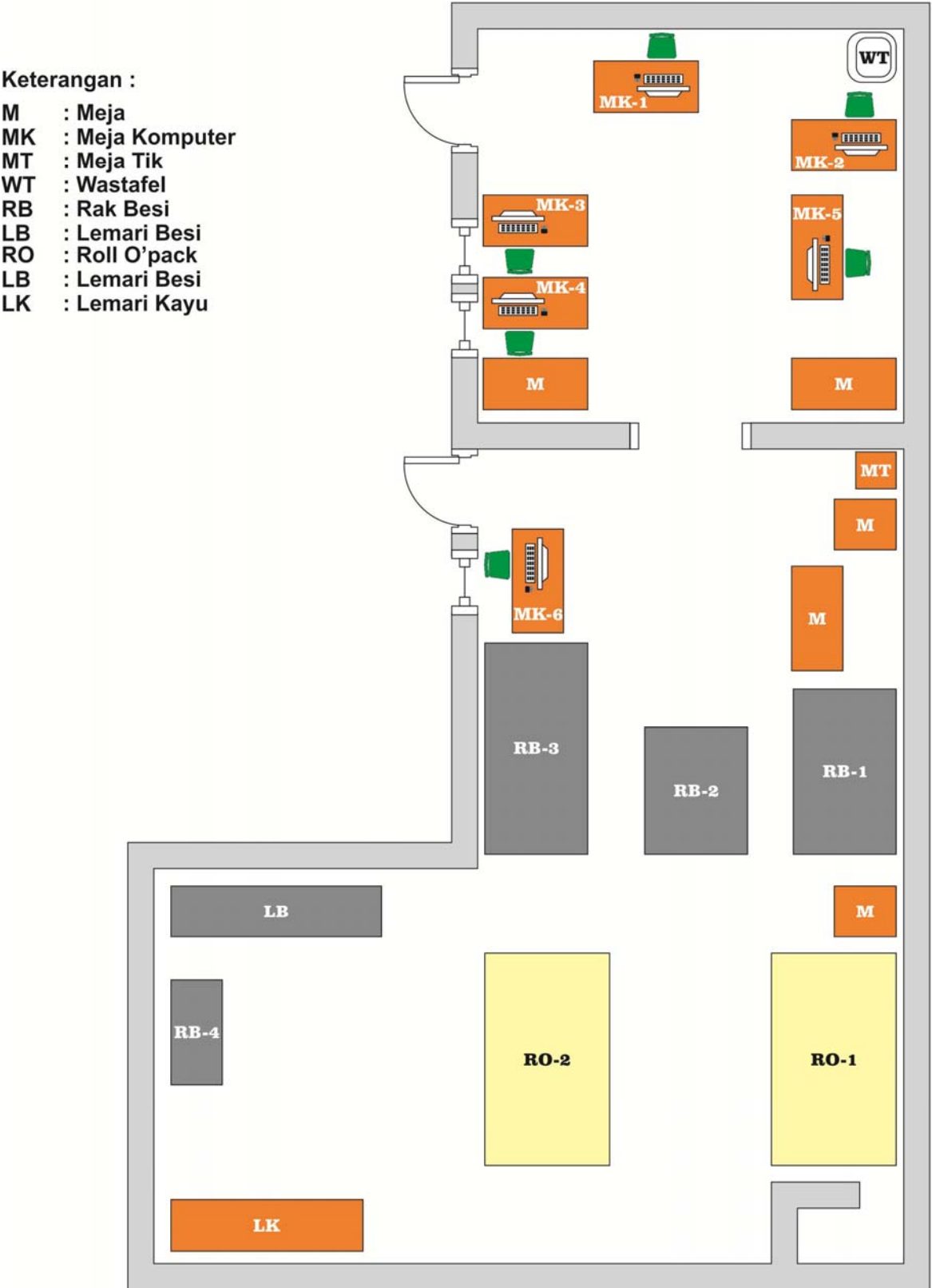
Siti Khodijah Pekalongan.

#### **2. Keanggotaan Panitia Rekam Medis**

Keanggotaan Panitia Rekam Medis terdiri dari kepala instalasi rekam medis, dokter atau dokter gigi atau tenaga kesehatan lain yang terlibat dalam pengisian lembaran-lembaran rekam medis, sebaiknya yang ditunjuk sebagai ketua Panitia Rekam Medis adalah seorang dokter senior, sedang sebagai sekretaris ditunjuk Koordinator Unit Rekam Medis. Keanggotaan Panitia Rekam Medis ditetapkan dengan surat keputusan direktur rumah sakit, untuk jangka waktu 3 tahun. Tahun ke 2 dan ke 3 baru dapat melaksanakan tugasnya dengan baik.

**BAB III**  
**FASILITAS**

**A. Denah Ruang Unit Kerja Rekam Medis**



**B. Fasilitas Unit Rekam Medis**

1. Daftar Inventaris Peralatan di Manajemen Rekam Medis

No	Nama Alat	Jumlah	Keterangan
1	Roll' opack	4 buah	2 set 2 Double
2	Rak besi baut	6 set	Rakitan sendiri
3	Lemari kayu	1 buah	
5	Filling cabinet	1 set	LION 4 laci
	Whiteboard	1 buah	
6	Meja Kerja	7 buah	4 untuk komputer, 3 meja kerja
7	Meja printer	1 buah	
9	Kursi Lipat	3 buah	Chitose
	Kursi Busa	2 buah	Chitose
	Kursi Kayu	2 buah	
10	Kursi Palstik	2 buah	
11	Komputer	4 set	* 3 Pentium 4 * 1 Pentium 2 * 3 Monitor LG * 1 Monitor Acer
12	Printer L210	1 buah	EPSON
14	Buku ICD X	2 buku	Vol 1 : 2, Vol 2 : 1, Vol 3 : 2 (WHO)
15	Buku ICD IX-CM	1 buku	(WHO)
16	AC	1 buah	Panasonic
17	Telpon	2 buah	1 Nitsuko
			1 panasonic
18	Jam Dinding	1 buah	Sharp
	<b>Kebersihan &amp; Rumah Tangga</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Keterangan</b>
1	Sapu	1 buah	

2	Hand Towel	1 buah	See U
3	Tong Sampah	2 buah	Lion Star
	<b>ATK</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Keterangan</b>
1	Mesin Ketik	2 buah	Olivetti
2	Tempat Isolasi	2 buah	
3	Perfurator Besar	2 buah	Kenko
4	Perfurator Kecil	1 buah	Joyko
5	Kalkulator	3 buah	Citizen
6	Steples besar	7 buah	Riehdel
7	Steples kecil	3 buah	Max Co LTD
8	Stempel	1 buah	Rekam Medis
9	Cutter	2 buah	Kenko
10	Gunting	2 buah	
11	Penggaris plastik	5 buah	Butterfly
12	Penggaris Kayu	1 buah	

2. Daftar Inventaris Peralatan di Pendaftaran/Admission

No	Nama Alat	Jumlah	Keterangan
1	Telepon	4 set	Admission
2	Komputer	1 set	Admission
3	Komputer	1 set	Pendaftaran
3	Komputer	1 set	Penerbitan SEP
4	Komputer	1 set	Pengolahan Data
5	Meja Komputer	1 buah	Pengolahan Data
6	Kursi putar beroda	1 buah	Admission
7	Kursi putar beroda	1 buah	Pendaftaran

8	Kursi putar beroda	1 buah	Penerbitan SEP
	Kursi Plastik	1 buah	Pengolahan Data
9	Kursi	3 buah	Tamu/Pasien
10	Almari Kayu	1 buah	Stok Formulir Rekam Medis
	<b>ATK</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Keterangan</b>
1	Steples	4 buah	Keiko
2	Keranjang / Boy Besar	2 buah	
3	Keranjang / Boy Kecil	3 buah	
4	Penggaris	2 buah	Batterfly
5	Gunting	1 buah	
6	Stampel	3 buah	BPJS Non PBI, BPJS PBI, Primatex
7	Bak Stampel	1 buah	

## **BAB IV**

### **TATA LAKSANA REKAM MEDIS**

#### **A. PELAYANAN PENDAFTARAN/ADMISSION PASIEN DI RS. SITI KHODIJAH PEKALONGAN**

Tata cara penerimaan pasien yang akan berobat ke poliklinik ataupun yang akan dirawat adalah sebagian dari sistem prosedur pelayanan RS Siti Khodijah Pekalongan. Dapat dikatakan bahwa disinilah pelayanan pertama kali yang diterima oleh seorang pasien saat tiba di rumah sakit, maka tidaklah berlebihan bila dikatakan bahwa didalam tata cara penerimaan inilah seorang pasien mendapatkan kesan baik ataupun tidak baik dari pelayanan rumah sakit. Tata cara melayani pasien dapat dinilai baik bilamana dilaksanakan oleh petugas dengan sikap yang ramah, sopan, tertib dan penuh tanggung jawab. Dilihat dari segi pelayanan di rumah sakit, pasien yang datang dapat dibedakan menjadi :

1. Pasien yang dapat menunggu
  - Pasien berobat jalan yang datang dengan perjanjian.
  - Pasien yang datang tidak dalam keadaan gawat.
2. Pasien yang harus segera ditolong (pasien gawat darurat).

Sedang menurut jenis kedatangannya pasien dapat dibedakan menjadi :

1. Pasien baru : adalah pasien yang baru pertama kali datang ke RS untuk keperluan berobat.
2. Pasien lama : adalah pasien yang pernah datang sebelumnya ke RS untuk keperluan berobat.

Kedatangan pasien ke RS dapat terjadi karena :

1. Dikirim oleh dokter praktek di luar RS
2. Dikirim oleh Rumah Sakit lain, Puskesmas, atau jenis pelayanan kesehatan lainnya.
3. Datang atas kemauan sendiri.

Pelaksanaan kegiatan pelayanan pendaftaran/*admission* Pasien di RS. Siti Khodijah Pekalongan meliputi Pendaftaran Pasien Rawat Jalan, Pendaftaran Pasien Rawat Inap, dan Pendaftaran Pasien Gawat Darurat, dimana dalam pelaksanaan kegiatan pelayanannya menjadi satu tempat yaitu Tempat Pendaftaran/*admission*.

##### **1. Pelayanan Pendaftaran Pasien Rawat Jalan**

Setiap pasien rawat jalan yang mendaftar ke pendaftaran/*admission* diterima dan akan diwawancarai oleh petugas guna mendapatkan data identitas pasien sesuai dengan KTP pasien yang kemudian akan ditulis diberkas rekam medis dan di entry pada komputer. Pasien dengan berkas rekam medisnya akan dikirim ke poliklinik

sesuai dengan yang dikehendaki pasien. Setelah mendapat pelayanan yang cukup dari poliklinik, ada beberapa kemungkinan dari setiap pasien :

- Pasien boleh langsung pulang.
- Pasien diberi surat kontrol oleh petugas poliklinik untuk datang kembali pada hari dan tanggal yang telah ditetapkan.
- Pasien dirujuk/dikirim ke rumah sakit lain.
- Pasien harus dirawat inap.

Untuk pasien yang harus dirawat inap, dokter yang merujuk membuat rujukan berisi alasan pasien harus dirawat inap, bisa berupa diagnosa, tindakan medis, ataupun tindakan penunjang lainnya. Jika pasien dirawat inap maka berkas rekam medisnya akan dikirim keruang perawatan terkait.

a. Untuk alur pelayanan pendaftaran pasien rawat jalan baru sebagai berikut :

- 1) Pasien mengambil nomor antrian.
- 2) Petugas pendaftaran memanggil pasien sesuai dengan nomor antrian, kemudian dilakukan wawancara :
  - a) Petugas mengucapkan salam
  - b) Petugas menanyakan identitas pasien.
  - c) Petugas menanyakan pasien sudah pernah berobat atau belum.
  - d) Petugas melakukan pengecekan ulang status pasien apakah pasien baru atau lama dikomputer dengan menggunakan identitas pasien (nama dan alamat pasien sebagai item pencarian).
  - e) Jika sudah dipastikan sebagai pasien baru, pasien dibuatkan Kartu Identitas Berobat (KIB).
- 3) Masukkan data pasien ke dalam komputer.
- 4) Pasien diberi nomor baru dan dokumen RM rawat jalan baru.
- 5) KIB diserahkan kepada pasien, dengan pesan setiap kali berobat harus selalu dibawa.
- 6) Print out karcis pendaftaran pasien dari komputer.
- 7) Satukan karcis pendaftaran dengan DRM baru tersebut menggunakan papper clip dibagian atas DRM.
- 8) Tulis ke dalam buku Ekspedisi Penyerahan Dokumen RM.
- 9) Dokumen RM diserahkan ke poli yang akan dituju pasien.
- 10) Pasien akan mengikuti proses pelayanan serta penyerahan kelengkapan persyaratan sesuai dengan penanggungjawab pembiayaan pasien apakah Pasien Umum (Pribadi) / Pasien BPJS Non PBI / Pasien BPJS PBI / Pasien Asuransi / Jasa Raharja.
  - a) Pasien Umum



Pada pasien umum tidak ada persyaratan khusus yang harus diserahkan kepada petugas. Petugas hanya melakukan proses pendaftaran dengan menanyakan identitas pasien sesuai dengan KTP pasien dan melakukan registrasi di komputer kemudian menanyakan keluhan utama pasien dan poliklinik yang dituju. Petugas mengarahkan pasien untuk melengkapi formulir pendaftaran pasien. Petugas membuat KIB serta menyerahkan KIB kepada pasien dengan pesan untuk selalu dibawa jika berkunjung kembali. Petugas mempersilahkan pasien untuk menunggu didepan poliklinik yang dituju untuk dilakukan pelayanan terkait. Selesai pelayanan pasien menuju ke kasir untuk pembayaran biaya rawat jalan. Setelah selesai pengurusan pembayaran pasien dapat mengambil obat di apotik rawat jalan. Jika pasien hanya melakukan pelayanan di laboratorium prosesnya pasien harus membayarkan terlebih dahulu biaya pelayanan laboratorium terkait.

b) Pasien BPJS Non PBI

Pasien diminta untuk menyerahkan kelengkapan persyaratan pasien BPJS Non PBI yaitu fotokopy kartu BPJS Kesehatan, fotokopy KTP (jika pasien adalah pasien anak yang belum memiliki KTP maka persyaratan menggunakan akte kelahiran beserta KTP orang tua), dan surat rujukan dari Pemberi Pelayanan Tingkat I (PPK I) bisa Puskesmas atau Dokter Keluarga sebanyak satu lembar, kemudian petugas pendaftaran pasien BPJS melakukan registrasi di komputer sesuai dengan KTP pasien. Kemudian kelengkapan persyaratan pasien BPJS Non PBI dijadikan satu, kemudian di serahkan kepada petugas penerbitan SEP untuk dibuatkan Surat Elegibilitas Pasien (SEP). Petugas membuat KIB dan menyerahkan kepada pasien dengan pesan untuk selalu dibawa jika berkunjung kembali dan mempersilahkan kepada pasien untuk menunggu di depan poliklinik yang dituju.

c) Pasien BPJS PBI

Pada Pasien BPJS PBI pasien diminta untuk menyerahkan kelengkapan persyaratan yaitu fotokopy kartu BPJS Kesehatan, fotokopy KTP (jika pasien adalah pasien anak yang belum memiliki KTP maka persyaratan menggunakan akte kelahiran beserta KTP orang tua), fotokopy Kartu Keluarga, dan surat rujukan dari Pemberi Pelayanan Tingkat I (PPK I) bisa Puskesmas atau Dokter Keluarga sebanyak satu lembar, kemudian petugas pendaftaran pasien BPJS melakukan registrasi di komputer sesuai dengan KTP pasien. Kemudian kelengkapan persyaratan pasien

BPJS Non PBI dijadikan satu, kemudian di serahkan kepada petugas penerbitan SEP untuk dibuatkan Surat Elegibilitas Pasien (SEP). Petugas membuat KIB dan menyerahkan kepada pasien dengan pesan untuk selalu dibawa jika berkunjung kembali dan mempersilahkan kepada pasien untuk menunggu di depan poliklinik yang dituju.

d) Pasien Asuransi

Pada pasien asuransi hanya diminta untuk menyerahkan kartu asuransi serta pasien mengisi formulir asuransi terkait yang sudah disediakan petugas. Petugas melakukan proses pendaftaran dengan menanyakan identitas pasien sesuai dengan KTP pasien dan melakukan registrasi di komputer kemudian menanyakan keluhan utama pasien dan poliklinik yang dituju. Petugas mengarahkan pasien untuk melengkapi formulir pendaftaran pasien. Petugas membuat KIB serta menyerahkan KIB kepada pasien dengan pesan untuk selalu dibawa jika berkunjung kembali. Petugas mempersilahkan pasien untuk menunggu didepan poliklinik yang dituju untuk dilakukan pelayanan terkait. Selesai pelayanan pasien menuju ke kasir untuk legalisasi biaya rawat jalan yang nantinya akan ditagihkan ke pihak asuransi terkait. Setelah selesai pengurusan legalisasi biaya rawat jalan pasien bisa mengambil obat di apotik rawat jalan.

e) Pasien Jasa Raharja

Pasien Jasa Raharja merupakan pasien kecelakaan lalu lintas. Pasien langsung dimasukan ke UGD, sementara keluarga/penanggungjawab pasien ke pendaftaran untuk melakukan registrasi. Ada dua kemungkinan pasien saat melakukan registrasi yaitu pasien umum dan pasien BPJS Kesehatan.

- Pasien Umum

Proses pelayanan pendaftaran pasien sesuai dengan pasien umum. Selesai proses pendaftaran keluarga/penanggungjawab pasien diarahkan untuk melapor ke Polres/Polisi lalu lintas setempat untuk memperoleh surat keterangan kecelakaan lalu lintas (SKKL), kemudian surat keterangan kecelakaan lalu lintas (SKKL) diserahkan ke bagian keuangan untuk diproses ke Jasa Raharja. Selesai pelayanan pendaftaran, keluarga/penanggungjawab pasien diberi edukasi apabila pembiayaan tidak dapat ditanggung oleh Jasa Raharja pasien harus membayar secara pribadi.

- Pasien BPJS Kesehatan

Bagi pasien yang terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan, pasien memiliki dua penjamin pembiayaan yaitu Jasa Raharja dan BPJS dimana jasa raharja sebagai penanggungjawab pembiayaan pertama, jika pembiayaan melebihi plafon biaya yang ditanggung Jasa Raharja maka selisih biaya perawatan akan ditanggung BPJS Kesehatan. Proses pelayanan pendaftaran pasien sesuai dengan prosedur pendaftaran pasien BPJS Kesehatan baik BPJS PBI maupun BPJS Non PBI. Selesai proses pendaftaran keluarga/penanggungjawab pasien diarahkan untuk melapor ke Polres/Polisi lalu lintas setempat untuk memperoleh surat keterangan kecelakaan lalu lintas (SKKL), kemudian surat keterangan kecelakaan lalu lintas (SKKL) diserahkan ke bagian keuangan untuk diproses ke jasa raharja.

- b. Untuk alur pelayanan pendaftaran pasien rawat jalan lama sebagai berikut :
  - 1) Pasien mengambil nomor antrian.
  - 2) Petugas pendaftaran memanggil pasien sesuai dengan nomor antrian, kemudian dilakukan wawancara :
    - a) Petugas mengucapkan salam
    - b) Petugas menanyakan identitas pasien.
    - c) Petugas menanyakan pasien sudah pernah berobat atau belum, jika pasien sudah pernah berobat maka pasien adalah pasien lama.
    - d) Petugas menanyakan KIB milik pasien serta keluhan pasien.
  - 3) Pasien tidak membawa KIB :
    - a) Petugas mencari data lama didalam komputer dengan cara menanyakan nama pasien dan alamat pasien.
    - b) Jika KIB hilang, dibuatkan KIB baru dengan nomor lama
  - 4) Pasien membawa KIB :
    - a) Registrasi pendaftaran pasien dengan menggunakan nomor rekam medis pasien yang tertera di KIB pasien untuk memunculkan data identitas pasien.
    - b) Lakukan pembaharuan data identitas pasien jika ada perubahan dan entri tujuan poliklinik pasien.
  - 5) KIB diserahkan kembali kepada pasien, dengan pesan setiap kali berobat harus selalu dibawa.
  - 6) Pasien dipersilahkan menunggu di depan poliklinik yang dituju.
  - 7) Print out karcis pendaftaran pasien dari komputer.
  - 8) Petugas filing mencarikan dokumen rekam medis pasien berdasarkan nomor rekam medis pasien

- 9) Satukan karcis pendaftaran dengan DRM tersebut menggunakan paper clip dibagian atas DRM.
- 10) Tulis ke dalam buku Ekspedisi Penyerahan Dokumen RM.
- 11) Dokumen RM diserahkan ke poli yang akan di tuju pasien.
- 12) Apabila pasien menggunakan fasilitas Umum (Pribadi) / BPJS Non PBI / BPJS PBI / Asuransi diharuskan menyerahkan kelengkapan persyaratan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

a) Pasien Umum

Pada pasien umum tidak ada persyaratan khusus yang harus diserahkan kepada petugas. Petugas hanya melakukan proses pendaftaran dengan menanyakan identitas pasien sesuai dengan KTP pasien dan melakukan registrasi di komputer kemudian menanyakan keluhan utama pasien dan poliklinik yang dituju. Petugas mengarahkan pasien untuk melengkapi formulir pendaftaran pasien. Petugas membuat KIB serta menyerahkan KIB kepada pasien dengan pesan untuk selalu dibawa jika berkunjung kembali. Petugas mempersilahkan pasien untuk menunggu didepan poliklinik yang dituju untuk dilakukan pelayanan terkait. Selesai pelayanan pasien menuju ke kasir untuk pembayaran biaya rawat jalan. Setelah selesai pengurusan pembayaran pasien dapat mengambil obat di apotik rawat jalan. Jika pasien hanya melakukan pelayanan di laboratorium prosesnya pasien harus membayarkan terlebih dahulu biaya pelayanan laboratorium terkait.

b) Pasien BPJS Non PBI

Pasien diminta untuk menyerahkan kelengkapan persyaratan pasien BPJS Non PBI yaitu fotokopy kartu BPJS Kesehatan, fotokopy KTP (jika pasien adalah pasien anak yang belum memiliki KTP maka persyaratan menggunakan akte kelahiran beserta KTP orang tua), dan surat rujukan dari Pemberi Pelayanan Tingkat I (PPK I) bisa Puskesmas atau Dokter Keluarga sebanyak satu lembar, kemudian petugas pendaftaran pasien BPJS melakukan registrasi di komputer sesuai dengan KTP pasien. Kemudian kelengkapan persyaratan pasien BPJS Non PBI dijadikan satu, kemudian di serahkan kepada petugas penerbitan SEP untuk dibuatkan Surat Elegibilitas Pasien (SEP). Petugas membuat KIB dan menyerahkan kepada pasien dengan pesan untuk selalu dibawa jika berkunjung kembali dan mempersilahkan kepada pasien untuk menunggu di depan poliklinik yang dituju.

c) Pasien BPJS PBI

Pada Pasien BPJS PBI pasien diminta untuk menyerahkan kelengkapan persyaratan yaitu fotokopy kartu BPJS Kesehatan, fotokopy KTP (jika pasien adalah pasien anak yang belum memiliki KTP maka persyaratan menggunakan akte kelahiran beserta KTP orang tua), fotokopy Kartu Keluarga, dan surat rujukan dari Pemberi Pelayanan Tingkat I (PPK I) bisa Puskesmas atau Dokter Keluarga sebanyak satu lembar, kemudian petugas pendaftaran pasien BPJS melakukan registrasi dikomputer sesuai dengan KTP pasien. Kemudian kelengkapan persyaratan pasien BPJS Non PBI dijadikan satu, kemudian di serahkan kepada petugas penerbitan SEP untuk dibuatkan Surat Elegibilitas Pasien (SEP). Petugas membuat KIB dan menyerahkan kepada pasien dengan pesan untuk selalu dibawa jika berkunjung kembali dan mempersilahkan kepada pasien untuk menunggu di depan poliklinik yang dituju.

d) Pasien Asuransi

Pada pasien asuransi hanya diminta untuk menyerahkan kartu asuransi serta pasien mengisikan formulir asuransi terkait yang sudah disediakan petugas. Petugas melakukan proses pendaftaran dengan menanyakan identitas pasien sesuai dengan KTP pasien dan melakukan registrasi di komputer kemudian menanyakan keluhan utama pasien dan poliklinik yang dituju. Petugas mengarahkan pasien untuk melengkapi formulir pendafran pasien. Petugas membuatkan KIB serta menyerahkan KIB kepada pasien dengan pesan untuk selalu dibawa jika berkunjung kembali. Petugas mempersilahkan pasien untuk menunggu didepan poliklinik yang dituju untuk dilakukan pelayanan terkait. Selesai pelayanan pasien menuju ke kasir untuk legalisasi biaya rawat jalan yang nantinya akan ditagihkan ke pihak asuransi terkait. Setelah selesai pengurusan legalisasi biaya rawat jalan pasien bisa mengambil obat di apotik rawat jalan

e) Pasien Jasa Raharja

Pasien Jasa Raharja merupakan pasien kecelakaan lalu lintas. Pasien langsung dimasukan ke UGD, sementara keluarga/penanggungjawab pasien ke pendaftaran untuk melakukan registrasi. Ada dua kemungkinan pasien saat melakukan registrasi yaitu pasien umum dan pasien BPJS Kesehatan.

- Pasien Umum

Proses pelayanan pendaftaran pasien sesuai dengan pasien umum.

Selesai proses pendaftaran keluarga/penanggungjawab pasien

diarahkan untuk melapor ke Polres/Polisi lalu lintas setempat untuk memperoleh surat keterangan kecelakaan lalu lintas (SKKL), kemudian surat keterangan kecelakaan lalu lintas (SKKL) diserahkan ke bagian keuangan untuk diproses ke Jasa Raharja. Selesai pelayanan pendaftaran, keluarga/penanggungjawab pasien diberi edukasi apabila pembiayaan tidak dapat ditanggung oleh Jasa Raharja pasien harus membayar secara pribadi.

- Pasien BPJS Kesehatan

Bagi pasien yang terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan, pasien memiliki dua penjamin pembiayaan yaitu Jasa Raharja dan BPJS dimana jasa raharja sebagai penanggungjawab pembiayaan pertama, jika pembiayaan melebihi plafon biaya yang ditanggung Jasa Raharja maka selisih biaya perawatan akan ditanggung BPJS Kesehatan. Proses pelayanan pendaftaran pasien sesuai dengan prosedur pendaftaran pasien BPJS Kesehatan baik BPJS PBI maupun BPJS Non PBI. Selesai proses pendaftaran keluarga/penanggungjawab pasien diarahkan untuk melapor ke Polres/Polisi lalu lintas setempat untuk memperoleh surat keterangan kecelakaan lalu lintas (SKKL), kemudian surat keterangan kecelakaan lalu lintas (SKKL) diserahkan ke bagian keuangan untuk diproses ke jasa raharja.

13) Setelah selesai pelayanan rawat jalan, ada beberapa kemungkinan setiap pasien :

- a) Pasien boleh langsung pulang.
- b) Pasien diberi surat kontrol oleh petugas poliklinik untuk datang kembali pada hari dan tanggal yang telah ditetapkan.
- c) Pasien dirujuk/dikirim ke rumah sakit lain.
- d) Pasien harus dirawat inapkan

Loket Pendaftaran Rawat Jalan Buka :

- Poliklinik dari jam 07.00 – 21.00 WIB

c. Alur pendaftaran pasien rawat jalan melalui telepon.

- 1) Petugas mengucapkan salam.
- 2) Petugas menanyakan identitas pasien.
- 3) Petugas menanyakan pasien sudah pernah berobat atau belum.
- 4) Tanyakan penanggung jawab pembiayaan yang akan digunakan, dan diinformasikan persyaratan yang harus dibawa.
- 5) Catat di buku pendaftaran melalui telepon.
- 6) Daftar sesuai poliklinik yang dituju.

## **2. Pelayanan Pendaftaran Pasien Gawat Darurat (IGD)**

Pelayanan pasien gawat darurat dibuka 24 jam setiap hari. Berbeda dengan prosedur pelayanan pasien baru dan pasien lama yang biasa, disini pasien ditolong terlebih dahulu baru penyelesaian administrasinya. Prosedur pendaftaran pasien gawat darurat sama seperti prosedur pendaftaran pasien rawat jalan. Perbedaan hanya pada pasien BPJS Kesehatan baik BPJS PBI atau BPJS Non PBI dimana kelengkapan persyaratan pasien tidak perlu ada surat rujukan dari FKTP cukup dengan surat pernyataan pasien gawat darurat dari IGD sesuai dengan ketentuan. Setelah mendapat pelayanan yang cukup, ada beberapa kemungkinan dari setiap pasien :

- Pasien bisa langsung pulang.
- Pasien dirujuk/dikirim ke rumah sakit lain.
- Pasien harus dirawat

## **3. Pelayanan Pendaftaran Rawat Inap (*Admission*)**

- a. Baik pasien dari poliklinik maupun dari IGD apabila dokter sudah menyarankan untuk rawat inap, maka perawat mengarahkan keluarga pasien untuk ke tempat pendaftaran/*admission* untuk registrasi ulang.
- b. Keluarga/pasien disuruh memilih kamar dan dokter yang dihendaki.
- c. Petugas pendaftaran menjelaskan mengenai tarif dari tiap-tiap jenis kelas kamar perawatan serta dokter yang tersedia kepada keluarga/pasien.
- d. Petugas pendaftaran konfirmasi keruangan perawatan, setelah keluarga/pasien sudah memilih kamar perawatan, apakah kamar yang dihendak pasien ada dan siap untuk dipakai.
- e. Petugas pendaftaran melakukan registrasi dikomputer, atas ruangan/dokter sudah dipilih.
- f. Petugas pendaftaran menjelaskan tatalaksana rawat inap di RS. Siti Khodijah Pekalongan, persetujuan pembukaan informasi, persetujuan pemilihan kamar dan dokter, serta penggunaan fasilitas.
- g. Keluarga/pasien dipersilahkan menandatangani persetujuan pembukaan informasi, persetujuan pemilihan kamar dan dokter, tatalaksana rawat inap dan surat pernyataan jenis pasien (Umum/ BPJS/ Asuransi/ Jasa Raharja) serta penggunaan fasilitas.
- h. Setelah proses pemeriksaan/ pelayanan selesai pasien dan berkas rekam medis diantar ke ruang perawatan.

## **B. KETENTUAN DAN PROSEDUR PASIEN PULANG RAWAT INAP**

*Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis  
Rumah Sakit Siti Khodijah*

1. Pasien Pulang Rawat Inap harus ada ijin dari dokter yang merawat :
  - a. Pasien / keluarga diberi penjelasan tentang keadaan kesehatan saat ini dan diijinkan pulang oleh dokter.
  - b. Pasien Pulang atas permintaan sendiri, pulang rawat inap, pindah rawat ke rumah sakit lain atau pasien dinyatakan meninggal dunia, maka pasien / keluarga harus memenuhi kewajiban administrasi Rumah Sakit.
2. Petugas administrasi mengecek billing di komputer.
3. Membuatkan pengantar kasir, diserahkan ke keluarga pasien agar pasien melunasi administrasi dikasir.
4. Pasien atau keluarga menunjukkan kwitansi pembayaran ke petugas ruangan.
5. Perawat / Bidan mengisi formulir pesanan pasien pulang dan menyerahkan sisa obat, hasil pemeriksaan penunjang, kartu kontrol, dan surat keterangan dokter kepada pasien/keluarga, kemudian memberika penyuluhan tentang :
  - Perawatan lanjutan bagi pasien di rumah
  - Dosis / cara pemberian obat
  - Tempat & waktu kontrol dokter
  - Lain-lain sesuai konsisi pasien dan kebutuhannya
6. Kemudian pasien / keluarga menandatangani form pesanan pasien pulang.
7. Pasien diantar oleh petugas Rawat Inap sampai pintu keluar rumah sakit, gelang identitas pasien dipotong.
8. Berkas Rekam Medis pasien dilengkapi dan dirapikan untuk diserahkan ke bagian Rekam Medis bila sudah ditanda tangani dokter rawat.

### **C. KETENTUAN DAN PROSEDUR KONSUL PASIEN**

1. Dokter utama (DPJP) menulis konsulan pada dokter yang dituju di lembar
2. formulir RM - 6B.
3. Kemudian perawat menginformasikan kepada keluarga bahwa pasien dikonsulkan ke dokter lain, bila dokter utama tidak menulis nama dokter yang dituju tetapi hanya menulis spesialisasinya saja, maka perawat harus bertanya kepada keluarga pasien akan memilih dokter siapa yang ada di RS. Siti Khodijah Pekalongan sesuai spesialisasinya.
4. Setelah keluarga setuju dengan dokter konsultan yang ditunjuk, perawat menelpon dokter yang dituju tersebut bahwa ada konsul dan keadaan pasien dilaporkan.
5. Setelah dokter konsul memeriksa pasien, perawat melaporkan pada dokter utama tentang jawaban dari dokter konsul.

### **D. KETENTUAN PEMBERIAN ASUHAN PASIEN**

*Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis  
Rumah Sakit Siti Khodijah*



1. Asuhan untuk setiap pasien direncanakan oleh dokter penanggung jawab pelayanan DPJP, perawat dan pemberi pelayanan kesehatan lain dalam waktu 24 jam sudah pasien masuk rawat inap.
2. Rencana asuhan pasien harus individu dan berdasarkan data asesmen awal pasien., dicatat dalam rekam medis.
3. Rencana asuhan setiap pasien langsung direview dan diverifikasi oleh DPJP dicatat dalam rekam medis pasien oleh pemberi pelayanan.
4. Asuhan diberikan kepada pasien dicatat dalam rekam medis.

#### **E. ASESSMEN KEMAMPUAN DAN KEMAUAN BELAJAR PASIEN DAN KELUARGA**

1. Keyakinan dan nilai-nilai pasien dan keluarga;
2. Kemampuan membaca, tingkat pendidikan, dan bahasa yang digunakan;
3. Hambatan emosi dan motivasi;
4. Keterbatasan fisik dan kognitif;
5. Kesiadaan pasien untuk menerima informasi.

#### **F. KETENTUAN DAN PROSEDUR PASIEN PULANG PAKSA**

1. Pasien menandatangani formulir pernyataan pulang kemudian dicentang pilihan pulang atas permintaan sendiri (permintaan pulang paksa).
2. Keluarga / pasien diberi penjelasan bahwa dokter yang merawat belum mengizinkan karena masih membutuhkan pelayanan medis dan pelayanan keperawatan.
3. Lapor ke dokter yang merawat bahwa pasien minta pulang atas permintaan sendiri.
4. Perawat yang bertugas menjelaskan pada keluarga / pasien untuk menunggu sementara waktu, untuk pengecekan biaya perawatan dan persiapan pulang. Setelah selesai keluarga disuruh ke kasir untuk pelunasan administrasi.

#### **G. PEMBERIAN IDENTITAS PASIEN**

##### **1. Sistem Penamaan**

Sistem penamaan pada dasarnya untuk memberikan identitas kepada seorang pasien serta untuk membedakan antara pasien yang satu dengan pasien yang lainnya, sehingga mempermudah/memperlancar didalam memberikan pelayanan rekam medis kepada pasien yang datang berobat ke rumah sakit. RS. Siti Khodijah menggunakan sistem penamaan langsung yaitu yang ditulis dalam data base adalah nama pasien sendiri berdasarkan kartu tanda pengenal dan dapat ditambahkan sesuai dengan wawancara terakhir.

Prinsip utama yang harus ditaati oleh petugas pencatat adalah : nama pasien harus lengkap, minimal terdiri dari dua suku kata. Dengan demikian, nama pasien yang akan tercantum dalam rekam medis akan menjadi satu diantara kemungkinan ini :

- Nama pasien sendiri, apabila namanya sudah terdiri dari dua suku kata atau lebih.
- Nama pasien sendiri dilengkapi dengan nama suami, apabila pasien seorang perempuan bersuami.
- Nama pasien sendiri dilengkapi dengan nama orang tua (biasanya nama ayah).
- Bagi pasien yang mempunyai nama keluarga/marga, maka nama keluarga/marga atau surename didahulukan dan kemudian diikuti nama sendiri.

Dalam sistem penamaan pasien pada rekam medis di RS. Siti Khodijah Pekalongan, diterapkan :

- a. Nama ditulis dengan huruf cetak dan mengikuti ejaan yang disempurnakan.
- b. Untuk laki-laki yang sudah menikah belakangnya menggunakan “Tn”, laki-laki yang belum menikah menggunakan “Sdr”, perempuan yang sudah menikah “Ny”, perempuan yang belum menikah “Nn” sedangkan untuk anak menggunakan “An”.
- c. Nama Bayi baru lahir, dipakai nama ibunya. Bila sudah mempunyai nama, diganti nama sendiri. Contoh :
  - Nama Bayi baru lahir : Siti Khodijah, By. Ny
- d. Suffix : Gelar-gelar diletakkan dibelakang nama dengan urutan sbb :
  - Gelar Kebangsawanan : Raden, Raden Ayu, Roro dll.
  - Gelar Kesarjanaan : Prof, DR, SH, SE, ST dll.
  - Pangkat dan jabatan : Letkol, Kolonel dll.
  - Haji, Hajjah, Nama Baptis (Bila disingkat letak penulisannya di belakang nama, apabila dipanjangkan letak penulisannya di depan nama). Contoh : Muhammad Tarmidzi (R.,Prof,Dr,Letkol, H), Tn

## 2. Sistem Penomoran

Sistem Penomoran rekam medis pada RS. Siti Khodijah Pekalongan menggunakan sistem “ *Unit Numbering System* “ yaitu setiap pasien memperoleh satu nomor rekam medis pada waktu kunjungan pertama dan akan berlaku untuk selamanya. Sehingga setiap pasien di RS. Siti Khodijah Pekalongan akan diberikan satu nomor (*admitting number*) yang akan dipakai selamanya untuk kunjungan seterusnya, sehingga rekam medis penderita tersebut hanya tersimpan di dalam satu berkas di bawah satu nomor.

Kepada petugas yang memberikan pendaftaran, diperintahkan agar selalu mengecek apakah seorang pengunjung sudah pernah berkunjung ke RS. Siti Khodijah Pekalongan. Seorang pasien yang sudah pernah berkunjung ke RS. Siti Khodijah Pekalongan sebelumnya tidak akan diberikan nomor baru, karena rekam medisnya yang sekarang akan diberi nomor yang sama dengan nomor yang telah dimiliki pada kunjungan yang lalu. Kadang-kadang terjadi kekeliruan dimana seorang penderita diberikan lagi nomor yang baru, padahal ia telah mempunyai nomor, kekeliruan ini dapat diperbaiki dengan membatalkan nomor baru dan tetap menyimpan rekam medisnya pada nomor lama.

Sistem nomor unit yang digunakan mempengaruhi rencana perkembangan ruang tempat penyimpanan. Perlu sekali ruang longgar (*space*) pada rak penyimpanan sebesar 25 % yang berguna untuk memberi ruang penyimpanan rekam medis yang makin tebal serta rekam medis pasien baru.

Untuk pengambilan rekam medis yang tidak aktif dari rak penyimpanan untuk dimusnahkan atau untuk dibuat microfilm, karena menggunakan sistem unit, nomor-nomor rekam medis tidak menunjukkan tua atau mudanya satu rekam medis sehingga untuk memilih rekam medis yang tidak aktif harus dilihat satu persatu, tahun berapa seorang penderita terakhir dirawat atau berkunjung ke poliklinik.

Untuk sumber nomor RS Siti Khodijah Pekalongan membuat satu “ bank nomor” terdiri dari enam angka, menggunakan sistem angka akhir (terminal digit) dengan menentukan nomor awal dimulai dari 000001 sampai dengan 999999. Bank nomor dikeluarkan oleh sistem komputer yang secara otomatis akan mengeluarkan satu nomor baru setiap entry data pasien.

## **H. Map Dokumen Rekam Medis**

Pada map dokumen rekam medis pasien tercantum beberapa hal sebagai berikut:

### **1) Nomor Rekam Medis**

Pada map sudah dicetak kotak untuk menuliskan nomor rekam medis yang akan diisi oleh petugas rekam medis. Penulisan nomor harus dengan tulisan yang jelas dan mudah dibaca, dapat dicetak atau ditulis tangan menggunakan spidol jangan hanya menggunakan pulpen.

### **2) Label Warna**

Pada map tercetak warna-warna berdasarkan sistem angka akhir untuk memudahkan dalam menyimpan dan menemukan kembali rekam medis, dengan ketentuan warna sebagai berikut :

- 0 Biru
- 1 Ungu
- 2 Kuning
- 3 Hijau Tua
- 4 Orange
- 5 Biru Muda
- 6 Coklat
- 7 Merah Muda
- 8 Hijau Muda
- 9 Merah Tua

3) Tulisan Rahasia

Tulisan Rahasia pada map rekam medis.

4) Tulisan Tahun Kunjungan dan Alergi

Pada map telah dicetak sejumlah tahun yang oleh petugas rekam medis akan dicentang tahun kunjungan terakhir pasien berobat. Pada samping kolom tahun kunjungan terdapat kolom yang diisikan tahun pertama kali pasien berkunjung sedangkan kolom alergi di tuliskan alergi yang diderita pasien.

5) Tempat Menuliskan Nama pasien

Terdapat tempat untuk menuliskan nama pasien pada map rekam medis.

## **I. PRIVASI DAN KERAHASIAAN INFORMASI REKAM MEDIS**

1. Dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan lain, petugas pengelola dan pimpinan RS. Siti Khodijah Pekalongan harus menjaga kerahasiaan isi informasi medis.
2. Informasi medis pasien dapat diketahui dalam hal :
  - a. Untuk kepentingan kesehatan pasien.
  - b. Memenuhi ketentuan penegak hukum dalam rangka penegakan hukum atas perintah pengadilan.
  - c. Permintaan dan/atau persetujuan pasien sendiri.
  - d. Permintaan institusi atau lembaga berdasarkan ketentuan perundang-undangan.
  - e. Untuk kepentingan audit medis sepanjang tidak menyebutkan identitas pasien.
3. Permintaan rekam medis harus dilakukan secara tertulis kepada Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.
4. Penjelasan isi rekam medis hanya boleh dilakukan oleh dokter atau dokter gigi yang merawat pasien (DPJP).

*Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis  
Rumah Sakit Siti Khodijah*

5. Pimpinan rumah sakit dapat menjelaskan isi rekam medis secara tertulis atau langsung kepada pemohon tanpa ijin pasien berdasarkan peraturan perundang – undangan.

## **J. HAK AKSES BERKAS DAN INFORMASI REKAM MEDIS**

### **1. Hak Akses Pimpinan Rumah Sakit Terhadap Berkas Dan Informasi Rekam Medis**

Pimpinan Rumah sakit memiliki hak akses pada berkas dan informasi rekam medis.

- a. Direktur
- b. Manager

### **2. Hak Akses Profesional Pemberi Asuhan (PPA) Pada Pasien Terhadap Berkas Dan Informasi Rekam Medis**

Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang mempunyai akses pada berkas dan informasi rekam medis pasien adalah semua Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang melakukan pelayanan pada pasien yaitu :

- a. Tenaga Medis (Dokter) :
  - 1) Dokter atau dokter gigi sebagai Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) di rumah sakit memiliki hak akses informasi serta hak akses berkas rekam medis pasien yang pernah dirawat.
  - 2) Dokter atau dokter gigi sebagai Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) berhak mengisi berkas rekam medis pasien yang menjadi tanggungjawabnya.
  - 3) Dokter spesialis yang menerima konsul pasien memiliki hak akses terhadap informasi serta berkas rekam medis pasien yang sedang dikonsulkan.
  - 4) Dokter dapat mengakses kembali berkas rekam medis pasien yang dipulangkan terkait dengan kelengkapan berkas serta permintaan resume medis pasien atau untuk kepentingan lain dari pasien.
- b. Tenaga kesehatan dan praktisi lain yang terlibat langsung atau tidak langsung dalam perawatan pasien antara lain perawat, perawat gigi, bidan, analis, ahli gizi, apoteker, asisten apoteker, penata rontgen, fisioterapis dan perekam medis.
  - 1) Tenaga kesehatan dan praktisi lain yang terlibat langsung atau tidak langsung dalam perawatan pasien memiliki hak akses informasi serta hak akses berkas rekam medis pasien.
  - 2) Tenaga kesehatan dan praktisi lain yang terlibat langsung atau tidak langsung dalam perawatan pasien dapat mengakses kembali berkas rekam

medis pasien yang dipulangkan terkait dengan kelengkapan berkas serta permintaan resume medis pasien atau untuk kepentingan lain dari pasien.

**3. Hak Akses Pasien/Keluarga Terhadap Berkas Dan Informasi Rekam Medis**

- a. Pasien dapat mengakses dokumen rekam medis untuk memperoleh informasi kesehatannya sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- b. Rekam medis pasien dapat diakses oleh pasien sendiri, keluarga dan/atau orang yang telah diberikan kuasa oleh pasien untuk mengetahui isi rekam medis.
- c. Rekam medis pasien anak hanya dapat diakses oleh orang tua kandung pasien, orang tua adopsi dan/atau wali yang secara sah ditunjuk jika pasien masih dalam pengampuan.

**4. Hak Akses Aparatur Penegak Hukum Terhadap Berkas Dan Informasi Rekam Medis**

- a. Aparatur penegak hukum dapat memperoleh informasi medis pasien dengan mengajukan pembuatan Visum et Repertum.
- b. Pengadilan dapat meminta berkas rekam medis yang asli dalam hal pembuktian hokum dengan cara mengajukan surat tertulis yang ditujukan kepada Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.

**5. Hak Akses Perusahaan, Institusi, Lembaga Atau Pihak Ketiga (Asuransi) Terhadap Berkas Dan Informasi Rekam Medis**

- a. Perusahaan, institusi, lembaga atau asuransi dapat mengakses data medis pasien sesuai dengan perjanjian yang telah diatur antara pihak rumah sakit dengan instansi yang terkait berdasarkan kuasa pasien.
- b. Pihak ketiga yakni asuransi serta perusahaan rekanan terkait pembiayaan pasien dapat mengakses/meminta data medis pasien pada persetujuan pasien atas pelepasan informasi medisnya.
- c. Lembaga yang berkepentingan terhadap audit medis.
- d. Lembaga yang mengakses informasi maupun berkas rekam medis untuk audit medis tidak boleh mencantumkan identitas pasien terkait kepentingannya terhadap akses rekam medis pasien.

**6. Hak Akses Petugas Non Tenaga Kesehatan Terhadap Berkas Dan Informasi Rekam Medis**

Petugas non tenaga kesehatan yang mempunyai akses pada berkas rekam medis pasien adalah semua praktisi yang melakukan pelayanan pasien secara tidak langsung yaitu :

- a. Petugas satuan pengawas internal memiliki hak akses informasi terkait audit medis internal rumah sakit.

- b. Petugas sekretariat rumah sakit memiliki hak akses informasi terkait permintaan eksternal data medis.
- c. Petugas *admission* / pendaftaran memiliki hak akses informasi terkait pelayanan *admission* / pendaftaran pasien.
- d. Bagian kerohanian memiliki hak akses informasi terkait kondisi pasien untuk dilakukan tindakan bimbingan kerohanian dengan tetap harus menjaga kerahasiaan pasien.
- e. Bagian keuangan dapat mengakses berkas rekam medis terkait kepentingan pembiayaan perawatan pasien di rumah sakit dan pemenuhan persyaratan klaim asuransi atau perusahaan rekanan.
- f. Bagian Informasi Teknologi ( IT ) memiliki wewenang dalam akses data rekam medis dalam upaya pengembangan program sistem informasi manajemen RS. Siti Khodijah Pekalongan.

#### **K. HAK DAN KEWAJIBAN PENGISIAN DOKUMEN REKAM MEDIS**

Petugas RS. Siti Khodijah Pekalongan yang memiliki hak dan kewajiban untuk mengisi dokumen rekam medis yaitu :

- 1. Profesional Pemberi Asuhan (PPA)
  - a. Tenaga Medis (Dokter)
  - b. Tenaga Kesehatan dan Praktisi Lainnya  
(perawat, perawat gigi, bidan, analis, ahli gizi, apoteker, asisten apoteker, penata rontgen, fisioterapis dan perekam medis)
- 2. Petugas Pendaftaran.

#### **L. PELEPASAN INFORMASI KESEHATAN PASIEN**

- 1. Pelepasan informasi medis tidak dapat diberikan secara lisan oleh tenaga kesehatan / petugas rumah sakit kepada siapaun tanpa ijin dari pasien.
- 2. Permohonan pelepasan informasi medis harus dengan persetujuan dari pasien.
- 3. Pelepasan informasi medis bagi pasien secara langsung dapat diberikan.
- 4. Pelepasan informasi medis kepada keluarga, asuransi/penanggungjawab pembiayaan pasien diberikan oleh pasien melalui pengisian formulir *general consent* pada bagian pelepasan informasi medis saat pasien masih dalam perawatan.
- 5. Pelepasan informasi medis kepada perusahaan rekanan terkait pembiayaan pasien dapat dilakukan berdasarkan perjanjian yang telah diatur antara pihak rumah sakit dengan instansi yang terkait berdasarkan kuasa dari pasien.
- 6. Guna audit medis, pelepasan informasi medis dapat dilakukan kepada lembaga terkait sesuai dengan ketentuan.

*Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis  
Rumah Sakit Siti Khodijah*

7. Guna kepentingan aparaturnya penegak hukum, pelepasan informasi medis dapat dilakukan sesuai dengan ketentuan.
8. Guna transfer pasien terkait rujukan pasien berjenjang, pelepasan informasi medis pasien dapat dilakukan dalam bentuk ringkasan informasi pelayanan pasien kepada tujuan rujukan sesuai dengan ketentuan.

#### **M. KETERSEDIAAN REKAM MEDIS UNTUK PENCATATAN DAN ASUHAN PASIEN**

1. Setiap ruangan menyediakan form rekam medis yang dibutuhkan dengan mengambil stok di bagian logistik.
2. Setiap unit pengguna lembar format rekam medis yang masih kosong bertanggungjawab atas ketersediaannya secara berkelanjutan sedemikian sehingga tidak pernah terjadi kekosongan lembar format rekam medis. Untuk mewujudkan hal ini maka perlu dilakukan koordinasi dan kerjasama dengan bagian logistik.

#### **N. TRANSFER PASIEN**

1. Dalam pelaksanaan transfer pasien baik antar unit didalam rumah sakit maupun transfer pasien keluar rumah sakit maka harus ada bukti transfer dapat berupa : surat transfer/ rujukan/ konsul/ permohonan pemeriksaan/permohonan tindakan yang dibuat oleh dokter atau petugas kesehatan yang bertanggungjawab atas pasien tersebut.
2. Dalam proses transfer harus disertai dengan dokumen transfer. Dokumen transfer tersebut berisi :
  - a. ringkasan alasan masuk rawat inap
  - b. ringkasan temuan yang penting untuk disampaikan
  - c. ringkasan diagnosis yang telah ditegakkan
  - d. ringkasan tindakan yang telah dilakukan
  - e. ringkasan obat atau terapi yang telah diberikan
  - f. ringkasan kondisi pasien pada saat ditransfer

#### **O. KEAMANAN INFORMASI TERMASUK INTEGRITAS DATA DIJAGA**

1. Data dan Informasi kesehatan di unit rekam medis dijaga keamanan dan integritasnya.
2. Data dan informasi diberikan kepada pihak yang berhak yaitu :
  - a. Direktur rumah sakit.
  - b. Manager rumah sakit dibawah direktur yang sudah ditentukan.



- c. Pihak lain/luar sesuai peraturan perundangan yang berlaku dan atau atas persetujuan direktur.

**P. UNIT REKAM MEDIS MENYEDIAKAN DAN MENGATUR DATA DAN INFORMASI SESUAI DENGAN KEPERLUAN DAN KETENTUAN YANG SUDAH DITETAPKAN OLEH RUMAH SAKIT**

1. Unit rekam medis menyediakan data laporan internal. Data laporan internal yang sudah tersedia, diketahui dan disetujui oleh pimpinan unit rekam medis kemudian dilaporkan ke pimpinan rumah sakit dan unit lain yang memerlukan.
2. Unit rekam medis menyediakan data laporan eksternal. Data laporan eksternal yang sudah tersedia, diketahui dan disetujui oleh pimpinan unit rekam medis kemudian dilaporkan ke pihak diluar rumah sakit melalui sekretariat rumah sakit.
3. Unit rekam medis menyediakan data resume medis/diagnose bagi pihak ketiga (asuransi, perusahaan, dll). Data tersebut dapat diberikan setelah ada permintaan tertulis dari pihak pemohon.
4. Unit rekam medis menyediakan data lainnya sesuai keperluannya dan telah ditentukan aturannya oleh rumah sakit.
5. Unit diluar rekam medis dalam lingkungan rumah sakit dapat memperoleh data yang diperlukan dengan cara mengajukan permohonan secara tertulis pada pimpinan unit rekam medis. Selanjutnya permohonan tersebut dapat diterima atau ditolak oleh pimpinan unit rekam medis dengan mengacu pada peraturan yang ditetapkan rumah sakit.
6. Seluruh staf rekam medis dapat mengakses data dan informasi sesuai tugas dan fungsinya guna melaksanakan pekerjaannya.

**Q. PENYIMPANAN DOKUMEN REKAM MEDIS**

**1. Penyimpanan Rekam Medis**

**a. Sistem Sentralisasi**

Sistem penyimpanan yang digunakan di RS. Siti Khodijah adalah sistem sentralisasi. Dengan cara sentralisasi terjadi penggabungan antara berkas rekam medis rawat jalan dan rawat inap dalam satu map dokumen dan satu tempat. Karena semua pasien baik rawat jalan maupun rawat inap hanya memiliki satu nomor rekam medis.

Kebaikan dari sistem sentralisasi adalah :

- 1) Mengurangi terjadinya duplikasi dalam pemeliharaan dan penyimpanan rekam medis, sehingga pasien dapat dilayani lebih cepat.
- 2) Mengurangi jumlah biaya yang digunakan untuk peralatan dan ruangan.

- 3) Tata kerja Dan peraturan mengenai kegiatan pencatatan medis mudah distandarisasikan.
  - 4) Memungkinkan peningkatan efisiensi kerja petugas penyimpanan.
  - 5) Mudah menerapkan sistem unit record.
- Kekurangan dari sistem sentralisasi adalah :
- 1) Petugas menjadi lebih sibuk, karena harus menangani unit rawat jalan dan unit rawat inap.
  - 2) Tempat penerimaan pasien harus bertugas selama 24 jam.

**b. Sistem Penjajaran**

Sistem penjajaran berkas rekam medis menurut nomor yang dipakai adalah sistem angka akhir. Penjajaran dengan sistem angka akhir lazim disebut “*Terminal Digite Filing*”. Disini digunakan nomor-nomor dengan 6 angka, yang dikelompokkan menjadi 3 kelompok masing-masing terdiri dari 2 angka. Angka pertama adalah kelompok 2 angka yang terletak paling kanan, angka kedua adalah kelompok 2 angka yang terletak ditengah dan angka ketiga adalah kelompok 2 angka yang terletak paling kiri, contoh :

<b>11</b>	<b>08</b>	<b>18</b>
angka ketiga	angka kedua	angka pertama
( <i>Tertiary Digits</i> )	( <i>Secondary Digits</i> )	( <i>Primary Digits</i> )

Dalam penyimpanan dengan sistem angka akhir (terminal digit filling system) ada 100 kelompok angka pertama (primary section) yaitu 00 sampai dengan 99. Pada waktu menyimpan, petugas harus melihat angka-angka pertama dan membawa rekam medis tersebut ke daerah rak penyimpanan untuk kelompok angka-angka pertama yang bersangkutan. Pada kelompok angka pertama ini rekam medis-rekam medis disesuaikan urutan letaknya menurut angka kedua, kemudian rekam medis disimpan di dalam urutan sesuai dengan kelompok angka ketiga, sehingga dalam setiap kelompok penyimpanan nomor-nomor pada kelompok angka ketigalah (tertiary digits) yang selalu berlainan.

Sebagai contoh :

01-52-02	00-05-26	05-12-30
05-52-02	01-05-26	07-12-30
06-52-02	03-06-26	09-13-30
07-52-02	04-06-26	10-14-30
11-52-02	08-06-26	11-14-30

Banyak keuntungan dan kebaikan dari pada sistem penyimpanan angka akhir, seperti:

- Pertambahan jumlah rekam medis selalu tersebar secara merata ke 100 kelompok (section) di dalam rak penyimpanan. Petugas-petugas penyimpanan tidak akan terpaksa berdesak-desak di satu tempat (atau section), dimana rekam medis harus disimpan di rak.
- Petugas-petugas dapat disertai tanggung jawab untuk sejumlah section tertentu misalnya ada 4 petugas masing-masing disertai : section 00-24, section 25-49, section 50-74, section 75-99.
- Pekerjaan akan terbagi rata mengingat setiap petugas rata-rata mengerjakan jumlah rekam medis yang hampir sama setiap harinya untuk setiap section
- Rekam medis yang tidak aktif dapat diambil dari rak penyimpanan dari setiap section, pada saat ditambahkan rekam medis baru di section tersebut.
- Jumlah rekam medis untuk tiap-tiap section terkontrol dan bisa dihindarkan timbulnya rak-rak kosong.
- Dengan terkontrolnya jumlah rekam medis membantu memudahkan perencanaan peralatan penyimpanan (jumlah rak).
- Kekeliruan menyimpan (misfile) dapat dicegah, karena petugas penyimpanan hanya memperhatikan 2 angka saja dalam memasukkan rekam medis kedalam rak, sehingga jarang terjadi kekeliruan membaca angka.
- Latihan dan bimbingan bagi petugas penyimpanan dalam hal sistem angka akhir, mungkin lebih lama dibandingkan latihan menggunakan sistem nomor langsung, tetapi umumnya petugas dapat dilatih dalam waktu yang tidak terlalu lama.

## **2. Fasilitas Fisik Ruang Penyimpanan**

Alat penyimpanan yang baik, penerangan yang baik, pengaturan suhu ruangan, pemeliharaan ruangan, perhatian terhadap faktor keselamatan, bagi suatu kamar penyimpanan rekam medis sangat membantu memelihara dan mendorong kegairahan kerja dan produktivitas pegawai-pegawai yang bekerja di situ.

Alat penyimpan rekam medis yang dipakai adalah Roll O'Pack dan rak besi susun dimana jarak antara dua buah rak untuk lalu lalang, minimal kurang lebih selebar 90 cm.

## **3. Sampul Pelindung Rekam Medis**

Berkas Rekam medis harus diberi sampul pelindung untuk :

- a. Memelihara keutuhan susunan lembaran-lembaran rekam medis.

- b. Mencegah terlepas atau tersobeknya lembaran, sebagai akibat sering dibolak-baliknya lembaran tersebut.

Jenis sampul yang digunakan di RS. Siti Khodijah Pekalongan adalah dalam bentuk map, dimana map dilengkapi dengan penjepit (*fastener*) dibagian tengah untuk mengikat lembaran-lembaran pada map. Pemesanan map berdasarkan kode warna pada nomor rekam medis yang diterapkan di RS. Siti Khodijah Pekalongan. Sehingga pemakaian map dokumen harus senantiasa memperhatikan kode warna pada nomor rekam medis yang akan digunakan.

## **R. PENYISIRAN, PEMILAHAN DAN PEMUSNAHAN BERKAS REKAM MEDIS**

### **1. Penyisiran Terhadap Rekam Medis Yang Tidak Aktif (Non Aktif)**

Dalam pengelolaan berkas rekam medis untuk supaya tercapai keteraturan dalam penyimpanan dan kecukupan ruang maka salah satu upayanya adalah dengan dilakukan pemilahan dan pemusnahan berkas rekam medis sesuai dengan peraturan yang berlaku. Permenkes 269/Menkes/Per/III/2008 mengatur tentang tatacara pemilahan dan pemusnahan yang dapat digunakan sebagai dasar dan pegangan bagi rumah sakit dalam membuat peraturannya untuk pemilahan dan pemusnahan berkas rekam medis. Mengacu pada Permenkes dan peraturan lain terkait rekam medis, RS. Siti Khodijah Pekalongan menetapkan peraturan penyimpanan berkas rekam medis aktif selama 5 tahun untuk dinon aktifkan.

Rekam medis dinyatakan tidak aktif apabila selama 5 tahun terakhir rekam medis tersebut sudah tidak dipergunakan lagi. Apabila ternyata sudah tidak tersedia lagi tempat penyimpanan rekam medis aktif, harus dilaksanakan kegiatan penyisiran rekam medis yang tidak aktif secara sistematis seiring dengan penambahan jumlah rekam medis baru. Rekam medis yang tidak aktif, dapat disimpan di ruangan lain dengan cara memindahkan arsip rekam medis tidak aktif ke rak rekam medis tidak aktif dengan cara memilah pada rak penyimpanan sesuai dengan tahun kunjungan terakhir, tujuannya :

- a. Mengurangi jumlah arsip rekam medis yang semakin bertambah serta menyiapkan fasilitas yang cukup untuk tersedianya tempat penyimpanan berkas rekam medis yang baru.
- b. Tetap menjaga kualitas pelayanan dengan mempercepat penyiapan rekam medis jika sewaktu-waktu diperlukan.

### **2. Pemilahan**

- a. Untuk berkas rekam medis rawat jalan dilakukan pemilahan dengan menyisakan :

*Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis  
Rumah Sakit Siti Khodijah*

- Lembar persetujuan tindakan medis (bila ada tindakan medis)
- Resume medis

Selanjutnya disimpan untuk jangka waktu 10 (sepuluh tahun) sejak tanggal dibuatnya, setelah itu dokumen dapat dimusnahkan.

- Untuk berkas rekam medis rawat inap pemilahan dilakukan dengan menyisakan :

- Persetujuan tindakan medis (bila ada tindakan medis)
- Resume medis

Selanjutnya disimpan untuk jangka waktu 10 (sepuluh tahun) sejak tanggal dibuatnya, setelah itu dokumen dapat dimusnahkan.

### **3. Pemusnahan/Retensi Berkas Rekam Medis**

#### **a. Jadwal Retensi Arsip (JRA)**

Jadwal retensi arsip merupakan daftar yang berisikan sekurang-kurangnya jenis arsip dan jangka waktu penyimpanannya sesuai dengan kegunaannya.

Penentuan jangka waktu penyimpanan arsip (retensi arsip) ditentukan atas dasar nilai kegunaan tiap-tiap arsip. Untuk menjaga obyektivitas dalam menentukan nilai kegunaan tersebut, JRA disusun oleh suatu kepanitiaan yang terdiri dari unsur komite rekam medis dan unit rekam medis yang benar-benar memahami kearsipan, fungsi dan nilai arsip rekam medis.

Rancangan JRA yang merupakan hasil kerja panitia rekam medis perlu mendapat persetujuan Direktur Rumah Sakit terlebih dahulu sebelum dijadikan pedoman resmi jadwal retensi arsip yang diberlakukan. Setiap ada perubahan JRA harus melalui prosedur yang sama dengan penyusunan JRA. Proses retensi memberikan kerahasiaan dan keamanan serta kerahasiaan yang diharapkan.

#### **b. Pemusnahan Arsip**

Hasil pemilahan yang sudah tak bernilai guna/tak digunakan lagi sesuai peraturan yang berlaku maka dilakukan pemusnahan. Pemusnahan adalah suatu proses kegiatan penghancuran secara fisik arsip rekam medis yang telah berakhir fungsi dan nilai gunanya. Hasil pemilahan yang sudah tak bernilai guna/tak digunakan lagi sesuai peraturan yang berlaku maka dilakukan pemusnahan. Penghancuran harus dilakukan secara total dengan cara membakar habis, mencacah atau daur ulang sehingga tidak dapat lagi dikenal isi maupun bentuknya.

Tata cara pemusnahan rekam medis:

1. Rekam medis yang telah memenuhi syarat untuk dimusnahkan dilaporkan kepada Direktur RS. Siti Khodijah Pekalongan.

2. Direktur RS. Siti Khodijah Pekalongan membuat Surat Keputusan tentang Pemusnahan Rekam Medis dan menunjuk tim pemusnah, sekurang-kurangnya beranggotakan: Managemen Pelayanan, Unit Penyelenggara Rekam Medis, Unit Pelayanan, Komite Medik.
3. Tim pemusnah melaksanakan dan membuat Berita Acara Pemusnahan yang disahkan Direktur RS. Siti Khodijah Pekalongan. Berita Acara dikirim kepada Direktorat Jenderal Pelayanan Medik.

## **S. PERMINTAAN / PEMINJAMAN, PENGAMBILAN DAN PENGEMBALIAN BERKAS REKAM MEDIS**

### **1. Permintaan/peminjaman Berkas Rekam Medis**

Ketentuan pokok yang harus ditaati ditempat penyimpanan adalah :

- a. Tidak satupun rekam medis boleh keluar dari ruang Rekam Medis, tanpa mencatat dibuku peminjaman dokumen rekam medis. Peraturan ini tidak hanya berlaku bagi orang-orang diluar rekam medis, tetapi juga bagi petugas-petugas rekam medis sendiri.
- b. Seseorang yang menerima/meminjam rekam medis, berkewajiban untuk mengembalikan dalam keadaan baik dan tepat waktunya. Harus dibuat ketentuan berapa lama jangka waktu satu rekam medis diperbolehkan tidak berada di rak penyimpanan. Seharusnya setiap rekam medis kembali lagi ke raknya pada setiap akhir hari kerja, sehingga dalam keadaan darurat staf rumah sakit dapat mencari informasi yang diperlukan.
- c. Rekam medis tidak dibenarkan diambil dari rumah sakit, kecuali atas perintah pengadilan. Dokter - dokter atau pegawai rumah sakit yang berkepentingan dapat meminjam rekam medis, untuk dibawa ke ruang kerjanya selama jam kerja, tetapi semua rekam medis harus dikembalikan ke ruang rekam medis pada akhir jam kerja. Jika beberapa rekam medis akan digunakan selama beberapa hari, rekam medis tersebut disimpan dalam tempat sementara di ruang rekam medis.

Prosedur permintaan/peminjaman dokumen rekam medis :

- a. Permintaan-permintaan rutin terhadap rekam medis yang datang dari pendaftaran guna memenuhi permintaan dokumen rekam medis pasien rawat jalan, rawat inap maupun gawat darurat setiap harinya dapat dilakukan melalui komputer di ruang *filing* yang sudah tersistem. Untuk melayani pasien perjanjian (pendaftaran pasien via telfon) petugas pendaftaran mencatat pendaftaran tersebut pada 'Buku Permintaan'. Petugas harus menulis dengan benar dan jelas nama pasien dan nomor rekam medisnya.

- b. Petugas dari bagian lain yang meminjam rekam medis harus datang sendiri untuk mengambil rekam medis yang dipinjam ke bagian rekam medis. Peminjaman rekam medis harus dicatat dalam buku peminjaman rekam medis yang berisi nama peminjam, unit/bagian, untuk keperluan apa, nomor rekam medis, nama pasien, tanggal peminjaman, tanggal pengembalian dan tanda tangan petugas
  - c. Peminjaman berkas atau lembar rekam medis sesuai dengan hak akses petugas kesehatan yang melayani pasien dan petugas lain sesuai dengan peraturan yang berlaku.
  - d. Berkas yang dipinjam dalam bentuk asli untuk intern rumah sakit dan berkas foto copy untuk ekstern rumah sakit atau sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.
  - e. Berkas yang dipinjam harus dikembalikan sesuai dengan waktu yang disepakati dan tertulis dalam formulir peminjaman.
  - f. Bilaman ada peminjaman atau penyitaan berkas rekam medis maka dilaksanakan sesuai dengan peraturan yang berlaku.
2. Pengambilan Berkas Rekam Medis Dari Rak Penyimpanan
    - a. Petugas Rekam Medis mengambil berkas Rekam Medis berdasar No RM pasien.
    - b. No. RM pasien bisa didapat dengan cara mencari data pasien di komputer.
    - c. Berkas Rekam Medis yang diambil dari rak penyimpanan diganti dengan Tracer.
  3. Pengembalian Berkas Rekam Medis
    - a. Pengembalian Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap  
Berkas Rekam Medis pasien yang telah selesai dirawat harus sudah dikembalikan oleh ruangan ke Rekam Medis 1 x 24 jam setelah pasien pulang / meninggal dalam keadaan terisi lengkap.
    - b. Pengembalian Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Jalan  
Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Jalan dari Poliklinik rawat jalan dikembalikan ke ruangan Rekam Medis setelah selesai pelayanan.
    - c. Pengembalian Berkas Rekam Medis yang dipinjam
      - 1) Petugas Rekam Medis mengisi formulir pengembalian berkas Rekam Medis dan ditanda tangani oleh penerima dan yang mengembalikan.
      - 2) Formulir pengembalian berkas Rekam Medis diserahkan kepada yang mengembalikan berkas Rekam Medis.
      - 3) Petugas Rekam Medis mencatat tanggal pengembalian berkas Rekam Medis pada buku peminjaman berkas Rekam Medis.

#### 4. Ketentuan Lain Pengembalian Berkas Rekam Medis

Ketentuan lain yang membantu memperlancar pengembalian berkas rekam medis :

- a. Pada saat rekam medis dikembalikan ke bagian rekam medis, harus disortir menurut nomor, sebelum disimpan. Hal ini membantu menemukan rekam medis yang diperlukan tetapi tidak ada dalam tempat penyimpanan dan memudahkan pekerjaan penyimpanan.
- b. Hanya petugas-petugas rekam medis yang dibenarkan menangani pengembalian rekam medis ke rak penyimpanannya. Dokter-dokter, staf rumah sakit, pegawai-pegawai dari bagian lain tidak diperkenankan mengambil rekam medis dari tempat penyimpanannya.
- c. Rekam medis yang sampulnya rusak atau lembarannya lepas, harus segera diperbaiki, untuk mencegah makin rusak/hilangnya lembaran-lembaran yang diperlukan.
- d. Pengamatan terhadap penyimpanan harus dilakukan secara periodik, untuk menemukan salah simpan dan melihat kartu pinjaman yang rekam medisnya masih belum dikembalikan.
- e. Petugas penyimpanan harus memelihara kerapian dan teraturnya rak-rak penyimpanan yang menjadi tanggung jawabnya.
- f. Rekam medis yang sangat tebal harus dijadikan 2 atau 3 jilid.
- g. Petugas yang menjadi penanggungjawab kegiatan penyimpanan harus membuat laporan rutin kegiatan yang meliputi :
  - Jumlah rekam medis yang dikeluarkan setiap hari dari rak penyimpanan untuk memenuhi permintaan.
  - Jumlah salah simpan
  - Jumlah rekam medis yang tidak dapat ditemukanData tersebut berguna untuk rencana pengelolaan dan pengawasann penyimpanan rekam medis

### T. PERLINDUNGAN DOKUMEN DAN INFORMASI REKAM MEDIS

#### 1. Perlindungan Dokumen Dan Informasi Rekam Medis Dari Kehilangan Dan Keamanannya

- a. Dokumen rekam medis harus tersimpan rak di rak penyimpanan dokumen rekam medis.
- b. Hanya petugas rekam medis bagian *filing* yang memiliki akses ke ruang penyimpanan dokumen rekam medis.

*Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis  
Rumah Sakit Siti Khodijah*



- c. Selain petugas rekam medis bagian *filing* tidak diperkenankan masuk ke ruangan penyimpanan dokumen rekam medis.
- d. Dokumen rekam medis tidak boleh keluar dari rak penyimpanan tanpa diketahui oleh petugas.
- e. Terkait peminjaman dokumen rekam medis harus mengisi buku peminjaman dokumen rekam medis.
- f. Tidak diperkenankan mengutip atau memfotokopi sebagian atau keseluruhan isi rekam medis baik milik pribadi atau milik pasien.
- g. Pemaparan isi rekam medis hanya boleh dilakukan atas ijin tertulis dari pasien.
- h. Untuk kepentingan berobat agar mengikuti prosedur yang berlaku.
- i. Petugas rekam medis harus betul – betul menjaga agar dokumen tersebut tersimpan dan tertata dengan baik dan terlindungi dari kemungkinan pencurian berkas atau pembocoran isi dokumen rekam medis, serta memelihara agar dokumen tidak rusak.
- j. Membuat laporan dokumen rekam medis yang belum kembali ke penyimpanan.

## **2. Perlindungan Dokumen Dan Informasi Rekam Medis Dari Kerusakan**

- a. Dokumen rekam medis yang sudah selesai digunakan langsung dikembalikan ke rak penyimpanan dokumen rekam medis sesuai dengan sistem penjarannya.
- b. Dokumen rekam medis yang masih dalam pengolahan diletakkan dimeja petugas terkait, tidak diperbolehkan diletakkan dilantai.
- c. Petugas *Filing* mengganti map folder dokumen rekam medis yang telah rusak dengan yang baru.
- d. Petugas *Filing* menjadikan dua atau tiga jilid map folder dokumen rekam medis jika dokumen rekam medis pasien sudah tebal (berulang melakukan perawatan rawat inap).
- e. Petugas *filing* melakukan retensi/penyisiran dokumen rekam medis di rak *filing*.
- f. Suhu ruang penyimpanan dokumen rekam medis diatur kelembapannya dengan air condition (AC).
- g. Penyediaan APAR diruang penyimpanan dokumen rekam medis.

## **S. REVIEW REKAM MEDIS**

- 1. Review rekam medis dilakukan dengan cara melakukan pendataan tentang :
  - a. Penulisan Diagnosa pada lembar resume medis oleh dokter DPJP.
  - b. Tanda tangan pada lembar resume medis dokter DPJP.
  - c. Penulisan surat kematian pasien bilamana pasien meninggal.
  - d. Penulisan Informed Consent pada lembar Informed Consent bilamana ada tindakan yang memerlukan Informed consent.

*Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis  
Rumah Sakit Siti Khodijah*

- e. Penulisan Laporan Operasi pada pasien yang dilakukan operasi.
  - f. Kelengkapan dokumentasi lembar pengkajian awal medis pasien rawat inap dalam waktu 24 jam saat pasien masuk rawat inap.
2. Pelaksana review rekam medis dilakukan oleh Panitia Rekam Medis dan petugas rekam medis.

## **T. DATA UNTUK RISET ATAU PENELITIAN**

Permintaan data untuk riset atau penelitian dapat dilayani setelah ada persetujuan pimpinan rumah sakit, dengan prosedur :

1. Permintaan data dilakukan dengan mengajukan surat permintaan data ke bagian sekertariat.
2. Bagian sekertariat mendisposisikan surat permintaan data kepada pimpinan rumah sakit.
3. Surat permintaan data didisposisikan ke bagian rekam medis jika disetujui oleh pimpinan rumah sakit.
4. Bagian rekam medis menindaklanjuti surat permintaan data tersebut.

## **U. PEREKAM KEGIATAN PELAYANAN MEDIS**

### **1. Penanggung Jawab Pengisian Rekam Medis**

RS. Siti Khodijah Pekalongan sebagai salah satu sarana pelayanan kesehatan yang melakukan pelayanan rawat jalan maupun rawat inap wajib membuat rekam medis.

Tenaga kesehatan yang berhak mengisi rekam medis di RS. Siti Khodijah Pekalongan sesuai dengan ketentuan yang berlaku adalah :

1. Dokter umum, dokter gigi, dan dokter spesialis yang melayani pasien di RS. Siti Khodijah Pekalongan .
2. Tenaga kesehatan lainnya yaitu Perawat, Perawat Gigi, Bidan, Tenaga Laboratorium Klinik, Gizi, Anastesi, Penata Rontgen, Rehabilitasi Medis (Fisioterapis), Rekam Medis.
3. Tenaga non kesehatan yaitu petugas pendaftaran.

Dalam hal dokter berhalangan maka yang melakukan visite kepada pasien dan sekaligus mengisi rekam medis adalah dokter yang ditunjuk oleh Direktur RS. Siti Khodijah Pekalongan.

### **2. Pencatatan (*Recording*)**

Rekam medis mempunyai pengertian yang sangat luas, tidak hanya sekedar kegiatan pencatatan, akan tetapi mempunyai pengertian sebagai suatu sistem

*Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis  
Rumah Sakit Siti Khodijah*

penyelenggaraan rekam medis. Sedangkan kegiatan pencatatannya sendiri hanya merupakan salah satu kegiatan dari pada penyelenggaraan rekam medis.

Penyelenggaraan rekam medis adalah merupakan proses kegiatan yang dimulai pada saat diterimanya pasien di RS. Siti Khodijah Pekalongan, diteruskan kegiatan pencatatan data medik pasien selama pasien itu mendapatkan pelayanan medis di rumah sakit, dan dilanjutkan dengan penanganan berkas rekam medis yang meliputi penyelenggaraan penyimpanan serta pengeluaran berkas dari tempat penyimpanan serta pengeluaran berkas dari tempat penyimpanan untuk melayani permintaan/peminjaman apabila dari pasien atau untuk keperluan lainnya.

Pencatatan disini dimaksudkan pendokumentasian segala informasi medis seorang pasien ke dalam Rekam Medis. Pada dasarnya pendokumentasian memuat data, yang akan menjadi bahan informasi. Data pasien dapat dikelompokkan ke dalam 2 kelompok, yaitu data sosial dan data medis. Data sosial didapatkan pada saat pasien mendaftarkan diri ke tempat penerimaan pasien. Data medis baru diperoleh dari pasien, apabila pasien telah memasuki unit pelayanan kesehatan. Petugas di unit pelayanan adalah dokter dan ahli-ahli profesi kesehatan lainnya (termasuk penunjangnya, seperti radiologi, laboratorium, dan lain-lain) serta unit perawatan.

Untuk mendapatkan pencatatan data medis yang baik, ada beberapa hal yang harus diperhatikan oleh dokter dan ahli-ahli di bidang kesehatan lainnya, yaitu:

- Mencatat secara tepat waktu;
- Up to date;
- Cermat dan lengkap
- Dapat dipercaya dan menurut kenyataan
- Berkaitan dengan masalah dan pokok perihalnya, sehingga tidak bertele-tele;
- Bersifat obyektif sehingga menimbulkan kesan jelas.

Kegiatan pencatatan ini melibatkan semua unit pelayanan di rumah sakit yang memberika pelayanan ataupun tindakan kepada pasien.

Bentuk catatan dapat dibedakan berdasarkan sifatnya, yaitu catatan yang bersifat kolektif dan catatan yang bersifat individual.

#### 1. Catatan yang Bersifat Kolektif

Ini merupakan kumpulan catatan pasien-pasien yang dating ke unit pelayanan. Catatan ini dalam bentuk buku yang sering disebut “Buku Register”. Buku Register ini merupakan sumber utama data kegiatan rumah sakit. Pemakaian buku register ini perlu dipertimbangkan secermat mungkin dan tetap memperhatikan efisiensi di bidang pengelolaan data medis.

Buku register yang biasa diperlukan, diantaranya:

*Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis  
Rumah Sakit Siti Khodijah*

- Buku Register Penerimaan Pasien Rawat Jalan;
- Buku Register Pelayanan Pasien Rawat Jalan;
- Buku Register Penerimaan Pasien Rawat Inap;
- Buku Register Pelayanan Pasien Rawat Inap;
- Buku Register Persalinan / Abortus;
- Buku Register Pembedahan;
- Buku Register Tindakan/Terapi/Diagnostik;
- Buku Register Pemeriksaan Laboratorium.

Buku-buku register tersebut dikerjakan oleh petugas-petugas di masing-masing unit pelayanannya.

Setiap hari petugas di unit pelayanan menyiapkan rekapitulasi yang seiring disebut sensus harian. Sensus ini sangat berguna di dalam pengolahan data medis selanjutnya yang digunakan sebagai bahan laporan rumah sakit.

## 2. Catatan yang Bersifat Individual

Catatan ini mendokumentasikan segala tindakan medik yang diberikan kepada seorang pasien. Bentuk catatan ini berupa lembaran-lembaran yang dinamakan rekam medis.

Pencatatan data medis ini dilakukan oleh petugas kesehatan yang memberikan pelayanan/tindakan kepada pasien, yaitu Dokter Perawat/Bidan, Tenaga Kesehatan lainnya yang memberikan pelayanan medis kepada pasien, serta petugas pencatatan medik sendiri.

Formulir rekam medis ini meliputi formulir untuk pasien rawat jalan dan formulir untuk pasien yang dirawat inap. Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 269/MENKES/PER/III/2008, tentang rekam medis maka :

### a. Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Jalan

Isi berkas rekam medis untuk pasien rawat jalan memuat identitas pasien, anamnese, diagnosis dan tindakan/pengobatan. Berkas yang digunakan dapat dalam bentuk kartu yaitu Kartu Pemeriksaan Pasien dimana informasi mengenai identitas pasien, diagnosis dan tindakan yang dilakukan terhadap pasien seperti anamnese, terapi dicatat didalam kartu.

Data-data tertentu harus ditulis pada saat penderita masuk yang akan dientry di komputer, dimasukkan pada saat pasien registrasi. Penyimpanan identitas pasien ini mutlak karena adalah salah satu cara untuk menunjang kelancaran pelayanan terhadap pasien, karena apabila seorang pasien lupa membawa kartu berobat maka dengan sistem komputerisasi akan membantu untuk mencari data pasien yang diperlukan dengan cepat. Karena identitas pasien ini merupakan sumber data yang selamanya harus disimpan,

maka harus dibuat selengkap dan sejelas mungkin. Data yang disimpan harus dibuat secara terperinci dan lengkap, yaitu:

- Nama lengkap pasien
- Nomor rekam medis
- Alamat
- Agama
- Jenis Kelamin
- Umur
- Status Perkawinan
- Tempat/tanggal lahir
- Pekerjaan
- Orang yang dihubungi, bila terjadi sesuatu
- Tanggal kunjungan poliklinik yang pertama

Bila setelah menikah pasien pindah alamat, maka alamat lama dicoret dan dicantumkan alamat baru pada tempat yang kosong dan tanggal perubahan diberkas rekam medis tersebut untuk memudahkan pencarian alamat terakhir.

Berkas rekam medis rawat jalan berisi :

1. Identitas Pasien;
2. Tanggal dan Waktu;
3. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
4. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
5. Diagnosis;
6. Rencana penatalaksanaan;
7. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien;
8. Untuk Pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik; dan
9. Persetujuan tindakan bila diperlukan.

#### **b. Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap**

Isi rekam medis untuk pasien rawat inap memuat identitas pasien, anamnese, riwayat penyakit, hasil pemeriksaan laboratorium, diagnosis, persetujuan tindakan medis, tindakan/pengobatan, catatan perawat, catatan observasi klinis dan hasil pengobatan, resume akhir dan evaluasi pengobatan

Berkas Rekam Medis pasien rawat inap terdiri dari lembaran-lembaran umum dan lembaran-lembaran khusus, serta lembaran-lembaran diagnostik/terapi.

Lembaran-lembaran Umum, misalnya:

- Ringkasan Masuk dan Keluar;
- Anamnese dan Pemeriksaan Fisik;
- Lembaran Grafik;
- Perjalanan Penyakit/Perkembangan Perintah Dokter dan Pengobatan;
- Catatan Perawat/Bidan;
- Hasil Pemeriksaan Laboratorium/Rontgen;
- Resume Keluar.

Lembaran-lembaran Khusus, misalnya;

- Laporan Operasi;
- Laporan Anestesi;
- Riwayat Kehamilan;
- Catatan/Laporan Persalinan;
- Identifikasi Bayi

### **c. Ketentuan Pengisian Berkas Rekam Medis**

Rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. Setiap visite / tindakan yang dilakukan terhadap pasien, harus segera ditulis dalam lembaran medis.
- b. Semua pencatatan harus ditandatangani oleh dokter / tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangannya dan ditulis nama terang serta diberi tanggal dan waktu pencatatan.
- c. Penulisan didalam rekam medis harus dituliskan menggunakan tinta hitam / biru.
- d. Perbaikan kesalahan dalam penulisan didalam rekam medis pasien dilakukan dengan cara mencoret satu kali pada tulisan yang salah tanpa menghilangkan tulisan yang dibenarkan serta dibubuhi paraf oleh tenaga kesehatan yang bersangkutan.
- e. Penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan

## **V. PENGELOLAAN DOKUMEN REKAM MEDIS**

Pengolahan dokumen rekam medis di RS. Siti Khodijah Pekalongan meliputi, assembling, koding, indeksing, dan pelaporan.

### **1. Assembling (Perakitan) Rekam Medis**

Assembling/perakitan merupakan proses penyusunan lembaran-lembaran rekam medis berdasarkan urutan yang sudah ditentukan.

*Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis  
Rumah Sakit Siti Khodijah*

- a. Perakitan Rekam Medis pasien rawat jalan, meliputi:
  - RM – 1C Formulir data pasien
  - RM .... Lembar kontrol pasien rawat jalan
  - RM – 3B.1 Assesmen awal pasien rawat jalan
  - RM – 3B.2 Assesmen awal pasien rawat jalan
  - Hasil Pemeriksaan Penunjang
- b. Perakitan Rekam Medis pasien rawat inap, meliputi :
  - RM – 1 A : Formulir Pasien Masuk Dan Keluar
  - RM – 1 B (1-2) : Formulir Data Pasien Rawat Jalan
  - RM – 1 C (1-2) : Formulir Data Pasien Gawat Darurat
  - RM – 2 A : Formulir Persetujuan Pasien Rawat Inap
  - RM – 2 B (1-2) : Formulir General Conccent
  - RM – 3 A (1-2) : Formulir Assesmen Awal Medis Pasien  
Poli Untuk Rawat Inap
  - RM – 3 B (1-2) : Formulir Assesmen Awal Pasien Rawat Jalan
  - RM – 3 C (1-2) : Formulir Assesmen Awal Pasien Gawat Darurat
  - RM – 4 : Formulir Grafik Suhu Dan Nadi
  - RM – 5 A : Formulir Daftar Pemberian Obat Parenteral
  - RM – 5 B : Formulir Daftar Pemberian Obat Non Parenteral
  - RM – 6 A : Formulir Catatan Pasien Terintegrasi
  - RM – 6 B : Formulir Catatan Konsultasi
  - RM – 7 A (1-4) : Formulir Assesmen Awal Keperawatan
  - RM – 7 B (1-2) : Formulir Assesmen Pasien Maternitas
  - RM – 7 B (3-4) : Formulir Partograf
  - RM – 7 B-5 : Formulir Perinatal
  - RM – 7 B-6 : Formulir Monitoring His Dan Jcc/Induksi Persalinan
  - RM – 7 C (1-17) : Formulir Rencana Asuhan Keperawatan
  - RM – 7 D : Formulir Catatan Perkembangan Asuhan  
Keperawatan
  - RM – 8 : Formulir Penempelan Hasil Pemeriksaan Penunjang
  - RM – 9 A (1-2) : Formulir Laporan Intra Operatif
  - RM – 9 B : Formulir Asuhan Keperawatan Pra Operasi
  - RM – 9 C : Formulir Asuhan Keperawatan Post Operasi
  - RM – 9 D (1-2) : Formulir Sub Bagian Anestesi
  - RM – 9 E : Formulir Laporan Operasi
  - RM – 10 : Formulir Informed Consent
  - RM – 11 : Formulir Kebutuhan Informasi Dan Edukasi

- RM – 12 : Formulir Resume Keperawatan
- RM – 13 : Formulir Resume Medis
- RM – 14 : Formulir Rencana Pemulangan Pasien
- RM – 15 : Formulir Pernyataan Pulang

## 2. Koding (coding)

Pengkodingan adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dan angka terhadap diagnosa serta tindakan yang dituliskan oleh dokter dan dokter gigi. Diagnosis serta tindakan yang ada di dalam rekam medis harus diberi kode dan selanjutnya diindeks agar memudahkan pelayanan pada penyajian informasi untuk menunjang fungsi perencanaan, manajemen, dan riset bidang kesehatan.

Setiap pasien RS. Siti Khodijah Pekalongan setelah mendapatkan pelayanan maka dokter harus membuat diagnosa akhir serta tindakan yang ada, kemudian petugas rekam medis bagian koding mengkoding diagnosa serta tindakan yang ada sesuai dengan ICD :

- Koding Penyakit (ICD-10)
- Prosedur / Tindakan (ICD-9)

### \* CARA PENGGUNAAN ICD – 10

ICD – 10 terdiri dari 3 volume yaitu :

- Volume I : Tabular List
- Volume II : Rules
- Volume III : Alphabetical Index

1. ICD - 10 Volume I berisi tentang :

- a. Intruduction ( pendahuluan )
- b. Kelompok daftar tabulasi
- c. Kode kondisi tertentu.
- d. Petunjuk yang digunakan dalam daftar tabulasi
- e. Kategori karakteristik perintah

2. ICD - 10 Volume II berisi tentang :

- a. Deskripsi tentang sejarah ICD
- b. Struktur dan prinsip klasifikasi
- c. Aturan-aturan koding morbiditas dan mortalitas
- d. Presentasi statistic
- e. Petunjuk praktis bagi pengguna ICD agar dapat memanfaatkan klasifikasi sebaik-baiknya



3. ICD - 10 Volume III berisi tentang :
  - a. Penggunaan Index Alfabetik
  - b. Susunan
  - c. Kode angka
  - d. Tanda perintah yang ada dalam buku ICD - 10 Volume I
4. Petunjuk dasar koding
  - b. Identifikasi tipe penyakit/luka atau kondisi lain di dalam buku ICD-10 Vol. I.
  - c. Cari kata dasar ( Lead term )
  - d. Baca dan catat petunjuk kata dasar (di garis bawah).
  - e. Rujuk di buku ICD - 10 Volume III
  - f. Rujuk di buku ICD - 10 Volume I
  - g. Tentukan kode penyakit tersebut

**\* CARA PENGGUNAAN ICD – 9 CM**

ICD 9 CM terdiri dari 2 bagian :

- Bagian I : classification of procedures (Daftar Tabular)
  - Bagian II : Index to procedures (Indeks Alfabetik)
1. ICD 9 CM Prosedur Klasifikasi :
    - a. Diterbitkan dengan volume mengandung Daftar Tabular dan Indeks Alfabetik
    - b. Prosedur Bedah Dikelompokkan pada rubrik 01-86
    - c. Prosedur Non Bedah dikelompokkan pada rubrik 87-99
    - d. Struktur dari klasifikasi berdasarkan pada anatomy dari pada jenis surgical
    - e. Hanya Numerik (Indeks)
  2. *Prosedur Operatif* :
    - a. Setiap tindakan terapeutik atau prosedur diagnostik mayor bagi yang menggunakan instruments atau manipulasi bagian tubuh.
    - b. Prinsip operasi dikerjakan untuk merawat kondisi yang terpilih sebagai diagnosis prinsipil.
  3. *Prosedur Non Operatif* :
 

Kegiatan investigatif atau prosedur terapeutik yang tidak diikuti operasi seperti radiologi, laboratorium, dll
  4. Langkah – Langkah dalam Menentukan Kode Prosedur / Tindakan :
    - a. Identifikasi Procedure phrase yang akan dikode
    - b. Putuskan Lead Term
    - c. Lihat Lead term pada Alfabetic indeks
    - d. Lokasikan setiap modifiers

- e. Cek kode yang diberikan pada indeks di Tabular List
- f. Cek istilah Inclusion and Exclusion
- g. Beri kode

### 3. ***Indexing***

*Indexing* adalah membuat tabulasi sesuai dengan kode yang sudah dibuat kedalam indeks-indeks menggunakan formulir yang telah disediakan. Didalam kartu indeks tidak boleh mencantumkan nama pasien. Jenis indeks yang dibuat :

#### 1. Indeks Pasien

Adalah data base komputer yang berisi nama semua pasien yang pernah berobat di RS. Siti Khodijah Pekalongan. Informasi yang ada di dalam data base ini adalah :

- Nama lengkap, jenis kelamin, umur, alamat, tempat dan tgl lahir, pekerjaan.
- Tanggal berobat jalan maupun rawat inap.

Kegunaan :

Data base ini adalah kunci untuk menemukan berkas rekam medis pasien.

Cara Penyampaian :

- Data base tersusun secara alphabet seperti susunan kata-kata dalam kamus.
- Data base ini digunakan untuk mencari berkas rekam medis pasien yang tidak membawa kartu berobat sehingga dapat dicari berdasarkan nama pasien.
- Data base di kontrol setiap hari oleh Petugas di Unit Rekam Medis sehingga data selalu up to date.

#### a. Indeks Penyakit (Diagnosis) dan Operasi

Indeks penyakit dan indeks operasi adalah suatu data base yang menyimpan kode diagnosa penyakit maupun tindakan operasi setiap pasien yang berobat di RS. Siti Khodijah Pekalongan.

Informasi yang ada didalam data base ini adalah:

- Kode Diagnosa penyakit atau tindakan operasi.
- Judul, Bulan, Tahun
- Nomor Rekam Medis Penderita
- Jenis Kelamin
- Umur

Kegunaan :

Data base ini dapat untuk mengindeks penyakit maupun tindakan operasi sesuai dengan informasi yang diinginkan untuk keperluan sbb:

- 1) Mempelajari kasus-kasus terdahulu dari satu penyakit untuk memperoleh pengertian tentang penanggulangan terhadap penyakit-penyakit/masalah-masalah kesehatan pada saat ini.
- 2) Untuk menguji teori-teori membandingkan data-data tentang penyakit/pengobatan dalam rangka penyuguhan tulisan-tulisan ilmiah
- 3) Menyuguhkan data untuk menyusun keperluan alat-alat baru, tempat tidur dan lain-lain.
- 4) Menilai kualitas pelayanan di RS. Siti Khodijah Pekalongan.
- 5) Menyuguhkan data pelayanan yang diperlukan RS. Siti Khodijah Pekalongan.
- 6) Menemukan rekam medis dimana dokternya hanya ingat diagnosa atau operasinya, sedangkan nama pasien yang bersangkutan lupa.
- 7) Menyediakan materi pendidikan untuk mahasiswa kedokteran, perawat, dll.

Cara penyimpanan :

Dengan sistem komputerisasi yang diback up setiap waktu tertentu secara periodik sehingga data rusak atau hilang dapat dicegah.

a. Indeks Dokter

Adalah data base yang berisi nama dokter yang memberikan pelayanan medik kepada pasien.

Kegunaan :

- 1) Untuk menilai pekerjaan dokter.
- 2) Bank data dokter bagi RS. Siti Khodijah.

b. Indeks Kematian

Informasi yang tetap dalam indeks kematian:

- Nama penderita
- Nomor Rekam Medis
- Jenis Kelamin
- Umur
- Kematian : kurang dari sejam post operasi
- Dokter yang merawat
- Hari Perawatan
- Wilayah.

Kegunaan :

Statistik menilai mutu pelayanan dasar menambah dan meningkatkan peralatan/tenaga.

Cara penyimpanan indeks kematian : Dalam sistem komputerisasi.

#### 4. Pelaporan

Dari pengelolaan rekam medis dapat dijadikan bahan untuk pembuatan statistik dan pelaporan, yang meliputi :

a. Pelaporan Internal RS. Siti Khodijah Pekalongan

Yaitu statistik dan pelaporan yang dibuat untuk kebutuhan manajemen RS. Siti Khodijah Pekalongan, antara lain :

Jumlah Pengunjung, Jumlah Kunjungan masing-masing Poli Spesialis, Jumlah Pelayanan Instalasi Gawat Darurat, Jumlah Pelayanan Instalasi Penunjang Medik, Jumlah Pasien Masuk, Jumlah Pasien Keluar (Hidup dan Mati), Jumlah Penderita Dirawat, Jumlah Lama Perawatan, BOR, LOS, TOI, NDR, GDR, kegiatan pembedahan/ operasi, dan lain-lain.

b. Pelaporan Eksternal

Yaitu statistik dan pelaporan yang dibuat untuk memenuhi aturan dan permintaan dari pihak luar RS. Siti Khodijah Pekalongan, antara lain untuk memenuhi Permenkes RI Nomor 1171/Menkes/Per/VI/2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit. Pelaporan dimaksud antara lain :

- 1) RL1 : tentang Data Dasar RS
- 2) RL2 : tentang Data Ketenagaan
- 3) RL3 : tentang Kegiatan Pelayanan
  - a) RL3.1 : Rawat Inap
  - b) RL3.2 : Pelayanan Rawat Darurat
  - c) RL3.3 : Kegiatan Kesehatan Gigi dan Mulut.
  - d) RL3.4 : Kegiatan Kebidanan
  - e) RL3.5 : Kegiatan Perinatologi
  - f) RL3.6 : Kegiatan Pembedahan
  - g) RL3.7 : Kegiatan Radiologi
  - h) RL3.8 : Pemeriksaan Laboratorium
  - i) RL3.9 : Pelayanan Rehabilitasi Medik
  - j) RL3.10 : Kegiatan Pelayanan Khusus
  - k) RL3.11 : Kegiatan Kesehatan Jiwa
  - l) RL3.12 : Kegiatan Keluarga Berencana
  - m) RL3.13 : Pengadaan Obat
  - n) RL3.14 : Kegiatan Rujukan
  - o) RL3.15 : Cara Pembayaran
- 4) RL4 : tentang Data Morbiditas/ Mortalitas
- 5) RL5 : tentang data kunjungan dan 10 besar penyakit

## **W. STANDAR KODE DIAGNOSA, PROSEDUR ATAU TINDAKAN, SERTA DEFINISI, SIMBOL / TANDA KHUSUS DAN SINGKATAN**

Dalam membuat catatan di dalam rekam medis tidak terlepas dari kode diagnosa, prosedur atau tindakan serta adanya definisi, simbol/tanda khusus, dan singkatan yang digunakan di dalam pencatatan baik yang telah disediakan dalam formulir maupun yang dicatat langsung oleh petugas. Standar kode diagnosa, prosedur atau tindakan, serta definisi, simbol / tanda khusus dan singkatan yang ditetapkan RS. Siti Khodijah Pekalongan yaitu :

1. Untuk mengkode semua jenis diagnose penyakit pasien RS. Siti Khodijah Pekalongan menggunakan buku ICD-10.
2. Untuk mengkode semua jenis tindakan atau prosedur yang dilakukan pada pasien RS. Siti Khodijah Pekalongan menggunakan buku ICD-9-CM.
3. Untuk memahami suatu definisi medis RS. Siti Khodijah Pekalongan menggunakan Kamus Kedokteran yang diterbitkan oleh Tim Widyatamma.
4. Daftar Simbol yang digunakan di RS. Siti Khodijah Pekalongan terlampir
5. Daftar singkatan yang digunakan di RS. Siti Khodijah Pekalongan terlampir
6. Daftar singkatan yang **tidak boleh** digunakan di RS. Siti Khodijah Pekalongan terlampir

**BAB V**  
**LOGISTIK**

Pelaksanaan kegiatan di unit rekam medis tidak dapat terlaksana apabila tidak memiliki bahan dan alat (logistik), sehingga perlu diadakannya kebutuhan logistik. Untuk memenuhi kebutuhan logistik Unit Kerja Rekam Medis RS. Siti Khodijah Pekalongan setiap bulan mempunyai permintaan rutin kebagian logistik meliputi :

JENIS BARANG
<b>Managemen Rekam Medis</b>
1. Map Rawat Inap
2. Kertas HVS F4 polos
3. Kertas HVS F4 Berkop Rumah Sakit
4. Kertas Buram F4 polos
5. Buku Tulis
6. Ampop Besar Berlogo
7. Ampop Besar/Kecil Polos
8. Pensil, Pulpen, Penghapus, Penggaris
9. Spidol kecil, Besar
10. Stample Rekam Medis
11. Tinta
12. ICD 10 dan ICD 9 CM
13. Stabilo
<b>Pendaftaran/Admission</b>
1. Formulir RM 1A (Formulir Pasien Masuk Dan Keluar)
2. Formulir RM 1B.1-2 (Formulir Data Pasien Rawat Jalan)
3. Formulir RM 1C.1-2 (Formulir Data Pasien Gawat Darurat)
4. Formulir RM 2A (Formulir Persetujuan Pasien Rawat Inap)
5. Formulir RM 2B.1-2 (Formulir General Concent)

6. Formulir Surat Pernyataan Pribadi
7. Formulir Surat Pernyataan Naik Kelas (BPJS)
8. Formulir Surat Pernyataan Naik Kelas (Asuransi)
9. Buku Tulis
10. Pensil, Pulpen, Penghapus, Penggaris
11. Spidol kecil, Besar
12. Stample Pendaftaran
13. Tinta

\* *Formulir Terlampir*

## **BAB VI**

### **KESELAMATAN PASIEN**

Pengelolaan rekam medis yang profesional akan membantu rumah sakit dalam menjaga mutu dan dapat memberikan keselamatan terhadap pasien, dikarenakan dengan pengelolaan rekam medis yang baik akan menjadikan kesinambungan pengobatan pasien terlaksana dengan baik sehingga membantu proses kesembuhan dan menjaga keselamatan pasien. Untuk menjaga kesinambungan data serta pelayanan pada pasien, pengelolaan rekam medis di RS. Siti Khodijah Pekalongan memberlakukan :

1. Memberikan satu nomor rekam medis (*Unit Numbering system*) untuk satu pasien pada saat kunjungan pertama kali dan dipergunakan selamanya sampai dengan pasien tersebut tidak melakukan pengobatan di RS. Siti Khodijah Pekalongan.
2. Melakukan penyimpanan Rekam Medis secara *sentralisasi* yaitu menyimpan rekam medis rawat jalan dan rawat inap dalam satu folder/ map, sehingga kesinambungan pengobatan dapat terlaksana.
3. Melakukan penjajaran dengan cara *terminal digit filing* (dua angka akhir) sehingga memudahkan dalam pencarian rekam medis apabila diperlukan untuk kunjungan ulang.



## **BAB VII**

### **KESELAMATAN KERJA**

Keselamatan dan kesehatan kerja atau K3 merupakan bagian integral dari perlindungan terhadap pekerja dalam hal ini petugas Unit Rekam Medis dan perlindungan terhadap Rumah Sakit. Petugas adalah bagian integral dari rumah sakit. Jaminan keselamatan dan kesehatan kerja akan meningkatkan produktivitas petugas dan meningkatkan mutu rumah sakit.

Keselamatan petugas di bagian rekam medis sangat perlu dijaga seperti halnya keselamatan kerja petugas di bagian lain di rumah sakit. Adapun keselamatan kerja di bagian rekam medis yang perlu dilakukan :

#### **A. Keselamatan Kerja di Tempat Pendaftaran/*Admission* Pasien Rawat Jalan dan Pasien Rawat Inap:**

1. Ventilasi dan pencahayaan yang cukup di tempat registrasi untuk memperoleh sirkulasi udara yang segar dan membantu memperjelas tulisan.
2. Melatih mencuci tangan petugas pendaftaran/*Admission* dengan enam (6) langkah cuci tangan menurut WHO.
3. Menyediakan Alat Pemadam Kebakaran Ringan (APAR)

#### **B. Keselamatan kerja di bagian Unit Kerja Rekam Medis**

Untuk menjaga petugas rekam medis dari kemungkinan tertularnya penyakit yang mungkin dibawa melalui rekam medis pasien, baik rekam medis rawat jalan maupun rekam medis rawat inap, keselamatan kerja yang dilaksanakan di bagian Unit Kerja Rekam Medis antara lain :

1. pencahayaan yang cukup sehingga dapat mengurangi risiko penyakit akibat kurangnya sirkulasi udara dan pencahayaan.
2. Tersedianya Air Condition (AC).
3. Tersedianya handrub serta tempat cuci tangan/Water Closed.
4. Melatih mencuci tangan petugas Unit Kerja Rekam Medis dengan enam (6) langkah cuci tangan menurut WHO.
5. Menyediakan Alat Pemadam Kebakaran Ringan (APAR).

## BAB VIII

### PENGENDALIAN MUTU

Pengendalian mutu di unit kerja rekam medis dilaksanakan dengan cara melaksanakan evaluasi baik terhadap pelaksanaan prosedur tetap yang telah digunakan maupun terhadap penggunaan sarana dan prasarana seperti formulir rekam medis, ketenagaan dan yang lainnya. Dengan dibantu Panitia Rekam Medis pengendalian mutu di unit kerja rekam medis dapat dilaksanakan sesuai dengan prosedur. Adapun pelaksanaan pengendalian mutu di unit kerja rekam medis antara lain terhadap kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan baik melalui analisa kuantitatif maupun analisa kualitatif dan capaian target kinerja yang terdapat pada standar pelayanan minimal (SPM) yaitu :

a. Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medis
Definisi Operasional	Rekam medis yang lengkap adalah rekam medis yang telah diisi lengkap oleh dokter dan selesai dalam waktu <24jam setelah selesai pelayanan rawat inap(RI) diputuskan untuk pulang,yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut, resume pasien pulang sejumlah $\geq 80\%$ .
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah total resume medis yang dijadikan sample
Sumber data	Rekam Medik
Standar	100 %
Penanggungjawab pengumpul data	Koordinator Ruang Rawat Inap dan Koordinator Unit Rekam Medik

b. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi

*Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis  
Rumah Sakit Siti Khodijah*

Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100)
Sumber data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/diruang rekam medis untuk pasien lama.
Standar	Rerata $\leq 10$ menit
Penanggungjawab pengumpul data	Koordinator unit Rekam Medik

c. Laporan 10 besar penyakit rawat jalan dan rawat inap

Judul	Laporan 10 besar penyakit rawat jalan dan rawat inap
Dimensi Mutu	
Tujuan	Tergambarnya laporan secara teratur
Definisi operasional	Laporan 10 besar penyakit rawat jalan dan rawat inap adalah laporan tentang 10 besar penyakit rawat jalan dan rawat inap kepada Kementrian Kesehatan yang wajib dilakukan oleh rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	Laporan 10 besar penyakit
Denominator	
Sumber data	Rekam Medik
Standar	100 %

Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator Unit Rekam Medik
---------------------------------	------------------------------

d. Ketepatan waktu penyusunan laporan RL

Judul	Ketepatan waktu penyusunan laporan rumah sakit (RL)
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya ketepatan waktu penyusunan laporan rumah sakit (RL)
Definisi operasional	Ketepatan waktu penyusunan laporan merupakan kewajiban setiap rumah sakit sebagai bahan evaluasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan pada unit kerja masing masing
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah laporan yang diselesaikan sebelum tanggal setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data	Rekam Medik
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator Perawat Ruangan dan Koordinator Unit Kerja Medis

e. Membuat laporan KLPCM setiap bulan

Judul	Membuat laporan KLPCM setiap bulan
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Mengetahui laporan KLPCM
Definisi operasional	Laporan ketidaklengkapan pengisian catatan medis oleh DPJP
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah ketidaklengkapan pengisian catatan medik oleh DPJP setiap bulan

Denominator	Jumlah keseluruhan rekam medik setiap bulan
Sumber data	rekam medik
Standar	0 %
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator Perawat Ruangan / Koordinator Unit Rekam Mediks

f. Kepatuhan petugas dalam melakukan cuci tangan sesuai WHO

Judul	Kepatuhan petugas dalam melakukan kebersihan tangan sesuai WHO
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya petugas rumah sakit yang melaksanakan kebersihan tangan
Definisi operasional	Kepatuhan petugas rumah sakit yang melakukan kebersihan tangan sesuai standar WHO
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah petugas rekam medik yang melakukan kebersihan tangan sesuai standar WHO yang diobservasi
Denominator	Jumlah seluruh petugas rekam medik yang diobservasi
Sumber data	<i>Form checklist</i> kebersihan tangan
Standar	> 80%
Penanggung jawab pengumpul data	KPPI

## **BAB IX**

### **PENUTUP**

Pedoman penyelenggaraan rekam medis RS. Siti Khodijah Pekalongan Revisi 2 Tahun 2015 dibuat agar dapat dijadikan pedoman dalam pelaksanaan pelayanan di RS. Siti Khodijah Pekalongan, dengan berlakunya pedoman penyelenggaraan rekam medis ini, maka pedoman penyelenggaraan rekam medis RS. Siti Khodijah Pekalongan Edisi 1 Tahun 2011 tidak berlaku lagi.

**DIREKTUR**  
**RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN**

**drg. Said Hassan, M.Kes**

## DAFTAR PUSTAKA

Direktorat Jenderal Pelayanan Medik; *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, Revisi II* ;DEPKES;2006

Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan; *Petunjuk Tekhnis Sistem Informasi Rumah Sakit*;KEMENKES RI; 2011

*Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis  
Rumah Sakit Siti Khodijah*