|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **PENERIMAAN PASIEN RAWAT JALAN** | | | | |
| **02.15.01** | | **REVISI B** | | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | | |
| Pengertian | Penerimaan pasien rawat jalan adalah tata cara penerimaan pasien yang akan berobat ke poliklinik agar dapat berjalan lancar dan tertib serta untuk menurunkan waktu tunggu pasien | | | | |
| Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam tata cara penerimaan pasien yang akan berobat berobat ke poliklinik | | | | |
| Kebijakan | Penerimaan pasien Rawat jalan dilaksanakan dengan mengutamakan kelancaran pelayanan pada pasien | | | | |
| Prosedur | **Pasien baru**   1. Pasien menganbil no antri pasien. 2. Bagi pasien BPJS terlebih dulu ke loket verifikasi BPJS untuk dibuatkan SEP (Surat Elegibilitas Peserta) dan SJP (Surat Jaminan Pelayanan). Dan bagi pasien Jamkesda menuju loket verifikasi Jamkesda. 3. Pasien mendaftar ke tempat penerimaan Pasien rawat jalan (TPPRJ) berdasarkan no antrian. 4. Petugas Meminta identitas pasien dan melakukan registrasi pasien secara komputerisasi dengan mencatat data sosial pasien. 5. Petugas membuatkan rekam medis rawat jalan. 6. Petugas penerimaan Pasien rawat jalan (TPPRJ) mempersilahkan pasien menunggu ke poliklinik yang dituju dengan membawa rekam medis pasien.   **Pasien Lama**   1. Pasien menganbil no antri pasien. 2. Bagi pasien BPJS terlebih dulu ke loket verifikasi BPJS untuk dibuatkan SEP (Surat Elegibilitas Peserta) dan SJP (Surat Jaminan Pelayanan). Dan bagi pasien Jamkesda menuju loket verifikasi Jamkesda. 3. Pasien menuju tempat penerimaan Pasien rawat jalan (TPPRJ) berdasarkan no antrian, dan menyerahkan kartu berobat pasien. 4. Petugas penerimaan Pasien rawat jalan (TPPRJ) memasukkan no rekam medis pasien ke dalam komputer. | | | | |
| Pinrang%20Asli | **PENERIMAAN PASIEN RAWAT JALAN** | | | | |
| **02.15.01** | **REVISI B** | | **HALAMAN ½** | |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | | | |
| Prosedur | 1. Petugas Pencari rekam medis pasien ditempat penyimpanan berdasarkan no. RM pada kartu berobat dan menyerahkan ke pasien beserta kartu berobatnya dan mempersilahkan pasien menunggu di poliklinik. | | | | |
| Unit Terkait | * Rekam medis * Kartu berobat * Komputer * Poliklinik * Loket Verifikasi | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **PENERIMAAN PASIEN RAWAT INAP** | | |
| **02.15.02** | **REVISI**  **B** | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Pengertian | Penerimaan pasien rawat inap adalah tata cara penerimaan pasien yang akan dirawat agar dapat berjalan lancar dan tertib | | |
| Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam tata cara penerimaan pasien yang akan dirawat | | |
| Kebijakan | Penerimaan pasien rawat inap terlayani dengan baik cepat dan tepat | | |
| Prosedur | 1. Petugas penerimaan pasien rawat inap melayani pasien yang sudah ada pengantar opname dari dokter poliklinik / gawat darurat / dokter praktek swasta. 2. Petugas penerimaan pasien rawat inap (TPPRI) memberikan penjelasan kepada pasien / keluarganya tentang Peraturan selama pasien dirawat / menandatanganinya. 3. Petugas TPPRI membuat no. RM apabila pasien belum mempunyai no. RM 4. Petugas membuat rekam medis rawat inap untuk pasien baru. 5. Petugas TPPRI mengambil rekam medis yang terdahulu bila pasien pernah berobat ke poliklinik/UGD atau pernah dirawat sebelumnya untuk disatukan dengan rekam medis yang baru. 6. Petugas memberikan gelang identifikasi pasien, warna pink untuk pasien perempuan dan warna biru untuk pasien laki-laki serta menyerahkan kartu jaga. 7. Petugas TPPRI mempersilahkan pasien ke ruang perawatan dengan membawa rekam medisnya (status). | | |
| Unit Terkait | * Rekam medis * Komputer * Surat pengantar Opname * Buku register * Daftar tarif * Peraturan-peraturan rumah Sakit selama pasien dirawat * Prosedur Pengisian RM rawat inap * Prosedur pengambilan kembali RM * Unit pelayanan/ perawatan | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **PENERIMAAN PASIEN GAWAT DARURAT** | | |
| **02.15.03** | **REVISI**  **B** | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Pengertian | Prosedur penerimaan pasien gawat darurat adalah tata cara penerimaan pasien gawat darurat yang akan berobat untuk ketertiban dan kelancaran pelayanan pasien agar pelayanan dapat diberikan kepada pasien secara cepat, tertib dan penuh tanggung jawab | | |
| Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk kelancaran pelayanan kepada pasien | | |
| Kebijakan | 1. Pasien mendapatkan pelayanan paripurna secara cepat 2. Pelayanan didahulukan kemudian administrasi | | |
| Prosedur | 1. Petugas penerimaan pasien gawat darurat menerima pasien selama 24 jam 2. Petugas penerimaan pasien gawat darurat, terlebih dahulu menolong pasien kemudian baru penyelesaian administrasinya 3. Petugas TPP memberikan nomor RM untuk pasien baru dan meminta identitas pasien. Dan untuk pasien ulangan yang membawa kartu berobat langsung registrasi pasien secara komputerisasi. 4. Petugas TPP membuatkan rekam medis gawat darurat. 5. Petugas penerimaan pasien mencatat pada buku register penerimaan pasien IGD setelah pasien mendapat pelayanan yang cukup di IGD, ada beberapa kemungkinan yaitu :  * Pasien boleh langsung pulang * Pasien harus dirawat * Pasien dirujuk/dikirim ke RS lain * Pasien Meninggal | | |
| Unit Terkait | * Unit Rekam Medis * Prosedur Pengisian Rekam Medis Rawat darurat | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **SISTEM PENOMORAN** | | |
| **02.15.04** | **REVISI**  **B** | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Pengertian | Sistem Penomoran adalah pemberian satu unit No. RM baik kepada pasien rawat jalan, pasien rawat inap maupun pasien gawat darurat, pada saat seorang pasien berkunjung pertama kali datang berobat ke RS, Nomor tersebut dipakai selamamnya untuk kunjungan seterusnya sehingga RM pasien tersebut tersimpan didalam satu berkas hanya dibawa satu nomor | | |
| Tujuan | Sebaga acuan penerapan langka-langkah untuk memberikan satu nomor RM kepada pasien yang akan dipakai selamanya bila berkunjungan ke RS untuk keprluan berobat | | |
| Kebijakan | Pemberian nomor RM menggunakan Unit Numbering System (satu nomor satu pasien untuk semua jenios pelayanan | | |
| Prosedur | 1. Petugas Rekam medis membuat satu nomor bagi pasien baru berdasarkan nomor yang keluar secara otomatis dari komputer 2. Nomor rekam medis tersebut secara On line disetiap TPP (Tempat Penerimaan Pasien) Rawat jalan, Rawat Inap dan Gawat darurat. 3. Petugas Rekam medis memberikan nomor yang menggunakan sistem 6 digit dimulai dari 00 00 01 sampai 99 99 99 | | |
| Unit Terkait | * Poliklinik * Rekam Medis * Rawat Inap * Prosedur Pengisian RM (RI, RJ dan UGD) | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **SISTEM PENAMAAN** | | |
| **02.15.05** | **REVISI**  **B** | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Pengertian | Sistem Penamaan adalah memerikan identitas kepada seorang pasien untuk membedakan antara pasien yang satu denga pasien yang lainnya, sehingga mempemudah pelayanan kepada pasien yang berkunjung ke RS untuk berobat | | |
| Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk memberikan identitas kepada seorang pasien | | |
| Kebijakan | 1. Penulisan nama seorang pasien memakai ejaan baru yang telah disempurnakan 2. Cara penulisan nama pasien sesuai dengan aturan yang berlakukan | | |
| Prosedur | 1. Petugas penerimaan pasien menulis nama pasien dengan huruf balok dan mengikuti ejaan yang disempurnakan 2. Sebagai pelengkap, bagi pasien perempuan diakhiri nama lengkap ditambah Ny atau Nn sesuai dengan statusnya 3. Pencantuman titel selalu diletakkan sesudah nama lengkap pasien | | |
| Unit Terkait | * Poliklinik * Gawat darurat * Unit pelayanan * Prosedur penerimaan pasien (rawat Jalan, Rawat Inap dan Gawat darurat) | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **PENCATATAN DATA SOSIAL PASIEN** | | |
| **02.15.06** | **REVISI**  **B** | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Pengertian | Data sosial pasien adalah data identitas pasien | | |
| Tujuan | Memudahkan petugas dalam proses pembuatan laporan | | |
| Kebijakan | Rekam medis memiliki protap yang menggambarkan tujuan dan fungsi unit kerja rekam medis, kepala dan staf organisasi dan tatalaksana dalam penyelenggaraan rekam medis | | |
| Prosedur | 1. Petugas rekam medis menanyakan identitas pasien yang meliputi :    * Nama pasien    * Umur    * Alamat    * Jenis kelamin    * Dll 2. Petugas rekam medis dapat meminta KTP kartu identitas lain dari pasien yang bersangkutan. 3. Petugas rekam medis menuliskan identitas pasien pada status yang telah disiapkan. 4. Petugas rekam medis mencatat identitas pasien pada buku register dan input secara komouerisasi. 5. Petugas rekam medis mencatat identitas pasien pada kartu kontrol | | |
| Unit Terkait | * Poliklinik * Ruang perawatan | | |
| Prosedur Terkait | * Prosedur penerimaan pasien | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **PENGISIAN REKAM MEDIS RAWAT JALAN** | | |
| **02.15.07** | **REVISI**  **B** | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Pengertian | Pengisian rekam medis rawat jalan adalah suatu kegiatan pengisian pencatatan identitas data sosial dan data medis pasien | | |
| Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pengisian rekam medis rawat jalan | | |
| Kebijakan | Rekam medis diisi dengan jelas, benar, lengkap dan tepat waktu tentang data sosial dan data medis pasien | | |
| Prosedur | 1. Petugas TPPRJ mengisi data sosial pasien (No. RM, Umur, Jenis kelamin, pekerjaan, alamat, dll) 2. Dokter di poliklinik mengisi data klinis, anamnesis, pemeriksaan dan terapi 3. Dokter pemberi pelayanan menandatangani dan menulis nama pada catatan yang dibuat | | |
| Unit Terkait | * Unit Rawat Jalan * Prosedur Penerimaan pasien Rawat Jalan * TPPRJ | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **PENGISIAN REKAM MEDIS DI INSTALASI GAWAT DARURAT** | | |
| **02.15.08** | **REVISI**  **B** | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Pengertian | Pengisian rekam medis gawat darurat adalah suatu kegiatan untuk pengian identitas, data sosial serta tindakan yang diberikan di IGD | | |
| Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pengisian identitas, data sosial dan pemeriksaan serta tindakan yang diberikan IGD | | |
| Kebijakan | Rekam medis diisi dengan jelas, benar, lengkap dan tepat waktu tentang identitas, data sosial dan data medis pasien | | |
| Prosedur | 1. Petugas tempat penerimaan pasien gawat darurat, mengisi data sosial pasien (No. RM, nama, tanggal lahir/umur, jenis kelamin, bangsa, agama, pekerjaan, alamat, tgl, jam, jenis kunjungan, datang sendiri/rujukan, dll). 2. Dokter yang bertugas pada saat pasien masuk IGD mengisi anamnese, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, diagnosis, tindakan yang dilakukan dan terapi 3. Dokter yang bertugas pada saat masuk IGD mengisi kolom penderita meninggal, tgl dan keterangan/ penyebab kematian bilamana penderita meninggal | | |
| Unit Terkait | * Radiologi * Laboratorium * Prosedur penerimaan pasien Gawat darurat * Prosedur Pelayanan pasien gawat darurat | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **PENGISIAN REKAM MEDIS RAWAT INAP** | | | | |
| **02.15.09** | | **REVISI**  **B** | | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | | |
| Pengertian | Pengisian Rekam medis rawat inap adalah merupakan kegiatan untuk pengisian/pencatatan identitas, data sosial dan data Medis pasien | | | | |
| Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pengisian/pencatatan identitas, data sosial dan data Medis pasien | | | | |
| Kebijakan | Rekam medis diisi dengan jelas, benar, lengkap dan tepat waktu tentang identitas, data sosial dan data Medis pasien | | | | |
| Prosedur | 1. Petugas TPPRI mengisi data sosial dan data Medis pasien 2. Petugas TPPRI mengisi identitas penderita dalam format persetujuan penderita yang ingin digunakan 3. Dokter yang merawat mengisi ringkasan klinis pada saat masuk dan keluar RS 4. Dokter yang merawat mengisi dengan lengkap riwayat penyakit dan pemeriksaan dalam 24 jam setelah pasien dirawat dan ditandatangani 5. Dokter yang merawat mengisi lembaran follow up tentang perjalanan penyakit, pemeriksaan waktu visite, konsultasi dan jawaban konsultasi, instrukis-instruksi dengan tuliasan yang jelas dan menggunakn istilah yang mudah dipahami oleh petugas kesehatan RS 6. Dokter yang memberi setiap tindakan medis terhadap pasien harus melalui informed consent 7. Dokter yang melakukan pembedahan, anastesi segera mencatat pada lembaran operasi, anastesi pada hari yang sama dan ditandatangani 8. Perawat yang bertugas mengisi lembar catatan keperawatan dan diberi paraf dan nama jelas 9. Petugas yang bertugas mengisi/melampirkan/menempelkan hasil pemeriksaan penunjang pada lembar hasil penunjang berurutan waktu 10. Dokter yang merawat mengisi lembar resume pada saat keluar, yang meliputi diagnosa akhir, tindakan/prosedur yang telah dilakukan, rencana pemeriksaan lanjut dan instruksi lain 11. Dokter yang menangani menjelang pasien meninggal mengisi lembar sebab kematian. | | | | |
| Pinrang%20Asli | **PENGISIAN REKAM MEDIS RAWAT INAP** | | | | |
| **02.15.09** | **REVISI**  **B** | | **HALAMAN 1/2** | |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | | | |
| Prosedur | 1. Petugas ruangan perawatan harus melengkapi identitas pasien pada setiap lembar RM (No. RM, Umur, Jenis kelamin) 2. Petugas Ruangan perawatan menulis tanda bahaya dan terlihat pada lembar terdepan (Folder) yang telah disepakati oleh Tim Komite Rkam Medis 3. Petugas Ruangan, dokter, perawat dan petugas kesehatan lainnya yang menangani penderita harus membubuhi tanda tangan, nama jelas pada berkas RM dan harus distor ke Unit rekam medis selambat-lambatnya 1 x 24 jam setelah pasien keluar RS atau meninggal | | | | |
| Unit Terkait | * Unit Rawat Inap * Prosedur penerimaan pasien rawat Inap | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **PEMBUATAN KIUP** | | |
| **02.15.10** | **REVISI**  **B** | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Pengertian | KIUP : suatu kartu-kartu pengenal setiap pasien baru yang disimpan selamanya dan digunakan untulk membantu mencari data pasien yang diperlukan. | | |
| Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk menunjang kelancaran pelayanan kepada pasien apabila pasien lupa membawa kartu berobat. | | |
| Kebijakan | KIUP disimpan dalam komputer (komputerisasi). | | |
| Prosedur | 1. Petugas Penerimaan Pasien (TPP) menginput identitas pasien baru pertama kali berkunjung ke rumah sakit sebagai berikut :  * Nama lengkap pasien - Umur * Nomor Rekam Medis - Status perkawinan * Alamat - Tempat, Tgl Lahir * Nama Ibu - Pekerjaan * Nama Ayah - Orang yang bisa dihubungi bila terjadi sesuatu * Jenis Kelamin - Tgl kunjungan poliklinik yang pertama  1. Petugas Penerimaan Pasien menggunakan KIUP bila diperlukan dengan mencari pada komputer. | | |
| Unit Terkait | * TPP * Rekam Medis | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **PENERIMAAN REKAM MEDIS PASIEN PULANG** | | |
| **02.15.11** | **REVISI**  **B** | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Pengertian | Penerimaan rekam medis pasien pulang adalah suatu kegiatan dimana petugas rekam medis menerima berkas rekam medis pasien keluar hidup dan mati yang disetor dari ruang perawatan | | |
| Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk mengetahui rekam medis pasien pulang yang belum atau sudah diterima di bagian rekam medis | | |
| Kebijakan | Pasien yang pulang/meninggal, Berkasnya harus sudah disetor selambat-lambatnya dalam waktu 1 x 24 jam ke bagian rekam medis | | |
| Prosedur | 1. Petugas penerimaan berkas rekam medis setiap hari menulis pasien pulang yang diambil dari sensus harian berdasarkan tanggal pulangnya. 2. Petugas penerimaan, menerima berkas rekam medis dari ruang perawatan 3. Petugas penerimaan memeriksa berkas rekam medis pasien dan memisahkan yang lengkap dengan yang tidak lengkap 4. Petugas penerimaan mengembalikan rekam medis yang tidak lengkap ke ruangan masing-masing untuk dilengkapi 5. Petugas penerimaan mengecek dibuku penerimaan dan mencocokkan dengan rekam medis pasien yang sudah lengkap 6. Petugas penerimaan mnyerahkan berkas rekam medis pasien yang sudah dikerjakan kemeja assembling | | |
| Unit Terkait | * Unit rekam medis * Unit perawatan * Prosedur Sensus harian | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **PENGEMBALIAN REKAM MEDIS YANG TIDAK LENGKAP** | | |
| **02.15.12** | **REVISI**  **B** | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Pengertian | Pengembalian rekam medis yang tidak lengkap dan benar adalah status pasien yang pulang atau meninggal yang tidak lengkap dan benar tentang :   * Identitas pasien * Diagnosa masuk Dan Diagnosa keluar * Tanda tangan dan nama jelas pemberi pelayanan/tindakan * Resume * Sebab kematian * Riwayat penyakit * Askep grafik * Laporan Operasi * Persetujuan tindakan * Identifikasi bayi   Dikembalikan Oleh petugas Rekam medis Ke ruang perawatan untuk dilengkapi | | |
| Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk menjamin konsisten dan kelengkapan/isinya | | |
| Kebijakan | Kelengkapan isi rekam medis berpedoman pada SK Menkes No. 749a/1989 tentang rekam medis pasien harus lengkap dan benar | | |
| Prosedur | 1. Petugas analisa rekam medis menerima status pasien pulang/meninggal dari runag perawatan 2. Petugas analisa rekam medis menganalisa status pasien pulang/meninggal 3. Petugas rekam medis mengembalikan rekam medis (status) yang tidak lengkap dan benar kepada petugas rawat inap selama 1 x 24 jam 4. Petugas rawat inap harus menyetor kembali rekam medis pasien setelah dilengkapi 5. Status lengkap dilanjutkan pada petugas assembling | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **PENGEMBALIAN REKAM MEDIS YANG TIDAK LENGKAP** | | |
| **02.15.12** | **REVISI**  **B** | **HALAMAN 1/2** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Unit Terkait | * Unit pelayanan/perawatan * Prosedur analisa rekam medis * Prosedur penyetoran status pasien pulang/meninggal | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **ANALISA BERKAS REKAM MEDIS** | | |
| **02.15.13** | **REVISI**  **B** | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Pengertian | Analisa berkas rekam medis adalah suatu kegiatan memeriksa kelengkapan berkas rekam medis penderita pasien keluar Rumah sakit (Hidup & meninggal) secara kuantitatif yang dikirim dari ruang perawatan | | |
| Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk memeriksa kelengkapan secara kuantitatif berkas rekam medis | | |
| Kebijakan | Kegiatan analisa kuantitatif berkas rekam medis dilakukan sesuai dengan ketentuan rekam medis | | |
| Prosedur | 1. Petugas analisa mencatat pasien pulang dari sensus harian ke buku analisa/pengendali berdasarkan ruang perawatan (no RM, nama pasien, tanggal pulang, tanggal pengembalian, dll). 2. Petugas analisa menerima rekam medis dari ruang rawat 3. Petugas analisa mencocokkan rekam medis yang diterima dengan catatan yang ada dibuku analisa/pengembalian status rekam medis. 4. Petugas analisa mencatat dalam buku analisa tanggal terima rekam medis 5. Petugas analisa memeriksa kelengkapan rekam medis jika belum lengkap, rekam medis dilengkapi oleh dokter yang bersangkutan 6. Petugas analisa membuat rekap/monitoring rekam medis yang belum dikirim dari ruang perawatan. 7. Petugas analisa menyerahkan rekam medis rawat inap yang telah lengkap ke bagian assembling | | |
| Unit Terkait/ Prosedur Terkait | * Prosedur penyetoran Rekam medis pasien pulang * Unit rawat Inap * Prosedur Assembling | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **MONITORING REKAM MEDIS** | | |
| **02.15.14** | **REVISI**  **B** | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Pengertian | Memantau pengembalian rekam medis rawat inap diruang rawat untuk segera dikembalikan ke unit rekam medis | | |
| Tujuan | Untuk kelancaran pelayanan dan pengolahan data medis | | |
| Kebijakan | Informasi statistik rumah sakit harus dibuat oleh unit rekam media / MIK dan dibagikan kepada unit lain yang terkait yang disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit. | | |
| Prosedur | 1. Petugas rekam medis memeriksa rekam medis yang belum kembali/disetor dari ruang perawatan dibuku analisa rekam medis 2. Petugas rekam medis mencatat rekam medis yang belum kembali meliputi : No. RM, Nama pasien, nama Dokter, Tanggal pulang dan ruang perawatan 3. Petugas rekam medis mengirim daftar berkas rekam medis yang belum kembali tersebut masing-masing unit pelayanan/rawat inap. | | |
| Unit Terkait | * Perawatan * Rekam medis | | |
| Prosedur Terkait | * Prosedur pengembalian berkas rekam medis rawat inap | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **ASSEMBLING BERKAS REKAM MEDIS** | | |
| **02.15.15** | **REVISI**  **B** | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Pengertian | Assembling berkas rekam medis adalah suatu kegiatan menyususn dan merapikan urutan susunan berkas-berkas rekam medis rawat inap dari ruang rawat sesuai dengan urutan yang telah ditentukan | | |
| Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk menyusun/mengassebling dan merapikan urutan formulir rekam medis | | |
| Kebijakan | Menyusun lembaran-lembaran rekam medis sesuai dengan lamanya perawatan meliputi kelenmgkapan rekam medis, paramedis dan penunjang sesuai dengan prosedur yang ditetapkan | | |
| Prosedur | 1. Petugas assembling menyusun rekam medis sesuai urutan yang berlaku. 2. Petugas assembling mengambil lembaran rekam medis yang kosong 3. Petugas assembling mengirim rekam medis yang sudah diassembling ke bagian koding | | |
| Unit Terkait/ Prosedur Terkait | * Prosedur analisa rekam medis * Prosedur penyetoran status pasien pulang | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **PENGKODEAN REKAM MEDIS** | | |
| **02.15.16** | **REVISI**  **B** | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Pengertian | Pembuatan Kode (coding) adalah Suatu kegiatan pengkodean berkas rekam medis untuk mempermudah pengelompokan penyakit, tindakan/operasi dan penyebab kecelakaan, dengan menggunakan ICD 10 untuk pengkodean penyakit dan ICD 9 CM digunakan untuk mengkode indakan. | | |
| Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk membuat kode penyakit berdasarkan klasifikasi penyakit yang berlaku dengan menggunakan ICD 10 dan ICD 9 CM. | | |
| Kebijakan | Kegiatan pengkodean penyakit, tindakan operasi dan penyebab kecelakaan dengan menggunakan ICD 10 dan ICD 9 CM. | | |
| Prosedur | 1. Petugas koding menerima rekam medis yang sudah diassembling 2. Petugas koding membaca diagnosa penyakit, operasi, penyebab kecelakaan dan penyebab kematian 3. Petugas koding memberi kode penyakit, pembedahan/operasi, sebab kecelakaan dan penyebeb kematian dengan menggunakan ICD 10 dan ICD 9 CM secara manual 4. Petugas koding menulis kode-kode tersebut pada lembaran rekam medis, ringkasan masuk dan keluar (MR 1). 5. Petugas Koding menyerahkan rekam medis yang sudah dikoding ke bagian indeks (input Morbiditas) | | |
| Unit Terkait | * Prosedur analisa RM * Prosedur indeksing * Unit pelayanan Rawat Jalan dan Rawat Inap | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **INDEKS PENYAKIT** | | |
| **02.15.17** | **REVISI**  **B** | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Pengertian | Indeks penyakit adalah suatu kartu katalog yang berisi kode penyakit dan diagnosa pasien yang berobat ke RS guna pempelajari dan mngetahui jumlah kasus untuk keperluan pelaporan dan penelitian data tentang penyakit. | | |
| Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk membuat kelompok kode penyakit kedalam kartu indeks untuk setiap kode penyakit, untuk mengetahui jumlah kasus penyakit tertentu dalam suatu periode tertentu. | | |
| Kebijakan | Kegiatan indeks penyakit dibuat sesuai dengan penyakit (Kode ICD 10) menurut periode waktu yang berjalan dan diinput kedalam komputer | | |
| Prosedur | 1. Petugas Indeksing menerima Rekam medis rawat inap yang sudah dikoding 2. Petugas indeksing input data pasien, diagnosa dan kode ICD secara komputerisasi. 3. Petugas indeksing merekap laporan setiap bulan dan tahun untuk keperluan pengambilan data dan pelaporan. | | |
| Unit Terkait / Prosedur Terkait | * Prosedur Koding * Prosedur penyususnan laporan morbiditas | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **SENSUS HARIAN RAWAT INAP** | | |
| **02.15.18** | **REVISI**  **B** | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Pengertian | Sensus harian rawat inap adalah pendataan yang memberikan gambaran tentang jumlah pasien yang dirawat setiap hari dan mutasi pasien mulai jam 00.00 tengah malam sampai jam 24.00 | | |
| Tujuan | Sebagai acuan penerapanan langkah-langkah untuk memperoleh informasi semua pasien yang masuk dan keluar Rumah sakit selama 24 jam | | |
| Kebijakan | Sensus harian pasien rawat inap dilakukan setiap hari pada masing-masing ruang rawat inap yang berisi tentang mutasi keluar masuk pasien selama 24 jam dan mengumpulan sensus harian setiap pukul 08.00 pagi | | |
| Prosedur | 1. Petugas perawatan membuat sensus harian berdasarkan buku pelayanan pasien rawat inap (diisi segera setelah pasien masuk ruang rawat, pindah interen RS dan Keluar RS) 2. Petugas perawatan yang bertugas malam melakukan pencacahan pada keadaaan jam 00.00 dan ditutup pada jam 24.00 tengah malam 3. Petugas perawatan membuat sensus harian sebanyah 2 rangkap (rekam medis dan arsip rawat inap) 4. Kepala ruangan mengecek kebeneran pengisian sensus harian sebelum menandatanganinya. 5. Petugas Perawatan yang jaga malam membawa sensus harian ke ruang rekam medis pada pukul 08.00 pagi. 6. Petugas sensus harian diruang rekam medis mengecek dan merekapitulasi sensus harian yang datang dari perawatan. 7. Petugas sensus harian menyerahkan rekapitulasi bulanan kepada petugas pelaporan. | | |
| Unit Terkait | * Unit perawatan * Unit rekam medis | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **PENGELOLAAN SENSUS HARIAN** | | |
| **02.15.19** | **REVISI**  **B** | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Pengertian | Sensus harian adalah merupakan pencacahan yang memberikan gambaran jumlah pasien yang dirawat setiap hari dan mutasi pasien mulai jam 00.00 tengah malam sampai dengan jam 24.00 | | |
| Tujuan | Untuk memperoleh informasi semua pasien yang masuk dan keluar RS selama 24 jam | | |
| Kebijakan | Informasi statistik rumah sakit dibuat oleh unit kerja rekam medis dan dibagikan kepada unit lain yang terkait yang sesuai dengan kebutuhan rumah sakit | | |
| Prosedur | 1. Perawat ruang perawatan membuat sensus harian berdasarkan buku register pelayanan pasien rawat inap (diisi segera setelah pasien masuk ruang rawat, pindah intern RS dan keluar RS) 2. Perawat ruang perawatan yang bertugas malam pencacahan pada keadaan jam 00.00 dan ditutup pada jam 24.00 tengah malam 3. Perawat membuat sensus harian sebanyak 2 rangkap (rekam medis dan arsip rawat inap) 4. Kepala ruangan mengecek kebenaran pengisian sensus harian sebelum dikirim ke rekam medis yang sudah ditandatangani 5. Perawat ruang rawat membawa sensus harian ke rekam medis dan mengisi pada buku penyetoran sensus harian (sebagai bukti penyetoran) 6. Petugas rekam medis (petugas sensus harian menerima sensus harian dengan mencocokkan pada buku penyetoran sensus harian 7. Petugas rekam medis mengolah sensus harian dengan mencocokkan :  * Pasien masuk * Lama dirawat 🡪 sensus harian sebelumnya * Pasien pindahan/ dipindahkan atau titipan atau dititip 🡪 antar sensus harian * Ikhtisar   + Pasien yang dirawat   + Pasien yang masuk   + Pasien yang keluar (H + M) | | |
| Pinrang%20Asli | **PENGELOLAAN SENSUS HARIAN** | | |
| **02.15.19** | **REVISI**  **B** | **HALAMAN 1/2** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Prosedur | 1. Petugas rekam medis mengambil 1 (satu) rangkap sensus harian dan menyimpan pada map masing-masing ruang perawatan 1 (satu) rangkap 2. Petugas ruang rawat mengambil arsip sensus harian yang sudah dicek sesudah jam 11.00 ke rekam medis. 3. Petugas rekam medis memindahkan sensus harian ke formRp.I | | |
| Unit Terkait | * Prosedur penyimpanan KIUP * Prosedur pengisian sensus harian | | |
| Prosedur  Terkait | * Perawatan * TP2RI | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **PEMBUATAN LAPORAN KEGIATAN RAWAT INAP** | | |
| **02.15.20** | **REVISI**  **B** | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Pengertian | Pembuatan laporan kegiatan rawat inap adalah laporan kegiatan rawat inap yang berisi tentang kegiatan pelayanan rawat inap rumah sakit yang dituangkan dalam pembuatan / pengumpulan /pengolahan sensus harian | | |
| Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk membuat laporan kegiatan rawat inap untuk keperluan manajemen rumah sakit dalam pengambilan keputusan dan menyediakan data-data khusus untuk penelitian dan pelaporan | | |
| Kebijakan | Laporan kegiatan rawat inap dilaksanakan sesuai dengan sistem pelaporan rumah sakit secara akurat dan tepat waktu | | |
| Prosedur | 1. Petugas sensus harian menerima sensus dari setiap ruang perawatan selambat-lambatnya jam 08.00 pagi 2. Petugas sensus harian menerima laporan pasien rawat inap dari tempat penerimaan pasien rawat inap (TPPRI) 3. Petugas sensus harian memncocokan data dalam sensus harian dengan data pasien masuk. 4. Petugas sensus harian membuat rekapitulasi harian berdasarkan data yang ada pada sensus harian 5. Petugas sensus harian menghitung jumlah pasien, jumlah hari rawat, lama rawat, jumlah pasien masuk, pasien pindahan, pasien pindahan dan pasien keluar hidup (pualng sembuh, pulang paksa, rujuk) dan meninggal < 48 jam dan > 48 jam. 6. Petugas sensus harian memindahkan data-data tersebut ke form laporan kegiatan rawat inap. 7. Petugas sensus membuat laporan pelayanan rawat inap setiap bulannya. 8. Petugas sensus harian membuat laporan indikator RS. | | |
| Unit Terkait/ Prosedur Terkait | * Unit pelayanan/ perawatan * Prosedur pengumpulan sensus harian rawat inap | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **PENGOLAHAN RP 1 REKAPITULASI BULANAN PASIEN RAWAT INAP** | | |
| **02.15.21** | **REVISI**  **B** | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Pengertian | Rekapitulasi bulanan pasien rawat inap adalah untuk menghitung dan merekap jumlah pasien rawat inap selama sebulan yang diterima dari masing-masing ruang rawat inap | | |
| Tujuan | Untuk memperoleh informasi semua pasien yang dirawat di RS selama sebulan secara keseluruhan atau masing-masing ruang rawat inap yang diperlukan bagi perencanaan, pelaksanaan dan pengawasan/penilaian | | |
| Kebijakan | Rekapitulasi bulanan pasien rawat inap merupakan formulir standar yang diisi sesuai dengan data terdapat pada rekapitulasi sensus harian menurut jenis pelayanan rawat inap yang ada | | |
| Prosedur | 1. Petugas sensus harian membuat rekapitulasi bulanan pasien rawat inap sesuai dengan rekapitulasi sensus harian 2. Rekapitulasi bulanan pasien rawat inap diisi setiap hari untuk setiap lembar formulir RP 1 3. Pengisian formulir Rp 1 harus sesuai setiap tanggal laporan 4. Formulir Rp 1 dibuat 1 (satu) lembar untuk masing-masing jenis pelayanan rawat inap | | |
| Unit Terkait | * + Perawatan   + Rekam medis | | |
| Prosedur Terkait | * Prosedur pengelolaan sensus harian pasien rawat inap | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **PEMBUATAN REKAM MEDIS RAWAT JALAN** | | |
| **02.15.22** | **REVISI**  **B** | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Pengertian | Tersedianya Rekam medis bagi pasien yang datang ke rumah sakit untuk keperluan berobat atau memeriksakan kesehatan sesuai dengan buku petunjuk rekam medis tahun 1997 | | |
| Tujuna | Memperlancar dan sebagai bahan dokumentasi untuk kunjungan berikutnya | | |
| Kebijakan | Manajemen informasi kesehatan harus mencakup secara luas kegiatan pelayanan kesehatan pasien yang meliputi mulai penerimaan pasien sampai dengan pasien keluar rumah sakit | | |
| Prosedur | Petugas rekam medis menyiapkan Menyiapkan lembaran poliklinik | | |
| Unit Terkait | * TP2RJ * Poliklinik | | |
| Prosedur Terkait | * Prosedur penerimaan pasien Rawat jalan | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **PEMBUATAN REKAM MEDIS RAWAT INAP** | | |
| **02.15.23** | **REVISI**  **B** | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Pengertian | Tersedianya rekam medis bagi pasien yang datang ke rumah sakit untuk dirawat inap | | |
| Tujuna | Memperlancar dan sebagai bahan dokumentasi untuk kunjungan berikutnya | | |
| Kebijakan | Manajemen informasi kesehatan harus mencakup secara luas kegiatan pelayanan kesehatan pasien yang meliputi mulai penerimaan pasien sampai dengan pasien keluar rumah sakit | | |
| Prosedur | * 1. Petugas Rekam medis menyiapkan lembaran :   2. Rinkasan masuk dan keluar serta penyebab kematian   3. Resume medis   4. Anamnese sesuai dengan spesialis / bagian penyakit   5. Perjalanan penyakit / instruksi dokter   6. Catatan perawat/bidan   7. Grafik   8. Catatan hasil pemeriksaan laboratorium   9. Kontrol istimewah   10. Surat persetujuan tindakan medis   11. Ringkasan pengkajian   12. Analisa Data   13. Rencanakeperawatan   14. Resume keperawatan   15. Catatan tindakan keperawatan dan evaluasi   16. Catatan obat   17. Petugas Rekam medis menyusun lembaran rekam medis rawat inap sesuai dengan spesialisnya masing-masing   18. Petugas Rekam medis menyiapkan lembaran rekam medis rawat inap ke dalam tempat yang telah disediakan. | | |
| Unit Terkait | * + TP2RI   + Perawatan | | |
| Prosedur Terkait | * Prosedur penerimaan pasien Rawat Inap | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **IDENTIFIKASI BAYI BARU LAHIR** | | |
| **02.15.24** | **REVISI**  **B** | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Pengertian | Identifikasi bayi baru lahir adalah bayi baru lahir di RSU Lasinrang dengan membuat stempel ibu jari tangan kanan ibu dan ibu jari tangan kiri bayi pada formulir identifikasi bayi dan pemberian gelang nama kepada bayi | | |
| Tujuan | Sebagai acuan langkah-langkah untuk identifikasi bayi baru lahir dengan membuat stempel ibu jari tangan kanan ibu dan ibu jari tangan kiri bayi pada formulir identifikasi bayi dengan disaksikan oleh dokter/bidan dan perawat ruang bayi dan pemberian gelang nama kepada bayi | | |
| Kebijakan | Setiap bayi yang baru lahir di RS harus diberikan identifikasi bayi dengan menggunakn stempel ibu jari tangan kanan ibu dan ibu jari tangan kiri bayi | | |
| Prosedur | 1. Petugas persalinan membersihak (melap) bayi setelah bayi lahir 2. Petugas membuat identifikasi bayi (stempel ibu jari tangan kanan ibu dan ibu jari tangan kiri bayi) pada lembaran identifikasi bayi yang tersedia 3. Petugas (Dokter/Bidan) Mencatat identifikasi bayi pada lembaran identifikasi bayi 4. Petugas memberikan nomor pengenal ditangan dengan identitas :  * Nama ibu bayi * Hamil Keberapa * Apgar Scor * Jenis kelamin * Tanggal lahir * Jam Lahir  1. Petugas (bidan) membawa bayi keruang ibunya setelah selesai ditolong/dibereskan, tetapi bila ada indikasi langsung dibawa ke ruang perawatan anak 2. Petugas (dokter/bidan) yang menolong persalinan dan perawat diruang bayi membubuhi tanda tangan pada lembaran identifikasi bayi   Ibu bayi diharuskan menadatangani form identifikasi bayi oleh perawat sebagai saksi, ibu dan bayi akan pulang / keluar RS | | |
| Pinrang%20Asli | **IDENTIFIKASI BAYI BARU LAHIR** | | |
| **02.15.24** | **REVISI**  **B** | **HALAMAN 1/2** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Unit Terkait / Prosedur Terkait | * Instalasi Rekam Medis * Prosedur pertolongan persalianan | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS (INFORMED CONSENT)** | | |
| **02.15.25** | **REVISI**  **B** | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Pengertian | Persetujuan tindakan medis adalah persetujuan tertulis yang diberikan oleh pasien kecuali kondisi pasien darurat masih dibawah umur, tidak dapat diwakili dan atas dasar informasi dan penjelasan mengenai tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut | | |
| Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk membuat persetujuan tertulis yang diberikan oleh pasien | | |
| Kebijakan | Setiap tindakan medik yang akan dilakukan harus memuat persetujuan (informed Consent) sebagai bukti tertulis dari tindakan yang akan dilakukan | | |
| Prosedur | 1. Petugas (Dokter) memberi penjelasan secara lisan tentang tindakan medis yang akan dilakukan terhadap penderita serta segala resiko yang akan ditimbulkan dari dokter yang akan melakukan tindakan dengan didampingi oleh paramedis sebagai saksi 2. Petugas (Dokter) mempersilahkan pasien untuk mengisi formulir persetujuan tindakan medik, bila pasien dan keluarganya menyetujui persetujuan tindakan medik tersebut 3. Bila pasien atau keluarganya menolak, maka pasien atau keluarganya mengisi formulir penolakan tindakan medik yang akan dilakukan 4. Formulir persetujuan tindakan medis harus diisi lengkap dan ditandatangani oleh:  * Pasien atau keluarganya * Dokter yang melakukan tindakan * Saksi-saksi 2 orang (1 orang perawat dan 1 orang keluarga pasien) | | |
| Unit Terkait | * Prosedur penolakan tindakan pasien * Unit perawatan * Kamar Operasi | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **PENOLAKAN TINDAKAN MEDIS (INFORMED CONSENT)** | | |
| **02.15.26** | **REVISI**  **B** | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Pengertian | Penolakan tindakan medis adalan suatu tindakan atau pasien/keluarganya menolak (tidak setuju) untuk dilakukan tindakan medis, setelah mendengar informasi dan penjelasaan tentang tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut | | |
| Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk membuat/menadatangani pernyataan penolakan secara tertulis yang diberikan oleh pasien/keluarganya | | |
| Kebijakan | Setiap tindakan medik yang dilakukan oleh pasien setelah diberikan informasi/penjelasan harus membuat penolakan tindakan medik sebagai bukti tertulis dari pasien bahwa pasien atau keluarganya menolak untuk ditindaki | | |
| Prosedur | 1. Petugas (Dokter) memberi penjelasan secara lisan tentang tindakan medik yang akan dilakukan terhadap penderita serta resiko yang akan timbul sesudah tindakan. Penjelasan ini dari dokter yang akan melakukan tindakan dengan didampingi oleh paramedis sebagai saksi 2. Petugas (Dokter) mempersilahkan pasien atau keluargnya untuk mengisi/mendatangani formulir penolakan tindakan medis, bila pasien atau keluarganya menolak untuk ditindaki 3. Formulir penolakan tindakan medisharus diisi lengkpa dan ditandatangani oleh :  * Pasien atau keluarganya * Dokter yang melakukan tindakan * Saksi-saksi 2 orang (1 orang perwat dan 1 orang kelurga pasien) | | |
| Unit Terkait | * Prosedur persetujuan tindakan medik * Unit perawatan * Kamar operasi | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **PENYIMPANAN BERKAS REKAM MEDIS IN AKTIF** | | |
| **02.15.27** | **REVISI**  **B** | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Pengertian | Penyimpanan berkas rekam medis in aktif adalah berkas rekam medis yang telah diretensi disimpan dalam rak penyimpanan dalam rak penyimpanan in aktif | | |
| Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah penyimpanan dokumen medis in aktif | | |
| Kebijakan | Ada ruangan penyimpanan dokumen in aktif yang terjamin keamanannya dan kerahasiaanya | | |
| Prosedur | 1. Petugas penyimpanan memilih berkas rekam medis yg tanggal terakhir nya berobat minimal 5 tahun 2. Petugas penyimpanan mencatat dibuku penyimpanan berkas rekam medis 3. Petugas penyimpanan menyusun berkas rekam medis berdasarkan nomor langsung 4. Petugas penyimpanan, menyusun berkas rekam medis dalam rak penyimpanan | | |
| Unit Terkait/ Prosedur Terkait | * Rawat Inap * Rawat Jalan * Prosedur pengambilan rekam medis rawat jalan * Prosedur pengambilan rekam medis rawat inap | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **PENYIMPANAN BERKAS REKAM MEDIS AKTIF** | | |
| **02.15.28** | **REVISI**  **B** | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Pengertian | Penyimpanan berkas rekam medis aktif adalah berkas rekam medis yang telah diolah disimpan dalam rak penyimpanan dengan menggunakan sistem angka langsung | | |
| Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah penyimpanan dokumen medis aktif | | |
| Kebijakan | Ada ruangan penyimpanan dokumen aktif yang terjamin keamanannya dan kerahasiaanya | | |
| Prosedur | 1. Petugas penyimpanan menerima rekam medis yang sudah diolah untuk disimpan dirak penyimpanan 2. Petugas penyimpanan mencatat dibuku penyimpanan berkas rekam medis 3. Petugas penyimpanan menyusun berkas rekam medis berdasarkan nomor langsung 4. Petugas penyimpanan, menyusun berkas rekam medis dalam rak penyimpanan | | |
| Unit Terkait/ Prosedur Terkait | * Rawat Inap * Rawat Jalan * Prosedur pengambilan rekam medis rawat jalan * Prosedur pengambilan rekam medis rawat inap | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **PENGAMBILAN KEMBALI/PEMINJAMAN BERKAS REKAM MEDIS** | | |
| **02.15.29** | **REVISI**  **B** | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Pengertian | Pengambilan kembali/peminjaman berkas RM adalah pengambilan kembali/peminjaman berkas rekam medis dari rak penyimpanan bila diperlukan baik dari pihak interen RS maupun dari pihak luar RS | | |
| Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah pengambilan kembali/peminjaman rekam medis dari rak penyimpanan | | |
| Kebijakan | 1. Tidak satupun RM boleh keluar dari ruangan RM tampa tanda keluar/permintaan 2. Yang meminjam berkas Rekam medis berkewajiban untuk mengembalikan dalam keadaan baik dan tepat waktu 3. Rekam medis tidak dibenarkan keluar dari ruangan RM/RS kecuali atas perintah pengadilan atau kebutuhan pelayanan pasien | | |
| Prosedur | * 1. Petugas pengambilan kembali/peminjaman berkas rekam medis menerima surat pengantar/surat peminjaman /bon peminjaman   2. Petugas pengambilan kembali/peminjaman berkas rekam medis mencatat dalam buku peminjaman RM tentang nama pasien, no. RM, nama orang yang meminjam, unit instansi, tanggal keluar pasien, tanggal peminjaman dan tanggal peminjaman   3. Petugas pengambilan kembali/peminjaman berkas rekam medis mengisi petunjuk keluar (Tracer). Tracer tersebut diletakkan pada rak dimana RM tersebut disimpan sebagai tanda keluar Rekam medis   4. Petugas pengambilan kembali/peminjaman berkas rekam medis menerima kembali berkas rekam medis dan mengisi buku penyimpanan pada tanggal pengembalian, setelah RM disimpan tracer dicabut | | |
| Unit Terkait | * Semua Unit dalam Rumah Sakit * Instansi diluar Rumah Sakit | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **PEMUSNAHAN ARSIP REKAM MEDIS** | | |
| **02.15.30** | **REVISI**  **B** | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Pengertian | Pemusnahan arsip rekam medis adalah suatu proses kegiatan penghancuran secara fisik arsip rrekam medis yang telah berakhir fungsi dan nilai gunanya | | |
| Tujuan | Sebagai acuan penerapan langlah-langkah untuk melakukan suatu proses kegiatan pengahncuran arsip rekam medis sehingga dapat mengurangi arsip dirak penyimpanan rekam medis yang semakin bertambah dan menyiapkan fasilitas yang cukup untuk tempat penyimpanan rekam medis yang baru | | |
| Kebijakan | Rekam medis in aktif dimusnahkan sesuai dengan aturan permenkes yang dilakukan penghancuran secara total dengan cara membakar habis/mencacah sehingga tidak dapat lagi dikenal isi maupun bentuknya. | | |
| Prosedur | 1. Petugas rekam medis memisahkan arsip rekam medis yang memenuhi syarat untuk dimusnahkan 2. Petugas Rekam medis mengambil lembaran resume, lembaran masuk/keluar dan meyimpan dalam order sesuai urutan tahun 3. Petugas rekam medis (Penyimpanan) membuat daftar retensi rekam medis, nama pasien, diagnose dan tahun kunjungan terakhir, kemudian daftar tersebut ditandatangani oleh petugas penyimpanan 4. Kepala rekam medis membuat surat pengajuan pemusnahan berkas rekam medis dan mengajukan ke direktur 5. Direktur membuat SK persetujuan pemusnahan dan membentuk tim pemusnahan yang beranggotakan Devisi administrasi, Unit Rekam medis, Unit pelayanan, komite medis dan Panitia rekam medis 6. Tim pemusnahan rekam medis melaksanakan pemusnahan dapat juga dilaksanakan oleh pihak ketiga dan disaksikan oleh Tim pemusnah rekam Medis) 7. Tim pemusnah rekam medis membuat berita acara pemusnahan rekam medis 8. Rumah Sakit mengirimkan berita acara ke Dirjen pelayanan medik Depkes RI | | |
| Pinrang%20Asli | **PEMUSNAHAN ARSIP REKAM MEDIS** | | |
| **02.15.30** | **REVISI**  **B** | **HALAMAN 1/2** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Unit Terkait | * + Tim Pemusnah   + Komite Rekam Medis   + Unit-unit pelayanan terkait   + Devisi administrasi   + Berita acara | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **PENYUSUTAN BERKAS REKAM MEDIS** | | |
| **02.15.31** | **REVISI**  **B** | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Pengertian | Penyusutan berkas rekam medis adalah pengurangan arsip dari rak penyimpanan dengan memindahkan arsip rekam medis dari rak aktif ke rak in aktif dengan cara memilah pada rak penyimpanan sesuai dengan tanggal terakhir pasien tersebut dilayanai atau lima tahun setelah pasien meninggal dunia | | |
| Tujuan | Sebagai acuan penerpan langkah-langkah untuk pengurangan arsip rekam medis dari rak penyimpanan | | |
| Kebijakan | Retensi/penyusutan dilakukan berdasarkan sarana dan prasarana yang memadai maupun nilai guna dari berkas rekam medis sudah tidak relevan | | |
| Prosedur | 1. Petugas Rekam medis melakukan survei terhadap file-file rekam medis yang yang telah memiliki usia minimal lima tahun 2. Petugas rekam medis memindahkan rekam medis in aktif tersebut ke rak penyimpanan in aktif 3. Petugas rekam medis (penyimpanan) menyusun kembali rekam medis in aktif ke dalam rak penyimpanandengan menggunakan sistem nomor langsung | | |
| Unit Terkait | * + Prosedur pemusnahan berkas Rekam medis | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **ORIENTASI PEGAWAI BARU** | | |
| **02.15.32** | **REVISI**  **B** | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Pengertian | Orientasi pegawai baru adalah memberikan kesempatan kepada pegawai baru untuk mengenal rekam medis di RS dengan materi sebgawai berikut : Struktur Organisasi, Kebijakan dan prosedur kerja di Unit rekam medis serta batasan – batasan yang boleh dikerjakan dan dilarang untuk dikerjakan | | |
| Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk mengenai lingkungan RS dan Unit rekam medis | | |
| Kebijakan | 1. Pelaksanaan Orientasi pegawai dilakukan untuk mengenal lingkungan kerja RS 2. Pegawai baru mengetahui secara garis besar jajaran yang terkait struktur oragnisasi Rekam medis dan RS 3. Mengetahui tata tertib Rekam medis dan RS 4. Mengetahui kebijakan dan prosedur kerja di unit rekam medis 5. Mengetahui prosedur kerja pelayanan rekam medis | | |
| Prosedur | Ka. Unit rekam medis memberikan secara garis besar struktur organisasi, kebijakan dan prosedur kerja di unit rekam medis serta batasan-batasan yang boleh dikerjakan dan yang dilarang untuk dikerjakn pada saat pertama kali datang di unit rekam medis | | |
| Unit Terkait | * Instalasi rekam medis | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **PROGRAM BIMBINGAN LAPANGAN MAHASISWA PEREKAM MEDIS** | | |
| **02.15.33** | **REVISI**  **B** | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Pengertian | Program bimbingan lapangan mahasiswa perekam medis adalah program bimbingan yang disusun unit rekam medis sebagai upaya membantu institusi pendidikan dalam meningkatkan keterampilan mahasiswa perekam medis | | |
| Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk membantu institusi penndidikan dalam meningkatkan kemampuan mahasiswa dalam melaksanakan praktek klinik rekam medis secara profesional | | |
| Kebijakan | Program bimbingan mahasiswa dilaksanakan untuk meningkatkan kemampuan dalam melaksanakan praktek secara prosefesional, anatara lain :   * Melakukan pengakajian langsung ke lapangan * Memberikan sumbang saran dalam melaksanakan penyelenggaraan rekam medis * Mengevaluasi keadaan dan kondisi rekam medis * Adanya umpan balik mengenai kemampuan mahasiswa ke institusi pendidikan | | |
| Prosedur | 1. Ka unit rekam medis dan pembimbilapangan menerima mahasiswa yang akan melaksankan praktek yang diantar oleh unit diklat sesuai jadwal waktu yang telah ditentukan 2. Ka. Unit rekam medis memberikan penjelasan secara umum yang berkiatan dengan rekam medis 3. Petugas pembimbing lapangan memberikan penjelasan dan bimbingan sesuai dengan materi yang diminta oleh institusi pendidikan 4. Ka. Unit atau pembimbing lapangan setiap 2 atau 3 hari mengevaluasi mahasiswa dengan materi-mater/kegiatan yang sudah dilaksanakan   Pada akhir praktek klinik rekam medis diadakan evaluasi dan respons tang dilakukan oleh ka. Unit rekam medis atau pembimbing lapangan | | |
| Unit Terkait | * Institusi pendidikan * Unit diklat * Unit rekam medis | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **PENYUSUNAN LAPORAN MORBIDITAS RAWAT JALAN** | | | | | | | | |
| **02.15.34** | | | | | **REVISI**  **B** | | | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | | | | | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | | | |
| Pengertian | Penyusunan Laporan morbiditas rawat jalan adalah laporan morbiditas rawat jalan, berisi jenis penyakit, kode ICD, Kasus baru berdasarkan kelompok umur dan jenis kelamin serta jumlah kunjungan. | | | | | | | | |
| Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk membuat laporan morbiditas rawat jalan untuk keperluan manajemen Rumah Sakit dalam pengembilan keputusan Departemen kesehatan, Dinas Kesehatan dan penyediaan data-data khusus untuk penelitian dan Pendidikan | | | | | | | | |
| Kebijakan | Laporan morbiditas rawat jalan dilaksanakan berdasarkan dengan sistem pelaporan dara rumah sakit secara akurat dan tepat waktu | | | | | | | | |
| Prosedur | 1. Petugas Rekam Medis menerima Berkas Rekam Medis pasien rawat jalan setiap hari setelah berakhir jam kerja 2. Petugas Rekam Medis Memberi Kode ICD 10 untuk setiap diagnosa dalam berkas rekam medis pasien rawat jalan. 3. Petugas Rekam Medis memasukkan dalam komputer setiap kode ICD berdasarkan kelompok umur dan jenis kelamin, kunjungan baru dan kunjungan lama 4. Petugas pelaporan menghitung jumlah pasien untuk setiap kode ICD berdasarkan kelompok umur dan jenis kelamin dan memasukkannya kedalam RL 4b (morbiditas rawat jalan) 5. Petugas pelaporan membuat RL 4b keadaan morbiditas Pasien rawat jalan dan surveilans terpadu Rumah sakit. 6. Petugas pelaporan membuat laporan 10 besar penyakit RL 5.4 setiap bulannya. 7. Petugas pelaporan mengirim laporan morbiditas rawat jalan RL 4b dan RL 5.4 secara online di SIRS Online ke Kemenkes (buk.depkes.go.id). 8. Petugas pelaporan menyediakan data-data lainnya berhubungan dengan morbiditas rawat jalan | | | | | | | | |
| Unit Terkait | * Prosedur Coding * Prosedur Analisa * Prosedur Indexing | | | | | | | | |
| Pinrang%20Asli | | **PENYUSUNAN LAPORAN MORBIDITAS RAWAT INAP** | | | | | | | |
| **02.15.35** | | | **REVISI**  **B** | | | **HALAMAN 1/1** | |
| **PROSEDUR TETAP** | | **TANGGAL TERBIT** | | | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | | | | |
| Pengertian | | Penyusunan lapoaran morbiditas rawat inap adalah suatu kegiatan penyusunan laporan penyakit rawat inap yang berisi jenis penyakit berdasarkan ICD 10 menuurt jenis kelamin dan golongan umur pada padien yang keluar hidup dan mati berdasarkan klasifikasi penyakit yang berlaku | | | | | | | |
| Tujuan | | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk menyediakan laporan morbiditas rawat inap demi kepeluan manajemen rumah sakit dalam pengambilan keputusan Departemen kesehatan, Dinas kesehatan dan menyediakan data-data khusus untuk penelitian dan pendidikan | | | | | | | |
| Kebijakan | | Kegiatan pelaporan morbiditas rawat inap dilaksnakan berdasarkan dengan sistem pengolahan data rumah sakit secara akurat dan tepat waktu | | | | | | | |
| Prosedur | | 1. Petugas Rekam Medis menerima Berkas Rekam Medis pasien rawat inap yang sudah pulang. 2. Petugas Rekam Medis Memberi Kode ICD 10 untuk setiap diagnosa dalam berkas rekam medis pasien rawat inap. 3. Petugas Rekam Medis input data dalam komputer berdasarkan kelompok umur nama, no rekam medis, umur, jenis kelamin, diagnosa dan kode ICD 10, pasien hidup dan mati, dll. 4. Petugas pelaporan memasukkkan data yang telah di rekap ke dalam templet yang telah ada. 5. Petugas pelaoporan membuat laporan RL 4A setiap tahunnya. | | | | | | | |
| Prosedur | | 1. Petugas pelaporan membuat 10 penyakit terbanyak pasien rawat inap RL 5.3 setiap bulannya. 2. Petugas Rekam Medis mengirim laporan morbiditas rawat inap RL 4A dan RL 5.3 secara online di SIRS Online ke Kemenkes (buk.depkes.go.id). 3. Petugas pelaporan menyediakan data-data lainnya berhubungan dengan morbiditas rawat inap. | | | | | | | |
| Unit Terkait | | * Prosedur pembuatan Koding * Unit rawat Inap * Prosedur Indexing | | | | | | | |
| Pinrang%20Asli | | | **PENCATATAN DATA PELAYANAN** | | | | | | |
| **02.15.36** | **REVISI**  **B** | | | **HALAMAN 1/1** | | |
| **PROSEDUR TETAP** | | | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | | | | | |
| Pengertian | | | Pencatatan data pelayanan adalah pencatatan yang dilakukan masing-masing unit pelayanan berdasarkan asuhan yang diberikan kepada pasien | | | | | | |
| Tujuan | | | Sebagai acuan langkah-langkah untuk pencatatan data-data di unit pelayanan | | | | | | |
| Kebijakan | | | Setiap tindakan yang diberikan kepada pasien harus dicatat secara lengkap dan benar dalam kurun waktu 24 jam | | | | | | |
| Prosedur | | | 1. Pemberian pelayanan mencatat semua tindakan yang diberikan pada pasien dalam lembaran-lembaran Rekam Medis sesuai dengan wewenang dan tanggung jawab masing-masing 2. Pemberi pelayanan mengecek kembali lembaran yang belum diisi 3. Sebelum pasien pulang pemberi pelyanan melengkapi lembaran-lembaran rekam medis. | | | | | | |
| Unit Terkait | | | * + Poliklinik   + Ruang perawatan   + Penunjang Medis | | | | | | |
| Prosedur Terkait | | | - Prosedur pengisian rekam medis rawat jalan  - Prosedur pengisian rekam medis rawat inap | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **PEMBUATAN ANALISIS HASIL LAPORAN** | | |
| **02.15.37** | **REVISI**  **B** | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Pengertian | Analisa hasil laporan adalah mengidentifikasi ada tidaknya sesuatu yang tidak tepat atau ada yang hilang dari hasil laporan. | | |
| Tujuan | Untuk menilai efisiensi dan efektifitas utilisasi fasilitas pelayanan yang dapat dipakai untuk perencanaan manajemen. | | |
| Kebijakan | Informasi statistik rumah sakit dibuat oleh unit kerja rekam medis dan dibagikan kepada unit lain yang terkait yang sesuai dengan kebutuhan rumah sakit | | |
| Prosedur | * 1. Petugas Rekam medis menerima hasil laporan dari pembuat laporan (Poliklinik, Penunjang Medis dan Perawatan ).   2. Petugas rekam medis meneliti hasil laporan yang saling berkaitan   3. Petugas rekam medis menjumlahkan hasil laporan yang sejenis   4. Petugas rekam medis menghitung berdasarkan indikator pelayanan yang dibutuhkan   5. Petugas rekam medis menyajikan hasil analisis   6. Petugas Rekam medis membuat suatu grafik atau tabel (sttistik ) rumah sakit. | | |
| Unit Terkait | * Unit- unit pelayanan di Rumah Sakit * Sub Seksi perencanaan | | |
| Prosedur Terkait | - Prosedur pembuatan laporan | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **PENGELOLAAN DATA-DATA MENJADI INFORMASI** | | |
| **02.15.38** | **REVISI**  **B** | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Pengertian | Mengelola data-data menjadi informasi medis serta data rumah sakit menjadi informasi rumah sakit | | |
| Tujuan | Menyiapkan informasi untuk keperluan manajemen rumah sakit dalam pengambilan rumah sakit | | |
| Kebijakan | Informasi statistik rumah sakit harus dibuat oleh unit rekam medis/ MIK dan dibagikan kepada unit lain yang terkait yang disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit | | |
| Prosedur | 1. Petugas rekam medis menerima laporan dari setiap unit pelayanan selambat-lambatnya tanggal 5 bulan berikutnya 2. Petugas rekam medis mengecek masing-masing laporan yang diterima dari setiap unit pelayanan dalam ketepatan dan kebenaran pengisian 3. Petugas rekam medis membuat suatu informasi masing-masing unit pelayanan dalam bentuk laporan intern dan laporan SIRS Online. 4. Petugas rekam medis menyerahkan laporan tersebut kepada pihak-pihak terkait dalam rumah sakit dan luar rumah sakit. | | |
| Unit Terkait | * Perawatan * Rekam Medis * Poliklinik | | |
| Prosedur Terkait | * Prosedur pengisian sensus harian pasien rawat inap | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **PENGIRIMAN LAPORAN SIRS ONLINE** | | |
| **02.15.39** | **REVISI**  **A** | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Pengertian | Pengiriman laporan adalah suatu proses kegiatan penyampaian laporan kepada instansi terkait | | |
| Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pengiriman laporan | | |
| Kebijakan | Pengiriman laporan dilaksanakan sesuai dengan jadwal pengiriman laporan | | |
| Prosedur | 1. Petugas rekam medis menyiapkan template SIRS yang sudah di isi laporan. 2. Petugas rekam medis buka aplikasi SIRS Online pada Website BUK di [http://buk.depkes.go.id](http://buk.depkes.go.id/) 🡪 banner SIRS Online/ SIRS Rev. 6 3. Petugas rekam medis . Login menggunakan username dan password yang telah diberikan oleh administrator web. 4. Petugas rekam medis pilih menu RL yang akan diimport, kemudian Klik Tombol Import untuk melakukan Import data. 5. Petugas rekam medis pilih/ seleksi file yang akan diimport dengan meng-klik tombol Telusuri. 6. Petugas rekam medis Klik tombol import untuk mengimport data excell ke dalam aplikasi SIRS Online. | | |
| Unit Terkait | * + Rekam medis | | |
| Prosedur terkait | * Prosedur penyusunan laporan morbiditas rawat inap * Prosedur penyusunan laporan morbiditas rawat jalan * Prosedur pembuatan analisis hasil laporan | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pinrang%20Asli | **MENGOLAH DATA CASEMIX** | | |
| **02.15.40** | **REVISI**  **A** | **HALAMAN 1/1** |
| **PROSEDUR TETAP** | **TANGGAL TERBIT** | **DITETAPKAN**  **DIREKTUR RSUL**  **(Drg. Hj. SITI HASNAH SYAM, MARS)**  **NIP. 19590722 198912 2 001** | |
| Pengertian | Mengolah Data Casemix adalah suatu proses melakukan input data pasien berupa data sosial dan data klinis yang digunakan untuk melakukan grouping tarif. | | |
| Tujuan | Untuk mengetahui besaran biaya yang digunakan pasien berdasarkan penyakit dan tindakan yang diberikan. | | |
| Kebijakan | Pengolahan data Casemix di lakukan hanya terkhusus untuk pasien BPJS (PNS, PBI, TNI, POLRI Dan Mandiri). | | |
| Prosedur | * 1. Rekam medis pasien pulang yang sudah di verifikasi oleh bagian verifikasi BPJS di berikan kode diagnosa dan kode tindakan dengan menggunakan kode ICD 10 dan ICD 9 CM.   2. Memasukkan data pasien ke dalam software casemix berupa data sosial pasien, kode diagnosa dan kode tindakan medis pasien rawat jalan dan pasien rawat inap.   3. Melakukan proses grouping untuk menentukan tarif INA CBGs.   4. Melakukan print data individul pasien.   5. Melakukan dan menyerahkan berkas klaim dan laporan hasil grouping dalam bentuk TXT ke bagian BPJS.   6. Menerima kembali klaim BPJS yang sudah dilakukan koreksi oleh bagian BPJS.   7. Melakukan perbaikan dari hasil koreksi.   8. Input ulang hasil koreksi ke dalam sofware casemix, dan lakukan dan serahkan kembali laporan dalam bentuk TXT ke bagian BPJS.   9. Klaim di kirim ke kantor cabang BPJS. | | |
| Unit Terkait | * Ruang perawatan * Unit Pelayanan * BPJS | | |

**PROSEDUR KERJA TETAP**

**UNIT REKAM MEDIS**

****

**REVISI**

**RUMAH SAKIT UMUM LASINRANG**

**KAB. PINRANG**

**TAHUN 2014**

**DAFTAR ISI** halaman

SPO Penerimaan Pasien Rawat Jalan 1

SPO Penerimaan Pasien Rawat Inap 2

SPO Penerimaan Pasien Gawat Darurat 5

SPO Sistem Penomoran 6

SPO Sistem Penamaan 7

SPO Pencatatan Data Sosial Pasien 8

SPO Pengisian Rekam Medis Rawat Jalan 9

SPO Pengisian Rekam Medis IGD 10

SPO Pengisian Rekam Medis Rawat Inap 11

SPO Pembuatan KIUP 13

SPO Penerimaan Rekam Medis Pasien Pulang 14

SPO Pengembalian Rekam Medis Yang Tidak Lengkap 15

SPO Analisa Berkas Rekam Medis 17

SPO Monitoring Rekam Medis 18

SPO Assembling 19

SPO Pengkodean Rekam Medis 20

SPO Indeksing 21

SPO Sensus Harian Rawat Inap 22

SPO Pengelolaan Sensus Harian 24

SPO Pembuatan Kegiatan Rawata Inap 26

SPO Pengolahan Rekapitulasi Bulanan Pasien Rawat Inap (RP 1) 28

SPO Pembuatan Rekam Medis Rawat Jalan 29

SPO Pembuatan Rekam Medis Rawat Inap 30

SPO Identifikasi Bayi Baru Lahir 32

SPO Persetujuan Tindakan Medis 34

SPO Penolakan Tindakan Medis 36

SPO Penyimpanan Rekam Medis In Aktif 37

SPO Penyimpanan Rekam Medis Aktif 38

SPO Pengambilan Kembali/Peminjaman Rekam Medis 39

SPO Pemusnahan Rekam Medis 41

SPO Penyusutan Rekam Medis 43

SPO Orientasi Pegawai Baru 44

SPO Program Bimbingan Lapangan Mahasiswa Perekam Medis 45

SPO Penyusunan Laporan Morbiditas Rawat Jalan 47

SPO Penyusunan Laporan Morbiditas Rawat Inap 49

SPO Pencatatan Data Pelayanan 51

SPO Pembuatan Analisa Hasil Laporan 52

SPO Pengolahan Data Menjadi Informasi 53

SPO Pengiriman Laporan SIRS Online 54

SPO Mengolah Data Casemix 55