**KEPUTUSAN DIREKTUR**

**RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK CATHERINE BOOTH MAKASSAR**

**NOMOR : 1011/RSIACB/DIR/SK/XII/2017**

**TENTANG**

**KEBIJAKAN MANAJEMEN INFORMASI DAN REKAM MEDIS (MIRM)**

**DI RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK CATHERINE BOOTH MAKASSAR**

DIREKTUR RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK CATHERINE BOOTH

MAKASSAR

Menimbang :

1. bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan di lingkungan RSIA Catherine Booth Makassar, diperlukan adanya kebijakan sebagai landasan penyelenggaraan pelayanan kesehatan;
2. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a di atas, dipandang perlu menetapkan Kebijakan Manajemen Informasi dan Rekam Medis (MIRM) pada RSIA Catherine Booth Makassar dengan Keputusan Direktur

Mengingat :

1. Undang- Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 Tentang rumah sakit,
2. Undang- Undang Nomor 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan,
3. Undang- Undang Nomor 29 tahun2004 Tentang Praktek Kedokteran
4. Undang- Undang No. 38 tahun 2014 Tentang Keperawatan
5. Peraturan Pemerintah nomor 10 Tahun tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 Tentang Rekam Medis

**MEMUTUSKAN**

Menetapkan :

Kesatu : KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK CATHERINE BOOTH TENTANG KEBIJAKAN MANAJEMEN INFORMASI DAN REKAM MEDIS DI RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK CATHERINE BOOTH MAKASSAR

Kedua : Kebijakan pelayanan RSIA Catherine Booth Makassar sebagaimana tercnatum dalam Lampiran keputusan Direktur RSIA Catherine Booth Makassar.

Ketiga : Pembinaan dan pengawasan peyelenggaraan pelayanan RSIA Catherine Booth Makassar dilaksanakan Pelayanan Medis RSIA Catherine Booth Makassar

Keempat : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkanya dan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruandalam penetapan ini maka diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Makassar

Pada Tanggal : 5 Desember 2017

Direktur RSIA Catherine Booth Makassar

**Dr. Rita Gaby Samahati, AAK**

**Tembusan :**

1. Opsir Pembina RSIA Catherine Booth Makassar
2. Seluruh KSM
3. Seluruh Kabag
4. Arsip

***Lampiran Keputusan Direktur RSIA Catherine Booth Makassar***

Nomor : **1011/RSIA CB/DIR/SK/XI/2017**

Tanggal : 5 Desember 2017

Tentang :

**KEBIJAKAN MANAJAMEN INFORMASI DAN REKAM MEDIS**

**DI RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK CATHERINE BOOTH**

1. **KUMPULAN DATA DAN INFORMASI**
2. Rumah sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan tentang semua kegiatan penyelenggaraan rumah sakit dalam bentuk Sistem Informasi Rumah Sakit dan dilaporkan kepada yang berwenang sesuai ketentuan yang berlaku.
3. Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) adalah suatu unit kerja yang melakukan pengelolaan sistem informasi.
4. Laporan kegiatan rumah sakit dilakukan tiap bulan dan tahunan bertujuan untuk memantau perkembangan rumah sakit (*trend*/estimasi), perbaikan mutu pelayanan dan menentukan kebijakan – kebijakan yang akan diambil oleh pimpinan rumah sakit.
5. Laporan Internal dibuat secara berkala (bulanan dan tahunan) atau sesuai kebutuhan.
6. Kepala ruangan bertanggung jawab terhadap pengisian Sensus Harian sebagai kumpulan data untuk pembuatan laporan.
7. Data inputan SIRS wajib diolah untuk mendapatkan informasi yang diperlukan manajemen Rumah Sakit dan diinformasikan ke unit-unit terkait.
8. Dalam membangun SIRS, rumah sakit melibatkan staf manajerial dan staf klinis.
9. Semua pengguna komputer SIRS bertanggung jawab atas ketertiban pemakaian komputer.
10. Rumah sakit merencanakan dan merancang proses manajemen informasi untuk memenuhi kebutuhan informasi internal maupun eksternal.
11. Data rumah sakit dapat digunakan/diminta oleh pihak atau lembaga luar rumah sakit sesuai dengan ketentuan.
12. Semua data elektronik beserta server disimpan dengan baik dan aman di ruang penyimpanan.
13. Keamanan informasi termasuk integritas data dijaga sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
14. Pelayanan SIRS diberikan untuk kepentingan internal pelayanan RSIA Catherine Booth Makassar melalui sistem atau jaringan yang terintegrasi dan mengutamakan keamanan.
15. Pihak yang berhak mendapatkan informasi dan data sistem informasi adalah direktur dan atau unit/instalasi juga pihak eksternal yang memerlukan berdasarkan surat permohonan data yang disetujui oleh Direktur
16. Untuk mengakses sistem informasi masing-masing petugas yang telah ditunjuk mendapat *user login* dan *password* sesuai dengan hak aksesnya yang harus dirahasiakan dari orang lain.
17. Data sistem informasi adalah data yang dikeluarkan sistem informasi rumah sakit dan memerlukan analisa data oleh Subbag. Evaluasi, Informasi dan Pelaporan.
18. Data yang dihasilkan sistem informasi baik untuk kepentingan eksternal dan internal berupa *hardcopy* maupun *upload* aplikasi dikeluarkan melalui Subbag. Evaluasi, Informasi dan Pelaporan.
19. Hasil analisa data Subbag. Evaluasi, Informasi dan Pelaporan berupa informasi yang dapat digunakan oleh direksi dan unit/instalasi yang berkepentingan.
20. Data sistem informasi yang berupa umpan balik kinerja pelayanan bagian unit/instalasi terkait disampaikan secara berkala kepada Subbag. Evaluasi, Informasi dan Pelaporan.
21. Informasi umpan balik baik sebagaiman dimaksud pada Nomor 23 disampaikan secara rutin kepada Subbag. Evaluasi, Informasi dan Pelaporan untuk kepentingan evaluasi kinerja unit / instalasi yang bersangkutan dan dapat digunakan untuk perencanaan program kerja rumah sakit.
22. Semua pengguna sistem informasi bertanggung jawab atas ketertiban pemakaian perangkat komputernya.
23. Rumah sakit memiliki proses untuk berpatisipasi dan berkontribusi terhadap *database* sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku untuk menjaga keamanan dan kerahasiaan datanya.
24. **REKAM MEDIS**
25. Instalasi Rekam Medis adalah instalasi yang mempunyai tugas menyelenggarakan dan mengkoordinasikan pelayanan rekam medis (distribusi, *assembling*, *coding*, *indexing*, *reporting*, *filling*) pemantauan mutu rekam medis di seluruh unit pelayanan serta menyelenggarakan dan mengkoordinasikan pelayanan TPPRJ, TPPGD maupun TPPRI di RSIA Catherine Booth Makassar
26. RSIA Catherine Booth Makassar menyelenggarakan pelayanan rekam medis sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
27. RSIA Catherine Booth Makassar menjaga privasi dan kerahasiaan data serta informasi pasien berdasarkan atas peraturan perundang-undangan yang berlaku.
28. Privasi dan kerahasiaan rekam medis Pasien RSIA Catherine Booth Makassar meliputi:
29. setiap pasien memiliki satu dokumen rekam medis yang lengkap dan akurat;
30. data dan informasi pasien merupakan informasi yang berkelanjutan;
31. dokumen rekam medis milik rumah sakit, isi rekam medis milik pasien;
32. ringkasan rekam medis dapat diberikan, dicatat atau dicopy oleh pasien atau oleh orang yang diberi kuasa atau atas persetujuan pasien, atau keluarga pasien yang berhak untuk itu;
33. dokumen rekam medis pasien berbentuk dokumen fisik dan dalam bentuk elektronik yang tersimpan dalam komputer/server;
34. semua data rekam medis dan data elektronik serta server disimpan dengan baik dan aman di ruangan penyimpanan;
35. selain petugas yang mempunyai hak akses, tidak diperkenankan masuk ke ruang penyimpanan rekam medis;
36. ruang rekam medis difasilitasi CCTV dan finger print.
37. Pihak yang memiliki hak dalam mengakses rekam medis yaitu :
    * + 1. Direktur dan Wakil Direktur;
        2. Dokter yang memiliki SIP yang merawat pasien;
        3. Keperawatan (perawat dan bidan) dan petugas kesehatan lain yang memberi pelayanan langsung;
        4. Peneliti yang telah disumpah;
        5. Petugas verifikator internal, verifikator independen dan petugas klaim yang telah disumpah menurut peraturan sebelum menjalankan tugas;
        6. Mahasiswa kedokteran dan mahasiswa kesehatan lainnya dapat mengakses rekam medis setelah disumpah menurut peraturan dan mendapat ijin dari Direktur RSIA Catherine Booth Makassar;
        7. Petugas rekam medis.
38. Setiap pasien RSIA Catherine Booth Makassar memiliki 1 (satu) nomor rekam medis yang dikeluarkan saat pertama kali pasien mendaftar sebagai pasien RSIA Catherine Booth Makassar dan digunakan untuk setiap kali berobat (menggunakan metode unit *numering system*).
39. Setiap entry data pasien baru ke SIRS disesuaikan dengan identitas pasien (KTP / SIM / PASPOR / Akte Kelahiran), dan untuk pasien kunjungan ulang dientry ke Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) sesuai nomor rekam medis yang tertera di kartu berobat pasien atau dapat dicek di SIRS dengan data tanggal lahir dan nama pasien.
40. Apabila pasien datang dengan tanpa dilengkapi identitas, maka penulisan nama baik laki-laki maupun perempuan adalah “NN”.
41. Setiap pendaftaran pasien jaminan baik melalui IGD, Rawat Jalan maupun Rawat Inap harus diperiksa kelengkapan administrasinya oleh petugas verifikasi.
42. Setiap pencatatan nama pasien harus lengkap, minimal terdiri dari dua suku kata yang terdiri dari nama pasien itu sendiri atau dilengkapi nama suami/orang tua/marga dan untuk penulisan titel dicatat di belakang nama pasien.
43. Petugas mencari dokumen rekam medis berdasarkan nomor rekam medis yang tercantum dalam kartu berobat pasien.
44. Semua profesi tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kepada pasien diwajibkan menulis seluruh pelayanan yang diberikan pada dokumen rekam medis yang sudah ditentukan.
45. Seluruh pelayanan dokumen rekam medis dilaksanakan oleh petugas rekam medis dengan berprinsip keamanan dan kerahasiaan pasien.
46. Setiap informasi yang bersifat medis tidak boleh disebarkan oleh pegawai rumah sakit, kecuali jika ada izin tertulis dari Direktur RSIA Catherine Booth Makassar
47. Penjelasan tentang isi rekam medis hanya boleh dilakukan oleh dokter atau dokter gigi yang merawat pasien dengan izin tertulis pasien sesuai dengan perundang-undangan.
48. Pemanfaatan rekam medis dapat dipakai sebagai :
49. pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien;
50. alat bukti dan proses penegakan hukum, disiplin kedokteran dan kedokteran gigi, dan penegakan etika kedokteran dan etika kedokteran gigi;
51. dasar membayar biaya pelayanan kesehatan;
52. data statistik kesehatan.
53. Setiap data pasien rawat inap RSIA Catherine Booth Makassar dientry melalui petugas admission/TPPRI.
54. Setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi nama, waktu dan tandatangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung.
55. Jika terjadi kesalahan penulisan di dokumen rekam medis, maka tenaga kesehatan yang bertanggung jawab dapat melakukan pembetulan dengan cara membuat garis lurus pada tulisan yang salah kemudian dibubuhi tanggal, tandatangan, nama yang melakukan perbaikan, tidak diperkenankan mencoret atau menggunakan *tipe-x*.
56. Proses transfer pasien (perpindahan pasien dari unit satu ke unit lainnya dalam rumah sakit atau dari rumah sakit keluar menuju suatu unit pelayanan kesehatan lain atau kerumah sakit lain) didokumentasikan di dalam dokumen rekam medis pasien.
57. Dokumen rekam medis harus diisi secara lengkap dalam waktu 1 x 24 jam setelah pasien mendapatkan pelayanan atau keluar perawatan.
58. Kepala Ruangan Rawat Inap bertanggung jawab atas kembalinya dokumen rekam medis pasien rawat inap yang keluar perawatan dalam waktu tidak lebih dari 1 x 24 jam.
59. Dokumen rekam medis rawat jalan, IGD dikembalikan dalam waktu 1x24 jam setelah selesai dipergunakan untuk keperluan pelayanan kesehatan.
60. Dokumen rekam medis yang sudah dikembalikan dari ruang perawatan maupun poliklinik dan IGD siap dilakukan assembling sesuai prosedur *assembling*.
61. Pasien yang memerlukan data rekam medisnya dapat diberikan *resume medis* atau ringkasan perawatan pasien, hasil pemeriksaan penunjang dan riwayat pelayanan yang telah diberikan*. Untuk resume medis rawat jalan dibuatkan apabila pasien meminta, dengan menggunakan form resume medis rawat jalan. Resume medis rawat inap dibuat setelah pasien dinyatakan boleh pulang oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP).*
62. Permintaan informasi medis yang dilakukan oleh pihak ketiga harus dilengkapi dengan surat kuasa yang ditanda tangani oleh pasien atau keluarga yang sah.
63. Seluruh hasil pemeriksaan pelayanan penunjang wajib ditempelkan pada dokumen rekam medis yang telah ditetapkan.
64. Instalasi Rekam Medis RSIA Catherine Booth Makassar menerima kegiatan magang mahasiswa terkait rekam medis.
65. Penyimpanan rekam medis pasien rawat jalan dan rawat inap disimpan menyatu menggunakan sistem sentralisasi.
66. Penyimpanan rekam medis di ruang penyimpanan rekam medis aktif sekurang-kurangnya 5 (lima) tahun sejak tanggal kunjungan terakhir, kemudian disimpan selama 2 tahun di ruang penyimpanan in aktif.
67. Pemusnahan rekam medis in aktif dilakukan oleh Panitia/Tim yang dibentuk oleh Direktur RSIA Catherine Booth Makassar
68. Proses pemusnahan harus melalui tahapan penilaian rekam medis meliputi nilai guna, nilai *history*, nilai legal dan hal-hal khusus lainnya yang dilakukan pada rekam medis in aktif (Ringkasan Pulang, Patologi Anatomi (PA), ringkasan masuk dan keluar, surat kelahiran dan persetujuan tindakan medis).
69. Pemusnahan rekam medis in aktif dilakukan dengan cara pembakaran atau pencacahan dokumen medis sampai benar-benar tidak dapat dikenali lagi, atau diserahkan kepada pihak ketiga yang disaksikan oleh Panitia/Tim dan dituangkan dalam berita acara.
70. Pemberian kode terhadap penyakit, tanda-tanda, gejala, cedera atau temuan-temuan lain yang telah ditetapkan oleh dokter menggunakan kode klasifikasi sesuai dengan buku ICD-10 ([*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*](http://id.wikipedia.org/wiki/ICD) revisi ke 10) versi *Word Health Organization* (WHO) dan dimonitoring pelaksanaannya.
71. Pemberian kode tindakan medis baik pembedahan maupun non pembedahan menggunakan kode klasifikasi sesuai dengan buku ICD-9-CM (*International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification*) dan dimonitoring pelaksanaannya.
72. RSIA Catherine Booth Makassar telah memberlakukan kamus kedokteran DORLAN.
73. Setiap penulisan simbol/singkatan harus sesuai dengan buku pedoman singkatan dan simbol yang berlaku di RSIA Catherine Booth Makassar dan dimonitoring pelaksanaannya.
74. Petugas yang berhak/memiliki otorisasi mengisi rekam medis pasien yaitu :
75. dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi umum dan dokter gigi spesialis yang melayani pasien di RSIA Catherine Booth Makassar;
76. dokter tamu yang merawat pasien di RSIA Catherine Booth Makassar;
77. tenaga paramedis keperawatan dan tenaga paramedis non keperawatan yang terlibat langsung dalam pelayanan antara lain: perawat, perawat gigi, bidan, tenaga laboratorium klinik, gizi, anestesi, penata *rontgen*, rehabilitasi medis, dan rekam medis;
78. untuk dokter luar negeri yang melakukan alih teknologi yang berupa tindakan/konsultasi kepada pasien, maka yang membuat rekam medis pasien adalah dokter yang ditunjuk oleh Direktur RSIA Catherine Booth Makassar
79. Audit/*review* rekam medis dilakukan secara berkala dan berfokus pada ketepatan waktu, dapat terbaca dan kelengkapan rekam medis.
80. Semua pegawai di Instalasi Rekam Medis menjaga simpan rahasia medis pasien dengan sumpah profesi dan surat pernyataan tertulis termasuk kepada pegawai RSIA Catherine Booth Makassar yang berhubungan dengan penggunaan dan distribusi Dokumen rekam medis.
81. Setiap penulisan tanda bahaya, misalnya : ALERGI, simbol warna resiko penyakit menular, pada dokumen rekam Medis rawat inap atau di map rekam medis.
82. Dokumen rekam medis boleh dipinjam untuk kepentingan pelayanan, mengikuti prosedur yang berlaku, juga dapat dipinjam untuk kepeningan ekstern (penelitian /kasus hukum) atas izin dari Direktur RSIA Catherine Booth Makassar
83. Dokumen rekam medis didistribusikan oleh petugas pendistribusian ke masing-masing poliklinik sesuai dengan klinik yang dituju.
84. Isi Rekam Medis untuk pasien gawat darurat sekurang-kurangnya meliputi :
85. waktu kedatangan dan keluar pasien;
86. ringkasan kondisi pasien saat keluar dari gawat darurat;
87. instruksi tindak lanjut asuhan.
88. Permintaan visum et repertum tidak bisa dilakukan oleh pasien (secara pribadi), surat permohonan permintaan visum et repertum harus dibawa oleh pihak kepolisian.
89. RSIA Catherine Booth Makassar melindungi dan mencegah nilai/rusaknya dokumen rekam medis dan penggunaannya dari badan/orang yang tidak berkepentingan.
90. Proses review dilaksanakan oleh Komite Rekam Medis yang memiliki otoritas/kewenangan dalam pengambilan keputusan terhadap penyusunan serta perubahan formulir rekam medis pada rapat review rekam medis.

Waktu review rekam medis bisa bersifat terencana (setiap bulan Desember) dan segera (bila perubahan rekam medis secara signifikan berpengaruh terhadap keselamatan pasien/bersifat mengancam