**BAB I**

**PENDAHULUAN**

1. **Latar Belakang**

Rekam medis berdasarkan sejarahnya selalu berkembang mengikuti kemajuan ilmu kesehatan dan kedokteran. Sejak masa pra kemerdekaan rumah sakit di Indonesia sudah melakukan pencatatan kegiatan medis, namun belum dilaksanakan dengan baik atau belum mengikuti penataan system informasi yang benar.

Dengan adanya peraturan pemerintah No.10 tahun 1966 tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran, maka kepada semua petugas kesehatan diwajibkan untuk menyimpan rahasia kedokteran termasuk berkas rekam medis. Kemudian pada tahun 1972 melalui SK Menkes RI.No.034/BIRHUB/1972 ada kejelasan bagi rumah sakit mengenai kewajiban rumah sakit untuk menyelenggarakan rekam medis.

Disebutkan maksud dan tujuan dari peraturan peraturan tersebut dibuat agar institusi pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit dapat menyelenggarakan rekam medis dengan sebaik-baiknya. Demikian juga dengan diberlakukannya Permenkes No.749A/Menkes/Per/XII/1989 tentang rekam medis yang merupakan landasan hukum bagi semua tenaga medis dan para medis dan SK Dir Yan Medik No.78/Yan.Med.RS.Um.Dik.YMU/I/1991 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penyelenggaraan rekam medis/Medical Record di rumah sakit.

Rekam medis merupakan salah satu sumber data yang sangat vital dalam penyelenggaraan system informasi mangemen di rumah sakit dan sangat penting dalam proses pelaksanaan fungsi-fungsi manajemen.

Agar penyelenggaraan rekam medis dapat dilaksanakan dengan baik maka harus dilengkapi dengan pedoman organisasi maupun pedoman pelayanan rekam medis tentang tata cara penyelenggaraan rekam medis yang harus dilaksanakan dan dipatuhi oleh seluruh tenaga kesehatan baik medis, para medis maupun non medis yang bertugas di Rumah Sakit Ibu & Anak Catherine Booth Makassar.

1. **TUJUAN REKAM MEDIS**

Tujuan rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Ibu & Anak Catherine Booth. Tanpa didukung suatu system pengelolaan rekam medisyang baik dan benar, mustahil tertib administrasi di Rumah Sakit Ibu & Anak Catherine booth akan berhasil sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit.

1. **RUANG LINGKUP.**

Ruang lingkup Rekam Medis Rumah Sakit Ibu &Aanak.Catherine Booth meliputi managemen rekam medis dan Pendaftaran.

**B. BATASAN OPERASIONAL.**

* 1. **Managemen Rekam Medis.**

Managemen rekam medis adalah kegiatan penyelenggaraan rekam medis di Rumah Sakit Ibu & Anak Catherine Booth yang terdiri dari koding, indeksing, assembling, penyimpanan rekam medis, pendistribusian rekam medis dan pelaporan rekam medis.

* 1. **Rekam Medis.**

Rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun terekam tentang identitas, anamneses penentuan fisik laboratorium, diagnose segala pelayanan dan tindakan medic yang diberikan kepada pasien dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat.

* 1. **Pendaftaran.**

Adalah tempat penerimaan /pendaftaran pasien rawat inap, rawat jalan dan Rawat darurat.

* 1. **Tracer**

Tracer adalah pembatas rekam medis atau pengganti dari rekam medis yang sedang di pinjam.

* 1. **Kartu berobat**

Kartu berobat adalah kartu yang diberikan kepada pasien dimana isi kartu tersebut adalah nomor rekam medis dan nama pasien.

* 1. **ICD X**

ICD X adalah kepanjangan dari International Classification of Diesease Ten Revision ICD X digunakan untuk mengkode diagnose penyakit pasien rawat jalan maupun rawat inap.

1. **Landasan hukum**

Instalasi Rekam Medis di Rumah Sakit Ibu & Anak Catherine Booth adalah merupakan bagian yang harus terselenggara sesuai dengan :

1. UU 44 BAB VIII pasal 29 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
2. Undang-Undang Tenaga Kesehatan pasal 2 (Lembaran Negara Tahun 1963 N0.78)
3. Peraturan Pemerintah No.10 Tahun 1966 tentang wajib simpan rahasia kedokteran.
4. Peraturan Menteri Kesehasatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis.
5. Peraturan Pemerintah No.32 tahun 1996 tentang tenaga rekam medis.
6. Surat Keputusan Menkes RI No.034/BIRHUP/1972 ada kejelassan bagi rumah sakit menyangkut kewajiban untuk menyelenggarakan rekam medis dengan kegiatannya menunjang pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, meliputi membuat rekam medis berdasarkan ketentuan yang telah ditetapkan, serta merawat statistic yang telah up to date. Melalui peraturan-peraturan tentang rekam medis, diharapkan rumah sakit dapat menyelenggarakan rekam medis berjalan sebagaimana yang diharapkan.
7. SK DIRJEN YAN Medik tahun 1991, Nomor : 78/Yan.Med/RS.Um.Dik/YMU/I/91 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penyelenggaraan Rekam Medis Di Rumah Sakit.

**BAB II**

**STANDAR KETENAGAAN**

1. **Kwalifikasi Sumber Daya Manusia.**

Adapun kualifikasi sumber daya manusia di Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Ibu & Anak Catherine Booth adalah sebagai berikut:

Tabel Kualifikasi SDM Bagian Rekam Medis RISIA.Catherine Booth Makassar

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NAMA JABATAN | KUALIFIKASI | | TENAGA YANG DIBUTUHKAN |
| FORMAL | INFORMAL |
| KA.Instalasi Rekam Medis | D III Rekam Medis  (Pengalaman minimal 5 thn) |  | 1 |
| Pendaftaran Jalan | D III Rekam Medis/ SLTA |  | 1 |
| Pendaftaran Rawat Inap/IGD | D III Rekam Medis/ SLTA |  | 1 |
| Penganggungjawab Filling | D III Rekam Medis / SLTA |  | 1 |
| Pengolahan Sensus Harian | D III Rekam Medis / SLTA |  | 1 |
| Pengolahan Rekam Medis | D III Rekam Medis / SLTA |  | 1 |
| Pelaporan dan statistik | D III Rekam Medis / SLTA |  | 1 |
| Jumlah | | | 7 |

1. Distribusi Ketenagaan

Adapun pendestribusian SDM bagian rekam medis adalah Sebagai berikut:

* 1. Rekam Medis

**Table Distribusi SDM Bagian Rekam Medis RISIA.Catherine Booth Makassar**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NAMA JABATAN** | **KUALIFIKASI** | | **Jumlah SDM** |
| **FORMAL** | **INFORMAL** |
| KA.Instalasi Rekam Medis | D III Rekam Medis (Pengalaman minimal 5 tahun ) |  | 1 |
| Sensus Harian | D III Rekam Medis / SLTA |  | 1 |
| Pengolahan Rekam medis | D III Rekam Medis / SLTA |  | 1 |
| Pelaporan dan statistik | D III Rekam Medis / SLTA |  | 1 |
| Jumlah | | | 4 |

* 1. Pendaftaran

Table Distribusi SDM Bagian Rekam Medis RISIA.Catherine Booth Makassar

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NAMA JABATAN | KUALIFIKASI | | Jumlah SDM |
| FORMAL | INFORMAL |
| Pendaftaran Jalan | D III Rekam Medis/ SLTA |  | 1 |
| Pendaftaran Rawat Inap/IGD | D III Rekam Medis/ SLTA |  | 1 |
| Filling | D III Rekam Medis/ SLTA |  | 1 |
| Jumlah | | | 3 |

**BAB III**

**STANDAR FASILITAS**

1. **Denah ruang Instanlasi Rekam Medis.**

Bagian Rekam medis berada dekat dari ruangan Poliklinik, Kasir Rawat Jalan, Farmasi dan Laboratorium.Ruangan tersebut terletak di lantai I.

1. **Denah Ruangan Pendaftaran &Filling Rekam Medis lantai II.**

E

E

E

c

D

D

2

Lift

B

D

D

1

A

E

D

E

**Keterangan Denah Ruangan :**

1. Loket Pendaftaran Pasien Rawat Jalan.
2. Loket Pendaftaran Pasien Rawat Inap.
3. Meja Komputer.
4. Rak Penyimpanan dokumen Rekam Medis yang lama.
5. Rak Penyimpanan dokumen rekam medis aktif.
6. **Denah Ruangan Rekam Medis Lantai I**

|  |
| --- |
| H  B  I  G  A  F  C  D  E  J |

**Keterangan Denah Ruangan :**

1. Mesin Fotocopy.
2. Rak Panjang.
3. Lemari Besi.
4. Rak Kayu.
5. Rak KIUP.
6. Rak INdeks Penyakit Rawat Jalan & Rawat Inap.
7. Meja Kerja + Komputer.
8. Meja Kerja + Komputer.
9. Meja Batu.
10. Wastafel.
11. **Standar fasilitas di bagian rekam medis.**
12. Daftar inventaris peralatan di bagian Pendaftaran dan Filling

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **NAMA BARANG** | **MEREK** | **JUMLAH** | **KETERANGAN** |
| 1 | MONITOR 14 INCI | LG | 3 |  |
| 2 | CPU | SIMBADDA | 1 |  |
| 3 | CPU | VOTRE | 2 |  |
| 4 | KEYBOARD | LOGITECH | 3 |  |
| 5 | UPS | ICA | 2 |  |
| 6 | MOUSE |  | 3 |  |
| 7 | PRINTER | EPSON L 120 | 2 |  |
| 8 | PRINTER | EPSON LX310 | 1 |  |
| 9 | PRINTER | VARGO | 1 |  |
| 10 | MESIN SCAN |  | 1 |  |
| 11 | PRINTER | MATRIX POINT | 1 |  |
| 12 | MEJA KOMPUTER |  | 2 |  |
| 13 | KURSI |  | 3 |  |
| 14 | KALKULATOR STRUK | CASIO | 1 |  |
| 15 | KALKULAROR KECIL | CASIO | 1 |  |
| 16 | RAK RAK BESI |  | 6 |  |
| 17 | RAK KARTU |  | 1 |  |
| 18 | LEMARI BESI |  | 1 |  |
| 19 | TELEPON | PANASONIC | 1 |  |
| 20 | AC 1 PK | PANASONIC | 1 |  |
| 21 | SAPU |  | 1 |  |
| 22 | ALAT PEL |  | 1 |  |
| 23 | EMBER |  | 1 |  |
| 24 | SEROK SAMPAH |  | 1 |  |
| 25 | PELUBANG KERTAS |  | 1 |  |
| 26 | STAPLER KECIL |  | 2 |  |
| 27 | STEMPEL KWITANSI |  | 1 |  |
| 28 | **FILLING INAKTIF** |  |  |  |
| 29 | BANGKU KECIL |  | 1 |  |
| 30 | RAK BESI |  | 3 |  |

1. Daftar Inventaris di Bagian Rekam Medis

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **NAMA BARANG** | **MEREK** | **JUMLAH** | **KETERANGAN** |
| 1 | MONITOR 14 INCI | LG | 1 |  |
| 2 | MONITOR 14 INCI | ACER | 1 |  |
| 3 | CPU | VOTRE | 2 |  |
| 4 | PRINTER | EPSON L 110 | 1 |  |
| 5 | KEYBOARD | LOGITECH | 2 |  |
| 6 | UPS | ICA | 1 |  |
| 7 | MOUSE | LOGITECH | 2 |  |
| 8 | LEMARI BESI |  | 2 |  |
| 9 | RAK KAYU PANJANG |  | 1 |  |
| 10 | LEMARI KIUP |  | 1 |  |
| 11 | LEMARI INDEKS |  | 1 |  |
| 12 | RAK KAYU KECIL |  | 1 |  |
| 13 | KURSI |  | 1 |  |
| 14 | KURSI |  | 3 |  |
| 15 | TEMPAT SAMPAH |  | 1 |  |
| 16 | KALKULATOR KECIL | CASIO | 2 |  |
| 17 | AC 1 PK | SHARP | 1 |  |
| 18 | TELEPON | PANASONIC | 1 |  |
| 19 | SAPU |  | 1 |  |
| 20 | SEROK SAMPAH |  | 1 |  |
| 21 | ALAT PEL |  | 1 |  |
| 22 | EMBER |  | 1 |  |
| 23 | STAPLER |  | 1 |  |
| 24 | PELUBANG KERTAS |  | 1 |  |
| 25 | JAM DINDING |  | 1 |  |
| 26 | BUKU ICD 10 |  | 1 |  |
| 27 | BUKU CM 9 |  | 1 |  |
| 28 | PELUBANG KERTAS |  | 1 |  |
| 29 | JAM DINDING |  | 1 |  |

**BAB IV**

**TATA LAKSANA PELAYANAN**

Tata cara penerimaan pasien yang akan berobat ke poliklinik ataupun yang akan dirawat adalah sebagian dari sistem prosedur pelayanan di Rumah Sakit Ibu & Anak Catherine Booth. Dapat dikatakan bahwa disinilah pelayanan pertama kali yang diterima oleh seorang pasien saat tiba di rumah saki, maka tidaklah berlebihan bila dikatakan bahwa didalam tata cara penerimaan inilah seorang pasien mendapatkan kesan baik ataupun tidak baik dari pelayanan rumah sakit. Tata cara melayani pasien dapat dinilai baik apabila dilaksnakan oleh petugas dengan sikap yang ramah, sopan, tertib dan penuh tanggungjawab.

Dilihat dari segiu pelayanan di rumah sakit, pasien yang dating dapat dibedakan menjadi :

1. Pasien yang dapat menunggu.

* Pasien berobat jalan yang dating dengan perjanjian.
* Pasien yang dating tidak dalam keadaan gawat.

1. Pasien yang harus sgera ditolong ( pasien gawat darurat ).

Sedang menurut jenis kedatangannya pasien dapat dibedakan menjadi :

1. Pasien baru: adalah pasien yang baru pertama kali datang ke rumah sakit untuk keperluan berobat.
2. Pasien lama: adalah pasien yang pernah dating sebelumnya ke rumah sakit.

Kedatangan pasien ke rumah sakit dapat terjadi karena :

1. Dikirim oleh dokter praktek di luar rumah sakit.
2. Dikirim oleh rumah sakit lain, puskesmas atau jenis pelayanan kesehatan lainnya.
3. Datang atas kemauan sendiri.
4. **Pelayanan Pendaftaran Rawat Jalan.**
5. **Pasien baru.**

Setiap pasien baru diterima di pendaftaran dan akan mengisi formulir atau diwawancara oleh petugas guna mendapatkan data identitas yang akurat dan kemudian akan di tulis di berkas rekam medis dan di entry pada komputer.

Setiap pasien baru akan memperoleh nomor pasien yang juga akan dicetak pada kartu pasien sebagai kartu pengenal , yang harus dibawa pada setiap kunjungan berikutnya di Rumah Sakit Ibu & Anak Catherine Booth baik sebagai pasien rawat jalan maupun sebagai pasien rawat inap.

Pasien baru dengan berkas rekam medisnya akan dikirim ke poliklinik sesuai dengan yang dikehendaki pasien. Setelah mendapat pelayanan yang cukup dari poliklinik, ada beberapa kemungkinan dari setiap pasien :

* Pasien boleh langsung pulang.
* Pasien diberi pengantar kembali kontrol oleh petugas poliklinik untuk datang kontrol kembali pada hari dan tanggal yang telah ditetapkan. Kepada pasien yang diminta datang kembali harus lapor kembali ke pendaftaran.
* Pasien dirujuk/dikirim ke rumah sakit lain.
* Pasien harus dirawat.

Untuk pasien yang harus dirawat, dokter yang merujuk membuat surat pengantar yang berisi alasan pasien harus dirawat inap, bias berupa diagnosa, tindakan medis, ataupun tindakan penunjang lainnya dan berkas rekam medisnya akan dikirim keruang perawatan.

1. **Pasien Lama.**

Pasien lama datang ke pendaftaran dan akan diwawancarai oleh petugas, guna mendapatkan informasi nomor rekam medis, dan tujuan berobat.Pasien ini dapat dibedakan:

* Pasien yang datang dengan perjanjian.
* Pasien yang datang atas kemauan sendiri.

Pasien yang datang dengan perjanjian akanmembayar biaya pemeriksaan, kemudian langsung dipersilahkan menuju poliklinik yang dituju, karena berkas rekam medisnya telah disiapkan oleh petugas.

Pasien yang datang atas kemauan sendiri akan menunjukkan nomor rekam medis dan tujuan berobat dan akan membayar biaya pemeriksaan, kemudian pasien dipersilahkan ke poliklinik yang dituju, sementara rekam medisnya dicarikan dibagian penyimpanan berkas rekam medis dan diserahkan ke bagian poliklinik. Pasien akan medapat pelayanan di poliklinik tersebut.

1. **Pasien Gawat Darurat.**

Berbeda dengan prosedur pelayanan pasien baru dan pasien lama yang biasa, disini pasien ditolong terlebih dahalu baru penyelesaian administrasinya di bagian pendaftaran, meliputi pendaftaran baik pasien baru maupun pasien lama seperti pasien datang tidak dengan perjanjian di Rumah Sakit Ibu & Anak Catherine Booth .Setelah mendapat pelayanan yang cukup, ada beberapa kemungkinan dari setiap pasien:

* Pasien bisa langsung pulang.
* Pasien dirujuk/dikirim ke rumah sakit lain.
* Pasien harus dirawat.

Bagi pasien yang akan dirawat langsung mendaftar ke petugas pendaftaran dengan memilih ruang rawat dahulu sesuai yang diinginkan. Jika pasien mempunyai surat jaminan, maka pasien mendapatkan jatah kelas sesuai tarif yang diberikan oleh pihak asuransi maupun perusahaan tersebut.

Bagi pasien yang pernah berobat / dirawat maka rekam medisnya segera dikirim ke instalasi gawat darurat yang bersangkutan dan tetap memakai nomor rekam medis yang telah dimilikinya.

Bagi pasien yang belumpernah berobat atau dirawat di Rumah Sakit & Anak Catherine Booth maka diberikan nomor rekam medis baru.

1. **Pelayanan Pendaftaran Rawat Inap.**

Untuk lancarnya proses penerimaan pasien ada 4 hal yang perlu diperhatiakan:

* Petugas yang kompeten
* Cara penerimaan pasien yang tegas dan jelas
* Ruang kerja yang menyenangkan.
* Lokasi yang tepat dari bagian penerimaan pasien.

Proses penerimaan pasien dan aturan penerimaan pasien perlu ditetapkan. Aturan yang baik harus memenuhi hal-hal berikut:

* Bagian penerimaan pasien bertanggungjawab sepenuhnya nengenai pencatatan seluruh informasi yang kerkenaan dengan diterima seorang pasien di Rumah Sakit Ibu & Anak Catherine Booth.
* Bagian penerimaan pasien harus segera memberitahukan ke bagian terkait setelah diterimanya seorang pasien dan telah dilakukan pendaftaran rawat inap.
* Membuat catatan yang lengkap, terbaca dan seragam harus disimpan oleh bagian yang merawat selama pasien dirawat.
* Instruksi yang jelas harus diketahui oleh setiap petugas yang bekerja dalam proses penerimaan dan pemulangan pasien.

1. Ketentuan umum penerimaan pasien rawat inap.
2. Semua pasien yang menderita segala macam penyakit. Selama ruangan dan fasilitas yang memadai tersedia. Dapat diterima di Rumah Sakit Ibu & Anak Catherine Booth.
3. Sedapat mungkin pasien diterima di tempat pendaftaran rawat inap pada waktu yang telah ditetapkan, kecuali kasus gawat darurat dapat dterima setiap saat.
4. Tanda tangan persetujuan untuk tindakan operasidan sebagainya ( apabila dilakukan ) dilaksanakan di ruang rawat inap.
5. Pasien dapat diterima apabila :

* Ada surat dari dokter praktek.
* Dikirim oleh dokter poliklinik.
* Dikirim oleh dokter Instalasi Gawat Darurat.
* Pasien datang sendiri.

1. Pasien gawat darurat diprioritaskan.
2. Prosedur pasien masuk untuk dirawat.

* Pasien yang sudah memenuhi syarat atau peraturan untuk dirawat, dapat menanyakan pada pendaftaran rawat inap apakah ruangansudah tersedia.
* Apabia ruangan sudah tersedia :
* Pasien segera mendaftar dibagian pendaftaran.
* Dibuatkan kartu identitas pasien dirawat yang berisi :
* Nomor rekam Medis.
* Nama pasien.
* Jika pasien pernah berobat ke Poliklinik atau pernah dirawat sebelumnya maka petugas pendaftaran akan mencari nomor rekam medis di rak penyimpanan.
* Petugas pendaftaran mengimput data pasien rawat inap dan berkas rekam medisnya ditambahkan lembar formulir yang baru kemudian lembar ringkasan keluar masuk dilengkapi perlengkapan steker dan labeling gelang di tangan pasien diklakukan oleh petugas IGD.
* Selesai proses administrasi dan petugas mengantar berkas rekam medis pasien ke petugas Instalasi Gawat Darurat, jika kamar sudah disiapkan pasien segera diantar ke ruang perawatan yang dituju.

1. Prosedure selama pasien di ruang perawatan yang berkaitan dengan rekam medis antara lain :

* Pada waktu pasien tiba di ruang perawatan dan diterima oleh perawat, pasien diberi tanda pengenal melalui identitas yang tertempel pada gelang pasien.
* Perawat menambah formulir formulir yang diperlukan oleh dokter maupun perawat sendiri.
* Selama perwatan, perawat mencatat semua data perawatan yang diberikan dari mulai saat pasien tiba di ruang perawatan sampai pasien tersebut pulang, dipindahkan atau meninggal yang direkap dalam sensus harian rawat inap.

1. **Sistem Identifikasi Dan Penomoran**
2. Sistem Penamaan

Sistem penomoran pada dasarnya untuk memberikan identitas kepada seorang pasien serta untuk membedakan antara pasien yang satu dengan pasien yang lainnya, sehingga mempermudah / pmemperlancar didalam memberikan pelayanan rekam medis kepada pasien yang datang berobat ke rumah sakit. Di RSIA Catherine Booth menggunakan system penamaan lansung yaitu ditulis dalam data base adalah nama pasien sendiri berdasarkan kartu tanda pengenal dan dapat ditambahkan sesuai dengan wawancara terakhir.

Prinsip utama yang harus ditaati oleh petugas pencatat adalah nama pasien harus lengkap, minimal terdiri dari dua suku kata jika nama pasien hanya satu suku kata dapat diikuti dengan nama orang tua. Dengan demikian, nama pasien yang akan tercantum dalam rekam medis akan menjadi satu diantara kemungkinan ini :

* Nama pasien sendiri, apabila namanya sudah terdiri dari dua suku kata atau lebih.
* Nama pasien sendiri dilengkapai dengan nama orang tua ( biasanya nama ayah ).
* Bagi Pasien yang mempunyai nama marga /keluarga, maka nama marga /keluarga didahulukan diikuti dengan nama sendiri.

Dalam system penamaan pada rekam medis, diharapkan:

* Nama ditulis dengan huruf cetak dan mengikuti ejaan yang disempurnakan.
* Sebagai pelengkap bagi pasien perempuan diakhiri nama lengkap ditambah Nn atau Ny sesuai dengan statusnya.
* Bagi pasien anak dapat diberi akhiran AN.

1. Sistem Penomoran.

Rekam medis pada rumah sakit disimpan menurut nomor, yaitu menggunakan “ Unit Numbering System “ system ini memberikan satu unit nomor rekam medis baik kepada pasien berobat jalan maupun pasien untuk dirawat inap. Pada saat seorang pasien berkunjung pertama kali ke Rumah Sakit Ibu Dan Anak Catherine Booth apakah sebagai pasien berobat jalan ataupun di rawat inap, kepadanya diberikan satu nomor (admitting number) yang akan dipakai selamanya untuk kunjungan seterusnya, sehingga rekam medis pasien tersebut hanya tersimpan di daslam satu berkas dibawah satu nomor.

Kepada petugas yang memberikan pendaftaran diperintahkan agar selalu mengecek apakah seorang pengunjung sudah pernah berkunjung ke RSIA Catherien Booth . Seorang pasien yang sudah pernah berkunjung ke RSIA.Catherine Booth sebelumnya tidak akan diberikan nomor baru tetapiu data pasien akan dicari melalui kartu indeks utama pasien (KIUP). Kadang-kadang terjadi kekeliruan dimana seorang pasien diberikan lagi nomor yang baru, pada hal ia telah mempunyai nomor, kekeliruan ini dapat diperbaiki dengan membatalkan nomor baru dan tetap menimpan rekam medisnya pada nomor lama.

Sistem nomor unit yang digunakanyang digunakan mempengaruhi rencana perkembangan ruang tempat penyimpanan. Perlu sekali ruang kosong pada rak penyimpanan sebesar 25% karena tempat tersebut berguna untuk menyimpan rekam medis yang makin tebal.

Satu problem yang biasa timbul adalah bertambahnya satu rekam medis menjadi semakin tebal, karena seringnya pasien tersebut mendapat pelayanan di RSIA.Catherine Booth Makassar. Kadang-kadang begitu seringnya seorang pasien dirawat sehingga rekam medis harus dibuat yang baru dengan nomor rekam medis yang sama dan kemudian disatukan dalam rak penyimpanan dan juga mengingatkan petugas penyimpanan tentang hal ini.

Untuk pengambilan rekam medis yang tidak aktif dari rak penyimpanan untuk dimusnahkan atau untuk dibuat microfilm.Karena menggunakan system unit, nomor-nomor rekam medis tidak menunjukkan tua atau mudanya suatu rekam medis sehingga sehingga untuk memilih rekam medis yang tidak aktif harus dilihat satu persatu, tahun berapa seorang pasien terakhir dirawat atau berkunjung ke poliklinik.

Untuk sumber nomor RSIA.Catherine Booth membaut satu system penomoran terdiri dari enam angka menggunakan system dua angka akhir (straight digit) dengan menentukan nomor dua angka akhir dari belakang 00-00-01 sampai dengan 99-99-99. Bank nomor dikeluarkan oleh system komputer yang secara otomatis akan mengeluarkan satu nomor baru setiap entry data pasien.

1. **Simbol dan tanda khusus** 
   1. Rekam Medis
2. Nomor Rekam Medis

Pada map sudah dicetak kotak untuk menuliskan nomor rekam medis yang akan diisi oleh petugas rekam medis. Penulisan nomor harus dengan tulisan yang jelas dan mudah dibaca.Dapat dicetak atau ditulis tangan menggunakan spidol jangan hanya menggunakan pulpen.

1. Label Warna

Pada map tercetak warna-warna berdasarkan angka akhir untuk memudahkan dalam menyimpan dan menemukan kembali rekam medis dangan ketentuan warna sebagai berikut :

1. Tulisan Alergi

Diisi dengan alergi yang diderita oleh pasien yang ditulis oleh perawat.

1. Tulisan Rahasia.

Tulisan rahasia pada map rekam medis.

1. Tulisan Tahun Kunjungan

Tanggal pertama kali kunjungan pasien dapat dilihat pada rekam medis dimana pasien pertama kali daftar dan pada lembar anamneses pasien.

1. Tempat Menuliskan Pasien

Terdapat tempat untuk menuliskan nama pasien dan tertulis pada map rekam medis.

1. **Penyelesaian Dan Pengembalian Rekam Medis.**

Pengendalian Rekam Medis

Permintaan–permintaan rutin terhadap rekam medis yang datang dari poliklinik umum maupun spesialis setiap hari pada jam tertentu dan dapat dilakukan melalui telepon. Apabila system cetak permintaan secara komputerisasi sedang rusak, untuk melayani pasien perjanjian yang datang pada hari tertentu bertugas mengisi buku permintaan. Petugas harus menulis dengan benar dan jelas nama pasien dan nomor rekam medisnya.

Petugas dari bagian lain yang meminjam rekam medis harus datang sendiri untuk mengambil rekam medis yang dipinjam ke bagian rekam medis. Surat permintaan berbentuk satu formulir yang berisi nama peminjaman, untuk keperluan apa, waktu peminjaman, nomor rekam medis, nama pasien, umur, tanggal rawat kelas/kamar, nama orang yang meminjam dan tanda tangan Formulir tesebut dibuat rangkap dua.Lembar 1 untuk rekam medis dan lembar untuk yang meminjam.Pada saat rekam medisnya kembali lembar 1 diberi tanda silang yang artinya rekam medis sudah kembali.

Penyimpanan Rekam Medis.

* 1. **Sistem Sentralisasi**

Sistem penyimpanan yang digunakan di RSIA.Catherine Booth adalah sistem sentralisasi. Dengan Dengan cara sentralisasi terjadi penggabungan antara dokumen rekam medis rawat jalan dan rawat inap dalam satu tempat. Karena semua pasien baik rawat jalan maupun rawat inap hanya memiliki satu nomor rekam medis.

* Kebaikan dari sistem sentralisasi adalah :

Mengurangi terjadinya duplikasi dalam pemeliharaan dan penyimpanan rekam medis, sehingga pasien dapat dilayani dengan cepat.

Mengurangi jumlah biaya yang digunakan untuk peralatan dan ruangan

Tata kerja dan peraturan mengenai kegiatan pencatatan medis mudah distandarisasikan.

Memungkinkan peningkatan efisiensi kerja petugas penyimpanan.

Mudah menerapkan sistem unit record.

* Kekurangan dari sistem sentralisasi adalah:

1. Petugas menjadi lebih sibuk, karena harus menangani unit rawat jalan dan unit rawat inap.
2. Tempat penerimaan pasien harus bertugas 24 jam.
   1. **Sistem Angka Akhir**

Sistem pembelajaran berkas rekam medis menurut nomor yang dipakai adalah system dua angka akhir.Penjajaran dengan system angka akhir lazim disebut straight digite system.Disini digunakan nomor-nomor dengan 6 angka yangdikelompokkan menjadi 3 kelompok masing-masing terdiri dari 2 angka. Angka pertama adalah kelompok 2 angka yang terletak paling kanan, angka kedua adalah kelompok 2 angka yang terletak ditengah dan angka ketiga adalah kelompok 2 angka yang terletak paling kiri.

05 75 65

Angka Ketiga Angka Kedua Angka Pertama

(Tertiary Digits) (Secondary Digits) (Primary Digits)

Dalam penyimpanan dengan sistem angka akhir (terminal digits filling sistem) ada 100 kelompok angka pertama (primary section) yaitu 00 sampai dengan 99.Pada waktu menyimpan, petugas harus melihat angka-angka pertama dan membawa rekam medis tersebut ke daerah rak penyimpanan untuk kelompok angka-angka pertama yang bersangkutan. Pada kelompok angka pertama ini berkas rekam medis disesuaikan letaknya menurut angka kedua, kemudian rekam medisdi simpan didalam urutan sesuai dengan kelompok penyimpanan nomor-nomor pada kelompok angka ketiga ( tertary digits) yang selalu berlainan.

Sebagai contoh :

05-75-65 01-76-02

06-75-65 02-76-02

07-75-65 03-76-02

08-75-65 04-76-02

09-75-65 05-76-02

10-75-65 06-76-02

Banyak keuntungan dan kebaikan daripada sistem penyimpanan angka akhir seperti :

* Pertambahan jumlah rekam medis selalu tersebar secara merata ke 100 kelompok (section) di dalam rak penyimpanan. Petugas-petugas penyimpanan tidak akan berdesak-desak di satu tempat (atau section) dimana rekam medis harus disimpan di rak
* Petugas-petugas dapat diserahi tanggung jawab untuk sejumlah section tertentumisalnya ada 4 petugas masing-masing diserahi:Section 00-24, section 25-49, section 50-74, setion 75-99.
* Pekerjaan akan terbagi rata mengingat setiap putugas rata-rata mengerjakan jumlah rekam medis yang hamper sama setiap harinya untuk setiap section.
* Rekam medis yang tidak aktif dapat diambil dari rak rak penyimpanan dari setiap section pada saat ditambahnya rekam medis baru di section tersebut.
* Jumlah rekam medis untuk tiap-tiap sectionterkontrol dan bisa dihindarkan timbulnya rak-rak kosong.
* Dengan terkontrolnya jumlah rekam medis membantu memudahkan perencanaan peralatan penyimpanan (Jumlah rak).
* Kekeliruan Menyimpan (misfile) dapat dicegah, karena petugas penyimpanan hanya memperhatikan 2 angka saja dalam memasukkan rekam medis kedalam rak, sehingga jarang terjadi kekeliruan membaca angka.

Latihan dan bimbingan bagi petugas penyimpanan dalam hal system angka akhir, mungkin lebih lama dibandingkan latihan menggunakan system nomor langsung, tetapi umumnya petugas dapat dilatih dalam waktu yang tidak terlalu lama.

1. Fasilitas Fisik Ruang Penyimpanan.

Alat Penyimpanan yang baik, penerapan yang baik, pengaturan suhu ruangan, pemeliaraan ruangan, perhatian terhadap faktor keselamatan bagi suatu ruang penyimpanan rekam medis sangat membantu memelihara dan mendorong kegairahan kerja dan produktivitas pegawai-pegawai yang bekerja disitu.

Alat penyimpanan rekam medis yang dipakai di RSIA.Catherine Booth adalah rak besi terbuka dan jarak antara dua buah rak untuk lalu lalang, jarak minimal kurang lebih sebesar 90 cm.

1. Petunjuk Penyimpanan

Pada deretan berkas rekam medis yang disimpan di rak harus diberi tanda petunjuk guna mempercepat pekerjaan menyimpan dan menemukan rekam medis. Jumlah petunjuk tergantung dari rata-rata tebalnya sebagian besar map-map rekam medis tersebut. Untuk berkas rekam medis yang tebalnyasedang diberi petunjuk setiap 100 map. Makin tebal map-map rekam medis makin banyak petunjuk harus dibuat. Rekam medis yang aktif lebih banyak memerlukan petunjuk daripada rekam medis-rekam medis yang kurang aktif.

Alat petunjuk ini, agar dipilih model yang kuat dan tahan lama dan mudah dilihat.Pinggir penunjuk ini harus lebih lebar, menonjol sehingga angka-angka yang dicantumkan disitu gampang dilihat.Pada setiap penunjuk ditulis 2 angka (untuk system terminal digit maupun middle digit). Contoh penunjuk untuk terminal digit, section 85 ditulis sebagai berikut :

00 01 02 03 04

85 85 85 85 85

Angka diatas adalah kelompok angka kedua, angka yang dibawah adalah kelompok pertama. Dalam terminal digit filling, map pertama yang diletakkan dibelakang penunjuk 00/85 adalah map-map dengan 00-85, dan seterusnya penunjuk ini permanen.

1. Sampul Berkas Rekam Medis.

Berkas rekam medis harus diberi sampul untuk :

1. Memelihara keutuhan susunan lembaran-lembaran rekam medis.
2. Mencegah terlepas atau robeknya lembaran, sebagai akibat sering dibolak baliknya lembaran tersebut.

Jenis sampul dan warna sampul yang digunakan di RSIA.Catherine Booth adalah Warna merah muda dan warna biru muda dan map tersebut dilengkapi dengan penjepit ( Fastener) dibagian tengah untuk mengikat lembaran-lembaran pada map dan bagian tengah map harus diberi lipatan sehingga memungkinkan bertambah tebalnya lembaran-lembaran yang disimpan didalamnya.

Map penyimpan dapat dipesan dan kartu berobat dapat diprint langsung dari komputer yang bentuknya seperti ID Card, sehingga pemakaian map dokumen rekam medis bisa merata karena dalam pembuatan berkas rekam medis didasarkan nomor kartu berobat.

1. **Penghapusan Rekam Medis.**
2. Perencanaan terhadap rekam medis yang tidak aktif.

Rekam medis dinyatakan tidak aktif apabila selam 5 tahun rekam mmedis tersebut sudah tidak dipergunakan lagi.Apabila ternyata sudah tidak tersedia lagi tempat penyimpanan rekam medis aktif, harus dilaksanakan kegiatan menyisihkan rekam medis yang tidak aktif secara sistematik seirama dengan pertambahan jumlah rekam medis baru. Rekam medis-rekam medis yang tidak aktif, dapat disimpan ruangan lain.

Rak-rak penyimpanan rekam medis tidak aktif dapat diletakkan diruang tersendiri yang sama sekali terpisah dari bagian pencatatan medik. Pada saat diambilnya rekam medis tidak aktif, ditempat semula harus diletakkan tanda keluar, hal ini mencegah pencarian yang berlarut-larut pada satu waktu rekam medis tidak aktif tersebut diperlukan.

Rumah sakit wajib tetap memelihara indeks, register dan kartu lintasan yang berisi data-data dasar seperti tanggal masuk/keluar rumah sakit, nama dokter yang bertanggung jawab, diagnosa dan operasi.

* + - * 1. Penyusutan.

Penyusutan dokumen rekam medis adalah suatu kegiatan pengurangan arsip dari rak penyimpanan dengan cara memindahkan arsip rekam medis in aktif dari rak aktif ke rak in aktif dengan cara memilah pada rak penyimpanan sesuai dengan tahun kunjungan.

Tujuan :

Mengurangi jumlah arsip rekam medis yang semakin bertambah.

* + - * 1. Menyiapkan fasilitas yang cukup untuk tersedianya tempat penyimpanan rekam medis yang baru.
  1. Jadwal Retensi Dokumen Rekam Medis ( JRDRM ).

Jadwal retensi dokumen rekam medis merupakan daftar yang berisikan sekurang-kurangnya jenis arsip dan jangka waktu penyimpanannya sesuai dengan kegunaan.

Penentuan jangka waktu penyimpanan dokumen rekam medis ( retensi dokumen rekam medis ) ditentukan atas dasar nilai kegunaan tiap-tiap arsip. Untuk menjaga objektif dalam menentukan nilai kegunaan tersebut, jadwal retensi dokumen rekam medis disusun oleh kepanitiaan yang terdiri dari unsur komite rekam medis dan unit rekam medis yang benar-benar memahami kearsipan, funsi dan nilai arsip rekam medis.

Rancangan jadwal retensi dokumen rekam medis yang merupakan hasil kerja panitia perlu mendapat persetujuan direktur rumah sakit terlebih hahulu sdebelum dijadikan pedoman resmi jadwal retensi arsip yang diberlakukan.Setiap adaperubahan jadwal retensi dokumen rekam medis harus melalui prosedur yang sama dengan penyusunan jadwal retensi dokumen rekam medis.

1. Pemusnahan Dokumen Rekam Medis.

Adalah suatu proses kegiatan penghancuran secara fisik dokumen rekam medis yang telah berakhir fungsi dan nilai gunanya. Penghancuran harus dilakukan secara total dengan cara membakar habis, mencacah atau daur ulang sehingga tidak dapat lagi dikenal isi maupun bentuknya.

Tata cara pemusnahan rekam medis.

1. Rekam Medis yang telah memenuhi syarat untuk dimusnahkan dilaporkan kepada Direktur RSIA.Catherine Booth.
2. Direktur RSIA.Catherine Booth membuat surat keputusan tentang pemusnahan rekam medis dan menunjuk tim pemusnah, sekurang-kurangnya beranggotakan: Ketatausahaan, Unit Penyelenggaraan Rekam Medis, Unit Pelayanan dan Komite Medik.
3. Tim Pemusnah melaksanakan dan membuat berita acara pemusnahan yang disahkan Direktur RSIA.Catherine Booth. Berita acara dikirim kepada Direktorat Jenderal Pelayanan Medik dan kepada Yayasan RSIA. Catherine Booth.
4. Perekam Kegiatan Pelayanan Medis.

Penanggung Jawab Pengisian Rekam Medis.

Sesuai dengan ***PEMENKES No.749a/MENKES/XII/1989***. Tentang Rekam Medis serta keputusan ***Ditjen Yan Med Nomor 78/Yan Med/RS UMDIK/YMU/I/91*** maka tenaga yang berhak mengisi rekam medis di RSIA.Catherine Booth adalah :

1. Dokter umum, dokter spesialis, dan dokter gigi yang melayani pasien di RSIA.Catherine Booth.
2. Dokter tamu yang merawat pasien di RSIA.Catherine Booth.
3. Tenaga para medis perawatan dan non perawatan yang terlibat langsung dalam pelayanan antara lain : Perawat, Perawat Gigi, Bidan, Tenaga laboratorium Klinik, Gizi, Anestesi, Penata Rontgen, Rekam Medis dan lain sebagainya.
   * + - 1. Pencatatan ( Recording )

Rekam medis mempunyai pengertian yang sangat luas, tidak hanya sekedar kegiatan pencatatan, akan tetapi mempunyai pengertian sebagai suatu sistem penyelenggaraan rekam medis. Sedangkan pencatatannya sendiri hanya merupakan salah satu kegiatan dari pada penyelenggaraan rekam medis.

Penyelenggaraan rekam medis adalah merupakan proses kegiatan yang dimulai pada saat diterimanya pasien di RSIA.Catherine Booth, diteruskan kegiatan pencatatan data medik pasien selama pasien itu mendapatkan pelayanan medis di rumah sakit, dan dilanjutkan dengan penanganan berkas rekam medis yang meliputi penyelenggaraan penyimpanan serta pengeluaran berkas rekam medis dari tempat penyimpanan untuk melayani permintaan/peminjaman apabila dari pasien atau untuk keperluan lainnya.

Untuk mendapatkan pencatatan data medis yang baik, ada beberapa hal yang harus diperhatikan oleh dokter dan ahli-ahli di bidang kesehatan lainnya yaitu :

1. Mencatat secara tepat waktu.
2. Up to data.
3. Cermat dan lengkap.
4. Dapat dipercaya dan menurut kenyataan.
5. Berkaitan dengan masalah dan pokok perihalnya, sehingga tidak bertele-tele.

register ini merupakan sumber utama data kegiatan rumah sakit. Pemakaian buku register ini perlu dipertimbangkan secermat mungkin dan tetap memperhatikan efesiensi dibidang pengelolaan data medis.

Buku register yang biasa diperlukan, diantaranya :

1. Buku register penerimaan rawat jalan
2. Buku register penerimaan rawat inap
3. Buku register pelayanan pasien rawat inap.
4. Buku register persalinan/abortus
5. Buku register pembedahan.
6. Buku register tindakan/terapi/diagnostik.
7. Buku register pemeriksaan laboratorium.

Buku-buku register tersebut dikerjakan oleh petugas-petugas di masing-masing unit pelayanannya.

Setiap hari petugas di unit pelayanan menyiapkan rekapitulasi yang sering disebut sensus harian.Sensus ini bergunadi dalam pengelolaan data medis selanjutnya yang digunakan sebagai bahan laporan rumah sakit.

1. Berkas rekam Medis Rawat jalan.

Isi berkas rekam medis untuk pasien rawat jalan memuat identitas pasien, anamnese, diagnosis dan tindakan/pengobatan. Lembaranlembaran rekam medis rawat jalan, antara lain :

1. Identitas pasien rawat jalan (mencakup Assesmen Rawat Jalan
2. Assesmen keperawatan rawat jalan.
3. Resume poliklinik (summery list

Data-data tertentu harus ditulis pada saat pasien berobat yang akan dientry di komputer, dimasukkan pada saat pasien registrasi. Penyimpanan identitas pasien ini mutlak karena adalah salah satu caramenunjang kelancaran pelayanan terhadap pasien, karena apabila seorang pasien lupa membawa kartu berobat maka dengan sistem komputerisasi akan membantu untuk mencarikan data pasien yang diperlukan dengan cepat. Karena identitas pasien ini merupakan sumber data yang selamanya harus disimpan, maka harus dibuat selengkap dan sejelas mungkin. Data yang disimpan harus dibuat secara terperinci dan lengkap, yaitu :

1. Nama lengkap pasien.
2. Nomor rekam medis.
3. Alamat.
4. Agama.
5. Jenis Kelamin.
6. Tempat/Tanggal Lahir.
7. Umur.
8. Status perkawinan.
9. Pekerjaan.
10. Orang yang dihubungi bila terjadi sesuatu.
11. Tanggal kunjungan poliklinik yang pertama.

Apabila telah menikah pasien pindah alamat, maka alamat yang lama dicoret dan dicantumkan alamat yang baru pada tempat kosong dan tanggal perubahan diberkas rekam medis tersebut untuk memudahkan pencarian alamat terakhir.

Berkas rekam medis rawat jalan berisi :

1. Tanggal kunjungan
2. Poliklinik yang melayani
3. Diagnosis.
4. Tindakan yang diberikan.
5. Dokter yang menangani.
6. Berkas rekam medis pasien rawat inap.

Isi rekam medis untuk pasien rawat inapmemuat identitas pasien, anamnese, riwayat penyakit, hasil pemeriksaan laboratorium, diagnosis, persetujuan tindakan medis, tindakan/pengobatan, catatan perawat, catatan observasi klinis dan hasil pengobatan, resume akhir dan evaluasi pengobatan.

Berkas rekam medis pasien rawat inap terdiri dari lembaran-lembaran umum dan lembaran-lembaran khusus, serta lemabaran-lembaran diagnostik/terapi lembaran-lembaran umum, misalnya :

1. Ringkasan Masuk dan Keluar.
2. Assesmen awal keperawatan.
3. Catatan perkembangan tertintegrasi.
4. Grafik
5. Tabel rekaman pemberian obat tepat waktu.
6. Hasil Pemeriksaan Laboratorium/Rontgen.
7. Resume Keluar.

Lemabaran-lembaran Khusus misalnya:

1. Laporan Operasi.
2. Laporan Anestesi.
3. Riwayat Kehamilan.
4. Catatan/Laporan Kehamilan.
5. Identifikasi Bayi.

Keterangan.

1. Ringkasan Masuk dan Keluar.

Lembaran Ringkasan masuk dan Keluar ini sering disebut ringkasan atau lembaran muka, selalu menjadi lembaran paling depan pada suatu berkas rekam medis. Lembaranini berisi informasi tentang identitas pasien, cara penerimaan melalui cara masauk dikirim oleh serta berisi ringkasan data pada saat pasien keluar.

Lembaran ini merupakan sumber informasi untuk mengindeks rekam medis, serta menyiapkan laporan rumah sakit. Informasi tentang identitas pasien sekurang-kurangnya mencari hal-hal sebagai berikut :

* Nama Pasien
* Nomor Rekam Medis.
* Tanggal Lahir.
* Pendidikan.
* Agama.
* Alamat.
* Pekerjaan.

Informasi lain yang perlu dicatat diantaranya :

* Status perkawinan.
* Cara penerimaan pasien, melalui.
* Cara masuk, dikirim oleh.
* Nama penanggung jawab pembayaran dan alamatnya.
* Nama keluarga terdekat dan alamatnya.
* Tanggal dan jam masuk ruang rawat inap.
* Bagian/spesialisasi, ruang rawat, kelas.
* Lama rawat.
* Diagnosa akhir (utama, lain-lain dan komplikasi.
* Operasi/Tindakan (jika ada).
* Infeksi nosokomial dan penyebabnya (Jika ada).
* Imunisasi yang pernah didapat.
* Imunisasi yang diperoleh selama dirawat.
* Transfusi darah (jika ada).
* Keadaan keluar.
* Nama dan tanda tangan dokter yang merawat.

1. Assesmen awal keperawatan.

Assesmen awal keperawatan merupakan awal pengkajian keperawtan di rawat inap. Hal ini terdiri dari tiga bagian antara lain :

Bagian I : merupakan pengkajian fisik.

Bagian II : riwayat kesehatan. Bagian III : terdiri dari kenyamanan, aktivitas dan istirahat, proteksi dan resiko, nutrisi kebutuhan komunikasi/pendidikandan pengajaran, respon emosi, respon kognitif, sistem sosial, spiritual. Bagian IV : merupakan pengkajian khusus pediatrik .

1. Catatan perkembangan pasien terintegrasi.

Hal ini merupakan hasil dari pemeriksaan kepada pasien, terdiri dari anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Tujuan pokok data anamneses dan pemeriksaan fisik adalah untuk memberikan bahan pelengkap bagi dokter untuk menetapkan diagnosis yang menjadi dasar tindakan pertolongan dan perawatan/pengobatan terhadap seorang pasien.Sebagai tambahan terhadap anamneses dan pemeriksaan fisik ini mungkin diperlukan berbagai hasil pemeriksaan laboratorium, rontgen, sebelum sampai pada satu kesimpulan mengenai diagnosis.Untuk lembaran anamneses dan pemeriksaan fisik dapat dipergunakan formulir kosong atau formulir dengan catatan penunjuk. Pokok-pokok pengisian anamnese, meliputi :

1. Keluhan utama : pernyataan singkat tentang keadaan dan lamanya gejala yang timbul yang menyebabkan pasien meminta pertolongan medis, berdasarkan laporan yang diucapkan oleh pasien sendiri maupun yang mengantarkan ke dokter.
2. Riwayat penyakit sekarang : penjelasan detail secara kronologis tentang perkembangan penyakit pasien : sejak timbulnya gejala pertama sampai saat ini.
3. Riwayat penyakit yang pernah diderita : satu ringkasan tentang penyakit-penyakit, seperti infeksi akut, kecelakaan, operasi alergi, infeksi, mental metabolik dan lain sebagainya.
4. Keadaan sosial : catatan tentang status perkawinan, kebiasaan, hubungan sosial, pekerjaan dan lingkungannya.
5. Pengamatan ulang sistematik : untuk mengungkapkan gejala-gejala pokok, yang mungkin terlupakan oleh sipasien atau kelihatannya tidak perlu, iniuntuk menentukan seberapa jauh dan teliti pemeriksaan fisik harus dilakukan.

Pemeriksan fisik mencakup 4 langkah dasar yaitu :

1. Inspeksi : melihat ke seluruh bagian tubuh.
2. Palpasi : meraba berbagai bagian tubuh.
3. Perkusi : mengetok daerah tertentu pada tubuh dengan jari tangan/alat, mendengar suaranya dan meneliti tingkat resistensinya.
4. Auskultasi : Mendengar bunyi yang terjadi karena proses fisikologis atau patologis di dalam tubuh.

Perintah medis tertulis adalah petunjuk dokter kepada bagian perawatan dan staf medis/paramedis mengenai semua medikasi dan pengobatan yang diberikan kepada pasien.

Petugas rekam medis dalam meneliti kelengkapan lembaran qperintah dokter, harus mengamati :

1. Semua perintah harus telah ditandatangani oleh pemberi perintah. Perintah yang diberikan secara lisan atau lewat teepon harus ditandatangani oleh si pemberi perintah pada kunjungan berikutnya, yang menunjukkan dia benar-benar bertanggungjawab atas perintah perintah tersebut. Untuk menghindari kekeliruan, diusahakan agar perintah lisan maupun telepon ini tidak sering terjadi.
2. Perintah keluar harus ditulis sebelum pasien meninggalkan rumah sakit. Jika perintah keluar belum ditulis, petugas rekam medis harus meneliti apakah ada pernyataan yang ditandatangani pasien keluar atas tanggungjawab sendiri. Pernyataan ini harus disimpan di dalam rekam medisnya. Dalam hal ini harus ada catatan dari dokternya yang menyatakan bahwa pasien telah keluar tanpa persetujuan.
3. Hasil-hasil pemeriksaan diagnosis yang diperintahkan/dimintakan oleh dokter harus ada di dalam rekam medis. Petugas rekam medis harus berusaha memperolehnya, untuk secepatnya disatukan dengan berkas rekam medis yang bersangkutan.
4. Catatan medik harus diisi laporan-laporan tindakan/pengobatan yang diperintahkan kepada paramedis, seperti terapi inhalasi, occupational terapi, physical terapi, dan sebagainya.

Lembaran ini mencatat secara spesifik perkembangan penyakit pasien yang ditulis dan ditandatangani oleh dokter. Catatan pertama dimulai dengan catatan pada saat pasien masuk, yang seterusnya ditambah selama pasien di dalam perawatan dan diakhiri pada saat pasien keluar atau meninggal. Catatan pada saat pasien untuk; mencatat ringkasan keadaan umum pasien pada saat masuk, terutama fakta-fakta penting yang belum tercatat pada anamnese dan pemeriksaan fisik.Fakta tersebut mungkin didapat dari keluarga pasien, dokter yang mengirim atau dari rumah sakit lain. Catatan selama pasien dalam perawatan memberikan perkembangan ini harus dibuat setiap hari, setiaqp beberapa jam selama fase akutnya seorang pasien, dan seterusnya sesuai dengan perkembangan pasien itu sendiri.Semua tindakan yang dilakukan dicatat jam, tanggal dan jenis tindakannya.Semua catatan harus ditandatangani oleh dokter pemeriksa.

Catatan Perawat/Bidan digunakan oleh petugas perwatan untuk mencatat pengamatan mereka terhadap pasien dan pertolongan perawat yang telah mereka berikan kepada pasien.Catatan ini memberikan gambaran kronologis pertolongan perawat, pengobatan yang diberikan dan reaksi pasien terhadap tindakan tersebut.Catatan ini berfungsi sebagai alat komunikasi antara sesame perawat, antara perawat dan dokter.

Ada empat kegunaan catatan perawat/bidan yaitu :

1. Mencatat keadaan pasien selama tidak dilihat oleh dokter. Ini adalah catatan hal-hal yang penting oleh perawat yang memberikan gambaran perspektif yang jelas tentang perkembangan seorang pasien ditentukan oleh informasi yang dicatat pada lembaran ini. Dengan bantuan catatan perawat yang ditulis secara seksama, seorang dokter dapat mengikuti perkembangan pasiennya, meskipun ia mengunjungi pasien hanya sekali dalam satu hari.
2. Menghemat waktu bagi dokter dan mencegah timbulnya kekeliruan. Tanpa adanya catatan tersebut, gambaran pasien dari waktu ke waktu, kepada petugas yang harus merawat pasien tersebut harus dijelaskan sendirisendiri keadaan seorang pasien. Hal ini tidak saja makan waktu, tetapi juga memungkinkan banyak kesalahan dalam pemberian medikasi dan pengobatan.
3. Sebagai bukti pelaksanaan pekerjaan. Sangat perlu sekali setiap perawat harus mencatat apaapa tindakan yang telah dolakukan sesuai dengan perintah dokter, sehingga dokter dapat melihat hasilnya dan menentukan pengobatan selanjutnya. Untuk pembuktian secara hukum, catatan perawat/bidan berguna sebagai bukti pertolongan yang diberikan maupun bukti reaksi reaksi pasien terhadap pertolongan tersebut.
4. Sebagai salah satu kelngkapan berkas rekam medis. Catatan Perawat/Bidan dimulai pada saat pasien masuk ruang perawatan dan meliputi :

* Tanggal dan jam
* Catatan catatan tentang keadaan pasien, gejala-gejala yang tampak.
* Pengobatan yang dilakukan.

Selama seorang pasien dirawat di rumah sakit, catatan perawat/Bidan harus memuat observasi harian seorang pasien, juga rekam medisasi dan pengobatan yang diberikan.

1. Lembar Grafik.

Lembar grafik memberikan gambaran kepada dokter tentang suhu, nadi, dan pernapasan seorang pasien.Pengisiannya dilakukan oleh petugas perawat, dimulai saat pasien mulai dirawat.Dalam lembaran grafik ini juga dicatat data tekanan darah, pemasukan dan pengeluaran cairan, defikasi.Dapat juga diisi informasi tentang kunjungan dokter, spesimen, untuk laboratorium dll.

1. Tabel Rekaman pemberian obat tepat waktu.

Lembaran ini memberikan gambaran pemberian obat tepat waktu, dilengkapi dengan status alergiobat. Pengisian dilakukan oleh perawat saat pasien mulai dirawat.

1. Hasil Pemeriksaan Laboratorium/Rontgen.

Lembaran ini dipakai untuk meletakkan formulir formulir hasil pemeriksaan laboratorium maupun rontgen yang dilakukan kepada pasien.Cara lmeletakkan formulir- formulir hasil pemeriksaan secara kronologis berdasarkan waktu, dimulai dari bawah terus keatas.

1. Ringkasan Perawatan Pasien (Resume)

Ringkasan dapat ditulis pada lembaran tersendiri yaitu lembar Resume Medis.Pengecualian bagi resume medis ini, terutama untuk pasien yang dirawat < 24 jam, cukup menggunakan resume medis rawat jalan, misalnya kasus kasus One Dace Care (OCD). Tonsilectomy, Adenoidectomy, kecelakaan ringan dan sebagainya.

Tujuan dibuatnya resume ini adalah :

1. Untuk menjamin komunitas pelayanan medis dengan kualitas yang tinggi serta sebagai bahan yang berguna bagi dokter yang menerima pasien apabila pasien tersebut dirawat kembali.
2. Sebagai bahan penilain staf medis rumah sakit.
3. Untuk memenuhi permintaan dari badan badan resmi atau perorangan tentang perawatan seorang pasien, misalnya dari perusahaan asuransi (dengan persetujuan pimpinan).
4. Sebagai bahan informasi bagi dokter yang bertugas, dokter yang mengirim dan konsultan. Hal ini menjadi semacam insentif bagi semua dokter yang diharuskan menulis resume.
5. Untuk diberikan tembusannya kepadaasisten ahli yang memerlukan catatan tentang pasien yang pernah mereka rawat.

Resume ini harus disingkat dan hanya menjelaskan informasi penting tentang penyaki, pemeriksaan yang dilakukan dan pengobatannya. Resume ini harus ditulis segera setelah pasien keluar dan isinya menjawab pertanyaan-pertanyaan Berikut :

1. Mengapa pasien masuk rumah sakit (pertanyaan klinis singkat tentang keluhan utama, dan riwayat penyakit sekarang).
2. Apakah hasil hasil penting pemeriksaan laboratorium, rontgendan fisik (hasil negative mungkin sama pentingnya dengan hasil positif).
3. Apakah pengobatan medis maupun operasi yang diberikan (termasuk respon pasien, komplikasi dan konsultasi).
4. Bagaimana keadaan pasien pada saat keluar ( perlu berobat jalan, mampu bergerak sendiri, mampu untuk bekerja).
5. Apakah anjuran pengobatan perawatan yang diberikan ( nama obat dan dosisnya, tindakan pengobatan lainnya, dirujuk kemana, perjanjian untuk dating lagi).

Di dalam berkas rekam medis, lembaran resume diletakkan sesudah Ringkasan Masuk dan Keluar, dengan maksud memudahkan dokter melihatanya apabila diperlukan. Resume ini harus ditandatangani oleh dokter yang merawat, bagi pasien yang meninggal tidak dibuatkan resume, tetapi dibuatkan laporan sebab kematian.

1. Ketentuan Pengisian Berkas Rekam Medis

Rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Setiap tindakan konsultasi yang dilakukan terhadap pasien, selambat lambatnya dalam waktu 1 X 24 jam harus ditulis dalam lembaran medis.
2. Semua pencatatan harus ditandatangani oleh dokter/tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangannya dan ditulis nama terangnya serta diberi tanggal.
3. Pencatatan yang dibuat oleh mahasiswa kedokteran dan mahasiswa lainnya ditandatangani dan menjadi tanggung jawab dokter yang merawat atau oleh dokter pembimbingnya.
4. Catatan yang dibuat oleh residen harus diketahui oleh dokter pembimbingnya.
5. Dokter yang merawat, dapat memperbaiki kesalahan penulisan dan melakukannya saat itu juga serta dibubuhi paraf.
6. Penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan.
7. Pengolahan Data Rekam Medis.

Semua bentuk catatan, baik hasil rekapitulasi harian, maupun lembaran lembaran formulir rekam medis merupakan bahan yang perlu diolah untuk selanjutnya dipakai sebagai bahan laporan rumah sakit.Sebelqum dilakukan pengolahan, berkas berkas rekam medis tersebut diteliti kelengkapannya baik isi maupun jumlahnya.Rekapitulasi dari sensus harian diolah untuk menyiapkan laporan yang menyangkut kegiatan rumah sakit, sedangkan forqqqmulir formulir rekam medis diolah untuk menyiapkan laporan yang menyangkut morbiditas dan mortalitas.

Kegiatan pengolahan yang dilakukan :

1. **Perakitan (Assembling Rekam Medis**

Perakitan rekam medis rawat jalan meliputi :

1. Identitas pasien rawat jalan mencakup assesmen rawat jalan
2. Assesmen keperawatan rawat jalan
3. Resume poliklinik(summery list)
4. Hasil periksaan penunjang

Peraktitan Rekam Medis Rawat Inap.

* Perakitan rekam medispasien rawat inap untuk kasus anak meliputi :

1. Ringkasan Masuk &Keluar.
2. Pembatas Masuk
3. Surat Dokumen Pengantar.
4. Pengkajian Khusus Pediatrik.
5. Catatan Perkembangan Terintegrasi.
6. Grafik.
7. Hasil Pemeriksaan Laboratorium.
8. Hasil Pemeriksaan Radiodiagnostik.
9. Salinan Resep.
10. Resume/Laporan Kematian.

* Perakitan rekam medis pasien rawat inap untuk kasus Bedah meliputi :

1. Ringkasan Masuk & Keluar.
2. Pembatas Masuk
3. Surat Dokumen Pengantar.
4. Assesmen Awal Rawat inap Medis Bedah.
5. Catatan Preoperasi.
6. Laporan Anestesi.
7. Lembar Informasi Pasca Operasi
8. Catatan Perkembangan Terintegrasi.
9. Grafik.
10. Pengawasan Khusus.
11. Hasil Pemeriksaan Laboratorium
12. Hasil Pemeriksaan Radiodiagnostik.
13. Salinan Resep.
14. Resume/Laporan Kematian.

* Perakitan rekam medis pasien rawat inap untuk kasus Kebidanan meliputi :

1. Ringkasan Masuk & Keluar.
2. Pembatas Masuk
3. Surat Dokumen Pengantar.
4. Lembar Obstetrik.
5. Catatan Persalinan.
6. Partograf
7. Lembaran Bayi Baru Lahir.
8. Catatan Perkembangan Terintegrasi.
9. Grafik.
10. Pengawasan Khusus.
11. Hasil Pemeriksaan Laboratorium
12. Hasil Pemeriksaan Radiodiagnostik.
13. Salinan Resep.
14. Resume/Laporan Kematian.

* Perakitan rekam medis pasien rawat inap untuk kasus Bayi Lahir meliputi :.

1. Ringkasan Masuk & Keluar.
2. Pembatas Masuk
3. Surat Dokumen Pengantar.
4. Riwayat Kelahiran.
5. Idenntifikasi Bayi.
6. Catatan Perkembangan Terintegrasi.
7. Grafik Bayi.
8. Pengawasan Khusus.
9. Hasil Pemeriksaan Laboratorium
10. Hasil Pemeriksaan Radiodiagnostik.
11. Salinan Resep.
12. Resume/Laporan Kematian.
13. **Koding (Coding**

Kegiatan dan tidakan serta diagnosis yang ada di dalam rekam medis harus diberi kode dan selanjutnya diindeks agar memudahakan pelayanan pada penyajian informasi untuk menunjang fungsi perencanaan, managemen dan riset bidang kesehatan.

Kode klasifikasi penyakit oleh WHO (**World Health Organization)**bertujuan untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit, cidera, gejala dan faktor yang mempengaruhi kesehatan.

Sejak tahun 1993 WHO mengharuskan Negara anggotanya termasuk indinesia menggunakan klasifikasi penyakit revisi 10.ICD 10 menggunakan kode kombinasi yaitu menggunakan abjad dan angka (alpha numeric).

Kecepatan dan ketepatan koding dari suatu diagnosis sangat tergantung kepada pelaksana yang menangani rekam medis tersebut yaitu :

* Tenaga medis dalam menetapkan diagnosis
* Tenaga rekam medis sebagai pemberi kode
* Tenaga kesehatan lainnya

Penetapan diagnosis seorang pasien merupakan kewajiban hak dan tanggungjawab dokter (tenaga medis) yang terkait tidak boleh diubah oleh karenanya diagnosis yang ada dalam rekam medisharus diisi dengan lengkap dan jelas sesuai dengan arahan yang ada pada buku ICD 10.

Tenaga rekam medis sebagai pemberi kode bertanggung jawab atas keakuratan kode dari suatu diagnosis yang sudah ditetapkan oleh tenaga medis.Oleh karenanya untuk hal yang kurang jelas atau yang tidak lengkap, sebelum koding ditetapkan, komunikasikan terlebih dahulu pada dokter yang membuat diagnosis tersebut.

Untuk lebih meningkatkan informasi dalam rekam medis, petugas rekam medis harus membuat koding sesuai dengan klasifikasi yang tepat. Disamping kode penyakit, berbagai tindakan lain juga harus dikoding sesuai klasifikasi masing-masing.

* Koding penyakit (ICD-10)
* Pembedahan/Tindakan (ICD-9 CM)
* Koding Obat-obatan
* Laboratorium
* Radiologi
* Alat –alat
* Dan Lain-lain

\***CARA PENGGUNAAN ICD-10**

* Menggunakan buku ICD-10 Volume I berisi tentang :
  + - * 1. Intruduction (pendahuluan)
        2. Kelompok daftar tabulasi
        3. Kode kondisi tertentu.
        4. Petunjuk yang digunakan dalam daftar tabulasi .
        5. Kategori karakteristik perintah.
* Menggunakan buku ICD-10 Volume III berisi tentang :

1. Penggunaan indeks alphabetic
2. Susunan
3. Kode angka
4. Tanda perintah yang ada dalam buku ICD-10 Volume I

* Petunjuk dasar koding

1. Indentifikasi tipe penyakit/luka atau kondisi lain didalam buku

ICD-10 Volume I

1. Cari kata dasar (Lead term)
2. Baca dan catat petunjuk kata dasar (di garis bawahi).
3. Rujuk di buku ICD-10 Volume III
4. Rujuk di buku ICD-10 Volume I
5. ICD 9 CM
6. Tentukan kode penyakit tersebut
7. **Indeksing**

Indeksing adalah membuat tabulasi sesuai dengan kode yang sudah dibuat kedalam indeks-indeks menggunakan kartu indeks tidak boleh mencantumkan nama pasien.

Jenis indeks yang dibuat :

1. **Indeks Pasien**

Adalah data base computer yang berisi nama pasien yang pernah berobat di RSIA.Catherine Booth.

***Informasi yang ada di dalam data base ini adalah :***

* Nama lengkap, jenis kelamin, umur, alamat, tempat dan tanggal lahir, pekerjaan.
* Tanggal berobat jalan maupun rawat inap.

***Kegunaan:***

Data base ini adalah kunci untuk menemukan berkas rekam medis pasien.

***Cara Penyampaian***

* Data base tersusun secara alphabet seperti susunan kata-kata dalam kamus.
* Ata base ini digunakan untuk mencari berkas rekam medis pasien yang tidak membawa kartu berobat sehingga dapat dicari berdasarkan nama pasien.
* Data base dikontrol setiap hari oleh petugas di Unit Rekam Medis sehingga data selalu up to date.

1. **Indeks Penyakit ( Diagnosa ) dan Operasi**

Indeks penyaki dan indeks operasi adalah suatu data base yang menyimpan kode diagnose penyakit maupun tindakan operasi setiap pasien yang berobat di RSIA.Catherine Booth.

***Informasi yang ada didalam data base ini adalah:***

1. Nomor kode diagnose penyakit dan tindakan operasi
2. Judul, bulan, tahun
3. Nomor rekam medis pasien
4. Jenis Kelamin
5. Umur

***Kegunaan :***

Data base ini dapat untuk mengindeks penyakit maupun tidakan operasi sesuai dengan informasi yang diinginkan untuk keperluan sebagai berikut :

1. Mempelajari kasus-kasus terdahulu dari satu penyakit untuk memperoleh pengertian tentang penanggulangan terhadap penyakit-penyakit / masalah-masalah kesehatan pada saat ini.
2. Untukmenguji teori-teori membandingkan data-data tentang penyakit/pengobatan dalam rangka penyuguhan tulisan-tulisan ilmiah
3. Menyuguhkan data untuk keperluan alat-alat baru, tempat tidur dan lain-lain
4. Menilai kualitas pelayanan di RSIA.Catherine Booth. Menyuguhkan data pelayanan yang diperlukan dalam survey kemampuan RSIA.Catherine Booth.
5. Menemukan rekam medis dimana dokternya hanya ingat diagnose atau operasinya, sedangkan nama pasien yang bersangkutan lupa
6. Menyediakan materi pendidikan untuk mahasiswakedokteran, perawat, dll.

***Cara Penyimpanan***

Dengan sistem komputerisasi yang di back up setiap waktu tertentu secara periodik sehingga data rusak atau hilang dapat dicegah.

1. **Indeks Dokter**

Adalah nama dokter yang memberikan pelayanan medik kepada pasien.

***Kegunaannya :***

1. Untuk menilai pekerjaan dokter
2. Bank data dokter bagi RSIA.Catherine Booth.
3. **Indeks kematia**n

Informasi yang tetap dalam indeks kematian:

1. Nama pasien.
2. Nomor Rekam Medis.
3. Jenis kelamin.
4. Umur.
5. Kematian kurang dari sejam post operasi.
6. Dokter yang merawat.
7. Hari perawatan.
8. Wilayah.

***Kegunaan:***

Statistik menilai mutu pelayanan dasar menambah dan meningkatkan peralatan/tenaga.

Cara penyimpanan indeks kematian : Dalam sistem komtuterisasi.

1. **Tata Cara Pemgembalian Kembali Rekam Medis**
2. Pengeluaran Rekam Medis

Ketentuan pokok yang harus ditaatiditempat penyimpanan adalah :

1. Tidak satupun rekam medis boleh keluar dari ruang Rekam Medis, tanpa tanda keluar/kartu permintaan . Peraturan ini tidak hanya berlaku bagi orang-orang di luar rekam medis, tetapi juga bagi petugas rekam medis sendiri.
2. Seseorang yang menerima/meminjam rekam medis, berkewajiban untuk mengembalikan daqlam deadaan baikdan tepat waktunya. Harus dibuat ketentuan berapa lama jangkawaktu satu rekam medis tidak diperbolehkan berada di rak penyimpanan. Seharusnya setiap rekam medis kembali lagi ke raknya pada setiap akhir hari kerja,sehingga dalam keadaan darurat staf rumah sakit dapat mencari informasi yang diperlukan.
3. Rekam medis tidak dibenarkan diambil dari rumah sakit, kecuali atas perintah pengadilan. Dokter-dokter atau pegawai rumah sakit yang berkepentingan dapat meminjam rekam medis, untuk dibawah ke ruang kerjanya selama jam kerja, tetapi semua rekam medis harus dikembalikan ke ruang rekam medis pada akhir jam kerja. Jika beberap rekam medis akan digunakan selama beberapa hari, rekam medis tersebut disimpan dalam tempat sementara di ruang rekam medis. Kemungkinan rekam medis dipergunakan oleh beberapa orang perpindahan dari satu orang ke orang lain ini, harus dilakukan dengan mengisi “Kartu Pindah Tangan” karena dengan cara ini rekam medis tidak perlu bolak balik dikirim ke bagian rekam medis. Kartu pindah tangan ini dikirimkan ke bagian rekam medis, untuk diletakkan sebagai penunjuk keluarnya rekam medis. Kartu pindah tangan tersebut berisi: tanggal, pindah tangan dari siapa, untuk keperluan apa dan digunakan oleh dokter siapa.
4. **Petunjuk Keluar (Outguid**e)

Petunjuk keluar adalah suatu alat yang penting untuk mengawasi penggunaan rekam medis.Dalam Penggunaannya “Petunjuk Keluar” ini diletakkan sebagai pengganti pada tempat map-map rekam medis yang diambil (dikeluarkan) dari rak penyimpanan.Petunjuk keluar tetap berada di rak tersebut, sampai map rekam medis yang diambil (dipinjam) kembali.

Petunjuk keluar yang dipakai berbentuk kartu yang dilengkapi dengankantong temple tempat menyimpan surat penjam. Petunjuk keluar ini dapat diberi warna, yang maksudnya untuk mempercepat petugas melihat tempat-tempat penyimpanan kembali map-map rekam medis yang bersangkutan.Petunjuk keluar ini haruslah dibuat dari bahan (kertas) yang keras dan kuat.

1. **Ketentuan dan Prosedure Penyimpanan Lainnya.**

Ketentuan dasar yang membantu memperlancar pekerjaan pengelolaan rekam medis :

* 1. Pada saat rekam medis dikembalikan ke sub bagian rekam medis, harus disortir menurut nomor, sebelum disimpan. Hal ini membantu menemukan rekam medis yang diperlukan tetapi tidak ada dalam tempat penyimpanan dan memudahkan pekerjaan penyimpanan.
  2. Hanya petugas-petugas rekam medis yang dibenarkan menangani rekam medis, pengecualian diberikan kepada pegawai rumah sakit yang bertugas pada sore hari dan malam hari. Dokter-dokter staf rumah sakit, pegawai-pegawai dari bagian lain tidak diperkenankan mengambil rekam medis dari tempat penyimpanannya. Pada waktu sore hari petugas-petugas kamar darurat atau pengawas perawatan, harus menyimpan rekam medis yang telah dikembalikan pada tempat yang telah ditentukan (di Instalasi Rekam Medis atau bagian lain).
  3. Rekam medis yang sampulnya rusak atau lembarannya lepas, harus segera diperbaiki, untuk mencegah makin rusak/hilangnya lembaran-lembaran yang diperlukan.
  4. Pangamatan terhadap penyimpanan harus dilakukan secara periodik, untuk menemukan salah simpan dan melihat kartu pinjaman yang rekam medisnya belum dikembalikan.
  5. Rekam medis dari pegawai-pegawai sub bagian rekam medis itu sendiri atau rekam medis yang berkenaan dengan proses hukum, jangan disimpan ditempat penyimpanan biasa, harus disimpan ditempat khusus diruang pimpinan bagian rekam medis, sedang ditempat penyimpanan biasa diberi petunjuk.
  6. Petugas penyimpanan harus menjaga kerapian dan teraturnya rak-rak penyimpanan yang menjadi tanggung jawabnya.
  7. Rekam medis yang sedang diproses/dipakai oleh petugas sub bagian rekam medis harus diletakakan diatas meja/rak tertentu dengan maksud bahwa rekam medis tersebut setiap saat dapat dipergunakan.
  8. Rekam medis yang sangat tebal harus dijadikan 2 atau 3 jilid.
  9. Petugas yang mengepalai kegiatan penyimpanan harus membuat laporan rutin kegiatan yang meliputi :
* Jumlah rekam medis yang dikeluarkan setiap hari dari rak penyimpanan untuk memenuhi permintaan.
* Jumlah permintaan darurat.
* Jumlah salah simpan.
* Jumlah rekam medis yang tidak dapat ditemukan.

Data tersebut berguna untuk rencana pengelolaan dan pengawasan rekam medis.

1. **Distribusi Rekam Medis**

Ada berbagai macam cara untuk mengangkut rekam medis di RSIA.Catherine

Booth pengangkutan dilakukan dengan tangan dari satu tempat ke tempat lainnya, oleh karena itu Bagian Rekam Medis harus membuat satu jadwal pengiriman dan pengambilan untuk berbagai bagian yang ada di RSIA.Catherine Booth.Frekuensi pengiriman dan pengambilan ini ditentukan oleh jumlah pemakaian rekam medis.

Petugas Bagian Rekam Medis tidak dapat mengirim satu-satu rekam medis secara rutin pada saat-saat diminta mendadak.Untuk ini bagian-bagian lain yang memerlukan (untuk darurat) harus mengirim petugasnya untuk mengambil sendiri ke Instalasi Rekam Medis.

Distribusi rekam medis yang rutin dilakukan petugas Cirkuler dlakukan pada instalasi :

* Instalasi Rawat Jalan
* Instalasi Rawat Darurat
* Instalasi Laboratorium
* Instalasi Radiologi

**BAB V**

**LOGISTIK**

Instalasi Rekam medis RSIA.Catherine Booth setiap bulan mempunyai permintaan rutin yang terbagi menjadi dua yaitu ATK (Alat Tulis Kantor) dan ART (Alat Rumah Tangga).ATK dan ART jadwal permintaannya setiap hari Senin dan pengambilan hari rabu. Berikut permintaan rutin Instalasi Rekam Medis RSIA.Catherine Booth :

**Cetakan.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NO | NAMA BARANG | JUMLAH  BARANG |
|  | RM 1 Ringkasan Masuk dan Keluar | 2 |
|  | RM 2 Resume Medis | 2 |
|  | RM 3 Assesmen awal rawat inap | 2 |
|  | RM 3.1 Pengkajian awal masuk | 2 |
|  | RM 4 Catatan awal rawat inap | 2 |
|  | RM 4.1 Catatan perkembangan terintegrasi | 2 |
|  | RM 4.2 Daftar Visit dokter | 2 |
|  | RM 5 Catatan perkembangan perawatan | 2 |
|  | RM 5.1 Catatan tindakan perawatan | 2 |
|  | RM 5.2 Pengkajian resiko jatuh | 2 |
|  | RM 5.3 Check list penerimaan pasien baru | 2 |
|  | RM 6 Grafik | 2 |
|  | RM 7 Hasil pemeriksaan laboratorium | 2 |
|  | RM 8 Hasil pemeriksaan Rongten, USG, EKG | 2 |
|  | RM 9 Informed Consent | 2 |
|  | RM 9.1 Penolakan informed consent | 2 |
| NO | NAMA BARANG | JUMLAH  BARANG |
|  | RM 10 Persetujuan tindakan medik anestesi | 2 |
|  | RM 10.1 Laporan anestesi | 2 |
|  | RM 10.2 Catatan anestesi | 2 |
|  | RM 10.3 Laporan operasi | 2 |
|  | RM 10.4 Check list pre operasi | 2 |
|  | RM 10.5 Check list keselamatan pasien operasi | 2 |
|  | RM 10.6 Asuhan keperawatan perioperatif | 2 |
|  | RM 10.7 Monitoring RR Pasca Anestesi | 2 |
|  | RM 11 Lembar konsultasi | 2 |
|  | RM 12 Skema infuse | 2 |
|  | Form B Daftar pemebrian Obat | 2 |
|  | Form C Daftar pemberian makan | 2 |
|  | Form D Bukti Pemeberian Edukasi | 2 |
|  | Form E Daftar obat/alat yang dipakai | 2 |
|  | Form F Lembar Discharge Planning | 2 |
|  |  |  |

**BAB VI**

**KESELAMATAN PASIEN**

Sebagai dokumen yang bersifat rahasia, maka berkas rekam medis wajib dijaga isinya karena isi dari rekam medis adalah milik pasien sedangkan berkas rekam medisnya milik rumah sakit. Untuk jaminan dan kerahasiaan berkas rekam medis RSIA Catherine Booth ditetapkan:

* + - * 1. Setiap petugas rekam medis mengucap sumpah/janji untuk menjaga kerahasiaan rekam medis. Sebagai salah satu syarat menjadi petugas rekam medis yaitu harus mampu menjaga kerahasiaan berkas rekam medis pasien.
        2. Setiap petugas rekam medis memiliki *password* untuk masuk ke SIMRS.
        3. Berkas rekam medis yang dipinjam menggunakan buku ekpedisi peminjaman.
        4. Ruang rekam medis hanya boleh dimasuki oleh petugas rekam medis atau seizin petugas rekam medis.
        5. Ruang rekam medis in aktif letaknya terpisah dan selalu dalam keadaan terkunci.

Setiap dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran wajib menyimpan kerahasiaan yang menyangkut riwayat penyakit pasien yang tertuang dalam rekam medis. Pelanggaran hukum yang berkaitan dengan rekam medis kadang-kadang terjadi baik karena kesengajaan maupun tidak. Pelanggaran dapat berupa lalai dalam membuat atau melengkapi data-data yang harus ditulis dalam rekam medis. Pelanggaran lainnya yang kadang terjadi dapat berupa penyalahgunaan rekam medis, membocorkan isi rekam medis maupun pemalsuan data rekam medis untuk kepentingan tertentu. Rahasia kedokteran tersebut dapat dibuka hanya untuk kepentingan pasien untuk memenuhi permintaan aparat penegak hukum (hakim majelis), permintaan pasien sendiri atau berdasarkan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

Berdasarkan Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana, rahasia kedokteran (isi rekam medis) baru dapat dibuka bila diminta oleh hakim majelis di hadapan sidang majelis. Dokter dan dokter gigi bertanggung jawab atas kerahasiaan rekam medis sedangkan kepala sarana pelayanan kesehatan bertanggung jawab menyimpan rekam medis. Ancaman pidana atas dibukanya rahasia jabatan ditentukan dalam Pasal 322 ayat (1) KUHP, yang menyatakan, barang siapa dengan sengaja membuka suatu rahasia yang wajib disimpan karena jabatan atau pekerjaannya baik yang sekarang maupun yang dahulu, dipidana dengan pidana penjara paling lama sembilan bulan atau denda paling banyak enam ratus rupiah. Atas dibukanya rahasia jabatan selain diatur dalam hukum pidana, juga ditentukan dalam KUH Perdata Pasal 1365, yang menyatakan, bahwa tiap perbuatan melanggar hukum, yang mengakibatkan kerugian bagi orang lain, mewajibkan orang yang karena kesalahannya menyebabkan kerugian itu, mengganti kerugian tersebut.

Pasal 14 Permenkes Rekam Medis menyatakan : Pimpinan sarana pelayanan kesehatan bertanggungjawab atas :

a. Hilangnya, rusaknya, ataupun pemalsuan rekam medis;

b. Penggunaan oleh orang / badan yang tidak berhak terhadap rekam medis.

Berkas rekam medis sebagai milik sarana pelayanan kesehatan harus dipelihara, dan merupakan tanggungjawab pimpinan sarana pelayanan kesehatan untuk menjaga kerahasiaan informasi catatan medis yang terdapat didalamnya. Di samping itu, pimpinan sarana pelayanan kesehatan juga bertanggungjawab atas penggunaannya oleh pihak – pihak tertentu.

**BAB VII**

**KESELAMATAN KERJA**

UU No 23 tahun 1992 menyatakan bahwa tempat kerja wajib menyelenggarakan upaya kesehatan kerja adalah tempat kerja yang mempunyai paling sedikit 10 orang.

Rumah Sakit adalah tempat kerja yang termasuk dalam kategori seperti disebut diatas, berarti wajib menerapkan upaya keselamatan dan kesehatan kerja.Program keselamatan dan kesehatan kerja di Unit Rekam Medis bertujuan melindungi karyawan dan pelanggan dari kemungkinan terjadinya kecelakaan di dalam dan di luar rumah sakit.

Dalam Undang-Undang Dasar 1945 pasal 27 ayat (2) disebutkan bahwa “setiap warga Negara berhak atas pekerjaan dan penghidupan yang layak bagi kemanusiaan”.

Dalam hal ini yang dimaksud pekerjaan adalah pekerjaan yang bersifat manusiawi, yang memungkinkan pekerjaan berada dalam kondisii sehat dan selamat, bebas dari kecelakaan dna penyakit akibeat kerja, sehingga dapat hidup layak sesuai dengan martabat manusia.

Keselamatan dan kesehatan kerja atau K3 merupakan bagian dari integral dari perlindungan terhadap pekerj dalam hal ini pegawai Unit Rekam Medis dan perlindungan terhadap Rumah Sakit.

Pegawai adalah bagian integral dari rumah sakit. Jaminan keselamatan dan kesehatan kerja akan meningkatkan produktivitas pegawai dan meningkatkan produktivitas rumah sakit.

Pemerintah berkepentingan atas keberhasilan dan kelangsungan semua usaha-usaha masyarakat.Pemerintah berkepentingan melindungi masyarakatnya termasuk para pegawai dari bahaya kerja.

Sebab itu pemerintah mengatur dan mengawasi keselamatan dan kesehatan kerja, undang-undang No.1 tahun 1970 tentang keselamatan kerja dimaksudkan untuk menjamin:

1. Agar pegawai dan setiap anggota yang berada ditempat kerja dan selalu berada dalam keadaan sehat dan selamat.
2. Agar factor-faktor produksi dapat di pakai dan digunakan secara efisien.
3. Agar proses produksi dapat berjalan secara lancer tanpa hambatan.

Factor-faktor yang menimbulkan kecelakaan dan penyakit akibat kerja dapat digolongkan pada tiga kelompok, yaitu :

1. Kondisi dan lingkungan kerja
2. Kesadatan dan kualitas pekerja, dan
3. Peranan dan kualitas manajemen.

Dalam kaitannya dengan kondisi dan lingkungan kerja, kecelakaan dan penyakit akibat kerja dapat terjadi bila :

1. Peralatan tidak memenuhi standar kualitas atau bila sudah aus.
2. Alat-alat produksi tidak disusun secara teratur menurut tahapan proses produksi.
3. Ruang kerja terlalusempit, ventilasi udara kurang memadai, ruangan terlalu panas atau terlalu dingin.
4. Tidak tersedia alat-alat pengaman.
5. Kurang memperhatikan persyaratan penanggulangan bahaya kebakaran dll.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dibagian penyimpanan rekam medis :

1. Peraturan keselamatan harus terpampang dengan jelas disetiap bagian penyimpanan.
2. Harus dicegah jangan sampai terjadi, seorang petugas terjatuh ketika mengerjakan penyimpanan pad arak-rak terbuka yang letaknya diatas. Harus tersedia tangga anti tergelincir. Rak rekam medis RSIA.Catherine Booth sudah didesain sedemikian rupa agar petugas tidak memanjat tangga dalam mengambil maupun mengembalikan dokumen rekam medis.
3. Ruang gerak untuk bekerja selebar meja tulis, harus memisahkan rak-rak penyimpanan.
4. Penerangan lampu yang cukup baik, menghindarkan kelelahan penglihatan petugas. Pada penerangan di tempat penyimpanan, ditengah-tengah sela agar memudahkan pencarian pada malam hari.
5. Perlu di perlihatkan pengaturan suhu ruangan, kelembaban, pencegah debu, dan pencegahan bahaya kebakaran.

**BAB VIII**

**PENGENDALIAN MUTU**

Pada dasar upaya peningkatan mutu pelayanan adalah pemilihan aspekq yang akan ditingkatkan dengan menetapkan indicator , kriteria serta standar yang digunakan untuk mengukur mutu pelayana Rumah Sakit yaitu:

1. **DEFINISI INDIKATOR**

Adalah ukuran atau cara mengukur sehingga menunjukan suatu indikasi. Indicator merupakan suatu variable yang digunakan untuk bisa melihat perubahan. Indikator yang baik adalah yang sensitive tapi juga spesifik.

**Kriteria :**

Adalah spesifikasi dari indicator.

**Standar :**

1. Tingkat performance atau keadaan yang dapat diterima oleh seseorang yang berwenang dalam situasi tersebut, atau oleh mereka yang bertanggung jawab atau mempertahankan tingkat performance atau kondisi tersebut
2. Suatu norma atau persetujuan mengenai keadaan atau prestasi yang sangat baik.
3. Suatu ukuran atau patokan untuk mengukur kuantitas, berat, nilai atau mutu.

Dalam melaksanakan upaya peningkatan mutu pelayanan maka harus memperhatikan prinsip dasar sebagai beriku :

1. Aspek yang dipilih untuk ditingkatkan.
2. Keprofesian.
3. Efesiensi.
4. Keamanan pasien.
5. Kepuasan pasien.
6. Sarana dan lingkungan fisik.
7. Indikator yang dipilih.
8. Indicator lebih diutamakan untuk menilai output daripada input dan proses.
9. Bersifat umum, yaitu lebih baik indicator untuk situasi dan kelompok daripada untuk perseorangan.
10. Dapat digunakn untuk membandingkan antar daerah dan antar Rumah Sakit.
11. Dapat mendorong intervensi sejak tahap awal pada aspek yang dipilih untuk di monitor.
12. Didasarkan pada data yang ada.
13. Kriteria yang digunakan.

Kriteria yang digunakan harus dapat diukurdan dihitung untuk dapat menilai indicator, sehinggah dapat sebagai batas yang memisahkan mutu yang baik dan mutu yang tidak baik.

1. Standar yang digunakan.

Standar yang digunakan ditetapkan berdasarkan :

1. Acuan dari berbagai sumber.
2. Banchmarking (studi banding) dengan Rumah Sakit yang setara.
3. Berdaasarkan trend yang menuju kebaikan.

**BAB IX**

**PENUTUP**

Demikianlah Pedoman ini dibuat sebagai acuan dalam penyelenggaraan rekam medis sejalan dengan visi dan misi unit rekam medis yaitu menjadi pusat informasi dan pelayanan data medis untuk meningkatkan pelayanan di RSIA Catherine Booth. Pedoman ini akan diperbaharui sesuai dengan kebutuhan di masa-masa mendatang.

\