**BAB I**

**PENDAHULUAN**

1. **LATAR BELAKANG**

Untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit wajib mempunyai data statistik yang up to date.

Agar pelayanan di Rumah Sakit Bumi Waras Bandar Lampung dapat terlaksana dengan baik, perlu adanya Peraturan Direktur tentang Panduan Pengisian Berkas Rekam Medis sebagai kewajiban bagi petugas untuk mengisi berkas rekam medis di seluruh pelayanan di RS Bumi Waras Bandar lampung.

Kebijakan diatas perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit Bumi Waras Bandar Lampung.

Mengingat berdasarkan undang-undang yang dibuat oleh pemerintah tentang kesehatan dan tenaga kesehatan indonesia :

a. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004, tentang Praktik Kedokteran

b. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004, tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah beberapakali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844)

c. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009, tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063)

d. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009, tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072)

e. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234)

f. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis

g. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/Menkes/Per/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik.

1. **TUJUAN PANDUAN PENGISIAN BERKAS REKAM MEDIS (BRM)**
2. Tujuan Umum

Panduan Pengisian Berkas Rekam Medis bertujuan tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di sarana pelayanan kesehatan.

1. Tujuan Khusus
2. Aspek Administrasion : Suatu berkas rekam medis yang berisi tentang tindakan  berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan  para medis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.
3. Aspek Legal : Suatu berkas rekam medis yang berisi tentang adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan pelayanan kesehatan, sebagai usaha menegakkan hukum serta penyediaan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.
4. Aspek Financial : Suatu berkas rekam medis yang dapat dijadikan sebagai bahan informasi untuk menetapkan biaya pembayaran jasa pelayanan kesehatan.Tanpa adanya bukti catatan tindakan atau pelayanan maka  pembayaran tidak dapat dipertanggung jawabkan.
5. Aspek Research : Suatu berkas rekam medis yang mempunyai nilai penelitian karena isinya menyangkut data atau infomasi yang dapat digunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.
6. Aspek Education : Suatu berkas rekam medis yang berisi data-data yang dapat digunakan untuk mengetahui kronologis suatu tindakan pelayanan medik yang diberikan kepada pasien dan mengetahui sistem  pengelolaan rekam medis.
7. Aspek Documentation : Suatu berkas rekam medis yang digunakan sebagai sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung  jawaban dan laporan sarana kesehatan.
8. **KEWAJIBAN PETUGAS UNTUK MENGISI BERKAS REKAM MEDIS SECARA JELAS, BENAR, LENGKAP dan TEPAT WAKTU**

* Jelas adalah : dapat dibaca oleh setiap orang yang berkepentingan
* Benar : adalah sesuai dengan bukti diri pasien
* Lengkap : adalah berkas rekam medis yang diisi secara lengkap sesuai dengan pedoman
* Tepat waktu : adalah penyelesaian atau pengisian rekam medis sesuai dengan batas waktu yang telah ditetapkan dalam pedoman (1x24 jam berkas kembali ke Unit rekam medis, ± 3 hari selesai dilengkapi di ruang perawatan dan kembali ke Instalasi rekam medis, ± 7 hari semua laporan PA selesai untuk disimpan.)
* Apabila ada kesalahan menulis pembenarannya adalah dicoret satu kali lalu diparaf/nama, tidak boleh memakai tipe-x atau penghapus.

1. **KOMPONEN KELENGKAPAN BERKAS REKAM MEDIS :**

I. Berkas Rekam Medis Rawat Jalan

1. Identitas Pesien
2. Tanggal dan waktu
3. Anamnesis
4. Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang
5. Diagnosis
6. Rencana penata laksanaan
7. Pengobatan / tindakan
8. Pelayanan lain yang telah diberikan
9. Pasien gigi dilengkapi dengan Odontogram Klinik
10. Persetujuan tindakan bila diperlukan
11. Summary list (ringkasan setiap kedatangan pasien ke Rawat jalan)

II. Berkas Rekam Medis Rawat Inap

1. Identitas Pesien
2. Tanggal dan waktu
3. Anamnesis
4. Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang
5. Diagnosis
6. Rencana penata laksanaan (care plan komprehensif)
7. Pengobatan / tindakan
8. Persetujuan tindakan bila diperlukan
9. Catatan perkembangan pasien terintegrasi (CCPT)
10. Ringkasan perawatan pasien (resume medis)
11. Ringkasan Pulang (discharge planning)
12. Nama dan tanda tangan dokter
13. Pelayanan lain yang telah diberikan
14. Berkas Rekam Medis Instalasi Gawat Darurat(IGD)
15. Identitas Pesien
16. Kondisi Pasien saat sampai di sarana pelayanan kesehatan (Saryankes)
17. Identitas pengantar pasien
18. Tanggal dan waktu
19. Anamnesis
20. Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang
21. Diagnosis
22. Pengobatan / tindakan serta rencana pelayanan selanjutnya.
23. Ringkasan kondisi saat pasien saat meninggalkan IGD dan rencana selanjutnyna
24. Nama dan tanda tangan dokter
25. Sarana transpotasi utk IGD yang akan pindah perawatan
26. Pelayanan lain yang telah diberikan
27. Informasi yang digunakan untuk menganalisa angka kelengkapan pengisian catatan medis (KLPCM)
28. Diagnosa Utama
29. Resume medis
30. Catatan obat atau duplikat resep dan hasil pemeriksaan penunjang
31. Laporan tindakan / operasi
32. Asuhan Medis dan Menurut UU no 29/2004 pasal 46 dan pasal 47 ditambah lagi 3 informasi yang harus didokumentasikan, yaitu rencana pelayanan lengkap, penjelasan hasil pengobatan dan edukasi pasien
33. Nama dokter yang melayani
34. Waktu pelayanan / tindakan (tanggal dan jam)
35. Tanda tangan/paraf dan nama pemberi pelayanan ke pasien.
36. **FORMULIR REKAM MEDIS RAWAT JALAN YANG WAJIB DIISI TERDIRI DARI**

Assesmen Awal Pasien RM.RJ.1.1

Data Medis Awal RM.RJ.1.2

Formulir Pengkajian Pasien Rawat Jalan RM.RJ.2

Pengkajian Medis Awal Poli RM.RJ.3

Pengkajian Medis Awal IGD RM.IGD.1

Pengkajian Perawat Instalasi Gawat Darurat RM.IGD.2

Instalasi Gawat Darurat RM.IGD.3

Hasil Pemeriksaan Penunjang (Jik Perlu)

1. **FORMULIR RAWAT INAP PASIEN UMUM/ BEDAH/ KEBIDANAN/ ANAK/ BAYI YANG WAJIB DIISI TERDIRI DARI**

Identitas Pasien RM.RI.1

Pengkajian Medis Lanjutan RM.RI.2.1

Pengkajian Medis Lanjutan Bayi RM.RI.2.2

Assesmen Pra Anestesi dan Sedasi RM.RI.2.3.1

Persetujuan Tindakan Pembiusan RM.RI.2.3.2

Assesmen Pra Bedah RM.RI.2.4.1

Site Marking(Penandaan Operasi) RM.RI.2.4.2

Laporan Tindakan Pembedahan RM.RI.2.4.3

Laporan Tindakan Pembedahan Dengan Anestesi Lokal RM.RI.2.4.4

Rencana Asuhan Medis Pasca Pembedahan RM.RI.2.4.5

Catatan Perkembagan Pasien Terintegrasi RM.RI.3.1

Formulir Verifikasi Perintah Lisan Melalui Telepon/Pelaporan

Hasil Pemeriksaan Kritis RS Bumi Waras Bandar Lampung RM.RI.3.2

Grafik RM.RI.4

Tabel Pemberian Obat Satu kali RM.RI.5.1

Kartu Permintaan Obat Rawat Inap RM.RI.5.2

Daftar Pemberian Obat RM.RI.5.3

Catatan Infus RM.RI.5.4

Instruksi Obat Via Telepon RM.RI.5.5

Pengkajian Keperawatan Umum RM.RI.6.1.1

Pengkajian Keperawatan Anak RM.RI.6.2.1

Pengkajian Bayi Baru Lahir RM.RI.6.3

Pengkajian Kebidanan RM.RI.6.4.1

Pengkajian Stroke RM.RI.6.5.1(Jika Perlu)

Catatan Keperawatan Pra Operasi RM.RI.6.6.1

Catatan Pre Oprasi RM.RI.6.6.2

Daftar Tilik Keselamatan Perioperatif di OK RM.RI.6.6.3

Catatan Kamar Pemulihan (Recovery Room) RM.RI.6.6.4

Rencana Asuhan keperawatan Umum RM.RI.6.7.1.1

Rencana Asuhan Keperawatan Sistem Cardiovaskuler RM.RI.6.7.2.1

Rencana Asuhan Keperawatan Sistem Pernafasan RM.RI.6.7.3.1

Rencana Asuhan Keperawatan Sistem Gastrointestinal RM.RI.6.7.4

Rencana Asuhan Keperawatan Sistem Penglihatan RM.RI.6.7.5

Rencana Asuhan Keperawatan Sistem Integumen RM.RI.6.7.6

Rencana Asuhan Keperawatan Sistem Persyarafan RM.RI.6.7.7.1

Rencana Asuhan Keperawatan Sistem Muskuloskeletal RM.RI.6.7.8.1

Rencana Asuhan Keperawatan Sistem Endokrin RM.RI.6.7.9.1

Rencana Asuhan Keperawatan Sistem Urologi RM.RI.6.7.10

Rencana Asuhan Keperawatan Maternitas RM.RI.6.7.11.1

Rencana Asuhan Keperawatan Jiwa RM.RI.6.7.12

Rencana Asuhan Keperawatan Pendidikan Kesehatan RM.RI.6.7.13

Rencana Asuhan Keperawatan RM.RI.6.7.14

Assesmen Ulang Penilaian Resiko Jatuh Anak RM.RI.6.8.1

Assesmen Ulang Penilaian Resiko Jatuh Lansia RM.RI.6.8.2

Assesmen Ulang Penilaian Resiko Jatuh Dewasa RM.RI.6.8.3

Assesmen Kebutuhan Informasi dan

Edukasi Kesehatan Pasien dan Keluarga RM.RI.6.8.4

Assemen Pasien Terminal RM.RI.6.8.5

Daftar Controle Istimewa RM.RI.6.9.1

Form Pemantauan Pemberian Kalium Chlorida 7,46% RM.RI.6.9.2

Form Pemantauan Pemberian Natrium Klorida (NaCl) 3% RM.RI.6.9.3

Form Pemantauan Pemberian

Magnesium Sulfat (MgSO4) 40% RM.RI.6.9.4

Form Pemantauan Pemberian Streptokinase (Streptase) RM.RI.6.9.5

General Consent RM.RI.7.1

Formulir Konseling Gizi Rawat Inap/Rawat Jalan RM.RI.8.1.1

Formulir Klaim Rawat Inap/Rawat Jalan RM.RI.8.2.1

Pernyataan Status Kepesertaan dan Pembiayaan Pasien RM.RI.9

Biaya RM.RI.10.1

Salinan Resep RM.RI.10.2

Berdasarka Permenkes No 269/MENKES/PER/III/2008 yang berisi tentang Rekam Medis :

1. Isi rekam Medis Rawat Jalan terdiri dari : Identitas pasien, Anamnesa, Diagnosa dan Tindakan/Pengobatan.
2. Isi Rekam Medis Rawat Inap meliputi : Identitas pasien, Anamnesa, Riwayat penyakit, Hasil pemeriksaan Laboratorium/Radiologi, Diagnosa, Persetujuan Tindakan Medis, Pengobatan, Asuhan keperawatan, catatan Observasi Klinis, Hasil Pengobatan dan Resume Medis.

**BAB II**

**RUANG LINGKUP KEGIATAN**

* 1. **DEFINISI**

1. Rekam medis lengkap adalah dimana dalam pengisian formulir rekam medis harus terisi dengan jelas, lengkap dan dapat dipertanggung jawabkan dalam pengisiannya.
2. Formulir rekam medis adalah suatu lembaran kertas yang berisikan keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas pasien, anamnesa, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosa, segala pelayanan dan tindakan medis yang dipergunakan pada pasien baik pasien rawat inap, rawat jalan, maupun pasien gawat darurat. (Suhartini :1997)
3. Berkas rekam medis adalah berkas yang terassembilng(tersusun) lembaran rekam medis didalam satu berkas lengkap dan teranalisa secara kualitatif dan kuantitatif.
4. Berkas rekam medis lengkap adalah yang mencangkup enam aspek meliputi Administrasion(administrasi), legal (hukum), financial (keuangan), research (penelitian), education (pendidikan), documantation (dokumentasi).
5. Pengisian formulir rekam medis secara benar dan lengkap oleh semua petugas rumah sakit (dokter, perawat, dan petugas kesehatan lain) yang memberikan pelayanan kepada pasien adalah menuliskan semua tindakan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan kolom yang tersedia dan di lengkapi dengan tanggal, jam, tanda tangan/paraf dan menuliskan nama.
6. Semua petugas rumah sakit (dokter, perawat, dan petugas kesehatan lain) yang memberikan pelayanan kepada pasien harus mengunakan format S-O-A-P untuk mengisi catatan perkembagan pasien terintegrasi(CCPT).
   1. **RUANG LINGKUP**

Pengisian formulir rekam medis oleh dokter, perawat, dan petugas rumah sakit yang memberikan pelayanan kepada pasien secara benar dan lengkap sesuai dengan formulir yang sudah ditetapkan oleh rumah sakit.

**BAB III**

**TATA LAKSANA PELAYANAN**

* + 1. **PENGISIAN BERKAS `REKAM MEDIS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NO. FORMULIR RM** | **NAMA FORMULIR** | **PETUGAS YANG MENGISI** |
| RM.RI.1 | Identitas Pasien | Petugas Pendaftaran, Keluarga Pasien atau Pasien |
| - | Resume Medis | Dokter dan Perawat beserta tanda tangan dokter yang merawat |
| RM.RI.2.1 | Pengkajian Medis Lanjutan | Dokter |
| RM.RI.2.2 | Pengkajian Medis Lanjutan Bayi | Dokter dan Bidan |
| RM.RI.2.3.1 | Assesmen Pra Anestesi dan Sedasi | Dokter Anestesi |
| RM.RI.2.3.2 | Persetujuan Tindakan Pembiusan | Dokter Anestesi |
| RM.RI.2.4.1 | Assesmen Pra Bedah | Dokter Operator |
| RM.RI.2.4.2 | Site Marking (Penandaan Operasi) | Dokter Operator |
| RM.RI.2.4.3 | Laporan Tindakan Pembedahan | Dokter Operator dan Perawat |
| RM.RI.2.4.4 | Laporan Tindakan Pembedahan Denga Anestesi Lokal | Dokter Operator |
| RM.RI.2.4.5 | Rencana Asuhan Medis Pasca Pembedahan | Dokter Operator |
| RM.RI.3.1 | Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CCPT) | Dokter, Perawat dan Tenaga Kesehatan lain beserta tanggal, jam, SOAP, tanda tangan dan nama yang bersangkutan dalam pengisiannya dan cara mengidentifikasi penulisan, Dokter menulis pengisian CCPT dipinggir sebelah kiri dekat garis CCPT, Perawat dan Tenaga kesehatan lainnya menulis pengisian CCPT masuk menjorok 5 cm dari tepi sebelah kiri garis CCPT. |
| RM.RI.3.2 | Formulir Verifikasi Perintah Lisan Melalui Telepon/Pelaporan Hasil Pemeriksaan Kritis RS Bumi Waras Bandar Lampung | Perawat beserta cap verifikasi |
| RM.RI.4 | Grafik | Perawat |
| RM.RI.5.1 | Tabel Pemberian Obat Satu Kali | Perawat |
| RM.RI5.2 | Kartu Permintaan Obat Rawat Inap | Perawat |
| RM.RI.5.3 | Datar Pemberian Obat | Perawat |
| RM.RI.5.4 | Catatan Infus | Perawat |
| RM.RI.5.5 | Instruksi Obat Via Telepon | Perawat beserta cap verifikasi |
| RM.RI.6.1.1 | Pengkajian Keperawatan Umum | Perawat dan tanda tangan dengan nama |
| RM.RI.6.2.1 | Pengkajian Keperawatan Anak | Perawat |
| RM.RI.6.3 | Pengkajian Bayi Baru Lahir | Bidan |
| RM.RI.6.5.1(Jika Perlu) | Pengkajian Stroke | Perawat |
| RM.RI.6.6.1 | Catatan Keperawatan Pra Operasi | Perawat |
| RM.RI.6.6.2 | Catatan Pra Operasi | Doktre |
| RM.RI.6.6.3 | Daftar Tilik Keselamatan Perioperatif di OK | Dokter Operator, Dokter Anestesi dan Perawat |
| RM.RI.6.6.4 | Catatan Kamar Pemulihan (Recovery Room) | Dokter Operator, Dokter Anestesi dan Perawat |
| RM.RI.6.7.1.1 | Rencana Asuhan Keperawatan Umum | Perawat |
| RM.RI.6.7.2.1 | Rencana Asuhan Keperawatan Sistem Cardiovaskuler | Dokter dan Perawat |
| RM.RI.6.7.3.1 | Rencana Asuhan Keperawatan Sistem Pernafasan | Dokter dan Perawat |
| RM.RI.6.7.4 | Rencana Asuhan Keperawatan Sistem Gastrointestinal | Dokter dan Perawat |
| RM.RI.6.7.5 | Rencana Asuhan Keperawatan Sistem Penglihatan | Dokter dan Perawat |
| RM.RI.6.7.6 | Rencana Asuhan Keperawatan Sistem Integumen | Dokter dan Perawat |
| RM.RI.6.7.7.1 | Rencana Asuhan Keperawatan Sistem Persyarafan | Dokter dan Perawat |
| RM.RI.6.7.8.1 | Rencana Asuhan Keperawatan Sistem Muskuloskeletal | Dokter dan Perawat |
| RM.RI.6.7.9.1 | Rencana Asuhan Keperawatan Sistem Endokrin | Dokter dan Perawat |
| RM.RI.6.7.10 | Rencana Asuhan Keperawatan Sistem Urologi | Dokter dan Perawat |
| RM.RI.6.7.11.1 | Rencana Asuhan Keperawatan Maternitas | Dokter dan Perawat |
| RM.RI.6.7.12 | Rencana Asuhan Keperawatan Jiwa | Dokter dan Perawat |
| RM.RI.6.7.13 | Rencana Asuhan Keperawatan Pendidikan Kesehatan | Dokter dan Perawat |
| RM.RI.6.7.14 | Rencana Asuhan Keperawatan | Perawat |
| RM.RI.6.8.1 | Assesmen Ulang Penilaian Resiko Jatuh Anak | Perawat |
| RM.RI.6.8.2 | Assesmen Ulang Penilaian Resiko Jatuh Lansia | Perawat |
| RM.RI.6.8.3 | Assesmen Ulang Penilaian Resiko Jatuh Dewasa | Perawat |
| RM.RI.6.8.4 | Assesmen Kebutuhan Informasi dan Edukasi Kesehatan Pasien dan keluarga | Perawat, tanda tangan perawat dan tanda tangan keluarga pasien/pasien itu sendiri |
| RM.RI.6.8.5 | Assesmen Pasien Terminal | Perawat |
| RM.RI.6.9.1 | Daftar Controle Istimewa | Perawat |
| RM.RI.6.9.2 | Form Pemantauan Pemberian Kalium Chlorida 7,46% | Perawat |
| RM.RI.6.9.3 | Form Pemantauan Pemberian Natrium Klorida (NaCl) 3% | Perawat |
| RM.RI.6.9.4 | Form Pemantauan Pemberian Magnesium Sulfat (MgSO4) | Perawat |
| RM.RI.6.9.5 | Form Pemantauan Pemberian Streptokinase (Streptase) | Perawat |
| RM.RI.7.1 | General Consent | Petugas pendaftaran, Perawat dan Keluarga pasien/pasien beserta tanda tangan dengan nama |
| RM.RI.8.1.1 | Formulir Konseling Gizi Rawat Inap/Rawat Jalan | Dokter ahli gizi dan Perawat |
| RM.RI.8.2.1 | Formulir Klaim Rawat Inap/Rawat Jalan | Dokter, Perawat dan Petugas koresponden |
| RM.RI.9 | Pernyataan Status Kepesertaan dan Pembiayaan Pasien | Petugas pendaftaran, Perawat dan Keluarga pasien/pasien beserta tanda tangan dengan nama |
| RM.RI.10.1 | Biaya | Dokter, Perawat, kasir dan Petugas pendaftaran beserta tanda tangan dengan nama |
| RM.RI.10.2 | Salinan Resep | Perawat |

**BAB IV**

**SARAN DAN PENUTUP**

1. **SARAN**

Untuk semua petugas rumah sakit (dokter, perawat, dan petugas kesehatan lain) dalam pengisian berkas rekam medis diharapkan untuk kelengkapan dalam pengisian formulir rekam medis yag sudah ditemtukan oleh rumah sakit.

1. **PENUTUP**

Dengan ditetapkannya Panduan Pengisian Berkas Rekam Medis, maka diharapkan setiap petugas rumah sakit (dokter, perawat, dan petugas kesehatan lain) dapat melaksanakan ketentuan tentang Panduan Pengisian Berkas Rekam Medis ini dengan sebaik-baiknya agar tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di sarana pelayanan kesehatan.

**Ditetapkan di Bandar Lampung**

**Pada tanggal 1 Juli 2015**

**Direktur Utama RS Bumi Waras,**

**Dr. Kuswandi, SpJP**