

**PERATURAN DIREKTUR TENTANG
PEYELENGGARAAN REKAM MEDIS**



**Dharma
Nugraha
Hospital**
Est.1996

**RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
TAHUN 2023**

PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
NOMOR : 023./ PER-DIR/RSDN/IV/2023
TENTANG
PENYELENGGARAAN REKAM MEDIS
DI RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA

DIREKTUR RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA ;

- Menimbang : a. Bahwa setiap rumah sakit wajib menyelenggarakan rekam medis sesuai standar yang berlaku;
- b. Rumah Sakit menyusun peraturan Penyelenggaraan Rekam Medis sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku;
- c. Berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, huruf b perlu menetapkan Keputusan Direktur Rumah Sakit Dharma Nugraha tentang Penyelenggaraan Rekam Medis Di Rumah Sakit Dharma Nugraha;
- Mengingat : 1. Undang-undang Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan;
2. Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
3. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
4. Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
5. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan;
6. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis;
7. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran;

8. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1438/Menkes/Per/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1171/MENKES/PER/VI/2011 Tentang Sistim Informasi Rumah Sakit;
11. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 36 Tahun 2012 tentang Rahasia Kedokteran;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 82 Tahun 2013 Tentang Sistim Informasi manajemen Rumah Sakit (SIM RS);
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Perizinan Rumah Sakit Klasifikasi Rumah Sakit;
15. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital By Laws) di Rumah Sakit;
16. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

MEMUTUSKAN;

Menetapkan : PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
TENTANG PENYELENGGARAAN REKAM MEDIS DI RUMAH
SAKIT DHARMA NUGRAHA;

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam peraturan ini yang dimaksud dengan

1. Rekam Medis adalah semua catatan yang tertulis/terekam tentang identitas, anamnesis, pemeriksaan medis, pemeriksaan penunjang, diagnosa dan tindakan medis serta pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien rawat jalan, rawat inap maupun Gawat Darurat;
2. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan yang selanjutnya disebut DPJP adalah dokter yang bertanggung jawab terhadap asuhan pasien sejak pasien masuk sampai pulang dan mempunyai kompetensi dan kewenangan klinis sesuai surat penugasan klinisnya;
3. Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada tenaga kesehatan yang berwenang;
4. Rahasia kedokteran adalah data atau informasi tentang kesehatan seseorang yang diperoleh tenaga kesehatan pada waktu menjalankan pekerjaan atau profesinya;
5. Persetujuan tindakan kedokteran adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien.
6. Catatan adalah tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi tentang segala tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pemberian pelayanan kesehatan;
7. Dokumen adalah catatan dokter, dokter gigi, dan/ atau tenaga kesehatan tertentu, laporan hasil pemeriksaan penunjang catatan observasi dan pengobatan harian dan semua rekaman baik berupa foto radiologi, gambar pencitraan (imaging) dan rekaman elektro diagnostik;
8. Assembling adalah pengurutan lembar Rekam Medis sesuai nomor urut formulir Rekam Medis dan merapikannya menjadi suatu susunan Rekam Medis yang berurutan dan rapi sehingga siap disimpan;

9. Coding adalah pemberian code sesuai dengan ICD 10 dan atau ICD 9;
10. Indeksing adalah membuat tabulasi sesuai dengan kode yang sudah dibuat kedalam indeks-indeks (dapat menggunakan kartu indeks atau komputerisasi);
11. ICD 10 : International Classification of Diseases 10;
12. ICD 9 : International Classification of Diseases 9;
13. Entry data : Memasukkan data ke database computer;
14. Sensus harian : Rekaman yang memberikan gambaran mutasi pasien mulai jam 00.00 sampai dengan jam 24.00;
15. Simbol dan singkatan : tanda tanda simbol singkatan;
16. Tim Pemusnahan Rekam Medis terdiri dari Tim Review Rekam Medis dan Tim Pemusnahan Rekam Medis;
17. Pelaporan : pengumpulan data, pengolahan dan informasi Rekam Medis;
18. Tracer : Kartu kendali yang fungsinya menggantikan Rekam Medis yang keluar dari rak penyimpanan;

BAB II

BENTUK, JENIS DAN ISI REKAM MEDIS

Pasal 2

1. Bentuk, jenis dan isi rekam medis disusun berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, masukan dan kesepakatan dari unit pelayanan yang disusun bersama Tim Rekam Medis
2. Isi rekam medis dapat dilakukan penambahan dan atau penyempurnaan sesuai dengan kebutuhan dan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.
3. Isi rekam medis untuk pelayanan dokter spesialis atau dokter gigi spesialis dapat dikembangkan sesuai dengan kebutuhan sebagai Pengkajian tambahan.
4. Pelayanan yang diberikan dalam ambulans atau pengobatan masal dicatat dalam rekam medis dan disimpan sesuai ketentuan yang berlaku.

Pasal 3

Isi Rekam Medis

1. Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan sekurang-kurangnya memuat :
 - a. Identitas pasien;
 - b. Tanggal dan waktu;
 - c. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
 - d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;

- e. Diagnosis;
 - f. Rencana penatalaksanaan;
 - g. Pengobatan dan/atau tindakan;
 - h. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien;
 - i. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik;
 - j. Untuk mata dilengkapi dengan segmen anterior;
 - k. Untuk THT dilengkapi dengan rongga mulut rongga hidung, membran timpani
 - l. Untuk Kebidanan dan kandungan dilengkapi dengan Pengkajian nyeri;
 - m. Untuk tumbuh kembang dilengkapi dengan data orang tua, pasca lahir, riwayat imunisasi, riwayat hasil pemeriksaan perkembangan;
 - n. Persetujuan tindakan bila diperlukan;
2. Isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang - kurangnya memuat :
- a. Identitas pasien;
 - b. Tanggal dan waktu;
 - c. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
 - d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
 - e. Diagnosis;
 - f. Rencana penatalaksanaan;
 - g. Pengobatan dan/atau tindakan;
 - h. Persetujuan tindakan bila diperlukan;
 - i. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan;
 - j. Ringkasan pulang (*discharge summary*);
 - k. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
 - l. Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu; dan
 - m. Laporan tindakan operasi bila pasien dilakukan tindakan operasi;
3. Isi rekam medis untuk pasien gawat darurat, sekurang - kurangnya memuat :
- a. Triage;
 - b. Identitas pasien;
 - c. Kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan;
 - d. Identitas pengantar pasien;
 - e. Tanggal dan waktu;
 - f. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;

- g. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
 - h. Diagnosis;
 - i. Pengobatan dan/atau tindakan;
 - j. Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut;
 - k. Nama dan tanda tangan dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dokter gigi spesialis, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
 - l. Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain; dan
 - m. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien;
4. Isi rekam medis pasien dalam keadaan bencana. selain memenuhi ketentuan untuk pasien rawat inap ditambah dengan;
- a. Jenis bencana dan lokasi dimana pasien ditemukan;
 - b. Kategori kegawatan dan nomor pasien bencana masal; dan
 - c. Identitas yang menemukan pasien;

Pasal 4

Pengkajian Awal

1. Pengkajian awal medis dan keperawatan dilaksanakan oleh profesional pemberi asuhan yang kompeten dan berwenang sesuai rincian kewenangan klinis yang ditetapkan.
2. Pengkajian awal medis rawat jalan sekurang-kurangnya meliputi;
 - a. Riwayat kesehatan pasien, sekurang-kurangnya meliputi keluhan utama dan riwayat penyakit;
 - b. Riwayat alergi;
 - c. Pemeriksaan fisik;
 - d. Diagnosis;
 - e. Rencana asuhan;
3. Pengkajian awal keperawatan rawat jalan sekurang-kurangnya;
 - a. bio-psiko-sosio-spiritual;
 - b. ekonomi
 - c. skrining dan Pengkajian nyeri
 - d. Status fungsional
 - e. resiko jatuh
 - f. risiko nutrisional
 - g. masalah keperawatan

- h. rencana asuhan
- 4. Pengkajian awal medis rawat inap sekurang-kurangnya meliputi:
 - a. riwayat kesehatan pasien, sekurang-kurangnya meliputi keluhan utama dan riwayat penyakit;
 - b. riwayat alergi;
 - c. pemeriksaan fisik;
 - d. pemeriksaan penunjang
 - e. diagnosis;
 - f. masalah medis dan keperawatan;
 - g. rencana asuhan
- 5. Pengkajian awal keperawatan rawat inap sekurang-kurangnya meliputi:
 - a. bio-psiko-sosio-spiritual;
 - b. ekonomi;
 - c. skrining dan Pengkajian nyeri;
 - d. status fungsional;
 - e. risiko jatuh;
 - f. risiko nutrisi;
 - g. masalah keperawatan;
 - h. rencana asuhan
 - i. perencanaan pemulangan pasien yang kompleks
- 6. Pengkajian awal medis gawat darurat sekurang-kurangnya meliputi:
 - a. Riwayat kesehatan pasien, sekurang-kurangnya meliputi keluhan utama dan riwayat penyakit;
 - b. riwayat alergi;
 - c. pemeriksaan fisik;
 - d. diagnosis;
 - e. rencana asuhan
 - f. kondisi pasien sebelum meninggalkan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut
- 7. Pengkajian awal keperawatan gawat darurat sekurang-kurangnya meliputi:
 - a. bio-psiko-sosio-spiritual;
 - b. skrining dan Pengkajian nyeri
 - c. status fungsional
 - d. risiko jatuh

- e. risiko nutrisi
- g. masalah keperawatan
- h. rencana asuhan

Pasal 5

Waktu penyelesaian Pengkajian awal

1. Pengkajian awal rawat inap harus diselesaikan selambat-lambatnya dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap;
2. Pengkajian awal rawat jalan harus diselesaikan selambat-lambatnya dalam waktu 1 jam setelah dilakukan Pengkajian;
3. Pengkajian gawat darurat harus diselesaikan selambat-lambatnya dalam waktu 3 jam setelah dilakukan asuhan pelayanan sesuai kebutuhan pasien.

Pasal 6

Pengkajian Ulang

1. Pengkajian ulang medis dan keperawatan dilaksanakan oleh profesional pemberi asuhan yang kompeten dan berwenang sesuai rincian kewenangan klinis yang ditetapkan;
2. Pengkajian ulang medis dilaksanakan minimal satu kali sehari, termasuk hari minggu / libur untuk pasien akut;
3. Pengkajian ulang perawat minimal satu kali per shift atau sesuai dengan perubahan kondisi pasien;
4. Pengkajian ulang oleh profesional pemberi asuhan lainnya dilaksanakan sesuai kondisi pasien:
 - a. Pengkajian ulang gizi pada pasien dengan permasalahan/ risiko nutrisi pada kondisi khusus/ masalah berat dilakukan tiap hari/ 2 (dua) hari sekali, pada kondisi risiko nutrisi ringan dan sedang dilakukan tiap 3-4 hari sekali.
 - b. Pasien dengan terapi/ fisioterapi dilakukan 1 (satu) kali/ hari atau sesuai dengan periode evaluasi misalnya dengan 3 paket terapi, 5 kali terapi dll.

Pasal 7

Sedasi dan Anestesi

1. Sebelum pemberian sedasi dan anestesi harus mendapatkan persetujuan, setelah diberikan penjelasan.
2. Identitas pemberi penjelasan harus tercantum dalam rekam medis.

3. Catatan yang harus dilakukan untuk sedasi dan anestesi meliputi tapi tidak terbatas pada:
 - c. Pengkajian pra sedasi/anestesi
 - d. Pengkajian pra induksi
 - e. monitoring status fisiologis
 - f. monitoring pemulihan sedasi/anestesi
 - g. evaluasi ulang bila terjadi konversi tindakan dari lokal/regional ke general
4. Pengkajian pra sedasi/anestesi sekurang-kurangnya meliputi:
 - a. mengidentifikasi setiap permasalahan saluran pernapasan yang dapat mempengaruhi jenis sedasi/anestesi;
 - b. evaluasi pasien terhadap risiko tindakan sedasi/anestesi;
 - c. merencanakan jenis sedasi/anestesi dan tingkat kedalaman sedasi/anestesi yang diperlukan pasien berdasar atas sedasi/anestesi yang diterapkan;
 - d. pemberian sedasi/anestesi secara aman; dan
 - e. mengevaluasi serta menyimpulkan temuan monitor selama dan sesudah sedasi/anestesi.

Pasal 8

Tindakan Bedah

1. Sebelum tindakan bedah harus mendapatkan persetujuan atau informed consent pasien / wali sesuai peraturan yang berlaku, setelah diberikan penjelasan sesuai ketentuan;
2. Identitas pemberi penjelasan harus tercantum dalam rekam medis.
3. Catatan yang harus dilakukan untuk tindakan bedah meliputi tapi tidak terbatas pada:
 - a. Pengkajian awal bedah menggunakan Pengkajian awal rawat inap dan atau pada CPPT khusus pada tindakan operasi kondisi darurat dengan mencantumkan diagnosis pra operasi.
 - b. monitoring status fisiologis bila tindakan bedah menggunakan anestesi local dan Tindakan anestesi umum/ regional, spinal;
 - c. penandaan lokasi operasi bila tindakan bedah dilakukan pada organ dua sisi, serta melibatkan pasien

Pasal 9

Ringkasan Pasien Pulang (Discharge Summary)

1. Ringkasan pasien pulang memberikan gambaran tentang pasien yang tinggal di rumah sakit dan dapat digunakan oleh praktisi yang bertanggung jawab memberikan tindak lanjut asuhan.

2. Ringkasan pasien pulang dibuat sebelum pasien keluar dari rumah sakit oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP).
3. Ringkasan pasien pulang dibuat untuk pasien pulang dari rawat inap, dan IGD.
4. Ringkasan pasien pulang dibuat rangkap 3 (tiga) dengan peruntukan
 - a. Satu salinan ringkasan diberikan kepada pasien
 - b. Bila diperlukan ringkasan pulang difoto copy dapat diserahkan kepada tenaga kesehatan yang bertanggung jawab memberikan kelanjutan asuhan .
 - c. Satu salinan ringkasan yang lengkap ditempatkan di rekam medis pasien.
 - d. Satu salinan ringkasan diberikan kepada pihak penjamin pasien sesuai dengan regulasi rumah sakit.
5. Ringkasan pasien pulang memuat;
 - a. riwayat kesehatan, pemeriksaan fisis, dan pemeriksaan diagnostik.
 - b. indikasi pasien dirawat inap, diagnosis, dan komorbiditas lain.
 - c. prosedur terapi dan tindakan yang telah dikerjakan.
 - d. obat yang diberikan termasuk obat setelah pasien keluar rumah sakit.
 - e. instruksi tindak lanjut dan dijelaskan kepada pasien dan keluarga.
 - f. kondisi kesehatan pasien (status present) saat akan pulang dari rumah sakit.
6. Ringkasan pasien pulang dijelaskan dan ditandatangani oleh pasien/keluarga.

Pasal 10

Profil Ringkas Medis Rawat Jalan (PRMRJ)

1. Profil Ringkas Medis Rawat Jalan (PRMRJ) merupakan formulir catatan pasien rawat jalan yang membutuhkan asuhan yang kompleks atau diagnosis yang kompleks
2. Profil Ringkas Medis Rawat Jalan (PRMRJ) adalah suatu formulir yang berisikan ringkasan kondisi pasien dan tindakan atau pemeriksaan yang telah dilakukan oleh DPJP dan PPA lainnya di klinik
3. Profil Ringkas Medis Rawat Jalan (PRMRJ) memuat informasi:
 - a. Identitas pasien
 - b. Riwayat singkat penyakit
 - c. Tanggal kunjungan
 - d. DPJP
 - e. Diagnosis penting
 - f. Uraian klinis penting
 - g. Rencana penting termasuk Obat/pemeriksaan

- h. Catatan/ Rimaks
- i. Paraf DPJP
- 4. Kriteria pasien rawat jalan dengan asuhan yang kompleks atau yang diagnosisnya kompleks yang memerlukan Profil Ringkas Medis Rawat Jalan (PRMRJ) akan diatur lebih lanjut dalam standar prosedur operasional (SPO).

Pasal 11

Transfer Pasien Antar Ruangan

1. Pemindahan pasien antar ruang pelayanan harus dilengkapi dengan form atau rekam medis transfer pasien;
2. Rekam medis transfer pasien sekurang-kurangnya meliputi hal-hal sebagai berikut:
 - a. Alasan admisi;
 - b. Temuan signifikan ;
 - c. Diagnosis;
 - d. Prosedur yang telah dilakukan;
 - e. Obat yang telah diberikan;
 - f. tindakan yang sudah dilakukan;
 - g. Keadaan pasien saat ditransfer .

Pasal 12

Rujukan Pasien

1. Dalam proses rujukan harus sudah dipastikan bahwa fasilitas kesehatan yang menerima rujukan dapat memenuhi kebutuhan pasien dan dilengkapi dengan dokumen atau rekam medis rujukan pasien;
2. Dokumen atau rujukan pasien sekurang-kurangnya berisi:
 - a. Identitas pasien
 - b. Hasil pemeriksaan (anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang) yang telah dilakukan
 - c. Diagnosis kerja;
 - d. Terapi dan/atau tindakan yang telah diberikan;
 - e. Tujuan rujukan;
 - f. Nama dan tanda tangan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan rujukan.
 - g. Nama fasilitas pelayanan kesehatan yang dituju;
 - h. Nama staf yang menyetujui menerima pasien di fasilitas pelayanan kesehatan yang dituju;

- i. Catatan kondisi pasien, atau perubahan kondisi pasien termasuk tindakan yang dilakukan selama proses ditransfer atau dirujuk,
 - j. tanda tangan perawat atau dokter yang menerima serta nama orang yang memonitor pasien dalam perjalanan rujukan
3. Dokumen atau rekam medis rujukan pasien dimaksud diberikan kepada fasilitas pelayanan kesehatan penerima rujukan bersama dengan pasien.

BAB III

PENULISAN REKAM MEDIS

Pasal 13

Kewenangan penulisan rekam medis

1. Penulisan rekam medis dilakukan oleh dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dokter gigi spesialis atau professional pemberi asuhan lainnya yang kompeten dan berwenang memberikan pelayanan sesuai ketentuan yang berlaku.
2. Dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dokter gigi spesialis atau professional pemberi asuhan lainnya bertanggungjawab atas catatan dan/atau dokumen yang dibuat pada rekam medis.

Pasal 14

Tata Cara Penulisan dan Koreksi

1. Rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap disertai tanggal dan jam, dapat dibaca, serta membubuhi nama dan tanda tangan staf klinis segera setelah pasien menerima pelayanan.
2. Penulisan rekam medis dilaksanakan dengan mencatat dan mendokumentasikan hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, konseling dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

3. Setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi nama, waktu dan tanda tangan dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dokter gigi spesialis atau professional pemberi asuhan lainnya yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung.
4. Penggunaan simbol dan singkatan yang digunakan khusus diperbolehkan sepanjang sesuai ketentuan yang telah ditetapkan, dan simbol dan singkatan yang tidak boleh digunakan
5. Semua diagnosis penyakit dan tindakan ditulis dengan benar pada lembar rekam medis, sesuai dengan Standar Klasifikasi Diagnosa Internasional yang dipergunakan dan dilakukan pengkodean menggunakan klasifikasi penyakit (ICD-10) dan klasifikasi tindakan (ICD-9).
6. Dalam hal terjadi kesalahan pencatatan rekam medis dapat dilakukan pembetulan atau koreksi dengan cara pencoretan tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan dan dibubuhi paraf dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dokter gigi spesialis atau tenaga kesehatan tertentu.
7. Pembetulan atau koreksi sebagaimana dimaksud pada ayat 6 pasal ini hanya dapat dilakukan dengan cara pencoretan tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan dan dibubuhi paraf dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dokter gigi spesialis atau tenaga kesehatan tertentu yang bersangkutan

BAB IV

KERAHASIAAN REKAM MEDIS

Pasal 15

1. Informasi tentang identitas, hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, penegakan diagnosis, dan pengobatan dan atau tindakan kedokteran dan hal lain yang berkenaan dengan pasien harus dijaga kerahasiaannya oleh semua pihak yang etrlibat dalam pelayanan kedokteran dan atau menggunakan data dan informasi.
2. Pihak sebagaimana dimaksud pada ayat 1 pasal ini meliputi;
 - a. dokter dan dokter gigi serta tenaga kesehatan lain yang memiliki akses terhadap data dan informasi kesehatan pasien;
 - b. pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan;
 - c. tenaga yang berkaitan dengan pembiayaan pelayanan kesehatan;

- d. tenaga lainnya yang memiliki akses terhadap data dan informasi kesehatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan;
 - e. badan hukum/korporasi dan/atau fasilitas pelayanan kesehatan; dan
 - f. mahasiswa/siswa yang bertugas dalam pemeriksaan, pengobatan, perawatan, dan/atau manajemen informasi di fasilitas pelayanan kesehatan.
3. Kewajiban menyimpan rahasia kedokteran berlaku selamanya, walaupun pasien telah meninggal dunia.

Pasal 16

Pembukaan Rahasia Kedokteran

1. Rahasia kedokteran dapat dibuka hanya untuk kepentingan kesehatan pasien, memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakan hukum, permintaan pasien sendiri, atau berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Pembukaan rahasia kedokteran sebagaimana dimaksud pada ayat 1 pasal ini dilakukan terbatas sesuai kebutuhan.
3. Pembukaan rahasia kedokteran untuk kepentingan kesehatan pasien sebagaimana dimaksud dalam ayat 1 pasal ini meliputi:
 - a. kepentingan pemeliharaan kesehatan, pengobatan, penyembuhan, dan perawatan pasien; dan
 - b. keperluan administrasi, pembayaran asuransi atau jaminan pembiayaan kesehatan.
4. Pembukaan rahasia kedokteran sebagaimana dimaksud pada ayat 3 huruf a dilakukan dengan persetujuan dari pasien.
5. Pembukaan rahasia kedokteran sebagaimana dimaksud pada ayat 3 huruf b dilakukan dengan persetujuan dari pasien baik secara tertulis maupun sistem informasi elektronik.
6. Persetujuan dari pasien sebagaimana dimaksud pada ayat 4 dinyatakan telah diberikan pada saat pendaftaran pasien di fasilitas pelayanan kesehatan.
7. Dalam hal pasien tidak cakap untuk memberikan persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat 4, persetujuan dapat diberikan oleh keluarga terdekat atau pengampunya.

Pasal 17

1. Pembukaan rahasia kedokteran untuk memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakan hukum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 dapat dilakukan pada proses penyelidikan, penyidikan, penuntutan, dan sidang pengadilan.

2. Pembukaan rahasia kedokteran sebagaimana dimaksud pada ayat 1 dapat melalui pemberian data dan informasi berupa visum et repertum, keterangan ahli, keterangan saksi, dan/atau ringkasan medis.
3. Permohonan untuk pembukaan rahasia kedokteran sebagaimana dimaksud pada ayat 1 harus dilakukan secara tertulis dari pihak yang berwenang.
4. Dalam hal pembukaan rahasia kedokteran dilakukan atas dasar perintah pengadilan atau dalam sidang pengadilan, maka rekam medis seluruhnya dapat diberikan.

Pasal 18

1. Pembukaan rahasia kedokteran atas dasar permintaan pasien sendiri sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 dapat dilakukan dengan pemberian data dan informasi kepada pasien baik secara lisan maupun tertulis.
2. Keluarga terdekat pasien dapat memperoleh data dan informasi kesehatan pasien, kecuali dinyatakan sebaliknya oleh pasien.
3. Pernyataan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat 2 diberikan pada waktu penerimaan pasien.

Pasal 19

1. Pembukaan rahasia kedokteran berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 dilakukan tanpa persetujuan pasien dalam rangka kepentingan penegakan etik atau disiplin, serta kepentingan umum.
2. Pembukaan rahasia kedokteran dalam rangka kepentingan penegakan etik atau disiplin sebagaimana dimaksud pada ayat 1 diberikan atas permintaan tertulis dari Majelis Kehormatan Etik Profesi atau Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia.
3. Pembukaan rahasia kedokteran dalam rangka kepentingan umum sebagaimana dimaksud pada ayat 1 dilakukan tanpa membuka identitas pasien.
4. Kepentingan umum sebagaimana dimaksud pada ayat 1 meliputi :
 1. Audit medis;
 2. ancaman Kejadian Luar Biasa/wabah penyakit menular;
 3. penelitian kesehatan untuk kepentingan negara;
 4. pendidikan atau penggunaan informasi yang akan berguna di masa yang akan datang; dan
 5. ancaman keselamatan orang lain secara individual atau masyarakat.
5. Dalam hal pembukaan rahasia kedokteran untuk kepentingan sebagaimana dimaksud pada ayat 4 huruf b dan huruf e, identitas pasien dapat dibuka kepada institusi atau

pihak yang berwenang untuk melakukan tindak lanjut sesuai ketentuan peraturan perundang- undangan.

Pasal 20

1. Pembukaan atau pengungkapan rahasia kedokteran dilakukan oleh penanggung jawab pelayanan pasien.
2. Dalam hal pasien ditangani/dirawat oleh tim, maka ketua tim yang berwenang membuka rahasia kedokteran.
3. Dalam hal ketua tim sebagaimana dimaksud pada ayat 2 berhalangan maka pembukaan rahasia kedokteran dapat dilakukan oleh salah satu anggota tim yang ditunjuk.
4. Dalam hal penanggung jawab pelayanan pasien tidak ada maka Direktur dapat membuka rahasia kedokteran.

Pasal 21

Penanggung jawab pelayanan pasien atau Direktur RS Dharma Nugraha dapat menolak membuka rahasia kedokteran apabila permintaan tersebut bertentangan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 22

Pembukaan rahasia kedokteran harus didasarkan pada data dan informasi yang benar dan dapat dipertanggungjawabkan.

Pasal 23

1. Pasien atau keluarga terdekat pasien yang telah meninggal dunia yang menuntut tenaga kesehatan dan/atau fasilitas pelayanan kesehatan serta menginformasikannya melalui media massa, dianggap telah melepaskan hak rahasia kedokterannya kepada umum.
2. Penginformasian melalui media massa sebagaimana dimaksud pada ayat 1 memberikan kewenangan kepada tenaga kesehatan dan/atau RS Dharma Nugraha untuk membuka atau mengungkap rahasia kedokteran yang bersangkutan sebagai hak jawab.

Pasal 24

Dalam hal pihak pasien menggugat tenaga kesehatan dan/atau fasilitas pelayanan kesehatan maka tenaga kesehatan dan/atau RS Dharma Nugraha yang digugat berhak membuka rahasia kedokteran dalam rangka pembelaannya di dalam sidang pengadilan.

BAB V
PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Pasal 25

1. Semua tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadap pasien harus mendapat persetujuan.
2. Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat 1 dapat diberikan secara tertulis maupun lisan.
3. Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat 1 diberikan setelah pasien mendapat penjelasan yang diperlukan tentang perlunya tindakan kedokteran dilakukan.
4. Persetujuan selain persetujuan tindakan kedokteran adalah persetujuan umum pasien dan atau keluarga dilakukan yang dilakukan saat pasien akan dirawat.

Pasal 26

Persetujuan

1. Setiap tindakan kedokteran yang mengandung risiko tinggi harus memperoleh persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan.
2. Persetujuan tertulis sebagaimana dimaksud pada ayat 1 dibuat pernyataan yang tertuang dalam formulir khusus.
3. Tindakan kedokteran yang tidak termasuk dalam ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat 1 dapat diberikan dengan persetujuan lisan.
 - a. Persetujuan lisan dapat diberikan dalam bentuk ucapan setuju atau bentuk gerakan menganggukkan kepala yang dapat diartikan sebagai ucapan setuju.
 - b. Dalam hal persetujuan lisan yang diberikan sebagaimana dimaksud dianggap meragukan, maka dapat dimintakan persetujuan tertulis.
4. Dalam keadaan gawat darurat, untuk menyelamatkan jiwa pasien dan/atau mencegah kecacatan tidak diperlukan persetujuan tindakan kedokteran, dengan ketentuan:
 - a. Keputusan untuk melakukan tindakan kedokteran sebagaimana dimaksud pada ayat 4 diputuskan oleh dokter, dokter spesialis, dokter gigi atau dokter gigi spesialis dan dicatat di dalam rekam medik.
 - b. Dalam hal dilakukannya tindakan kedokteran sebagaimana dimaksud, dokter, dokter spesialis, dokter gigi atau dokter gigi spesialis wajib memberikan penjelasan sesegera mungkin kepada pasien setelah pasien sadar atau kepada keluarga terdekat.

5. Penjelasan lebih lanjut tentang persetujuan tindakan kedokteran akan diatur dalam Keputusan Direktur.
6. Jenis Tindakan kedokteran yang membutuhkan persetujuan tertulis akan diatur lebih lanjut dalam Keputusan Direktur

BAB V

TATA CARA PENYELENGGARAAN HAK AKSES RM

Pasal 27

Hak Akses ke Rekam Medis

1. Tenaga kesehatan yang mempunyai akses otoritas ke rekam medis adalah:
 - a. DPJP atau profesional pemberi asuhan lainnya yang diberi penugasan dan kewenangan penanganan terhadap pasien terkait;
 - b. Staf rekam medis sesuai penugasannya;
 - c. Direktur dan atau jajaran manajemen sesuai kebutuhan;
 - d. Komite Medis/Subkomite terkait sesuai kebutuhan;
 - e. Komite Keperawatan/Subkomite terkait sesuai kebutuhan;
 - f. Tim Review rekam medis atau Komite Rekam Medis;
 - g. Tenaga kesehatan atau peserta didik yang telah mendapat ijin Direktur.
2. Tenaga kesehatan yang mempunyai akses ke rekam medis dan berhak menulis/mengisi rekam medis adalah DPJP atau profesional pemberi asuhan lainnya yang kompeten dan berwenang memberikan pelayanan terhadap pasien terkait.

Pasal 28

Kepemilikan Rekam Medis

1. Berkas rekam medis milik RS Dharma Nugraha
2. Isi rekam medis merupakan milik pasien dan dalam bentuk ringkasan pasien pulang.
3. Ringkasan pasien dapat diberikan, dicatat, atau dicopy oleh pasien atau orang yang diberi kuasa atau atas persetujuan tertulis pasien atau keluarga pasien yang berhak.

Pasal 29

Penomoran Rekam Medis

1. Pemberian identitas dan penomoran rekam medis pasien sesuai dengan pedoman penyelenggaraan rekam medis yang berlaku.
2. Setiap pasien hanya memiliki satu nomor rekam medis.

Pasal 30

Penyediaan Rekam Medis dan Distribusi

1. Pengambilan Rekam Medis dari rak penyimpanan untuk memenuhi permintaan-permintaan rutin terhadap Rekam Medis yang datang dari klinik, mahasiswa atau pun dokter yang melakukan riset
2. Pendistribusian Rekam Medis yang dilakukan sesuai prosedur yang berlaku

Pasal 31

Pengelolaan Rekam Medis

1. Penerimaan rekam medis dari klinik rawat jalan dan rawat inap wajib dikembalikan ke bagian Rekam Medis paling lambat 1X24 jam lengkap untuk rawat jalan dan 2x24 jam untuk rawat inap lengkap setelah selesai pelayanan dengan menggunakan buku ekspedisi.
2. Pemberian Kode (Coding)

Semua diagnosis penyakit dan tindakan ditulis dengan benar pada lembar rekam medis, sesuai dengan Standar Klasifikasi Diagnosa Internasional yang dipergunakan dan dilakukan pengkodean menggunakan klasifikasi penyakit (ICD-10) dan klasifikasi tindakan (ICD-9)
3. Tabulasi (Indexing) melakukan pencatatan pada kartu index penyakit dan index operasi untuk mengetahui jumlah kelompok penyakit dan tindakan penbedahan sesuai buku ICD 10 dan kode tindakan pembedahan sesuai buku ICD 9 WHO
4. Entry data dalam database rekam medis melakukan data Rekam Medis dimasukkan ke data base komputer. untuk mempermudah penelusuran data Rekam Medis
5. Statistik dan pelaporan rumah sakit
6. Korespondensi rekam medis meliputi:
 - a. Ringkasan medis
 - b. Formulir asuransi terkait pelayanan kesehatan di RS
 - c. Surat keterangan medis
7. Analisis rekam medis
 - a. Analisis mutu rekam medis, berkas rekam medis harus lengkap secara kualitas dan kuantitas (penulisan yang benar, jelas, serta lengkap jenis rekam medisnya)
 - b. Analisis mortalitas dan operasi
 - c. Analisis morbiditas
 - d. Analisis kualitatif dan kuantitatif

Pasal 32

Penyimpanan Rekam Medis

1. Penyimpanan Rekam Medis menggunakan Sistem semi Sentralisasi yaitu tempat penyimpanan Rekam Medis seorang pasien baik catatan kunjungan Poliklinik, Gawat Darurat maupun catatan kunjungan Rawat Inap tersimpan dalam satu ruang yang sama (tersentral) dan menggunakan Sistem Penjajaran yang menggunakan Terminal Digit Filling System yaitu Sistem Angka Akhir
2. Kode warna dan Penomoran disebut kode warna dalam sistem penjajaran adalah pemberian warna pada primary digits (angka terakhir) penomoran Rekam Medis, ketentuan kode warna tahun kunjungan terakhir dan memberikan penomoran sebagai tanda penunjuk yang berupa angka/nomor yang menggunakan 6 digit.
3. Jangka Waktu Penyimpanan Rekam Medis pasien Rawat Inap disimpan dalam jangka waktu 5 (lima) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan Sistem penyimpanan Rekam Medis di Rumah Sakit harma Nugraha menggunakan sistem Sentralisasi
4. Rekam medis rawat jalan sudah menggunakan *elektronik based* sehingga tersimpan langsung di server dengan prosedur *backup* data minimal setiap hari dalam bentuk CD yang disimpan oleh Unit Pengolahan Data Elektronik (PDE)
5. Sistem Penjajaran adalah sistem yang mengatur tatacara penyusunan rekam medis didalam rak penyimpanan dengan tujuan agar rekam medis mudah dicari dan diambil kembali.
6. Sistem Penjajaran yang digunakan adalah Terminal Digit Filling System yaitu Sistem Angka Akhir yang telah dimodifikasi, sehingga berbeda dengan standar yang digunakan.
7. Pengertian dari peminjaman Rekam Medis adalah Rekam Medis keluar dari ruang penyimpanan Rekam Medis untuk keperluan pemeriksaan lanjutan Rumah Sakit setempat, penelitian, permintaan resume medis dan visum
8. Rekam Medis yang melebihi batas waktu penyimpanan sebagaimana dimaksud dalam angka (3) wajib dimusnahkan kecuali resume medis, persetujuan tindakan medik, dan laporan operasi
9. Resume medis, persetujuan tindakan medik, dan laporan operasi sebagaimana dimaksud angka (4) harus disimpan dalam jangka waktu 10 (sepuluh) tahun terhitung sejak tanggal dibuat.

10. Rekam Medis yang telah disimpan pada rak file tidak boleh diambil / dikeluarkan kecuali untuk kepentingan sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku.
11. Rekam Medis harus dijaga dari segi kerusakan, kerahasiaan dan keamanannya.
12. Apabila petugas masuk ke dalam penyimpanan rekam medis harus melalui finger print untuk menjaga kerahasiaan rekam medis
13. Penyimpanan rekam medis, ringkasan pulang, persetujuan tindakan medik, dan laporan operasi dilaksanakan oleh petugas yang ditunjuk oleh Direktur.
14. Petugas selain petugas rekam medis tidak diperbolehkan masuk dalam ruang penyimpanan rekam medis tanpa seijin Kepala Unit.

Pasal 33

Peminjaman rekam medis

1. Rekam medis tidak boleh keluar dari ruang penyimpanan rekam medis tanpa formulir peminjaman atau permintaan penyediaan dari rawat jalan, rawat inap dan atau IGD.
2. Siswa/ mahasiswa kesehatan/ kedokteran untuk kepentingan pendidikan harus ada permohonan peminjaman Rekam Medis dari dokter ruangan dengan catatan tidak boleh membawa keluar Rekam Medis dari ruang penyimpanan Rekam Medis
3. Peminjam tidak diperkenankan membawa Rekam Medis keluar dari Rumah Sakit kecuali atas izin Direktur
4. Petugas selain petugas rekam medis tidak diperbolehkan masuk dalam ruang penyimpanan rekam medis tanpa seijin Kepala Unit.
5. Rekam Medis harus segera dikembalikan ketempat semula setelah urusan, kegiatan pelayanan dan atau penelitian selesai.
6. Dokumen Rekam Medis tidak boleh dibawa keluar dari rumah sakit, kecuali salinan fotocopy dan peruntukannya harus sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 34

Pemusnahan Rekam Medis

1. Penyusutan (retensi) dan penghapusan rekam medis dilakukan sesuai ketentuan yang berlaku
2. Pelaksanaan kegiatan pemusnahan Rekam Medis yang dilakukan di RS Dharma Nugraha harus melalui tahapan sebagai berikut ;
 - a. Dibentuk tim pemusnah arsip dengan surat keputusan direktur yang beranggotakan

- b. Rekam Medis yang mempunyai nilai guna tertentu tidak dimusnahkan tetapi disimpan dalam jangka waktu tertentu.
- c. Membuat pertelaan arsip bagi Rekam Medis aktif yang telah dinilai.
- d. Daftar pertelaahan arsip Rekam Medis yang akan dimusnahkan oleh tim penilai dan pemusnahan arsip dilaporkan kepada Direktur Rumah Sakit.
- e. Berita acara pelaksanaan pemusnahan.
- f. Ketentuan lebih lanjut akan diatur tersendiri dengan Keputusan Direktur dan berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 35

Pertanggungjawaban rekam medis

- 1. Setiap dokter, dokter spesialis, dokter gigi atau dokter gigi spesialis dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis secara lengkap dan benar.
- 2. Dokter, dokter spesialis, dokter gigi atau dokter gigi spesialis dan/atau profesional pemberi asuhan lainnya yang menulis dalam rekam medis bertanggungjawab atas catatan dan/atau dokumen yang dibuat pada rekam medis.
- 3. Petugas rekam medis melakukan kegiatan analisis kualitatif dan kuantitatif untuk evaluasi terhadap keakuratan dan kelengkapan isi rekam medis.
- 4. Direktur bertanggungjawab terhadap menyediakan sarana dan prasarana yang diperlukan.
- 5. Direktur bertanggung jawab atas rekam medis yang hilang, rusak, pemalsuan, dan/atau penggunaan oleh orang atau badan yang tidak berhak.

BAB VI

SUMBER DAYA

Pasal 36

Standar Ketenagaan Rekam Medis

1. SDM Rekam Medis harus memenuhi kualifikasi pendidikan dan standar kompetensi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
2. Perencanaan dan Analisis Kebutuhan Tenaga (SDM) berdasarkan perhitungan dan analisis beban kerja meliputi waktu yang diperlukan untuk melayani 1 pasien/hari, volume pekerjaan penyelenggaraan Rekam Medis, jam kerja (shift) dan jumlah unit kerja Rekam Medis.
3. Pengembangan sumber daya manusia (SDM) melalui pendidikan dan pelatihan peningkatan kompetensi yang menunjang pelaksanaan pelayanan dan peningkatan mutu pelayanan Rekam Medis, baik oleh internal maupun eksternal rumah sakit dan bekerja sama dengan bagian Diklat Rumah Sakit.
4. Orientasi pegawai baru khusus di Rekam Medis meliputi orientasi khusus dengan sistem rolling di Sub unit Rekam Medis.

Pasal 37

Sarana dan Prasarana

1. Lokasi unit rekam medis mudah dijangkau oleh pelayanan baik gawat darurat, rawat jalan dan rawat inap.
2. Ruang rekam medis meliputi ruangan kepala unit, ruang kerja staf rekam medis dan ruang penyimpanan rekam medis.
3. Prasarana meliputi ruangan kepala unit, ruang kerja staf rekam medis dan ruang penyimpanan rekam medis
4. Sarana penyelenggaraan rekam medis yang dibutuhkan meliputi meja, kursi, almari berkas atau arsip, komputer, printer, intercom / telepon, dan almari untuk menyimpan rekam medis sesuai kebutuhan serta peralatan kerja yang cukup sesuai kebutuhan pelayanan rekam medis.
5. Penyediaan formulir rekam medis harus memenuhi ketentuan sebagai berikut:
 - a. Harus selalu tersedia sesuai kebutuhan / pasien (IGD, RJ dan RI).
 - b. Penyediaan dan atau pengadaan formulir rekam medis dilaksanakan sesuai kebutuhan dan ketentuan yang berlaku.

6. Tempat penyimpanan terdiri dari penyimpanan dokumen rekam medis aktif dan dokumen rekam medis non aktif.
7. Fasilitas dan perawatan yang cukup disediakan agar tercapai pelayanan yang efisien.

BAB VI

PELAPORAN

Pasal 38

1. Pelaporan Rumah Sakit merupakan suatu alat organisasi yang bertujuan untuk dapat menghasilkan laporan secara tepat, cepat dan akurat yang secara garis besar jenis pelaporan Rumah Sakit dapat dibedakan laporan internal dan eksternal.
2. Laporan internal sebagaimana dimaksud dalam ayat 1 pasal ini terdiri dari;
 - a. Laporan Harian

Laporan setiap ada permintaan untuk keperluan rumah sakit, misal untuk rapat, pertemuan external rumah sakit, perencanaan rumah sakit, data yang diminta berupa laporan pengunjung pasien, laporan morbiditas, laporan rujukan, laporan kematian
 - b. Laporan Mingguan

Laporan OWP (one week program) dilaporkan ke Direktur melalui manajer penunjang medis, wadir medis wadir.

 - 1) Laporan harian pencapaian pasien RJ, RI dan Gadar
 - 2) Laporan pencapaian pemeriksaan penunjang.
 - c. Laporan Bulanan
 - 1) Laporan Morbiditas RJ, RI, IGD
 - 2) Laporan Morbiditas penyakit RJ, RI, IGD
 - 3) Laporan Jumlah pasien RJ, RI, IGD
 - 4) Laporan Efisiensi pemakaian Tempat Tidur
 - 5) Laporan pasien pulang paksa
 - 6) Laporan berkaitan dengan PROGNAS (Ponek, TB, HIV, Stunting, KB)
 - d. Laporan Tahunan

Laporan tahunan penyelenggaraan Rumah Sakit dilaporkan ke Direktur melalui Ka Bag Perencanaan Program dan Wadir Umum dan Keuangan
 - e. Laporan khusus / insidentil

Laporan khusus / insidentil Rumah Sakit dilaporkan ke Direktur melalui Ka bag Perencanaan Program dan wadir umum dan keuangan

- 1) Laporan Wabah
 - 2) Laporan Gizi Buruk/ stunting
 - 3) Laporan Surveilans Aktif/ AMP
 - 4) Laporan DHF
3. Laporan external sebagaimana dimaksud dalam ayat 1 pasal ini terdiri dari;
- a. Laporan Harian
 - 1) Laporan kasus wabah: setiap hari apabila ada kasus wabah
 - a) Laporan Gizi Buruk
 - b) Laporan Surveilans Aktif/ AMP
 - c) Laporan DHF
 - 2) Laporan setiap ada permintaan untuk keperluan external rumah sakit berupa laporan pengunjung pasien, laporan morbiditas, laporan rujukan, laporan kematian
 - 3) Laporan SIRS on line bila ada perbaikan data yaitu:
 - a) Laporan RL 1.1 Data Dasar Rumah Sakit
 - b) Laporan RL 1.2 Pelayanan Rumah Sakit
 - c) Laporan RL 1.3 Fasilitas Tempat Tidur
 - d) Laporan RL 2 Ketenagaan
 2. Laporan Mingguan

Laporan OWP (one week program) dilaporkan ke Pemerintah Daerah

 - a. Laporan DHF
 - b. Laporan Leptospirosis
 - c. Laporan HIV
 - d. Laporan GE
 3. Laporan bulanan
 - a. Laporan Pneumoni
 - b. Laporan Imunisasi
 - c. Laporan STP (surveillance terpadu penyakit)
 - d. Laporan SIRS on line Laporan RL 5. yaitu:
 - 1) Laporan RL 5.1 Pengunjung Rumah Sakit
 - 2) Laporan RL 5.2 Kunjungan Rawat Jalan
 - 3) Laporan RL 5.3 Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Inap
 - 4) Laporan RL 5.4 Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Jalan
 - e. Laporan pengunjung pasien IRJA, IRNA, IGD, penunjang

- f. Laporan Napzaba
- 4. Laporan Tribulan
 - a. Laporan pengunjung rawat jalan
 - b. Laporan pengunjung rawat inap
 - c. Laporan TB Dots
 - d. Laporan pelayanan dan ketenagaan laboratorium
- 5. Laporan Tahunan
 - a. Laporan SIRS on line Laporan RL 3. Data Kegiatan Pelayanan Rumah Sakit yaitu:
 - 1) Laporan RL 3.1 Kegiatan Pelayanan Rawat Inap
 - 2) Laporan RL 3.2 Kegiatan Pelayanan Rawat Darurat
 - 3) Laporan RL 3.3 Kegiatan Kesehatan Gigi dan Mulut
 - 4) Laporan RL 3.4 Kegiatan Kebidanan
 - 5) Laporan RL 3.5 Kegiatan Perinatologi
 - 6) Laporan RL 3.6 Kesehatan Pembedahan
 - 7) Laporan RL 3.7 Kegiatan Radiologi
 - 8) Laporan RL 3.8 Pemeriksaan Laboratorium
 - 9) Laporan RL 3.9 Pelayanan Rehabilitasi Medik
 - 10) Laporan RL 3.10 Kegiatan Pelayanan Khusus
 - 11) Laporan RL 3.11 Kegiatan Kesehatan Jiwa
 - 12) Laporan RL 3.12 Kegiatan Keluarga Berencana
 - 13) Laporan RL 3.13 Pengadaan Obat, Penulisan & Pelayanan Resep
 - 14) Laporan RL 3.14 Kegiatan Rujukan
 - 15) Laporan RL 3.15 Cara Bayar
 - b. Laporan SIRS on line Laporan RL 4. Data Keadaan Morbiditas Pasien yaitu:
 - 1) Laporan RL 4a Data Keadaan Morbiditas Pasien Rawat Inap
 - 2) Laporan RL 4b Data Keadaan Morbiditas Pasien Rawat Jalan
 - c. Laporan Tahunan Rumah sakit ke Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur yaitu:
 - 1) Laporan Gambaran Umum Rumah Sakit
 - 2) Laporan Gambaran Sarana, Prasarana Dan Ketenagaan Rumah Sakit
 - 3) Laporan Kinerja Keuangan Rumah Sakit
 - 4) Laporan Kinerja Pelayanan Rumah Sakit
 - 5) Laporan Pengembangan Program Pelayanan Di Rumah Sakit dan Kegiatan Lain

6. Laporan khusus / insidentil
 - a. Laporan Wabah
 - b. Laporan Gizi Buruk
 - c. Laporan Surveilans Aktif/ AMP
 - d. Laporan DHF

BAB VII

KESELAMATAN PASIEN

Pasal 39

Kebijakan yang ditetapkan dalam pelaksanaan kegiatan ketepatan identifikasi pasien yang merupakan salah satu sasaran keselamatan pasien meliputi;

1. Identitas pasien yang ada di rekam medis meliputi nama lengkap, nomor rekam medis, alamat lengkap pasien, tanggal lahir pasien, jenis kelamin, status pernikahan, nama suami/istri, nama ayah, nama ibu, nama dan keluarga terdekat, agama, pekerjaan, status, dan pemakaian gelang pasien bagi pasien rawat inap.
2. Ketepatan identifikasi pasien diatur dalam pedoman penyelenggaraan rekam medis, pedoman pemberian identitas pasien, dan Standar Prosedur Operasional (SPO) yang berlaku.

BAB VIII

KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA

Pasal 40

Faktor keselamatan petugas dalam melaksanakan kegiatan penyelenggaraan rekam medis diprioritaskan, meliputi :

1. Peraturan keselamatan tertulis dengan jelas di setiap bagian penyimpanan.
2. Tersedia fasilitas cuci tangan dengan cairan berbasis alkohol (handrub)
3. Tersedia rak-rak penyimpanan yang mudah digeser.
4. Tersedia tangga anti tergelincir.
5. Ruang gerak untuk bekerja di ruang penyimpanan cukup, karena rak-rak penyimpanan mudah digeser.
6. Penerangan lampu cukup baik.
7. Pengaturan suhu ruangan, ruangan ber-AC dan dilengkapi dengan exhaust fan.
8. Tersedia Alat Pemadam Api Ringan (APAR).

BAB IX

PENGORGANISASIAN

Pasal 41

1. Pengelolaan rekam medis dilaksanakan unit rekam medis.
2. Unit rekam medis wajib menjaga agar hanya tenaga kesehatan yang berwenang yang memiliki akses ke rekam medis.
2. Unit rekam medis wajib menjaga kerahasiaan rekam medis dan menjaga dari kehilangan.
3. Unit rekam medis bertanggung jawab atas hilang, rusak, pemalsuan, dan/atau penggunaan oleh orang atau badan yang tidak berhak terhadap rekam medis.

BAB X

PEMNGENDALIAN DAN INDIKATOR MUTU

Pasal 42

1. Kepala Unit Rekam Medis wajib menetapkan indikator mutu penyelenggaraan rekam medis.
2. Indikator mutu atau sasaran mutu harus dilakukan pemantauan, pengukuran dan evaluasi secara berkala serta dilaporkan kepada Direktur.
3. Setiap pelaksanaan kegiatan penyelenggaraan Rekam Medis harus berpedoman pada Standar Prosedur Operasional (SPO) yang masih berlaku
4. Cara melakukan review rekam medis secara berkala dengan melakukan telaah dan kajian terhadap ketepatan waktu, kelengkapan, dapat terbaca, keabsahan dari rekam medis serta informasi klinis

BAB XI

PEMBIAYAAN

Pasal 43

Segala biaya yang diperlukan dalam penyelenggaraan Penyelenggaraan rekam medis di Rumah Sakit dibebankan pada anggaran RS Dharma Nugraha;

BAB XII

PENUTUP

Pasal 44

Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan. Apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan, akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya

Ditetapkan di : Jakarta

Pada tanggal : 18 April 2023

DIREKTUR

The image shows a handwritten signature in black ink, which appears to be 'Agung', written over a blue logo. The logo consists of a stylized flower-like symbol on the left and the text 'Dharma Nugraha Hospital Est. 1996' on the right.

dr. Agung Darmanto SpA