

**PERATURAN DIREKTUR  
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA  
NOMOR : 3710/A000/XI/2021**

**TENTANG  
PEDOMAN PELAYANAN  
UNIT REKAM MEDIS**

**LEMBAR VALIDASI  
PEDOMAN PELAYANAN UNIT REKAM MEDIS  
NOMOR: 3710/A000/XI/2021**

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
<b>Penyusun</b>	:	Aceng Hilman H, A.Md. RMIK.,S.ST	Kepala Unit Rekam Medis		12-11-2021
<b>Verifikator</b>	:	Depi Rismayanti, S.Kep	Manajer Keperawatan		12-11-2021
	:	dr. Iva Tania	Manajer Pelayanan Medik		12-11-2021
<b>Validator</b>	:	drg. Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		12/11/2021

**LEMBAR PENGESAHAN**  
**PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**  
**NOMOR : 3710/A000/XI/2021**  
**DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**

Menimbang :

- a. bahwa rumah sakit berkewajiban untuk meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit melalui penyelenggaraan tata kelola mutu rumah sakit yang baik;
- b. bahwa dalam rangka mendukung peningkatan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit, diperlukan acuan dalam pelaksanaan pelayanan yang efektif dan aman di Unit Rekam Medis;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana di maksud dalam huruf a dan huruf b di atas, maka perlu menetapkan Peraturan Direktur tentang Pedoman Pelayanan Unit Rekam Medis;

Mengingat :

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 1970 Tentang Keselamatan Kerja;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2003 Tentang Ketenagakerjaan;
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 290/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Medis;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 Tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit;
7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 351 Tahun 2003 Tentang Komite dan Keselamatan Kerja Sektor Kesehatan;
8. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit Kelas C kepada Rumah Sakit Intan Husada;
9. Keputusan Direktur Utama PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 34/PT.RSIH/XI/2021-S2 Tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan, MARS sebagai Direktur Rumah Sakit Intan Husada;

10. Peraturan Direktur RS Intan Husada Nomor 3530/A000/XI/2021 Tentang Kebijakan Standar Manajemen Rumah Sakit;

### MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR TENTANG PEDOMAN PELAYANAN UNIT REKAM MEDIS**
- Kesatu : Memberlakukan Peraturan Direktur Utama Nomor 3710/A000/XI/2021 tentang Pedoman Pelayanan Unit Rekam Medis di Rumah Sakit Intan Husada.
- Kedua : Pedoman Pelayanan Unit Rekam Medis di Rumah Sakit Intan Husada digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pelayanan Unit Rekam Medis di Rumah Sakit Intan Husada.
- Ketiga : Pedoman Pelayanan Unit Rekam Medis sebagaimana tercantum dalam lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan.
- Keempat : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Garut  
Pada Tanggal : 12 November 2021  
Direktur,



**drg. Muhammad Hasan, MARS**  
**NIP. 21110183633**

## DAFTAR ISI

<b>LEMBAR VALIDASI</b>	
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b>	
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>i</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>ii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>iii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan .....	1
1. Tujuan Umum.....	1
2. Tujuan Khusus.....	1
C. Ruang Lingkup Pelayanan.....	1
D. Batasan Operasional .....	2
<b>BAB II STANDAR KETENAGAAN.....</b>	<b>3</b>
A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia .....	3
B. Distribusi Ketenagaan.....	5
C. Pengaturan Jaga .....	5
<b>BAB III STANDAR FASILITAS .....</b>	<b>7</b>
A. Denah Ruang .....	7
B. Standar Fasilitas .....	9
<b>BAB IV TATA LAKSANA PELAYANAN.....</b>	<b>11</b>
A. Tatalaksana Pelayanan Pendaftaran Rawat Jalan .....	11
B. Tatalaksana Pelayanan Pendaftaran Rawat Inap .....	12
C. Tatalaksana Pelayanan Pengolahan Data Rekam Medis .....	13
D. Tatalaksana Pelayanan Filling dan Distribusi.....	17
<b>BAB V LOGISTIK.....</b>	<b>22</b>
A. Perencanaan Logistik .....	22
B. Pengendalian Logistik.....	25
C. Monitoring dan Evaluasi Logistik .....	25
<b>BAB VI KESELAMATAN PASIEN .....</b>	<b>26</b>
<b>BAB VII KESELAMATAN KERJA.....</b>	<b>27</b>
<b>BAB VIII PENGENDALIAN MUTU .....</b>	<b>29</b>
A. Indikator Mutu.....	29
B. Monitoring.....	33
C. Evaluasi.....	33
D. Pelaporan.....	33
E. <i>Continuous Improvement</i> .....	33
<b>BAB IX PENUTUP.....</b>	<b>34</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>35</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kualifikasi Sumber Daya Manusia .....	3
Tabel 2.2 Distribusi Ketenagaan .....	5
Tabel 2.3 Pengaturan Jaga .....	5
Tabel 4.1 Kode Warna Penomoran .....	20
Tabel 5.1 Barang Logistik Umum .....	22
Tabel 5.2 Barang Logistik Farmasi .....	24

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Denah Ruang Unit Rekam Medis .....	7
Gambar 3.2 Denah Ruang Petugas Rekam Medis.....	7
Gambar 3.3 Denah Ruang Rak Penyimpanan .....	8
Gambar 3.4 Denah Ruang Pendaftaran .....	8
Gambar 5.1 Bagan Alur Pengadaan Logistik .....	24

## **BAB I PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Rumah sakit adalah suatu institusi pelayanan kesehatan yang kompleks, padat pakar dan padat modal. Kompleksitas ini muncul karena pelayanan di rumah sakit menyangkut berbagai fungsi pelayanan, pendidikan dan penelitian, serta mencakup berbagai tingkatan maupun jenis disiplin. Tuntutan pasien dan masyarakat akan mutu pelayanan kesehatan mengharuskan rumah sakit sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan untuk dapat menyelenggarakan sistem pelayanan kesehatan yang efektif dan aman serta sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Rumah Sakit Intan Husada memiliki visi menjadi rumah sakit terbaik di Priangan Timur, sedangkan salah satu misi yang diemban adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan paripurna dan bersikap mengutamakan keselamatan pasien dan kepuasan pasien. Sehingga untuk menjaga dan meningkatkan mutu, Rumah Sakit Intan Husada harus mempunyai suatu pedoman pelayanan yang dapat dilakukan di semua tingkatan.

Pelayanan Unit Rekam Medis merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang diperlukan untuk menunjang upaya peningkatan dan terciptanya kondisi rumah sakit yang sehat, aman, selamat, dan nyaman. Sebagai komponen penting dalam terselenggaranya keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit secara optimal, efektif, efisien dan berkesinambungan.

Selaras dengan hal tersebut dan dalam rangka mewujudkan pelayanan yang bermutu, maka diperlukan suatu Pedoman Pelayanan Unit Rekam Medis yang dijadikan sebagai acuan pelaksanaan kegiatan untuk melaksanakan kegiatan pelayanan di Rumah Sakit Intan Husada.

### **B. Tujuan**

#### **1. Tujuan Umum**

Sebagai acuan penatalaksanaan pelayanan di Unit Rekam Medis

#### **2. Tujuan Khusus**

- 1) Sebagai Acuan Pelayanan Pendaftaran
  - a) Pelayanan Pendaftaran Rawat Jalan
  - b) Pelayanan Pendaftaran Rawat Inap
- 2) Sebagai Acuan Pelayanan Pengolahan Data Data Rekam Medis
  - a) Pelayanan Assembling dan Koding
  - b) Pelayanan Analisa Kelengkapan, Kekurangan dan KLPCM
  - c) Pelayanan Data dan Pelaporan
  - d) Pelayanan Filling dan Distribusi

### **C. Ruang Lingkup Pelayanan**

1. Kegiatan Pelayanan Pelayanan Pendaftaran
  - a) Kegiatan Pelayanan Pendaftaran Rawat Jalan
  - b) Kegiatan Pelayanan Pendaftaran Rawat Inap
2. Kegiatan Pelayanan Pengolahan Data Data Rekam Medis
  - a) Kegiatan Pelayanan Assembling dan Koding
  - b) Kegiatan Pelayanan Analisa Kelengkapan, Kekurangan dan KLPCM
  - c) Kegiatan Pelayanan Data dan Pelaporan
  - d) Kegiatan Pelayanan Filling dan Distribusi



#### **D. Batasan Operasional**

Batasan operasional pelayanan Unit Rekam Medis :

1. Pendaftaran Rawat Jalan mencakup pendaftaran pasien baru, pendaftaran pasien lama, pendaftaran pasien perjanjian;
2. Pendaftaran Rawat Inap mencakup pemesanan kamar, penjadwalan untuk rencana tindakan di Rawat Inap;
3. Pengolahan Data Rekam Medis mencakup *assembling*, kodifikasi Rawat Jalan, kodifikasi Rawat Inap, analisa, ketidaklengkapan pengisian catatan medik KLPCM, pelaporan, filling dan distribusi ;

## BAB II STANDAR KETENAGAAN

### A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia

Tabel 2.1 Kualifikasi Sumber Daya Manusia

No	Nama Jabatan	Pendidikan	Kualifikasi
1.	Kepala Unit Rekam Medis	DIII/DIV Rekam Medis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berprofesi sebagai Perekam medis</li> <li>- Memiliki STR (Surat Tanda Registrasi)</li> <li>- Memiliki SIP-PM (Surat Izin Praktik Perekam Medis)</li> <li>- Memiliki nilai keteladanan dan dihormati oleh staf rumah sakit</li> <li>- Tidak pernah melanggar etika profesi atau peraturan kepegawaian</li> <li>- Memiliki komitmen, konsisten dan obyektifitas</li> <li>- Memiliki pendidikan paling rendah strata 1 memiliki integritas</li> <li>- Memiliki rasa tanggung jawab yang tinggi</li> <li>- Memiliki nilai keteladanan dan di hormati oleh staf rumah sakit.</li> <li>- Memiliki dedikasi yang tinggi</li> </ul>
2.	Koordinator Pendaftaran	DIII Rekam Medis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengalaman minimal 3 tahun</li> <li>- Mampu berbahasa Inggris minimal pasif</li> <li>- Berdisiplin tinggi, memiliki integritas, komitmen, konsisten dan obyektifitas</li> <li>- Mampu berkomunikasi dengan baik</li> <li>- Sehat jasmani dan rohani</li> </ul>
3.	Koordinator Pengolahan Data Rekam Medis	DIII Rekam Medis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengalaman minimal 3 tahun</li> <li>- Memiliki Surat Tanda Register (STR)</li> <li>- Berdisiplin tinggi, memiliki integritas, komitmen, konsisten dan obyektifitas</li> <li>- Mampu berkomunikasi dengan baik</li> <li>- Sehat jasmani dan rohani</li> </ul>
4.	Pengolahan Data dan Laporan	DIII Rekam Medis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memiliki Surat Tanda Register (STR)</li> <li>- Terampil, teliti dan terlatih secara pengolahan dan pelaporan rumah sakit</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mampu berkomunikasi dengan baik</li> <li>- Sehat jasmani dan rohani</li> </ul>
5.	<i>Assembling</i> dan Koding	DIII Rekam Medis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memiliki Surat Tanda Register (STR)</li> <li>- Menguasai dalam kodifikasi penyakit ICD -10 dan ICD-9</li> <li>- Mampu berkomunikasi dengan baik</li> <li>- Sehat jasmani dan rohani</li> </ul>
6.	Pendaftaran Rawat Jalan	DIII Rekam Medis/ DIII Keperawatan/ DIII Kebidanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memiliki Surat Tanda Register (STR)</li> <li>- Mampu berkomunikasi dengan baik</li> <li>- Disiplin dan Terampil dalam bekerja</li> <li>- Siap bekerja <i>shifting</i></li> <li>- Sehat jasmani dan rohani</li> </ul>
7.	Pendaftaran Rawat Inap	DIII Rekam Medis/ DIII Keperawatan/ DIII Kebidanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memiliki Surat Tanda Register (STR)</li> <li>- Mampu berkomunikasi dengan baik</li> <li>- Disiplin dan Terampil dalam bekerja</li> <li>- Siap bekerja <i>shifting</i></li> <li>- Sehat jasmani dan rohani</li> </ul>
8	Staf Analisa dan KLPCM	DIII Rekam Medis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memiliki Surat Tanda Register (STR)</li> <li>- Terampil, teliti dan terlatih secara pengolahan dan pelaporan rumah sakit</li> <li>- Mampu berkomunikasi dengan baik</li> <li>- Sehat jasmani dan rohani</li> </ul>
9	Staf <i>Filling</i>	DIII Rekam Medis/SLTA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mampu berkomunikasi dengan baik</li> <li>- Disiplin dan Terampil dalam bekerja</li> <li>- Siap bekerja <i>shifting</i></li> <li>- Sehat jasmani dan rohani</li> </ul>
10.	Staf Distribusi	DIII Rekam Medis/SLTA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mampu berkomunikasi dengan baik</li> <li>- Disiplin dan Terampil dalam bekerja</li> <li>- Siap bekerja <i>shifting</i></li> <li>- Sehat jasmani dan rohani</li> </ul>

## B. Distribusi Ketenagaan

Tabel 2.2 Distribusi Ketenagaan

No.	Nama Jabatan	Jumlah (Orang)
1.	Kepala Unit Rekam Medis	1
2.	Koordinator Pendaftaran	1
3.	Koordinator Pengolahan Data Rekam Medis	1
4.	Staf Pengolahan Data dan Laporan	1
5.	Staf <i>Assembling</i> dan Koding	1

6.	Staf Pendaftaran Rawat Jalan	4
7.	Staf Pendaftaran Rawat Inap	6
8.	Staf Analisa dan KLPCM	1
9.	Staf <i>Filling</i>	4
10.	Staf Distribusi	2
<b>Total</b>		<b>22</b>

### C. Pengaturan Jaga

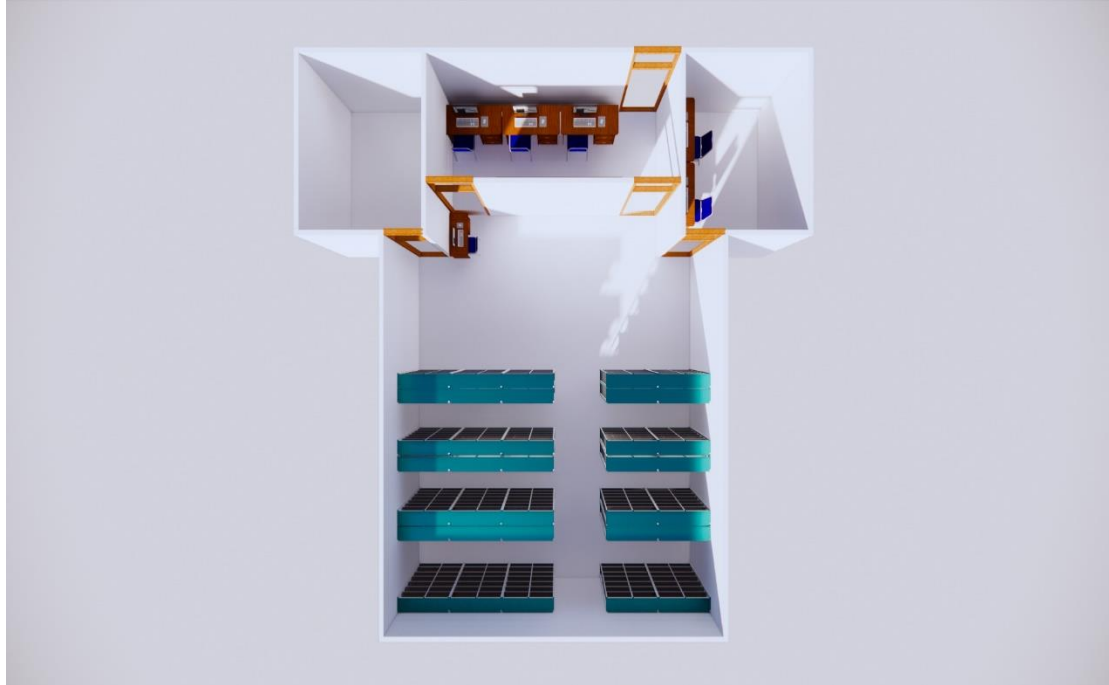
Tabel 2.3 Pengaturan Jaga

No	Nama Jabatan	Waktu Kerja	Jam Kerja
1.	Kepala Unit Rekam Medis	Purna Waktu	OH ( <i>Office Hour</i> ) Jam Kerja: Senin-Jumat Pukul 07.30-15.30 WIB. Sabtu jam 07.30-12.00 WIB.
2.	Koordinator Pendaftaran	Purna Waktu	OH ( <i>Office Hour</i> ) Jam Kerja: Senin-Jumat Pukul 07.30-15.30 WIB. Sabtu jam 07.30-12.00 WIB.
3.	Koordinator Pengolahan Data Rekam Medis	Purna Waktu	OH ( <i>Office Hour</i> ) Jam Kerja: Senin-Jumat Pukul 07.30-15.30 WIB. Sabtu jam 07.30-12.00 WIB.
4.	Pengolahan Data dan Laporan	Purna Waktu	OH ( <i>Office Hour</i> ) Jam Kerja: Senin-Jumat Pukul 07.30-15.30 WIB. Sabtu jam 07.30-12.00 WIB.
5.	Assembling dan Koding	Purna Waktu	OH ( <i>Office Hour</i> ) Jam Kerja: Senin-Jumat Pukul 07.30-15.30 WIB. Sabtu jam 07.30-12.00 WIB.
6.	Pendaftaran Rawat Jalan	Purna Waktu	<i>Shift</i> Jam Kerja: Pagi : 07.00-14.00 WIB Siang : 14.00-20.00 WIB Malam : 20.00-07.00 WIB
7.	Pendaftaran Rawat Inap	Purna Waktu	<i>Shift</i> Jam Kerja: Pagi : 07.00-14.00 WIB Siang : 14.00-20.00 WIB Malam : 20.00-07.00 WIB
8.	Staf Analisa dan KLPCM	Purna Waktu	OH ( <i>Office Hour</i> ) Jam Kerja: Senin-Jumat Pukul 07.30-15.30 WIB. Sabtu jam 07.30-12.00 WIB.
9.	Staf <i>Filling</i>	Purna Waktu	<i>Shift</i> Jam Kerja: Pagi : 07.00-14.00 WIB Siang : 14.00-20.00 WIB

			Malam : 20.00-07.00 WIB
10.	Staf Distribusi	Purna Waktu	2 Shift Jam Kerja: Pagi : 07.00-14.00 WIB Siang : 13.00-20.00 WIB

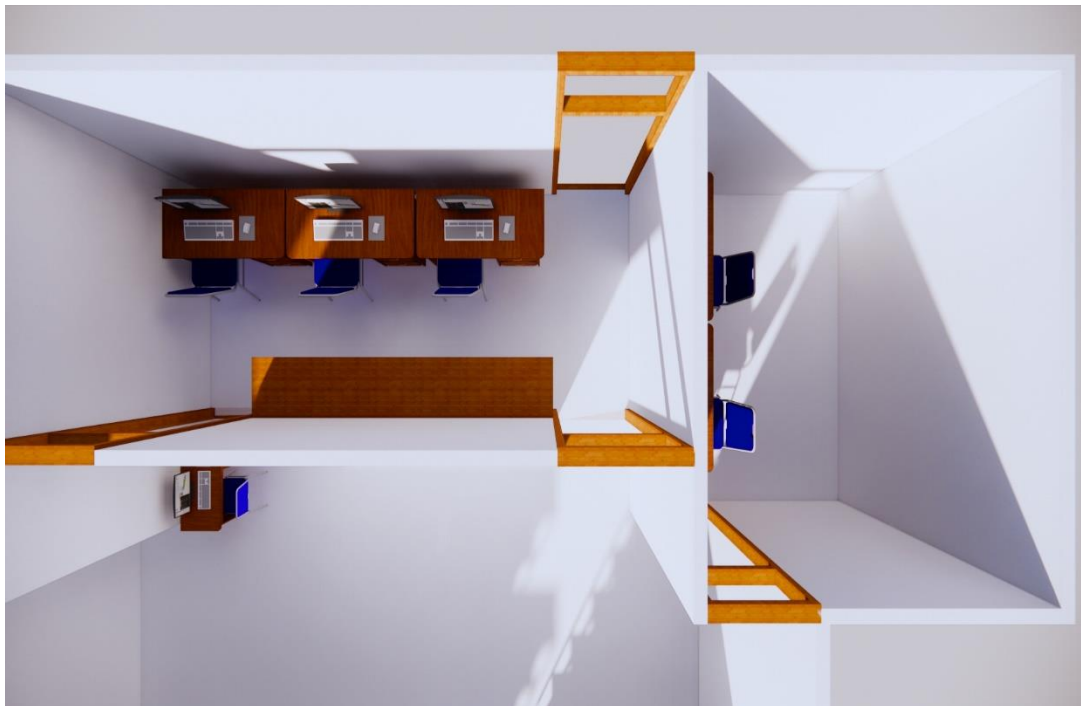
## BAB III STANDAR FASILITAS

### A. Denah Ruang



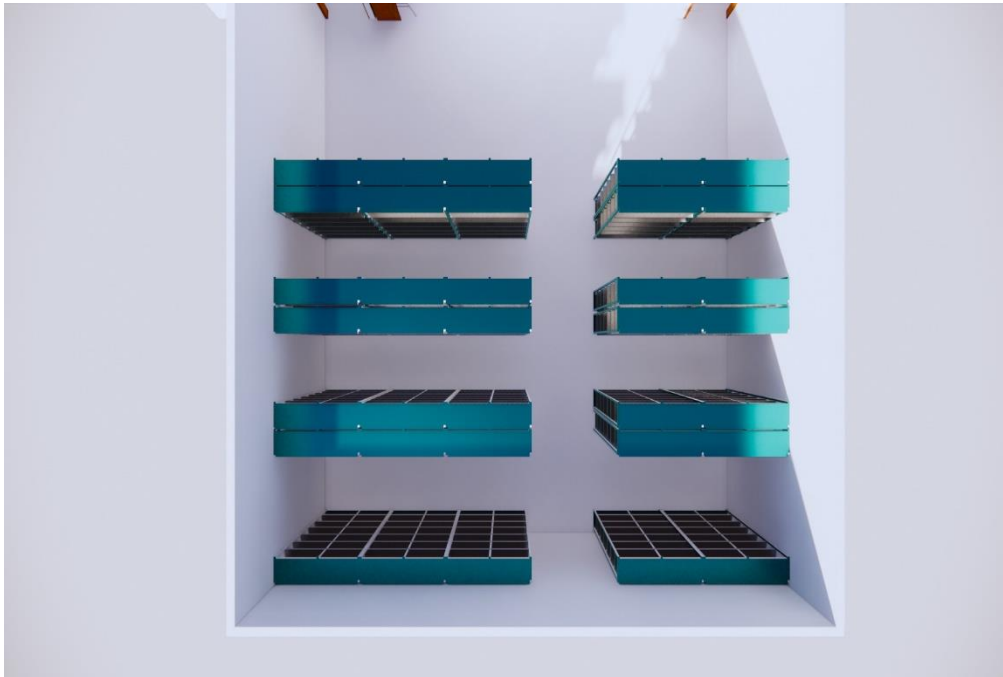
Gambar 3.1 Denah Ruang Unit Rekam Medis

#### 1. Denah Ruang Petugas Rekam Medis



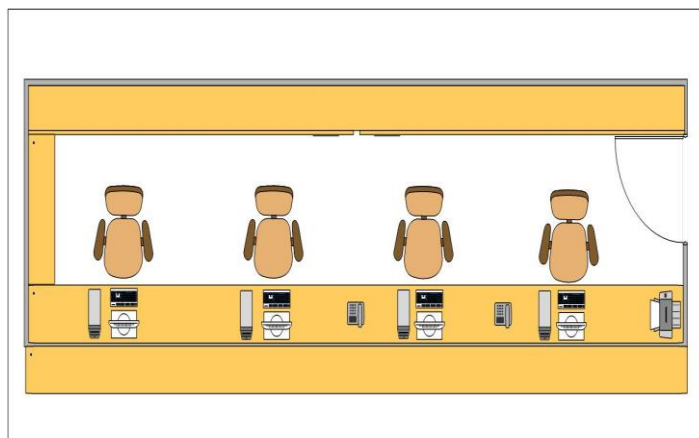
Gambar 3.2 Denah Ruang Petugas Rekam Medis

## 2. Denah Ruang Rak Penyimpanan



Gambar 3.3 Denah Ruang Rak Penyimpanan

## 3. Denah Ruang Pendaftaran



Gambar 3.4 Denah Ruang Pendaftaran

### B. Standar Fasilitas

Berikut syarat standar data ruang di Unit Rekam Medis

1. Letak ruangan rekam medis harus memiliki akses yang mudah dan cepat ke ruang Rawat Jalan dan ruang gawat darurat.
2. Desain tata ruang rekam medis harus dapat menjamin keamanan penyimpanan berkas rekam medis.
3. Kebutuhan ruangan rekam medis disesuaikan dengan jenis dan kebutuhan pelayanan serta ketersediaan SDM di Rumah Sakit.

Persyaratan ruangan, meliputi jenis, kelengkapan dan ukuran/luas ruangan yang dibutuhkan adalah sebagai berikut :

## **Standar Ruangan :**

### **1. Ruangan Administrasi**

Ruangan administrasi 3 - 5 m<sup>2</sup> / petugas

- a) Meja
- b) Kursi
- c) Komputer
- d) Printer Epson
- e) Printer *Tracer*
- f) Printer Gelang Pasien
- g) Printer Kartu Berobat
- h) Printer Label

### **2. Ruangan Kepala Rekam Medis**

Luas ruangan disesuaikan dengan kapasitas rumah sakit

- a) Meja
- b) Kursi
- c) Komputer
- d) Printer Epson

### **3. Ruangan Petugas Rekam Medis**

Luas ruangan disesuaikan dengan kapasitas rumah sakit

- a) Meja
- b) Kursi
- c) Komputer
- d) Printer Epson
- e) Scanner
- f) Printer *Tracer*
- g) Printer Label

### **4. Ruangan Arsip Aktif**

- a) Luas ruangan tergantung jumlah arsip dan jenis pelayanan
- b) Persyaratan ruangan seperti persyaratan umum ( luasan total ruangan disesuaikan dengan kajian kebutuhan)
- c) Roll O'Pack
- d) Tangga

### **5. Ruangan Arsip Pasif**

- a) Luas ruangan tergantung jumlah arsip dan jenis pelayanan
- b) Persyaratan ruangan seperti persyaratan umum ( luasan total ruangan disesuaikan dengan kajian kebutuhan)
- c) Rak Penyimpanan
- d) Tangga

### **6. Toilet/WC petugas**

Luas ruangan disesuaikan dengan kapasitas rumah sakit.



## **BAB IV**

### **TATA LAKSANA PELAYANAN**

#### **A. Tatalaksana Pelayanan Pendaftaran Rawat Jalan**

Pelayanan Pendaftaran Pasien Rawat Jalan dibuka setiap hari senin sampai dengan sabtu mulai jam 05.00 WIB sampai dengan 21.00 WIB. Untuk jenis pendaftaran pasien Rawat Jalan meliputi :

1. Pendaftaran berdasarkan jenis kunjungan pasien :
  - a) Pasien dengan kunjungan baru
  - b) Pasien dengan kunjungan lama
2. Pendaftaran berdasarkan penjamin :
  - a) Pasien Rawat Jalan dengan penjamin umum
  - b) Pasien Rawat Jalan dengan penjamin asuransi
  - c) Pasien Rawat Jalan dengan penjamin kontraktor/perusahaan

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

Pendaftaran pasien baru Rawat Jalan merupakan kegiatan mendaftarkan pasien yang memang baru pertama kali berkunjung ke Rs Intan Husada. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pendaftaran pasien baru antara lain :

- a) Pasien baru harus mengisi dan menandatangani identitas pasien baru yang tersedia di bagian pendaftaran
- b) Pasien atau keluarga pasien menandatangani formulir hak dan kewajiban pasien yang sebelumnya telah dijelaskan oleh staf pendaftaran Rawat Jalan
- c) Staf pendaftaran menjelaskan fasilitas layanan yang diperlukan oleh pasien termasuk poli dan dokter / PPA yang dikehendaki oleh pasien
- d) Hal yang perlu diperhatikan dalam hal penjamin pasien antara lain :

**Penjamin umum** : Tidak ada peraturan atau persyaratan yang diperiksa bilamana penjamin pasien adalah umum.

**Penjamin asuransi** : • Staf pendaftaran melakukan pengecekan terkait Perjanjian Kerjasama (PKS) antara RS Intan Husada dengan asuransi terkait persyaratan-persyaratan yang perlu dipenuhi.  
• Staf pendaftaran menyiapkan form klaim yang perlu diisi oleh pasien/ keluarga pasien maupun dokter/ PPA.

**Penjamin kontraktor/ perusahaan** : • Staf pendaftaran melakukan pengecekan terkait Perjanjian Kerjasama (PKS) antara RS Intan Husada dengan asuransi terkait persyaratan-persyaratan yang perlu dipenuhi.

- Staf pendaftaran menyiapkan form klaim yang perlu diisi oleh pasien/ keluarga pasien maupun dokter/ PPA.
- e) Setelah semua data terisi lengkap baik identitas pasien, poli dan dokter/PPA yang dituju, staf pendaftaran mendaftarkan pasien. Sebelum proses pendaftaran selesai identitas pasien di eja kembali, hal ini untuk menghindari kesalahan dalam penginputan identitas pasien, poli dan dokter/PPA.
- f) Untuk pasien baru pasien mendapatkan nomor rekam medis/kartu berobat yang nantinya digunakan untuk berobat kembali ke Rs Intan Husada. Sistem pemberian nomor rekam medis telah menggunakan SIMRS sehingga 1 nomor rekam medis hanya dimiliki oleh 1 pasien, begitu pula sebaliknya 1 pasien hanya memiliki 1 nomor rekam medis.

## 2. Pelayanan Pendaftaran Pasien lama Rawat Jalan

Pelayanan pendaftaran pasien lama adalah proses pendaftaran untuk pasien dengan kunjungan ulang. Hal-hal yang perlu di perhatikan dalam proses pendaftaran pasien lama antara lain :

- a) Staf pendaftaran menjelaskan layanan yang diperlukan oleh pasien termasuk pil dan dokter/PPA yang dikehendaki oleh pasien.
- b) Hal yang perlu diperhatikan dalam penjaminan pasien antara lain :

**Penjamin umum** : Tidak ada peraturan atau persyaratan yang diperiksa bilamana penjamin pasien adalah umum.

**Penjamin asuransi** : • Cek PKS antara RS Intan Husada dengan asuransi terkait persyaratan-persyaratan yang perlu dipenuhi.  
• Staf pendaftaran menyiapkan form klaim yang perlu diisi oleh pasien/keluarga pasien maupun dokter/PPA.

**Penjamin kontraktor/ perusahaan** : • Staf pendaftaran melakukan pengecekan terkait Perjanjian Kerjasama (PKS) antara RS Intan Husada dengan asuransi terkait persyaratan-persyaratan yang perlu dipenuhi.  
• Staf pendaftaran menyiapkan form klaim yang perlu diisi oleh pasien/keluarga pasien maupun dokter/ PPA.

- c) Bila pasien atau keluarga pasien tidak membawa kartu berobat pasien saat mendaftar, maka Staf Pendaftaran mencari berdasarkan nama, tanggal lahir dan alamat pasien.
- d) Setelah ditemukan dan dipastikan identitas pasien yang dimaksud adalah benar, maka staf pendaftaran mendaftarkan pasien ke poliklinik yang dimaksud.

## B. Tatalaksana Pelayanan Pendaftaran Rawat Inap

Untuk pelayanan pendaftaran Rawat Inap mencakup pasien dengan rujukan dari luar ataupun dari internal RS Intan Husada. Pendaftaran Rawat Inap melayani pasien dengan penjamin umum, asuransi dan kontraktor/perusahaan. Dalam mekanisme pelayanan

pendaftaran Rawat Inap tidak membedakan dalam segi penjamin maupun status social. Semua pasien diperlakukan sama sesuai kebutuhan medis yang diperlukan. Layanan yang terdapat di pendaftaran Rawat Inap meliputi :

### 1. Pendaftaran dan Pemesanan Kamar Rawat Inap

Pendaftaran Pasien merupakan suatu proses yang terencana, dinamis dan berkesinambungan dari seluruh rangkaian pelayanan mulai pasien masuk Rawat Inap melalui UGD atau poliklinik, pasien mendapatkan pelayanan sampai selesai dirawat di rumah sakit. Rumah Sakit Intan Husada adalah salah satu rumah sakit kelas C yang menerima pasien dari berbagai sumber, baik pasien umum, asuransi dan kontraktor/perusahaan, pasien rujukan dokter umum/spesialis dan rumah sakit/institusi kesehatan lain. Untuk memastikan kebutuhan pasien dan menjaga kesinambungan pelayanan, setiap pasien harus melalui pengkajian untuk menentukan jenis kamar keperawatan yang dibutuhkannya. Rumah sakit menentukan kriteria pasien yang boleh masuk dan harus keluar ke jenis perawatan tertentu. Pengkajian ini dilakukan oleh dokter Rumah Sakit Intan Husada sesuai dengan standar profesi yang dimilikinya.

Baik dalam pendaftaran pasien Rawat Inap maupun saat *booking bed*/kamar RS Intan Husada telah menggunakan SIMRS yang menunjang terhadap pelayanan.

### 2. Pendaftaran Penjadwalan Operasi

Pasien, keluarga pasien atau penanggung jawab pasien yang membutuhkan penjadwalan tindakan operasi datang ke Pendaftaran Rawat Inap untuk didaftarkan kedalam daftar antrian, proses pendaftaran dengan membawa kelengkapan persyaratan. Pelayanan penjadwalan operasi dapat diberikan bilamana pasien, keluarga pasien atau penanggung jawab pasien telah menyelesaikan seluruh proses penjaminan biaya operasi untuk penjamin umum, asuransi dan kontraktor/perusahaan.

## C. Tatalaksana Pelayanan Pengolahan Data Rekam Medis

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

Kegiatan perakitan dilakukan setelah berkas rekam medis diterima dari unit-unit pelayanan setelah pasien pulang atau selesai perawatan. Kegiatan perakitan dilakukan dengan cara menyusun setiap formulir berdasarkan kode RM yang tertera pada tiap formulir rekam medis. Untuk rincian formulir pada berkas rekam medis mencakup :

- a) Perakitan berkas rekam medis pasien Rawat Jalan
  - 1) Formulir identitas pendaftaran pasien baru
  - 2) Ringkasan kunjungan Rawat Jalan
  - 3) Sekat kunjungan perpoliklinik
  - 4) Pengkajian awal Rawat Jalan
  - 5) Catatan perkembangan pasien Rawat Jalan
  - 6) Form konsultasi dokter dan jawaban konsultasi dokter
  - 7) Hasil pemeriksaan penunjang medik
- b) Perakitan berkas rekam medis pasien unit gawat darurat
  - 1) Formulir identitas pendaftaran pasien baru
  - 2) Formulir medik unit gawat darurat

- 3) Hasil pemeriksaan penunjang medik
- c) Perakitan berkas rekam medis pasien Rawat Inap
  - 1) Formulir identitas pendaftaran pasien baru
  - 2) Lembaran dokter
  - 3) Lembaran perawat dan penunjang medis lainnya
  - 4) Lembaran operasi/tindakan
  - 5) Informed consent
  - 6) Lembaran hasil penunjang medik
  - 7) Lembaran lain-lain

## 2. Pemberian Kode Penyakit (Koding)

Koding adalah kegiatan memberikan kode pada diagnosa ataupun tindakan yang diberikan kepada pasien sesuai yang ditulis oleh dokter pada lembaran rekam medis Rawat Jalan, UGD dan resume medis pasien pulang.

Untuk kegiatan koding di RS Intan Husada mengacu pada ICD 10 untuk koding diagnosa penyakit dan ICD 9 untuk koding prosedur tindakan dan operasi.

Kegiatan koding di RS Intan Husada terdiri dari :

### a) Koding diagnosa dan tindakan

#### 1) Koding Penyakit Rawat Inap

Dalam kegiatan koding penyakit Rawat Inap, berkas rekam medis yang digunakan adalah pasien yang telah selesai dirawat dan berkas tersebut telah dilakukan penataan/perakitan.

Pemberian kode dilakukan berdasarkan penyakit dan tindakan yang tertulis di resume medik pasien pulang/medical discharge summary dengan memperhatikan ketentuan dalam pemberian kode yang ada di buku ICD 10 jilid 3, untuk lebih meyakinkan atau lebih jelas/terperinci bahwa nomor kode tersebut benar atau tidak, maka harus digunakan buku ICD 10 jilid 1.

#### 2) Koding Penyakit Pasien Rawat Jalan & UGD

Kodifikasi penyakit pasien Rawat Jalan dilakukan setelah menerima berkas rekam medis yang telah selesai berobat dan telah di input oleh petugas pelaporan.

Pemberian kode penyakit pada pasien yang berobat ke Rawat Jalan, cara menentukan koding, staf koding rajal mengikuti ketentuan seperti cara pemberian kode untuk pasien Rawat Inap, hanya saja harus diperhatikan tanggal kunjungan dan dokter yang menangani pasien, dan juga memperhatikan diagnose kerja sebagai kasus baru atau lama.

## 3. Analisa Berkas Rekam Medis Rawat Inap

Analisa berkas rekam medis di RS Intan Husada, hanya dilakukan secara analisa kuantitatif untuk berkas rekam medis Rawat Inap, dimana staf analisa mengecek kelengkapan lembaran rekam medis dan kolom isian yang seharusnya di isi oleh setiap para Pemberian Asupan (PPA). Dari daftar kelengkapan dan ketidaklengkapan dari tiap formulir selanjutnya akan di proses oleh staf Ketidakiengkapan Pengisian Catatan Medik (KLPCM).

## 4. Ketidakiengkapan Pengisian Catatan Medik (KLPCM)

Kegiatan yang dilakukan oleh staf ketidaklengkapan pengisian cacatan medik antara lain memastikan bahwa seluruh formulir yang telah selesai periode perawatan terisi lengkap oleh setiap PPA. Untuk formulir yang tidak lengkap baik dalam fisik formulir ataupun isian dari formulir tersebut, maka staf KLPCM berkewajiban mengajukan kembali ke masing-masing PPA untuk melengkapi isian terkait asuhan yang telah diberikan yang disertai oleh nama, tanggal serta jam.

a) Tatacara dan Ketentuan Dalam Pengisian Rekam Medis

1) Tata Cara Penulisan Nama

Penamaan baku adalah sistem penamaan dengan standar tertentu yang harus dipenuhi oleh semua pihak terkait sebagai upaya dalam mencapai sistem pengolahan rekam medis yang baik.

2) Ketentuan Pengisian Rekam Medis

- Rekam medis harus berisi cukup informasi untuk mengidentifikasi pasien secara jelas, mengetahui diagnosa serta pengobatannya dan segala sesuatu yang terjadi sesudahnya.
- Informasi yang dicatat harus terperinci, sehingga dapat :
  - Melanjutkan perawatan pasien tersebut secara efektif pada masa yang akan datang, dapat mengetahui keadaan pasien tersebut pada waktu ia dirawat dahulu, untuk memberikan keterangan yang diperlukan oleh dokter yang merawatnya.
  - Memberikan keterangan yang diperlukan oleh konsulen sehingga dapat memberikan pendapatnya setelah memeriksa pasien tersebut.
  - Memberikan cukup keterangan kepada dokter lain untuk melanjutkan perawatan pasien tersebut pada waktu kapan saja.
- Semua tanda/symbol dan singkatan yang tidak standar tidak boleh dipergunakan
- Diagnosa akhir harus ditulis secara lengkap dan jelas serta menggunakan istilah dan ketentuan ICD-10.
- Penulisan tindakan/prosedur yang diberikan pada pasien harus sesuai dengan ICD 9-CM.
- Setiap tindakan/konsultasi yang dilakukan terhadap pasien, selambat-lambatnya dalam waktu 1x24 jam harus ditulis dalam lembar rekam medis.
- Semua pencatatan harus ditandatangani oleh dokter/tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangannya dan ditulis nama jelas serta diberi tanggal dan waktu pengisiannya.
- Pencatatan yang dibuat oleh dokter residen atau dokter jaga ditandatangani dan menjadi tanggung jawab dokter yang merawat atau oleh dokter penanggungjawabnya.
- Pencatatan yang dibuat oleh dokter residen harus diketahui dan ditandatangani oleh dokter konsulen/dokter penanggungjawab pelayanan (DPJP).
- Kesalahan penulisan dalam pengisian rekam medis dapat dilakukan perbaikan/ koreksi dengan tidak menghilangkan catatan yang dibetulkan (dicoret 1 garis) serta dibubuhi paraf yang melakukan koreksi.
- Penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan.

3) Yang berwenang mengisi rekam medis

- Staf medis yaitu Dokter, Dokter Gigi, Dokter spesialis, Dokter Gigi Spesialis, Dokter Subspesialis dan dokter gigi subspesialis.
- Profesional pemberi asuhan selain staf medis antara lain: tenaga Keperawatan, bidan, psikolog, apoteker, dietisien dan fisioterapis.

## 5. Pelaporan Dan statistik Rumah Sakit

Bagian pelaporan dan statistik rumah sakit di RS Inatan Husada bertugas sebagai pengumpulan data dan pengolahan data rumah sakit yang selanjutnya akan dibuatkan Laporan Rumah Sakit baik secara internal maupun eksternal dan juga laporan yang bersifat rutin maupun insidental. Laporan internal diberikan ke pihak bagian yang terkait di lingkungan rumah sakit, sedangkan laporan eksternal diberikan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Garut.

### a) Pelaporan Bulanan

- 1) Laporan Kunjungan Rawat Jalan, UGD dan Rawat Inap;
- 2) Laporan Indikator Pelayanan Rumah Sakit;
- 3) Laporan Mutu Pelayanan Unit Rekam Medis;

### b) Pelaporan Semester

1. Laporan Capaian Kunjungan Rawat Jalan, UGD dan Rawat Inap;
2. Laporan Capaian Indikator Mutu Pelayanan Unit Rekam Medis;
3. Laporan Kepuasan Pasien dari Penanggung Jawab Mutu Pelayanan Unit Rekam Medis;

### c) Pelaporan Tahunan

- 1) Laporan Evaluasi Program Kerja Unit Rekam Medis;
- 2) Laporan Jumlah Kunjungan Tahunan 2021;
- 3) Laporan Capaian Indikator Mutu Tahunan kepada Komite Mutu.

## 6. Administrasi Umum

Dalam kegiatan Administrasi Umum mencakup tentang pemberian rekam medis yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan.

Maka dengan demikian, kegiatan yang dilakukan dalam administrasi umum terdiri dari :

- a) Membantu pasien dalam pengisian asuransi oleh dokter yang menangani pasien baik Rawat Jalan ataupun Rawat Inap.
- b) Pengajuan dan pengetikan permintaan *visum et repertum* yang telah diisi oleh dokter yang menangani pasien.
- c) Pengurusan pengajuan permohonan ringkasan pengobatan dan tindakan yang diisi oleh dokter baik Rawat Jalan maupun Rawat Inap.
- d) Melayani permintaan pasien untuk mendapatkan hasil-hasil penunjang medik atas persetujuan dokter yang menangani.

## 7. Pembuatan dan Revisi Formulir Rekam Medis

a) Pembuatan formulir rekam medis baru

Setiap pembuatan formulir rekam medis, *user* atau pengguna mengajukan penambahan formulir rekam medis dimana dalam format, isi dan layout formulir user berkoordinasi dengan rekam medis yang diketahui oleh atasan langsung hingga direktur agar formulir yang diajukan sesuai baik dalam segi format dan isi dari formulir tersebut. Setelah lembaran persetujuan telah diisi dan ditandatangani oleh atasan langsung hingga direktur dan telah di registrasi oleh rekam medis maka formulir baru atau lama yang ajukan siap untuk di *design* oleh rekam medis yang selanjutnya akan dicetak untuk diperbanyak oleh bagian logistik umum.

b) Revisi formulir rekam medis

Untuk setiap formulir rekam medis yang digunakan di RS Intan Husada di *review* oleh unit rekam medis yang melibatkan unit-unit terkait yang terlibat dalam penggunaan formulir rekam medis dilapangan. Sehingga usia formulir tidak melebihi dari aturan tata naskah yang ditetapkan di RS Intan Husada. Untuk formulir yang hendak habis masa berlakunya harus segera direview dan diputuskan apakah perlu direvisi atau sudah tidak digunakan lagi.

Proses *review* formulir itu sendiri dilakukan serelah usia formulir telah mencapai minimal 3 tahun dari tanggal terakhir di revisi, bilamana selama kurun waktu tersebut formulir masih layak dan tidak ada perubahan maka formulir tersebut di registrasi ulang dengan kode dan tahun revisi diupdate sesuai dengan periode revisi formulir tersebut. Bilamana formulir tersebut terjadi proses revisi, maka setelah formulir siap digunakan maka komite rekam medis melakukan sosialisasi terkait penambahan formulir baru beserta juknis pengisiannya.

## D. Tatalaksana Pelayanan Filling dan Distribusi

### 1. Pembuatan Berkas Bagi Pasien Baru

Setiap pasien yang datang baik pasien baru yang diterima di Pendaftaran Rawat Jalan akan dibuatkan berkas rekam medisnya berdasarkan nomor yang tertera pada tracer. Selain itu untuk berkas pasien baru di sertai tulisan identitas pasien yang mencakup nomor rekam medis, nama dan tahun kunjungan.

### 2. Pelayanan Rekam Medis Rawat Jalan

Setelah pasien mendaftar maka berkas rekam medis yang dimaksud akan diambil dari rak penyimpanan dan diberikan ke luar, setelah itu Staf distribusi mengantarkan ke poliklinik yang dimaksud. Setelah selesai proses pemeriksaan di poliklinik, ada tiga kemungkinan yang terjadi, yaitu :

- Pasien diharuskan melanjutkan pemeriksaan ke penunjang medis, atau konsultasi ke dokter lain.
- Pasien diperbolehkan pulang.
- Pasien harus dirawat.

Untuk kegiatan point (a) berkas rekam medis diantarkan oleh perawat atau asisten perawat ke poliklinik yang hendak dikonsulkan.

Untuk kegiatan poin (b) berkas rekam medis yang telah selesai, oleh perawat dikumpulkan atau disimpan di kotak khusus, kemudian staf distribusi mengambil



berkas rekam medis dan memilah berkas rekam medis sesuai poliklinik serta di berikan kode ICD 10.

Untuk point (c) perawat mengantar keluarga pasien untuk mendaftar Rawat Inap disertai dengan berkas rekam medisnya.

### **3. Pelayanan Rekam Medis Gawat Darurat**

Untuk pasien yang pernah berobat ke rumah sakit, staf distribusi rekam medis akan mengantarkan berkas rekam medis pasien ke Unit Gawat Darurat, untuk pasien yang baru berobat ke rumah sakit Staf distribusi akan mengirim berkas rekam medis ke Unit Gawat Darurat. Setelah pasien selesai pemeriksaan di Unit Gawat Darurat dan diperbolehkan pulang, maka berkas rekam medis akan diambil oleh Staf distribusi, yang kemudian dianalisa kelengkapannya dan diberikan kode ICD-10. Jika pasien diharuskan Rawat Inap maka pasien diantar ke ruang perawatan beserta berkas rekam medisnya.

### **4. Pelayanan Rekam Medis Rawat Inap**

Untuk gerbang masuk Rawat Inap adalah melalui IGD dan Poliklinik nantinya tiap perawat berkoordinasi dengan bagian pendaftaran Rawat Inap untuk pendaftaran pasien yang hendak Rawat Inap.

#### **a) Rawat Inap melalui Unit Gawat Darurat**

Berkas dikirimkan ke UGD berdasarkan waktu pendaftarannya ke UGD. Bila pasien UGD tersebut hendak dirawat, maka perawat UGD berkoordinasi dengan bagian pendaftaran Rawat Inap untuk proses Rawat Inap. Berkas rekam medis pasien diantarkan ke ruang perawatan oleh perawat.

#### **b) Rawat Inap melalui poliklinik**

Perawat menyiapkan status untuk persiapan Rawat Inap, perawat poliklinik membawa berkas rekam medis tersebut dan selanjutnya berkas yang telah terdaftar Rawat Inap diantarkan oleh perawat ke ruang perawatan yang dituju.

### **5. Penyimpanan dan Pengambilan Rekam Medis**

Sistem penyimpanan rekam medis yang digunakan adalah sistem penyimpanan sentralisasi. Sistem penyimpanan sentralisasi adalah sistem penyimpanan dimana rekam medis Rawat Jalan dan Rawat Inap disimpan dalam satu tempat. Staf *filing* dan distribusi kembali rekam medis bertanggung jawab terhadap semua permintaan pengambilan rekam medis Rawat Inap baik yang di rawat ulang maupun pasien tersebut berkunjung ke unit Rawat Jalan atau unit gawat darurat serta berkas rekam medis terhadap permintaan peminjaman selain pengambilan petugas pun bertanggung jawab terhadap penyimpanan rekam medis pasien Rawat Inap yang sudah diproses lengkap. Yang berhak mengambil dan menyimpan kembali berkas rekam medis ke rak hanya petugas rekam medis.

### **6. Penggabungan Rekam Medis Pasien yang Memiliki Dua atau Lebih Nomor Rekam Medis**

Penggabungan rekam medis pasien yang memiliki dua atau lebih nomor rekam medis dilakukan apabila diketahui ada pasien yang memiliki dua atau lebih nomor rekam



medis, hal tersebut dilaporkan kepada staf *filing* dan distribusi untuk selanjutnya disatukan ke dalam satu nomor rekam medis yang riwayat kunjungannya lebih banyak. Untuk pasien yang memiliki lebih dari 1 nomor rekam medis digabungkan baik secara fisik maupun history kunjungan day sistem IT dengan menggunakan aplikasi gabung medrek. Adapun hal-hal yang perlu diperhatikan dalam penggabungan nomor rekam medis adalah sebagai berikut :

- a) Nomor rekam medis yang diketahui ganda perlu dipastikan nomor rekam medis tersebut telah selesai proses administrasi keuangan.
- b) Rekam medis yang selanjutnya digunakan adalah nomor rekam medis dengan kunjungan terbanyak.
- c) Untuk rekam medis yang hendak digabungkan akan diberikan tanda dari SIMRS, sehingga nomor tersebut akan terlihat bilamana diinputkan dalam SIMRS.
- d) Fisik rekam medis digabungkan ke dalam nomor rekam medis yang digunakan.
- e) Pada rekam medis yang telah digabungkan ke nomor rekam medis yang digunakan diberi *note* “**lihat nomor .....(nomor rekam medis yang digunakan)**”, dan tetap disimpan sesuai posisi pada rak penyimpanan rekam medis.

## **7. Filing Hasil Pemeriksaan Penunjang dan Lembaran Yang Tercecer**

Hasil pemeriksaan penunjang yang tertinggal disimpan di tempat yang telah disediakan yaitu di rak penyimpanan hasil penunjang yang berada di ruang *filing*. Staf *filing* akan memasukkan hasil penunjang tersebut ke dalam berkas rekam medis masing-masing pasien. Selain hasil penunjang lembaran lain yang tertinggal atau tercecer, oleh Staf *filing* dan distribusi dimasukan ke dalam berkas rekam medis berdasarkan nomor dan nama pasien yang sesuai.

## **8. Peminjaman Berkas Rekam Medis**

Peminjaman berkas rekam medis dapat dilakukan dengan ketentuan pokok yang harus ditaati di tempat peminjaman rekam medis adalah :

- a) Tidak satupun rekam medis yang boleh keluar dari ruang rekam medis tanpa struk/tracer peminjaman yang harus ditandatangani oleh peminjam dan petugas rekam medis. Peraturan ini tidak hanya berlaku bagi orang-orang luar, tetapi juga bagi petugas rekam medis itu sendiri.
- b) Dokter atau pegawai rumah sakit yang berkepentingan dapat meminjam rekam medis untuk dibawa ke ruang kerjanya setelah mendapat ijin dari Kepala Unit Rekam Medis.
- c) Setiap peminjam rekam medis harus mengembalikan rekam medis tepat pada waktunya dan tidak boleh melebihi dari 1x24 jam.
- d) Rekam medis tidak dibenarkan dibawa keluar rumah sakit, kecuali atas ijin pimpinan rumah sakit.
- e) Mahasiswa dan siswa yang memerlukan rekam medis untuk bahan pendidikan dan penelitian tidak diperkenankan membawa rekam medis keluar dari ruang rekam medis.
- f) Hanya petugas rekam medis yang diperkenankan mengambil dan menyusun rekam medis dari tempat penyimpanannya.

Berdasarkan uraian diatas, maka pihak-pihak yang dapat mengakses rekam medis dapat dijabarkan seperti dibawah ini

- 1) Pengguna primer, pengguna primer adalah PPA yang mengisi langsung di rekam medis.
- 2) Pengguna sekunder, pengguna sekunder adalah pengguna yang tidak mengisi rekam medis akan tetapi memerlukan rekam medis dalam hal audit, riset, administrasi keuangan dan kepentingan hukum.

## 9. Pemusnahan Dan Retensi Berkas Rekam Medis Yang Tidak Aktif

Setiap berkas rekam medis yang telah mencapai usia 5 tahun dari tanggal terakhir berobat maka berkas rekam medis tersebut akan di musnahkan. Ketentuan pemusnahan itu sendiri mengacu pada permenkes 269 tahun 2008. Untuk mekanisme pemusnahannya sendiri dijelaskan lebih rinci pada panduan pemusnahan dan retensi rekam medis.

## 10. Simbol dan Tanda Khusus

### 1. Nomor rekam medis

Pada map sudah dicetak kotak untuk menuliskan nomor rekam medis yang akan diisi oleh petugas rekam medis. Penulisan nomor harus dengan tulisan yang jelas dan mudah dibaca, untuk penulisan rekam medis menggunakan spidol permanen.

### 2. Label Warna

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

Tabel 4.1 Kode Warna Penomoran

Angka	Warna	Label	
0	Kuning	0	0
1	Merah	1	1
2	Orange	2	2
3	Hijau	3	3
4	Biru Muda	4	4
5	Biru Tua	5	5

6	Coklat	6	6
7	Hitam		
8	Abu-abu	8	8
9	Pink	9	9
10	B20		

3. Tulisan Alergi  
Diisi dengan alergi yang diderita oleh pasien yang ditulis oleh perawat.
4. Tulisan Rahasia  
Tulisan rahasia yang tertera pada berkas rekam medis.
5. Tulisan Tahun Kunjungan Pasien  
Tanggal pertama kali kunjungan pasien dapat ceklist pada tahun yang tertera pada berkas rekam medis. Kunjungan di *update* berdasarkan kunjungan pasien ke rumah sakit RS Intan Husada.

## BAB V LOGISTIK

### A. Perencanaan Logistik

Perencanaan kebutuhan logistik merupakan kegiatan untuk menentukan jumlah dan periode pengadaan logistik di Unit Rekam Medis sesuai dengan hasil kegiatan pemilihan untuk menjamin terpenuhinya kriteria tepat jenis, tepat jumlah, tepat waktu dan efisien. Perencanaan dilakukan untuk menghindari kekosongan logistik dengan menggunakan metode yang dapat dipertanggungjawabkan dan dasar-dasar perencanaan yang telah ditentukan sehingga tercapai efisiensi dan penghematan biaya serta kualitasnya dapat dipertanggungjawabkan.

Adapun kelompok logistik di Unit Rekam Medis meliputi :

Tabel 5.1 Barang Logistik Umum

#### 1. Rekam Medis

No	Jenis Barang Logistik Umum	Jumlah	Satuan
1	Kertas A4	3	rim
2	Kertas F4	3	rim
3	Map rekam medis	2000	buah
4	Sekat poliklinik Anak	2	rim
5	Sekat poliklinik Obgyn	1	rim
6	Sekat poliklinik Saraf	1	rim
7	Sekat poliklinik Dalam	1	rim
8	Sekat poliklinik Bedah Umum	1	rim
9	Sekat poliklinik Umum	1	rim
10	Sekat poliklinik Gigi	1	rim
11	Sekat poliklinik Kulit	1	rim
12	Sekat poliklinik Orthopedi	1	rim
13	Sekat poliklinik Paru	1	rim
14	Sekat poliklinik THT	1	rim
15	Sekat poliklinik Mata	1	rim
16	Sekat poliklinik Urologi	1	rim
17	Sekat poliklinik Kejiwaan	1	rim

18	Sekat poliklinik Bedah Saraf	1	rim
19	Sekat poliklinik Jantung	1	rim
20	Sekat poliklinik Bedah Digestif	1	rim
21	<i>Tissue</i>	14	buah
22	Kode warna penomoran (0-9)	1000	buah
23	Tinta epson L220 hitam	1	buah
24	Tinta epson L220 kuning	1	buah
25	Tinta epson L220 merah	1	buah
26	Tinta epson L220 biru	1	buah
27	Pulpen gel	5	buah
28	Pulpen <i>snowman</i>	5	buah
29	Lem stik UHU	1	buah
30	Tipe-x roll	5	buah
31	Isi steples no 10	1	buah
32	Lakban besar bening	1	buah
33	Batre AA	3	buah
34	Spidol permanen	4	buah
35	Spidol opm	4	buah
36	Amplop kecil	1	pak
37	Amplop besar	1	Pak

## 2. Pendaftaran

No	Jenis Barang Logistik Umum	Jumlah	Satuan
1	Kertas A4	10	rim
2	Kertas F4	10	rim
3	Form 1.1 (Identitas pasien baru)	10	rim
4	Form 1.2 (Identitas pasien Rawat Inap)	10	rim
5	Form General <i>Concent</i>	10	rim
6	Form Tata Tertib	10	rim
7	Form Masuk Pasien	10	rim
8	Form Pulang Pasien	10	rim
9	Form Deposit	10	rim
10	Form Estimasi	10	rim
11	Form Lab	10	rim
12	Form Radiologi	10	rim

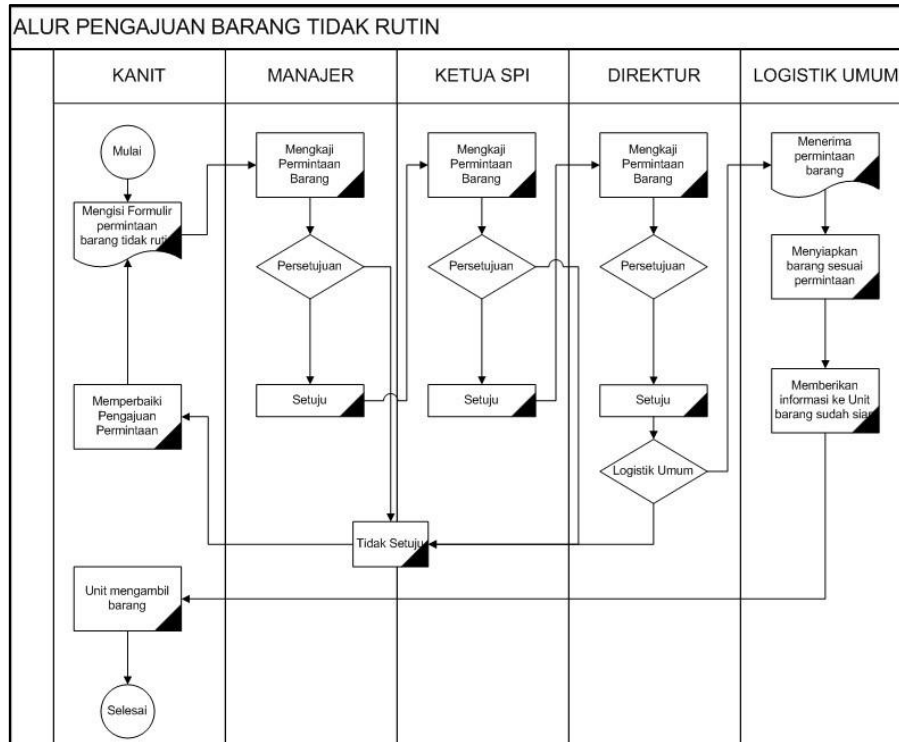
13	Form Surat Pernyataan Pasien Umum	10	rim
14	Form Surat Pernyataan Pasien Jaminan	10	rim
15	Form Laporan Medis Awal	10	rim
16	Form Persetujuan HCU	10	rim
17	Pulpen	15	pcs
18	Isi Pulpen	15	pcs
19	Tipe-X	5	pcs
20	Stand Pulpen	5	pcs
21	Otani ( <i>Tracer</i> Pasien)	15	pcs
22	Kertas Kasir ( <i>Tracer</i> Pasien)	10	pcs
23	Amplop Pasien	5	pcs
24	Gelang Pasien	5	pcs
25	<i>Paper Clip</i> Besar	10	pcs
26	Ink Printer	2	pcs
27	Isi <i>Hacter</i> (Atom)	10	pcs
28	<i>Hacter</i>	5	pcs
29	Solasiban (Solatip)	5	pcs
30	Materai	5	Lembar
31	Lem Kertas	2	PICIS
32	Kartu Berobat	3	BOX
33	<i>Tissue</i>	7	BOX
34	Stabillo	3	pcs
35	Spidol (Cemi)	1	pcs
36	Pulpen Pasien F4	10	pcs
37	Buku Rekap Pasien	1	pcs
38	Bindex	2	pcs
39	Penggaris Besi	1	pcs
40	<i>Roll</i> Solatip	1	pcs
41	Pita Mesin Kartu Berobat	2	pcs
42	Pita Mesin <i>Tracer</i> Pasien	3	pcs

Tabel 5.2 Barang Logistik Farmasi

No	Jenis Barang Logistik Farmasi	Alur Pengadaan	
		Rutin	Tidak Rutin
1	Masker	√	

Pengadaan logistik di Unit Rekam Medis dilakukan melalui Logistik Umum dan/atau Logistik Farmasi, sesuai dengan ketentuan atau prosedur yang sudah ditetapkan.

Adapun pengadaan logistik di Unit Rekam Medis dilakukan berdasarkan alur sebagai berikut :



Gambar 5.1 Bagan Alur Pengadaan Logistik

## B. Pengendalian Logistik

Pengendalian dilakukan terhadap jenis, jumlah dan penggunaan logistik. Tujuan pengendalian persediaan logistik adalah untuk memastikan persediaan efektif dan efisien atau tidak terjadi kelebihan dan kekurangan/kekosongan, kerusakan, kadaluwarsa, dan kehilangan serta pengembalian pesanan logistik. Adapun cara untuk mengendalikan persediaan logistik di Unit Rekam Medis adalah :

1. Melakukan evaluasi persediaan yang jarang digunakan (*slow moving*).
2. Melakukan evaluasi persediaan yang tidak digunakan dalam waktu tiga bulan berturut-turut (*death stock*).
3. *Stock Opname* yang dilakukan secara periodik dan berkala.

## C. Monitoring dan Evaluasi Logistik

Untuk mencapai akuntabilitas terhadap penyelenggaraan pelaksanaan kegiatan dan pengembangan di Unit Rekam Medis diperlukan adanya manajemen kegiatan berupa monitoring dan evaluasi. Adapun yang menjadi indikator dalam melakukan monitoring dan evaluasi adalah sebagai berikut:

1. Ketepatan perencanaan kebutuhan selama periode tertentu.
2. Ketepatan pengalokasian dana yang berdampak terhadap pemenuhan/kebutuhan.
3. Ketepatan penyimpanan yang berpotensi terjadinya kerusakan, kesalahan dalam pemberian, kehilangan fisik yang tidak mampu telusur, kesalahan dalam pendistribusian.

## BAB VI KESELAMATAN PASIEN

Keselamatan pasien merupakan hal yang paling utama dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. Rumah sakit merupakan tempat yang rentan atau penuh dengan risiko yang dapat mengancam keselamatan pasien. Banyaknya jumlah pasien, jenis obat, jenis pemeriksaan, prosedur, serta staf rumah sakit dapat menjadi sumber risiko yang berpotensi menyebabkan terjadinya kesalahan. Untuk menjamin adanya sistem dalam mengendalikan dan mengurangi risiko, maka Unit Rekam Medis melakukan manajemen risiko yang merupakan pendekatan proaktif untuk mengidentifikasi, mengevaluasi dan memprioritaskan risiko untuk mengurangi risiko cedera dan kerugian kepada pasien.

Sistem manajemen risiko akan membantu dalam mengelola insiden secara efektif dan mencegah kejadian berulang kembali. Adapun upaya yang dilakukan oleh Unit Rekam Medis dalam kegiatan penilaian risiko meliputi:

1. Identifikasi Risiko  
Mengelompokkan risiko yang teridentifikasi kedalam risiko keselamatan pasien dengan mengacu pada alur pelayanan yang terkait dengan risiko untuk mengevaluasi kesalahan pada alur pelayanan yang menyebabkan terjadinya insiden. Setiap efek dari kegagalan yang teridentifikasi dikumpulkan dalam daftar risiko dan diurutkan berdasarkan *Risk Priority Number* (RPN).
2. Analisis Risiko  
Melakukan analisis risiko dengan metode *Failure Mode Effect Analysis* (FMEA).
3. Evaluasi Risiko  
Berdasarkan hasil penilaian risiko tersebut di atas, berikut risiko yang menyangkut keselamatan pasien di Unit Rekam Medis antara lain:

Risiko	Mendaftarkan pasien lama
Penyebab Risiko	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Petugas tidak menanyakan apakah pasien pernah berobat/belum</li> <li>- petugas hanya melihat nama yang sama tetapi tidak melihat identitas lainnya</li> <li>- pasien tidak membawa kartu berobat</li> </ul>
Mitigasi Risiko	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SPO tentang pendaftaran pasien lama</li> <li>- Selalu menanyakan pernah berobat atau belum</li> <li>- Evaluasi kinerja petugas pendaftaran</li> </ul>

Risiko	Kehilangan berkas rekam medis
Penyebab Risiko	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salah dalam penyimpanan</li> <li>- Petugas tidak mencatat ke dalam buku peminjaman</li> </ul>
Mitigasi Risiko	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SPO tentang peminjaman berkas rekam medis</li> <li>- Lebih teliti dan selalu mencatat di buku peminjaman</li> <li>- Evaluasi kinerja petugas rekam medis</li> </ul>



Risiko	Keamanan ruang berkas rekam medis
Penyebab Risiko	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada kunci otomatis</li> <li>- Semua orang bisa masuk ke ruangan rekam medis</li> </ul>
Mitigasi Risiko	Pemasangan kunci untuk ruangan rekam medis

## BAB VII KESELAMATAN KERJA

Keselamatan kerja adalah keselamatan yang berkaitan dengan mesin, pesawat, alat kerja, bahan dan proses pengolahan, landasan kerja dan lingkungan kerja serta cara-cara melakukan pekerjaan. Keselamatan kerja merupakan tugas semua orang yang berada di rumah sakit termasuk Unit Rekam Medis dengan demikian keselamatan kerja adalah dari, oleh dan untuk setiap tenaga kerja dan orang lain yang berada di rumah sakit serta masyarakat di sekitar rumah sakit yang mungkin terkena dampak akibat suatu proses kerja. Dengan demikian jelas bahwa keselamatan kerja adalah merupakan sarana utama untuk mencegah terjadinya kecelakaan kerja yang dapat menimbulkan kerugian yang berupa luka / cidera, cacat / kematian, kerugian harta benda dan kerusakan peralatan mesin dan lingkungan secara luas.

Sistem manajemen risiko akan membantu dalam mengelola insiden secara efektif dan mencegah kejadian berulang kembali. Adapun upaya yang dilakukan oleh Unit Rekam Medis dalam kegiatan penilaian risiko meliputi:

1. Identifikasi Risiko  
Mengelompokkan risiko yang teridentifikasi kedalam risiko keselamatan pasien dengan mengacu pada alur pelayanan yang terkait dengan risiko untuk mengevaluasi kesalahan pada alur pelayanan yang menyebabkan terjadinya insiden. Setiap efek dari kegagalan yang teridentifikasi dikumpulkan dalam daftar risiko dan diurutkan berdasarkan *Risk Priority Number* (RPN).
2. Analisis Risiko  
Melakukan analisis risiko dengan metode *Failure Mode Effect Analysis* (FMEA).
3. Evaluasi Risiko

Berdasarkan hasil penilaian risiko tersebut di atas, berikut risiko yang menyangkut keselamatan kerja di Unit Rekam Medis antara lain:

Risiko	Kebakaran dan bencana alam
Penyebab Risiko	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat kabel yang terkelupas,</li> <li>- Terdapat genangan air dekat instalasi listrik yang mengakibatkan konsleting listrik,</li> <li>- Terdapat sumber api/asap,</li> <li>- Terdapat Gas LPG yang bocor</li> </ul>
Mitigasi Risiko	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jika terdapat instalasi kabel di ruangan yang tidak rapih segera melapor ke bagian terkait</li> <li>- Jika melihat genangan air dekat instalasi listrik pada ruangan segera lapor ke bagian terkait jika genangan</li> </ul>

	<p>semakin banyak lakukan pemutusan aliran listrik/ mencabut stopkontak.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jika melihat sumber api/asap pada ruang kerja selain yang tidak bersumber dari alat memang difungsikan untuk mengeluarkan api segera padamkan menggunakan Alat Pemadam Api Ringan (APAR)</li> <li>- Jika terdapat instalasi gas LPG yang ditemukan terdapat kebocoran maka segera matikan valve pada pusat/unit dan segera laporkan kepada unit terkait</li> <li>- Pengarahan terhadap alur evakuasi</li> </ul>
--	---

Risiko	Terjatuh
Penyebab Risiko	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Petugas menaiki tangga untuk mengambil berkas rekam medis</li> <li>- Permukaan licin</li> <li>- Terdapat instalasi kabel yang tidak rapih</li> </ul>
Mitigasi Risiko	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memeriksa tangga dipastikan dudukannya sudah pass</li> <li>- Jika melihat genangan air segera menaruh benda (co.tong sampah) di depan atau dibelakang genangan dan segera melaporkannya kebagian terkait</li> <li>- Jika terdapat instalasi kabel di ruangan yang tidak rapih segera melapor ke bagian terkait</li> </ul>

Risiko	Penyakit akibat kerja
Penyebab Risiko	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemakaian alat pelindung masker dan handscoon</li> <li>- Adanya debu dari rak maupun berkas rekam medis</li> </ul>
Mitigasi Risiko	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Panduan/SPO mengenai panduan APD pada karyawan</li> </ul>

## BAB VIII PENGENDALIAN MUTU

### A. Indikator Mutu

#### 1. Response Time Pengiriman Berkas Rekam Medis

Kode Indikator	
Nama Indikator	Response Time Pengiriman Berkas Rekam Medis ke Poliklinik
Dasar Pemikiran/ Literatur	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Dimensi mutu yang sesuai dengan indikator mutu yang akan diukur berdasarkan 6 dimension of quality (pilih saja)
	1. <i>Safe</i>
	2. <i>Timely</i>
	3. <i>Effective</i>
	4. <i>Efficient</i>
	5. <i>Equitable</i>
	6. <i>Patient Centered</i>
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan penyediaan rekam medis Rawat Jalan
Definisi	Dokumen rekam medis Rawat Jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan Rawat Jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien terdaftar sampai rekam medis diterima oleh perawat poliklinik
Jenis Indikator	Presentase (Jumlah kejadian yang tidak memerlukan hitungan dalam kurun waktu) contohnya berapa banyak bedah saraf yang gagal
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel Rawat Jalan yang diamati
Denominator	Jumlah kumulatif waktu standar penyediaan rekam medis sampel Rawat Jalan yang diamati
Kriteria Inklusi	Pengiriman rekam medis ke poliklinik
Kriteria Eksklusi	Rekam medis yang dalam proses melengkapi kekurangan catatan dokter atau perawat
Formula	Membandingkan numerator dengan denominator dikali dengan 100%
Sumber Data	Hasil survei pengamatan diruang rekam medis dan nurse station Rawat Jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	Sampling
Periode Analisis	Satu bulan
Cara Pengumpulan	Setelah Kejadian (Retrospective)
Cakupan Data	Total Populasi
Rencana Analisis	Setiap tiga bulan

Instrumen Pengambilan Data	Lembar kerja
Penanggung Jawab	Koordinator pengolahan data
Kelompok	IAM
Area Indikator	SPM
Nilai Standar	< 10 menit
Wilayah	Poliklinik
Fungsi Objektif	Maksimal
Satuan Pengukuran	%
Skala Rasio	100

## 2. Response Time Pendaftaran Poliklinik

Kode Indikator	
Nama Indikator	<i>Response Time</i> Pendaftaran Poliklinik
Dasar Pemikiran/ Literatur	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Dimensi mutu yang sesuai dengan indikator mutu yang akan diukur berdasarkan 6 <i>dimension of quality</i> (pilih saja)
	1. <i>Safe</i>
	2. <i>Timely</i>
	3. <i>Effective</i>
	4. <i>Efficient</i>
	5. <i>Equitable</i>
	6. <i>Patient Centered</i>
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran pasien poliklinik
Definisi	Pendaftaran pasien poliklinik adalah proses mendaftarkan pasien ke dalam sistem pelayanan Hospital Information System Santosa mulai dari pasien mengambil nomor antrian sampai dengan data pasien dientry.
Jenis Indikator	Presentase
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pendaftaran pasien poliklinik
Denominator	Jumlah pasien yang didaftarkan
Kriteria Inklusi	<i>Response time</i> diukur pada saat tidak gangguan sistem IT
Kriteria Eksklusi	<i>Response time</i> tidak diukur pad saat terjadi gangguan sistem IT
Formula	Dihitung rata-rata <i>respon time</i>
Sumber Data	Data sistem pendaftaran poliklinik
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisis	Satu bulan
Cara Pengumpulan	Bersamaan dengan kegiatan (Concurrent)
Cakupan Data	Total Populasi
Rencana Analisis	Setiap tiga bulan

Instrumen Pengambilan Data	Simrs
Penanggung Jawab	Koordinator Pendaftaran
Kelompok	IAM
Area Indikator	SPM
Nilai Standar	< 10 menit
Wilayah	Poliklinik
Fungsi Objektif	Maksimal
Satuan Pengukuran	%
Skala Rasio	100

### 3. Tidak adanya kesalahan kelas perawatan pasien

Kode Indikator	
Nama Indikator	Tidak adanya kesalahan kelas perawatan pasien
Dasar Pemikiran/ Literatur	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	1. <i>Effective</i> 2. <i>Efficient</i> 3. <i>Patient Centered</i>
Tujuan	Tergambarnya ketepatan penempatan kelas perawatan pasien Rawat Inap
Definisi	Tidak Adanya Kesalahan Kelas Perawatan Pasien adalah ketepatan penempatan kelas perawatan Rawat Inap berdasarkan kebutuhan pasien ataupun kesesuaian kelas perawatan Rawat Inap penjamin yang dimiliki pasien
Jenis Indikator	Presentase
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pendaftaran pasien poliklinik
Denominator	Jumlah pasien yang didaftarkan
Kriteria Inklusi	Semua pasien Rawat Inap
Kriteria Eksklusi	Tidak termasuk pasien umum
Formula	Membandingkan numerator dengan denominator dikali dengan 100%
Sumber Data	Keluhan dari customer internal dan customer eksternal
Frekuensi Pengumpulan Data	Keseluruhan
Periode Analisis	Satu bulan
Cara Pengumpulan	Setelah Kejadian (Retrospective)
Cakupan Data	-
Rencana Analisis	Grafik dan analisis
Instrumen Pengambilan Data	Keseluruhan
Penanggung Jawab	Koordinator Pendaftaran
Kelompok	IAM
Area Indikator	SPM
Nilai Standar	100% tepat kelas perawatan

Wilayah	Pendaftaran Rawat Inap
Fungsi Objektif	Maksimal
Satuan Pengukuran	%
Skala Rasio	100

#### 4. Tidak adanya Kesalahan Penjamin Pasien Rawat Inap

Kode Indikator	
Nama Indikator	Tidak adanya Kesalahan Penjamin Pasien Rawat Inap
Dasar Pemikiran/ Literatur	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	1. <i>Effective</i>
	2. <i>Efficient</i>
	3. <i>Patient Centered</i>
Tujuan	Tidak Adanya kesalahan Penjaminan Pasien Rawat Inap sehingga Pasien Rawat Inap tepat penjamin
Definisi	Tidak adanya kesalahan penjaminan pasien Rawat Inap adalah tidak adanya penjaminan pasien Rawat Inap yang tidak sesuai dengan persyaratan administratif yang dimiliki oleh pasien sehingga tepat tagihan dan tepat pelayanan
Jenis Indikator	Presentase (Jumlah kejadian yang tidak memerlukan hitungan dalam kurun waktu) contohnya berapa banyak bedah saraf yang gagal
Numerator	Jumlah pasien yang didaftarkan dengan penjaminan tepat
Denominator	Jumlah pasien yang didaftarkan
Kriteria Inklusi	Semua pasien Rawat Inap
Kriteria Eksklusi	Pasien dengan penjamin umum
Formula	Membandingkan numerator dengan denominator dikali dengan 100%
Sumber Data	Keluhan dari customer internal dan customer eksternal
Frekuensi Pengumpulan Data	Keseluruhan
Periode Analisis	Satu bulan
Cara Pengumpulan	Setelah Kejadian (Retrospective)
Cakupan Data	-
Rencana Analisis	Grafik dan analisis
Instrumen Pengambilan Data	Keseluruhan
Penanggung Jawab	Koordinator Pendaftaran
Kelompok	IAM
Area Indikator	SPM
Nilai Standar	100% tepat penjaminan
Wilayah	Pendaftaran Rawat Inap
Fungsi Objektif	Maksimal
Satuan Pengukuran	%
Skala Rasio	100

## **B. Monitoring**

Monitoring merupakan salah satu fungsi manajemen yang mengusahakan agar pekerjaan terlaksana sesuai dengan rencana, target, instruksi, pedoman, standar, peraturan dan hasil yang telah ditetapkan sebelumnya agar mencapai tujuan yang diharapkan. Dalam hal ini, monitoring dilakukan terhadap semua indikator tersebut di atas melalui upaya sebagai berikut :

1. Monitoring dilakukan oleh Kepala Unit Rekam Medis dan staf/anggota unit/komite.
2. Dilakukan setiap 1 kali perbulan dalam hal pengumpulan data dengan mempergunakan *form checklist*.
3. Ada formulir *checklist* pemeriksaan APAR dan *form* laporan Insiden.

## **C. Evaluasi**

Evaluasi adalah proses dan langkah - langkah yang dilakukan oleh Unit Rekam Medis dalam melakukan analisa mendalam terhadap proses dan hasil pengukuran indikator serta proses perbaikan dan peningkatan mutu, serta mencakup standar acuan dan pengolahan data. Dalam hal ini, evaluasi dilakukan dengan cara melakukan pembinaan untuk meningkatkan kinerja dari Unit Rekam Medis yang dilakukan pada setiap akhir program yang didalamnya termasuk program manajemen risiko.

## **D. Pelaporan**

### **1. Pelaporan Internal**

- a) Unit Rekam Medis memberikan laporan data bulanan kepada Direktur dan dipresentasikan dalam laporan bulanan. Adapun yang dilaporkan dalam laporan bulanan meliputi :
  - 1) Jumlah kunjungan pasien Rawat Jalan, Rawat Inap dan UGD
  - 2) Permasalahan dan solusi yang terjadi pada bulan tersebut
  - 3) Kerusakan serta pengajuan penggantian sarana dan prasarana
- b) Unit Rekam Medis memberikan analisis *risk* dan *trend*, disertai saran dan rekomendasi untuk *continuous improvement* setiap 6 bulan kepada Direktur RSIH, Departemen Mutu dan Komite-komite (KPPI, Komite Medik, Komite Keperawatan). Laporan ini meliputi :
  - 1) *Trend* angka di poin pertama.
  - 2) Laporan hasil pelatihan SDM.

### **2. Pelaporan Eksternal**

Pelaporan ke Dinas kesehatan maupun instansi lain yang terkait, sesuai dengan peraturan yang berlaku.

## **E. Continuous Improvement**

*Continuous improvement* adalah proses perbaikan dan peningkatan mutu yang dilakukan oleh Unit Rekam Medis yang merupakan upaya untuk memastikan bahwa setiap proses perbaikan dan peningkatan mutu dapat dilakukan secara berkesinambungan dan berkelanjutan.

## **BAB IX PENUTUP**

Pedoman Pelayanan Unit Rekam Medis diharapkan dapat menjadi acuan bagi semua pihak yang terlibat dalam pelaksanaan keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit, sehingga dapat meningkatkan derajat keselamatan dan kesehatan pekerja yang setinggi-tingginya dan timbul pekerjaan yang efektif dan efisien.

Penerapan keselamatan dan kesehatan kerja akan terlaksana dengan optimal bila didukung oleh pengambil kebijakan dan seluruh staf kesehatan yang terlibat dalam pelayanan kesehatan. Disamping itu staf di rumah sakit diharapkan mampu memahami program keselamatan dan kesehatan kerja, agar tercipta efektifitas kerja.



## DAFTAR PUSTAKA

- Gemala R Hatta. 2008. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan. Universitas Indonesia (UI-Press).
- Dirjen Bina Pelayanan Medis Departemen Kesehatan RI. 2006. Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II. Dirjen Bina Pelayanan Medis Departemen Kesehatan RI.
- Departemen Kesehatan RI. 2008. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Departemen Kesehatan RI.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). 2017 Standar Akreditasi Rumah Sakit, Komite Akreditasi Rumah Sakit. Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS).