PEDOMAN PELAYANAN
INSTALASI REKAM MEDIK



RSST

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO
2022

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO
Jalan KRT. dr. Soeradji Tirtonegoro Nomor 1 Klaten
Telp : (0272) 321020 Fax : (0272) 321104 E-mail : rsupsoeradji_klaten@yahoo.com
RSST

KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. SOERADJI TIRTONEGORO
NOMOR : HK.02.03/III.3.1/20039 /2022

TENTANG

PEDOMAN PELAYANAN INSTALASI REKAM MEDIK
RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR UTAMA RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO

Menimbang :

a. bahwa dalam rangka memberikan acuan dalam penyelenggaraan pelayanan di Instalasi Rekam Medik RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sesuai dengan tugas pokok dan fungsi, perlu adanya Pedoman Pelayanan Instalasi Rekam Medik RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro;
b. bahwa Keputusan Direktur Utama Nomor HK.02.03/II.1/15040/2018 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Rekam Medik RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro perlu dilakukan perubahan sesuai dengan perkembangan pelayanan;
c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, dan b, perlu Menetapkan Keputusan Direktur Utama tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Rekam Medik RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro;

Mengingat :

1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi;
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik;
4. Undang–Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
6. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
7. Peraturan Pemerintah Nomor 10 Tahun 1966 tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran;
8 Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2014 Tentang Sistem lnformasi Kesehatan;
9. Peraturan Pemerintah Republik lndonesia Nomor 71 Tahun 2019 Tentang Penyelenggaraan Sistem dan Transaksi Elektronik;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/ Menkes/ SK/PER/III/2008 tentang Persetujuan Kedokteran;

11. Peraturan Menteri .....

11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2012 Tentang Rahasia Kedokteran;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 Tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan;
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis;
18. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Minimal Pelayanan Rumah Sakit;
19. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/I/650/2018 Tentang Pemberlakuan Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro;
20. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/312/2020 tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan;
21. Peraturan Arsip Nasional Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2018 Tentang Pedoman Pemeliharaan Arsip Dinamis
22. Keputusan Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal Nomor 5/1/IO/KES/PMDN/2018 tentang Izin Operasional Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Sebagai Rumah Sakit Umum Pusat Kelas A;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA TENTANG PEDOMAN PELAYANAN INSTALASI REKAM MEDIK RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO.

KESATU : Menetapkan Pedoman Pelayanan Instalasi Rekam Medik RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan ini

KEDUA : Pedoman Pelayanan Instalasi Rekam Medik RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU, agar dilaksanakan dan digunakan sebagai acuan dalam menyelenggarakan pelayanan di Instalasi Rekam Medik RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro

KETIGA .....

KETIGA : Dengan diberlakukannya Keputusan ini, maka Keputusan Direktur Utama Nomor : HK.02.03/II.1/15040/2018 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Rekam Medik RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi.

KEEMPAT : Segala biaya yang timbul terkait dengan Keputusan ini dibebankan pada DIPA RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

KELIMA : Keputusan Direktur Utama ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan, dengan catatan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapan ini, akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya

Ditetapkan di Klaten
Pada tanggal 3 November 2022

DIREKTUR UTAMA

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

ENDANG WIDYASWATI

LAMPIRAN

KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA

RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. SOERADJI TIRTONEGORO

NOMOR : HK.02.03/ III.3.1/2039 / 2022

TENTANG

PEDOMAN PELAYANAN INSTALASI REKAM MEDIK

KATA PENGANTAR

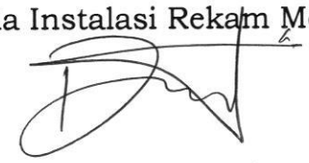
Pedoman Pelayanan Instalasi Rekam Medik RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro disusun untuk memenuhi kebutuhan akan acuan pengelolaan, pelaksanaan, dan evaluasi yang ada di Instalasi Rekam Medik. Pada Pedoman Pelayanan ini dibahas mengenai Standar Ketenagaan, Standar Fasilitas, Tata Laksana Layanan, dan Pengendalian Mutu.

Kami menyadari bahwa dalam penyusunan Pedoman ini masih terdapat banyak kesalahan serta kekurangan. Untuk itu kami mohon maaf dan mohon saran serta masukan kepada semua pihak terkait untuk semakin sempurnanya penyusunan laporan kami selanjutnya.

Ucapan terimakasih disampaikan kepada semua pihak atas kesediaan memberikan masukan, sumbangsih, waktu, pikiran dan tenaga yang tercurah sehingga Pedoman ini dapat diselesaikan. Semoga Pedoman ini dapat bermanfaat.

Klaten, 01 November 2022

Kepala Instalasi Rekam Medik



dr. Dhedy Alther Wicaksono

NIP. 198307032014021001

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL

SURAT KEPUTUSAN .....

KATA PENGANTAR .....

DAFTAR ISI .....

BAB I. PENDAHULUAN .....

A. Latar Belakang .....

B. Tujuan Pedoman .....

C. Ruang Lingkup Pelayanan .....

D. Batasan Operasional .....

E. Landasan Hukum .....

BAB II. STANDAR KETENAGAAN .....

BAB III. STANDAR FASILITAS .....

BAB IV. TATA LAKSANA PELAYANAN .....

BAB V. LOGISTIK .....

BAB VI. KESELAMATAN PASIEN .....

BAB VII. KESELAMATAN KERJA .....

BAB VIII. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI .....

BAB IX. KESELAMATAN DAN KEAMANAN .....

BAB X. KEGAWATDARURATAN BENCANA .....

BAB XI. PENGENDALIAN MUTU .....

BAB XII. PENUTUP .....

LAMPIRAN

KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA

RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. SOERADJI TIRTONEGORO

NOMOR : HK.02.03/III.3.1/ / 2022

TENTANG

PEDOMAN PELAYANAN INSTALASI REKAM MEDIK RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO

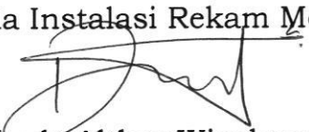
KATA PENGANTAR

Pedoman Pelayanan Instalasi Rekam Medik RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro disusun untuk memenuhi kebutuhan akan acuan pengelolaan, pelaksanaan, dan evaluasi yang ada di Instalasi Rekam Medik. Pada Pedoman Pelayanan ini dibahas mengenai Standar Ketenagaan, Standar Fasilitas, Tata Laksana Layanan, dan Pengendalian Mutu.

Kami menyadari bahwa dalam penyusunan Pedoman ini masih terdapat banyak kesalahan serta kekurangan. Untuk itu kami mohon maaf dan mohon saran serta masukan kepada semua pihak terkait untuk semakin sempurnanya penyusunan laporan kami selanjutnya.

Ucapan terimakasih disampaikan kepada semua pihak atas kesediaan memberikan masukan, sumbangsih, waktu, pikiran dan tenaga yang tercurah sehingga Pedoman ini dapat diselesaikan. Semoga Pedoman ini dapat bermanfaat.

Klaten, 01 November 2022
Kepala Instalasi Rekam Medik



dr. Dhedy Alther Wicaksono
NIP. 198307032014021001

BAB I
PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Tujuan dari rumah sakit adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Rumah sakit melaksanakan upaya pelayanan kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan peningkatan dan pencegahan serta pelaksanaan upaya rujukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit, penyelenggaraan rekam medis merupakan faktor yang menentukan dan mencerminkan baik atau buruknya pelayanan tersebut. Rekam medis pada dasarnya merupakan kumpulan informasi dan dokumen medis seorang pasien yang dicatat dan direkam oleh tenaga kesehatan di rumah sakit berdasarkan rentetan aktivitas selama pasien mendapatkan pelayanan kesehatan mengunjungi atau dirawat di rumah sakit. Informasi tersebut akan dijadikan dasar di dalam menentukan tindakan lebih lanjut dalam upaya pelayanan kesehatan maupun tindakan medis lain yang diberikan kepada seorang pasien yang datang ke rumah sakit. Rekam medis sebagai sumber informasi sangat berguna karena digunakan sebagai landasan menilai kinerja unit pelayanan medis, sehingga dapat digunakan untuk evaluasi kinerja dan kepuasan pasien yang akan mempengaruhi pengambilan keputusan atau penetapan kebijakan selanjutnya. Rekam medis mempunyai pengertian yang sangat luas tidak hanya sekedar kegiatan pencatatan akan tetapi mempunyai pengertian sebagai satu sistem penyelenggaraan suatu instalasi / unit kegiatan. Sedangkan kegiatan pencatatannya sendiri hanya merupakan salah satu bentuk kegiatan yang tercantum di dalam uraian tugas pada unit / Instalasi Rekam Medik.

Instalasi Rekam Medik RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten mempunyai tugas menyelenggarakan dan mengkoordinasikan pelayanan rekam medis dan pemantauan mutu rekam medis di seluruh unit pelayanan dengan tujuan untuk menunjang tertib administrasi dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Fungsi rekam medis yaitu sebagai dasar pemeliharaan dan pengobatan pasien, bahan pembuktian dalam perkara hukum, bahan untuk penelitian dan pendidikan, dasar pembiayaan pelayanan kesehatan dan untuk menyiapkan statistik kesehatan.

Agar penyelenggaraan rekam medis di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten dapat dilaksanakan dengan optimal, maka harus disusun 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.

B. TUJUAN PEDOMAN

1. Tujuan Umum

   Pedoman Pelayanan Instalasi Rekam Medik bertujuan untuk mewujudkan pelayanan rekam medis yang efektif, efisian dan akuntabel dalam rangka mencapai visi dan misi rumah sakit.

2. Tujuan Khusus

   a. Menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, mustahil tertib administrasi di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro akan berhasil sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit.

   b. Memberikan kepastian hukum dalam penyelenggaraan dan pengelolaan Rekam Medis. Rekam medis dapat digunakan sebagai sarana perlindungan hukum terhadap rumah sakit, dokter, dan pasien manakala terjadi konflik hukum dalam sistem pemeliharaan dan pelayanan kesehatan yang melibatkan ketiga pihak tersebut.

   c. Menjamin keamanan, kerahasiaan, keutuhan, dan ketersediaan data Rekam Medis. Perlindungan fisik dan elektronik baik konvensional maupun berbasis komputer secara utuh sehingga menjamin ketersediaan dan kerahasiaan.

d. Mewujudkan penyelenggaraan dan pengelolaan Rekam Medis yang berbasis digital dan terintegrasi. Rekam medis elektronik (RME) bermanfaat sebagai gudang penyimpanan informasi secara elektronik mengenai status kesehatan dan layanan kesehatan yang diperoleh pasien sepanjang hidupnya. Selain itu, penggunaan RME memberikan manfaat kepada dokter dan petugas kesehatan dalam mengakses informasi pasien yang pada akhirnya membantu dalam pengambilan keputusan klinis.

C. RUANG LINGKUP PELAYANAN

Ruang lingkup Instalasi Rekam Medik RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro meliputi :

1. Pendaftaran IGD
2. Pendaftaran Rawat Jalan dan Rawat Inap/ Admisi
3. Penyimpanan dan Distribusi
4. Pengolahan dan Pelaporan Rekam Medis
5. Surat Keterangan Medis & Logistik
6. Rekam Medis Elektronik.

D. BATASAN OPERASIONAL

1. Manajemen Rekam Medis

   Adalah kegiatan penyelenggaraan rekam medis di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro yang terdiri dari koding, indeksing, assembling, penyimpanan rekam medis, pendistribusian rekam medis dan pelaporan rekam medis.

2. Rekam Medis

   Adalah keterangan baik yang tertulis maupun terekam tentang identitas, anamnese, penentuan fisik laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medik yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat.

3. Rekam Medik Elektronik

   Adalah rekam medis yang dibuat dengan menggunakan sistem elektronik yang diperuntukkan bagi penyelenggaraan rekam medis

4. Admisi

   Adalah tempat penerimaan / pendaftaran pasien rawat inap.

5. Tracer

   Adalah pembatas rekam medis atau pengganti dari rekam medis yang sedang di pinjam.

6. ICD 10

   Adalah kepanjangan dari *International Classification of Disease Ten Revision.* ICD 10 digunakan untuk mengkode diagnosa penyakit pasien rawat jalan maupun rawat inap.

7. ICD 9 CM

   Adalah kepanjangan dari *International Classification of Diseases 9th Revision Clinical* Modification. ICD 9 CM digunakan untuk mengkode tindakan / operasi yang dilakukan terhadap pasien rawat jalan maupun rawat inap.

8. Koding

   Adalah suatu kegiatan yang mentransformasikan diagnosis penyakit dan masalah kesehatan lainnya dari kata-kata menjadi suatu bentuk kode, yang memudahkan penyimpanan, retrieval dan analisis data

9. Indeksing

   Adalah membuat tabulasi sesuai dengan kode yang sudah dibuat kedalam indeks-indeks dengan cara mengentry kode penyakit ke dalam computer

10. Asembling

    Adalah proses pengurutan dan perakitan rekam medis yang telah kembali dari unit pelayanan

11. Filing

    Adalah proses menyimpan dokumen rekam medis, menyediakan dokumen rekam medis, meretensi dokumen rekam medis, dan membantu dalam pelaksanaan pemusnahan dokumen rekam medis

12. Surat Keterangan Medis (SKM)

    Adalah keterangan tertulis yang dibuat oleh dokter untuk tujuan tertentu tentang kesehatan atau penyakit pasien, atas permintaan pasien atau permintaan pihak ketiga dengan persetujuan pasien atau atas perintah Undang-Undang, pelayanan SKM meliputi: Surat keterangan diagnosa, surat keterangan kematian, surat keterangan kelahiran, pelayanan administrasi Visum et repertum, dan pengisian formulir asuransi.

E. LANDASAN HUKUM

Instalasi Rekam Medik di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro adalah merupakan bagian yang harus terselenggara sesuai dengan :

Sebagai landasan hukum Pedoman Pelayanan Instalasi Rekam Medik adalah sebagai berikut :

1. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran;
2. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2008 Tentang Informasi dan Transaksi;
3. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2008 Tentang Keterbukaan Informasi Publik;
4. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik;
5. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
6. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
7. Peraturan Pemerintah Nomor 10 Tahun 1966 Tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran;
8. Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2014 Tentang Sistem Informasi Kesehatan;
9. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2019 Tentang Penyelenggaraan Sistem dan Transaksi Elektronik;
10. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 290/Menkes/SK/PER/III/2008 Tentang Persetujuan Kedokteran;
11. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 36 Tahun 2012 Tentang Rahasia Kedokteran;
12. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Penjaminan Kesehatan Nasional;
13. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien;
14. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit;
15. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 42 Tahun 2020 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten;

16. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 26 Tahun 2021 Tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan;
17. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis;
18. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Minimal Pelayanan Rumah Sakit;
19. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.02.02/I/650/2018 Tentang Pemberlakuan Peraturan Internal (Hospital bylaws) RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro;
20. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/312/2020 Tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan;
21. Peraturan Arsip Nasional RI Nomor 9 Tahun 2018 Tentang Pedoman Pemeliharaan Arsip Dinamis;
22. Keputusan Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal Nomor 5/1/IO/KES/PMDN/2018 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Sebagai Rumah Sakit Umum Pusat Kelas A;

BAB II

STANDAR KETENAGAAN

A. KUALIFIKASI SDM

Adapun kualifikasi sumber daya manusia di Instalasi Rekam Medis RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro adalah sebagai berikut :

No	Nama Jabatan	Kualifikasi		Pengalaman kerja	Lain-lain
		Pendidikan	Sertifikasi/ Pelatihan		
	Ka Instalasi	Dokter Minimal D3 RM	-	--	
	Staf Admin	Minimal SMA	Tata persuratan. Komunikasi efektif	--	
	Perekam medik ahli	Minimal d4 perekam medik dan informasi kesehatan	Sistem informasi rumah sakit. Manajemen informasi kesehatan. Komunikasi efektif Sistem kodefikasi penyakit.	--	
	Pengadmin istrasi rekam medis dan informasi	Minimal d3 perekam medik dan informasi kesehatan	Manajemen dasar rekam medis	--	

B. DISTRIBUSI KETENAGAAN

Distribusi ketenagaan sesuai kompetensi masing- masing unit kerja sebagai berikut :

DISTRIBUSI KETENAGAAN	KUALIFIKASI FORMAL & INFORMAL	JUMLAH TENAGA
Kepala Instalasi Rekam Medik	Dokter/D4/D3 Rekam Medis (Pelatihan ICD 10 + Pelatihan Pelaporan RS + Manajemen Rekam Medis. Pengalaman Kerja minimal 5 tahun)	1 orang
Pendaftaran Pasien Instalasi Gawat Darurat	D4/D3 Rekam Medis / D3 Administrasi Rumah Sakit	7 orang
Pendaftaran Pasien Poliklinik dan Admisi ke Rawat Inap	D4/D3 Rekam Medis / SLTA Plus (Pelatihan Customer Service)	10 orang
Filing & Distribusi	D4/D3 Rekam Medis / SLTA Plus (Pelatihan Rekam Medis)	9 orang
Koding	D4/D3 Rekam Medis / SLTA Plus (Pengalaman minimal 2 tahun + Pelatihan Koding Diagnosis	3 orang
Assembling	D3 Rekam Medis / SLTA Plus (Pelatihan Rekam Medis)	1 orang
Analisis & Rekap Sensus Harian Rawat Inap	D4/D3 Rekam Medis / SLTA Plus (Pengalaman minimal 2 tahun + Pelatihan Pelaporan Rumah Sakit	2 orang
Pelaporan	D4/D3 Rekam Medis / SLTA Plus (Pengalaman minimal 2 tahun + Pelatihan Pelaporan Rumah Sakit	3 orang
Surat Keterangan Medis & Logistik	D4/D3 Rekam Medis / SLTA Plus (Pengalaman minimal 2 tahun + Pelatihan Customer Service, Kerahasiaan Informasi Medis, Pelatihan Desain Formulir Rumah Sakit	2 orang

RME	D4/D3 Rekam Medis / SLTA Plus (Pengalaman minimal 2 tahun + Pelatihan Rekam Medis Elektronik, Digitalisasi Rekam Medis)	1 orang
	JUMLAH	**39 orang**

C. PENGATURAN JAGA

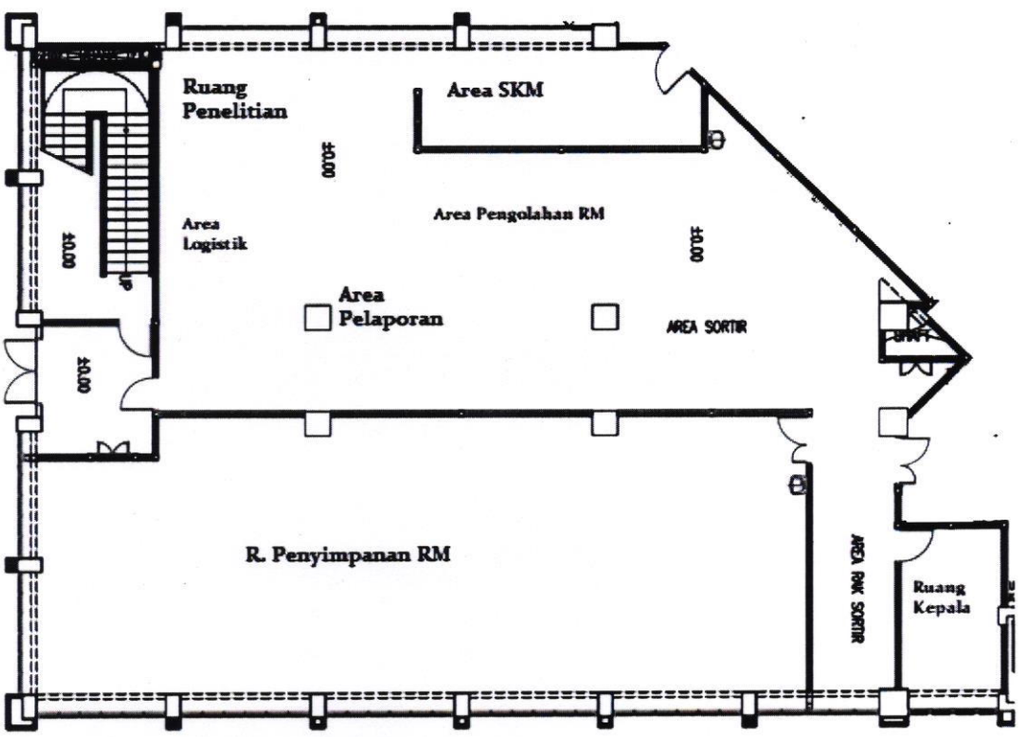
Pengaturan jaga di ruang rawat inap mengacu pada Surat Edaran Nomor: HK.02.03/III.1.1/278/2020 bahwa jumlah kerja minimal adalah 37,5 jam dalam satu minggu baik untuk pegawai dengan lima hari kerja dan enam hari kerja dengan rincian sebagai berikut :

1. **Pengaturan dan penerapan (5) lima hari kerja**
   - Hari Senin s.d Kamis : jam 07.30 – 16.00 WIB
     Waktu istirahat : jam 12.00 – 13.00 WIB
   - Hari Jum'at : jam 07.00 – 16.30 WIB
     Waktu Istirahat : jam 11.30 – 13.00 WIB
2. **Pengaturan dan penarapan (6) enam hari kerja**
   - Hari Senin s.d Kamis : jam 07.00 - 14.00 WIB
   - Hari Jum'at : jam 07.00 – 11.00 WIB
   - Hari Sabtu : jam 07.00 – 12.30 WIB
3. **Pengaturan dan penerapan hari kerja secara bergiliran (shift)**
   - Dinas Pagi : jam 07.00 – 14.00 WIB
   - Dinas Siang : jam 14.00 – 20.00 WIB
   - Dinas Malam : jam 20.00 – 07.00 WIB

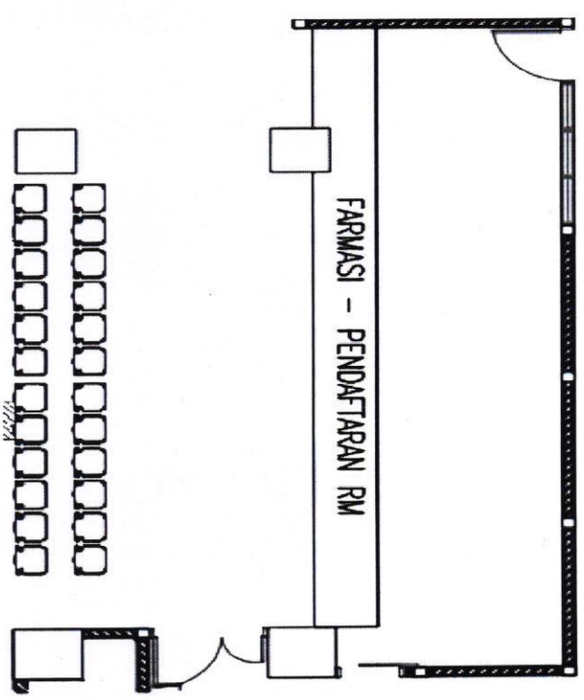
BAB III

STANDAR FASILITAS

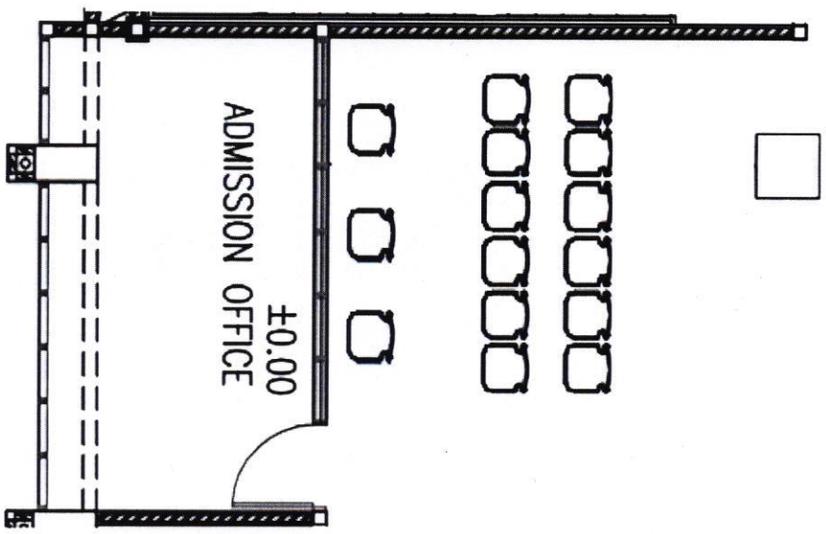
A. DENAH RUANG INSTALASI REKAM MEDIK



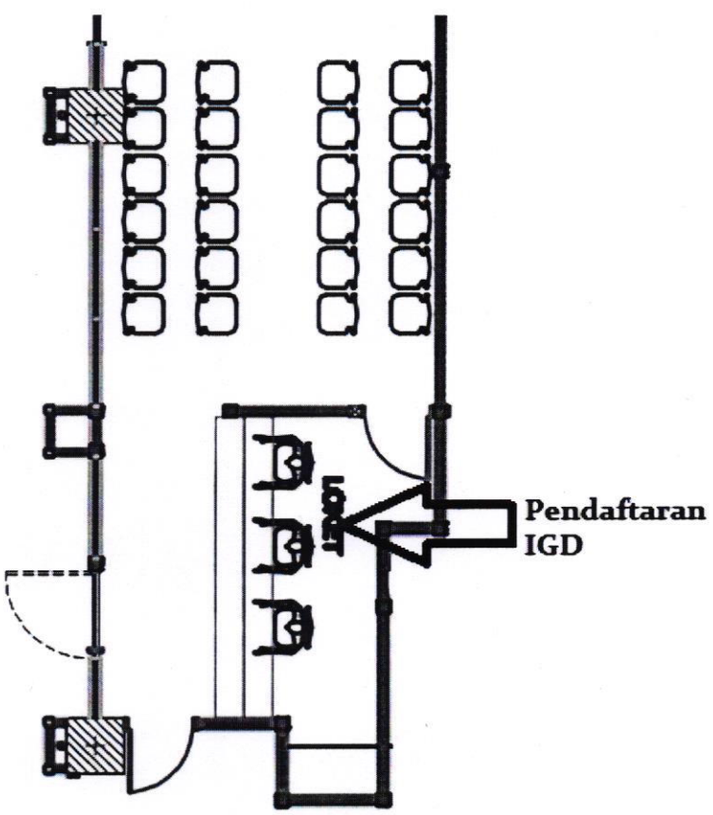
Gambar 1. Denah Ruangan Rekam Medis (Induk)



Gambar 2. Denah Ruangan Pendaftaran Rawat Jalan



Gambar 3. Denah Ruangan Admisi



Gambar 4. Denah Ruangan Pendaftaran IGD

B. STANDAR FASILITAS RUANG INSTALASI REKAM MEDIK

Fasilitas adalah segala sesuatu hal yang menyangkut Sarana, Prasarana alat medik maupun alat non medik yang dibutuhkan oleh rumah sakit dalam memberikan pelayanan yang sebaik-baiknya bagi pasien. Standarisasi alat dan sarana prasarana di rumah sakit di atur dalam **Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 24 Tahun 2016 tentang Persyaratan teknis bangunan dan prasarana rumah sakit.**

Standar fasilitas di Instalasi Rekam Medik sebagai berikut:

a. letak ruang rekam medis harus memiliki akses yang mudah dan cepat ke ruang rawat jalan dan ruang gawat darurat.
b. Desain tata ruang rekam medis harus dapat menjamin keamanan penyimpanan berkas rekam medis.

No	Nama Ruangan	Persyaratan Ruangan	Keterangan
1	Ruangan Administrasi	▪ Luas ruangan disesuaikan dengan jumlah petugas, dengan perhitungan 3-5 m^2 /petugas ▪ Total pertukaran udara minimal 6 kali per jam ▪ Intensitas cahaya minimal 100 lux	Luasan total ruangan disesuaikan dengan kajian kebutuhan
2	Ruangan Kepala Rekam Medik	Umum	
3	Ruangan Petugas Rekam Medik	Umum	
4	Ruangan Arsip Aktif	▪ Luas ruangan tergantung jumlah arsip dan jenis pelayanan ▪ Persyaratan ruangan seperti persyaratan umum	
5	Ruangan Arsip Pasif	▪ Luas ruangan tergantung jumlah arsip dan jenis pelayanan ▪ Persyaratan ruangan seperti peryaratan umum	

Kebutuhan ruangan di ruang rekam medis disesuaikan dengan jenis kebutuhan pelayanan serta ketersediaan SDM di Rumah Sakit

C. STANDAR FASILITAS INSTALASI REKAM MEDIK

1. Daftar Inventaris Peralatan di Manajemen Rekam Medis

a. Daftar inventaris barang di ruang Pendaftaran

No	Nama Barang	Spesifikasi	Jumlah
1	Lemari Besi/Metal	VIP/Lemari Arsip	1
2	Meja kerja kayu	½ Biro	2
3	Kursi Besi/Metal	Chitos, Kursi Operator, Kursi putar berlengan	7
4	TV Display Informasi	32"/TV LCD + Bracket	1
5	Loudspeaker	Krezt Was 8412 N	1
6	UPS	APC 650 VA	6
7	Telephone mobile	Samsung Galaxy M31	1
8	PC Unit	Dell, Desktop Core	7
9	Printer	barcode (4) Epson LX-310, L220	6

Tabel 2. Inventaris Ruang Pendaftaran

b. Daftar inventaris barang di ruang *Filing*

No	Nama Barang	Spesifikasi	Jumlah
1	Pompa Tangan	Dragon	1
2	Sepeda	New Phoenix, Sepeda Lipat	2
3	Thermohygrometer	Safix TH 303	2
4	Lemari Kayu	Lokal Pintu 1/ Almari Pasien	1
5	Rak besi	Rak arsip susun	2
6	Rak Kayu		10
7	Mobile File	Elite EMF	5
8	Loker	Lemari loker	1
9	Roll O Pack	Roll O Pack ME	1
10	Tabung Pemadam Api	Apar serbuk 4.5 kg	1
11	Spinkler	APAR spinkler	16
12	Acces Control System	Kunci Magnetic/Fingerspot	1
13	Meja kerja kayu	½ Biro	3

14	Kursi Kayu	Dingklik	6
15	Kursi Kayu	Lokal/alas kayu	2
16	Kursi Besi/Metal		16
17	Meja resepsionis	Nurse Station	3
18	AC Split	LG, Sharp 2 PK, Sanyo, panasonic,Daikin	6
19	Kipas Angin	National	1
20	Lampu	Emergency Lamp	1
21	Utility Trolly	Trolly rekam medis	5
22	PC Unit	HP Compaq	1
23	Printer	Auto Cutter Epson, Epson L220	3
24	Helmet	Helm Warna	4
25	Tangga	Tangga Plastik	3

Tabel 3. Inventaris Ruang Filing/Penyimpanan

c. Daftar inventaris barang di ruang SKM, Pelaporan & Pengolahan

No	Nama Barang	Spesifikasi	Jumlah
1	Mesin Ketik Elektronik	Brother GX-7650, Brother GX-7651	2
2	Risograf	Riso CV 3230	1
3	Lemari Besi	VIP	1
4	Lemari Kayu		6
5	Rak Kayu		25
6	Tabung pemadam Api		1
7	Alat Penghancur Kertas	ZSA Auto 75	1
8	Meja Kerja Besi/Metal		2
9	Meja Kerja Kayu		11
10	Kursi Besi/Metal		19
11	Kursi Kayu	Kayu (6), Vinil (1)	7
12	Meja Komputer	Lokal	2
13	Meja Resepsionis	Nurse Station	7
14	Unit Power Supply	ICA	6

15	Lemari Es	Mitsubishi	1
16	Tangga	Dingklik	2
17	Utility Trolly	Troli Linen (1), Trolly Angkut(1)	2
18	PC Unit		11
19	Laptop		3
20	Printer	Epson Inkjet L360, Epson L300+, Epson L360,	3
21	Helmet	Helm Warna	4
22	Buku lainnya	Paket ICD-X (20 buku)	1 paket

Tabel 4. Inventaris Ruang SKM, Pelaporan & Pengolahan

BAB IV

TATA LAKSANA PELAYANAN

A. PELAYANAN INSTALASI REKAM MEDIS

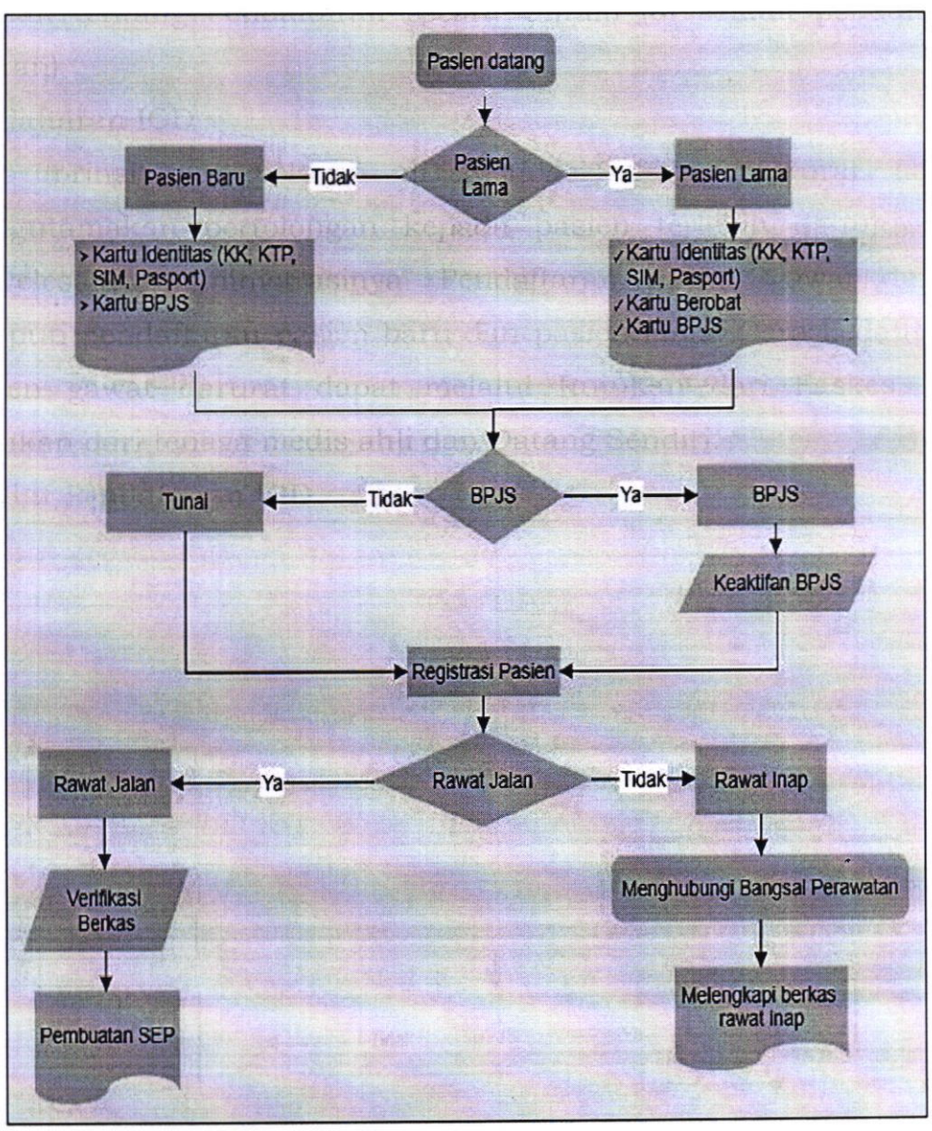
1. PENDAFTARAN

Ketentuan tentang Pendaftaran secara Umum (di semua pendaftaran dilakukan)

a. Pendaftaran IGD

Pada prinsipnya, pelayan di Instalasi Gawat darurat adalah mengutamakan pertolongan kepada pasien terlebih dahulu baru penyelesaian administrasinya. Pendaftaran pasien gawat darurat meliputi pendaftaran pasien baru dan pasien lama. Cara kedatangan pasien gawat darurat dapat melalui Rujukan dari Faskes Lain, Rujukan dari tenaga medis ahli dan Datang Sendiri.

1) Alur Pendaftaran IGD



2) Ketentuan Khusus Pendaftaran IGD

a) Pasien yang datang ke Instalasi Gawat Darurat akan mendapatkan penanganan awal di rawat darurat terlebih dahulu.

b) Jika pasien sudah sadar dan dapat diwawancarai, petugas rekam medis mendatangi pasien/keluarga untuk mendapatkan identitas selengkapnya.

c) Petugas rekam medis mengecek data identitas di komputer untuk mengetahui apakah pasien pernah dirawat/berobat di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

d) Bagi pasien yang pernah berobat/dirawat maka petugas mencari nomor rekam medis pasien di data induk pasien.

e) Bagi pasien yang belum pernah dirawat/berobat di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro maka diberikan nomor rekam medis baru.

f) Pasien yang sudah melakukan pendaftaran maka akan membawa dokumen pendaftaran dan pengantar gawat darurat untuk melanjutkan perawatan di ruang rawat darurat.

g) Setelah mendapat pelayanan yang cukup, ada beberapa kemungkinan dari setiap pasien yaitu:

(1) Pasien bisa langsung pulang.

(2) Pasien dirujuk/dikirim ke rumah sakit lain.

(3) Pasien harus dirawat.

h) Jika pasien bisa langsung pulang petugas akan memverifiksi berkas rekam medis pasien kemudian mencetakkan jaminan pembayaran pasien untuk menyelesaikan administrasi pasien pulang.

i) Jika pasien dirujuk/dikirim ke rumah sakit lain petugas akan mencetakkan jaminan pembayaran dan rujukan untuk pasien/keluarga.

j) Jika pasien harus dirawat maka petugas akan mencarikan kamar perawatan/bangsal perawatan sesuai dengan jaminan pembayaran dan keinginan pasien/keluarga pasien. Petugas akan memberi penjelasan mengenai :

(1) Jenis pembayaran

(2) Tarif akomodasi ruang perawatan

(3) Hak dan Kewajiban pasien/keluarga pasien.

h) Menginformasikan kondisi pasien ke ruang perawatan/bangsal perawatan yang dituju sesuai dengan surat pengantar rawat inap, apakah tersedia atau tidak. Jika ruang perawatan/bangsal perawatan tersedia maka petugas akan mengisi rekam medis dan meminta tanda- tangan pasien/keluarga pasien untuk formulir

(1) Pendaftaran rawat inap

(2) Hak dan kewajiban pasien/keluarga

(3) Persetujuan umum

Sebagai bukti bahwa petugas telah menerangkan tentang formulir tersebut.

i) Setelah pasien/keluarga pasien menyelesaikan administrasi petugas mengantarkan rekam medis ke perawat / dokter rawat IGD. Kemudian petugas pengantar pasien akan mengantarkan pasien/keluarga ke ruang perawatan/bangsal perawatan.

b. Pendaftaran Rawat Jalan

Tata cara penerimaan pasien yang akan berobat ke poliklinik ataupun yang akan dirawat adalah sebagian dari sistem prosedur pelayanan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro. Dapat dikatakan bahwa disinilah pelayanan pertama kali yang diterima oleh seorang pasien saat tiba di rumah sakit, maka tidaklah berlebihan bila dikatakan bahwa di dalam tata cara penerimaan inilah seorang pasien mendapatkan kesan baik ataupun tidak baik dari pelayanan rumah sakit. Tata cara melayani pasien dapat dinilai baik bilamana dilaksanakan oleh petugas dengan sikap yang ramah, sopan, tertib dan penuh tanggung jawab.

1) Alur Pendaftaran Rawat Jalan

Dilihat dari segi pelayanan di rumah sakit, pasien yang datang dapat dibedakan menjadi :

a) Pasien yang dapat menunggu (pasien yang datang tidak dalam keadaan gawat)

b) Pasien yang harus segera ditolong (pasien gawat darurat).

Sedang menurut jenis kedatangannya pasien dapat dibedakan menjadi :

a) Pasien baru : adalah pasien yang baru pertama kali datang ke RS untuk keperluan berobat.
b) Pasien lama : adalah pasien yang pernah datang sebelumnya ke RS untuk keperluan berobat

Kedatangan pasien ke RS dapat terjadi karena :

a) Dikirim oleh dokter praktek di luar RS
b) Dikirim oleh Rumah Sakit lain, Puskesmas, atau jenis pelayanan kesehatan lainnya.
c) Datang atas kemauan sendiri.

2) Ketentuan Khusus Pendaftaran Rawat Jalan

Ketentuan-ketentuan yang harus diperhatikan dalam pendaftaran pasien adalah :

a) Setiap pasien yang datang di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro untuk keperluan berobat, baik rawat Jalan, rawat darurat maupun rawat inap harus melalui Tempat Penerimaan / Pendaftaran Pasien (TPP);
b) Setiap Pasien hanya mempunyai satu nomor Rekam Medis (RM) yang akan dicantumkan pada Kartu Berobat. Pemberian nomor RM hanya untuk pasien baru dengan cara unit (*Unit Numbering System*), yaitu pada saat seorang pasien berkunjung pertama kali di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro baik sebagai pasien rawat jalan, maupun rawat darurat kepadanya diberikan satu nomor yang akan dipakai selamanya untuk kunjungan selanjutnya.

Setiap pasien yang datang berobat baik rawat jalan, rawat darurat maupun rawat inap hanya mempunyai satu Rekam Medis yang terintegrasi, yang dibuat oleh dokter atau tenaga kesehatan lain yang memberi pelayanan langsung kepada pasien segera setelah pasien menerima pelayanan.

3) Jenis Pendaftaran berdasarkan kedatangan pasien :

a) Pasien Baru

Setiap pasien baru diterima di registrasi dan akan diwawancarai oleh petugas guna mendapatkan data identitas yang akan ditulis di berkas rekam medis dan di entry pada komputer.

Setiap pasien baru akan memperoleh nomor pasien yang juga akan dicetak pada kartu berobat sebagai kartu pengenal, yang harus dibawa pada setiap kunjungan berikutnya di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro, baik sebagai pasien berobat 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 dirujuk/dikirim ke rumah sakit lain.
- Pasien harus dirawat.

Untuk pasien yang harus dirawat, dokter yang merujuk membuat rujukan berisi alasan pasien harus dirawat inap, bisa berupa diagnosa, tindakan medis, ataupun tindakan penunjang lainnya. Jika pasien yang harus dirawat rekam medisnya akan dikirim keruang perawatan.

b) Pasien Lama

Pendaftaran Pasien Rawat Jalan di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dapat dilakukan dengan cara datang langsung, melalui Website, aplikasi *Whatsapp*, SMS (*Short Message Service*) serta paket pelayanan.

Pasien lama datang ke TPP Rawat Jalan dan akan diwawancarai oleh petugas, guna mendapatkan informasi nomor rekam medis, dan tujuan berobat. Setelah menunjukan nomor rekam medis dan tujuan berobat, pasien dipersilahkan menunggu poliklinik yang dimaksud, sementara rekam medisnya dimintakan oleh petugas registrasi ke bagian penyimpanan berkas rekam medis. Setelah rekam medisnya dikirim ke poliklinik, pasien akan mendapat pelayanan di poliklinik dimaksud.

c. Pendaftaran Admisi/ Pendaftaran Rawat Inap

Pendaftaran rawat inap adalah tempat dimana pasien mendaftar untuk mendapatkan pelayanan rawat inap setelah pemeriksaan oleh dokter. Pembinaan dan pelaksanaan pekerjaan penerimaan pasien dengan baik menciptakan tanggapan yang baik dari pasien-pasien

yang baru masuk, menjamin kelancaran dan kelengkapan catatan-catatan serta menghemat waktu dan tenaga. Untuk lancarnya proses penerimaan pasien 4 hal berikut ini perlu diperhatikan, yaitu :

- Petugas yang kompeten.
- Cara penerimaan pasien yang tegas dan jelas (*clear cut*).
- Ruang kerja yang menyenangkan.
- Lokasi yang tepat dari bagian penerimaan pasien.

1) Alur Pendaftaran Admisi

Prosedur pasien untuk masuk untuk dirawat

a) Pasien yang sudah memenuhi syarat atau peraturan untuk dirawat, setiap saat dapat menanyakan pada petugas pendaftaran rawat inap apakah ruangan yang diperlukan sudah tersedia.

b) Apabila ruangan sudah tersedia

(1) Pasien segera mendaftar di pendaftaran rawat inap

(2) Pada saat mendaftar pasien/ keluarga akan mendapat penerangan tentang :

- Kapan dapat masuk
- Jenis cara bayar serta tarif-tarifnya.
- Peraturan selama pasien dirawat.

(3) Petugas mengisi rekam medis dan meminta tanda tangan dan nama terang pasien/keluarga sebagai bukti telah diterangkan informasi yang terdapat dalam formulir :

- Surat Masuk Rawat Inap
- Pendaftaran Rawat Inap
- Persetujuan Umum
- Bukti Daftar Tunggu (apabila pasien termasuk pasien yang masuk daftar tunggu)

(4) Selesai pengurusan pendaftaran rawat inap, berkas dilimpahkan kepada petugas untuk diantar ke ruangan rawat inap

2) Aturan penerimaan pasien

Untuk memperlancar tugas-tugas bagian lain yang erat hubungannya dengan proses penerimaan pasien, aturan penerimaan pasien perlu ditetapkan.

Aturan yang baik harus memenuhi hal-hal berikut :

- Bagian penerimaan pasien bertanggung jawab sepenuhnya mengenai pencatatan seluruh informasi yang berkenaan dengan diterimanya seorang pasien.
- Bagian penerimaan pasien harus segera memberitahukan bagian-bagian lain terutama bagian yang berkepentingan langsung, setelah diterimanya seorang pasien untuk dirawat.
- Semua bagian harus memberitahukan bagian penerimaan pasien, apabila seorang pasien diizinkan meninggalkan rumah sakit.
- Membuat catatan yang lengkap, terbaca dan seragam harus disimpan oleh semua bagian selama pasien dirawat.

3) Ketentuan Umum Pendaftaran Admisi

Ketentuan Umum Penerimaan Pasien Rawat Inap

- Semua pasien yang menderita segala macam penyakit, selama ruangan dan fasilitas yang memadai tersedia dapat diterima di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro
- Tanpa diagnosa yang tercantum dalam surat permintaan dirawat, pasien tidak dapat diterima.
- Sedapat mungkin tanda tangan persetujuan untuk tindakan operasi dan sebagainya (apabila dilakukan) dilaksanakan sebelum pasien dirawat.
- Pasien dapat diterima, apabila :

1) Ada surat perintah rawat inap yang mempunyai wewenang untuk merawat pasien
2) Dikirim oleh dokter poliklinik.
3) Dikirim oleh dokter Instalasi Gawat Darurat.

2. PENYIMPANAN

a. Penyimpanan Rekam Medis Non Elektronik

1) Ruang penyimpanan

a) Ruang penyimpanan rekam medis non elektronik menggunakan pintu dengan finger lock untuk melindungi rekam medis dari pihak yang tidak memiliki hak akses ke ruang rekam medis.

b) Rekam medis non elektronik disimpan dalam rak Roll O pack berjumlah 68 rak untuk menjaga kerusakan.

c) Ruang penyimpanan rekam medik dilengkapi dengan APAR untuk melindungi berkas rekam medis dari bahaya kebakaran.

d) Ruang penyimpanan rekam medis non elektronik dipantau suhunya tidak lebih dari 27°C dan kelembabannya tidak lebih dari 60% menggunakan Termohygrometer untuk mencegah kerusakan rekam medis

2) Sistem Penyimpanan

Sistem penyimpanan rekam medis non elektronik yang digunakan adalah sistem sentralisasi. Sistem sentralisasi adalah sistem penyimpanan berkas rekam medis pasien dalam satu kesatuan baik catatan-catatan kunjungan rawat jalan, rawat darurat maupun rawat inap.

3) Sistem penjajaran

Sistem penjajaran rekam medis yang digunakan adalah sistem angka akhir/ Terminal Digit Filling System (TDF). Sistem penjajaran dengan sistem angka akhir yaitu suatu sistem penyimpanan dokumen rekam medis dengan mensejajarkan dokumen rekam medis berdasarkan urutan nomor rekam medis pada 2 angka kelompok akhir.

4) Sistem Penyusutan

a) Rekam medis non elektronik yang aktif disimpan di ruang rekam medis aktif

b) Rekam medis non elektronik yang aktif disusutkan dan diubah status menjadi rekam medis non elektronik tidak aktif jika selama 5 tahun sejak kunjungan terakhir pasien tidak pernah berobat lagi.

c) Rekam medis non elektronik tidak aktif disimpan di dalam rak penyimpanan rekam medis non elektronik tidak aktif selama 2 tahun.

d) Setelah 2 tahun rekam medis non elektronik tidak aktif dapat diusulkan untuk dimusnahkan.

5) Sistem Pemusnahan

a) Pemusnahan rekam medis non elektronik dilakukan oleh Tim Pemusnahan Arsip RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

b) Petugas rekam medis mengusulkan pemusnahan rekam medis non elektronik yang sudah tidak memiliki nilai guna pada tim pemusnahan arsip RSUP dr.Soeradji Tirtonegoro Klaten.

c) Rekam medis non elektronik yang berhubungan dengan kasus hukum, penelitian dan mengandung nilai sejarah dapat dilakukan pemusnahan setelah jangka waktu 10 tahun.

d) Rekam medis non elektronik dapat diusulkan dimusnahkan dengan cara mengambil lembar penting dari rekam medis non elektronik dan membuat daftar pertelaan usulan rekam medis non elektronik yang diusulkan untuk dimusnahkan pada Tim Pemusnahan Arsip RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

Lembar penting yang masih disimpan dari berkas rekam medis non elektronik yang diusulkan dimusnahkan meliputi:

(1) Rangkuman Riwayat Kesehatan Pasien (Summary List)
(2) Ringkasan Pulang (Discharge Summary)
(3) Persetujuan Tindakan Medik (Informed Consent)
(4) Persetujuan Umum (General Consent)
(5) Laporan Operasi
(6) Keterangan Kematian
(7) Keterangan Kelahiran
(8) Ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik tersebut harus disimpan untuk jangka waktu 10 (sepuluh) tahun terhitung dibuatnya ringkasan tersebut.

6) Peminjaman Rekam Medis Non Elektronik

Rekam medis non elektronik boleh dipinjam untuk keperluan internal maupun eksternal meliputi kepentingan medis, administrasi, hukum, keuangan , penelitian dan pendidikan. Rekam medis non elektronik yang dipinjam dicatat di buku ekspedisi peminjaman rekam medis.

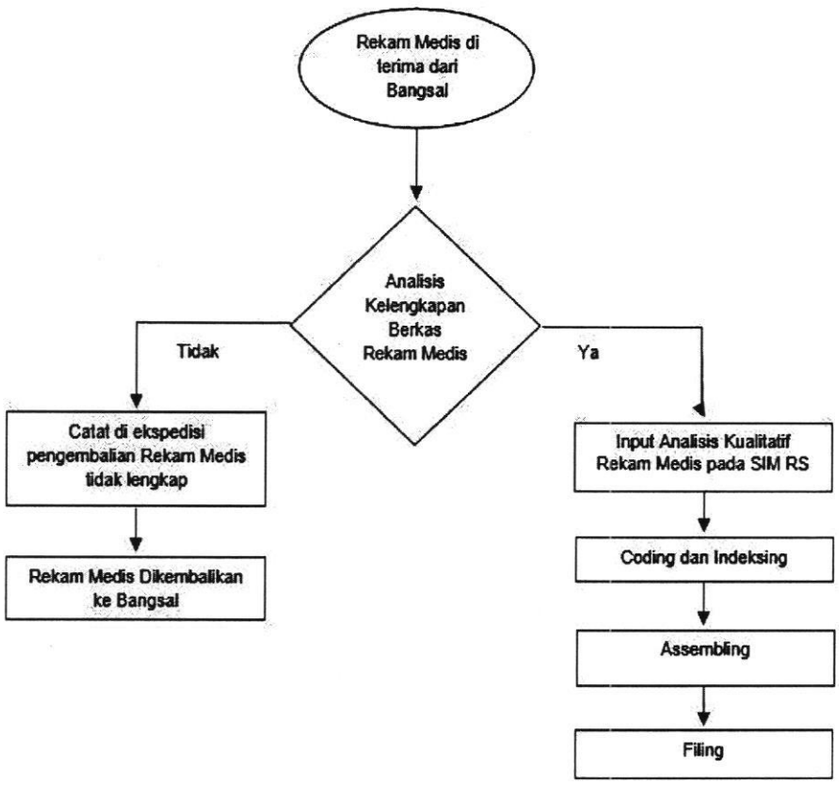
7) Penyimpanan Rekam Medis Elektronik

Penyimpanan data Rekam Medis Elektronik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dilakukan paling singkat 25 (dua puluh lima) tahun sejak tanggal kunjungan terakhir Pasien. Setelah batas waktu berakhir, data Rekam Medis Elektronik dapat dikecualikan untuk dimusnahkan apabila data tersebut masih akan dipergunakan atau dimanfaatkan. Pemusnahan Rekam Medis Elektronik dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

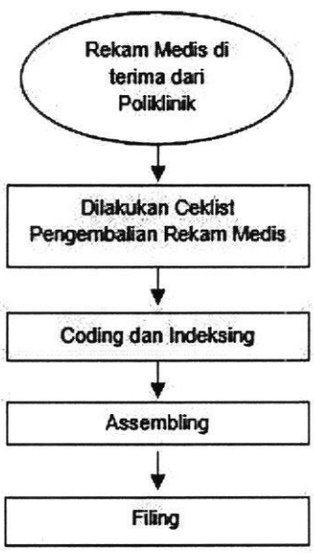
3. PENGOLAHAN

a. Alur Pengembalian Berkas Rekam Medis

1) Alur Pengembalian Berkas Rekam Medis Rawat Inap



2) Alur Pengembalian Berkas Medis Rawat Jalan



b. Analisis Kelengkapan Rekam Medis

Mutu pelayanan kesehatan dapat dicapai dengan penilaian beberapa aspek, salah satunya adalah kualitas kelengkapan pengisian berkas rekam medis. Kelengkapan pengisian berkas rekam medis harus mencapai angka 100% selama 1x24 jam setelah pasien keluar rumah sakit. Rekam medis sebagai catatan perjalanan penyakit pasien merupakan berkas yang pengisiannya harus terisi secara lengkap. Ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis akan mengakibatkan catatan yang termuat menjadi tidak sinkron serta informasi kesehatan pasien terdahulu sulit diidentifikasi.

Analisis kelengkapan Rekam Medis di RSUP dr.Soeradji Tirtonegoro Klaten dilakukan secara kuantitatif pada rekam medis rawat inap, yaitu menilai jumlah kelengkapan pengisian rekam medis yang kembali dalam waktu 1x24 jam setelah selesai pelayanan dengan beberapa instrument penilaian. adapun instrument penilaian kelengkapan rekam medis rawat inap antara lain:

1) Rawat Inap Non Operasi
   a) Formulir atau rekam medis rawat jalan dan IGD
   b) Formulir DPJP
      (1) Pemberian Informasi
      (2) Tanda tangan Pasien/ Keluarga
      (3) Tanda tangan DPJP
   c) Discard Summary
      (1) Tanggal masuk, tanggal keluar, nama terang DPJP
      (2) Diagnosa Utama, Diagnosa Komplikasi, dan Penyebab Kematian*
      (3) Hasil penunjang yang berhubungan dengan diagnose
      (4) Tanda Tangan DPJP
   d) Surat Kematian*
      (1) Tanda tangan DPJP pada lembar 1 dan 2
      (2) Penyebab kematian pada lembar 2
   e) Formulir Clinical Pathway**

*) jika pasien meninggal dunia

**) diagnose pasien sesuai dengan diangnosa yang ditemtukan SK Clinical Pathway oleh Substansi Pelayanan Medik dan Keperawatan RSST

2) Rawat Inap Operasi
   a) Formulir atau rekam medis rawat jalan dan IGD
   b) Formulir DPJP
      (1) Pemberian Informasi
      (2) Tanda tangan Pasien/ Keluarga
      (3) Tanda tangan DPJP
   c) Discard Summary
      (1) Tanggal masuk, tanggal keluar, nama terang DPJP
      (2) Diagnosa Utama, Diagnosa Komplikasi, dan Penyebab Kematian*
      (3) Hasil penunjang yang berhubungan dengan diagnose
      (4) Tanda Tangan DPJP
   d) Informed Consent Operasi
      (1) Nama dan Tanda tangan dokter operasi
      (2) Nama dan Tanda tangan penerima informasi (pasien)
      (3) Nama dan Tanda tangan persetujuan operasi (pasien)
      (4) Nama dan Tanda tangan saksi keluarga
      (5) Nama dan Tanda tangan saksi rumah sakit
   e) Informed Consent Anestesi
      (1) Nama dan Tanda tangan Pemberi Informasi dan Edukasi
      (2) Nama dan Tanda tangan penerima Informasi dan Edukasi
      (3) Nama dan Tanda tangan saksi keluarga
      (4) Nama dan Tanda tangan saksi rumah sakit
   f) Laporan Operasi
      (1) Nama/ macam operasi
      (2) Laporan Operasi
      (3) Nama dan Tanda tangan dokter operasi
   g) Laporan Anestesi
      (1) Nama/ macam anestesi
      (2) Nama dan Tanda tangan dokter anestesi
   h) Surat Kematian*
      (1) Tanda tangan DPJP pada lembar 1 dan 2
      (2) Penyebab kematian pada lembar 2

i) Formulir Clinical Pathway**

*) jika pasien meninggal dunia

**) diagnose pasien sesuai dengan diangnosa yang ditemtukan SK Clinical Pathway oleh Substansi Pelayanan Medik dan Keperawatan RSST

3) Rawat Inap Bayi/ Perinatologi

a) Formulir atau rekam medis rawat jalan dan IGD

b) Formulir DPJP

(1) Pemberian Informasi

(2) Tanda tangan Pasien/ Keluarga

(3) Tanda tangan DPJP

c) Discard Summary

(1) Tanggal masuk, tanggal keluar, nama terang DPJP

(2) Diagnosa Utama, Diagnosa Komplikasi, dan Penyebab Kematian *

(3) Hasil penunjang yang berhubungan dengan diagnose

(4) Tanda Tangan DPJP

d) Surat Kematian*

(1) Tanda tangan DPJP pada lembar 1 dan 2

(2) Penyebab kematian pada lembar 2

e) Formulir Identifikasi bayi

f) Formulir Serah Terima Bayi

(1) Nama dan Tanda Tangan Bapak bayi

(2) Nama dan Tanda Tangan Ibu bayi

(3) Nama dan tanda tangan petugas

c. Coding dan Indeksing

1) Coding

Diagnosis dan prosedur yang ada di dalam rekam medis harus diberi kode dan selanjutnya diindeks agar memudahkan pelayanan pada penyajian informasi untuk menunjang fungsi perencanaan, manajemen, dan riset bidang kesehatan.

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

Sejak tahun 1993 WHO mengharuskan negara anggotanya termasuk Indonesia menggunakan klasifikasi penyakit revisi-10, International Statical Clasification Deseasses and Health Problem 10 Revice. ICD 10 menggunakan kode kombinasi yaitu menggunakan abjad dan angka (*alpha numeric*).

Kecepatan dan ketepatan *coding* diagnosis dan prosedur sangant bergantung kepada pelaksana yang menangani rekam medis tersebut yaitu:

- Tenaga medis dalam menetapkan diagnosis
- Perekam medis sebagai pemberi kode
- Tenaga kesehatan lainnya.

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

Perekam 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, perekam medis akan mengkonfirmasi terlebih dahulu pada dokter yang membuat diagnosis tersebut.

Untuk lebih meningkatkan informasi dalam rekam medis, perekam medis harus memberikan kode sesuai dengan klasifikasi yang tepat. Disamping kode penyakit, berbagai prosedur lain juga harus dikoding sesuai klasifikasi masing-masing.

CARA PENGGUNAAN ICD – 10

a) 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
b) Menggunakan buku ICD - 10 Volume III berisi tentang :
   (1) Penggunaan Index Alfabetic
   (2) Susunan
   (3) Kode angka

(4) Tanda perintah yang ada dalam buku ICD - 10 Volume I

c) Petunjuk dasar koding

(1) Indentifikasi tipe panyakit/luka atau kondisi lain di dalam buku ICD-10 Vol. I.

(2) Cari kata dasar (Lead term)

(3) Baca dan catat petunjuk kata dasar (di garis bawahi).

(4) Rujuk di buku ICD - 10 Volume III

(5) Rujuk di buku ICD - 10 Volume I

(6) Tentukan kode penyakit tersebut

2) Indeksing

Indeksing adalah membuat tabulasi sesuai dengan kode yang sudah dibuat kedalam indeks-indeks dengan cara mengentry kode penyakit ke dalam computer.

Jenis indeks yang dibuat:

a) Indeks Pasien

Pengertian :

Adalah database komputer yang berisi nama semua pasien yang pernah berobat di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro. Informasi yang ada di dalam data base ini adalah:

(1) Nama lengkap, jenis kelamin, umur, alamat, tempat dan tgl lahir, pekerjaan.

(2) Tanggal berobat jalan maupun rawat inap.

Kegunaan:

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

Cara Penyampaian :

(1) Data base tersusun secara alphabet seperti susunan kata-kata dalam kamus.

(2) Data base ini digunakan untuk mencari berkas rekam medis pasien yang tidak membawa kartu berobat sehingga dapat dicari berdasarkan nama pasien.

(3) Data base di kontrol setiap hari oleh Petugas di Unit Rekam Medis sehingga data selalu up to date.

b) Indeks Penyakit (Diagnosis) dan Operasi

Pengertian :

Indeks penyakit dan indeks operasi adalah suatu *database* yang menyimpan kode diagnosis penyakit maupun prosedur operasi setiap pasien yang berobat di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro. Informasi yang ada didalam *database* ini adalah:

(1) Nomor Kode Diagnosis penyakit atau prosedur operasi
(2) Judul, Bulan, Tahun
(3) Nomor rekam medis
(4) Jenis Kelamin
(5) Umur.

Kegunaan :

Database ini dapat untuk mengindeks penyakit maupun prosedur operasi sesuai dengan informasi yang diinginkan untuk keperluan sbb:

(1) Mempelajari kasus-kasus terdahulu dari satu penyakit untuk memperoleh pengertian tentang penanggulangan terhadap penyakit-penyakit/masalah-masalah kesehatan pada saat ini.
(2) Untuk menguji teori-teori membandingkan data-data tentang penyakit/pengobatan dalam rangka penyuguhan tulisan-tulisan ilmiah
(3) Menyuguhkan data untuk menyusun keperluan alat-alat baru, tempat tidur dan lain-lain.
(4) Menilai kualitas pelayanan di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.
(5) Menyuguhkan data pelayanan yang diperlukan dalam survey kemampuan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.
(6) Menemukan rekam medis dimana dokternya hanya ingat diagnosa atau operasinya, sedangkan nama pasien yangn bersangkutan lupa.
(7) Menyediakan materi pendidikan untuk mahasiswa kedokteran, perawat, dll.

Cara penyimpanan:

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

c) Indeks Dokter

Pengertian :

Adalah data base yang berisi nama dokter yang memberikan pelayanan medik kepada pasien.

Kegunaan :

(1) Untuk menilai pekerjaan dokter.

(2) Bank data dokter bagi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

d) Indeks Kematian

Informasi yang tetap dalam indeks kematian:

(1) Nama penderita

(2) Nomor Rekam Medis

(3) Jenis Kelamin

(4) Umur

(5) Kematian : kurang dari sejam post operasi

(6) Dokter yang merawat

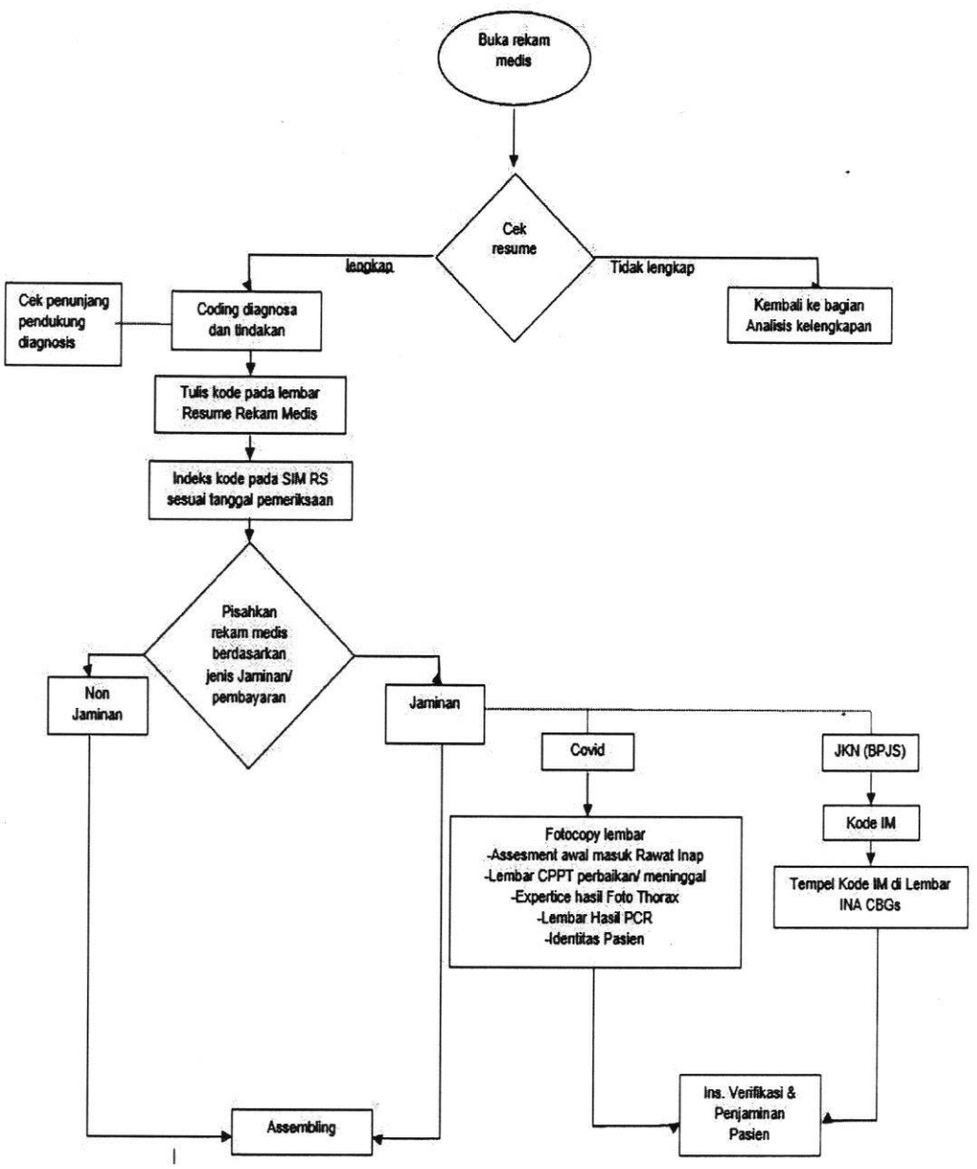
(7) Hari Perawatan

(8) Wilayah.

Kegunaan :

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

3) Alur Coding, Indeksing (Statistik dan Penjaminan)



4) Perakitan (Assembling) Rekam Medis

a)	Urutan Asembling Rekam Medis Rawat Jalan		
	1)	Riwayat Kesehatan Pasien (Summary List)	RM 1
	2)	Pengkajian Awal Pasien Per Klinik (bisa dari print ERM)	
	3)	Hasil Pemeriksaan Lanjutan Pasien Rawat Jalan Terintegrasi	RM 8
	4)	Persetujuan Umum	RM 23

b)	Urutan Asembling Rekam Medis Rawat Darurat Secara Umum			
	1)	Riwayat Kesehatan Pasien (Summary List)		RM 1
	2)	Triase IGD		
	3)	Asuhan Keperawatan IGD		
	4)	Asesmen Dokter IGD		
	5)	Rekonsiliasi Obat		RM 3
	6)	Catatan perkembangan pasien terintegrasi		RM 35
	7)	Pemberian Informasi dan Edukasi Pasien Terintegrasi		RM 38
	8)	Pencatatan terintegrasi evaluasi pemberian edukasi untuk pasien dan keluarga		RM 38C
	9)	Ringkasan Pulang Pasien IGD (Bila Pasien Pulang/Tidak Rawat Inap)		RM 19
	10)	Catatan Pasien Pindah Ruang Rawat (Bila Pasien Rawat Inap)		RM 71
	11)	Pemantauan Tanda Vital Pasien IGD (Bila Pasien Memerlukan Observasi Lebih Lanjut)		RM 15
	12)	Pemberian Informasi & Persetujuan/Penolakan Tindakan (Bila Dilakukan Tindakan)		
	13)	Pengkajian Pasien Untuk Pemeriksaan Diagnosti/ Tindakan (Untuk Pasien Yang Memerlukan Pemeriksaan Diagnostik)		RM 72
	14)	Untuk Pasien Rujukan		
		a)	Lembar Rujukan Dari Fasyankes Lain (Bila Pasien Rujukan)	
		b)	Pengkajian Kebutuhan Transportasi Eksternal	RM 73
		c)	Pemantauan Pasien Dalam Transportasi Eksternal	RM 74
		d)	Rujukan Pasien	RM 75
		e)	Pengembalian Pasien Rujukan	RM 76

	15)	Pemberian Informasi Menolak / Menghentikan Rawat Inap	RM 77
	16)	Permohonan DNR (Do Not Resusitation)	RM 81A
	17)	Formulir DNR (Jangan Dilakukan Resusitasi)	RM 81B
	18)	Kriteria Masuk Dan Keluar Ruang Rawat Intensif	RM 84
	19)	Konsultasi (Untuk Pasien Yang Memerlukan Konsultasi Terhadap Dokter Spesialis)	RM 85
c)	Urutan Assembling Rekam Medis Rawat Darurat Pasien Kebidanan		
	1)	Triase IGD	
	2)	Asuhan Keperawatan IGD	
	3)	Asesmen Dokter IGD	
	4)	Pengkajian Kebidanan	
	5)	Pemantauan Proses Persalinan(Partograf)	RM 17
	6)	Rekonsiliasi Obat	RM 3
	7)	Catatan Terintegrasi	RM 35
	8)	Pemberian Pendidikan Kesehatan Pasien Interdisiplin	RM 38A
d)	Urutan Assembling Rekam Medis Rawat Darurat Pasien Penyakit Kandungan/Gynekologi		
	1)	Triase IGD	
	2)	Asuhan Keperawatan IGD	
	3)	Asesmen Dokter IGD	
	4)	Asesmen Gynekologi IGD Hal 1	RM 14A
	5)	Asesmen Gynekologi IGD Hal 3	RM 14B
	6)	Asesmen Gynekologi IGD Hal 5	RM 14C
	7)	Rekonsiliasi Obat	RM 3
	8)	Catatan Terintegrasi	RM 35
	9)	Pemberian Pendidikan Kesehatan Pasien Interdisiplin	RM 38A

e)	Urutan Assembling Rekam Medis Rawat Darurat Pasien Neonatus		
	1)	Pengkajian Pasien Neonatus IGD Hal 1	RM 13A
	2)	Lanjutan Pengkajian Pasien Neonatus IGD Hal 3	RM 13B
	3)	Lanjutan Pengkajian Pasien Neonatus IGD Hal 5	RM 13C
	4)	Rekonsiliasi Obat	RM 3
	5)	Catatan Terintegrasi	RM 35
	6)	Pemberian Pendidikan Kesehatan Pasien Interdisiplin	RM 38A
f)	Urutan Assembling Rekam Medis Rawat Inap Dewasa Secara Umum		
	1)	Surat Masuk Rawat Inap	RM 20
	2)	Pendaftaran Rawat Inap	RM 21
	3)	Peraturan Dan Tata Tertib Pasien Rawat Inap Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro (Hak Dan Kewajiban Pasien/Keluarga)	RM 22
	4)	Persetujuan Umum	RM 23
	5)	Rekam Penerimaan Orientasi Dan Informasi Pasien Baru	RM 24
	6)	Lembar Dokter Penanggung Jawab Pelayanan	RM 25
	7)	Pengkajian Awal Pasien Rawat Inap Hal 1	RM 26A
	8)	Lanjutan Pengkajian Awal Pasien Rawat Inap Hal 3	RM 26B
	9)	Lanjutan Pengkajian Awal Pasien Rawat Inap Hal 5	RM 26C
	10)	Lanjutan Pengkajian Awal Pasien Rawat Inap Hal 7	RM 26D
	11)	Catatan Terintegrasi	RM 35
	12)	Asuhan Kefarmasian	RM 36
	13)	Instruksi & Pemberian Serta Pemantauan Obat Pasien	RM 37

	14)	Pemberian Pendidikan Kesehatan Pasien Interdisiplin	RM 38A
	15)	Pemberian Pendidikan Kesehatan Pasien Interdisiplin	RM 38B
	16)	Implementasi dan Catatan Perkembangan Keperawatan	RM 40
	17)	Pemantauan Tanda Vital	RM 41
	18)	Lembar Hasil Pemeriksaan Penunjang	RM 45
	19)	Hasil EKG	RM 46
	20)	Survei Infeksi Rs	RM 47
	21)	Checklist Pemulangan Hal 1	RM 48A
	22)	Ringkasan Pulang Hal 1	RM 49A
	23)	Ringkasan Pulang Hal 2	RM 49B
g)	Urutan Assembling Rekam Medis Rawat Inap Anak Secara Umum		
	1)	Surat Masuk Rawat Inap	RM 20
	2)	Pendaftaran Rawat Inap	RM 21
	3)	Peraturan Dan Tata Tertib Pasien Rawat Inap Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro (Hak Dan Kewajiban Pasien/Keluarga)	RM 22
	4)	Persetujuan Umum	RM 23
	5)	Rekam Penerimaan Orientasi Dan Informasi Pasien Baru	RM 24
	6)	Lembar Dokter Penanggung Jawab Pelayanan	RM 25
	7)	Pengkajian Awal Pasien Rawat Inap Anak Hal 1	RM 33A
	8)	Lanjutan Pengkajian Awal Pasien Rawat Inap Anak Hal 3	RM 33B
	9)	Lanjutan Pengkajian Awal Pasien Rawat Inap Anak Hal 5	RM 33C
	10)	Catatan Terintegrasi	RM 35
	11)	Asuhan Kefarmasian	RM 36
	12)	Instruksi & Pemberian Serta Pemantauan	RM 37

		Obat Pasien	
	13)	Pemberian Pendidikan Kesehatan Pasien Interdisiplin	RM 38A
	14)	Pemberian Pendidikan Kesehatan Pasien Interdisiplin	RM 38B
	15)	Implementasi dan Catatan Perkembangan Keperawatan	RM 40
	16)	Pemantauan Tanda Vital	RM 41
	17)	Lembar Hasil Pemeriksaan Penunjang	RM 45
	18)	Hasil EKG	RM 46
	19)	Survei Infeksi Rs	RM 47
	20)	Checklist Pemulangan Hal 1	RM 48A
	21)	Ringkasan Pulang Hal 1	RM 49A
	22)	Ringkasan Pulang Hal 2	RM 49B
h)	Urutan Assembling Rekam Medis Rawat Inap Perinatologi Secara Umum		
	1)	Surat Masuk Rawat Inap	RM 20
	2)	Pendaftaran Rawat Inap	RM 21
	3)	Peraturan Dan Tata Tertib Pasien Rawat Inap Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro (Hak Dan Kewajiban Pasien/Keluarga)	RM 22
	4)	Persetujuan Umum	RM 23
	5)	Rekam Penerimaan Orientasi Dan Informasi Pasien Baru	RM 24
	6)	Lembar Dokter Penanggung Jawab Pelayanan	RM 25
	7)	Pengkajian Bayi Baru Lahir Hal 1	RM 27L
	8)	Lanjutan Pengkajian Bayi Baru Lahir Hal 3	RM 27M
	9)	Lanjutan Pengkajian Bayi Baru Lahir Hal 5	RM 27N
	10)	Pengkajian Awal Pasien Perinatologi Hal 1	RM 29 A
	11)	Lanjutan Pengkajian Awal Pasien Perinatologi Hal 3	RM 29 B

	12)	Pemantauan Harian Perinatologi	RM 30
	13)	Identifikasi Bayi	RM 31
	14)	Lembar Serah Terima Bayi	RM 32
	15)	Catatan Terintegrasi	RM 35
	16)	Asuhan Kefarmasian	RM 36
	17)	Instruksi & Pemberian Serta Pemantauan Obat Pasien	RM 37
	18)	Pemberian Pendidikan Kesehatan Pasien Interdisiplin	RM 38A
	19)	Pemberian Pendidikan Kesehatan Pasien Interdisiplin	RM 38B
	20)	Implementasi dan Catatan Perkembangan Keperawatan	RM 40
	21)	Pemantauan Tanda Vital	RM 41
	22)	Lembar Hasil Pemeriksaan Penunjang	RM 45
	23)	Hasil EKG	RM 46
	24)	Survei Infeksi RS	RM 47
	25)	Checklist Pemulangan Hal 1	RM 48A
	26)	Ringkasan Pulang Hal 1	RM 49A
	27)	Ringkasan Pulang Hal 2	RM 49B
i)	Urutan Assembling Rekam Medis Rawat Inap Kebidanan Secara Umum		
	1)	Surat Masuk Rawat Inap	RM 20
	2)	Pendaftaran Rawat Inap	RM 21
	3)	Peraturan Dan Tata Tertib Pasien Rawat Inap Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro (Hak Dan Kewajiban Pasien/Keluarga)	RM 22
	4)	Persetujuan Umum	RM 23
	5)	Rekam Penerimaan Orientasi Dan Informasi Pasien Baru	RM 24
	6)	Lembar Dokter Penanggung Jawab Pelayanan	RM 25
	7)	Pemantauan Proses Persalinan(Partograf)	RM 17
	8)	Laporan Persalinan	RM 28

	9)	Catatan Terintegrasi	RM 35
	10)	Asuhan Kefarmasian	RM 36
	11)	Instruksi & Pemberian Serta Pemantauan Obat Pasien	RM 37
	12)	Pemberian Pendidikan Kesehatan Pasien Interdisiplin	RM 38A
	13)	Pemberian Pendidikan Kesehatan Pasien Interdisiplin	RM 38B
	14)	Implementasi dan Catatan Perkembangan Keperawatan	RM 40
	15)	Pemantauan Tanda Vital	RM 41
	16)	Lembar Hasil Pemeriksaan Penunjang	RM 45
	17)	Hasil EKG	RM 46
	18)	Survei Infeksi Rs	RM 47
	19)	Checklist Pemulangan Hal 1	RM 48A
	20)	Ringkasan Pulang Hal 1	RM 49A
	21)	Ringkasan Pulang Hal 2	RM 49B
j)	Urutan Assembling Rekam Medis Rawat Inap Penyakit Kandungan Secara Umum		
	1)	Surat Masuk Rawat Inap	RM 20
	2)	Pendaftaran Rawat Inap	RM 21
	3)	Peraturan Dan Tata Tertib Pasien Rawat Inap Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro (Hak Dan Kewajiban Pasien/Keluarga)	RM 22
	4)	Persetujuan Umum	RM 23
	5)	Rekam Penerimaan Orientasi Dan Informasi Pasien Baru	RM 24
	6)	Lembar Dokter Penanggung Jawab Pelayanan	RM 25
	7)	Asesmen Awal Rawat Inap Ginekologi Hal 1	RM 27H
	8)	Lanjutan Asesmen Awal Rawat Inap Ginekologi Hal 3	RM 27I
	9)	Lanjutan Asesmen Awal Rawat Inap	RM 27J

		Ginekologi Hal 5	
	10)	Asuhan Kefarmasian	RM 36
	11)	Instruksi & Pemberian Serta Pemantauan Obat Pasien	RM 37
	12)	Pemberian Pendidikan Kesehatan Pasien Interdisiplin	RM 38A
	13)	Pemberian Pendidikan Kesehatan Pasien Interdisiplin	RM 38B
	14)	Implementasi dan Catatan Perkembangan Keperawatan	RM 40
	15)	Pemantauan Tanda Vital	RM 41
	16)	Lembar Hasil Pemeriksaan Penunjang	RM 45
	17)	Hasil EKG	RM 46
	18)	Survei Infeksi Rs	RM 47
	19)	Checklist Pemulangan Hal 1	RM 48A
	20)	Ringkasan Pulang Hal 1	RM 49A
	21)	Ringkasan Pulang Hal 2	RM 49B
k)	Formulir yang dapat ditambahkan sesuai kondisi pasien		
	1)	Pemberian Informasi Tindakan Transfusi Darah	RM 50
	2)	Daftar Tilik Pemberian Transfusi Darah	RM 51
	3)	Persetujuan/Penolakan Tindakan Transfusi Darah	RM 52
	4)	Pemberian Informasi & Persetujuan/Penolakan Tindakan Kedokteran (Operasi)	RM 53
	5)	Pemberian Informasi & Persetujuan/Penolakan Tindakan Kedokteran	RM 54
	6)	Pemberian Informasi & Persetujuan/Penolakan Tindakan Kedokteran (Hemodialisa)	RM 54HD
	7)	Pemberian Informasi & Edukasi Tindakan	RM 56

		General & Regional Anestesi	
	8)	Konsultasi Anestesi	RM 58
	9)	Asesmen Pra Operasi	RM 59
	10)	Daftar Tilik Preferivikasi Pasien Operasi/Tindakan Invasif	RM 60
	11)	Catatan Asuhan Keperawatan Perioperasi	RM 61
	12)	Daftar Tilik Keselamatan Bedah	RM 62
	13)	Daftar Tilik Keselamatan Pasien Tindakan Infasiv Selain Di Kamar Operasi	RM 63
	14)	Laporan Anestesi/Sedasi	RM 64
	15)	Laporan Anestesi Lokal	RM 65
	16)	Laporan Operasi	RM 66
	17)	Lembar Monitoring Pencegahan Jatuh Pasien Rawat Inap Jiwa	RM 68A
	18)	Lembar Monitoring Pencegahan Jatuh Pasien Rawat Inap Anak	RM 68B
	19)	Lembar Monitoring Pencegahan Jatuh Pasien Rawat Inap Dewasa	RM 68C
	20)	Pengkajian Fungsional ADL Barthel Index	RM 69
	21)	Form Skrining Lanjut	RM 70
	22)	Catatan Pasien Pindah Ruang Rawat	RM 71
	23)	Pengkajian Pasien Untuk Pemeriksaan Diagnosti/ Tindakan	RM 72
	24)	Pengkajian Kebutuhan Transportasi Eksternal	RM 73
	25)	Pemantauan Pasien Dalam Transportasi Eksternal	RM 74
	26)	Rujukan Pasien	RM 75
	27)	Pengembalian Pasien Rujukan	RM 76
	28)	Pemberian Informasi Menolak / Menghentikan Rawat Inap	RM 77
	29)	Pengkajian Pasien Terminal	RM 78
	30)	Permohonan Bimbingan Pelayanan Kerohanian	RM 79
	31)	Permohonan Second Opinion (Konsultasi	RM 80

		Dokter Lain	
	32)	Permohonan DNR (Do Not Resusitation)	RM 81A
	33)	Formulir DNR (Jangan Dilakukan Resusitasi)	RM 81B
	34)	Penjelasan Minimal Terapi	RM 82
	35)	Monitoring Pemeriksaan Sliding Scale	RM 83
	36)	Kriteria Masuk Dan Keluar Ruang Rawat Intensif	RM 84
	37)	Konsultasi	RM 85
	38)	Jadwal Alih Baring	RM 87
	39)	Form Asuhan Gizi Rawat Inap	RM 88

5) Setting

Setting rekam medis adalah penyusunan rekam medis rawat inap baru sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

a)	Pasien Rawat Inap Dewasa		
	1)	Formulir Pendaftaran Rawat Inap	RM 21
	2)	Formulir Peraturan dan tata tertib pasien rawat inap	RM 22
	3)	Formulir Persetujuan Umum	RM 23
	4)	Formulir rekam penerimaan orientasi dan informasi pasien baru	RM 24
	5)	Asesmen awal pasien rawat inap	RM 26A
	6)	Asesmen awal pasien rawat inap	RM 26B
	7)	Asesmen awal pasien rawat inap	RM 26C
	8)	Asesmen awal pasien rawat inap	RM 26D
	9)	Catatan perkembangan pasien terintegrasi	RM 35
	10)	Instruksi dan pemberian serta pemantauan obat pasien	RM 37
	11)	Implementasi dan Catatan Perkembangan Keperawatan	RM 40
	12)	Pemantauan Tanda Vital	RM 41
	13)	Lembar Hasil Pemeriksaan Penunjang	RM 45
	14)	Survei Infeksi Rumah Sakit	RM 47

	15)	Checklist Pemulangan	RM 48
b)	Pasien Rawat Inap Anak		
	1)	Formulir Pendaftaran Rawat Inap	RM 21
	2)	Formulir Peraturan dan tata tertib pasien rawat inap	RM 22
	3)	Formulir Persetujuan Umum	RM 23
	4)	Formulir rekam penerimaan orientasi dan informasi pasien baru	RM 24
	5)	Asesmen awal pasien rawat inap anak	RM 33A
	6)	Asesmen awal pasien rawat inap anak	RM 33B
	7)	Asesmen awal pasien rawat inap anak	RM 33 C
	8)	Catatan perkembangan pasien terintegrasi	RM 35
	9)	Instruksi dan pemberian serta pemantauan obat pasien	RM 37
	10)	Implementasi dan Catatan Perkembangan Keperawatan	RM 40
	11)	Pemantauan Tanda Vital	RM 41
	12)	Lembar Hasil Pemeriksaan Penunjang	RM 45
	13)	Survei Infeksi Rumah Sakit	RM 47
	14)	Checklist Pemulangan	RM 48
c)	Pasien Rawat Inap Gynecologi		
	1)	Formulir Pendaftaran Rawat Inap	RM 21
	2)	Formulir Peraturan dan tata tertib pasien rawat inap	RM 22
	3)	Formulir Persetujuan Umum	RM 23
	4)	Formulir rekam penerimaan orientasi dan informasi pasien baru	RM 24
	5)	Asesmen awal pasien rawat inap Ginecologi	RM 27H
	6)	Lanjutan Asesmen awal pasien rawat inap Ginecologi	RM 27I
	7)	Catatan perkembangan pasien terintegrasi	RM 35
	8)	Instruksi dan pemberian serta	RM 37

		pemantauan obat pasien	
	9)	Implementasi dan Catatan Perkembangan Keperawatan	RM 40
	10)	Pemantauan Tanda Vital	RM 41
	11)	Lembar Hasil Pemeriksaan Penunjang	RM 45
	12)	Survei Infeksi Rumah Sakit	RM 47
	13)	Checklist Pemulangan	RM 48
d)	Pasien Rawat Inap Obstetri		
	1)	Formulir Pendaftaran Rawat Inap	RM 21
	2)	Formulir Peraturan dan tata tertib pasien rawat inap	RM 22
	3)	Formulir Persetujuan Umum	RM 23
	4)	Formulir rekam penerimaan orientasi dan informasi pasien baru	RM 24
	5)	Asesmen awal pasien rawat inap Obstetri	RM 27D
	6)	Lanjutan Asesmen awal pasien rawat inap Obstetri	RM 27D
	7)	Lanjutan Asesmen awal pasien rawat inap Obstetri	RM 27E
	8)	Catatan perkembangan pasien terintegrasi	RM 35
	9)	Instruksi dan pemberian serta pemantauan obat pasien	RM 37
	10)	Implementasi dan Catatan Perkembangan Keperawatan	RM 40
	11)	Pemantauan Tanda Vital	RM 41
	12)	Lembar Hasil Pemeriksaan Penunjang	RM 45
	13)	Survei Infeksi Rumah Sakit	RM 47
	14)	Checklist Pemulangan	RM 48
e)	Pasien Rawat Inap Perinatologi (Bayi Lahir di Rumah Sakit)		
	1)	Formulir Pendaftaran Rawat Inap	RM 21
	2)	Formulir Peraturan dan tata tertib pasien rawat inap	RM 22

	3)	Formulir Persetujuan Umum	RM 23
	4)	Formulir rekam penerimaan orientasi dan informasi pasien baru	RM 24
	5)	Lembar Dokter Penanggung Jawab Pelayanan	RM 25
	6)	Asesmen bayi baru lahir	RM 27L
	7)	Lanjutan Asesmen bayi baru lahir	RM 27M
	8)	Lanjutan Asesmen bayi baru lahir	RM 27N
	9)	Asesmen Awal Pasien Neonatus	RM 29A
	10)	Lanjutan Asesmen Awal Pasien Neonatus	RM 29B
	11)	Identifikasi Bayi	RM 31
	12)	Lembar Serah Terima Bayi	RM 32
	13)	Catatan perkembangan pasien terintegrasi	RM 35
	14)	Instruksi dan pemberian serta pemantauan obat pasien	RM 37
	15)	Implementasi dan Catatan Perkembangan Keperawatan	RM 40
	16)	Pemantauan Tanda Vital	RM 41
	17)	Lembar Hasil Pemeriksaan Penunjang	RM 45
	18)	Survei Infeksi Rumah Sakit	RM 47
	19)	Checklist Pemulangan	RM 48
f)	Pasien Rawat Inap Perinatologi (Bayi Lahir di Luar Rumah Sakit)		
	1)	Formulir Pendaftaran Rawat Inap	RM 21
	2)	Formulir Peraturan dan tata tertib pasien rawat inap	RM 22
	3)	Formulir Persetujuan Umum	RM 23
	4)	Formulir rekam penerimaan orientasi dan informasi pasien baru	RM 24
	5)	Lembar Dokter Penanggung Jawab Pelayanan	RM 25
	6)	Asesmen bayi baru lahir	RM 27L
	7)	Lanjutan Asesmen bayi baru lahir	RM 27M
	8)	Lanjutan Asesmen bayi baru lahir	RM 27N

	9)	Asesmen Awal Pasien Neonatus	RM 29A
	10)	Lanjutan Asesmen Awal Pasien Neonatus	RM 29B
	11)	Catatan perkembangan pasien terintegrasi	RM 35
	12)	Instruksi dan pemberian serta pemantauan obat pasien	RM 37
	13)	Pemberian Informasi dam Edukasi Pasien Terintegrasi	RM 38
	14)	Pencatatan Terintegrasi Evaluasi pemberian Edukasi Untuk Pasien dan Keluarga	RM 38C
	15)	Implementasi dan Catatan Perkembangan Keperawatan	RM 48
	16)	Pemantauan Tanda Vital	RM 41
	17)	Lembar Hasil Pemeriksaan Penunjang	RM 45
	18)	Survei Infeksi Rumah Sakit	RM 47
	19)	Checlist Pemulangan	RM 48
g)	Pasien Rawat Inap Geriatri		
	1)	Formulir Pendaftaran Rawat Inap	RM 21
	2)	Formulir Peraturan dan tata tertib pasien rawat inap	RM 22
	3)	Formulir Persetujuan Umum	RM 23
	4)	Formulir rekam penerimaan orientasi dan informasi pasien baru	RM 24
	5)	Lembar Dokter Penanggung Jawab Pelayanan	RM 25
	6)	Asesmen awal pasien geriatri rawat inap	RM 36A
	7)	Asesmen awal pasien geriatri rawat inap	RM 36B
	8)	Asesmen awal pasien geriatri rawat inap	RM 36C
	9)	Rencana Penatalaksaan Terintegrasi	RM 36D
	10)	Asesmen awal pasien rawat inap	RM 26C
	11)	Asesmen awal pasien rawat inap	RM 26D
	12)	Catatan perkembangan pasien terintegrasi	RM 35
	13)	Instruksi dan pemberian serta pemantauan obat pasien	RM 37

	14)	Implementasi dan Catatan Perkembangan Keperawatan	RM 40
	15)	Pemantauan Tanda Vital	RM 41
	16)	Lembar Hasil Pemeriksaan Penunjang	RM 45
	17)	Survei Infeksi Rumah Sakit	RM 47
	18)	Checlist Pemulangan	RM 48
h)	Pasien Rawat Inap Jiwa		
	1)	Formulir Pendaftaran Rawat Inap	RM 21
	2)	Formulir Peraturan dan tata tertib pasien rawat inap	RM 22
	3)	Formulir Persetujuan Umum	RM 23
	4)	Formulir rekam penerimaan orientasi dan informasi pasien baru	RM 24
	5)	Lembar Dokter Penanggung Jawab Pelayanan	RM 25
	6)	Pengkajian awal pasien rawat inap jiwa	[redacted]
	7)	Pengkajian awal pasien rawat inap jiwa	
	8)	Pengkajian awal pasien rawat inap jiwa	
	9)	Lanjutan Pengkajian awal pasien rawat inap jiwa	
	10)	Lanjutan Pengkajian awal pasien rawat inap jiwa	
	11)	Catatan perkembangan pasien terintegrasi	RM 35
	12)	Instruksi dan pemberian serta pemantauan obat pasien	RM 37
	13)	Implementasi dan Catatan Perkembangan Keperawatan	RM 40
	14)	Pemantauan Tanda Vital	RM 41
	15)	Lembar Hasil Pemeriksaan Penunjang	RM 45
	16)	Survei Infeksi Rumah Sakit	RM 47
	17)	Checlist Pemulangan	RM 48

6) **Sensus Harian Rawat Inap**

Sensus harian rawat inap adalah kegiatan pencacahan / perhitungan pasien rawat inap yang dilakukan setiap hari pada ruang rawat inap berisi tentang mutasi keluar masuk pasien selama 24 jam mulai dari pukul 00.00 s/d 24.00 WIB.

Tujuan sensus harian adalah untuk memperoleh informasi semua pasien yang masuk dan keluar rumah sakit selama 24 jam. Kegunaan dari sensus harian adalah:

a) Untuk mengetahui jumlah pasien masuk, keluar rumah sakit, dan meninggal di rumah sakit.
b) Untuk mengetahui tingkat penggunaan tempat tidur
c) Untuk menghitung penyediaan sarana/ fasilitas pelayanan kesehatan.

Data yang diolah dari sensus harian pasien rawat inap adalah:

a) Data diperoleh dari sensus harian setiap ruangan rawat inap
b) Petugas rekam medis membuat rekapitulasi bulanan keadaan pasien setiap ruangan/ bagian/ rumah sakit.
c) Data dikelompokkan berdasarkan:
   (1) Pasien awal bulan
   (2) Pasien masuk
   (3) Pasien keluar hidup
   (4) Pasien keluar mati (kurang dari 48 jam dan lebih dari 48 jam)
   (5) Jumlah lama rawat
   (6) Sisa pasien dirawat
   (7) Jumlah hari perawatan (kelas VIP/satu/dua/tiga)

Tanggung jawab pelaksanaan sensus harian rawat inap;

a) Kepala perawat pada masing-masing ruang rawat inap bertanggung jawab dalam pengisian sensus harian.
b) Perawat / bidan yang memutasikan pasien / petugas yang ditunjuk oleh kepala perawat ruang rawat inap melaksanakan pengisian sensus harian sesuai petunjuk yang telah ditetapkan.
c) Formulir sensus harian disediakan oleh Instalasi rekam medic

Data sensus harian yang diperoleh dari buku register pelayanan rawat inap dikumpulkan dengan menggunakan instrument pengumpulan data berupa formulir sensus harian. Selanjutnya

dilakukan pengolahan data yang di masukkan ke dalam rekapitulasi sensus harian rawat inap (RP1) di Intalasi rekam medik oleh petugas sensus.

Data dari RP 1 nantinya akan diolah menjadi data indikator rawat inap guna pengambilan keputusan oleh pihak manjemen.

Hal-hal yang berkaitan dengan Sensus harian Rawat Inap:

(a) Pasien Awal

Pasien Awal adalah pasien awal yang dirawat di ruang rawat inap saat awal dilakukan perhitungan sensus.

(b) Pasien Masuk

Pasien masuk adalah pasien yang masuk ruang rawat inap saat dilakukan perhitungan sensus.

(c) Pasien Keluar

Pasien keluar adalah pasien yang keluar dari ruang rawat inap saat dilakukan perhitungan sensus, baik pindah ke ruang rawat inap lain, pulang APS, dirujuk, pulang atau meninggal (baik meninggal <48 jam atau ≥48 jam)

(d) Hari Perawatan

Hari perawatan adalah jumlah pasien yang ada saat sensus dilakukan ditambah pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama pada hari sensus diambil. Jadi sama dengan jumlah pasien yang menggunakan tempat tidur dalam periode waktu 24 jam.

(e) Pasien Transfer

Pasien tranfer merupakan kejadian pindahnya pasien dari unit rawat inap (bangsal) ke bangsal lainya di rumah sakit yang bersangkutan. Jadi, pasien transfer masih berstatus sebagai pasien rawat inap di rumah sakit tersebut, belum dihitung sebagai keluar/Discharge.

(f) Pasien Masuk dan keluar pada hari yang sama

Dalam perhitungan lama dirawat (LD)/ lenght of stay (LOS), pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama dihitung lamadirawatnya 1 hari. Jumlah pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama ini akan menjadi bagian yang ikut diperhitungkan pada saat kita menghitung hari perawatan (HP)

(g) Rekapitulasi Sensus

Rekapitulasi sensus adalah proses rekapitulasi sensus harian dalam suatu periode (misalnya satu bulan), selain sebagai tahapan menyatukan dan menjumlahkan hasil dari sensus setiap harinya juga sebagai langkah mencocokkan/ memverifikasi data tersebut

7) **Sensus Harian Rawat Jalan**

Sensus harian pasien rawat jalan adalah kegiatan pencatatan atau perhitungan pasien yang di lakukan setiap hari pada setiap intalasi rawat jalan.

Tujuan sensus harian adalah untuk memperoleh informasi, mengenai identitas pasien,cara kunjungan,asal pasien,keadaan pasien, cara pembayaran dari setiap pasien rawat jalan yang di layani di masing-masing klinik pelayanan pada saat pasien datang di poliklinik untuk pemeriksaan. Sensus harian rawat inap di buat rangkap dua, untuk diserahkan ke Instalasi rekam medik dan untuk arsip di Instalasi rawat jalan.

4. PELAPORAN

Pelaporan rumah sakit merupakan suatu alat organisasi yang bertujuan untuk dapat menghasilkan laporan secara cepat, tepat dan akurat. Pelaporan rekam medis adalah pencatatan hasil kerja yang mencakup semua aspek pelaksanaan melalui tahapan dan waktu yang telah ditetapkan untuk memberikan kejelasan informasi mengenai pelaksanaan kegiatan sebagai alat pertanggungjawaban dan bahan pengambilan keputusan yang dibuat sesuai kebutuhan user.

Jenis laporan di Instalasi Rekam Medik dibagi menjadi 2 macam, yaitu laporan internal dan laporan eksternal.

a. Laporan Internal

Laporan internal adalah laporan yang dibuat sesuai dengan kebutuhan internal rumah sakit, sebagai masukan untuk menyusun kebijakan dan bahan pengambilan keputusan di rumah sakit.

Laporan internal rumah sakit meliputi laporan bulanan, triwulan, semester dan tahunan Instalasi Rekam Medik, didalamnya terdapat indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) Instalasi Rekam Medik, indikator mutu, indikator kinerja rekam medik, dan penyelenggaraan

Rekam Medis Elektronik. Waktu pengumpulan laporan internal maksimal pada tanggal 5 pada bulan berikutnya.

Macam laporan internal :

1) Pendaftaran pasien rawat jalan online dan SMS
2) Kelengkapan pengembalian rekam medis rawat inap 24 jam setelah selesai pelayanan
3) Waktu penyediaan rekam medis rawat jalan
4) Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas
5) Indikator kinerja kunjungan pasien rawat jalan
6) Indikator kinerja pasien IGD
7) Indikator rawat inap
8) Urutan penyakit rawat jalan, IGD dan rawat inap
9) Data kematian rawat inap
10) Ketepatan identifikasi pasien di admisi pasien
11) Tingkat ketepatan rujukan
12) Pertumbuhan kunjungan lansia
13) Pertumbuhan kunjungan rawat jalan, rawat darurat, rehab medik, dan hari perawatan rawat inap
14) Penyelenggaraan rekam medis elektronik, dan sebagainya

b. Laporan Eksternal

Laporan eksternal adalah laporan yang dibuat rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan ekstern rumah sakit / pihak di luar rumah sakit, seperti Kementerian Kesehatan RI, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, dan Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten.

Laporan eksternal meliputi laporan bulanan, mingguan dan tahunan yang dikirim ke Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah dan Kementerian Kesehatan RI melalui SIRS Online. Waktu pengumpulan laporan eksternal maksimal tanggal 7 bulan berikutnya.

Macam laporan eksternal ke Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten

1) Laporan bulanan P2ISPA
2) Laporan Penyakit Tidak Menular
3) Laporan surveilans penyakit rawat jalan dan rawat inap
4) Laporan rekapitulasi kasus diare
5) Laporan indikator kinerja pelayanan

6) Laporan persalinan dan maternal / perinatal
7) Laporan insidental : kasus demam berdarah, leptospirosis, KLB, anthrax

Macam laporan eksternal ke Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah

1) Aplikasi Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon

Macam laporan eksternal ke Kementerian Kesehatan RI melalui aplikasi SIRS Online:

1) RL 4A Data Keadaan Morbiditas Pasien Rawat Inap
2) RL 4B Data Keadaan Morbiditas Pasien Rawat Jalan
3) RL 5.1 Pengunjung Rumah Sakit
4) RL 5.2 Kunjungan Rawat Jalan
5) RL 5.3 Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Inap
6) RL 5.4 Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Jalan
7) RL 1.2 Indikator Pelayanan Rumah Sakit
8) RL 3.1 Kegiatan Pelayanan Rawat Inap
9) RL 3.2 Kegiatan Pelayanan Rawat Darurat

c. Sumber data pelaporan

Sumber data pelaporan di peroleh dari :

1) Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS), meliputi laporan index diagnosa rawat jalan dan rawat inap, index tindakan, index dokter, dan index data lain meliputi cara dan keadaan pulang, kelompok usia, dan sebagainya.
2) Sensus harian rawat jalan, rawat inap dan IGD yang dibuat setiap hari oleh petugas ruangan, petugas poliklinik dan petugas IGD dan dikumpulkan ke Instalasi Rekam Medik.
3) Rekapitulasi laporan dari unit lain, seperti Instalasi Radiologi, Instalasi Hemodialisa, Instalasi Patologi Anatomi, dan Instalasi Rawat Jalan yang memberikan laporan kinerja bulanannya ke Instalasi Rekam Medik.

d. Alur Pelaporan

Alur Pelaporan di Instalasi Rekam Medik yaitu setelah selesai pelayanan / pasien pulang, petugas ruang / petugas poliklinik / petugas IGD membuat sensus harian, dan mengumpulkan sensus harian beserta mengembalikan rekam medis pasien pulang untuk diproses. Petugas pengolahan bagian sensus rawat inap dan rawat jalan akan merekapitulasi sensus harian dari masing-masing ruang

dan poliklinik, sedangkan rekam medis yang kembali akan di proses di Instalasi Rekam Medik salah satunya adalah entry index diagnosa. Setiap awal bulan, petugas pelaporan akan mengolah data dari hasil rekapitulasi sensus harian rawat jalan dan IGD menjadi data kunjungan pasien rawat jalan dan IGD meliputi jumlah kunjungan (baru dan lama), cara kedatangan, cara pulang, dan cara pembayaran, untuk hasil rekapitulasi sensus harian rawat inap akan diperoleh data indikator rawat inap meliputi BOR, LOS, TOI, BTO, NDR, GDR, dan data lain yang dibutuhkan rumah sakit. Petugas pelaporan juga memproses dan mengolah data dari laporan index diagnosa (SIMRS) menjadi data morbiditas, data mortalitas, dan data urutan penyakit terbanyak.

Salah satu bagian dari statistik rumah sakit adalah indikator pelayanan rawat inap rumah sakit. Indikator ini merupakan gambaran untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu, dan efisiensi pelayanan rawat inap di rumah sakit. Indikator rawat inap juga merupakan salah satu penentu mutu rumah sakit baik secara aspek medis, ekonomi, dan manajemen. Indikator-indikator pelayanan rawat inap ini sumber data diambil dari sensus harian rawat inap. Berikut indikator pelayanan rawat inap dan perhitungannya berdasarkan Juknis SIRS Online 2011 :

1) Bed Occupancy Rate (BOR) yaitu prosentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit.

$$BOR = \frac{jumlah\ hari\ perawatan\ rumah\ sakit}{jumlah\ tempat\ tidur\ x\ jumlah\ hari\ dalam\ satu\ periode} \times 100\%$$

Nilai parameter BOR yang ideal adalah antara 60% - 85%.

2) Average Length of Stay (ALOS) yaitu rata-rata lama rawat seseorang pasien. Indikator ini disamping memberikan gambaran tingkat efisiensi, juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan, apabila diterapkan pada diagnosis tertentu dapat dijadikan hal yang perlu pengamatan yang lebih lanjut.

$$ALOS = \frac{jumlah\ lama\ dirawat}{jumlah\ pasien\ keluar\ (hidup+mati)}$$

Secara umum nilai ALOS yang ideal antara 6 – 9 hari.

3) Bed Turn Over (BTO) yaitu frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu (biasanya dalam periode 1 tahun). Indikator ini memberikan tingkat efisiensi pada pemakaian tempat tidur.

$$BTO = \frac{jumlah\ pasien\ keluar\ (hidup+mati)}{jumlah\ tempat\ tidur}$$

Idealnya dalam setahun, satu tempat tidur rata-rata dipakai 40 – 50 kali.

4) Turn Over Interval (TOI) yaitu rata-rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi ke saat terisi berikutnya. Indikator ini juga memberikan gambaran tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur.

$$TOI = \frac{(jumlah\ tempat\ tidur\ x\ periode) - hari\ perawatan}{jumlah\ pasien\ keluar\ (hidup+mati)}$$

Idealnya tempat tidur kosong / tidak terisi ada pada kisaran 1 – 3 hari.

5) Net Death Rate (NDR) yaitu angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar. Indikator ini memberikan gambaran mutu pelayanan di rumah sakit.

$$NDR = \frac{jumlah\ pasien\ mati > 48\ jam\ dirawat}{jumlah\ pasien\ keluar\ (hidup+mati)} \times 1000‰$$

Nilai NDR yang dianggap masih dapat ditolerir adalah kurang dari 25 per 1000.

6) Gross Death Rate (GDR) yaitu angka kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar rumah sakit.

$$GDR = \frac{jumlah\ pasien\ mati\ seluruhnya}{jumlah\ pasien\ keluar\ (hidup+mati)} \times 1000‰$$

Nilai GDR seyogyanya tidak lebih dari 45 per 1000 penderita keluar.

Jika terjadi perubahan penambahan atau pengurangan jumlah tempat tidur (TT) dalam periode perhitungan indikator rawat inap, maka dihitung sebagai berikut :

$$BOR = \frac{jumlah\ hari\ perawatan\ rumah\ sakit}{(jumlah\ TT1\ X\ P1)+(jumlah\ TT2\ X\ P2)}\ X\ 100\%$$

Keterangan :

TT1 = jumlah tempat tidur periode sebelum penambahan atau pengurangan

P1 = jumlah hari periode sebelum penambahan atau pengurangan

TT2 = jumlah tempat tidur setelah penambahan atau pengurangan

P2 = jumlah hari periode setelah penambahan atau pengurangan

$$BTO = \frac{jumlah\ pasien\ keluar\ (hidup+mati)}{rata-rata\ tempat\ tidur}$$

Keterangan : rata-rata tempat tidur diperoleh dari penambahan jumlah perubahan tempat tidur dibagi dengan periode

$$TOI = \frac{((jumlah\ TT1\ X\ P1)+(jumlah\ TT2\ X\ P2))-hari\ perawatan}{jumlah\ pasien\ keluar\ (hidup+mati)}$$

Keterangan :

TT1 = jumlah tempat tidur periode sebelum penambahan atau pengurangan

P1 = jumlah hari periode sebelum penambahan atau pengurangan

TT2 = jumlah tempat tidur setelah penambahan atau pengurangan

P2 = jumlah hari periode setelah penambahan atau pengurangan

Pada tahun 1973, Barry Barber, M.A., PhD., Finst P., AFIMA dan David Johnson, M.Sc berusaha merumuskan dan memadukan empat parameter untuk memantau dan menilai tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur untuk bangsal perawatan pasien (Sudra, 2010). Empat parameter yang dipadukan tersebut yaitu BOR, ALOS, TOI, dan BTO. Perpaduan keempat parameter tersebut lalu diwujudkan dalam bentuk grafik yang akhirnya dikenal sebagai Grafik Barber Johnson (GBJ)

Manfaat Grafik Barber Johnson adalah :

1) Dapat membandingkan tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur dari suatu unit dari waktu ke waktu dalam periode tertentu.
2) Untuk memonitor perkembangan pencapaian target efisiensi penggunaan tempat tidur yang telah ditentukan dalam suatu periode tertentu.
3) Dapat membandingkan tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur antar unit dalam periode tertentu memantau dampak dari suatu penerapan kebijakan terhadap efisiensi penggunaan tempat tidur.
4) Untuk mengecek hasil perhitungan empat parameter efisiensi penggunaan tempat tidur.

Cara membuat Grafik Barber Johnson adalah sebagai berikut :

1) Terdapat empat garis bantu yang dibentuk oleh empat parameter, yaitu :
   a) TOI pada umumnya menjadi sumbu horizontal
   b) ALOS pada umumnya menjadi sumbu vertikal
   c) Garis bantu BOR merupakan garis yang ditarik dari pertemuan sumbu horizontal dengan vertikal, yaitu titik (0,0) dan membentuk seperti kipas.
   d) Garis bantu BTO merupakan garis yang ditarik dan menghubungkan posisi nilai ALOS dan TOI yang sama, misalnya garis yang menghubungkan ALOS = 3 dengan TOI = 3.
   e) Terdapat area yang disebut "daerah efisien".
2) Skala pada sumbu horizontal tidak harus sama dengan skala sumbu vertikal
3) Skala pada suatu sumbu harus konsisten
4) Skala pada sumbu horizontal dan vertikal dimulai dari angka 0 dan berhimpit membentuk koordinator (0,0).
5) Judul grafik harus secara jelas menyebutkan nama rumah sakit, nama bangsal (bila perlu) dan periode waktu
6) Garis bantu BOR dibuat dengan cara :
   a) Tentukan nilai BOR yang akan dibuat garis bantunya, misalnya BOR = 75%.
   b) Tentukan koordinat titik bantu BOR nya sesuai dengan nilai BOR tersebut, misalnya untuk BOR 75%, maka koordinat titik bantunya adalah :

(1) LOS nilai BOR dibagi 10 = 75 / 10 = 7,5 dan

(2) TOI = 1 – nilai LOS = 1 – 7,5 = 2,5

c) Tarik garis mulai koordinat (0,0) melewati titik bantu BOR tersebut.

d) Beri keterangan, misalnya bahwa garis tersebut adalah BOR = 75%.

7) Garis bantu BTO dibuat dengan cara :

a) Tentukan nilai BTO yang akan dibuat garis bantunya, misalnya BTO = 10

b) Tentukan titik bantu di sumbu LOS dan TOI (nilainya sama) dengan cara, titik bantu = (jumlah hari pada periodè laporan) dibagi (nilai BTO) = 30 / 10 = 3. Jadi lokasi titik bantunya adalah LOS = 3 dan TOI = 3.

8) Tarik garis yang menghubungkan kedua titik bantu tersebut

9) Beri keterangan, misalnya bahwa garis tersebut adalah BTO = 10

10) Daerah efisien dibuat dan merupakan daerah yang dibatasi oleh perpotongan garis :

a) TOI = 1

b) TOI = 3

c) BOR = 75%

d) LOS = 12

Untuk membaca Grafik Barber Johnson, lihatlah posisi titik Barber Johnson terhadap daerah efisien. Apabila titik Barber Johnson terletak di dalam daerah efisien berarti penggunaan tempat tidur pada periode yang bersangkutan sudah efisien berarti penggunaan tempat tidur pada periode tersebut masih belum efisien.

5. PELAYANAN SURAT KETERANGAN MEDIS

Instalasi Rekam Medik melayani pengurusan surat keterangan medis bagi pasien ataupun pihak lain yang membutuhkan. Adapun jenis surat keterangan medis yang dapat dilayani antara lain :

a. Surat Keterangan Kelahiran

Surat Keterangan Kelahiran adalah Surat keterangan yang dikeluarkan oleh RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro yang berisi pernyataan bahwa seorang bayi telah melalui proses kelahiran di rumah sakit. Isi dari surat ini mencakup

1) Nomor surat keluar
2) Hari dan Pasaran bayi lahir
3) Tanggal bayi lahir
4) Jam bayi lahir
5) Jenis kelamin bayi
6) Panjang dan berat badan bayi
7) Nama, umur dan pekerjaan bapak dari bayi
8) Nama, umur dan pekerjaan ibu dari bayi
9) Tanggal surat keterangan kelahiran diterbitkan

b. Surat Keterangan kemaitan

Surat Keterangan Kematian adalah Surat keterangan yang dikeluarkan oleh RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro yang berisi pernyataan bahwa seorang pasien yang namanya tercantum dalam surat kematian telah meninggal dunia di rumah sakit. Isi dari surat ini mencakup :

1) Nomor surat keluar
2) Hari meninggal
3) Tanggal meninggal
4) Jam meninggal
5) Nama pasien yang meninggal
6) Umur pasien saat meninggal
7) Jenis kelamin pasien
8) Alamat pasien
9) Pekerjaan Pasien
10) Nama Ayah dan Ibu yang meninggal (apabila pasien yang meninggal masih di bawah umur)
11) Tanggal penerbitan Surat Keterangan Kematian

c. Surat Keterangan Diagnosa

Surat Keterangan Kematian adalah Surat keterangan yang dikeluarkan oleh RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro yang berisi keterangan bahwa seorang pasien yang namanya tercantum dalam surat ini telah mendapatkan pelayanan baik rawat jalan maupun rawat inap di rumah sakit. Isi dari surat ini mencakup :

1) Nomor surat keluar
2) Nama dokter yang merawat
3) Nama pasien

4) Umur Pasien
5) Nomor rekam medis pasien
6) Alamat pasien
7) Tempat rawat pasien
8) Tanggal perawatan
9) Tanggal operasi/tindakan
10) Macam operasi/tindakan
11) Diagnosa
12) Keterangan (bila diperlukan)
13) Tanggal penerbitan Surat Keterangan Diagnosa

d. Pelayanan Administrasi Visum et Repertum

Visum et Repertum adalah laporan tertulis yang dibuat oleh dokter, berdasarkan sumpah jabatan, atas permintaan tertulis dari penyidik, mengenai apa yang dilihat dan diperiksa berdasarkan keilmuannya, untuk kepentingan peradilan. Instalasi Rekam Medik melayani permintaan dari Kepolisian Republik Indonesia yang meminta Visum et Repertum atas pasien yang dirawat di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

Dasar Hukum pengadaan "Visum et Repertum" terdapat dalam pasal 133 KUHAP yaitu penyidik dapat meminta keterangan ahli demi kepentingan peradilan, khusus dari dokter forensik, dokter dan ahli lainnya, dalam menangani korban luka, keracunan ataupun kematian.

Pembuatan visum et repertum di RSUP dr. Soeradi Tirtonegoro dilakukan oleh dokter penanggungjawab pasien dan dokter spesialis forensik Instalasi Forensik dan Pemulasaraan Jenazah. Instalasi Rekam Medik mengurusi hal hal yang berkaitan dengan administrasi visum, seperti :

1) Menerima disposisi asli dari direktur utama tentang permohonan pembuatan visum. Disposisi ini akan diarsipkan oleh Instalasi Rekam Medik.
2) Menyiapkan rekam medis pasien yang tersebut dalam permohonan visum
3) Menerima visum yang telah selesai dari dokter spesialis forensik
4) Memintakan nomor surat keluar dan membubuhkan stempel pada Visum et Repertum yang telah selesai

5) Memberitahukan kepada pemohon (Kepolisian RI) bahwa Visum et repertum bisa diambil
6) Menyerahkan visum yang telah selesai ke pemohon (Kepolisian RI)
7) Mengarsipkan Visum et Repertum

6. REKAM MEDIS ELEKTRONIK

a. Gambaran Umum Rekam Medis Elektronik

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis yang menyebutkan pada Pasal 3 Ayat 1 bahwa "Setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib menyelenggarakan Rekam Medis Elektronik". Sistem Elektronik yang digunakan dalam penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik harus memiliki kemampuan kompatibilitas dan/atau interoperabilitas. Sistem elektronik harus mengacu kepada variabel dan meta data yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1423/2022 tentang Pedoman Variabel dan Meta Data Pada Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik.

Tujuan Rekam Medis Elektronik:

1) Tujuan Umum

   Untuk menunjang visi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro yaitu "Unggul dalam Pelayanan Publik" dengan penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik yang efektif dan efisien.

2) Tujuan Khusus
   a) Terselenggaranya kegiatan Rekam Medis Elektronik yang meliputi:
      (1) Standarisasi Data
      (2) Kerahasiaan dan Keamanan Rekam Medis Elektronik
      (3) Kerahasiaan Data
      (4) Perubahan Format
      (5) Penyimpanan
      (6) Audit Trail
      (7) Alih Media
      (8) Retensi dan Pemusnahan
      (9) Penjaminan Mutu dan Evaluasi

b) Terselenggaranya Tata Laksana Pelayanan:
   (1) Rekam Medis Elektronik Rawat Jalan
   (2) Rekam Medis Elektronik Rawat Darurat
   (3) Rekam Medis Elektronik Rawat Inap

b. Dasar Hukum
   1) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis
   2) Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1423/2022 tentang Pedoman Variabel dan Meta Data Pada Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik
   3) Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
   4) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan

c. Ruang Lingkup Pelayanan

   Ruang lingkup pelayanan Rekam Medis Elektronik meliputi rawat jalan, rawat darurat, dan rawat inap.

d. Batasan Operasional
   1) Rekam Medis adalah dokumen yang berisikan data. identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
   2) Rekam Medis Elektronik adalah Rekam Medis yang dibuat dengan menggunakan sistem elektronik yang diperuntukkan bagi penyelenggaraan Rekam Medis.
   3) Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
   4) Dokter Penanggung Jawab Pasien adalah seorang dokter, sesuai dengan kewenangan klinisnya terkait penyakit pasien, memberikan asuhan medis lengkap (paket) kepada satu pasien dengan satu patologi / penyakit, dari awal sampai dengan akhir perawatan di rumah sakit, baik pada pelayanan rawat jalan dan rawat inap.

5) Asuhan medis lengkap artinya melakukan asesmen medis sampai dengan implementasi rencana serta tindak lanjutnya sesuai kebutuhan pasien.
6) Profesional Pemberi Asuhan (PPA) adalah staf rumah sakit yang berhak memberikan rencana asuhan pasien terkait perkembangan kondisi pasien setiap waktu meliputi dokter, perawat, bidan, apoteker, fisioterapi, nutrisionis, dan residen dengan supervisi dan verifikasi Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP).
7) Perekam Medis dan Informasi Kesehatan adalah seorang yang telah lulus pendidikan Rekam Medis dan informasi kesehatan sesuai ketentuan peraturan perundang undangan.
8) Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.
9) Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
10) Sistem Elektronik adalah serangkaian perangkat dan prosedur elektronik yang berfungsi mempersiapkan, mengumpulkan, mengolah, menganalisis, menyimpan, menampilkan, mengumumkan, mengirimkan, dan/atau menyebarkan informasi elektronik.
11) Penyelenggara Sistem Elektronik adalah setiap orang, penyelenggara negara selain Kementerian Kesehatan, badan usaha, dan masyarakat, yang menyediakan, mengelola, dan/atau mengoperasikan Sistem Elektronik secara mandiri maupun bersama-sama kepada pengguna Sistem Elektronik untuk keperluan dirinya dan/atau keperluan pihak lain.
12) Surat Tanda Registrasi (STR) adalah bukti tertulis yang diberikan oleh pemerintah kepada tenaga kesehatan yang telah memiliki sertifikat kompetensi.

13)Surat Ijin Praktek adalah bukti tertulis yang diberikan oleh Pemerintah Daerah kabupaten/kota kepada Perawat sebagai pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik dalam bidang kesehatan.

14)Audit Trail merupakan urutan kronologis catatan audit, berisikan bukti langsung yang berkaitan dengan yang dihasilkan dari pelaksanaan suatu proses bisnis atau fungsi sistem. Aktivitas yang dilakukan dan detail perubahan yang dilakukan oleh user dapat dipantau dari laporan Audit Trail.

e. Standarisasi Data

1) Standarisasi Variabel dan Metadata

Standarisasi variabel dan metadata di RSUP. Soeradji Tirtonegoro Klaten merujuk pada KMK No.Hk.01.07/ MENKES/ 1423/ 2022 meliputi :

a) Instalasi Gawat Darurat;
b) Rawat Jalan;
c) Rawat Inap;
d) Laboratorium;
e) Radiologi;
f) Mikrobiologi;
g) Apotek

2) Standarisasi Penulisan

Standarisasi penulisan di Rekam Medis Elektronik sesuai dengan buku pedoman penulisan singkatan dan simbol yang diterbitkan tahun 2022.

f. Aspek Kerahasiaan dan Keamanan Rekam Medis Elektronik

Kerahasiaan dan keamanan rekam medis elektronik meliputi :

1) Kerahasiaan rekam medis elektronik

Kerahasiaan merupakan jaminan keamanan data dan informasi dari gangguan pihak internal maupun eksternal yang tidak memiliki hak akses, sehingga data dan informasi yang ada dalam Rekam Medis Elektronik terlindungi penggunaan dan penyebarannya.

2) Integritas

Integritas merupakan jaminan terhadap keakuratan data dan informasi yang ada dalam Rekam Medis Elektronik, dan

perubahan terhadap data hanya boleh dilakukan oleh orang yang diberi hak akses untuk mengubah.

3) Hak akses

Hak akses terdiri atas hak untuk:

a) Penginputan data

b) Perbaikan data

c) Melihat data.

g. Penjaminan Mutu dan Evaluasi

Penjaminan mutu dilakukan secara internal oleh· Fasilitas Pelayanan Kesehatan berupa audit mutu Rekam Medis Elektronik yang dilakukan berkala oleh tim review Rekam Medis yang dibentuk oleh pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan dilakukan sesuai dengan pedoman Rekam Medis Elektronik.

Pembinaan dan pengawasan dalam pelaksanaan Rekam Medis Elektronik diarahkan untuk menjamin dan meningkatkan mutu pelayanan Rekam Medis Elektronik. Pembinaan dan pengawasan dapat dilakukan melalui:

1) sosialisasi;

2) monitoring dan evaluasi; dan/atau

3) bimbingan teknis.

B. PENGISIAN REKAM MEDIS

RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sebagai salah satu sarana pelayanan kesehatan yang melakukan pelayanan rawat jalan maupun rawat inap wajib membuat rekam medis.

Sesuai dengan PERMENKES No.749a/MENKES/XII/1989, tentang Rekam Medis serta keputusan Ditjen Yan Med Nomor 78/Yan Med/RS UMDIK/YMU/1/91 maka tenaga yang mempunyai akses dan berhak mengisi Rekam Medis di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro adalah :

a. Dokter Umum, Dokter Spesialis, Dokter Gigi umum dan Dokter Gigi Spesialis yang melayani pasien di rumah sakit yang mempunyai SIP (Surat ijin Praktek) dan clinical appoinment/penugasan klinis dari direktur utama

b. Dokter peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis maupun Sub spesialis yang sedang melaksanakan residensi di rumah sakit atas pengawasan dokter DPJP.

c. Tenaga Kesehatan lainya yang langsung terlibat dalam pelayanan pasien seperti Perawat, Bidan, Analis, Ahli Gizi, Penata Rontgen, Fisioterapis, Farmasi, Perekam Medis,dll yang mempunyai SIP dan Surat Penugasan Klinis dari direktur utama.
d. Pasien dan atau keluarga terdekat khususnya untuk pengisian data kesehatan pasien dan Surat Pernyataan persetujuan (Informed Consent)
e. Apabila dokter ke luar negeri maka yang melakukan tindakan/konsultasi kepada pasien yang mengisi rekam medis adalah dokter yang ditunjuk oleh Direktur RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro. Dokter pemeriksa harus mencatat riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik, diagnosis, terapi, serta semua tindakan yang diberikan kepada pasien ke dalam formulir Rekam Medis yang sudah ditetapkan. Perawat/Bidan harus mencatat pengamatan terhadap pasien dan pertolongan perawatan yang diberikan kepada pasien ke dalam formulir Rekam Medis yang sudah ditetapkan.

Petugas kesehatan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro yang berwenang, dapat memperbaiki kesalahan penulisan/pencatatan dalam formulir Rekam Medis dan melakukannya pada saat itu juga , dengan cara mencoret tulisan yang salah dan menuliskan yang benar di atasnya serta dibubuhi paraf.

Pengisian catatan medis yang dilakukan dengan manual maupun secara elektronik, harus dilakukan cukup rinci, dapat dibaca dan terorganisir sehingga dapat memudahkan ketika diperlukan oleh seluruh tenaga kesehatan yang terkait dalam melakukan pelayanan, pendidikan, penelitian atau kepentingan manajemen. Pencatatan Rekam Medis dilakukan didalam formulir yang sudah ditetapkan oleh Panitia Rekam Medis sesuai standar yang berlaku;

Rekam Medis harus mencakup informasi tentang identitas pasien sekurang kurangnya mencakup :

a. Nama pasien
b. Tanggal lahir,
c. Jenis Kelamin
d. Alamat sesuai KTP dan Domisili
e. Nama Penanggung jawab yang sah secara hukum
f. Nama Pengantar pasien (khusus untuk pasien gawat darurat)

Rekam Medis harus mencakup informasi klinis tentang :

a. Kondisi awal saat tiba di rumah sakit termasuk waktu kedatangannya (untuk kasus gawat darurat)
b. Alasan dirawat (bila pasien dirawat inap)
c. Diagnosis awal pasien dirawat
d. Hasil Anamnesis, sekurang kurangnya keluhan utama dan riwayat penyakitnya termasuk riwayat alergi
e. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis
f. Rencana penata laksanaan
g. Pengobatan dan atau tindakan yang dilakukan
h. Informasi dan atau edukasi yang diberikan kepada pasien/ keluarganya
i. Persetujuan tindakan dari Pasien bila diperlukan
j. Rencana Perawatan teritegrasi selama dirawat
k. Ringkasan kondisi pasien (khusus untuk pasien di IGD) sebelum meninggalkan ruang dan rencana tindak lanjutnya
l. Ringkasan pulang (untuk pasien rawat inap)
m. Hasil konsultasi bila dalam perawatan dilakukan pelayanan oleh beberapa tenaga kesehatan tertentu
n. Odontogram klinik untuk pasien kasus gigi
o. Sarana transportasi yang digunakan pasien, bila ada pasien yang di rujuk atau dipindahkan ke RS lain
p. Khusus untuk kasus bencana, maka catatan medis harus dilengkapi dengan jenis bencana dan lokasi pasien ditemukan, kategori kegawatan pasien korban bencana dan juga identitas yang menemukan pasien
q. Instruksi yang harus dilakukan pasien yang dipulangkan saat dirumah

Ringkasan Pulang harus dibuat oleh dokter yang merawat pasien (DPJP) , informasi yang dibuat sekurang kurangnya mencakup tentang :

a. Identitas pasien
b. Diagnosis masuk
c. Indikasi dirawatnya
d. Ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang
e. Diagnosis akhir

f. Tindakan/ Operasi yang dilakukan (Bila dilakukan Tindakan/ Operasi)
g. Pengobatan yang diberikan selama dirawat dan yang dibawa pulang
h. Instruksi Pulang

Pengisian pada rekam medis dilakukan secara *Clear, Correct* dan *Complete.*

a. *Clear* / Jelas
   - Tulisan rekam medik harus terbaca jelas oleh semua personil yang berkaitan dengan penanganan pasien
   - Tidak dibenarkan adanya penghapusan-penghapusan dalam bentuk apapun (misal *tipe-x*) untuk kesalahan atau koreksi tulisan pada rekam medik
   - Apabila terjadi kesalahan tulisan dan akan dilakukan koreksi maka tulisan yang salah tersebut hanya diperbolehkan dicoret dengan syarat tulisan yang akan diganti masih dapat dibaca, selanjutnya diparaf. Koreksi dicantumkan di atas atau di bawah tulisan yang akan diganti.
   - Semua tulisan sedapat mungkin menggunakan tinta berwarna hitam
b. *Correct* / Benar
   - Penulisan dalam rekam medik dilakukan pada lembar yang telah disediakan sesuai dengan kewenangan masing-masing..
   - Penulisan dalam rekam medik harus dapat dipertanggungjawabkan kebenarannya, berdasarkan data-data yang diperoleh pada saat pemeriksaan baik anamnesa, pemeriksaan fisik laboratorium atau pemeriksaan penunjang lainnya.
   - Penulisan dalam rekam medik dilakukan sesuai dengan kolom yang telah disediakan. Jika halaman yang bersangkutan ternyata masih belum cukup mka dapat dilanjutnkan ke lembar yang baru atau dibalik lembaran yang habis tersebut dengan tetap mengacu pada lembaran tersebut.
c. *Complete* / Lengkap
   - Setiap lembar rekam medik harus memuat data minimal pasien yaitu identitas (nama & umur pasien), no rekam medik pasien, dan ruang perawatan. Data tersebut harus diisi selengkap mungkin.

- Untuk Formulir Catatan Terintergrasi (RM 35) harus diisi selengkap mungkin dengan mengacu pada Rekam Medik Berorientasi Masalah (RMOM). Dengan demikian status induk tersebut memuat minimal SOAP (Subyektif, Obyektif, Assesment, dan Perencanaan)
- Pada lembar instruksi atau perintah dokter, harus dicantumkan secara lengkap dan jelas. Misalnya jika instruksi tersebut mengenai pemberian obat, maka harus dicantumkan minimal : nama obat serta dosisnya, rote pemberian obat dan waktu pemberian, lamanya pemberian obat dan langkah yang diambil apabila terjadi efek yang tidak diinginkan dari obat tersebut.
- Pada pemeriksaan yang bersifat invasive atau tindakan pembedahan mayor atau minor, instruksi meliputi persiapan pelaksanaan tindakan tersebut yaitu : pemeriksaan fisik dan laboratorium yang sesuai, konsultasi, persiapan pasien yang bersangkutan
- Kelengkapan pengisisan rekam medik sepenuhnya menjadi tanggungjawab yang merawat pasien.
- Selama pasien dirawat, rekam medik menjadi tanggungjawab perawat ruangan dan dijaga kerahasiaannya
- Apabila rekam medik yang kembali belum lengkap perugas rekam medik berhak mengembalikan ke bangsal atau petugas menghubungi dokter agar melengkapi rekam medis tersebut

Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 269/ MENKES/ PER/ III/ 2008, tentang Rekam Medis maka Isi berkas rekam medis untuk pasien rawat jalan dan rawat inap pada sarana pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat :

1. Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Jalan

a. identitas pasien
b. tanggal dan waktu
c. hasil anamnesis , mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
d. hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis
e. diagnosis
f. rencana penatalaksanaan
g. pengobatan dan atau tindakan

h. pelayanan lain yang diberikan kepada pasien
i. untuk pasien kasusu gigi dilengkapi dengan odontogram klinik
j. persetujuan tindakan apabila diperlukan

Data-data tertentu harus ditulis pada saat penderita masuk yang akan dientry di komputer, dimasukkan pada saat pasien registrasi. Penyimpanan identitas pasien ini mutlak karena adalah salah satu cara untuk menunjang 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:

a. Nama lengkap pasien
b. Nomor rekam medis
c. Alamat
d. Agama
e. Jenis Kelamin
f. Umur
g. Status Perkawinan
h. Tempat/tanggal lahir
i. Pekerjaan
j. Orang yang dihubungi, bila terjadi sesuatu
k. Tanggal kunjungan poliklinik yang pertama

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

2. Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap

a. identitas pasien
b. tanggal dan waktu
c. hasil anamnesis , mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
d. hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis
e. diagnosis
f. rencana penatalaksanaan

h. pelayanan lain yang diberikan kepada pasien
i. untuk pasien kasusu gigi dilengkapi dengan odontogram klinik
j. persetujuan tindakan apabila diperlukan

Data-data tertentu harus ditulis pada saat penderita masuk yang akan dientry di komputer, dimasukkan pada saat pasien registrasi. Penyimpanan identitas pasien ini mutlak karena adalah salah satu cara untuk menunjang 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:

a. Nama lengkap pasien
b. Nomor rekam medis
c. Alamat
d. Agama
e. Jenis Kelamin
f. Umur
g. Status Perkawinan
h. Tempat/tanggal lahir
i. Pekerjaan
j. Orang yang dihubungi, bila terjadi sesuatu
k. Tanggal kunjungan poliklinik yang pertama

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

2. Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap

a. identitas pasien
b. tanggal dan waktu
c. hasil anamnesis , mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
d. hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis
e. diagnosis
f. rencana penatalaksanaan

g. pengobatan dan atau tindakan
h. persetujuan tindakan apabila diperlukan
i. catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
j. ringkasan pulang (discharge summary)
k. nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
l. pelayanan lain yang diberikan kepada pasien oleh tenaga kesehatan tertentu
m. untuk pasien kasusu gigi dilengkapi dengan odontogram klinik

Berkas Rekam Medis pasien rawat inap terdiri dari lembaran-lembaran umum dan lembaran-lembaran khusus, serta lembaran-lembaran diagnostik/ terapi. Lembaran-lembaran Umum, misalnya:

a. **Surat Masuk RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro**

Surat Masuk RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro selalu menjadi lembaran paling depan pada suatu berkas rekam medis rawat inap. Lembaran ini berisi informasi pasien yang akan dirawat tentang kasus penyakit, kelas perawatan, ruang perawatan dan nomor kamar ruang perawatan.

b. **Pendaftaran Rawat Inap**

Lembar Pendaftaran Rawat Inap adalah lembar yang berisikan data sosial dari pasien yang akan dirawat inap. Data ini diperlukan agar dapat digunakan untuk mendukung asuhan pelayanan kepada pasien selama dirawat inap. Lembar ini berisikan nama pasien, nama keluarga, jenis kelamin, tanggal lahir dan umur, alamat tempat tinggal, suku bangsa, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, bahasa yang digunakan, perlu tidaknya penerjemah, dan kesediaan untuk dikunjungi.

Lembar kedua berisikan data penanggungjawab pasien, hubungan dengan pasien dan tanda tangan penanngungjawab pasien. selain itu berisi cara pembayaran, penggunaan alat bantu dan tanda tangan pasien.

c. **Persetujuan Umum**

Lembar persetujuan umum atau biasa disebut *General Consent*, diberikan kepada pasien atau penanngungjawab pasien untuk dibaca dan ditandatangani apabila telah paham akan persetujuan yang dibuat di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

d. **Lembar dokter penanggungjawab pelayanan**

Lembar dokter penanggungjawab pelayanan berisikan data sosial pasien, diagnose, pemeriksaan penunjang, rencana tindakan, rencana pengobatan, edukasi kesehatan, tindakan rehabilitasi, yang diisi oleh dokter yang akan bertanggungjawab atas pelayanankepada pasien selama dirawat inap. semua informasi ini diketahui oleh pasien atau penanngungjawab yang dibuktikan dengan tanda tangan pasien atau penanggungjawan.

e. **Pengkajian awal pasien rawat inap;**

Lembar Pengkajian awal pasien rawat inap diisi oleh perawat dan dokter yang akan merawat pasien selama pasien dirawat inap. lembar ini berisikan Pengkajian keperawatan, data kesehatan pasien, Riwayat kehamilan dan kelahiran, riwayat imunisasi, riwayat penyakit keluarga, riwayat penyakit sekarang, keadaan umum, pemilaian fisik, psikososial, budaya pasien, kebutuhan belajar/edukasi, hambatan untuk menerima edukasi, skrining nutrisi, penilaian resiko jatuh, penilaian resiko decubitus, penilaian tingkat nyeri, asesmen keperawatan, rencana asuhan keperawatan, identitas perawat yang melakukan pengkajian, pengkajian dokter, pemeriksaan fisik, status lokalis, hasil pemeriksaan penunjang, diagnose/asesmen, tata laksana, program kerja, skrining factor resiko pasien pulang, rencana pulang/discharge planning, dokter yang melakukan pengkajian.

f. **Catatan Terintegrasi;**

Lembar Catatan Terintegrasi berisikan catatan perawat, dokter dan tenaga kesehatan lain, yang diisi dengan metode pemecahan masalah S O A P (Subjektif, Objektif, Asesmen, Planning).

g. **Pemberian Pendidikan Kesehatan Pasien Interdisiplin**

Lembar Pemberian Pendidikan Kesehatan Pasien Interdisiplin berisikan edukasi tentang pelayanan yang akan diberikan kepada pasien atau keluarga.Setiap pemberian edukasi harus dicatat di lembar ini, ditanda tangani oleh petugas yang memberika edukasi dan keluarga yang menerima edukasi

h. **Pemantauan tanda vital**

Lembar Pemantauan tanda vital berisikan data perjalanan tanda vital pasien setiap hari perawatan, yang terdiri dari Frekuensi Nadi, Pernafasan, Suhu, Sistolik, Diastolik, cairan yang masuk dan keluar,

skor nyeri, akral, reflex, kesadaran, skor resiko jatuh. tinta yang digunakan untuk frekuensi pernafasan menggunakan tinta hijau, nadi menggunakan tinta merah, suhu menggunakan tinta biru, tekanan darah menggunakan tinta hitam,

i. **Instruksi & pemberian serta pemantauan obat pasien**

Lembar Instruksi & pemberian serta pemantauan obat pasien berisikan jenis resep obat, waktu pemberian obat. form ini diisi oleh perawat dan dokter yang merawat pasien.

j. **Hasil Pemeriksaan Laboratorium/Rontgen;**

Dibawah lembar Hasil Pemeriksaan Laboratorium/Rontgen dicantumkan hasil pemeriksaan laboratorium, rontgen, EKG dll. lembar disusun sesuai tanggal terbaru.

k. **Survey infeksi rumah sakit**

Lembar Survey infeksi rumah sakit berisi infeksi yang terjad selam pasien dirawat berisikan IADP dan plebhitis, infeksi saluran kemih, pneumonia ventilator, infeksi luka operasi serta pemantauan luka operasi

l. **Checklist Pemulangan**

Lembar Checklist Pemulangan berisikan data tentang bagaimana pasien pulang, siapa yang menjemput, keadaan saat pulang, edukasi yang diberikan, obat yang diberikan, daftar tilik pasien pulang serta ditanda tangani pasien/keluarga pasien dan perawat.

m. **Resume Keluar (Discharge Summary)**

Lembar Resume Keluar (Discharge Summary) diisi oleh dokter yang berisikan alas an dirawat, diagnosis masuk, diagnosis keluar, komplikasi, penyebab kematian, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan laboratorium, hasil pemeriksaan radiologi, hasil pemeriksaan penunjang lain, prosedur, pengobatan selama dirawat, obat untuk pulang, kondisi pulang, instruksi pulang dan tanda tangan dokter yang merawat. Penulisan diagnosis keluar menggunakan tulisan yang jelas, terbaca dan menggunakan huruf kaital.

C. 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 pada saat itu juga serta dibubuhi paraf.
6. Penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan

Rekam medis mempunyai pengertian yang sangat luas, tidak hanya sekedar kegiatan pencatatan, akan tetapi mempunyai pengertian sebagai suatu sistem penyelenggaraan rekam medis. Sedangkan kegiatan 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 RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro, 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 dari tempat penyimpanan serta pengeluaran berkas dari tempat penyimpanan untuk melayani permintaan/peminjaman apabila dari pasien atau untuk keperluan lainnya.

Pencatatan disini dimaksudkan pendokumentasian segala informasi medis seorang pasien ke dalam Rekam Medis. Pada dasarnya pendokumentasian memuat data, yang akan menjadi bahan informasi. Data pasien dapat dikelompokkan ke dalam 2 kelompok, yaitu data sosial dan data medis. Data sosial didapatkan pada saat pasien mendaftarkan diri ke tempat penerimaan pasien. Data medis baru diperoleh dari pasien, apabila pasien telah memasuki unit pelayanan kesehatan. Petugas di unit

pelayanan adalah dokter dan ahli-ahli profesi kesehatan lainnya (termasuk penunjangnya, seperti radiologi, laboratorium, dan lain-lain) serta unit perawatan.

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 date* (berisikan informasi terbaru)
3. Cermat dan lengkap
4. Dapat dipercaya dan menurut kenyataan
5. Berkaitan dengan masalah dan pokok perihalnya, sehingga tidak bertele-tele;
6. Bersifat obyektif sehingga menimbulkan kesan jelas.

Dalam pencatatan data medis harus memperhatikan hal-hal berikut:

1. Setiap petugas RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro yang melakukan pemeriksaan / perawatan/tindakan kepada pasien (Dokter, Perawat, Bidan, dan Petugas Kesehatan lainnya) harus melakukan dokumentasi kegiatan yang diberikan dengan cara mencatat semua pelayanan yang diberikan kepada pasien kedalam formulir Rekam Medis sebagai bentuk komunikasi antar petugas kesehatan sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya masing masing ;
2. Setiap pencatatan kedalam Rekam Medis harus diisi dengan tulisan yang jelas dalam arti bisa dibaca, benar, lengkap dan tepat waktu selambat-lambatnya dalam waktu 1 x 24 jam sudah harus ditulis dalam Rekam Medis;
3. Setiap Pencatatan harus diawali dengan mencatat tanggal dan waktu dan diakhiri dengan mencantumkan nama dan tanda tangan petugas yang memberi pelayanan atau tindakan tersebut;
4. Penulisan diagnosis penyakit atau penyebab luar cidera / luka pada formulir Rekam Medis harus tepat, lengkap, dan jelas sesuai dengan istilah terminologi yang dipergunakan di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro yaitu ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem*) revisi ke X.

5. Penulisan tentang tindakan / operasi pada formulir Rekam Medis harus tepat, lengkap, dan jelas sesuai dengan istilah terminologi yang dipergunakan di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro yaitu ICD 9 CM (International Classification of Diseases 9th Revision Clinical Modification);
6. Penggunaan singkatan, simbol dan atau tanda khusus sebagai salah satu faktor identifikasi penyakit harus sesuai dengan daftar singkatan, simbol yang sudah ditetapkan oleh RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro ;
7. Bila ada kesalahan dalam penulisan Rekam Medis maka pembetulan kesalahan catatan tersebut dilakukan pada tulisan yang salah dengan cara di coret dengan satu garis lurus dan diberi paraf, tidak boleh melakukan penghapusan tulisan baik dengan tipe-x atau cara apapun ;
8. Pada setiap lembar formulir Rekam Medis harus memuat identitas pasien sekurang- kurangnya nama pasien, nomor Rekam Medis, tanggal lahir dan jenis kelamin;
9. Bila ada Formulir Rekam Medis Baru yang diberlakukan, maka formulir lama tidak boleh digunakan lagi dan harus segera ditarik dari seluruh ruang / satuan kerja yang menyimpan formulir
10. Bila dalam formulir yang perlu ditambahkan keterangan yang berhubungan dengan pelayanan terhadap pasien, maka Dokter Penanggung Jawab pasien (DPJP), Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dan Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) diperbolehkan untuk menambahkan tulisan dengan huruf kapital.
11. Bila dalam formulir rekam medis ada tulisan yang tidak diperlukan dapat diberikan tanda silang dengan maksud bahwa tulisan tersebut tidak perlu dikaji lebih lanjut.
12. Tanda Identifikasi atau peringatan kasus tertentu harus ditulis dibagian dalam map Rekam Medis sesuai dengan simbol atau tanda khusus yang sudah disepakati menggunakan stiker yang sudah disediakan atau bila tidak tersedia, bisa menggunakan spidol dengan warna yangsesuai dengan simbolnya.

Kegiatan pencatatan ini melibatkan semua unit pelayanan di rumah sakit yang memberika pelayanan ataupun tindakan kepada pasien. Bentuk catatan dapat dibedakan berdasarkan sifatnya, yaitu catatan yang bersifat kolektif dan catatan yang bersifat individual.

1. Catatan yang Bersifat Kolektif

Ini merupakan kumpulan catatan pasien-pasien yang datang ke unit pelayanan. Catatan ini dalam bentuk buku yang sering disebut "Buku Register". Seiring meningkatnya teknologi, buku register telah digantikan dengan program *entry* yang akan mempermudah proses registrasi maupun pengambilan data registrasi.

2. Catatan yang Bersifat Individual

Catatan ini mendokumentasikan segala tindakan medik yang diberikan kepada seorang pasien. Bentuk catatan ini berupa lembaran-lembaran yang dinamakan rekam medis.

Pencatatan data medis ini dilakukan oleh petugas kesehatan yang memberikan pelayanan/tindakan kepada pasien, yaitu Dokter Perawat/Bidan, Tenaga Kesehatan lainnya yang memberikan pelayanan medis kepada pasien, serta petugas pencatatan medik sendiri.

D. KERAHASIAAN REKAM MEDIS

Secara umum telah disadari bahwa informasi yang didapat dari rekam medis sifatnya rahasia. Tetapi kalau dianalisa, konsep kerahasiaan ini, akan ditemui banyak pengecualian. Yang menjadi masalah disini ialah "Bagi siapa rekam medis itu dirahasiakan dan dalam keadaan bagaimana rekam medis dirahasiakan. Informasi di dalam rekam medis bersifat rahasia karena hal ini menjelaskan hubungan yang khusus antara pasien dan dokter yang wajib dilindungi dari pembocoran sesuai dengan kode etik kedokteran dan peraturan perundangan yang berlaku.

Pada dasarnya informasi yang bersumber dari rekam medis ada dua kategori :

1. Informasi yang mengandung nilai kerahasiaan.
2. Informasi yang tidak mengandung nilai kerahasiaan.

Informasi yang mengandung nilai kerahasiaan yaitu laporan atau catatan yang terdapat dalam berkas rekam medis sebagai hasil pemeriksaan, pengobatan, observasi atau wawancara dengan pasien. Informasi ini tidak boleh disebarluaskan kepada pihak-pihak yang tidak berwenang, karena menyangkut individu langsung si pasien. Walaupun begitu perlu diketahui pula bahwa pemberitahuan keadaan sakit si pasien kepada pasien maupun keluarganya oleh orang rumah sakit selain dokter yang merawat sama sekali tidak diperkenankan. Pemberitahuan

kepenyakitan kepada pasien/keluarga menjadi tanggung jawab dokter dan pasien, pihak lain tidak memiliki hak sama sekali.

Informasi yang tidak mengandung nilai kerahasiaan adalah perihal identitas (nama, alamat, dan lain-lain) serta infomasi lain yang tidak mengandung nilai medis. Informasi jenis ini terdapat dalam lembaran paling depan berkas rekam medis rawat jalan maupun rawat inap (Ringkasan Riwayat Kesehatan Pasien /*Summary List*). Namun karena diagnosa akhir pasien mengandung nilai medis maka lembaran tersebut tetap tidak boleh disiarkan kepada pihak-pihak yang tidak berwenang. Walaupun begitu petugas tenaga bantuan, perawat, petugas perekam medis maupun petugas Rumah Sakit lainnya harus berhati-hati bahwa ada kalanya identitas pasienpun dianggap perlu disembunyikan dari pemberitaan, misalnya apabila pasien tersebut adalah orang terpandang di masyarakat ataupun apabila pasien adalah seorang tanggungan polisi (buronan). Hal ini semata-mata dilakukakan demi ketenangan si pasien dan demi tertibnya keamanan Rumah Sakit dari pihak-pihak yang mungkin bnermaksud mengganggu. Oleh kaena itu dimanapun petugas itu berdinas tetap harus memiliki kewaspadaan yang tinggi agar terhindar dari kemungkinan tuntutan ke pengadilan.

Sumber hukum yang bisa dijadikan acuan di dalam masalah kerahasiaan suatu sumber informasi yang menyangkut rekam medis pasien dapat dilihat pada Peraturan Pemerintah No. 10 tahun 1966 yaitu mengenai "Wajib Simpan Rahasia Kedokteran". Dengan adanya Peraturan Pemerintah itu maka siapapun yang bekerja di rumah sakit, khususnya bagi mereka yang berhubungan dengan data rekam medis wajib memperhatikan ketentuan tersebut.

Pasal 1 :

Yang dimaksud dengan rahasia kedokteran ialah segala sesuatu yang diketahui oleh orang-orang tersebut dalam pasal 3 pada waktu atau selama melakukan pekerjaannya dalam lapangan kedokteran.

Pasal 3 :

Yang diwajibkan menyimpan rahasia yang dimaksud dalam pasal 1 ialah:

a. Tenaga kesehatan menurut pasal 2 Undang-undang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Th. 1963 No. 78)

b. Mahasiswa kedokteran, murid yang bertugas dalam lapangan pemeriksaan, pengobatan dan / atau perawatan & orang lain yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

Dalam pelayanan yang dilakukan di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro, ada beberapa ketentuan yang harus dipatuhi dalam menjaga kerahasiaan informasi yang ada di dalam rekam medis, antara lain :

1. Dokumen Rekam Medis pasien adalah milik RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dan merupakan dokumen yang wajib dijaga kerahasiaannya oleh seluruh karyawan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro ;
2. Rekam Medis tidak boleh disalin atau di fotokopi baik sebagian atau seluruh isi dokumen baik untuk badan-badan atau perorangan, kecuali atas ijin Direktur Utama RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro ;
3. Rekam Medis tidak boleh dibawa pulang oleh pasien tetapi untuk informasi tentang rekam medisnya boleh diketahui oleh pasien selama pasien tersebut sanggup dan mengingini informasi tentang penyakitnya, dan informasi tersebut hanya boleh dijelaskan oleh dokter yang merawatnya;
4. Rumah sakit wajib menyimpan formulir Rekam Medis yang asli, kecuali untuk resep obat ;
5. Untuk pasien yang akan dirujuk maupun yang pindah ke rumah sakit lain maka rumah sakit hanya akan memberi ringkasan pulang atau resume akhir pasien yang dibuat oleh dokter yang merawatnya untuk diteruskan kepada dokter/rumah sakit tersebut. Apabila dokter/rumah sakit lain menghendaki informasi mengenai hasil pemeriksaan pasien yang lebih terperinci maka rumah sakit dapat memberi fotokopi hasil laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya yang sudah dilegalisir kepada dokter/rumah sakit tersebut ;
6. Berkas rekam medis adalah milik rumah sakit, artinya Direktur rumah sakit bertanggungjawab atas hilangnya, rusaknya atau pemalsuan rekam medis; penggunaan oleh Badan/orang yang tidak berhak. Isi rekam medis adalah milik pasien yang wajib dijaga kerahasiaannya. Untuk melindungi kerahasiaan tersebut dibuat ketentuan-ketentuan sebagai berikut :
   a. Hanya petugas rekam medis yang diijinkan masuk ruang penyimpanan berkas rekam medis

b. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi rekam medis untuk badan-badan atau perorangan, kecuali yang telah ditetapkan oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku

c. Peminjaman rekam medis untuk keperluan pembuatan makalah, riset dan lain-lain oleh seorang dokter/tenaga kesehatann lainnya sebaiknya dikerjakan di kantor rekam medis.

7. Selama pasien sedang menerima pelayanan kesehatan di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro (Poliklinik, IGD, Ruang Rawat Inap, Pelayanan Penunjang) maka dokumen Rekam Medis menjadi tanggung jawab Kepala Satuan Kerja yang bersangkutan untuk menjaga kerahasiaannya dan dari kerusakan / kehilangan / pemalsuan ;
8. Karyawan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dilarang memberikan / menitipkan dokumen Rekam Medis kepada pasien dan atau keluarganya dengan alasan apapun
9. Dokumen Rekam Medis tidak boleh diketahui/dilihat oleh orang/badan yang tidak berwenang, serta tidak boleh dibawa keluar RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro kecuali atas permintaaan pengadilan dan atau seijin Direktur Utama RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro
10. Pemakaian Rekam Medis untuk keperluan pendidikan dan penelitian harus dengan persetujuan dari Direktur Utama

E. JENIS FORMULIR REKAM MEDIS

Jenis dan urutan formulir yang digunakan dalam pelayanan di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro antara lain :

a Urutan Asembling Rekam Medis Rawat Jalan

1	Riwayat Kesehatan Pasien (Summary List)	RM 1
2	Pengkajian Awal Pasien Per Klinik	
3	Hasil Pemeriksaan Lanjutan Pasien Rawat Jalan Terintegrasi	RM 8
4	Persetujuan Umum	RM 23

b Urutan Asembling Rekam Medis Rawat Darurat Secara Umum

1	Triase IGD Lembar 1	RM 11A
2	Triase IGD Lembar 2	RM 11B
3	Triase IGD Lembar 3	RM 11C
4	Rekonsiliasi Obat	RM 3

5		Catatan Terintegrasi	RM 35
6		Pemberian Pendidikan Kesehatan Pasien Interdisiplin	RM 38A
7		Ringkasan Pulang Pasien IGD (Bila Pasien Pulang/Tidak Rawat Inap)	RM 19
8		Catatan Pasien Pindah Ruang Rawat (Bila Pasien Rawat Inap)	RM 71
9		Pemantauan Tanda Vital Pasien IGD (Bila Pasien Memerlukan Observasi Lebih Lanjut)	RM 15
10		Pemberian Informasi & Persetujuan/Penolakan Tindakan (Bila Dilakukan Tindakan)	
11		Pengkajian Pasien Untuk Pemeriksaan Diagnosti/ Tindakan (Untuk Pasien Yang Memerlukan Pemeriksaan Diagnostik)	RM 72
12		Untuk Pasien Rujukan	
	A	Lembar Rujukan Dari Fasyankes Lain (Bila Pasien Rujukan)	
	B	Pengkajian Kebutuhan Transportasi Eksternal	RM 73
	C	Pemantauan Pasien Dalam Transportasi Eksternal	RM 74
	D	Rujukan Pasien	RM 75
	E	Pengembalian Pasien Rujukan	RM 76
13		Pemberian Informasi Menolak / Menghentikan Rawat Inap	RM 77
14		Permohonan DNR (Do Not Resusitation)	RM 81A
15		Formulir DNR (Jangan Dilakukan Resusitasi)	RM 81B
16		Kriteria Masuk Dan Keluar Ruang Rawat Intensif	RM 84
17		Konsultasi (Untuk Pasien Yang Memerlukan Konsultasi Terhadap Dokter Spesialis)	RM 85

c Urutan Assembling Rekam Medis Rawat Darurat Pasien Kebidanan

1	Triase Dan Pengkajian Kebidanan IGD Hal 1	RM 14D
2	Triase Dan Pengkajian Kebidanan IGD Hal 3	RM 14E
3	Pemantauan Proses Persalinan(Partograf)	RM 17
4	Rekonsiliasi Obat	RM 3
5	Catatan Terintegrasi	RM 35
6	Pemberian Pendidikan Kesehatan Pasien Interdisiplin	RM 38A

d Urutan Assembling Rekam Medis Rawat Darurat Pasien Penyakit Kandungan/Gynekologi

1	Asesmen Gynekologi IGD Hal 1	RM 14A
2	Asesmen Gynekologi IGD Hal 3	RM 14B
3	Asesmen Gynekologi IGD Hal 5	RM 14C
4	Rekonsiliasi Obat	RM 3
5	Catatan Terintegrasi	RM 35
6	Pemberian Pendidikan Kesehatan Pasien Interdisiplin	RM 38A

e Urutan Assembling Rekam Medis Rawat Darurat Pasien Neonatus

1	Pengkajian Pasien Neonatus IGD Hal 1	RM 13A
2	Lanjutan Pengkajian Pasien Neonatus IGD Hal 3	RM 13B
3	Lanjutan Pengkajian Pasien Neonatus IGD Hal 5	RM 13C
4	Rekonsiliasi Obat	RM 3
5	Catatan Terintegrasi	RM 35
6	Pemberian Pendidikan Kesehatan Pasien Interdisiplin	RM 38A

f Urutan Assembling Rekam Medis Rawat Inap Dewasa Secara Umum

1	Surat Masuk Rawat Inap	RM 20
2	Pendaftaran Rawat Inap	RM 21
3	Peraturan Dan Tata Tertib Pasien Rawat Inap Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro (Hak Dan Kewajiban Pasien/Keluarga)	RM 22
4	Persetujuan Umum	RM 23
5	Rekam Penerimaan Orientasi Dan Informasi Pasien Baru	RM 24
6	Lembar Dokter Penanggung Jawab Pelayanan	RM 25
7	Pengkajian Awal Pasien Rawat Inap Hal 1	RM 26A
8	Lanjutan Pengkajian Awal Pasien Rawat Inap Hal 3	RM 26B
9	Lanjutan Pengkajian Awal Pasien Rawat Inap Hal 5	RM 26C
10	Lanjutan Pengkajian Awal Pasien Rawat Inap Hal 7	RM 26D
11	Catatan Terintegrasi	RM 35
12	Asuhan Kefarmasian	RM 36
13	Instruksi & Pemberian Serta Pemantauan Obat Pasien	RM 37

14	Pemberian Pendidikan Kesehatan Pasien Interdisiplin	RM 38A
15	Pemberian Pendidikan Kesehatan Pasien Interdisiplin	RM 38B
16	Implementasi Dan Catatan Perkembangan Keperawatan	RM 40
17	Pemantauan Tanda Vital	RM 41
18	Lembar Hasil Pemeriksaan Penunjang	RM 45
19	Hasil EKG	RM 46
20	Survei Infeksi Rs	RM 47
21	Checklist Pemulangan Hal 1	RM 48A
22	Ringkasan Pulang Hal 1	RM 49A
23	Ringkasan Pulang Hal 2	RM 49B

g Urutan Assembling Rekam Medis Rawat Inap Anak Secara Umum

1	Surat Masuk Rawat Inap	RM 20
2	Pendaftaran Rawat Inap	RM 21
3	Peraturan Dan Tata Tertib Pasien Rawat Inap Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro (Hak Dan Kewajiban Pasien/ Keluarga)	RM 22
4	Persetujuan Umum	RM 23
5	Rekam Penerimaan Orientasi Dan Informasi Pasien Baru	RM 24
6	Lembar Dokter Penanggung Jawab Pelayanan	RM 25
7	Pengkajian Awal Pasien Rawat Inap Anak Hal 1	RM 33A
8	Lanjutan Pengkajian Awal Pasien Rawat Inap Anak Hal 3	RM 33B
9	Lanjutan Pengkajian Awal Pasien Rawat Inap Anak Hal 5	RM 33C
10	Catatan Terintegrasi	RM 35
11	Asuhan Kefarmasian	RM 36
12	Instruksi & Pemberian Serta Pemantauan Obat Pasien	RM 37
13	Pemberian Pendidikan Kesehatan Pasien Interdisiplin	RM 38A
14	Pemberian Pendidikan Kesehatan Pasien Interdisiplin	RM 38B
15	Implementasi Dan Catatan Perkembangan Keperawatan	RM 40
16	Pemantauan Tanda Vital	RM 41

17	Lembar Hasil Pemeriksaan Penunjang	RM 45
18	Hasil EKG	RM 46
19	Survei Infeksi Rs	RM 47
20	Checklist Pemulangan Hal 1	RM 48A
21	Ringkasan Pulang Hal 1	RM 49A
22	Ringkasan Pulang Hal 2	RM 49B

h Urutan Assembling Rekam Medis Rawat Inap Perinatologi Secara Umum

1	Surat Masuk Rawat Inap	RM 20
2	Pendaftaran Rawat Inap	RM 21
3	Peraturan Dan Tata Tertib Pasien Rawat Inap Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro (Hak Dan Kewajiban Pasien/Keluarga)	RM 22
4	Persetujuan Umum	RM 23
5	Rekam Penerimaan Orientasi Dan Informasi Pasien Baru	RM 24
6	Lembar Dokter Penanggung Jawab Pelayanan	RM 25
7	Pengkajian Bayi Baru Lahir Hal 1	RM 27L
8	Lanjutan Pengkajian Bayi Baru Lahir Hal 3	RM 27M
9	Lanjutan Pengkajian Bayi Baru Lahir Hal 5	RM 27N
10	Pengkajian Awal Pasien Perinatologi Hal 1	RM 29 A
11	Lanjutan Pengkajian Awal Pasien Perinatologi Hal 3	RM 29 B
12	Pemantauan Harian Perinatologi	RM 30
13	Identifikasi Bayi	RM 31
14	Lembar Serah Terima Bayi	RM 32
15	Catatan Terintegrasi	RM 35
16	Asuhan Kefarmasian	RM 36
17	Instruksi & Pemberian Serta Pemantauan Obat Pasien	RM 37
18	Pemberian Pendidikan Kesehatan Pasien Interdisiplin	RM 38A
19	Pemberian Pendidikan Kesehatan Pasien Interdisiplin	RM 38B
20	Implementasi Dan Catatan Perkembangan Keperawatan	RM 40
21	Pemantauan Tanda Vital	RM 41
22	Lembar Hasil Pemeriksaan Penunjang	RM 45
23	Hasil EKG	RM 46

24	Survei Infeksi RS	RM 47
25	Checklist Pemulangan Hal 1	RM 48A
26	Ringkasan Pulang Hal 1	RM 49A
27	Ringkasan Pulang Hal 2	RM 49B

i Urutan Assembling Rekam Medis Rawat Inap Kebidanan Secara Umum

1	Surat Masuk Rawat Inap	RM 20
2	Pendaftaran Rawat Inap	RM 21
3	Peraturan Dan Tata Tertib Pasien Rawat Inap Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro (Hak Dan Kewajiban Pasien/Keluarga)	RM 22
4	Persetujuan Umum	RM 23
5	Rekam Penerimaan Orientasi Dan Informasi Pasien Baru	RM 24
6	Lembar Dokter Penanggung Jawab Pelayanan	RM 25
7	Pemantauan Proses Persalinan(Partograf)	RM 17
8	Laporan Persalinan	RM 28
9	Catatan Terintegrasi	RM 35
10	Asuhan Kefarmasian	RM 36
11	Instruksi & Pemberian Serta Pemantauan Obat Pasien	RM 37
12	Pemberian Pendidikan Kesehatan Pasien Interdisiplin	RM 38A
13	Pemberian Pendidikan Kesehatan Pasien Interdisiplin	RM 38B
14	Implementasi Dan Catatan Perkembangan Keperawatan	RM 40
15	Pemantauan Tanda Vital	RM 41
16	Lembar Hasil Pemeriksaan Penunjang	RM 45
17	Hasil EKG	RM 46
18	Survei Infeksi Rs	RM 47
19	Checklist Pemulangan Hal 1	RM 48A
20	Ringkasan Pulang Hal 1	RM 49A
21	Ringkasan Pulang Hal 2	RM 49B

j Urutan Assembling Rekam Medis Rawat Inap Penyakit Kandungan Secara Umum

1	Surat Masuk Rawat Inap	RM 20

2	Pendaftaran Rawat Inap	RM 21
3	Peraturan Dan Tata Tertib Pasien Rawat Inap Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro (Hak Dan Kewajiban Pasien/Keluarga)	RM 22
4	Persetujuan Umum	RM 23
5	Rekam Penerimaan Orientasi Dan Informasi Pasien Baru	RM 24
6	Lembar Dokter Penanggung Jawab Pelayanan	RM 25
7	Asesmen Awal Rawat Inap Ginekologi Hal 1	RM 27H
8	Lanjutan Asesmen Awal Rawat Inap Ginekologi Hal 3	RM 27I
9	Lanjutan Asesmen Awal Rawat Inap Ginekologi Hal 5	RM 27J
10	Asuhan Kefarmasian	RM 36
11	Instruksi & Pemberian Serta Pemantauan Obat Pasien	RM 37
12	Pemberian Pendidikan Kesehatan Pasien Interdisiplin	RM 38A
13	Pemberian Pendidikan Kesehatan Pasien Interdisiplin	RM 38B
14	Implementasi Dan Catatan Perkembangan Keperawatan	RM 40
15	Pemantauan Tanda Vital	RM 41
16	Lembar Hasil Pemeriksaan Penunjang	RM 45
17	Hasil EKG	RM 46
18	Survei Infeksi Rs	RM 47
19	Checklist Pemulangan Hal 1	RM 48A
20	Ringkasan Pulang Hal 1	RM 49A
21	Ringkasan Pulang Hal 2	RM 49B

k Formulir yang dapat ditambahkan sesuai kondisi pasien

1	Pemberian Informasi Tindakan Transfusi Darah	RM 50
2	Daftar Tilik Pemberian Transfusi Darah	RM 51
3	Persetujuan/Penolakan Tindakan Transfusi Darah	RM 52
4	Pemberian Informasi & Persetujuan/ Penolakan Tindakan Kedokteran (Operasi)	RM 53
5	Pemberian Informasi & Persetujuan/ Penolakan Tindakan Kedokteran	RM 54
6	Pemberian Informasi & Persetujuan/ Penolakan Tindakan Kedokteran (Hemodialisa)	RM 54HD

7	Pemberian Informasi & Edukasi Tindakan General & Regional Anestesi	RM 56
8	Konsultasi Anestesi	RM 58
9	Asesmen Pra Operasi	RM 59
10	Daftar Tilik Preferivikasi Pasien Operasi/Tindakan Invasif	RM 60
11	Catatan Asuhan Keperawatan Perioperasi	RM 61
12	Daftar Tilik Keselamatan Bedah	RM 62
13	Daftar Tilik Keselamatan Pasien Tindakan Infasiv Selain Di Kamar Operasi	RM 63
14	Laporan Anestesi/Sedasi	RM 64
15	Laporan Anestesi Lokal	RM 65
16	Laporan Operasi	RM 66
17	Lembar Monitoring Pencegahan Jatuh Pasien Rawat Inap Jiwa	RM 68A
18	Lembar Monitoring Pencegahan Jatuh Pasien Rawat Inap Anak	RM 68B
19	Lembar Monitoring Pencegahan Jatuh Pasien Rawat Inap Dewasa	RM 68C
20	Pengkajian Fungsional ADL Barthel Index	RM 69
21	Form Skrining Lanjut	RM 70
22	Catatan Pasien Pindah Ruang Rawat	RM 71
23	Pengkajian Pasien Untuk Pemeriksaan Diagnosti/ Tindakan	RM 72
24	Pengkajian Kebutuhan Transportasi Eksternal	RM 73
25	Pemantauan Pasien Dalam Transportasi Eksternal	RM 74
26	Rujukan Pasien	RM 75
27	Pengembalian Pasien Rujukan	RM 76
28	Pemberian Informasi Menolak / Menghentikan Rawat Inap	RM 77
29	Pengkajian Pasien Terminal	RM 78
30	Permohonan Bimbingan Pelayanan Kerohanian	RM 79
31	Permohonan Second Opinion (Konsultasi Dokter Lain	RM 80
32	Permohonan DNR (Do Not Resusitation)	RM 81A
33	Formulir DNR (Jangan Dilakukan Resusitasi)	RM 81B
34	Penjelasan Minimal Terapi	RM 82

35	Monitoring Pemeriksaan Sliding Scale	RM 83
36	Kriteria Masuk Dan Keluar Ruang Rawat Intensif	RM 84
37	Konsultasi	RM 85
38	Jadwal Alih Baring	RM 87
39	Form Asuhan Gizi Rawat Inap	RM 88