

PEDOMAN PELAYANAN UNIT REKAM MEDIS



**Dharma
Nugraha
Hospital**
Est.1996

**RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
TAHUN 2023**

LAMPIRAN
PERATURAN DIREKTUR
NOMOR 021/KEP-DIR/RSDN/IV/2023
TENTANG
REKAM MEDIS DI RUMAH SAKIT
DHARMA NUGRAHA

**PEDOMAN PELAYANAN REKAM MEDIS
RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA**

**BAB I
PENDAHULUAN**

A. LATAR BELAKANG

Dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik maka perlu adanya kerjasama yang terkoordinasi antara pelayanan penunjang medis dan pendukung lain yang lebih optimal. Pelayanan rekam medis adalah salah satu kegiatan yang menunjang terwujudnya pelayanan kesehatan yang bermutu kepada pasien atau pelanggan rumah sakit. Untuk mencapai pelayanan yang bermutu, khususnya pelayanan rekam medis diperlukan adanya keseragaman bertindak dan keseragaman berperilaku dalam mengelola rekam medis disamping dituntut disiplin kerja yang tinggi. Instalasi Rekam Medis di RS harus dapat menyesuaikan pelayanan yang diberikan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Pelayanan yang harus ditingkatkan meliputi pelayanan medis dan manajerial. Pelayanan yang cepat, tepat dan aman hanya dapat terwujud apabila Instalasi Rekam Medis didukung oleh sarana dan prasarana yang memadai dan berfungsi dengan baik, serta didukung pula oleh petugas yang profesional.

Rekam Medis adalah bukti tertulis tentang proses pelayanan yang diberikan oleh dokter dan tenaga kesehatan lainnya kepada pasien dalam rangka penyembuhan pasien. Rekam Medis juga merupakan suatu alat untuk mengukur atau menilai mutu pelayanan suatu rumah sakit. Mutu pelayanan yang baik tercermin dalam rekam medis yang baik, rekam medis yang baik menunjukkan kelengkapan, kecermatan dan ketepatan mencatat segala kegiatan pelayanan yang dilakukan untuk pasien serta akhirnya mudah dianalisa. Untuk dapat menjawab permasalahan tersebut di RS perlu dilengkapi dengan pedoman Pelayanan Rekam Medis, sehingga pelayanan Instalasi Rekam Medis menjadi terstandar dan bermutu.

B. TUJUAN DAN KEGUNAAN

1. Tujuan

Pelayanan rekam medis bertujuan untuk menunjang tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa di dukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, mustahil tertib administrasi rumah sakit akan berhasil sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan dalam upaya pelayanan kesehatan rumah sakit, meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.

2. Kegunaan

Rekam medis sebagai sumber utama informasi kesehatan mempunyai kegunaan yang sangat luas, dilihat dari :

a. Prioritas Kebutuhan

1) Primer /Utama

a) Bagi Pasien yang memperoleh pelayanan kesehatan

- (1) Mencatat jenis pelayanan yang telah diterima.
- (2) Sebagai alat bukti pelayanan.
- (3) Memungkinkan tenaga kesehatan menilai dan menangani kondisi risiko
- (4) Mengetahui biaya pelayanan

b) Bagi pihak pemberi pelayanan kesehatan / *provider*

- (1) Membantu kelanjutan pelayanan (sarana komunikasi).
- (2) Menggambarkan penyakit dan penyebab (pendukung diagnostik kerja).
- (3) Menunjang pengambilan keputusan tentang diagnostik dan pengobatan.
- (4) Menilai dan mengelola risiko pasien.
- (5) Memfasilitasi pelayanan sesuai pedoman praktik klinis.
- (6) Mendokumentasikan factor risiko.
- (7) Menilai dan mencatat keinginan dan kepuasan pasien.
- (8) Menghasilkan rencana pelayanan.
- (9) Menetapkan saran pencegahan atau informasi promosi kesehatan.
- (10) Sarana pengingat para klinisi.
- (11) Menunjang pelayanan pasien.
- (12) Mendokumentasikan pelayanan yang diberikan.

c) Bagi manajemen pelayanan kesehatan

- (1) Mendokumentasikan kasus penyakit dan praktiknya.
- (2) Menganalisis kegawatan penyakit.
- (3) Memberikan gambaran untuk penggunaan pelayanan.
- (4) Dasar penelaahan dalam penggunaan sarana pelayanan (*utilisasi*).

- (5) Melaksanakan kegiatan menjaga mutu (*quality assurance*).
- d) Penunjang pelayanan kesehatan
 - (1) Alokasi sumber.
 - (2) Menganalisis kecenderungan dan mengembangkan perencanaan.
 - (3) Menilai beban kerja.
 - (4) Mengkomunikasikan informasi berbagai unit kerja.
- e) Pembayaran dan penggantian biaya
 - (1) Mendokumentasikan pelayanan pembayaran.
 - (2) Mengetahui biaya yang harus dibayar.
 - (3) Pengajuan klaim asuransi.
 - (4) Mempertimbangkan dan memutuskan klaim asuransi.
 - (5) Dasar dalam menetapkan ketidakmampuan (kompensasi pekerja).
 - (6) Penetapan biaya.
 - (7) Menyelenggarakan analisis secara actual (tafsiran pra penetapan asuransi).
- 2) Sekunder
 - a) Edukasi
 - (1) Mendokumentasikan pengalaman professional di bidang kesehatan.
 - (2) Menyiapkan pertemuan dan presentasi kasus.
 - (3) Bahan pengajaran siswa / mahasiswa.
 - b) Peraturan / Regulasi
 - (1) Sebagai bukti pengajuan perkara ke pengadilan.
 - (2) Membantu pasca pemasaran *surveillance*.
 - (3) Menilai kepatuhan sesuai standar pelayanan.
 - (4) Akreditasi professional dan rumah sakit.
 - (5) Membandingkan organisasi pelayanan kesehatan.
 - c) Riset
 - (1) Mengembangkan produk baru.
 - (2) Melaksanakan riset klinis.
 - (3) Menilai teknologi.
 - (4) Studi keluaran pasien.
 - (5) Studi efisiensi dan efektifitas penggunaan biaya pelayanan pasien.
 - (6) Mengidentifikasi populasi yang berisiko.
 - (7) Mengembangkan registrasi dan *data-base*.
 - (8) Menilai efektifitas penggunaan biaya system rekaman.

- d) Pengambilan Kebijakan
 - (1) Mengalokasi sumber.
 - (2) Melaksanakan rencana strategis.
 - (3) Memonitor kesehatan masyarakat.
- e) Industri
 - (1) Menjalankan riset dan pengembangan.
 - (2) Merencanakan strategi pemasaran.
- b. Kegunaan rekam medis dari segi Aspek
 - 1) Aspek Administrasi
 - 2) Aspek Medis
 - 3) Aspek Hukum
 - 4) Aspek Keuangan
 - 5) Aspek Penelitian
 - 6) Aspek Pendidikan
 - 7) Aspek Dokumentasi
- c. Kegunaan rekam medis secara umum
 - 1) Untuk dokter yang bersangkutan :
 - a) Sebagai sarana untuk mencatat riwayat hidup pasien dan keluarga sebagai keterangan pelengkap didalam menetapkan diagnosis dan langkah-langkah perawatan pengobatan selanjutnya.
 - b) Untuk bahan penelitian dokter dalam melakukan pemeriksaan yang telah dilakukan terhadap seorang pasien.
 - c) Catatan hasil pemeriksaan penunjang medis, laboratorium, radiodiagnostik, menjamin kebenaran diagnosis dan sebagainya diperlukan oleh dokter dan staf paramedis untuk menegakkan diagnosis.
 - d) Dokter mencatat pada rekam medis antara lain juga mengenai hasil tindakan khusus misalnya; operasi, biopsi, dan sebagainya untuk dasar menetapkan diagnosis yang teliti / tepat.
 - e) Catatan terapi dan perkembangan perawatan diperlukan oleh dokter untuk mendapatkan kepastian langkah yang efektif dan langkah yang perlu dihindari/tidak boleh dilakukan dalam rangka melanjutkan perawatan dan pengobatan.
 - f) Rekam Medis yang lengkap dapat membantu penetapan diagnosis secara tepat.

- g) Rekam Medis diperlukan jika pasien yang bersangkutan perlu dirawat sebagai pasien rawat inap untuk kedua kalinya (rawat ulang).
 - h) Rekam Medis dapat dipergunakan oleh dokter pengganti jika dokter yang bersangkutan diganti/pindah.
 - i) Jika pasien yang bersangkutan meminta sesuatu keterangan, datanya dapat diambil dari berkas rekam medis.
 - j) Dipakai untuk mencatat hasil wawancara / pemeriksaan dan langkah-langkah yang sudah dilakukan.
 - k) Dipakai untuk mencatat instruksi kepada petugas kesehatan lainnya, misalnya perawat atau konsultasi kepada dokter spesialis lainnya.
 - l) Dipakai sebagai bahan studi sendiri untuk mengetahui kemajuan / hasil terapi penyebab penyakit dan sebagai sumber data dalam rangka penyusunan kerja dan sebagainya.
- 2) Untuk Perawat
- a) Dipakai untuk mencatat pelaksanaan pekerjaan yang diinstruksikan oleh dokter yang bersangkutan.
 - b) Dipakai untuk mencatat pekerjaan perawat yang telah dilaksanakan misalnya mengukur/ menghitung; suhu nadi, pernafasan dan sebagainya.
 - c) Dipakai sebagai bahan studi/penyelidikan.
- 3) Untuk Rumah Sakit
- a) Untuk bahan analisa kualitatif, kuantitatif, pemeriksaan dan pengobatan.
 - b) Bahan pengajaran bagi dokter yang menempuh spesialisasi, mahasiswa kedokteran dan siswa paramedis.
 - c) Sebagai acuan yang berguna untuk perencanaan, *budget* dan pengambilan keputusan.

C. RUANG LINGKUP PELAYANAN

Pasien RS Dharma Nugraha meliputi pasien rawat jalan & rawat inap, terdiri dari pasien umum dan pasien jaminan asuransi/perusahaan.

Ruang lingkup pelayanan Instalasi Rekam Medis adalah sebagai berikut :

1. Standar Pelayanan terdiri dari :
 - a. Pelayanan berkas rekam medis rawat jalan dan rawat inap
 - b. Kegiatan assembling berkas rekam medis rawat jalan dan rawat inap
 - c. Kegiatan koding berkas rekam medis rawat jalan dan rawat inap
 - d. Kegiatan pencatatan dan pelaporan internal dan eksternal rumah sakit

- e. Kegiatan korespondensi rekam medis, meliputi : pelayanan resume medis, asuransi, surat keterangan medis lainnya.
2. Keamanan dan keselamatan kerja
 - a. Ketentuan umum di Rekam Medis
 - b. Prinsip umum kesehatan dan keselamatan kerja
 - c. Persyaratan tempat kerja
 - d. Tata ruang dan fasilitas
 - e. Manajemen keamanan kerja
3. Sistem pencatatan dan pelaporan.
4. Meningkatkan mutu SDM dengan mengikuti pendidikan dan pelatihan sesuai dengan perkembangan ilmu dan teknologi terkini.
5. Memiliki peralatan Rekam Medis sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dengan tujuan menunjang dan memperlancar pelayanan terhadap pasien.

D. BATASAN OPERASIONAL

1. Pelayanan rekam medis rumah sakit adalah unit pelayanan rekam medis di rumah sakit yang bertanggung jawab atas tersedianya pelayanan yang aman, berkualitas dan mendukung pelayanan kesehatan di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
2. Pelayanan rekam medis adalah salah satu kegiatan yang menunjang terwujudnya pelayanan kesehatan yang bermutu kepada pasien atau pelanggan rumah sakit. Untuk mencapai pelayanan yang bermutu, khususnya pelayanan rekam medis diperlukan adanya keseragaman bertindak dan keseragaman berperilaku dalam mengelola rekam medis disamping dituntut disiplin kerja yang tinggi.
3. Rekam Medis adalah bukti tertulis tentang proses pelayanan yang diberikan oleh dokter dan tenaga kesehatan lainnya kepada pasien, hal ini merupakan cerminan kerjasama lebih dari satu orang tenaga kesehatan untuk menyembuhkan pasien.

E. LANDASAN HUKUM

Secara umum informasi rekam medis bersifat rahasia. Sumber hukum yang dapat dijadikan acuan didalam masalah informasi medis yang menyangkut rekam medis pasien dicantumkan dalam pasal 48 UU RI No 29 tentang Praktek Kedokteran yaitu mengenai ” Rahasia Kedokteran”:

Ayat 1 : Bahwa setiap dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktek kedokteran wajib menyimpan rahasia kedokteran.

Ayat 2 : Rahasia kedokteran dapat dibuka hanya untuk kepentingan kesehatan pasien,

Memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakan hukum, permintaan pasien sendiri atau berdasarkan ketentuan perundang-undangan.

Proses pelayanan yang diawali dengan identifikasi pasien baik data sosial pasien maupun perjalanan penyakit, pemeriksaan, pengobatan dan tindakan medis lainnya. Rekam Medis merupakan catatan (rekaman) yang harus dijaga kerahasiaannya dan terbatas pada tenaga kesehatan serta pasien, sehingga memberikan kepastian biaya yang harus dikeluarkan. Dengan kata lain sifat Rekam Medis mencantumkan nilai Administrasi, Legal, Finansial, Riset, Edukasi, Dokumen, Akurat Informatif dan dapat dipertanggungjawabkan (ALFRED AIR).

Landasan hukum yang dipakai dalam Pelayanan rekam medis:

1. Undang-Undang RI No.36 tahun 2009 tentang Kesehatan.
2. Undang-Undang RI No.44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit
3. Undang-Undang RI No. 11 tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik.
4. Undang-Undang RI No.29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
5. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.1171/MENKES/PER/VI/2011 tentang Sistem Informasi RS.
6. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis.
7. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.290/MENKES/PER/III tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran.
8. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 377/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan.
9. Keputusan Dirjen Pelayanan Medik Depkes RI No.78/Yanmed/RS/Umdik/YMU/I/91 tentang Pelayanan Rekam Medis di Rumah Sakit.
10. Surat Edaran Dirjen Yanmed Depkes RI No. HK.00.06.1.5.01160 tahun 1995 tentang Petunjuk Teknis Pengadaan Formulir Rekam Medis Dasar dan Pemusnahan Arsip Rekam Medis di Rumah Sakit.
11. Buku Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan PORMIKI, tahun 2008.
12. Buku Petunjuk Pengisian Pengolahan dan Penyajian Data RS, Ditjen Bina Yanmed Depkes RI, tahun 2005.
13. Buku Petunjuk Teknis Sistem Informasi RS, Ditjen Bina Upaya Kesehatan Kemkes RI, tahun 2011.
14. Buku Petunjuk Pelaksanaan Indikator Mutu Pelayanan RS, Ditjen Yanmed Kemkes RI, tahun 2001.

15. Buku Efisiensi Pengelolaan Rumah Sakit Grafik Barber Johnson tahun 1996.
16. Buku Manual Rekam Medis Konsil Kedokteran Indonesia Indonesian Medical Council, tahun 2006.

BAB II

STANDAR KETENAGAAN

A. KUALIFIKASI SUMBER DAYA MANUSIA

1. Instalasi Rekam Medis berada di bawah Manajer Penunjang Medis.
2. Instalasi Rekam Medis dipimpin oleh Kepala Instalasi dengan latar pendidikan minimal D3 Rekam Medis.
3. Instalasi Rekam Medis membawahi 3 (tiga) urusan, yaitu sebagai berikut :
 - a. Urusan pelaporan.
 - b. Urusan pengelolaan berkas rekam medis.
 - c. Urusan retrieval dan penyimpanan berkas rekam medis.
4. Pelayanan Rekam Medis dilakukan oleh tenaga rekam medis dengan jumlah dan memenuhi kualifikasi sesuai dengan pola ketenagaan yang telah ditetapkan.
5. Setiap petugas baru di Instalasi Rekam Medis mengikuti program orientasi karyawan baru.
6. Setiap petugas di Instalasi Rekam Medis mengikuti program pendidikan dan pelatihan berkelanjutan yang dilaksanakan untuk meningkatkan kemampuan dan ketrampilan staf.

Tenaga merupakan salah satu sumber daya penting karena menjadi kunci dalam keberhasilan kegiatan Pelayanan Rekam Medis di Rumah Sakit.

Pada dasarnya kegiatan Rekam Medis kesehatan harus dilakukan oleh petugas yang memiliki kualifikasi pendidikan dan pengalaman yang memadai serta memperoleh / memiliki kewenangan untuk melaksanakan kegiatan di bidang yang menjadi tugas atau tanggung jawabnya. Agar pelayanan Rekam Medis dapat terselenggara dengan mutu yang dapat dipertanggungjawabkan, maka pelayanan Rekam Medis harus dilakukan oleh tenaga yang profesional.

Kualifikasi tenaga dengan jumlah minimal untuk Instalasi Rekam Medis, sbb :

Nama Jabatan	Pendidikan		Tenaga Yang Dibutuhkan	Tersedia	Kurang
	Formal	Informal			
Kepala Instalasi/ PJ Rekam Medis	D3 Rekam Medis	<ul style="list-style-type: none"> • Diklat KaUr • Diklat Managemen Umum 	1	1	0
Penanggung Jawab Urusan Pelaporan Rekam Medis	D3 Rekam Medis/ SMU Sederajat	<ul style="list-style-type: none"> • Dasar-dasar Rekam Medis • Elektronik Rekam Medis • Sistem Penyimpanan BRM • Pelepasan Informasi ke Pihak ke 3 • Pemusnahan dan Penyusutan BRM • Urutan Assembiling BRM RI 	1	1	0 Dirangkap kainst
Penanggung Jawab Urusan Pengelolaan berkas rekam medis	D3 Rekam Medis/ SMU Sederajat	<ul style="list-style-type: none"> • Dasar-dasar Rekam Medis • Elektronik Rekam Medis • Sistem Penyimpanan BRM • Pelepasan Informasi ke Pihak ke 3 	1	1	0

		<ul style="list-style-type: none"> • Pemusnahan dan Penyusutan BRM • Urutan Assembiling BRM RI 			
Penanggung Jawab Urusan Retrieval dan Penyimpanan berkas rekam medis	D3 Rekam Medis/ SMU Sederajat	<ul style="list-style-type: none"> • Dasar-dasar Rekam Medis • Elektronik Rekam Medis • Sistem Penyimpanan BRM • Pelepasan Informasi ke Pihak ke 3 • Pemusnahan dan Penyusutan BRM • Urutan Assembiling BRM RI 	1	1	0
Penanggung Jawab mutu unit	D3 Rekam Medis/ SMU Sederajat	<ul style="list-style-type: none"> • Dasar-dasar Rekam Medis • Elektronik Rekam Medis • Sistem Penyimpanan BRM • Pelepasan Informasi ke Pihak ke 3 • Pemusnahan dan Penyusutan BRM • Urutan 	1	1	0

		Assembling BRM RI			
Pelaksana Rekam Medis	D3 Rekam Medis/ SMU Sederajat	<ul style="list-style-type: none"> • Dasar-dasar Rekam Medis • Elektronik Rekam Medis • Sistem Penyimpanan BRM • Pelepasan Informasi ke Pihak ke 3 • Pemusnahan dan Penyusutan BRM • Urutan Assembling BRM RI 	3	1	2

Tenaga merupakan salah satu sumber daya penting karena menjadi kunci dalam keberhasilan kegiatan Pelayanan pelayanan Rekam Medis di Rumah Sakit.

B. DISTRIBUSI KETENAGAAN

1. Kepala Instalasi Rekam Medis
2. Penanggung Jawab Urusan Pelaporan
3. Penanggung Jawab Urusan pengelolaan berkas rekam medis
4. Penanggung Jawab Urusan retrieval dan penyimpanan berkas rekam medis
5. Pelaksana Rekam Medis

C. PENGATURAN JAGA

1. Berdasarkan Jadwal Dinas / Shift : Shift pagi 07.00- 14.00
2. Shift siang 14.00- 21

BAB III

STANDAR FASILITAS

Instalasi Rekam Medis adalah suatu unit dalam rumah sakit tempat melaksanakan kegiatan administrasi dan pencatatan dan tempat melaksanakan kegiatan merekam dan menyimpan berkas-berkas pasien, riwayat penyakit, hasil pemeriksaan dan pengobatan pasien yang diterapkan secara terpusat.

A. RUANGAN

1. Gedung

a. Lokasi

- 1) Lokasi Instalasi Rekam Medis berdekatan dengan bagian pendaftaran.
- 2) Lokasi mudah dan strategis sehingga pengambilan dan distribusi rekam medis lancar.

b. Ruangan

- 1) Ruang kerja harus memadai bagi kepentingan staf, penyimpanan berkas rekam medis dan penempatan peralatan.
- 2) Ruangan penyimpanan dan ruang pengelolaan data harus terpisah/ ada sekat.
- 3) Ruangan harus cukup menjamin bahwa berkas rekam medis aktif dan non aktif tidak hilang, rusak/diambil oleh yang tidak berhak.
- 4) Ruang penyimpanan harus menampung berkas rekam medis aktif selama 5 tahun dan berkas rekam medis in aktif selama 2 tahun.
- 5) Khusus pada penyimpanan RM Elektronik dapat disimpan selama 25 tahun, dapat dibecup data.
- 6) Ruangan penyimpanan harus terpisah antara BRM aktif dan non aktif.
- 7) Ruangan rekam medis terdiri dari ruang kerja dan ruang penyimpanan BRM yaitu:
 - a) Ruang kerja terdiri dari :
 - (1) Meja tempat melakukan kegiatan pelayanan pasien rawat jalan.
 - (2) Meja tempat melakukan kegiatan pengolahan berkas rekam medis rawat inap.
 - (3) Meja tempat melakukan kegiatan assembling berkas rekam medis.
 - (4) Meja tempat melakukan kegiatan statistik berkas rekam medis.
 - (5) Meja tempat melakukan kegiatan analisa berkas rekam medis.
 - (6) Tempat melakukan kegiatan coding.

- (7) Meja/lemari sortir berkas rekam medis.
- (8) Tempat melakukan kegiatan pengolahan data/laporan.
- (9) Tempat tata usaha rekam medis.
- (10) Kursi sesuai jumlah petugas.
- (11) Meja sesuai jumlah petugas.
- b) Ruang penyimpanan berkas rekam medis terdiri dari :
 - (1) Ruang penyimpanan berkas rekam medis aktif.
 - (2) Ruang penyimpanan berkas rekam medis in aktif.

B. STANDAR FASILITAS

Daftar standar fasilitas yang harus dimiliki oleh Instalasi Rekam Medis RS Dharma Nugraha:

1. ATK dan Fasilitas Lain

NO	NAMA ALAT	JUMLAH
1.	Meja kerja Rekam Medis	2 buah
	a. Meja kerja Kepala Instalasi	1 buah
	b. Meja tempat melakukan kegiatan penyiapan BRM	1 buah
	c. Meja tempat melakukan kegiatan assembling BRM	1 buah
	d. Meja tempat melakukan kegiatan analisa BRM	1 buah
	e. Meja kegiatan coding	1 buah
	f. Meja/lemari sortir BRM	1 buah
	g. Meja pengolahan data/laporan	1 buah
	h. Meja tata usaha rekam medis	1 buah
2.	Komputer	4 buah
	a. Untuk Kepala Instalasi Rekam Medis	1 buah
	b. Pelayanan berkas rekam medis	0 buah
	c. Kegiatan Statistik dan Analisa Kuantitatif berkas rekam medis	1 buah
	d. Kegiatan Coding berkas rekam medis	1 buah
	e. Kegiatan pengolahan dan pelaporan data	1 buah
	f. Kegiatan tata usaha rekam medis (SKK, Akte Kelahiran, Resume Medis, Asuransi, dll)	0 buah

3.	Printer	1 buah
	a. Printer bukti layanan	1 buah
	b. Printer label rawat jalan	0 buah
	c. Printer label tetap/barcode rekam medis	1 buah
	d. Printer Statistik Rawat Inap	0 buah
	e. Printer pelaporan	1 buah
	f. Printer Surat Keterangan Kelahiran	1 buah
4.	Lemari penyimpanan berkas rekam medis	Sesuai kebutuhan
5.	Lemari arsip pelaporan & tata usaha	Sesuai kebutuhan
6.	AC	Sesuai luas ruangan
7.	Telepon	1 buah
8.	Lampu emergency	Sesuai luas ruangan
9.	APAR	1 buah
10.	Papan tulis besar	0 buah
11.	Papan tulis kecil	1 buah
12.	Jam dinding	1 buah
13.	Tempat sampah besar	1 buah
14.	Tempat sampah kecil	3 buah

BAB IV

TATA LAKSANA PELAYANAN

A. KETENTUAN PELAYANAN/ PENYELENGGARAAN REKAM MEDIS

1. Manajemen Rekam Medis sebagai acuan bagi rumah sakit dalam pengelolaan sistem rekam medis yang baik dan benar, dengan menyelenggarakan pencatatan dan dokumentasi dari proses pelayanan kepada pasien yang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku, meliputi :
 - a. Ketentuan Penyelenggaraan Rekam Medis
 - b. Tatacara dan Alur Penyelenggaraan Rekam Medis
 - c. Pencatatan, Assembling Dan Pengkodingan Rekam Medis
 - d. Kerahasiaan dan Keamanan Berkas Rekam Medis
 - e. Penyimpanan dan Pengarsipan Berkas Rekam Medis
 - f. Peminjaman dan Pengembalian Berkas Rekam Medis
 - g. Penyusutan dan Pemusnahan Berkas Rekam Medis
 - h. Dokumentasi dan Pelaporan Rekam Medis

Rekam medis mempunyai Aspek- aspek yang sangat penting antara lain:

- a. Aspek administrasi: karena isi rekam medis menyangkut tindakan berdasar atas wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga kesehatan profesional pemberi asuhan (PPA) dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.
- b. Aspek medis: karena catatan/ rekaman tersebut dipergunakan sebagai dasar merencanakan pengobatan/ asuhan yang harus diberikan kepada pasien.
- c. Aspek hukum: karena menyangkut masalah jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan dalam rangka upaya menegakkan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.
- d. Aspek keuangan: karena mengandung data/ informasi yang dapat dipergunakan sebagai dasar pembiayaan.
- e. Aspek peneliti: karena menyangkut data/ informasi yang dapat dipergunakan sebagai dasar penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.
- f. Aspek pendidikan: karena menyangkut data/ informasi perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medik yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut
- g. dapat dipergunakan sebagai bahan pertanggungjawaban serta laporan rumah sakit.

- h. Aspek dokumen: karena menyangkut sumber ingatan yang harus di dokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban serta laporan rumah sakit.

Rekam medis memiliki kegunaan sebagai:

- a. Alat komunikasi antara PPA yang memberikan asuhan pasien (communication);
- b. Dasar dalam penghitungan biaya pelayanan kepada pasien (financial billing);
- c. Penyedia data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan (research & education);
- d. Dasar untuk merencanakan asuhan yang harus diberikan kepada pasien (assessment)
- e. Bahan yang berguna untuk analisis, penelitian, dan evaluasi kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien (audit klinis);
- f. Sumber ingatan yang harus di dokumentasikan serta sebagai bahan yang dapat dipertanggungjawabkan dan pelaporan
- g. Bukti tertulis/ terekam atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit, dan pengobatan selama pasien berkunjung/ dirawat di rumah sakit;
- h. Pelindung kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit, maupun PPA (legal documentation)

Rekam Medis adalah milik rumah sakit, Direksi RS bertanggung jawab atas :

- a. Hilangnya, rusaknya atau pemalsuan rekam medis.
- b. Penggunaan oleh badan/orang yang tidak berhak.

Isi rekam medis adalah milik pasien yang wajib dijaga kerahasiaannya. Untuk melindungi kerahasiaannya dibuat ketentuan- ketentuan sebagai berikut :

- a. Hanya petugas bagian rekam medis yang diizinkan masuk ruang penyimpanan rekam medis.
- b. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi rekam medis untuk badan – badan atau perorangan, kecuali yang telah ditentukan oleh peraturan, perundang undangan yang berlaku.
- c. Selama rekam medis di ruang perawatan pada saat pasien dirawat atau peminjaman, keamanan dan kerahasiaan isi rekam medis menjadi tanggung jawab perawat ruangan.

- d. Resume medis dapat diberikan / dicopy oleh pasien atau oleh orang yang diberi kuasa atas persetujuan tertulis atau keluarga pasien yang berhak.

BRM yang tebal harus dijadikan 2 (dua) atau 3 (tiga) volume dan harus diurutkan dari kunjungan pertama sampai kunjungan terakhir.

Dalam hal pasien mendapat perawatan di rumah sakit, rekam medis tidak dibenarkan diberikan kepada pasien atau keluarga pasien, yang diberikan hanya resume medis dan hasil pemeriksaan. Jika pasien rawat jalan hanya diagnosa dan terapi yang diberikan atau sesuai dengan permintaan pasien/keluarga/pihak ke 3/ penjamin.

Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan rekam medis rumah sakit dilaksanakan oleh direksi dan manajer.

B. ISI REKAM MEDIS

1. Rawat Jalan

Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan pada sarana pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat :

- a. Identitas Pasien.
- b. Tanggal dan waktu.
- c. Hasil anamnesis mencakup sekurang-kurangnya ; keluhan utama, riwayat sekarang, riwayat penyakit yang pernah diderita, riwayat keluarga tentang penyakit yang diturunkan.
- d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis seperti ; Laboratorium, Rontgen.
- e. Diagnosis kerja / *differential* diagnosis.
- f. Rencana penatalaksanaan.
- g. Pengobatan atau tindakan.
- h. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
- i. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik dan persetujuan tindakan bila diperlukan.

2. Rawat Inap

Isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan sehari sekurang-kurangnya memuat :

- a. Identitas Pasien

- b. Tanggal dan waktu
- c. Hasil anamnesis mencakup sekurang-kurangnya ; keluhan utama, riwayat sekarang, riwayat penyakit yang pernah diderita, riwayat keluarga tentang penyakit yang diturunkan.
- d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis seperti ; Laboratorium, Rontgen.
- e. Diagnosis kerja / *differential* diagnosis / diagnosis akhir.
- f. Rencana penatalaksanaan.
- g. Pengobatan atau tindakan.
- h. Edukasi / informasi hasil pengkajian awal, diagnosis, rencana tindakan/ pengobatan, hasil asuhan yang diharapkan dan di tanda tangani oleh pasien/ keluarga dan DPJP.
- i. Persetujuan tindakan jika diperlukan.
- j. Catatan konsultasi.
- k. Catatan perawat dan tenaga kesehatan lain.
- l. Catatan observasi klinik dan hasil pengobatan.
- m. Ringkasan pulang (*Discharge Summary*).
- n. Nama dan tandatangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan.
- o. Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu dan untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.

3. Instalasi Gawat Darurat

Isi rekam medis untuk pasien Instalasi Gawat Darurat sekurang-kurangnya memuat :

- a. Identitas Pasien
- b. Tanggal dan waktu
- c. Hasil anamnesis mencakup sekurang-kurangnya ; keluhan utama, riwayat sekarang, riwayat penyakit yang pernah diderita, riwayat keluarga tentang penyakit yang diturunkan.
- d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis seperti ; Laboratorium, Rontgen.
- e. Diagnosis kerja / *differential* diagnosis.
- f. Rencana penatalaksanaan.
- g. Pengobatan atau tindakan.
- h. Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut.
- i. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan.

- j. Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien.

C. JENIS PELAYANAN REKAM MEDIS

Jenis Pasien yang datang ke RS

Pasien di RS dapat dikategorikan sebagai pasien Rawat Jalan (pasien poliklinik dan pasien gawat darurat) dan pasien Rawat Inap.

1) Dilihat dari segi pelayanan pasien datang ke RS dapat di bedakan menjadi :

- a) Pasien yang dapat menunggu
 - Pasien berobat jalan yang datang dengan perjanjian
 - Pasien yang datang tidak dalam keadaan gawat
- b) Pasien yang segera ditolong (pasien gawat darurat)

2) Sedang menurut jenis kedatangannya pasien dapat di bedakan menjadi:

- a) Pasien Baru adalah pasien yang baru pertama kali datang ke rumah sakit untuk keperluan mendapatkan pelayanan kesehatan.
- b) Pasien Lama adalah pasien yang pernah datang sebelumnya untuk keperluan mendapatkan pelayanan kesehatan

3) Kedatangan pasien ke RS dapat terjadi karena :

- a) Dikirim oleh dokter praktek di luar rumah sakit
- b) Dikirim oleh rumah sakit lain, puskesmas, atau jenis pelayanan kesehatan lainnya.
- c) Datang atas kemauan sendiri.

D. ALUR PELAYANAN PASIEN

Prosedur penerimaan pasien di RS menggunakan sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS)

1. Alur Pasien Rawat Jalan

a. Pasien Baru RJ

Pasien baru adalah pasien yang baru pertama kali berkunjung ke RS untuk berobat baik ke poliklinik, IGD maupun rawat inap. Pasien baru akan mendapatkan nomor rekam medis dan akan dibuatkan rekam medis, kartu berobat dan buku kesehatan ibu / anak jika pasien menghendaki.

1) Kewajiban Pasien Baru RJ

- a) Mengisi formulir pendataan pasien sesuai dengan identitas yang berlaku (KTP/SIM/PASPORT).

- b) Mendaftar dan mengambil nomor tunggu dan *barcode* di *front office* (Informasi) sesuai dokter yang dituju.
- c) Pasien memberitahukan kepada petugas pendaftaran tanggal lahir, nama pasien, nama penanggung jawab apabila tidak membawa buku kesehatan atau kartu berobat.
- d) Pasien menyelesaikan pembayaran di loket pembayaran (bagian kasir).

2) Alur Pasien Baru RJ

Setiap pasien yang datang baik datang sendiri, rujukan Dokter Praktek, rujukan Puskesmas atau Instalasi Kesehatan lain, harus mendaftar dibagian informasi untuk mengambil nomor tunggu dan *barcode* menurut dokter yang dituju.

- a) Pasien yang datang dapat dilayani dengan membawa surat rujukan atau dating atas kemauan sendiri/ direkomendasi rekan/ perusahaan dll.
- b) Pasien atau keluarga pasien mengisi formulir Pendaftaran Pasien Baru untuk mendapatkan rekam medis, kartu berobat dan buku kesehatan ibu / anak sesuai keinginan pasiendan akan dilakukan penginputan di computer untuk mendapatkan nomer registrasi/ NO RM sesuai dengan SPO.
- c) Setelah itu pasien diarahkan ke NS poliklinik untuk dilakukan timbang berat badannya dan diukur tekanan darah oleh perawat poliklinik.
- d) Pasien menyerahkan buku catatan kesehatan ibu / anak kepada perawat poliklinik.
- e) Pasien ditimbang berat badannya dan diukur tensinya oleh perawat poliklinik/ sesuai dengan penerimaan pasien di rawat jalan.
- f) Pasien dipersilahkan menunggu dipoliklinik dokter yang dituju.
- g) Jika pasien berbekutuhan khusus/ pelayanan khusus maka diberlakukan pelayanan dengan menggunakan pelayanan khusus serta dilibatkan keluarganya.
- h) Setelah pasien selesai berkonsultasi dengan dokter pasien menyelesaikan pembayaran di kasir. Jika pasien mendapat pengantar untuk pemeriksaan penunjang pasien menuju ke instalasi pemeriksaan penunjang.

b. Pasien Lama RJ

Pasien yang sudah pernah berkunjung ke RS untuk berobat ke poliklinik, IGD maupun Rawat Inap yang sudah terdata identitas dirinya dan sudah memiliki nomor rekam medis. Pasien lama dapat dibedakan menjadi :

- Pasien perjanjian adalah pasien atau keluarga pasien yang telah menghubungi pihak rumah sakit sebelumnya untuk mendaftar ke dokter yang dituju

- Pasien yang datang langsung ke rumah sakit untuk berobat dan mendaftar ke dokter yang dituju.

1) Kewajiban pasien lama RJ

Mendaftar dan mengambil nomor tunggu dan *barcode* di *front office* (Informasi) sesuai dokter yang dituju.

- a) Memberikan informasi mengenai identitas pasien kepada petugas pendaftaran jika tidak / lupa membawa buku kesehatan atau kartu berobat.
- a) Pasien menyelesaikan pembayaran di loket pembayaran (bagian kasir).

2) Alur Pasien Lama RJ

Pasien Perjanjian

- (1) Pasien datang ke bagian informasi menyebutkan nama dokter yang tuju dan melakukan registrasi untuk mendapat nomor tunggu dan bar koding
- (2) Pasien diarahkan ke poliklinik sesuai dengan dokter yang tuju.
- (3) Pasien menyerahkan buku kesehatan ibu / anak serta bar koding kepada perawat poliklinik.
- (4) Pasien ditimbang berat badannya dan diukur tekanan darahnya oleh perawat poliklinik.
- (5) Pasien dipersilahkan menunggu di ruang tunggu poliklinik dokter yang dituju.
- (6) Setelah pasien selesai berkonsultasi dengan dokter, pasien diarahkan ke apotik atau penunjang lainnya.
- (7) Pasien menyelesaikan pembayaran di loket pembayaran (kasir).

Pasien Tanpa Perjanjian / datang langsung

- (1) Pasien datang menunjukkan buku kesehatan ibu / anak atau kartu berobat kepada petugas informasi. Jika pasien tidak membawa dan tidak ingat nomor rekam medis pasien memberikan data tanggal lahir atau nama pasien, sehingga dapat mencari nomor rekam medis.
- (2) Pasien mengambil nomor tunggu dan *bar koding* menurut dokter yang dituju.
- (3) Pasien diarahkan ke poliklinik sesuai dengan dokter yang tuju.
- (4) Pasien menyerahkan buku kesehatan ibu / anak serta bar koding kepada perawat poliklinik.
- (5) Pasien ditimbang berat badannya dan diukur tekanan darahnya oleh perawat poliklinik.
- (6) Pasien dipersilahkan menunggu di ruang tunggu poliklinik dokter yang dituju.

- (7) Setelah pasien selesai berkonsultasi dengan dokter, pasien diarahkan ke apotik atau penunjang lainnya.
- (8) Pasien menyelesaikan pembayaran di loket pembayaran (bagian kasir).

2. Alur Pasien Instalasi Gawat Darurat

a. Pasien Baru IGD

1) Kewajiban Pasien IGD / Keluarga / Pengantar

- a) Mendaftar ke bagian informasi untuk mendaftar.
- b) Memberikan informasi mengenai identitas pasien kepada petugas pendaftaran.

2) Alur Pasien Baru IGD

- a) Pasien / keluarga pasien datang ke bagian informasi untuk mendaftar.
- b) Pasien ditolong terlebih dahulu oleh perawat IGD.
- c) Pasien / keluarga pasien mengisi formulir pendaftaran pasien baru dengan lengkap dan benar untuk pembuatan kartu berobat.
- d) Setelah mendapatkan pertolongan dan pengobatan dari dokter / perawat IGD, pasien/keluarga pasien diarahkan oleh perawat ke bagian apotik/penunjang lainnya atau dirujuk ke RS lain.
- e) Pasien/keluarga pasien diarahkan ke bagian kasir untuk menyelesaikan administrasi.

b. Pasien Lama IGD

1) Kewajiban Pasien IGD / Keluarga / Pengantar

- a) Mendaftar ke bagian informasi untuk mendaftar
- b) Menyerahkan buku kesehatan / kartu berobat kepada petugas informasi.

2) Alur Pasien Lama IGD

- a) Pasien / Keluarga / Pengantar datang ke bagian informasi untuk mendaftar
- b) Jika pasien datang dengan keadaan emergency pasien ditolong terlebih dahulu oleh perawat IGD, jika tidak dalam keadaan emergency pasien dipersilahkan menunggu panggilan
- c) Pasien / keluarga pasien menyerahkan Buku Kesehatan kepada petugas pendaftaran dan Perawat IGD mencari kartu berobat pasien .
- d) Setelah pasien selesai mendapatkan pertolongan dari dokter / perawat IGD, pasien /keluarga pasien diarahkan ke bagian apotik/penunjang lainnya atau langsung dirujuk ke RS lain.
- e) Pasien ke bagian kasir untuk menyelesaikan administrasi.

3. Alur Pasien Rawat Inap

Penerimaan pasien rawat inap admitting office. Fungsi utamanya adalah menerima pasien untuk di rawat di rumah sakit. Tata cara penerimaan pasien harus wajar sesuai keperluannya. Dengan makin meningkatnya jumlah pasien, pimpinan rumah sakit harus memberikan perhatian yang konstan dalam membina system dan prosedur penerimaan pasien yang sebaik-baiknya. Pasien yang memerlukan perawatan, dapat di bagi menjadi 3 kelompok yaitu:

- a. Pasien yang tidak urgen, penundaan perawatan pasien tersebut tidak akan menambah penyakitnya.
- b. Pasien yang urgen, tetapi tidak darurat gawat, dapat di masukan di dalam daftar tunggu
- c. Pasien gawat darurat (emergency), langsung dirawat

Pembinaan dan pelaksanaan pekerjaan penerimaan pasien dengan baik menciptakan tanggapan yang baik dari pasien-pasien yang baru masuk, menjamin kelancaran dan kelengkapan catatan-catatan serta menghemat waktu dan tenaga.

Ketentuan Umum Penerimaan Pasien Rawat Inap ;

1. Petugas penanggung jawab
 - a. Petugas admision/ pendaftaran pasien rawat inap
 - b. DPJP/ PPA lainnya yang bertanggung jawab terhadap pasien rawat inap
2. Perangkat kerja
 - a. BRM RJ & RI (BRM Terintegrasi)
 - b. Pengantar RI dari DPJP/ Rujukan
 - c. LKM
 - d. Komputer dan printer
 - e. Persetujuan umum/ general consent
 - f. Form tatatertib RS
 - g. Leaflet HPK
 - h. Informasi pelayanan rumah sakit
 - i. Data base pasien RI (Dashboard pasien RI) di komputer.

4. Tata laksana pendaftaran pasien rawat inap secara umum.

- a. Pendaftaran pasien rawat inap dilakukan oleh pasien/ keluarga ke bagian admision (pendaftaran pasien rawat inap) dengan membawa surat pengantar rawat/ perencanaan tindakan/ pengobatan.
- b. Kelengkapan persyaratan penjamin sesuai dengan ketentuan.
- c. Pasien/ keluarga menandatangani surat persetujuan rawat inap (lembar keluar masuk rumah sakit)
- d. Pasien/keluarga dijelaskan tentang persetujuan umum/ general consent rawat inap termasuk Hak pasien dan keluarga.
- e. Pasien/ keluarga dijelaskan tentang perkiraan biaya, termasuk jika pasien asuransi tentang tata tertib tentang asuransi yang digunakan oleh pasien/ keluarganya.
- f. Penjelasan tentang tata tertib rumah sakit.
- g. Pasien/ keluarga akan mendapat bukti registrasi rawat inap untuk dikoordinasikan dengan ruang rawat inap/ ruang tindakan/ pengobatan.
- h. Unit/ instalasi rumah medis akan menyiapkan BRM baik pasien lama maupun pasien baru (jika lama status lama disertakan ke rawat inap)

5. Alur Pasien Pulang Sembuh/ perbaikan/ tidak memerlukan rawat inap

- a. Kriterianya adalah pasien sudah diperbolehkan/ diijinkan oleh DPJP
- b. Pasien sudah mengalami perbaikan/ tidak memerlukan perawatan di rumah sakit.
- c. Pasien dengan kriteria terminal state sehingga tidak memerlukan perawatan di rumah sakit.
- d. Perencanaan pulang sudah diidentifikasi pada BRM dan sudah direncanakan/ diperbolehkan pulang oleh DPJP
- e. Pengantar pulang dibuat untuk ke bagian administrasi rawat inap (keuangan RI)

6. Alur pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri

- a. Pasien/ keluarga mengajukan permintaan kepada dokter pulang atas permintaan sendiri.
- b. Pasien /keluarga pasien menandatangani formulir Pernyataan Pulang Atas Permintaan Sendiri (pembebasan tanggung jawab RS) terhadap pasien pulang atas permintaan sendiri.dan dijelaskan tentang alternatif untuk pasien/ keluarganya.
- c. Pasien diberikan surat lepas perawatan dan resume medis.

- d. Pasien diberikan penjelasan tentang cara menggunakan obat, diet, waktu dan tempat kontrol.
- e. Pasien menyelesaikan pembayaran biaya perawatan pasien ke bagian kasir.

7. Prosedur Selama Pasien di Ruang Perawatan

- a. Pada waktu pasien tiba di ruang perawatan dan diterima oleh perawat, pasien diberi gelang identitas pasien (tanda pengenal).
- b. Perawat menambah formulir-formulir yang diperlukan oleh dokter maupun perawat sendiri.
- c. Selama perawatan, perawat mencatat semua data perawatan yang diberikan dari mulai saat pasien tiba di ruang sampai pasien tersebut pulang, dipindahkan atas.

E. ALUR PELAYANAN BERKAS REKAM MEDIS

1. Alur Berkas Rekam Medis Rawat Jalan

a. BRM Pasien Baru RJ

- 1) Pengisian formulir pendaftaran pasien baru dengan lengkap dan benar untuk mendapatkan nomor rekam medis dan kartu berobat.
- 2) Pasien dibuatkan berkas rekam medis dan Buku Kesehatan Bayi dan Anak / Ibu yang harus dibawa setiap kali pasien berobat ke RS.
- 3) Identitas pasien baru dicatat didalam berkas rekam medis dan didalam buku register.
- 4) Petugas pendaftaran pasien baru melakukan perintah cetak bukti layanan ke printer di instalasi rekam medis.
- 5) Pembuatan berkas rekam medis baru, label barcode rawat jalan dan label barcode tepat untuk pasien baru oleh Instalasi Rekam Medis.
- 6) Label barcode tetap di tempelkan pada map berkas rekam medis dan formulir rawat jalan, nomor rekam medis dicatat juga pada map berkas rekam medis.
- 7) Berkas rekam medis beserta bukti layanan dan label barcode rawat jalan di distribusikan oleh petugas rekam medis ke NS poliklinik / IGD dengan menggunakan tubing.
- 8) Berkas rekam medis dimasukkan ke ruang praktek dokter yang di tuju oleh perawat poliklinik / IGD.
- 9) Setelah pasien selesai berkonsultasi dengan dokter , petugas rekam medis mengambil berkas rekam medis ke masing-masing NS/ poliklinik.
- 10) Berkas rekam medis dikembalikan kebagian rekam medis dan Buku Kesehatan Anak dan Bayi/ Ibu dikembalikan kepada pasien untuk dibawa pulang.

- 11) Berkas rekam medis yang kembali ke bagian rekam medis , dicatat dibuku pengembalian status dan disimpan kembali kedalam rak penyimpanan.
- 12) Dilakukan cek list pada buku ekspedisi berkas rekam medis yang kembali, assembling (penyusunan stiker nomor RM, stiker tahunan dan penulisan tahun kunjungan), koding diagnosa kemudian di simpan ke dalam lemari penyimpanan.
- 13) Berkas rekam medis yang disimpan di rak penyimpanan , dapat dikeluarkan kembali untuk :
 - a. Berobat ulang
 - b. Pengisian Resume
 - c. Pendidikan, dan
 - d. Penelitian
 - e. Keperluan lain.

b. BRM Pasien Lama RJ

- 1) Petugas pendaftaran melakukan perintah cetak bukti layanan ke printer di instalasi rekam medis.
- 2) Pembuatan label barcode rawat jalan oleh Instalasi rekam medis.
- 3) Petugas rekam medis mencari berkas rekam medis pasien
- 4) Berkas rekam medis pasien dicek sebelum didistribusikan ke poliklinik yang dituju oleh petugas rekam medis dengan menggunakan tubing.
- 5) Berkas rekam medis dimasukkan ke ruang praktek dokter oleh perawat poliklinik / IGD.
- 6) Setelah pasien selesai berkonsultasi dengan dokter , petugas rekam medis mengambil berkas rekam medis ke masing-masing NS/ poliklinik.
- 7) Berkas rekam medis dikembalikan ke bagian rekam medis dan Buku Kesehatan Anak dan Bayi/ Ibu dikembalikan kepada pasien untuk dibawa pulang.
- 8) Berkas rekam medis yang kembali ke bagian rekam medis , dicatat dibuku pengembalian status dan disimpan kembali kedalam rak penyimpanan.
- 9) Dilakukan cek list pada buku ekspedisi berkas rekam medis yang kembali, assembling (penyusunan stiker nomor RM, stiker tahunan dan penulisan tahun kunjungan), koding diagnosa kemudian di simpan ke dalam lemari penyimpanan.
- 10) Berkas rekam medis yang disimpan di rak penyimpanan , dapat dikeluarkan kembali untuk :
 - a. Berobat ulang

- b. Pengisian Resume
- c. Pendidikan, dan
- d. Penelitian
- e. Keperluan lain.

2. Alur Berkas Rekam Medis Rawat Inap

a. BRM Pasien Baru RI

- 1) Pasien mengisi formulir pendaftaran pasien baru untuk mendapatkan nomer Rekam Medis.
- 2) Berkas rekam medis yang selesai diperiksa dokter poliklinik dan akan dirawat inap, maka berkas rekam medis dibawa perawat poliklinik ke IGD sebelum ke ruang perawatan.
- 3) Petugas FO melakukan registrasi rawat inap dan mencetak 4 label barcode rawat inap dan mencetak lembar masuk dan keluar pasien.
- 4) 1 label barcode RI oleh petugas IGD di tempelkan pada formulir catatan medis pasien rawat inap terintegrasi dan 3 label barcode di taruh di kantong map/cover dan dibawa keruang perawatan.
- 5) Berkas Rekam Medis dibawa keruangan perawatan oleh perawat.
- 6) Setelah pasien selesai menjalani perawatan, petugas rekam medis mengambil berkas Rekam Medis pasien pulang rawat inap ke setiap ruang perawatan setiap hari.
- 7) Pengambilan berkas rekam medis pasien pulang rawat dicatat pada buku ekspedis yang dicocokkan dengan laporan pasien pulang pada menu VB Rekam Medis.
- 8) Rekam Medis yang kembali dari ruangan perawatan dikembalikan kebagian Rekam Medis untuk disusun / dirapikan (*Assembling*).
- 9) Dilakukan proses cek kelengkapan, analisa kuantitatif berkas rekam medis, koding diagnosa pada menu VB Rekam Medis di komputer dan menginput statistic pasien rawat inap yang pulang kedalam komputer.
- 10) Setelah semua proses pengelolaan berkas rekam medis selesai dilakukan, maka berkas rekam medis pasien disimpan ke lemari penyimpanan.
- 11) Untuk berkas rekam medis yang belum lengkap pengisiannya, contoh resume medis maka berkas rekam medis diajukan terlebih dahulu ke DPJP sebanyak 2 x pengajuan.

- 12) Bila pasien jaminan maka resume medis lembar/ rangkap ke dua dikeluarkan dan diberikan ke bagian keuangan sebagai bahan untuk proses klaim pembayaran pihak penjamin.
- 13) Berkas Rekam Medis disamping kembali kedalam rak penyimpanan /Penjajaran dan dapat dikeluarkan kembali untuk pengisian Resume ,Pendidikan dan Berobat ulang.
- 14) Pasien dirujuk ke rumah sakit lain, lembaran resume medis dicopy untuk dibawa ke rumah sakit yang dituju.

b. BRM Pasien Lama RI

- 1) Berkas rekam medis yang selesai diperiksa dokter poliklinik dan akan dirawat inap, maka berkas rekam medis dibawa perawat poliklinik ke IGD sebelum ke ruang perawatan.
- 2) Petugas FO melakukan registrasi rawat inap dan mencetak 4 label barcode rawat inap dan mencetak lembar masuk dan keluar pasien.
- 3) 1 label barcode RI oleh petugas IGD di tempelkan pada formulir catatan medis pasien rawat inap terintegrasi dan 3 label barcode di taruh di kantong map/cover dan dibawa keruang perawatan.
- 4) Berkas Rekam Medis dibawa keruangan perawatan oleh perawat.
- 5) Setelah pasien selesai menjalani perawatan, petugas rekam medis mengambil berkas Rekam Medis pasien pulang rawat inap ke setiap ruang perawatan setiap hari.
- 6) Pengambilan berkas rekam medis pasien pulang rawat dicatat pada buku ekspedisi yang dicocokkan dengan laporan pasien pulang pada menu VB Rekam Medis.
- 7) Rekam Medis yang kembali dari ruangan perawatan dikembalikan kebagian Rekam Medis untuk disusun / dirapikan (*Assembling*).
- 8) Dilakukan proses cek kelengkapan, analisa kuantitatif berkas rekam medis, koding diagnosa pada menu VB Rekam Medis di komputer dan menginput statistik pasien rawat inap yang pulang kedalam komputer.
- 9) Setelah semua proses pengelolaan berkas rekam medis selesai dilakukan, maka berkas rekam medis pasien disimpan ke lemari penyimpanan.

- 10) Untuk berkas rekam medis yang belum lengkap pengisiannya, contoh resume medis maka berkas rekam medis diajukan terlebih dahulu ke DPJP sebanyak 2 x pengajuan.
- 11) Bila pasien jaminan maka resume medis lembar/ rangkap ke dua dikeluarkan dan diberikan ke bagian keuangan sebagai bahan untuk proses klaim pembayaran pihak penjamin.
- 12) Berkas Rekam Medis disamping kembali kedalam rak penyimpanan /Penjajaran dan dapat dikeluarkan kembali untuk pengisian Resume ,Pendidikan dan Berobat ulang.
- 13) Pasien dirujuk ke rumah sakit lain, lembaran resume medis dicopy untuk dibawa ke rumah sakit yang dituju.

F. SISTEM IDENTIFIKASI DAN PENOMORAN

Identifikasi pasien secara benar penting untuk memberikan pelayanan tepat sesuai dengan kebutuhan pasien, dapat dilakukan dengan sistem sebagai berikut :

1. Pemberian Nomor Rekam Medis Pasien

- a. Pemberian nomor rekam medis menggunakan Sistem Nomor Unit (*Unit Numbering System*).

Didalam sistem ini pasien mendapatkan satu nomor rekam medis yang akan dipakai selamanya saat berobat ke RS baik untuk pelayanan rawat jalan, rawat inap, gawat darurat maupun pelayanan penunjang medis. Dan berkas rekam medis pasien akan disimpan didalam satu berkas dengan satu nomor pasien. Sistem ini secara cepat memberikan kepada rumah sakit /staf medis gambaran lengkap mengenai riwayat penyakit, proses pengobatan serta terapi yang diberikan kepada pasien. Dalam pemberian nomor rekam medis untuk pasien, petugas harus mengecek apakah pasien sudah/belum pernah berkunjung ke rumah sakit. Jika sudah pernah maka pasien tidak perlu diberikan nomor baru, karena pasien pasti sudah memiliki nomor rekam medis pada kunjungan terdahulu. Jika terjadi kesalahan satu pasien mempunyai 2 (dua) nomor rekam medis, maka petugas harus membatalkan salah satu nomor rekam medisnya, pembatalan atau penghapusan dilakukan oleh bagian EDP. Nomor rekam medis yang dipakai adalah nomor rekam medis yang sudah pernah dirawat nomor yang telah dihapus dapat dipakai untuk pasien selanjutnya.

- b. Sumber nomor di RS akan keluar secara otomatis pada sistem komputerisasi yang telah ada. nomor rekam medis akan keluar secara otomatis apabila ada pasien baru yang

mendaftar. Nomor dimulai dari 000000 sampai dengan 999999 dan selanjutnya 100001 dst

- c. Penomoran terdiri dari 6 digit berupa angka yang menunjukkan nomor rekam medis pasien.

2. Data Dasar Pasien (Master Pasien)

Data Dasar Pasien (Master Pasien) adalah salah satu cara untuk menunjang kelancaran pelayanan terhadap pasien, sehingga memudahkan dalam menemukan berkas rekam medis pasien . Indeks pasien menggunakan sistem komputerisasi, sehingga pencarian nomor rekam medis pasien dapat dilakukan dengan melihat pada data dasar pasien yang tersimpan di dalam database Rumah Sakit. Data Dasar Pasien (Master Pasien) diinput menjadi data dasar pasien yang akan tersimpan didalam komputer menjadi master pasien. Data yang diberikan pasien diinput secara komputerisasi untuk memudahkan penyimpanan karena master data pasien secara otomatis tersimpan dan memiliki back up di dalam server.

3. Pemberian Data Pasien

Pencatatan data identitas dilakukan dengan print pada label barcode untuk ditempelkan di kolom dengan tulisan label identitas pada map/cover bagian depan dan di kanan atas foermulir. Pengecualian karena aspek legal, data identitas tidak boleh dipakai label, harus ditulis manual yaitu untuk formulir resume medis, persetujuan tindakan medis, identifikasi bayi, lembar masuk dan keluar dan sertifikat medis penyebab kematian. Label identitas pada BRM baru ada 3 (tiga) jenis yaitu :

a. Label identitas

Berisi data nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir. Label ditempelkan pada map/cover di kolom identitas dan pada formulir catatan medis pasien rawat jalan di kolom identitas di kanan atas formulir.

b. Label barcode Rawat Jalan

Berisi data nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, nama penanggung jawab, data registrasi RJ diperlukan pada setiap transaksi RJ.

c. Label Barcode Rawat Inap

Berisi data nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, nama penanggung jawab, data registrasi RI, kelas perawatan, nama dokter dan perusahaan/asuransi penjamin (bila ada).

4. Pemberian Identitas Pasien

- 1) Pengisian identitas pasien harus lengkap dan jelas, sesuai data yang diberikan oleh pasien/ keluarga pasien. Identitas pasien harus tercantum dalam berkas rekam medis, kartu/ buku kesehatan ibu maupun anak, dan lembar pelayanan kesehatan.
- 2) Identitas pasien minimal terdiri dari nomor rekam medis, nama lengkap pasien dan tanggal lahir.

5. Pemberian Identitas Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir mendapat nomor rekam medis baru. Identitas bayi baru lahir berdasarkan identitas ibu, setelah bayi kontrol maka nama identitas ibu dirubah menjadi nama bayi.

6. Pemberian Identitas Pasien Rawat Inap

Setiap pasien yang dirawat memakai gelang sesuai dengan jenis kelamin dan kondisi pasien (merah muda untuk perempuan dan biru muda untuk laki-laki, merah untuk pasien yang mempunyai alergi, kuning untuk pasien dengan resiko jatuh). Data yang wajib ditulis pada gelang pasien untuk pasien anak dan dewasa yaitu nama pasien, nama ibu kandung dan tanggal lahir.

G. SISTEM PENAMAAN PASIEN

1. Penulisan Nama Pasien

Sebelum penetapan sistem penamaan yang dipakai, terlebih dahulu kita harus memahami keperluan yang mendasar dari sistem penamaan tersebut, sehingga perlu ditetapkan dengan sistem sendiri. Prinsip utama yang harus ditaati oleh petugas penerimaan pasien baru adalah nama pasien harus lengkap, bila pasien sudah berkeluarga maka disesuaikan identitas yang berlaku seperti KTP, PASPORT/ SIM dan jika tidak ada maka harus menuliskan pada formulir pendaftaran sesuai dengan ketentuan rumah sakit. RS dalam sistem penamaan menggunakan cara nama pasien sendiri. Bila pasien dewasa maka penanggungjawab adalah suami, dan apabila pasien anak-anak maka penanggungjawab adalah nama ayah/ orang tua.

Adapun cara penulisan adalah sebagai berikut :

- a. Penamaan pasien dewasa perempuan sudah menikah maka akan diikuti nama penanggung jawab yaitu suami yaitu ;
Contoh : Ny Putri Diana – Tn Jason Saputra
Diendeks : Putri Diana Ny
- b. Penamaan pasien dewasa perempuan belum menikah maka diikuti nama pasien itu sendiri

Contoh : Nn Princess Salma – Tn Daniel Suharyanto

Indeks : Princess Salma Nn

- c. Penamaan pasien Anak laki-laki dan perempuan maka akan diikuti nama penanggung jawab ayah/ orang tua yaitu ;

Contoh : An Aldebarn Yahya – Tn Firmansyah

Diindeks : Aldebarn Yahya An.

- d. Penamaan bayi baru lahir sistem yang dipakai adalah menggunakan nama ibu yaitu ditulis nama By. Ny. hingga pada saat pulang belum mempunyai nama, maka pada saat kontrol pertama kali maka nama ibunya tersebut akan diganti sesuai dengan nama pasien itu sendiri, data sosial yang telah diinput maka akan dirubah sesuai nama pasien yang sudah ada namanya.

Contoh : By. Ny Linda Ruth,- Tn Budi Darmawan

Indeks : Linda Ruth By Ny

- e. Perempuan berstatus janda maka memakai nama sendiri / jika suaminya meninggal maka penulisan diikuti almarhum suaminya

Contoh : Ny Grace Regina –Tn Macell Valdano (Alm)

Indeks : Grace Regina Ny.

- f. Gelar kesarjanaan seperti DR, dr, SH dsb, gelar-gelar kesarjanaan tersebut ditempatkan dibelakang nama.

Contoh : Tn. Abraham Benny, H, SH, MM

Indeks : Abraham Benny, H, SH, MM, Tn

2. Indeks Nama Pasien dan Penyimpanannya

Indeks pasien adalah salah satu cara untuk menunjang kelancaran pelayanan terhadap pasien, sehingga memudahkan dalam menemukan berkas rekam medis pasien . Indeks pasien menggunakan sistem komputerisasi, sehingga pencarian nomor rekam medis pasien dapat dilakukan dengan melihat pada data dasar pasien yang tersimpan di dalam *database* Rumah Sakit. Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP) diinput menjadi data dasar pasien yang akan tersimpan didalam komputer menjadi *master* pasien. Data yang diberikan pasien diinput secara komputerisasi untuk memudahkan penyimpanan karena *master* data pasien secara otomatis tersimpan dan memiliki *back up* di dalam *server*.

H. SISTEM PENJAJARAN

1. Penjajaran berkas rekam medis dengan sistem penyimpanan angka akhir (*terminal digit filing system*).
2. Nomor rekam medis dibagi menjadi 3 (tiga) kelompok. Contoh : 01-02-03 dua angka pertama (01) disebut kelompok nomor tertier atau ketiga. 2 angka berikutnya (2) disebut nomor sekunder, dan angka terakhir (03) disebut nomor primer.
3. Nomor primer sebagai pedoman letak penyimpanan yaitu letak atau tempat penyimpanan yang terdiri dari Sub Rak 00 – 99.

I. SISTEM PENYIMPANAN BERKAS REKAM MEDIS

Cara penyimpanan yang digunakan adalah Sentralisasi yaitu penyimpanan berkas rekam medis rawat jalan dan rawat inap dalam satu berkas.

1. Keuntungan :
 - a. Berkas rekam medis terintegrasi antara rawat jalan dan rawat inap.
 - b. Mengurangi terjadinya duplikasi dalam pemeliharaan dan penyimpanan rekam medis.
 - c. Mengurangi jumlah biaya yang dipergunakan untuk peralatan dan ruangan.
 - d. Tata kerja dan peraturan mengenai kegiatan pencatatan medis mudah distandardisasikan.
 - e. Memungkinkan peningkatan efisiensi kerja petugas penyimpanan.
2. Kerugian :
 - a. Berkas rekam medis menjadi lebih tebal
 - b. Petugas menjadi lebih sibuk, karena harus menangani unit rawat jalan dan unit rawat inap.
 - c. Tempat penerimaan pasien harus bertugas 24 jam.

Petugas penyimpanan rekam medis adalah petugas yang ditunjuk dan bertanggungjawab menyimpan, memelihara dan mengamankan rekam medis dan isinya yang bersifat rahasia di ruangan yang aman, terbebas dari kemungkinan kebakaran, banjir dan kerusakan karena sebab lain. Jika map/ sampul berkas rekam medis rusak maka harus diganti dengan yang baru tanpa merubah identitas pasien.

1. Jangka Waktu Penyimpanan

Berkas Rekam Medis pasien rawat inap wajib disimpan sekurangnya untuk **jangka waktu 5 tahun** dihitung dari **tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan**. Setelah

batas waktu waktu 5 tahun, berkas aktif dikeluarkan menjadi in aktif disimpan selama 2 tahun sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia

No.269/Menkes/PER/III/2008 BAB IV pasal 8, tercantum :

- 1) Rekam medis pasien rawat inap di rumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 5 (lima) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan.
- 2) Setelah batas **waktu 5 (lima) tahun sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilampaui, rekam medis dapat dimusnahkan, kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medic.**
- 3) **Ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medic sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus disimpan untuk jangka waktu 10 (sepuluh) tahun terhitung dari tanggal dibuatnya ringkasan tersebut.**
- 4) Penyimpanan rekam medis dan ringkasan pulang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (3) dilaksanakan oleh petugas yang ditunjuk oleh pimpinan sarana pelayanan kesehatan.

Karena keterbatasan tempat maka RS menyimpan berkas rekam medis aktif selama 3 tahun dan 2 tahun lagi disimpan digudang arsip (bukan termasuk dalam berkas in aktif), jika dibutuhkan berkas rekam medis dapat diambil kembali.

Rekam medis in aktif tetap disimpan, lama waktu penyimpanan sesuai dengan kapasitas kemampuan ruangan yang ada di RS Jika sudah melalui tahap in aktif selama 2 tahun rekam medis dapat dimusnahkan jangka waktu 10 tahun dilihat kunjungan terakhir dan sudah melewati tahap penyusutan.

2. Ketentuan dan prosedur penyimpanan lainnya

Ketentuan dasar yang membantu memperlancar pekerjaan pengelolaan rekam medis.

- a. Pada saat rekam medis dikembalikan kebagian rekam medis, sebelumnya harus disortir menurut nomor rekam medis, sebelum disimpan. Hal ini membantu menemukan rekam medis yang diperlukan tetapi ada dalam tempat penyimpanan dan memudahkan pekerjaan penyimpanan.
- b. Pada waktu sore dan malam hari petugas di ruang poliklinik dan ruang rawat inap akan mengawasi peraturan, dimana harus menyimpan berkas rekam medis yang telah ditetapkan.
- 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 menemukan kartu pinjaman atau tracer rekam medisnya yang belum dikembalikan.
- e. Rekam medis dari petugas/staf rumah sakit atau rekam medis yang berkenaan dengan proses hukum tidak disimpan ditempat penyimpanan biasa, harus disimpan ditempat khusus, berkas rekam medis yang berkaitan dengan proses hukum disimpan di ruang pimpinan bagian rekam medis, dan ditempat penyimpanan biasa diberi petunjuk.
- f. Petugas penyimpanan harus memelihara kerapihan dan keteraturan rak-rak penyimpanan yang menjadi tanggung jawabnya.
- g. Rekam medis yang sedang diproses/ dipakai oleh petugas bagian rekam medis harus diletakkan di atas meja/ rak tertentu dengan maksud bahwa rekam medis tersebut setiap saat dapat dipergunakan.
- h. Rekam medis sangat tebal harus dijadikan 2 atau 3 jilid.
- i. Petugas yang mengepalai kegiatan penyimpanan (penanggung jawab) harus membuat laporan rutin kegiatan yang meliputi :
 - 1) Jumlah rekam medis yang keluar dari instalasi rekam medis setiap hari dari rak penyimpanan untuk memenuhi permintaan poliklinik.
 - 2) Jumlah BRM yang belum kembali ke instalasi rekam medis.
 - 3) Jumlah BRM salah simpan.
 - 4) Jumlah BRM telat pengiriman ke poliklinik.
 - 5) Jumlah salah pemberian BRM.
 - 6) Jumlah BRM yang tidak dapat ditemukan, data tersebut berguna untuk rencana pengelolaan dan pengawasan penyimpanan rekam medis.

J. SISTEM PENGELOLAAN BERKAS REKAM MEDIS

1. Peminjaman Berkas Rekam Medis

- a. Peminjaman berkas rekam medis adalah proses peminjaman berkas rekam medis oleh dokter, perawat dan petugas lain didalam lingkungan rumah sakit untuk kepentingan berobat ulang, perawatan ulang, laporan kasus, edukasi, penelitian ataupun untuk kasus di pengadilan.
- b. Tidak diperbolehkan berkas rekam medis dibawa keluar dari ruang rekam medis tanpa ada permintaan.

- c. Yang berhak meminjam berkas rekam medis adalah tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kesehatan lain, tenaga non kesehatan sesuai ketentuan yang berlaku.
- d. Peminjaman berkas rekam medis datang atau telepon ke instalasi rekam medis menyebutkan nomor rekam medis, nama pasien, asal instalasi, nama peminjam dan tujuan peminjaman.
- e. Yang berhak atau boleh meminjam berkas rekam medis :
 - 1) Dokter yang merawat dan hanya untuk keperluan yang bersangkutan.
 - 2) Ketua Komite Medik untuk keperluan yang bersangkutan.
 - 3) Direksi RS atau pejabat/ tenaga kesehatan lain yang ditunjuk untuk keperluan kasus.
 - 4) Pengadilan dan harus disertai surat dari kepolisian.
 - 5) Semua peminjaman harus diketahui oleh Kepala Instalasi Rekam Medis.
- f. Peminjaman berkas rekam medis harus secara tertulis memakai bon pinjam dan tracer pada tempat penyimpanan serta sebutkan tujuan peminjaman.
- g. Peminjaman berkas rekam medis untuk kepentingan publikasi harus ada persetujuan tertulis dari pasien dan dokter yang merawat serta mendapatkan izin dari Direksi.
- h. Batas waktu peminjaman rekam medis untuk kepentingan rawat ulang sesuai dengan lamanya pasien dirawat.

2. Pengambilan/ Retrieval Berkas Rekam Medis

Permintaan-permintaan rutin terhadap rekam medis yang datang dari poliklinik, dari dokter atau perawat yang melakukan riset, harus ditujukan kebagian rekam medis setiap hari jam yang telah ditentukan.

Poliklinik atau tenaga kesehatan yang meminta rekam medis untuk melayani pasien perjanjian yang datang pada hari tertentu bertugas membuat (mengisi) “Bon Peminjaman Rekam Medis”. Petugas (peminjam) harus menulis dengan benar dan jelas nama peminjam, nama pasien dan nomor rekam medis pasien.

Permintaan peminjaman rekam medis yang tidak rutin, seperti untuk pertolongan unit gawat darurat, unit rawat inap harus dipenuhi sesegera mungkin. Permintaan lewat telepon dapat juga dilayani dan petugas instalasi rekam medis harus menulis surat permintaan dari bagian lain yang meminta. Petugas dari bagian yang meminta, harus datang sendiri untuk mengambil rekam medis yang diminta ke unit/ bagian rekam medis. Surat permintaan biasanya berbentuk satu formulir yang berisi nama pasien dan nomor rekam medis, nama

poliklinik, nama dan tanda tangan bagian/ orang yang meminjam dan tanggal pinjam rekam medis.

3. Pengeluaran Berkas Rekam Medis

Ketentuan yang harus ditaati ditempat penyimpanan untuk mengeluarkan BRM adalah :

- a. Rekam Medis tidak boleh keluar dari ruang penyimpanan rekam medis, tanpa tanda keluar/ kartu peminjaman rekam medis selanjutnya di *scan* di komputer rekam medis.
- b. Seorang yang menerima/ meminjam rekam medis, berkewajiban untuk mengembalikan dalam keadaan baik dan tepat waktunya. Dan harus dibuat ketentuan berapa lama jangka waktu peminjaman berkas rekam medis, atau rekam medis berada diluar ruang penyimpanan rekam medis.
- c. Rekam Medis tidak dibenarkan berada diluar rumah sakit, kecuali atas perintah pengadilan.
- d. Dokter-dokter atau pegawai-peagawai rumah sakit yang berkepentingan dapat meminjam rekam medis, untuk dibawa keruang kerjanya selama jam kerja, tetapi semua rekam medis harus dikembalikan keruang rekam medis pada akhir jam kerja.
- e. Jika beberapa rekam medis akan digunakan selama beberapa hari, rekam medis tersebut discan ulang (masuk kemudian keluar) sampai BRM tersebut kembali ke instalasi rekam medis.

4. Petunjuk Keluar / Pemasangan Petunjuk Keluar (*Outguide/Tracer*)

Petunjuk keluar adalah suatu alat penting untuk mengawasi penggunaan rekam medis. Dalam penggunaanya “petunjuk keluar” ini diletakan sebagai pengganti pada tempat berkas rekam medis yang di ambil (dikeluarkan) dari rak penyimpanan. Kartu pinjam/petunjuk keluar tetap berada di rak file tersebut. Sampai berkas rekam medis yang diambil (dipinjam) kembali ketempat semula.

Pemasangan Petunjuk Keluar (*Outguide*) :

- a. Hanya petugas rekam medis yang berwenang untuk mengambil berkas rekam medis dari tempat penyimpanan.
- b. Setiap pengambilan berkas rekam medis baik untuk kepentingan berobat maupun untuk kepentingan lainnya harus memakai tracer sebagai petunjuk keluar berkas rekam medis.

- c. Pengambilan berkas rekam medis dilakukan atas dasar permintaan untuk kepentingan berobat ulang, perawatan ulang, laporan kasus, edukasi, penelitian ataupun untuk kasus di pengadilan.
- d. Pengambilan berkas rekam medis dilakukan oleh petugas rekam medis sesuai prosedur yang berlaku. Tempat dimana berkas diambil harus diberikan petunjuk keluar (*outguide*) yang telah ada tanda bukti peminjaman.
- e. Petugas rekam medis membuat *tracer/outguide* sebagai petunjuk keluar rekam medis. Bon peminjaman dibuat 3 (tiga) rangkap : lembaran putih untuk arsip, lembaran merah untuk diletakkan di berkas, lembaran kuning untuk diletakkan di *tracer* dan mencatat di buku ekspedisi peminjaman.

5. Pendistribusian Berkas Rekam Medis

Pendistribusian berkas rekam medis yang dipinjam untuk perawatan IGD dan VK/OK diantar oleh petugas rekam medis sedangkan jika yang meminjam ruang perawatan maka, diambil oleh petugas yang meminjam. Jika petugas yang meminjam rekam medis tersebut datan ke instalasi rekam medis maka, petugas yang meminjam melakukan proses serah terima dengan bon pinjam. Sedangkan pendistribusi berkas rekam medis untuk kepentingan berobat dilakukan oleh petugas rekam medis ke NS poliklinik. Pendistribusian ke masing- masing kamar praktek dokter adalah perawat poliklinik atau tenaga kesehatan yang bertugas di poliklinik. berkas rekam medis dikeluarkan dari tempat penyimpanan berkas tersebut diserahkan kepada petugas yang meminjam dengan melakukan proses serah terima.

6. Pengembalian Berkas Rekam Medis

- a. Proses pengembalian berkas rekam medis pasien berobat dari poliklinik petugas rekam medis mengambil dan mencocokkan pada lembaran printan, dimana jumlah berkas rekam medis yang dikembalikan harus sesuai dengan jumlah berkas rekam medis yang keluar dari Instalasi Rekam Medis.
- b. Waktu pengambilan rekam medis rawat jalan 1 x 24 jam setelah pasien selesai berobat, dan rekam medis rawat inap paling lambat 1 x 24 jam terhitung sejak pasien pulang.
- c. Pengembalian rekam medis yang bukan kepentingan berobat atau perawatan harus dikembalikan dalam waktu 1 x 24 jam.

- d. Peminjaman rekam medis berkewajiban untuk mengembalikan berkas rekam medis yang dipinjam dalam keadaan baik dan tepat waktu.

7. Korespondensi Rekam Medis

Korespondensi rekam medis adalah surat menyurat yang berhubungan dengan rekam medis.

Adapun surat menyurat rekam medis terbagi atas berbagai jenis surat yaitu :

- Ringkasan Pulang Pasien
- Formulir asuransi yang terkait dengan pelayanan kesehatan
- Surat Keterangan Medis

Prosedur korespondensi meliputi hal-hal sebagai berikut :

- Menerima konsep resume medis yang telah dibuat oleh dokter yang merawat yang terdapat didalam berkas rekam medis pasien keluar rawat yang telah di assembling dan melakukan pengecekan kelengkapan berkas rekam medis saat berkas kembali ke ruang rekam medis sesuai dengan data keadaan pasien tersebut.
- Konsep resume yang telah diteliti kebenarannya diketik atau di tulis dengan komputer dan print rangkap tiga menyerahkan resume tersebut kepada dokter yang merawat untuk meminta tanda tangan.
- Menyerahkan print out kepada bagian keuangan, pasien, asuransi dan memasukan print out kedalam file rekam medis dan mencatatnya dalam buku kegiatan korespondensi rekam medis.
- Melakukan pembukuan dan tanda terima sebagai bukti penyerahan atas permintaan informasi kesehatan pasien dengan bukti pelepasan informasi yang bermaterai cukup

K. PROSEDUR PENCATATAN KEGIATAN MEDIS (INTEGRASI)

1. Penanggung jawab pengisian Rekam Medis

Pengisian rekam medis dilakukan oleh dokter dan tenaga kesehatan lainnya dan rekam medis harus di buat segera dan di lengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan kesehatan. Rumah Sakit sebagai salah satu sarana pelayanan kesehatan, yang melakukan pelayanan rawat jalan maupun rawat inap wajib membuat rekam medis.

Yang memiliki akses atau mengisi rekam medis adalah:

- a. Dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis yang melayani pasien di rumah sakit.
- b. Dokter tamu yang merawat pasien di rumah sakit.

- c. Tenaga perawat dan tenaga kesehatan lainnya yang langsung terlibat di dalamnya antara lain; perawat, perawat gigi, bidan, ahli gizi dan terapis.

2. Ketentuan Pengisian Rekam Medis

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

- a. Setiap tindakan konsultasi yang dilakukan terhadap pasien, selambat-lambatnya dalam waktu 1 x 24 jam harus ditulis dalam lembaran rekam medis.
- b. Semua pencatatan harus ditanda tangani oleh dokter DPJP, dokter ruangan/ tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangannya dan ditulis nama terang serta diberi tanggal.
- c. PPA dapat memperbaiki kesalahan penulisan dan melakukannya pada saat itu juga serta dengan dicoret satu kali serta di bubuhi paraf.
- d. Penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan.

3. Ringkasan Perawatan Pindah Ruang (Transfer) meliputi:

- a. Alasan di rawat inap
- b. Temuan yang signifikan
- c. Diagnosis
- d. Tindakan yang telah dilakukan
- e. Obat-obatan pengobatan lainnya
- f. Kondisi pasien pada saat di transfer

4. Penulisan Simbol, Singkatan Dan Tanda Khusus

RS menggunakan symbol atau tanda khusus untuk memudahkan dalam pengisian lembar rekam medis, agar dalam pelayanan dapat segera di utamakan. Penulisan yang dilaksanakan dalam rekam medis di sesuaikan dengan kebutuhan pemakai. Tanda symbol, singkatan terlampir.

L. FORMULIR DAN CARA PENGISIAN BERKAS REKAM MEDIS

Terdapat bermacam-macam bentuk formulir rekam medis yang dipakai oleh rumah sakit, namun semuanya harus memenuhi keperluan-keperluan yang mendasar, sebagaimana yang telah di uraikan pada kegunaan rekam medis. Formulir-formulir rekam medis sendiri tidak memberikan jaminan pencatatan data medis yang tepat dan benar, apabila para dokter

maupun staf medisnya tidak secara seksama melengkapi informasi yang diperlukan pada setiap lembar rekam medis dengan baik dan benar.

1. Formulir Rekam Medis Rawat Inap

Rekam medis rawat inap minimal terdiri dari :

- 1) Pengantar masuk rawat inap (surat rujukan).
- 2) Pengantar Registrasi Rawat Inap
- 3) Sertifikat Medis Penyebab Kematian
- 4) Identitas Pasien.
- 5) Ringkasan Pasien Pulang / Medical Discharge Summary
- 6) Transfer Pasien Antar Ruangan / Instalasi RS
- 7) Lembar Masuk dan Keluar.
- 8) Asesme Awal Rawat Inap.
- 9) Catatan Perkembangan Pasien terintegrasi.
- 10) Catatan Harian Perawat (Grafik)
- 11) Asesmen Pra Induksi dan Pemantauan Anestesi
- 12) Asesmen Pra Anestesi – Pra Sedasi
- 13) Laporan Operasi
- 14) Penandaan Lokasi Operasi / Tindakan Invasif
- 15) Checklist Keselamatan Operasi
- 16) Pemakaian Kasa dan Alat Instrumen
- 17) Tindakan dan Evaluasi Keperawatan
- 18) Rujukan Pasien
- 19) Pemberian Informasi Tindakan Kedokteran / Pengobatan
- 20) Penolakan Tindakan Kedokteran / Pengobatan
- 21) Informasi Bayi Baru Lahir
- 22) Identifikasi Bayi
- 23) Informasi Ibu Melahirkan
- 24) Asesmen Lanjutan Resiko Jatuh
- 25) Asesmen Geriatri
- 26) Asesmen Kemoterapi
- 27) Asesmen Pulang Kondisi Khusus
- 28) Asesmen Tahap Terminal
- 29) Asesmen Restrain
- 30) MPP (Manager Pelayanan Pasien)

- 31) Early Warning Score (Maternal, Nursing, Pediatric)
- 32) Persetujuan Umum / General Consent
- 33) Bukti Pemberian Komunikasi Informasi Edukasi (KIE)
- 34) Pengawasan
- 35) Pemantauan Harian Kejadian Infeksi
- 36) Pemberian Obat
- 37) Formulir hasil-hasil penunjang medik (hanya hasil yang diperiksa saja)

Di dalam Rekam Medis Pasien rawat inap terdapat beberapa formulir antara lain :

a. Ringkasan Pasien Pulang / Resume Medis

Ringkasan pasien pulang dapat ditulis pada bagian akhir catatan perkembangan atau dengan lembaran sendiri, bagi rumah sakit-rumah sakit kecil hal ini ditentukan oleh kegunaan lembaran tersendiri.

Tujuan dibuatnya ringkasan pasien pulang adalah :

- 1) Untuk menjamin kontinuitas pelayanan medik dengan kualitas yang tinggi serta sebagai bahan referensi yang berguna bagi dokter yang menerima, apabila pasien tersebut di rawat kembali dirumah sakit.
- 2) Sebagai bahan penilaian staf medis rumah sakit
- 3) Untuk memenuhi permintaan dari badan-badan resmi atau perorangan tentang perawatan seorang pasien, misalnya perusahaan, Asuransi (dengan persetujuan pimpinan)
- 4) Untuk diberikan tembusan kepada system ahli yang memerlukan catatan tentang pasien yang pernah mereka rawat.

Ringkasan pasien pulang ini harus disingkat dan hanya menjelaskan informasi penting tentang penyakit, pemeriksaan yang dilakukan dan pengobatannya. Ringkasan pasien pulang ini harus ditulis segera setelah pasien keluar dan isinya menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut:

- a) Mengapa pasien masuk rumah sakit (menjelaskan riwayat kesehatan pasien, pemeriksaan fisik pasien, diagnosis pasien primer maupun sekunder).
- b) Apakah hasil-hasil penting pemeriksaan laboratorium, rontgen dan fisik seperti pemeriksaan diagnostik (hasil negatif mungkin sama pentingnya dengan hasil positif)

- c) Apakah pengobatan medis maupun operasi yang diberikan (termasuk respon pasien, komplikasi dan konsultasi) seperti obat yang diberikan saat dirawat dan obat yang diberikan setelah pasien keluar dari rumah sakit
- d) Bagaimana kondisi pasien pada saat keluar (status pulang {seperti pulang sendiri, dipulangkan, dirujuk, meninggal}, keadaan saat pulang, mobilitas saat pulang, alat kesehatan yang terpasang)
- e) Bagaimana instruksi dan tindak lanjut (perawatan dirumah, rencana pemeriksaan penunjang, kebutuhan edukasi)
- f) Apakah anjuran pengobatan/perawatan yang diberikan (nama obat dan dosisnya, tindakan pengobatan lainnya, di rujuk kemana, perjanjian untuk datang lagi).

b. Ringkasan Masuk dan Keluar

Lembaran ringkasan masuk keluar ini sering disebut ringkasan atau lembaran muka. Selalu menjadi lembaran paling depan kedua setelah ringkasan pasien pulang pada suatu berkas rekam medis. Lembaran ini berisi informasi tentang identitas pasien, penanggungjawab pasien, dirawat ke berapa, kamar perawatan berapa, diagnosa, komplikasi, tindakan, kasus polisi, nama perusahaan cara masuk dikirim oleh, tanggal masuk dan tanggal keluar serta jam, keadaan keluar, cara keluar, infeksi nosokomial, tandatangan dan nama dokter.

c. Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi

Catatan perkembangan terintegrasi pendokumentasian dengan metode SOAP oleh seluruh PPA dan untuk PPA lain khusus gizi menggunakan ADIME.

DPJP mendokumentasikan minimal satu kali/ 1x/ 24 jam atau jika terjadi konisi akut/emergency dapat diisi lebih dari satu, dan dilakukan review/ verifikasi setiap 24 jam satu kali serta dapat diberikan notasi jika ada yang perlu di lakukan.

Pendokumen tasian pada PPA keperawatan didokumentasikan setiap shif.

CPPT adalah pengkajian ulang dan akan menghasilkan analisa/ diagnose dan akan dibuat perencanaan dan perencanaan setiap PPA membuat rencana yang terukur.

Catatan perkembangan pasien terintegrasi mencatat secara spesifik perkembangan penyakit pasien yang ditulis dan ditanda tangani PPA (Profesional Pemberi Asuhan), catatan pertama di mulai dengan catatan pada saat pasien masuk pada pengkajian awal RI medis dan keperawatan, dan selanjutnya pencatatan pada CPPT.Semua tindakan yang dilakukan dicatat tanggal dan jam, PPA, hasil asesmen-IAR penatalaksanaan pasien, instruksi PPA termasuk pasca bedah dan review & verifikasi DPJP yang diberikan serta

harus ditanda tangani oleh PPA pemeriksa, dapat disertakan notasi jika ada yang memerlukan notasi dari DPJP.

d. Tindakan dan Evaluasi Keperawatan

Tindakan dan evaluasi keperawatan, digunakan oleh perawat/ bidan untuk mencatat hasil pengamatan dan pertolongan terhadap pasien . Catatan perawat berfungsi sebagai alat komunikasi antara sesama perawat / bidan dan antara perawat/ bidan dengan dokter. Ada empat kegunaan tindakan dan evaluasi keperawatan, yaitu:

- 1) Mencatat keadaan pasien selama tidak dilihat oleh dokter. Ini merupakan catatan yang berisi hal-hal yang penting yang di catat oleh perawat yang memberikan gambaran perspektif yang jelas tentang perkembangan seorang pasien selama tidak dilihat oleh dokter. Rencana pengobatan seorang pasien ditentukan oleh informasi yang dicatat pada lembar tindakan dan evaluasi keperawatan dengan bantuan tindakan dan evaluasi keperawatan yang dicatat secara seksama. Seorang dokter dapat mengikuti perkembangan pasiennya, meskipun ia mengunjungi pasien hanya sekali dalam satu hari.
- 2) Menghemat waktu bagi dokter dan mencegah timbulnya kekeliruan, dengan adanya catatan perawat/ bidan tersebut dapat terlihat gambaran pasien dari waktu ke waktu. Petugas yang merawat pasien tersebut harus membuat penjelasan sendiri-sendiri mengenai keadaan/kondisi seorang pasien.
- 3) Sebagai bukti pelaksanaan pekerjaan perawat. Setiap perawat harus mencatat apa-apa tindakan yang telah dilakukan sesuai dengan perintah dokter. Untuk pembuktian secara hukum, catatan perawat/bidan berguna sebagai bukti pertolongan yang diberikan maupun bukti reaksi pasien terhadap pertolongan tersebut.
- 4) Sebagai salah satu indikator kelengkapan berkas rekam medis. Tindakan dan evaluasi keperawatan di mulai pada saat pasien masuk ruang perawatan dan meliputi :
 - a) Tanggal, bulan, tahun, jam, nama dan tanda tangan perawat.
 - b) Catatan-catatan tentang keadaan pasien, serta gejala-gejala yang tampak
 - c) Tindakan/pengobatan yang dilakukan
 - d) Evaluasi yang dilakukan

Selama seorang pasien dirawat di rumah sakit, tindakan dan evaluasi keperawatan harus memuat observasi harian seorang pasien, juga catatan rekam medis asli dan terapi/pengobatan yang diberikan.

e. Catatan Harian Perawat (Lembaran Grafik)

Catatan Harian Perawat memberikan gambaran kepada dokter tentang suhu, nadi, dan pernafasan seorang pasien. Pengisiannya dilakukan oleh perawat, dimulai pada saat pasien masuk dirawat. Dalam lembaran grafik ini juga dicatat tanggal shift (pagi, sore, malam), tanda- tanda vital, data-data tekanan darah, pemasukan dan pengeluaran cairan, informasi kunjungan dokter, intake,output, balance cairan, diuresis, berat badan, diet dan pemeriksaan penunjang.

f. Formulir Rekam Medis Bayi Baru Lahir

1) Formulir BRM bayi

Ringkasan masuk dan keluar untuk bayi, sama halnya dengan rekam medis anak-anak atau orang dewasa. Seorang bayi haruslah dianggap sebagai individu yang mempunyai catatan tersendiri dan seyogyanya catatan tersebut disimpan didalam berkas masing-masing terpisah dengan berkas rekam medis ibunya.

2) Riwayat kelahiran

Dokter yang menolong melahirkan bayi bertanggung jawab untuk mencatat riwayat kelahiran bayi, Riwayat kelahiran yang lengkap, mencakup bagian-bagian:

- a) Riwayat ibu : Umur ibu, jumlah kehamilan sebelumnya, jumlah bayi yang dilahirkan hidup, jumlah kelahiran yang memerlukan tindakan abortus, jumlah bayi yang dilahirkan mati, jumlah anak yang meninggal, golongan darah ibu, factor RH, penyakit ibu, komplikasi kehamilan, tanggal dan hasil dari test serologi dan photo thorax.
- b) Riwayat Kelahiran : Riwayat kelahiran dari bayi ini haruslah mencakup keterangan mengenai lamanya kehamilan pengawasan prenatal, umur bayi, tanggal perkiraan persalinan, lamanya kala I dari persalinan, kala II, pecahnya ketuban, (bagaimana dan berapa lamanya sebelum kelahiran) Robekan perineum, letak, posisi cara kelahiran, analgetika yang diberikan, anasthesi dan komplikasi kelahiran.
- c) Catatan Bayi : Mencakup keadaan bayi, tanggal bayi dan jam lahir, jenis kelamin, berat badan, medikasi mata, pernapasan, agar score, tanda tangan perawat yang bertanggung jawab terhadap identitas bayi kelahiran yang ada.

2. Formulir Rekam Medis Rawat Jalan

Rekam Medis Rawat Jalan minimal terdiri dari :

- 1) Identitas Pasien
- 2) Profil Ringkasan Medis Rawat Jalan (PRMRJ)
- 3) Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Rawat Jalan (CPPT RJ)
- 4) Asesmen Awal Rawat Jalan
- 5) Asesmen Geriatri
- 6) Asesmen Fisioterapi dan KTK
- 7) Checklist Keselamatan Operasi / Tindakan Dengan Anestesi Lokal
- 8) Pemantauan Monitoring Anestesi Lokal

Di dalam Rekam Medis Pasien rawat inap terdapat beberapa formulir antara lain :

a. Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Rawat Jalan (CPPT RJ)

Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Rawat Jalan (CPPT RJ) memuat : tanggal dan waktu, Profesi PPA, hasil asesmen-IAR penatalaksanaan pasien, instruksi PPA dan tandatangan nama PPA (dokter, perawat, bidan, ahli gizi dan terapis).

b. Profil Ringkasan Medis Rawat Jalan (PRMRJ)

Profil Ringkasan Medis Rawat Jalan (PRMRJ) memuat : tanggal, rawat inap/operasi/tindakan, alergi, nama DPJP, diagnosis, terapi, tandatangan dan nama perawat, verifikasi & tandatangan DPJP sesuai dengan ketentuan direktur pada kasus kompleks dan perlu penanganan yang lebih serius dan mudah pemantauannya, serta diinformasikan pada seluruh staf apa saja dibuat PRMRJ.

c. Asesmen Awal Rawat Jalan

Asesmen Awal Rawat Jalan memuat : pengkajian keperawatan yang berisi tanggal dan jam, diperoleh dari, nama, auto/allow anamnesa, pemeriksaan fisik, bio-psiko-sosial kultur-spiritual, riwayat kesehatan pasien, riwayat alergi, reaksi alergi berupa, asesmen nyeri, risiko jatuh skoring up and go, asesmen fungsional, risiko nutrisi (malnutrition screening tools/ MST), kebutuhan edukasi, masalah, rencana tindakan, tanggal, pukul dan tandatangan perawat. pengkajian dokter yang berisi anemnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, diagnosa kerja, diagnosa banding, terapi, perencanaan pemulangan pasien (discharge planning) dan rencana kontrol, tanggal, pukul dan tandatangan perawat.

d. Rekam Medis Kedokteran Gigi

- 1) Rekam medis kedokteran gigi mencakup identitas pasien : Nama, jenis kelamin, tanggal lahir, alamat, nama penanggung jawab, nomor telepon.

- 2) Tanggal & jam dilakukannya pemeriksaan
- 3) Anamnesis pemeriksaan yang lengkap gambaran posisi gigi terdapat cap yang diberi keterangan sesuai dengan gigi yang memerlukan perawatan khusus serta langkah-langkah sebelum, sesudah terapi diberikan serta tercantum hasil pemeriksaan penunjang
- 4) Diagnosa, terapi yang diberikan
- 5) Tanda tangan serta nama profesi.

3. Formulir Rekam Medis Gawat Darurat

Asesmen awal gawat darurat berisi :

- a. Tanggal dan jam kedatangan, prioritas triage, cara pasien datang.
- b. Pengkajian keperawatan meliputi jam asesmen, data subyektif, data obyektif, masalah keperawatan, rencana keperawatan, tanggal, pukul dan tandatangan perawat.
- c. Pengkajian dokter meliputi jam pengkajian, anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, diagnosa kerja, diagnosa banding, penatalaksanaan / pengobatan/tindakan dan konsultasi, tindak lanjut, kondisi / masalah medis, transportasi, tanggal, pukul dan tandatangan dokter.

M. PENGAMANAN, PEMELIHARAAN, KERAHASIAAN, PELEPASAN INFORMASI BRM

1. Pengamanan Berkas Rekam Medis

- a. Pimpinan RS bertanggungjawab atas hilang , rusak, pemalsuan dan penggunaan oleh orang atau badan yang tidak berhak terhadap rekam medis.
- b. Ada tanda larangan memasuki ruang penyimpanan rekam medis selain petugas.
- c. Setiap staf rekam medis memiliki PIN (*Personal Identification Number*) untuk masuk ke ruangan penyimpanan berkas rekam medis.
- d. Berkas rekam medis tidak diperbolehkan dibawa keluar rumah sakit kecuali atas izin tertulis dari Direktur Rumah Sakit dan sepengetahuan Kepala Instalasi Rekam Medis.
- e. Ada standarisasi *previlage* modul VB dari EDP yaitu adanya password untuk masing-masing petugas rekam medis dalam melakukan penginputan data di dalam data base komputer.
- f. Petugas rekam medis yang berwenang mengambil dan menyimpan berkas rekam medis.

- g. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi rekam medis tanpa seizin tertulis dari pasien dan dokter yang merawat.
- h. Yang dapat mengakses berkas rekam medis adalah dokter, dokter spesialis, dokter gigi, perawat, bidan, terapis, apoteker, ahli gizi yang memiliki SIP (Surat Ijin Praktek)
- i. Penyimpanan berkas rekam medis di ruang perawatan, IGD, poliklinik dan fisioterapi disimpan pada lemari tertutup.
- j. Tenaga kesehatan yang bukan merawat pasien harus persetujuan Kepala Instalasi Rekam Medis dan mengetahui tujuan peminjaman. Tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kesehatan lainnya tidak dibenarkan memberikan berkas rekam medis kepada pasien atau keluarga pasien.
- k. Tenaga Medis, tenaga keperawatan, tenaga kesehatan lainnya tidak berwenang memberikan persetujuan kepada pihak ketiga untuk memperoleh rekam medis.
- l. Tenaga staf rumah sakit harus mampu, mengetahui, memahami dan menghayati tata cara pengelolaan sistem rekam medis, sehingga berkas rekam medis dapat memberikan perlindungan bagi rumah sakit, petugas pelayanan dan melindungi pasien.
- m. Sanksi terhadap pelanggaran kerahasiaan dan keamanan informasi pasien sesuai dengan ketentuan dan mekanisme yang berlaku.
- n. Semua petugas rekam medis tidak dibolehkan untuk memberikan informasi medis pasien tanpa seizin pasien bersangkutan yang ditunjukkan melalui surat kuasa pasien, karena yang berhak mengeluarkan informasi medis adalah dokter yang merawat pasien bersangkutan.
- o. Inventarisasi berkas rekam medis yang rusak sampulnya, diganti tanpa merubah nomor rekam medis atau perbaiki kerusakan dilakukan oleh petugas rekam medis.
- p. Inventarisasi berkas rekam medis yang dipinjam dan belum kembali ke instalasi rekam medis.
- q. Semua staf rumah sakit agar menghayati tata cara pengelolaan rekam medis, sehingga berkas rekam medis dapat memberikan perlindungan bagi rumah sakit, petugas pelayanan dan melindungi pasien.

2. Keamanan Berkas Rekam Medis

- a. Keamanan rekam medis harus dijaga dari kehilangan, kerusakan, pemalsuan dan penggunaan oleh orang yang tidak berhak terhadap rekam medis dan terjamin keberadaannya.
- b. Dokumen rekam medis disimpan di lokasi yang terhindar dari air, api, panas, dan
- c. Untuk terlaksananya keamanan rekam medis, perlu diperhatikan dan ditentukan :
 - 1) Sanksi terhadap pelanggaran kerahasiaan dan keamanan informasi pasien sesuai dengan ketentuan dan mekanisme yang berlaku.
 - 2) Ada tanda larangan untuk memasuki ruang penyimpanan rekam medis selain petugas instalasi rekam medis dengan menggunakan Lock Door untuk membatasi akses.
 - 3) Petugas rekam medis tidak diperbolehkan untuk memberikan informasi medis pasien tanpa seizin pasien yang ditunjukkan melalui surat kuasa pasien sesuai undang- undang.
 - 4) Untuk menjaga agar BRM terhindar dari kerusakan maka harus diperhatikan penempatan ruangnya, suhu ruangan yang tidak kurang dari 24°C dan berkas rekam medis tidak dibawah Air Conditioner (AC).
 - 5) Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi rekam medis tanpa seijin tertulis dari pasien dan dokter yang merawat.
 - 6) Setiap informasi yang bersifat medis dan menjadi milik rumah sakit tidak boleh disebarluaskan, kecuali atas seizin Direktur rumah sakit.
 - 7) Rumah sakit tidak boleh sekehendaknya menggunakan rekam medis dengan cara apapun yang dapat membahayakan pasien.
 - 8) Rekam medis asli tidak boleh dibawa keluar rumah sakit, kecuali atas perintah pengadilan atau dengan surat kuasa khusus dari Direktur RS dan diupayakan tidak asli tetapi fotokopinya.
 - 9) Bila rekam medis yang diminta pengadilan harus asli, dapat diberikan dengan tanda terima dan fotokopinya disimpan dalam file khusus sampai rekam medis yang asli kembali.
 - 10) Pemakaian rekam medis untuk legal (Hukum) dan riset atau penelitian diperbolehkan dengan persetujuan dari Direktur RS
 - 11) Menghindari vektor dan binatang pengganggu dilakukan penjadwalan rutin setiap bulan penyemprotan hama dan penyimpanan berkas dokumen dan file serta

perlengkapan kerja secara rapih pada tempatnya agar tidak menjadi tempat perindukan vektor serta serangga ataupun binatang pengganggu

- 12) Untuk Pemakaian alat pemadam api ringan (APAR) yang harus ada di ruangan rekam medis harus berbahan Jenis Serbuk Kimia atau Dry Chemical Powder Fire Extinguisher terdiri dari serbuk kering kimia yang merupakan kombinasi dari Mono-amonium dan ammonium sulphate.

3. Keamanan informasi data rekam medis harus dijaga

- a. Ada prosedur yang mengatur keamanan informasi termasuk integritas data yang konsisten sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku.
- b. Catatan dan informasi dilindungi dari kehilangan, kerusakan, gangguan, serta akses dan penggunaan oleh yang tidak berhak ;
 - 1) Rekam medis pasien dan data serta informasi lain dilindungi sepanjang waktu dan disimpan pada lokasi yang aman dan hanya staf tertentu yang mempunyai wewenang untuk mengakses.
 - 2) Ada ketentuan tentang perlindungan rekam medis terhadap kehilangan, kerusakan dan gangguan serta akses penggunaan yang tidak sah.
 - 3) Pelepasan informasi medis pasien kepada pihak ketiga seperti asuransi, perusahaan, keluarga, dokter dan staf medis rumah sakit lain, dikeluarkan apabila ada surat kuasa/ surat.
 - 4) Pelepasan informasi medis pasien kepada pihak ketiga seperti asuransi, perusahaan, keluarga, dokter dan staf medis rumah sakit lain, dikeluarkan apabila ada surat kuasa/ surat.
 - 5) Ada tanda larangan untuk memasuki ruang penyimpanan rekam medis selain petugas Instalasi Rekam medis dan setiap petugas rekam medis memiliki password khusus untuk masuk pada modul rekam medis guna mengantisipasi hal yang tidak diinginkan maka dilakukan perubahan password setiap 1 (satu) bulan sekali.
 - 6) Izin pemberian informasi yang ditandatangani oleh pasien. Ketentuan yang harus diperhatikan adalah adanya permohonan data oleh pihak ke 3 (tiga) diajukan secara tertulis dengan menyertakan surat kuasa dari pasien diatas materai.
 - 7) Permohonan informasi medis secara lisan tidak dibenarkan, permohonan harus secara tertulis.

8) Penghapusan kesalahan dengan cara mencoret 1 kali dan menulis tanggal, bulan, tahun jam, nama lengkap. tidak di benarkan menggunakan tip-ex, penghapus karet,tutup stiker.

9) Mengganti Pasword Modul Rekam medis Secara Berkala (1 bulan sekali)

4. Pemeliharaan Berkas Rekam Medis

- a. Inventarisasi berkas yang rusak untuk diganti tanpa merubah nomor rekam medis atau perbaiki kerusakan bersama-sama petugas terkait tanpa memusnahkan berkas yang rusak.
- b. Inventarisasi secara berkala ketepatan penempatan berkas rekam medis.
- c. Inventarisasi berkas ,medis yang dipinjam dan belum kembali.
- d. Semua staf rumah sakit agar menghayati tata cara pengelolaan rekam medis, sehingga berkas rekam medis dapat memberikan perlindungan bagi rumah sakit, petugas pelayanan dan melindungi pasien bersangkutan sendiri.

5. Kerahasiaan Informasi Dalam Berkas Rekam Medis

Kerahasiaan informasi rekam medis adalah usaha yang dilakukan agar berkas rekam medis dapat terjamin keberadaannya sehingga data pasien tersimpan dengan baik dan informasi yang keluar harus disertai permintaan tertulis dari yang berkepentingan.

Kegiatan ini dilakukan untuk :

- a. Menjamin berkas pasien tidak hilang.
- b. Mempercepat penyiapan data.
- c. Menjamin informasi yang keluar sesuai prosedur yaitu melalui dokter yang merawat.

Kegiatan ini dilakukan dengan cara:

- a. Ada tanda larangan untuk memasuki ruang penyimpanan rekam medis selain petugas rekam medis.
- b. Usahakan berkas rekam medis tidak dibawa keluar rumah sakit kecuali atas izin tertulis dari pimpinan rumah sakit dan sepengetahuan Kepala Instalasi Rekam Medis.
- c. Semua petugas rekam medis tidak dibolehkan untuk memberikan informasi medis pasien tanpa seizin pasien bersangkutan yang ditunjukkan melalui surat kuasa pasien karena yang berhak mengeluarkan adalah dokter penanggung jawab pasien yang merawat pasien bersangkutan.

6. Pemberian Informasi Kepada Orang / Badan yang Mendapatkan Kuasa

Yang dimaksud adalah pemberian informasi kepada pihak ketiga yaitu asuransi, perusahaan, keluarga, dokter dan staf medis rumah sakit lain, lembaga pemerintah dan badan-badan lain.

Ketentuan- ketentuan umum yang harus diperhatikan:

- a. Permohonan data / informasi rekam medis oleh pihak ke 3 diajukan secara tertulis kepada instalasi rekam medis disertakan dengan surat kuasa dari pasien secara tertulis.
- b. Setiap informasi yang bersifat medis dan menjadi milik rumah sakit tidak boleh disebarluaskan, kecuali atas seizin Direktur.
- c. Penjelasan informasi medis secara lisan tidak diperbolehkan, permohonan harus secara tertulis.
- d. Informasi rekam medis hanya dikeluarkan, apabila ada surat kuasa/ surat izin pemberian informasi yang ditandatangani dan diberi tanggal oleh pasien.
- e. Semua petugas rekam medis tidak diperbolehkan untuk memberikan informasi medis pasien tanpa seizin pasien bersangkutan yang ditunjukkan melalui surat kuasa pasien, karena yang berhak mengeluarkan informasi medis adalah dokter yang merawat pasien bersangkutan.
- f. Jika selain pasien dan penanggung jawab (bagi pasien anak) harus memakai surat kuasa, dilarang mengeluarkan informasi medis, seperti resume medis dan hasil pemeriksaan.
- g. Jika keluarga pasien / pihak ke 3 menginginkan informasi medis tetapi tidak membawa surat kuasa, maka pihak yang datang ke instalasi rekam medis harus menelepon pasien / orang tua pasien (jika pasien anak-anak) dan petugas rekam medis harus menanyakan identitas pasien dan mengecek dikomputer tentang identitas pasien tersebut. Jika pasien /orangtua pasien (jika pasien anak-anak) dapat menjelaskan tentang identitas pasien, maka informasi medis tersebut dapat diberikan.
- h. Rekam medis asli tidak boleh dibawa keluar rumah sakit, kecuali atas perintah pengadilan atau dengan surat kuasa khusus dari Direktur.
- i. Apabila rekam medis diminta untuk dibawa ke pengadilan, segala ikhtiar hendaklah dilakukan agar pengadilan menerima yang aslinya, tanda terima harus diminta, dan disimpan dalam file khusus hingga rekam medis yang asli kembali.

N. PENCATATAN DAN PENGISIAN REKAM MEDIS

1. Pencatatan Rekam Medis

- a. Pengisian rekam medis dilakukan oleh dokter, dokter spesialis, dokter gigi, perawat, bidan, terapis, ahli gizi, apoteker yang mempunyai Surat Ijin Praktek (SIP) yang langsung terlibat dalam memberikan pelayanan pasien. Berkas rekam medis harus di buat segera dan di lengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan kesehatan. Rumah Sakit sebagai salah satu sarana pelayanan kesehatan, yang melakukan pelayanan rawat jalan maupun rawat inap wajib membuat rekam medis.
- b. Setiap tindakan / konsultasi yang dilakukan oleh dokter atau tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan terhadap pasien, harus segera dicatat/ditulis dengan lengkap dan dengan tulisan yang dapat dibaca, selambat-lambatnya dalam waktu 1 x 24 jam dalam lembaran rekam medis.
- c. Semua pencatatan harus terisi dengan lengkap dan mudah dibaca serta dibubuhi nama jelas/lengkap, tandatangan dokter dan tenaga kesehatan lain sesuai dengan kewenangannya dan ditulis tanggal dan jam.
- d. Berkas rekam medis yang pengisiannya tidak lengkap dikembalikan ke perawatan dan Kepala Instalasi Perawatan untuk dilengkapi.
- e. **Penghapusan kesalahan dengan cara mencoret 1 kali lurus dan menulis tanggal, bulan, tahun, jam, nama lengkap petugas dan tanda tangan. Tidak dibenarkan menggunakan tip-ex, penghapusan karet, tutup stiker dan ditempel kertas lain.**
- f. **Yang membuat atau mengisi rekam medis adalah dokter dan tenaga kesehatan lainnya :**
 - 1) Dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis yang melayani pasien di rumah sakit.
 - 2) Dokter tamu yang merawat pasien di rumah sakit.
 - 3) Tenaga para medis perawat dan tenaga para medis non perawat yang langsung terlibat di dalamnya antara lain; perawat, perawat gigi, bidan, tenaga laboratorium, gizi, anestesi, penata rontgent, Rehabilitasi medik dan tenaga kesehatan lainnya.

2. Standar Kode Diagnosis, Kode Prosedur/ Tindakan, Simbol, Singkatan dan Artinya, Definisi

RS menggunakan simbol atau tanda khusus untuk memudahkan dalam pengisian lembar rekam medis, agar dalam pelayanan dapat segera di utamakan. Penulisan yang dilaksanakan dalam rekam medis disesuaikan dengan kebutuhan pemakaian yaitu :

- a. Kode diagnosa penyakit, standarisasi mengacu pada buku ICD 10 dari WHO.
- b. Kode prosedur/ tindakan, standarisasi mengacu pada buku ICD 9 CM dari WHO.
- c. Kode prosedur dan tindakan yang digunakan di Rumah Sakit dan akan dibuat lampiran tersendiri:
 - 1) Kode prosedur/ tindakan digunakan untuk tindakan persalian, SC, Curetage, tampon, operasi, BL, yang telah di definisikan sesuai dengan arti dan kegunaannya.
 - 2) Kode pemberian terapi infus, tranfusi yang digambarkan/ di dokumentasikan pada berkas rekam medis pasien sesuai dengan arti dan kegunaannya.
 - 3) Rumah sakit akan memantau, monitoring dan evaluasi penggunaan kode prosedur/ tindakan.
- d. Rumah sakit menetapkan simbol-simbol yang digunakan di Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan
 - 1) Simbol yang terkait dengan pengelolaan bahan B3.
 - 2) Simbol tentang tempat pembuangan sampah infeksius dan non infeksius
 - 3) Simbol paparan radiasi dll.
 - 4) Rumah sakit akan melakukan monitoring dan evaluasi penggunaan simbol-simbol sesuai dengan standar yang ditetapkan.
- e. Rumah Sakit menetapkan standar singkatan yang diberlakukan dan yang tidak boleh diberlakukan
 - 1) Penggunaan singkatan dan definisi yang telah ditentukan sesuai dengan arti dan kegunaannya, berdasarkan standarisasi yang ditetapkan oleh Direktur RS
 - 2) Singkatan yang tidak boleh digunakan adalah singkatan yang bisa salah interpretasi, salah baca atau salah arti jika tulisan tidak jelas.
 - 3) Rumah sakit akan melakukan monitoring dan penggunaan singkatan sesuai dengan standar yang berlaku.
 - 4) Rumah Sakit menetapkan daftar istilah kesehatan dan definisi yang di gunakan.
 - 5) Untuk Pemberian kode penyakit pasien BPJS sama mengacu kepada ICD 10 dan ICD 9 dari WHO edisi tahun 2010

- 6) Simbol yang digunakan dan tidak boleh digunakan.
- 7) Singkatan yang digunakan dan tidak boleh digunakan
- 8) Tanda/Warna tahun kunjungan rawat jalan dan rawat inap ditempel pada folder rekam medis.
- 9) **Tanda Dagger (+)** dituliskan untuk pasien yang meninggal pada folder/sampul luar pada bagian depan dari berkas rekam medis.
- 10) Tanda khusus/alergi diberi kotak merah pada sampul rekam medis dan ditulis jenis alergi. Alergi juga ditulis pada lembar dimana pertama kali alergi ditemukan. Untuk alergi obat dituliskan nama obatnya.
- 11) Stiker warna kuning untuk melambangkan pasien dengan penyakit berbahaya dan menular.
- 12) Koding adalah pemberian kode diagnosa penyakit dan kode tindakan yang ditulis DPJP oleh petugas rekam medis.

3. Ringkasan Pasien Pulang / Discharge Summary

Ringkasan selama pasien dirawat ditulis dalam lembar tersendiri yaitu Ringkasan Pasien Pulang (*Discharge Summary*) yang memuat hal ; riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan diagnostik, indikasi pasien dirawat inap, diagnosis dan komorbiditas, prosedur terapi dan tindakan yang telah dikerjakan, obat yang diberikan termasuk setelah pasien keluar rumah sakit, kondisi kesehatan pasien (status present) saat akan pulang dari rumah sakit, instruksi tindak lanjut serta dijelaskan dan ditanda tangani oleh DPJP, pasien atau keluarga pasien.

Pada pasien yang dirawat oleh lebih dari 1 orang dokter (rawat bersama) maka ringkasan perawatan pasien pulang diisi dan ditandatangani oleh DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien) utama.

4. Ketentuan dan Prosedur *Informed Consent*

Persetujuan tindakan medik (*Informed Consent*) adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarganya atas rencana tindakan medis setelah yang bersangkutan mendapat informasi yang lengkap, jelas, singkat, praktis, dan dapat dimengerti.

Informed Consent bertujuan untuk melindungi pasien terhadap segala tindakan medis yang akan dilakukan dan memberikan perlindungan hukum kepada dokter dan rumah sakit terhadap akibat yang tidak terduga dan bersifat legatif.

Informed Consent ditandatangani oleh dokter penanggung jawab pasien, perawat, pasien

dan atau keluarga pasien.

5. Persetujuan Rekam Medis (Informed Consent)

Setiap pasien yang berobat ke RS harus mengikuti peraturan yang diberlakukan di RS. Bilamana pasien hanya datang untuk berobat jalan maka aspek hukum yang diterimanya relative lebih sederhana dari pada jika pasien itu dirawat. Dari hubungan ini terlihat bahwa setiap pasien yang mendapat pelayanan kesehatan mempunyai hak untuk memperoleh atau menolak pengobatan.

Bila pasien dalam perawatan maka walilah yang mengatas namakan keputusan hak tersebut pada pasien. Di RS hal-hal mengenai keputusan pasien (atau wali) dapat dikemukakan dengan dua cara yang lazim dikenal dengan persetujuan yang meliputi :

- a. Persetujuan langsung, berarti pasien/ wali segera menyetujui usulan pengobatan yang ditawarkan pihak rumah sakit. Persetujuan dalam bentuk lisan atau tulisan.
- b. Persetujuan secara tak langsung, tindakan pengobatan dilakukan dalam keadaan darurat atau ketidak mampuan mengingat ancaman terhadap nyawa pasien.

Demi menjaga kemungkinan-kemungkinan yang akan timbul maka RS melakukan dua kali pengambilan persetujuan (apabila ternyata kemudian ada tindakan khusus) yaitu :

1. Disaat pasien akan dirawat :

Penanda tangan dilakukan setelah pasien mendapat penjelasan dari petugas penerimaan pasien di tempat pendaftaran. Penanda tangan persetujuan disini adalah untuk pemberian persetujuan dalam pelaksanaan prosedur yang tidak berisiko tinggi dan tata tertib rawat inap, diagnostic, pelayanan rutin rumah sakit dan pengobatan medis umum.

2. Persetujuan Khusus (Informed Consent)

Penandatanganan informed consent dilakukan apabila seorang pasien dinyatakan harus mendapatkan suatu tindakan medis pembedahan. Dokter yang menangani pasien tersebut harus menjelaskan hal-hal yang akan dilakukan secara jelas. Dalam hal ini dokter jangan sekali-kali memberi garansi kesembuhan pada pasien, tetapi diskusikan dan jelaskan keuntungan yang diharapkan serta risiko atau kemungkinan yang akan terjadi apabila pasien melaksanakan tindakan tersebut, sehingga pasien dapat berfikir dan menetapkan keputusannya.

Apabila penyakit yang diderita pasien mempengaruhi fungsi seksual atau reproduksinya atau tindakan yang dapat mengakibatkan kematian janin dalam

kandungan, maka dokter dapat meminta persetujuan kepada suami/isteri pasien. Keputusan ini diambil sebagai upaya hubungan kemanusiaan dan tidak mutlak untuk mengobati pasien.

Dalam hal ini rumah sakit harus betul-betul terjamin keselamatannya melalui bukti tanda tangan bagi orang yang berhak. Adanya permintaan akan jenazah pasien, bagian tubuh tertentu, kremasi ataupun pernyataan bahwa jenazah tidak diambil keluarga dan lain sebagainya harus senantiasa dikuatkan oleh tanda tangan dari berbagai pihak termasuk di dalamnya saksi I, II sesuai dengan prosedur yang berlaku.

3. Persetujuan khusus terdiri pemberian informasi dan pernyataan persetujuan antara lain:

- a. Dokter pelaksanana tindakan
- b. Pemberi informasi
- c. Penerima informasi
- d. Informasi terdiri dari: diagnosis, dasar diagnosis, tindakan kedokteran, indikasi tindakan, tata cara tindakan, tujuan, risiko, komplikasi, prognosis, alternatif dan lain-lain
- e. Ditandatangani oleh pemberi informasi dan penerima informasi
- f. Persetujuan/ penolakan : nama tanda tangan , hub dengan pasien, yang memberikan persetujuan, terhadap pasien nama, tgl lahir jenis kelamin
- g. Tanda tangan yang membuat pernyataan dan saksi 2 orang dapat dari pihak keluarga dan pihak rumah sakit.

4. Pembuatan Visum et Repertum

Pembuatan *Visum et Repertum* dibuat oleh dokter atas permintaan tertulis dari penyidik yang berwenang mengenai hasil pemeriksaan medik terhadap manusia baik hidup ataupun mati ataupun bagian atau diduga bagian tubuh manusia berdasarkan keilmuannya dan dibawah sumpah untuk kepentingan peradilan.

RS melakukan *visum et repertum* pemeriksaan luar pada manusia hidup. Untuk kasus meninggal , bagian tubuh dan otopsi diarahkan ke rumah sakit Pemerintah.

5. Ketentuan dan Prosedur Pelayanan Asuransi

Pelayanan asuransi terkait dengan pelayanan kesehatan diberikan oleh dokter dan telah ditandatangani oleh pasien untuk memberikan kuasa kepada rumah sakit dalam memberikan informasi kesehatan mengenai dirinya kepada pihak asuransi.

Prosedur pelayanan asuransi yang berlaku adalah:

- a. Pasien atau keluarga pasien atau petugas asuransi datang dengan membawa formulir asuransi yang telah ditandatangani oleh pasien yang bersangkutan.
- b. Petugas rekam medis memeriksa kelengkapan identitas pada formulir asuransi.
- c. Petugas rekam medis menyerahkan formulir asuransi kepada dokter penanggung jawab pasien untuk diisi dan dilengkapi.
- d. Petugas rekam medis membubuhi cap rumah sakit bila formulir telah terisi lengkap.
- e. Petugas rekam medis menyerahkan formulir yang telah terisi lengkap kepada pasien atau keluarga pasien atau petugas asuransi dan menandatangani buku tanda penyerahan.

6. Riwayat Penyakit Pasien

Riwayat Penyakit Pasien adalah Riwayat pasien sebelum mendapat pelayanan saat ini. Riwayat penyakit ini antara lain riwayat persalinan sebelumnya, riwayat operasi, sakit yang diderita, alergi dan lain-lain. Perlu diketahui dan dicatat dalam berkas pemeriksaan petugas medis sebagai pegangan pelayanan saat ini.

7. Catatan Perintah Dokter Untuk Pengobatan dan Lain – lain

Catatan perintah dokter untuk pengobatan dan lain – lain adalah lembar pencatatan bagi dokter yang merawat sesuai hasil pemeriksaan harian dan berkelanjutan. Ditulis dalam formulir Catatan Medik Harian terdiri dari identitas pasien, tanggal/jam, catatan keadaan pasien, instruksi dokter dan tanda tangan dokter penanggung jawab pasien.

8. Laporan Anestesi, Operasi, Tindakan dan lain-lain

Pencatatan tindakan dan anestesi dilakukan oleh dokter dan petugas medis yang terlibat dalam Lembar Pemantauan Anestesi, Laporan Operasi / Tindakan Medis.

9. Pencatatan Observasi Pasien

Pencatatan Observasi Pasien adalah lembar pemantauan kondisi pasien yang dilakukan oleh petugas medis serta dicatat dalam formulir Catatan Harian Perawat yang terdiri dari identitas pasien, pernafasan, suhu, nadi, terapi yang diberikan, periode perawatan, nama dokter yang merawat, diagnosa, kelas dan ruang perawatan serta tanda alergi jika ada.

10. Catatan Perkembangan Pasien

Catatan Perkembangan Pasien mencatat secara spesifik perkembangan penyakit pasien yang ditulis dan ditandatangani oleh dokter, catatan pertama dimulai dengan catatan pada saat pasien masuk, dan pencatatan selanjutnya adalah perkembangan pasien selama masa perawatan dirumah sakit sampai pasien keluar dari rumah sakit. Catatan perkembangan pasien digunakan untuk mengetahui ringkasan keadaan umum pasien pada saat masuk

hingga keluar, termasuk informasi-informasi penting yang belum tercatat pada anamnesa dan pemeriksaan fisik. Informasi tersebut bisa di dapat dari keluarga pasien, dokter yang mengirim atau dari rumah sakit lain. Catatan perkembangan pasien harus dibuat setiap hari selama pasien berada dalam masa perawatan, setiap beberapa jam dan seterusnya sesuai dengan perkembangan kesehatan itu sendiri. Semua tindakan yang dilakukan dicatat jam, tanggal, dan jenis tindakan yang diberikan serta harus ditandatangani oleh dokter penanggung jawab pasien.

11. Penulisan Diagnosa

Penulisan diagnosa pasien merupakan kewajiban, hak dan tanggung jawab dokter yang terkait. Diagnosa harus jelas, benar, lengkap dan tepat waktu dan tidak boleh diubah. Penulisan dilakukan dalam kolom yang telah ditentukan dan dilakukan oleh dokter penanggung jawab pelayanan.

12. Bukti Dokter Penanggung Jawab Pasien Memberikan Penjelasan Kepada Pasien

Dokter penanggung jawab pasien memberikan penjelasan kepada pasien tentang penyakit pasien dan pendidikan kesehatan.

Bukti dokter telah memberikan penjelasan penyakit dan pendidikan kepada pasien ada dalam formulir Pendidikan Pasien dan keluarga oleh dokter bagi pasien rawat inap yang terdiri dari identitas pasien, kelas dan kamar, dokter penanggung jawab pasien, materi pendidikan pasien dan keluarga, paraf pasien, paraf dokter dan tanggal. Pada berkas rekam medis rawat jalan ada dalam kolom pendidikan kesehatan.

13. Kewajiban Dokter dan Perawat Mengisi Rekam Medis

Kewajiban dokter dan perawat mengisi rekam medis secara lengkap, benar, jelas, akurat, dan tepat waktu tanpa coretan. Setiap pencatatan dalam rekam medis harus dibubuhi nama, waktu dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung. Bila terjadi kesalahan dalam melakukan pencatatan pada rekam medis, dapat dilakukan pembetulan yang dapat dilakukan dengan cara pencoretan tanda menghilangkan catatan yang dibetulkan dan dibubuhi paraf dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang bersangkutan.

O. PEMBERIAN INFORMASI REKAM MEDIS

Informasi medis seorang pasien dapat diberikan kepada pihak-pihak terkait antara lain:

1. Asuransi
2. Pasien/ keluarga pasien
3. Rumah sakit yang menjadi tempat rujukan
4. Dokter lain yang merawat pasien
5. Kepolisian
6. Untuk keperluan pengadilan

Pemberian informasi medis harus mengikuti prosedur yang berlaku, informasi medis dapat diberikan, apabila pasien menandatangani serta memberikan kuasa kepada pihak ketiga untuk mendapatkan informasi medis dirinya, hal ini bertujuan untuk melindungi rumah sakit dari tuntutan yang lebih jauh.

P. REKAM MEDIS DI PENGADILAN

Informasi medis yang diambil dari berkas rekam medis sebagai bukti dalam sidang dipengadilan, atau didepan satu badan resmi lainnya, senantiasa merupakan proses yang wajar. Sesungguhnya rekam medis disimpan dan dijaga baik-baik bukan semata-mata untuk keperluan medis dan administrative, tetapi juga karena isinya sangat di perlukan oleh individu dan organisasi yang secara hukum berhak mengetahuinya.

Rekam medis ini adalah catatan kronologis yang tidak disangsikan kebenarannya tentang pertolongan, perawatan, pengobatan, seorang pasien selama mendapatkan pelayanan di rumah sakit. Penyimpanan dan pemeliharaan merupakan satu bagian dari keseluruhan kegiatan rumah sakit.

Sebagai satu dalil yang umum dapat dikatakan setiap informasi di dalam rekam medis dapat dipakai sebagai bukti, karena rekam medis adalah dokumen resmi dalam kegiatan rumah sakit. Jika pengadilan dapat memastikan bahwa rekam medis itu tidak dapat disangkal kebenarannya dan dapat dipercayai, maka keseluruhan atau sebagian informasi dapat dijadikan bukti yang memenuhi persyaratan.

Kepala Instalasi rekam medis diberi tanggung jawab/kepercayaan untuk senantiasa menjaga berkas rekam medis semuanya benar-benar lengkap. Tanggung jawab seorang rekam medis adalah berperan sebagai saksi yang obyektif, Pihak rumah sakit tidak dapat memperkirakan setiap saat, rekam medis mana yang akan diminta oleh pengadilan. Oleh karena itu, setiap rekam medis kita anggap dapat sewaktu-waktu dilihat/diperlukan untuk keperluan pemeriksaan oleh hakim dipengadilan. Konsekuensinya terhadap semua rekam

medis pasien yang telah keluar dari rumah sakit harus dilakukan analisa kuantitatif secara seksama. Selain isian/ tulisan di dalam rekam medis yang di perbaiki, tanpa paraf dan setiap isi yang ditanda tangani ataupun tidak sesuai dengan ketentuan rumah sakit, harus di tolak dan dikembalikan kepada pihak yang bersangkutan untuk diperbaiki/ dilengkapi.

Q. ADOPSI

Pedoman rekam medis menghadapi rekam medis dengan kasus adopsi sebagai berikut :

1. Adopsi telah mengakibatkan orang tua kandung melepaskan hak mereka untuk memeriksa berkas rekam medis anaknya yang telah diangkat, karena dengan pengangkatan itu seluruh hak orang tua kandung telah berakhir.
2. Adopsi telah mengakibatkan orang tua baru menerima hak sebagai orang tua asli berarti berhak untuk memeriksa berkas rekam medis anak angkatnya hingga mencapai dewasa. Namun orang tua baru tidak boleh melihat berkas rekam medisnya masa lampai si anak. Dalam hal ini petugas rekam medis wajib mengeluarkan semua identitas masa lampau yang berkaitan dengan orang tua asli sewaktu orang tua baru memeriksa berkas rekam medis anak angkat yang telah menjadikan anak kandung.
3. Anak angkat mempunyai hak untuk membaca berkas rekam medis dirinya pada saat mencapai usia dewasa, namun petugas rekam medis harus menutup identitas orang tua aslinya seperti pada keterangan di atas.

R. PENGELOLAAN BERKAS REKAM MEDIS (ASSEMBLING DAN KODING)

1. Daftar Berkas Rekam Medis

Untuk efisiensi penggunaan rekam medis dan penyusunan tiap-tiap formulir rekam medis sesuai dengan tata urutannya, maka berkas rekam medis rawat inap yang kembali dari ruangan secara rutin dilakukan perakitan (*assembling*), akan dibuat lampiran tersendiri.

2. Koding

- a. Koding berkas rekam medis pasien dilakukan oleh petugas rekam medis berdasarkan diagnosis yang dibuat oleh dokter (diagnosis akhir) harus dibuat kode penyakit atau operasi sesuai dengan ICD 10 dan ICD 9 CM yang sudah ada dalam menu VB yang ada di komputer.
- b. Buku kode penyakit atau operasi tersebut adalah buku ICD 10 dan tindakan adalah buku ICD 9 CM yang diterbitkan oleh WHO yang telah distandarkan dari Departemen Kesehatan RI.

S. PENYUSUTAN DAN PEMUSNAHAN BERKAS REKAM MEDIS

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No.269/MENKES/PER/III/2008 BAB IV menerangkan penyimpanan, Pemusnahan dan Kerahasiaan, pasal 8 :

- 1) Rekam Medis pasien rawat inap di rumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 5 (lima) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan.
- 2) Setelah batas waktu 5 (lima) tahun sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilampaui, rekam medis dapat dimusnahkan, kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik.
- 3) Ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus disimpan untuk jangka waktu 10 (sepuluh) tahun terhitung dari tanggal dibuatnya ringkasan tersebut.
- 4) Penyimpanan rekam medis dan ringkasan pulang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (3) dilaksanakan oleh petugas yang ditunjuk oleh pimpinan sarana pelayanan kesehatan.

a. Perencanaan terhadap rekam medis yang tidak aktif

Dilihat dari segi praktisnya dapat dikatakan bahwa patokan utama untuk menentukan berkas rekam medis aktif maupun berkas rekam medis tidak aktif adalah besarnya ruangan yang tersedia untuk menyimpan berkas rekam medis yang aktif. Batasan umum berkas rekam medis dinyatakan aktif adalah 5 tahun dihitung dari tanggal terakhir berobat. Apabila sudah tidak tersedia lagi tempat penyimpanan rekam medis harus dilaksanakan kegiatan pemilahan berkas rekam medis aktif dan in aktif. Berkas rekam medis yang tidak aktif dapat disimpan diruangan lain atau microfilm.

1. Penyusutan (Retensi)

Penyusutan rekam medis adalah suatu kegiatan pengurangan berks rekam medis dari rak penyimpanan dengan cara :

- a. Mengambil BRM In aktif sesuai dengan kunjungan terkahir berobat, yaitu 5 tahun..
- b. Mencatat BRM yan In Aktif
- c. Menyimpan BRM In Aktif ruang penyimpan In Aktif dengan sistem terminal digit.

2. Jadwal Retensi Rekam Medis

- a. Salah satu elemen yang diperlukan dalam retensi/penyusutan rekam medis adalah jadwal retensi rekam medis. Jadwal retensi rekam medis merupakan daftar yang berisikan daftar formulir rekam medis yang akan disimpan dan jangka waktu penyimpanannya sesuai dengan kegunaannya yang wajib dimiliki oleh setiap badan pemerintah sebagai pedoman dalam penyusutan berkas rekam medis.
- b. Penentuan jangka waktu penyimpanan berkas rekam medis ditentukan atas dasar nilai kegunaan tiap-tiap berkas rekam medis. Untuk menjaga obyektifitas dalam menentukan nilai kegunaan tersebut, sebaiknya jadwal retensi rekam medis disusun oleh suatu kepanitian yang terdiri dari unsur komite rekam medis dan unit rekam medis yang benar-benar memahami rekam medis, fungsi dan nilai rekam medis.
- c. Rancangan jadwal retensi rekam medis yang merupakan hasil kerja panitia tersebut perlu mendapat persetujuan Direktur rumah sakit terlebih dahulu sebelum dijadikan pedoman resmi jadwal retensi rekam medis yang akan berlaku di rumah sakit.

3. Tujuan Retensi

1. Membuat penyimpanan berkas rekam medis menjadi lebih rapih, efektif dan efisien.
2. Untuk memudahkan petugas rekam medis dalam penyimpanan dan pencarian berkas rekam medis yang masih aktif digunakan.
3. Mengurangi jumlah berkas rekam medis yang semakin bertambah.
4. Menyiapkan fasilitas yang cukup untuk tersedianya tempat penyimpanan berkas rekam medis yang baru
5. Tetap menjaga kualitas pelayanan dengan mempercepat penyiapan rekam medis jika sewaktu-waktu diperlukan.
6. Menyelamatkan rekam medis yang bernilai guna tinggi serta mengurangi yang tidak bernilai guna/nilai guna rendah atau nilai gunanya telah menurun.

b. Tahap-tahap Penyusutan dan Pemusnahan

1. Penelitian Berkas Rekam Medis In aktif

- a. Pemilahan berkas rekam medis in aktif dilakukan oleh petugas rekam medis.
- b. Rekam medis in aktif yang mencapai usia minimal 5 (lima) tahun dipindah dari unit rekam medis dan disimpan terpisah sebelum dinilai dan dimusnahkan.

- c. Pemilahan berkas rekam medis dilakukan atas dasar PERMENKES 269/MENKES/PER/III/2008 tentang rekam medis.

2. Penilaian Berkas Rekam Medis In aktif

- a. Penilaian isi rekam medis in aktif dilakukan oleh Tim Pemusnahan Rekam Medis yang dibentuk berdasarkan keputusan Direktur RS.
- b. Tim Pemusnahan BRM beranggotakan 5 (lima) orang terdiri dari unsur- unsur :
 - a. Instalasi dan Pelayanan Rekam Medis
 - b. Panitia Rekam Medis
 - c. Staf Bidang Penunjang Medis
 - d. Staf Bidang Keperawatan
 - e. Staf Bagian Rumah Tangga
- c. Rekam medis yang mempunyai nilai guna tertentu tidak dimusnahkan, tetapi disimpan dalam jangka waktu yang ditentukan oleh Sub Komite Rekam Medis.
- d. Rekam medis in aktif yang dinilai dapat dimusnahkan setelah dibuat BRM inaktif di input ke dalam komputer.
- e. Daftar pertelaan rekam medis in aktif yang akan dimusnahkan oleh Tim Pemusnah dilaporkan kepada Direktur RS untuk mendapatkan persetujuan pemusnahan.
- f. Persetujuan pemusnahan ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur RS

3. Pemusnahan Berkas Rekam Medis

adalah suatu proses kegiatan penghancuran secara fisik berkas rekam medis yang telah berakhir fungsi dan nilai guna. Penghancuran harus dilakukan secara total dengan cara membakar habis, mencacah atau daur ulang sehingga tidak dapat lagi dikenal lagi isi maupun bentuknya. Sebagai media penyimpanan dapat menggunakan scanner dan mikrofil sesuai dengan ketentuan yang telah ditentukan.

a. Ketentuan Pemusnahan Berkas Rekam Medis :

- 1) Dibentuk tim pemusnah berkas rekam medis dengan surat keputusan direktur yang beranggotakan sekurang-kurangnya dari : bag, Instalasi rekam medis, kan rumah tangga rumah sakit, keperawatan dan komite medik.
- 2) Formulir rekam medis mempunyai nilai guna tertentu tidak dimusnahkan tetapi disimpan dalam jangka waktu tertentu sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- 3) Membuat pertelaan arsip bagi rekam medis aktif yang telah dinilai.

- 4) Daftar pertelaan berkas rekam medis yang akan dimusnahkan oleh tim pemusnah, dilaporkan kepada direktur rumah.
- 5) Berita acara pelaksanaan pemusnahan dikirim kepada pemilik rumah sakit

b. Pemusnahan Berkas Rekam Medis In aktif

- 1) Sebelum pemusnahan dilakukan harus ada proses pemilahan Berkas Rekam Medis yang bernilai guna.
- 2) Petugas rekam medis yang melakukan kegiatan mulai dari penonaktifkan sampai dengan proses pemusnahan.
- 3) Pemusnahan dilakukan secara total sehingga rekam medis tidak dapat dikenal lagi baik isi maupun bentuknya. Pelaksanaan pemusnahan dilakukan oleh pihak ketiga dengan disaksikan oleh Tim Pemusnahan Rekam Medis RS
- 4) Pemusnahan rekam medis dilaksanakan dengan membuat daftar pertelaan rekam medis yang dimusnahkan dan Berita Acara Pemusnahan disahkan oleh Direktur RS.
- 5) Berita Acara Pelaksanaan Pemusnahan diserahkan kepada Direktur RS.

T. STATISTIK DAN PELAPORAN RUMAH SAKIT

1. Tabulasi (Indeksing)

Indeksing adalah membuat tabulasi sesuai dengan kode yang sudah dibuat ke dalam indeks-indeks (dapat menggunakan kartu indeks atau komputerisasi).

Jenis indek yang dibuat:

- a. Indeks Pasien
- b. Indeks Penyakit
- c. Indeks Dokter
- d. Indeks Kematian

2. Statistik Dan Pelaporan Rumah Sakit

Pelaporan rumah sakit merupakan suatu alat organisasi yang bertujuan untuk dapat menghasilkan laporan secara cepat, tepat dan akurat serta dianalisa dan dijadikan RS untuk merencanakan dan merancang proses manajemen informasi untuk memenuhi kebutuhan informasi baik internal maupun eksternal. yang secara garis besar jenis pelaporan rumah sakit dapat dibedakan menjadi 2 kelompok :

a. Laporan Internal Rumah Sakit

Laporan internal rumah sakit disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit dapat berupa

laporan rutin dan laporan insidentil.

Jenis laporan internal tersebut meliputi:

1. Laporan Rutin

Laporan Rutin dilaksanakan pada minggu pertama setiap bulannya antara lain:

- 1) Laporan bulanan eksekutif.
- 2) Laporan bulanan (kunjungan pasien rawat jalan, rawat inap, per dokter dan penunjang medis, JKN, kinerja rekam medis, kinerja penunjang dan kinerja RS)
- 3) Laporan Kematian
- 4) Laporan Laporan bulanan 20 penyakit terbesar Rawat Jalan dan Rawat Inap RS dan JKN.
- 5) Laporan Laporan bulanan 20 tindakan terbesar RS dan JKN.
- 6) Laporan triwulan program Standar Mutu Pelayanan (SMP).
- 7) Laporan tentang efisiensi pelayanan rawat inap, BOR, LOS, BTO, TOI, GDR, NDR.
- 8) Laporan bulanan kematian.
- 9) Laporan bulanan personalia pada periode tutup buku.
- 10) Laporan harian kunjungan rawat jalan dan pasien rawat inap.
- 11) Laporan Tahunan

2. Laporan Insidental

Laporan Insidental adalah laporan yang harus segera dilaporkan karena berkaitan dengan kinerja rumah sakit.

Laporan Eksternal keluar Rumah Sakit

Untuk berbagai data yang dikumpulkan oleh Instalasi Rekam Medis digunakan formulir standar pelaporan menggunakan SIRS online.

1. Jenis Laporan External

- 1) RL 1.1 Data Dasar – RS ONLINE
- 2) RL 1.2 Indikator Pelayanan
- 3) RL 1.3 Tempat Tidur
- 4) RL 2 Ketenagaan
- 5) RL 3.1 Rawat Inap
- 6) RL 3.2 Rawat Darurat
- 7) RL 3.3 Gigi Mulut

- 8) RL 3.4 Kebidanan
- 9) RL 3.5 Perinatologi
- 10) RL 3.6 Pembedahan
- 11) RL 3.7 Radiologi
- 12) RL 3.8 Laboratorium
- 13) RL 3.9 Rehab Medik
- 14) RL 3.10 Pelayanan Khusus
- 15) RL 3.11 Kesehatan Jiwa
- 16) RL 3.12 Keluarga Berencana
- 17) RL 3.13 Obat Pelayanan Resep
- 18) RL 3.13 Obat Pengadaan
- 19) RL 3.14 Rujukan
- 20) RL 3.15 Cara Bayar
- 21) RL 4.A Penyakit Rawat Inap
- 22) RL 4A Penyakit Rawat Inap (sebab)
- 23) RL 4B Penyakit Rawat Jalan
- 24) RL 4B Penyakit Rawat Jalan (sebab)
- 25) RL 5.1 Pengunjung
- 26) RL 5.2 Kunjungan Rawat Jalan
- 27) RL 5.3 10 Besar Penyakit Rawat Inap
- 28) RL 5.4 10 Besar Penyakit Rawat Jalan
- 29) Laporan Surveilans
- 30) Laporan Kematian

Periode Laporan Eksternal

Pada Sistem Pelaporan RS periode laporan disesuaikan dengan jenis data yang dikumpulkan :

- 1) Laporan RL 1.1 – RL 4B dilaporkan tahunan
- 2) Laporan RL 5.1 – RL 5.4 dilaporkan bulanan
- 3) Laporan Surveilans dilaporkan harian
- 4) Laporan Kematian dilaporkan bulanan

Jadwal Pengiriman Laporan Eksternal

Agar data yang dikumpulkan dapat diolah sesuai dengan jadwal yang ditentukan, maka pengiriman formulir standar SIRS online yang telah diisi dari Rumah Sakit

dilakukan paling lambat 15 hari sesudah jangka waktu data yang dilaporkan.

Saluran Pengiriman Laporan Eksternal

Pengiriman laporan dilakukan setiap bulan dan harian dengan menggunakan website:

Laporan surveilans dan laporan kematian dikirim ke;

- a) Dinas Kesehatan (up Kesmas)
- b) Seksi Surveilans Epidemiologi Dinas Kesehatan
- c) Dengan alamat : **www.surveilans_dinkes...net**

(disesuaikan dengan wilayah)

- 1) Laporan RL dikirim ke
 - a) Dirjen Bina Upaya Kesehatan Kemkes RI
 - b) Dengan alamat : **sirs.yankes.kemkes.go.id**

U. ASPEK HUKUM REKAM MEDIS

1. Pertanggung Jawaban Terhadap Rekam Medis

Rumah sakit memiliki fungsi utama untuk memberikan perawatan dan pengobatan yang sempurna kepada pasien baik pasien rawat inap, rawat jalan maupun pasien gawat darurat. Pimpinan rumah sakit bertanggung jawab atas mutu pelayanan medis di rumah sakit yang diberikan kepada pasien.

Rekam medis sangat penting dalam mengemban mutu pelayanan medis yang diberikan oleh rumah sakit beserta staf mediknya. Rekam medis merupakan milik rumah sakit yang harus dipelihara karena sangat bermanfaat bagi pasien, dokter maupun bagi rumah sakit.

Rumah sakit bertanggung jawab untuk melindungi informasi yang ada didalam rekam medis terhadap kemungkinan hilangnya keterangan atau pun memalsukan data yang ada didalam berkas rekam medis atau dipergunakan oleh orang yang tidak berwenang menggunakannya.

2. Tanggung Jawab dokter yang merawat

Tanggung jawab utama atas kelengkapan pengisian rekam medis terletak pada dokter yang merawat. Dokter yang merawat bertanggung jawab akan kelengkapan dan kebenaran isi rekam medis.

Dalam mencatat beberapa keterangan medis seperti riwayat penyakit, pemeriksaan fisik dan ringkasan keluar (resume) kemungkinan bisa didelegasikan pada co asisten,

asisten ahli dan dokter lainnya.

Keakuratan dan kelengkapan data rekam medis pasien harus dipelajari, dikoreksi dan ditanda tangani oleh dokter yang merawat. Saat ini banyak rumah sakit menyediakan staf dokter untuk melengkapi rekam medis. Namun demikian tanggung jawab utama dari isi rekam medis tetap berada pada dokter yang merawat. Oleh karena itu ditinjau dari beberapa segi rekam medis sangat bernilai penting karena :

- a. Rekam medis berguna bagi pasien, Untuk kepentingan riwayat perkembangan penyakitnya dimasa sekarang maupun dimasa yang akan datang.
- b. Rekam medis dapat melindungi rumah sakit maupun dokter dalam segi hokum (medico legal). Jika terdapat rekam medis yang tidak lengkap dan tidak benar maka kemungkinan akan merugikan bagi pasien, dokter maupun rumah sakit itu sendiri.
- c. Rekam medis dapat dipergunakan untuk meneliti rekaman kegiatan dan pencatatan medis maupun rekaman kegiatan pencatatan administrative atas diri pasien, Petugas rekam medis hanya dapat mempergunakan data yang tertera didalam berkas rekam medis. Jika terdapat diagnose yang tidak benar maupun tidak lengkap maka secara otomatis kode penyakitnya pun tidak tepat, Data statistic dan laporan yang dilaporkan kepada instansi terkait harus berisi data-data yang akurat dan lengkap.

3. Tangung jawab petugas rekam medis

Kegiatan pencatatan dan pengisian rekam medis dilaksanakan sesuai dengan kebijaksanaan dan peraturan yang ditetapkan oleh Direktur RS.

Petugas rekam medis, membantu dokter yang merawat dalam mempelajari kembali isi rekam medis, Analisa kuantitatif dilakukan untuk mengetahui kekurangan dan kelengkapan isi yang terdapat dalam berkas rekam medis.

Penganalisaan ini harus dilaksanakan pada keesokan harinya setelah pasien dipulangkan atau meninggal, sehingga data yang kurang atau pun diragukan dapat dikoreksi kembali sebelum data pasien terlupakan.

Petugas rekam medis bertanggung jawab untuk mengevaluasi kualitas rekam medis itu sendiri guna menjamin keakuratan dan kelengkapan isi rekam medis, sehubungan dengan hal tersebut diatas petugas rekam medis harus berpegang pada pedoman sebagai berikut:

- a. Semua diagnosis ditulis dengan benar pada lembar masuk dan keluar sesuai dengan istilah terminologi yang dipergunakan, semua diagnosa serta tindakan pembedahan yang dilakukan harus di catat di dalam resume akhir
- b. Catatan yang dibuat oleh dokter yang merawat harus disertai tanggal dan dibubuhi nama dan tanda tangan dokter yang bersangkutan.
- c. Riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, resume akhir serta lembar ringkasan masuk dan keluar harus di isi dengan lengkap dan tidak cukup apabila hanya ditanda tangani oleh seorang dokter saja.
- d. Laporan riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik harus dicatat dengan lengkap dan berisi semua catatan mengenai diri pasien baik yang positif maupun yang negatif
- e. Catatan perkembangan memberikan gambaran kronologis dan analisa klinis mengenai keadaan diri pasien.
- f. Hasil pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan rontgen harus dicatat disertai tanggal dan tanda tangan pemeriksa.
- g. Semua tindakan pengobatan medik ataupun tindakan pembedahan harus dicantumkan tanggal serta ditanda tangani oleh dokter.
- h. Semua konsultasi harus dicatat secara lengkap serta ditanda tangani, dan harus dilaksanakan sesuai dengan peraturan medis yang berlaku.
- i. Hasil konsultasi, mencakup penemuan konsulen pada pemeriksaan fisik terhadap pasien termasuk juga pendapat dan rekomendasinya.
- j. Pada kasus prenatal dan persalinan, catatan pada saat observasi dicatat secara lengkap, mencakup hasil test dan semua pemeriksaan pada saat prenatal sampai masuk rumah sakit. Pencatatan secara lengkap mulai dari proses persalinan hingga kelahiran sejak pasien masuk rumah sakit samapai dengan pasien keluar rumah sakit.
- k. Apabila pasien merupakan pasien rujukan dari luar, maka catatan observasi dan pengobatan, serta tindakan yang diberikan yang telah dtanda tanagni oleh petugas harus diikut sertakan pada saat pasien masuk rumah sakit.
- l. Resume akhir ditulis pada saat pasien pulang raat ataupun meninggal. Resume harus berisi ringkasan tentang penemuan-penemuan, kejadian penting selama pasien dirawat, keadaan saat pulang, saran dan rencana pengobatan selanjutnya.
- m. Bila dilakukan otopsi, diagnose sementara/diagnose anatomi, segera dicatat (dalam waktu kurang 72 jam), keterangan yang lengkap harus dibuat dan digabungkan dengan berkas rekam medis pasien, RS tidak melakukan otopsi.

- n. Analisa kualitatif dilaksanakan oleh petugas rekam medis guna mengevaluasi kualitas pencatatan yang dilakukan oleh dokter. Kegiatan tersebut dilakukan guna mengevaluasi mutu pelayanan medis yang diberikan oleh dokter yang merawat. Kualitas pencatatan rekam medis dapat mencerminkan kualitas pelayanan RS.

4. Tanggung Jawab Pimpinan Rumah Sakit

Pimpinan rumah sakit bertanggung jawab menyediakan sarana dan fasilitas untuk kegiatan unit/ bagian rekam medis yang meliputi ruangan kegiatan, rak file, computer, peralatan penunjang kegiatan dan petugas rekam medis. Dengan demikian petugas rekam medis dapat bekerja dengan efektif dan efisien.

5. Tanggung Jawab Staf Medik

Staf medik memiliki peranan penting di dalam suatu rumah sakit karena secara langsung staf medik tersebut dapat menentukan kualitas pelayanan dari suatu instansi pelayanan kesehatan kepada pasien.

Untuk memudahkan pengkoordinasian para staf medik dalam suatu instansi pelayanan kesehatan maka direktur RS. beserta wakil direktur medis membuat peraturan yang akan mengatur para anggota staf medis dan membentuk komisi khusus yang diperlukan, dimana keanggotaannya sendiri berasal dari para staf medik di RS.

6. Pemilik Rekam Medis

Penentuan kepemilikan rekam medis telah tercantum dalam permenkes 269/Menkes/Per/II/2008. Hal ini mengingat karena catatan yang terdapat dalam berkas rekam medis merupakan rangkaian kegiatan pelayanan yang diberikan oleh RS kepada pasien. Sehingga rekam medis dapat di jadikan bukti dalam proses penyembuhan kepada pasien. Isi rekam medis dapat menunjukkan bagaimana upaya penyembuhan yang dilakukan, sehingga baik atau buruknya kualitas pelayanan yang diberikan oleh suatu instansi pelayanan kesehatan dapat tercermin didalamnya.

Beberapa hal penting yang harus diperhatikan oleh staf rekam medis kepada pasien yaitu :

- 1) Tidak dibenarkan membwa berkas rekam medis keluar dari instansi pelayanan kesehatan, kecuali atas izin pimpinan serta dengan sepengetahuan kepala unit bagian rekam medis yang peraturannya telah digariskan oleh rumah sakit.
- 2) Petugas unit rekam medis bertanggung jawab penuh terhadap kelengkapan berkas rekam medis yang sewaktu-waktu dapat dibutuhkan oleh pasien

- 3) Petugas rekam medis harus menjaga agar berkas tersebut disimpan dan ditata dengan baik sehingga terlindung dari kemungkinan pencurian berkas atau pembocoran isi berkas rekam medis.
- 4) Petugas rekam medis harus mengerti dan memahami bagaimana prosedur penyelesaian serta prosedur pengisian berkas rekam medis yang dilaksanakan oleh para pemberi pelayanan kesehatan. Serta tata cara pengelolaan berkas rekam medis, sehingga berkas rekam medis dapat diberikan perlindungan hukum baik rumah sakit, petugas pelayanan kesehatan maupun pasien.

Dalam hal ini boleh atau tidaknya pasien mengerti akan isi dari rekam medis tergantung pada kesanggupan pasien itu sendiri untuk mengetahui informasi mengenai penyakitnya yang dijelaskan oleh dokter yang merawatnya. Hal ini tidak berarti pasien diperkenankan untuk membawa berkas rekam medis pulang.

Jika pasien akan dirujuk ke rumah sakit lain, maka RS hanya mengeluarkan resume akhir pasien yang dibuat oleh dokter yang merawat untuk diteruskan kepada dokter/ rumah sakit rujukan yang dianggap akan lebih membantu proses penyembuhan pasien. Apabila dokter /rumah sakit rujukan menghendaki informasi mengenai penyakit pasien yang lebih terperinci maka RS. memfotocopy dan melegalisir halaman-halaman yang diperlukan dan diteruskan kepada dokter/rumah sakit rujukan tersebut.

Dan perlu diingat bahwa rumah sakit senantiasa wajib memegang berkas rekam medis asli, kecuali untuk resep obat pasien. Dengan adanya kepentingan dari pihak ke tiga seperti badan-badan asuransi, polisi, pengadilan dan lain sebagainya terhadap isi dari berkas rekam medis seorang pasien, maka tampak jelas bahwa rekam medis telah menjadi milik umum. Namun pengertian umum disini bukanlah dalam arti bebas dibaca oleh masyarakat, karena walau bagaimanapun berkas rekam medis hanya dapat dikeluarkan untuk kepentingan yang berdasarkan otoritas pemerintah/ badan yang berwenang secara hukum serta dapat dipertanggungjawabkan.

RS bertanggung jawab secara moral dan hukum, dan berupaya agar informasi rekam medis seorang pasien tidak jatuh kepada orang yang tidak berwenang. Sistem pengamanan terhadap informasi medis seorang pasien harus dimulai sejak pasien masuk, selama pasien dirawat dan sesudah pasien pulang.

BAB V

LOGISTIK

A. KEBUTUHAN FORMULIR REKAM MEDIS

Instalasi Rekam Medis menyediakan formulir-formulir rekam medis yang digunakan pada kegiatan pelayanan terhadap pasien terlampir tersedniri.

B. KEBUTUHAN ALAT TULIS KANTOR (ATK) :

NO	JENIS ATK
1	Formulir Bukti Transaksi Poliklinik
2	Kertas HVS (A4 & Folio)
3	Streples besar dan kecil
NO	JENIS ATK
4	Buku tulis, isi streples besar & kecil, clip besar & kecil
5	Pita Epson
6	Tinta Printer HP
7	Tinta Printer Zebra
8	Stiker tahunan berkas rekam medis
9	Stiker nomor rekam medis
10	Stiker Label identitas (label tetap dan label RJ)
11	Kertas continuous form
12	Kertas untuk print Surat Keterangan Kelahiran
13	Amplop
14	Spidol Permanen
15	Spidol Whiteboard
16	Alat Tulis (pulpen, pensil, hapusan, pengaris)
17	Buku Ekspedisi (besar dan kecil)
18	Bindex (besar dan kecil)

19	Pembolong Kertas
20	Isolasi kecil

C. KEGIATAN PEMELIHARAAN DAN PERBAIKAN ALAT UMUM

Untuk mendukung pelayanan di Instalasi Rekam Medis dibutuhkan kerjasama dengan bagian Rumah Tangga, EDP dan petugas kebersihan. Dalam hal pemeliharaan dan perbaikan lemari penyimpanan berkas rekam medis baik mobile file maupun lemari besi dan lemari kayu dengan cara diberikan pelumas pada setiap rak penyimpanan. Untuk pemeliharaan dan kebersihan ruangan kerjasama dengan petugas kebersihan. Sedangkan untuk maintenance komputer kerjasama dengan bagian EDP. Instalasi Rekam Medis agar membuat jadwal rutin dalam program pemeliharaan dan perbaikan alat kesehatan dan alat umum.

BAB VI

KESELAMATAN PASIEN

A. PENGERTIAN

Keselamatan pasien adalah yang utama. Dalam hal ini dapat diartikan bahwa Instalasi Rekam Medis hendaknya menjamin bahwa keselamatan dan kepentingan pasien selalu menjadi pertimbangan utama dan diletakkan lebih tinggi. Disamping itu, Instalasi Rekam Medis hendaknya memperlakukan semua pasien secara adil dan tanpa diskriminasi.

Prinsipnya dalam melakukan segala sesuatu hendaknya dilakukan dengan tingkah laku yang baik dan benar.

B. TUJUAN

1. Agar dalam melakukan kegiatan di Instalasi Rekam Medis, senantiasa mengedepankan tatanan etika Rekam Medis , sehingga menghasilkan personal yang profesional yang terikat dengan kode etik sesuai profesi.
2. Agar petugas Rekam Medis mempunyai tanggung jawab untuk tidak mengikatkan diri dalam praktek yang dilarang oleh hukum dan hendaknya menegakkan reputasi profesinya.

C. TATA LAKSANA KESELAMATAN PASIEN

Ruang lingkup keselamatan pasien di Instalasi Rekam Medis meliputi :

1. Berkas rekam medis dapat ditemukan di tempatnya setiap saat.
2. Tidak ada kesalahan pemberian berkas rekam medis.
3. Tidak ada kesalahan peletakan berkas rekam medis.
4. Berkas rekam medis terisi dengan lengkap dan tepat waktu.

Ada beberapa aspek yang perlu diperhatikan didalam etika Rekam Medis yang antara lain :

1. Pengumpulan Informasi dan Data

- a. Pengumpulan informasi dan data dilakukan setiap hari oleh petugas rekam medis dengan melihat modul laporan di VB rekam medis.
- b. Rekam Medis mengumpulkan informasi yang memadai untuk identifikasi pasien secara tepat.
- c. Keselamatan staf dan pasien merupakan sesuatu yang utama bila kemungkinan terdapat penyakit menular.

2. Penyimpanan dan Retensi Rekaman Medik

- a. Instalasi Rekam Medis hendaknya menjamin bahwa informasi disimpan sedemikian hingga terdapat perlindungan yang layak terhadap kehilangan, akses oleh yang tidak berwenang, dan penyalahgunaan lainnya.
- b. Retensi rekam medis dapat diatur dengan berbagai persyaratan wajib atau perundang-undangan dalam negara yang berbeda dan persyaratan tersebut perlu dipertimbangkan bersama dengan lembaga profesional yang relevan.
- c. Retensi berkas rekam medis diatur dalam perundang – undangan yang telah diatur oleh PERMENKES RI Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis.

BAB VII

KESELAMATAN KERJA

Kesehatan dan keselamatan kerja (K3) di Instalasi Rekam Medis merupakan bagian dari pengelolaan instalasi secara keseluruhan. Untuk mengurangi bahaya yang terjadi, perlu adanya kebijakan yang ketat. Petugas harus memahami keamanan dan tingkatannya, mempunyai sikap dan kemampuan untuk melakukan pengamanan sehubungan dengan pekerjaannya. Keselamatan kerja di Instalasi Rekam Medis pada dasarnya menjadi tanggung jawab setiap petugas. Kepala Instalasi Rekam Medis adalah penanggung jawab tertinggi dalam pelaksanaan K3 di unitnya.

Dalam pelaksanaannya Kepala Instalasi Rekam Medis dapat menunjuk seorang petugas atau membentuk tim K3 rekam medis.

Petugas atau tim K3 Rekam medis mempunyai kewajiban merencanakan dan memantau pelaksanaan K3 yang telah dilakukan oleh setiap petugas rekam medis, mencakup :

1. Melakukan pemeriksaan dan pengarahan secara berkala terhadap metode/prosedur dan pelaksanaan kerja.
2. Melakukan penyelidikan semua kecelakaan di dalam instalasi rekam medis yang memungkinkan terjadinya kecelakaan kerja.
3. Melakukan pengawasan dan memastikan semua tindakan dekontaminasi yang telah dilakukan jika ada kejadian yang menyangkut keselamatan kerja.
4. Menyediakan kepustakaan/rujukan K3 yang sesuai dan informasi untuk petugas rekam medis.
5. Menyusun jadwal kegiatan pemeliharaan kesehatan bagi petugas rekam medis.
6. Memantau petugas rekam medis yang sakit atau absen yang mungkin berhubungan dengan pekerjaan di instalasi rekam medis dan melaporkannya pada Kepala Instalasi Rekam Medis.
7. Membuat rencana dan melaksanakan pelatihan K3 Rekam Medis bagi seluruh petugas rekam medis.
8. Mencatat secara rinci setiap kecelakaan kerja yang terjadi di Instalasi Rekam Medis dan melaporkan kepada Kepala Instalasi Rekam Medis.
9. Untuk mendukung pelayanan di Instalasi Rekam Medis dibutuhkan kerjasama dengan bagian rumah tangga dalam hal pemeliharaan dan perbaikan lemari penyimpanan berkas rekam medis baik mobile file maupun lemari besi dan lemari kayu. Instalasi

rekam medis agar membuat jadwal rutin dalam program pemeliharaan dan perbaikan alat kesehatan dan alat umum.

A. KESEHATAN PETUGAS REKAM MEDIS

Pada setiap calon petugas rekam medis harus dilakukan pemeriksaan kesehatan lengkap termasuk foto toraks dan laboratorium. Keadaan kesehatan petugas rekam medis harus memenuhi standar kesehatan yang telah ditentukan di Instalasi Rekam Medis.

Untuk menjamin kesehatan para petugas rekam medis harus dilakukan hal-hal sebagai berikut :

1. Pemantuan kesehatan berkala setiap 1 tahun sekali.
2. Kesehatan setiap petugas rekam medis harus selalu dipantau.

B. SARANA DAN PRASARANA K3 YANG DIPERLUKAN DI INSTALASI REKAM MEDIS

1. Tangga trap.
2. Lampu penerangan yang cukup.
3. Tanda larangan “ DILARANG MEROKOK “ di dalam ruangan rekam medis.
4. Masker.
5. Wastafel yang dilengkapi dengan sabun (skin desinfektan) dan air mengalir.

C. PENGAMANAN PADA KEADAAN DARURAT

1. Sistem tanda bahaya.
2. Sistem evakuasi.
3. Perlengkapan pertolongan pertama pada kecelakaan (P3K).
4. Alat komunikasi darurat baik di dalam maupun ke luar Instalasi Rekam Medis.
5. Sistem informasi darurat.
6. Pelatihan khusus berkala tentang penanganan keadaan darurat.
7. Alat pemadam kebakaran.
8. Nomor-nomor telepon darurat (ambulans, pemadam kebakaran dan polisi) di ruang rekam medis.

BAB VIII

PENGENDALIAN DAN PENINGKATAN MUTU

A. PENGERTIAN

Kegiatan pengendalian dan peningkatan mutu rekam medis adalah salah satu sarana untuk dapat mengetahui seberapa jauh mutu manajemen medis di RS. Kegiatan rekam medis pada dasarnya merupakan salah satu tugas pokok pengelolaan rekam medis, yaitu kegiatan secara terus menerus menyeluruh dan terpadu terhadap terselenggaranya sistem atau program kerja rekam medis yang telah ditetapkan.

Hal ini juga dijelaskan dalam UU Praktik Kedokteran No.29 tahun 2004 pasal 46 ayat (1) : “Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis.” Selanjutnya dalam ayat (2) disebutkan bahwa “Rekam Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus segera dilengkapi setelah pasien selesai menerima pelayanan kesehatan. Dalam ayat (3) disebutkan bahwa “Setiap catatan Rekam Medis harus dibubuhi nama, waktu dan tanda tangan petugas yang memberikan pelayanan atau tindakan.”

B. TUJUAN

Tujuan dilakukan pengendalian dan peningkatan mutu rekam medis adalah :

1. Terbentuknya dokumen rekam medis yang lengkap, akurat, tepat dan otentik.
2. Agar rekam medis lengkap dan dapat digunakan sebagai referensi pelayanan kesehatan, melindungi minat hukum, sesuai dengan peraturan yang ada.
3. Menunjang informasi untuk aktifitas penjamin mutu (*quality assurance*).
4. Membantu penetapan diagnosis dan prosedur pengkodean penyakit.
5. Bagi riset medis, studi administrasi dan penggantian biaya perawatan.

C. Standar Mutu Pelayanan Rekam Medis

Sebagai indikator pengendalian mutu rekam medis ditetapkan STANDART MUTU PELAYANAN REKAM MEDIS yang merupakan bagian dari standart mutu penunjang medis.

No	Indikator Mutu	Standar Mutu
1	Persentase rerkas rekam medis rawat jalan yang tidak ditemukan	$\leq 5\%$
2	Presentase tidak tersedianya BRM di RWJ	0%
3	Persentase kesalahan peletakan berkas rekam medis rawat jalan	$\leq 5\%$
4	Persentase kesalahan pemberian rekam medis rawat jalan	0

D. METODE PENGENDALIAN DAN PENINGKATAN MUTU REKAM MEDIS

1. Analisa Kuantitatif

- a. Yang dimaksud dengan analisa kuantitatif pengendalian dan peningkatan mutu rekam medis adalah analisa yang ditujukan kepada jumlah lembaran-lembaran rekam medis sesuai dengan lamanya perawatan meliputi kelengkapan lembaran rekam medis, paramedis dan penunjang medis sesuai prosedur yang ditetapkan
- b. Petugas akan menganalisa setiap berkas rekam medis yang diterima apakah lembaran rekam medis yang seharusnya ada pada berkas rekam medis seorang pasien sudah ada atau belum.
- c. Jika terdapat ketidaklengkapan berkas pasien dari lembaran tertentu, maka harus segera menghubungi keruang perawatan dimana pasien dirawat.
- d. Pemantauan diawali dari melihat isi formulir yang terdapat dalam berkas rekam medis, meliputi kelengkapan pengisian berkas rekam medis sesuai jumlah data disetiap formulir, antara lain :
 - 1) Rawat jalan :

Identitas Pasien, Tanggal, Jam, Umur BB, TD, Anamnesis, Pemeriksaan Fisik, FUT, Letak, DJJ, Pemeriksaan Penunjang, Diagnosa/DD, Rencana Pemeriksaan Th/Rehabilitasi, Pendidikan Kesehatan, Tanda Tangan, Nama, Profesi.
 - 2) Rawat Inap :

Formulir Catatan Medis Pasien Rawat Inap Terintegrasi, Catatan Asuhan Keperawatan, Observasi Kebidanan, Ringkasan Perawatan Pasien Pulang (*Medical Discharge Summary*), Lembar Masuk dan Keluar, Catatan Medis Gawat Darurat, Pengkajian Awal Pasien Rawat Inap, Pengkajian Perioperatif Kamar Bedah, Catatan Harian Perawatan, Formulir Pengawasan, Daftar Pemberian Obat, Formulir Konsultasi / Rujukan Pasien, Pernyataan Persetujuan Tindakan Medik, Identifikasi Bayi, Pemantauan Bayi Baru Lahir, Informasi Ibu Melahirkan, Surat Pengantar PeRSpan Tindakan / Operasi, Formulir Indikasi SC, Pemantauan Anestesi, Laporan Operasi, Laporan Persalinan Pervaginam, Pemakaian Kasa dan Alat Instrumen, Informasi Bayi Baru Lahir, Formulir Pendidikan Pasien dan Keluarga oleh Dokter, Persetujuan Umum / General Consent, Bukti Pemberian Informasi / Edukasi.
- e. Pelaporan dari kegiatan tersebut diatas di monitoring dengan hasil prosentase jumlah yang lengkap dan tidak lengkap.

2. Analisa Kualitatif

- a. Yang dimaksud dengan analisa kualitatif pengendalian dan peningkatan mutu rekam medis adalah analisa yang ditujukan kepada mutu dan setiap berkas rekam medis. Ketidaklengkapan dalam pengisian rekam medis akan sangat mempengaruhi mutu rekam medis, dan mutu rekam medis akan mencerminkan baik tidaknya mutu pelayanan rumah sakit.
- b. Analisa kualitatif meliputi:
 - 1) Menelaah konsistensi pengisian lembar rekam medis baik oleh staf medis, paramedis dan unit penunjang medis lainnya.
 - 2) Memahami terminologi medis, anatomi, fisiologi, dasar proses kepenyakit, isi rekaman.
- c. Indikator Analisa Kualitatif meliputi :
 - 1) Kejelasan masalah dan diagnosa
 - 2) Masukan yang konsisten
 - 3) Alasan pelayanan
 - 4) Persetujuan tindakan medis
 - 5) Data informasi tepat waktu
 - 6) Tulisan terbaca
 - 7) Singkatan baku
 - 8) Tinta, catatan jelas
 - 9) Hindari kesenjangan pengisian
- d. Pengukuran dan pelaporan kegiatan analisa kualitatif adalah sebagai audit kualitas pengisian rekam medis rawat jalan dan rawat inap bekerjasama dengan bidang pelayanan medis.

E. PELAKSANAAN DAN WAKTU KEGIATAN

1. Pelaksanaan Kegiatan

- a. Instalasi Rekam Medis dalam teknis operasional pengumpulan data.
- b. Panitia Rekam Medis dalam pelaksanaan evaluasi dan analisa.

2. Waktu Kegiatan

- a. Pemantauan dan pengumpulan data : setiap hari.
- b. Evaluasi dan analisa : tiap minggu dan tiap bulan
- c. Pelaporan : Tiap bulan dan tiap triwulan

F. PROGRAM PENGENDALIAN MUTU DENGAN MONITORING DI REKAM MEDIS

No	SASARAN	STANDAR	TUGAS	METODE	SAMPLE/ FREKUENSI
1.	Kelengkapan	1. Diagnosis 2. Terapi ada 3. Laporan operasi ada 4. Laporan anestesi ada 5. Riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik ada 6. Resume medis ada 7. Tindakan harus ada informed consent	Cek kembali setiap berkas pasien pulang	Cek list Ada/lengkap Bila tidak lengkap hubungi dokternya/pe rawatnya	Setiap berkas pasien yang pulang Sampling setiap tiga bulan sekali
2	Rekam Medis siap pakai	1. Dapat ditemukan tempatnya setiap saat 2. Berkas rawat jalan untuk pasien baru harus sampai di poli 10 menit, pasien lama 5 menit. 3. Berkas rawat inap untuk pasien baru/lama siap 5 menit. 4. Keluar dari rak paling lama 1 minggu	Monitor waktu antara pasien datang dan berkas sampai di poli/ruangan	Pencatatan waktu dengan pendaftaran Cek pasien datang dan berkas siap pakai (dengan formulir khusus) Cek tracer	Sampling 100 berkas setiap bulan
3	Kerahasiaan	Rekam medis dan berkas yang terkait tidak boleh : dipakai oleh orang-orang yang tidak berhak / dibawa keluar RS	Cek buku ekspedisi peminjaman	Cek di dalam : -Kantor RM -RS	Cek 2 bulan sekali: Kantor RM RS
4.	Keamanan	Ruang kantor dan ruang penyimpanan RM hanya untuk petugas RM	Cek <i>doorlock</i> berfungsi	Apakah ada berkas yang tercecer,	Mulai dari : Poli Ruangan

			atau tidak	catat nama Memonitor orang-orang lain	Dilaksana kan teratur acak 1 X seminggu
5	Penomoran	Tidak ada nomor dobel	Cek buku laporan nomor- nomor dobel	cek pasien lama/baru (komputer)	Terus menerus
6	Hasil-hasil Penunjang Medis Pasca Rawat	Hasil penunjang medis pasca rawat masuk berkas 3 hari setelah hasil tiba di kantor rekam medis	Setiap hari memasukkan hasil laboratorium yang diterima	Catat tanggal terima dan masukkan hasil laboratorium ke dalam berkas	1 minggu setiap 3 bulan
7	Pelepasan Informasi Medis	Permintaan dari pasien atau keluarga pasien		Dokumen pelepasan	Buku Ekspedisi
8	Penjajaran berkas	Berkas harus dijajarkan 24 jam setelah berkas diterima di RM		Cek di ekspedisi	15 berkas setiap 3 bulan
9	Koding harus yang tepat	Harus tepat Jumlah koding Koding tindakan dan penyakit		Cek kesalahan mengkoding	Sampling 1 x 2 bulan 10 berkas/bulan (tgl. 15)

G. EVALUASI MORTALITAS DAN MORBIDITAS

1. Evaluasi Mortalitas

Evaluasi Mortalitas adalah angka keluaran kematian yaitu perbandingan jumlah kematian terhadap jumlah pasien yang keluar hidup dan mati / popularitas.

2. Evaluasi Morbiditas

Evaluasi Morbiditas adalah analisa / evaluasi morbiditas dapat digunakan untuk menilai

efisiensi dan efektivitas utilisasi fasilitas pelayanan dan penghargaan pembiayaan pelayanan yang dapat dipakai untuk perencanaan manajemen dan riset. Pada saat ini analisa data morbiditas masih terbatas hanya untuk mendapatkan "sepuluh penyakit utama" masing-masing unit pelayanan.

Disepakati data indikator untuk membuat analisa tentang mutu pelayanan, pada umumnya menggunakan data sebagai berikut ;

- a. *Average Length of Stay by DRGS*
- b. *Average Length of Stay Post Operative*
- c. *Average Length of Stay Tracer Condition*
- d. *Infection Rate Post Operative*
- e. *Post Operative Death Rate*
- f. *Maternal Mortality Rate*
- g. *Infant Mortality Rate.*

Disamping beberapa indikator seperti diatas, data penyakit juga dapat digunakan untuk mencari "*Underlying Cause of Death*" yaitu penyakit-penyakit yang didasari suatu kematian.

H. INDIKATOR DARI MORTALITAS

Dari indikator diatas yang dapat digunakan antara lain :

1. Net Death Rate (NDR)

➔ Angka Kematian Netto (Net Death Rate)

$$\text{NDR} = \frac{\text{Jml Kematian} > 48 \text{ j dalam jangka waktu tertentu}}{\text{Jml seluruh pasien yang keluar (Hidup + Mati)}} \times K$$

$K = 1000$

2. Gross Death Rate (GDR)

➔ Angka Kematian Umum (Gross Death Rate)

$$\text{GDR} = \frac{\text{Jml Seluruh kematian dalam jangka waktu tertentu}}{\text{Jml seluruh pasien yang keluar (Hidup + Mati)}} \times K$$

$K = 1000$

3. Maternal Death Rate / Maternal Mortality Rate (MDR / MMR)

➔ Persentase Kematian Obstetrik (Maternal Death Rate / Maternal Mortality Rate)

$$\text{MDR / MMR} = \frac{\text{Jml Pasien Obstetri yang meninggal}}{\text{Jml seluruh pasien yang keluar (Hidup + Mati)}} \times K$$

Jml Pasien Obstetri yang keluar (Hidup + Mati)

K = 1000

4. Infant Death Rate / Infant Mortality Rate (IDR / IMR)

➔ Persentase Kematian Bayi (Infant Death Rate / Infant Mortality Rate)

$$\text{IDR / IMR} = \frac{\text{Jml Kematian Bayi yang Lahir di rumah sakit}}{\text{Jml Bayi yang keluar (Hidup + Mati)}} \times K$$

K = 1000

5. Fetal Death Rate (FDR)

➔ Persentase Kelahiran Mati (Fetal Death Rate)

$$\text{FDR} = \frac{\text{Jml Kematian Bayi dengan umur kandungan 20 minggu atau lebih}}{\text{Jml Seluruh kelahiran dalam waktu tertentu}} \times K$$

K = 1000

6. Neonatal Death Rate (NDR)

➔ Persentase Kematian Neonatal (Neonatal Death Rate)

$$\text{NDR} = \frac{\text{Jml Kematian Bayi Baru Lahir dalam waktu 28 hari setelah lahir}}{\text{Jml seluruh kelahiran (Hidup + Mati) }} \times K$$

K = 1000

7. Post Operative Death Rate (PODR)

➔ Total Kematian setelah Operasi (Post Operative Death Rate)

$$\text{PODR} = \frac{\text{Total Kematian setelah Operasi *)}}{\text{Total pasien yang dioperasi}} \times 100$$

*) = dalam 10 hari setelah dioperasi (Huffman)

8. Anesthesia Death Rate (ADR)

➔ Total Kematian Anestesi (Anesthesia Death Rate)

$$\text{ADR} = \frac{\text{Total Kematian Anestesi}}{\text{Total pasien anestesi yang diberikan}} \times 100 \%$$

BAB IX

PENUTUP

Sejalan dengan semakin majunya teknologi informasi dan komunikasi juga membawa pengaruh terhadap perubahan rekam medis. Meskipun perkembangan teknologi informasi ini membawa pengaruh pada perluasan tujuan, pengguna dan fungsi rekam medis, namun rekam medis tetap sebagai pusat penyimpanan data dan informasi pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien. Untuk itu kualitas data tetap menjadi andalan yang harus ditegakkan sesuai dengan kriteria pelayanan rekam medis. Demikian pula dalam merencanakan masa depan rekam medis agar tetap menjaga privasi, kerahasiaan, keamanan dan keselamatan berkas rekam medis.

Buku Pedoman Pelayanan Rekam Medis yang telah disusun dan ditetapkan oleh direktur RS merupakan pelayanan standar yang harus dimiliki oleh instalasi rekam medis rumah sakit, namun demikian mengingat kondisi masing-masing rekam medis rumah sakit belum seragam terkait sumber daya manusia, peralatan, jenis pelayanan maka diperlukan tahapan dalam melaksanakan standar Pelayanan rekam medis. Standar rekam medis yang sudah disusun harus menjadi prioritas dalam melakukan perencanaan penyelenggaraan rekam medis.

Buku pedoman Pelayanan rekam medis ini diharapkan dapat menjadi acuan dalam melakukan Pelayanan rekam medis karena memuat standar dan ketentuan yang berlaku di rumah sakit.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 16 April 2022
DIREKTUR,



The image shows a handwritten signature in black ink over a blue logo. The logo consists of a stylized flower or leaf design to the left of the text "Dharma Nugraha Hospital Est. 1996".

dr. Agung Darmanto SpA