



PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT KATOLIK BUDI RAHAYU
NOMOR : 012.2/A/16/RSKBR/IV/2022

TENTANG
PEDOMAN PELAYANAN REKAM MEDIS
RUMAH SAKIT KATOLIK BUDI RAHAYU

DIREKTUR RUMAH SAKIT KATOLIK BUDI RAHAYU

- Menimbang** :
- a. bahwa dalam upaya meningkatkan pelayanan Rekam Medis Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu, maka diperlukan Penyelenggaraan Pelayanan Rekam Medis yang berkualitas dan bermutu sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku;
 - b. bahwa kegiatan Penyelenggaraan Rekam Medis di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu berjalan dengan baik, perlu adanya Peraturan Direktur Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu sebagai landasan untuk kegiatan Rekam Medis di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam nomor a dan b, perlu ditetapkan Panduan Pelayanan Rekam Medis Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu.
- Meningat** :
- 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit
 - 2. Undang-Undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
 - 3. Undang-Undang nomor 36 tahun 2009 tentang Tenaga Kesehatan
 - 4. Peraturan Pemerintah nomor 10 tahun 1966 tentang wajib simpan rahasia kedokteran
 - 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 tahun 2008 tentang rekam medis
 - 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 55 tahun 2013 tentang pekerjaan perekam medis.



7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit.
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit.
9. Peraturan Internal Korporasi (Hospital By Law) Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu

MEMUTUSKAN

Menetapkan : PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT KATOLIK BUDI RAHAYU TENTANG PEDOMAN PELAYANAN REKAM MEDIS DI RUMAH SAKIT KATOLIK BUDI RAHAYU.

Pasal 1

Pedoman Pelayanan Rekam Medis di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu sebagaimana tercantum dalam peraturan ini

Pasal 2

Dengan diberlakukannya Pedoman keputusan ini maka Peraturan Rumah Sakit Nomor 055/B/24/RSKBR/III/2018 Tentang Pedoman Pelayanan Rekam Medis di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu dinyatakan tidak berlaku lagi.

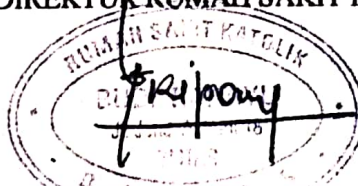
Pasal 3

Praturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan ketentuan akan diperbaiki sebagaimana mestinya apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan atau keadaan baru yang memerlukan perubahan.

Ditetapkan di : Blitar

Pada tanggal : 14 April 2022

DIREKTUR RUMAH SAKIT KATOLIK BUDI RAHAYU



dr. TRIPOMO WIDYANTO, S.H., MMRS

**PEDOMAN PELAYANAN
SEKSI REKAM MEDIS**

RUMAH SAKIT KATOLIK BUDI RAHAYU



**RUMAH SAKIT KATOLIK BUDI RAHAYU
TAHUN 2022**

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Peraturan Direktur Tentang Pedoman Pelayanan Seksis Rekam Medis	ii
Lembar Pengesahan	iv
Daftar Isi.....	v
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar belakang	1
B. Tujuan Pedoman.....	6
C. Ruang Lingkup Pelayanan	6
D. Batasan Operasional	10
E. Landasan Hukum.....	11
BAB II STANDAR KETENAGAAN	25
A. Kualifikasi Sumberdaya Manusia	25
B. Distribusi Ketenagaan.....	26
C. Pengaturan Jaga / Dinas.....	28
BAB III STANDAR FASILITAS	29
A. Denah ruangan.....	29
B. Ruang Yang Tersedia	30
C. Fasilitas Dalam Masing-Masing Ruang.....	30
BAB IV TATA LAKSANA PELAYANAN.....	33
A. Penyelenggaraan Rekam Medis	33
1. Pengambilan Data Identitas.....	33
2. Sistem Penomoran Rekam Medis.....	34
3. Pengisian Rekam Medis.....	35
4. Rekam Medis Rawat Jalan	41
5. Rekam Medis Gawat Darurat	43
6. Rekam Medis Rawat Inap	45
B. Pengelolaan Rekam Medis	67
1. Penerimaan Pasien.....	67
2. Asembling	73
3. Analisis Koding	77
4. Indeksing	78
5. Pelaporan.....	81
6. Penyimpanan	86
7. Pemusnahan	89
8. Pelepasan Informasi.....	90
BAB V LOGISTIK.....	92
A. Penyediaan	92
B. Pengelolaan	93

BAB VI KESELAMATAN PASIEN	94
A. Pengertian	94
B. Tujuan	94
C. Standard Keselamatan Pasien	94
D. Langkah-langkah Penerapan Keselamatan Pasien	95
E. Tatalaksana Keselamatan Pasien.....	95
F. Sasaran Keselamatan Pasien	96
BAB VII KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA	97
BAB VIII PENGENDALIAN MUTU.....	99
BAB IX PENUTUP	102



YAYASAN RUMAH SAKIT BUDI RAHAYU
RUMAH SAKIT KATOLIK BUDI RAHAYU

Jl. Ahmad Yani No. 18 Telp. (0342) 801066, 802316, 807802 Fax. (0342) 804284, 806509

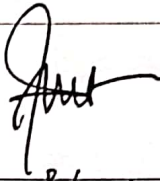
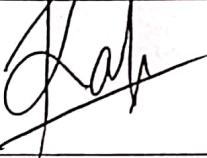
e-mail : rskbra@budirahayu.com

www.budirahayu.com

BLITAR - 66111

LEMBAR PENGESAHAN

Jenis dokumen : Pedoman Pelayanan Rekam Medis Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu

Keterangan	Tanggal	Nama	Jabatan	Tandatangan
Disusun oleh	13/4/22	Budi Santoso	Kasie Rekam Medis	
Diperiksa oleh	13/04/22	dr. Kartika	Ketua Panitia RM	

LAMPIRAN

PERATURAN RUMAH SAKIT KATOLIK BUDI RAHAYU

NOMOR : 012.2/A/16/RSKBR/IV/2022

TENTANG : PEDOMAN PELAYANAN REKAM MEDIS

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Lahirnya rekam medis berjalan sejajar dengan lahirnya ilmu kedokteran karenanya sejak Zaman Batu (*Paleolithic*) lebih kurang 25.000 SM di Spanyol rekam medis telah ada, tetapi dalam bentuk yang primitif sekali berupa pahatan pada dinding gua.

Pada zaman Mesir Kuno (*Egyptian Period*) telah dikenal Dewa Thoth ahli pengobatan yang dianggap Dewa Kebijaksanaan dikenal sebagai dewa berkepala iblis. Ia mengarang 36 buah – 42 buku. Diantaranya 6 buku mengenai masalah kedokteran (tubuh manusia, penyakit, obat-obatan penyakit mata dan kebidanan)

Imhotep adalah dokter yang pertama menjalankan rekam medis. Hidup di zaman Piramid 3.000-2.500 SM. Ia adalah pegawai negeri tinggi, Kepala Arsitek Negeri serta penasehat Medis Fira'un, kemudian ia dihormati sebagai *medical demigod* seperti *Aesculapius* : Ia membuat *Papyrus* (dokumen ilmu kedokteran kuno yang berisi 43 kasus pembedahan).

Papyrus ini selama berabad-abad menghilang dan baru diketemukan pada abad XIX oleh seorang berkebangsaan Inggris bernama Edwin Smith, hingga kemudian dinamakan : *Edwin Smith Papyrus*. *Papyrus* ini saat ini disimpan di *New York Academy of Medicine, USA*.

Lembaran papyrus lain diketemukan pada tahun 1872 di kaki mumi di Necropolis ditulis sejak tahun 1550 SM, yang kemudian dijual pada seorang archeolog Jerman bernama Georg Ebers hingga kemudian dikenal sebagai *Papyrus Ebers*.

Sebelum perang dunia ke II papyrus ini berada di *University of Leipzig*. Di *Leipzig* (Polandia) isi *Papyrus Ebers* diketahui adalah observasi yang cermat mengenai penyakit dan pengobatan yang dikerjakan secara teliti dan mendalam.

Pada zaman Yunani dikenal *Aesculapius* yang dianggap sebagai dewa kedokteran dan mempunyai tongkat dililit ular yang hingga kini masih dipakai sebagai simbol ilmu kedokteran diseluruh dunia. *Aesculapius* melakukan praktek ilmu kedokteran di Delphi, bekas reruntuhan kuilnya berada di dekat gunung Parna Zeus.

Ilmu kedokteran di Yunani disebarkan oleh sepuluh dokter yang disebut *Aesclepadae* sedang kuil tempat penderita disebut *Aesculapia* (1134 SM). Selain kuil tersebut pengobatan lainnya di kota Epidaurus (*Secred Grove*) atau disebelah Barat *Althena*.

Pada 460 SM dikenal Hippocrates yang hingga kini disebut sebagai Bapak Ilmu Kedokteran. Ia yang mulai mengenyampingkan ramalan dan pengobatan secara mistik dengan praktek kedokteran secara ilmu pengetahuan modern.

Hipocrates yang membuat sumpah Hipocrates dan banyak menulis tentang pengobatan penyakit, dengan observasi penelitian yang cermat dan sampai kini dianggap benar. Hasil pemeriksaan pasiennya (rekam medis) diajarkan pada Putra Hipocrates Thesalius, Racon, dan Dextippus yang hingga kini masih dapat dibaca oleh para dokter. Kecermatan cara kerja Hipocrates dalam pengelolaan rekam medisnya sangat menguntungkan para dokter sekarang.

Galen yang hidup 600 tahun sesudah Hipocrates (130-121 SM) di kota Roma adalah orang pertama yang memperkenalkan fungsi sesungguhnya dari arteri (pembuluh darah) dan dalam salah satu buku karangannya ia menggambarkan rasa sakit yang diakibatkan serangan batu ginjal. Di zaman ini telah mempunyai majalah kedokteran bernama *Romana Acta Diurna*.

Orang yang pertama kali menyebutkan perkataan rumah sakit (*Hospital*) atau *Hopitalia* dalam bahasa latin (*Hosper* = *Host* = Tamu) adalah Santo Jerome. Istilah tersebut ia pergunakan sewaktu menulis mengenai rumah sakit yang didirikan oleh Pabiola di Roma Tahun 390.

Pada zaman Byzantium ilmu kedokteran hanya mencapai 3 abad pertama *walaupun* zaman ini lebih dari 1000 tahun. Pengarang buku ilmu kedokteran pada zaman ini adalah : Aetius, Alexander, Oribasius dan Paul satu-satunya pekerjaan rekam medis yang dilakukan yaitu catatan para rahib (dokter kuno).

Pada zaman Yahudi ilmu kedokteran telah tertera di dalam kitab Injil dan Talmud, dua kitab agama Kristen dan Yahudi. Bangsa Hibrani termasuk pencipta dari Prophylaxis. Buku Leviticus berisi sanitasi dan higiene seperti : efek menyentuh benda kotor, jenis makanan yang harus dimakan dan mengandung gizi tinggi, dan cara membersihkan ibu yang baru melahirkan.

Pada zaman Islam dikenal dokter-dokter yang beragama Islam dan praktek di rumah sakit Persia (Iran) antara lain Imam Gozali (Rhazes) tahun 865 – 925 SM, yang telah menulis banyak buku kedokteran, antara lain mengenai pengobatan penyakit cacar “*Treatise on Smallpox and Measles*” yang merupakan buku pertama yang membahas penyakit menular. Ia juga merupakan dokter pertama yang menggunakan alkohol dan usus kambing untuk menjahit luka.

Kemudian Ibnu Sina (Avicena) hidup 980–1037 M yang bekerja berdasarkan tulisan Hipocrates dan menggabungkan dengan sumber-sumber kedokteran lainnya yang ia dapat. Ia telah menggunakan sistem pencatatan klinis yang baik.

Rumah Sakit ST Bartholomeus di London merintis hal-hal yang harus dikerjakan oleh suatu *medical record management*. Rumah sakit ini yang memulai membuat catatan (*record*) dari para penderita yang dirawat di rumah sakitnya. Pada tahun 1667 rumah sakit ini mempelopori pendirian perpustakaan kedokteran. Rumah sakit ini masih berdiri dan beberapa rekam medis pasiennya yang pernah dirawat ditahun 1137 masih ada. Pendiri rumah sakit ini bernama Rahera. Rumah sakit ini mengeluarkan buku bernama *Book of Foundation yang berisi riwayat dari 28 kasus penyakit*. ST Bartholomeus mendapat dukungan dan perhatian pemerintah atas usaha usahanya yang telah dijalankan.

Andreas Vesalius hidup pada tahun 1514 – 1554, adalah seorang berkebangsaan Belgia, dokter yang mempelajari ilmu anatomi melalui pembedahan mayat orang kriminal dengan cara mencuri mayat, hal yang dilarang keras oleh gereja Khatolik. Hasil pembedahan mayat menjadi pengetahuan Anatomi yang sangat bermanfaat. Ia juga selalu membuat rekam medis atas segala hal yang dijumpainya. Hasil rekam medis tersebut dibukukan dengan nama *Fabrica* (1543). Kemudian ia menjadi profesor pada *University of Padua* (Italia).

Dokter William Harvey adalah seorang dokter yang bekerja di RS ST Barthelemew yang menekankan dimana dokter harus bertanggung jawab atas segala

catatan rekam medisnya. Setiap dokter harus mencatat laporan instruksi medis dari pasien.

Kapten Jhon Grant adalah orang yang pertama kali mempelajari Vital Statistik pada tahun 1661. Ia melakukan penelitian atas *Bilis of Mortality* (angka Kematian).

Pada abad XVIII Benyamin Franklin dari USA mempelopori berdirinya rumah sakit Pennsylvania di Philadelphia (1752). Rekam medis sudah ada pada tahun 1873 dan indeks pasien baru disimpan.

Tahun 1771 Rumah Sakit New York dibuka, pada tahun 1793 register pasien dikerjakan. Tahun 1862 mulai dicoba menggunakan indeks penyakit. Pada tahun 1914 istilah-istilah kepenyakit baru dapat diterangkan.

Pada tahun 1801 Rumah Sakit Umum Massacusset di Boston dibuka memiliki rekam medis dan katalog lengkap. Tahun 1871 mulai diinstruksikan bahwa pasien dirawat harus dibuat KIUP (Kartu Indeks Utama Pasien).

Tahun 1870-1893 *Library Bureu* mulai mengerjakan penelitian katalog pasien. Tahun 1895 -1867 Ny. Grece Whiting Myerors terpilih sebagai Presiden pertama dari *Association of Record Librarian of North America*. Ia adalah ahli *medical record* pertama di rumah sakit.

Pada abad XX rekam medis baru menjadi pusat perhatian secara khusus pada beberapa rumah sakit, perkumpulan ikatan dokter/rumah sakit di negara-negara barat.

Tahun 1902 *American Hospital Association* untuk pertama kalinya melakukan diskusi rekam medis. Tahun 1905 beberapa buah pikiran dokter diberikan untuk perbaikan rekam medis. Tahun 1905 Dokter George Wilson seorang dokter kebangsaan Amerika dalam rapat tahunan *American Medical Association* ke 56 membacakan naskahnya : “*Aclinical Chart for The Record of Patient in Small Hospital* “ yang kemudian diterbitkan dalam *Journal of American Association* terbit 23-9-1905. Isi naskah itu adalah tentang pentingnya nilai *medical record* yang lengkap isinya demi kepentingan pasien maupun bagi pihak rumah sakit.

Berikut adalah perkembangan selanjutnya :

1. Tahun 1935 di USA muncul 4 buah sekolah Rekam Medis.
2. Tahun 1955 berkembang menjadi 26 sekolah terdapat 1000 lulusan.
3. Tahun 1948 Inggris membuat 4 sekolah rekam medis.

4. Tahun 1944 Australia membuat sekolah rekam medis oleh seorang ahli RM dari Amerika yang bernama Ny. Huffman, di Sydney dan Melbourne.

Dengan demikian dunia internasional sudah menyadari bagaimana pentingnya tulisan-tulisan serta catatan mengenai penyakit seseorang sehingga harus disusun dengan sebaik-baiknya dan catatan medis inilah yang kita namakan dengan rekam medis.

Semenjak masa pra kemerdekaan rumah sakit di Indonesia sudah melakukan kegiatan pencatatan, hanya saja masih belum dilaksanakan dengan penataan baik, atau mengikuti sistem yang benar, penataan masih tergantung pada selera pimpinan masing-masing rumah sakit.

Dengan dikeluarkannya Peraturan Pemerintah No. 10 tahun 1960, kepada semua petugas kesehatan diwajibkan untuk menyimpan rahasia kedokteran, termasuk berkas rekam medis. Kemudian pada tahun 1972 dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No.034/Birhup/1972, ada kejelasan bagi rumah sakit menyangkut kewajiban untuk menyelenggarakan *medical record*. Bab I ps 3 menyatakan bahwa guna menunjang terselenggaranya rencana induk (master plan) yang baik, maka setiap rumah sakit:

1. Mempunyai dan merawat statistik yang *up to date*.
2. Membuat *medical record* yang berdasarkan ketentuan ketentuan yang telah ditetapkan.

Maksud dan tujuan dari peraturan-peraturan tersebut adalah agar di institusi pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit, penyelenggaraan rekam medis dapat berjalan dengan baik. Pada tahun 1972-1989 penyelenggaraan rekam medis belum berjalan sebagaimana yang diharapkan.

Maka dengan diberlakukannya Permenkes No.749a menkes/per/XV/tahun 1989 tentang rekam medis / *medical record* yang merupakan landasan hukum semua tenaga medis dan para medis di rumah sakit yang terlibat dalam penyelenggaraan rekam medis harus melaksanakannya.

Dalam pasal 22 sebagai salah satu pasal permenkes No. 749a tahun 1989 tersebut disebutkan bahwa hal-hal teknis yang belum diatur dan petunjuk pelaksanaan peraturan ini akan ditetapkan oleh Direktur Jenderal sesuai dengan bidang tugas masing-masing. Sejalan dengan pasal 22 tersebut maka Direktorat Jenderal Pelayanan Medik telah menyusun Petunjuk Pelaksanaan Penyelenggaraan Rekam

Medis/Medical Record di Rumah Sakit dengan Surat Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik No. 78 Tahun 1991 tentang Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Rekam Medis di Rumah Sakit.

Dengan adanya perkembangan akan kebutuhan dan mengantisipasi perkembangan pelayanan maupun IPTEK dilakukan penyempurnaan dan revisi peraturan menteri kesehatan tentang rekam medis dengan dikeluarkannya Permenkes 269/PER/III/2008 tentang Rekam Medis. Tenaga yang menjalankan kegiatan rekam medis dengan pendidikan rekam medis juga didasari dengan dikeluarkannya Permenkes No.55 Tahun 2013 tentang pekerjaan perekam medis.

Perkembangan teknologi digital dalam masyarakat mengakibatkan transformasi digitalisasi pelayanan kesehatan sehingga rekam medis perlu perencanaan rekam medis secara elektronik dengan prinsip keamanan dan kerahasiaan data dan informasi.

B. Tujuan Pedoman

Tujuan pedoman ini adalah :

1. Mewujudkan persamaan pemahaman terhadap kebijakan Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu tentang pelayanan Seksi Rekam Medis yang berkaitan dengan pengelolaan rekam medis meliputi : penerimaan pasien, assembling, analisis koding, indeksing, penyimpanan, pelaporan, dan pemusnahan rekam medis di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu.
2. Menggambarkan alur pelayanan Seksi Rekam Medis;
3. Terwujudnya suatu pelayanan yang sistematis, akurat, efektif dan efisien;
4. Meningkatkan mutu pelayanan Rekam Medis;
5. Memudahkan proses koordinasi;
6. Memudahkan evaluasi dan monitoring kinerja Seksi Rekam Medis

C. Ruang Lingkup Pelayanan

Ruang lingkup Pelayanan Rekam Medis Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu adalah penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis yang meliputi : penerimaan pasien, assembling, analisis koding, indeksing, penyimpanan, pelaporan dan pemusnahan.

1. Falsafah Rekam Medis

Rekam medis merupakan bukti tertulis tentang proses pelayanan diberikan oleh dokter dan tenaga kesehatan lainnya kepada pasien, hal ini merupakan cerminan kerjasama lebih dari satu orang tenaga kesehatan untuk menyembuhkan pasien. Bukti tertulis pelayanan yang dilakukan setelah pemeriksaan, tindakan, pengobatan sehingga dapat dipertanggungjawabkan.

Proses pelayanan diawali dengan identifikasi pasien baik data diri, maupun perjalanan penyakit, pemeriksaan, pengobatan dan tindakan medis lainnya yang akan dijadikan dasar di dalam menentukan tindakan lebih lanjut dalam upaya pelayanan maupun tindakan medis lainnya yang diberikan kepada seorang pasien yang datang ke rumah sakit. Jadi falsafah Rekam Medis mencantumkan nilai Administrasi, Legal, Finansial, Riset, Edukasi, Dokumen, Akurat, Informatif dan (Responsibility) dapat dipertanggungjawabkan (ALFRED AIR).

2. Pengertian Rekam Medis

Membahas pengertian rekam medis terlebih dahulu akan dikemukakan arti dari rekam medis itu sendiri. Rekam medis disini diartikan sebagai *“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”*. Kalau diartikan secara dangkal, rekam medis seakan-akan hanya merupakan catatan dan dokumen tentang keadaan pasien, namun kalau dikaji lebih dalam rekam medis mempunyai makna yang lebih luas dari pada hanya sekedar catatan biasa, karena di dalam catatan tersebut sudah tercermin segala informasi menyangkut seorang pasien yang akan dijadikan dasar di dalam menentukan tindakan lebih lanjut dalam upaya pelayanan maupun tindakan medis lainnya yang diberikan kepada seorang pasien yang datang ke rumah sakit dalam hal ini ke datang ke rumah sakit.

Rekam medis mempunyai pengertian yang sangat luas tidak hanya sekedar kegiatan pencatatan, akan tetapi mempunyai *pengertian* sebagai satu sistem pengelolaan rekam medis. Sedangkan kegiatan pencatatannya sendiri hanya merupakan salah satu kegiatan daripada pengelolaan rekam medis. Penyelenggaraan rekam medis merupakan proses kegiatan yang dimulai sejak saat pasien diterima rumah sakit dan mendapat asuhan medis, keperawatan, dan

profesional pemberi asuhan lainnya. Proses penyelenggaraan rekam medis ini dilanjutkan sampai dengan pasien pulang, dirujuk, atau meninggal. Pengelolaan rekam medis meliputi : penerimaan pasien, assembling, analisis koding, indeksing, penyimpanan, pelaporan dan pemusnahan.

3. Tujuan Rekam Medis

Tujuan rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu yaitu terciptanya rekam medis yang lengkap, jelas, benar, akurat, terjaga keamanan, keutuhan dan kerahasiaannya. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, mustahil tertib administrasi di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu akan berhasil sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tujuan rekam medis secara rinci akan terlihat dengan kegunaan rekam medis itu sendiri.

4. Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain:

a. Aspek Administrasi

Rekam Medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga profesional pemberi asuhan dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

b. Aspek Medis

Rekam Medis mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.

c. Aspek Hukum

Rekam Medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan sebagai tanda bukti telah dilakukannya pemeriksaan, pengobatan, terapi, tindakan kedokteran terhadap pasien.

d. Aspek Keuangan

Rekam Medis mempunyai nilai keuangan karena isinya dapat dijadikan sebagai bahan untuk menetapkan biaya setelah menerima pelayanan di rumah sakit. Tanpa adanya bukti catatan tindakan/pelayanan, maka pembayaran pelayanan di rumah sakit tidak dapat dipertanggungjawabkan.

e. Aspek Penelitian

Rekam Medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya mengandung data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai bahan pengkajian dan penelitian dalam pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

f. Aspek Pendidikan

Rekam Medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/informasi tentang perkembangan, pengamatan, kronologis dari kegiatan pelayanan medis, asuhan keperawatan dan asuhan lainnya yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat digunakan sebagai bahan/referensi di bidang pendidikan profesi masing-masing pemberi asuhan.

g. Aspek Dokumentasi.

Rekam Medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menjadi sumber data/ informasi yang menjadi rekaman penting pelayanan pasien yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan rumah sakit.

Dengan melihat dari beberapa aspek tersebut di atas, rekam medis mempunyai kegunaan yang sangat luas, karena tidak hanya menyangkut antara pasien dengan pemberi pelayanan saja.

Kegunaan rekam medis secara umum adalah:

- a. Sebagai alat komunikasi antara pasien, dokter dengan tenaga kesehatan lainnya yang ikut ambil bagian di dalam memberikan pelayanan, pengobatan, perawatan kepada pasien.
- b. Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.
- c. Sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit, dan pengobatan selama pasien berkunjung/dirawat di rumah sakit.

- d. Sebagai bahan yang berguna untuk analisa, penelitian, dan evaluasi terhadap mutu pelayanan yang diberikan kepada pasien.
- e. Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya.
- f. Menyediakan data-data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan.
- g. Sebagai dasar dalam perhitungan biaya pelayanan yang diterima pasien.
- h. Menjadi sumber data dan informasi yang harus didokumentasikan serta sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan.

D. Batasan Operasional

1. Rekam Medis

Adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien

2. Penyelenggaraan Rekam Medis

Adalah proses kegiatan yang dimulai sejak pasien diterima rumah sakit dan mendapat asuhan medis, keperawatan, dan profesional pemberi asuhan lainnya. Proses penyelenggaraan rekam medis ini dilanjutkan sampai dengan pasien pulang, dirujuk, atau meninggal.

3. Pengelolaan Rekam Medis

Adalah proses kegiatan yang meliputi: penerimaan pasien, assembling, analisis koding, indeksing, penyimpanan, pelaporan dan pemusnahan.

4. Kantor Terima

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

5. Penerimaan Pasien

Serangkaian proses penerimaan pasien yang akan mendapatkan pelayanan, asuhan medis, keperawatan dan profesional pemberi asuhan lainnya untuk pasien rawat inap, pasien rawat jalan, dan pasien gawat darurat sesuai kebutuhan pasien sebagai bagian prosedur pelayanan rumah sakit

6. Penerimaan Pasien Rawat Inap

Adalah serangkaian proses kegiatan menerima pasien untuk mendapatkan pelayanan di unit rawat inap yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien di tempat penerimaan pasien rawat inap.

7. Pendaftaran Pasien

Proses mewawancarai pasien dengan tujuan untuk mengetahui pelayanan yang dibutuhkan pasien, mencatat data identitas, memberikan nomor register, nomor rekam medis dan membuatkan rekam medis.

8. Tracer

Adalah lembar petunjuk atau pengganti dari rekam medis yang sedang keluar dari rak penyimpanan untuk dipinjam .

9. Buku ICD 10

Adalah kepanjangan dari International Classification of Disease Ten Revision 2010 Edition. Buku ICD 10 digunakan untuk memberikan kode diagnosis penyakit.

10. Buku ICD 9 CM

Adalah kepanjangan dari International Classification of Disease Nine Clinical Modification. ICD 9CM digunakan untuk memberikan kode tindakan dan prosedur yang dilakukan terhadap pasien.

11. Kartu berobat

Adalah kartu yang diberikan kepada pasien dimana isi kartu tersebut adalah nomor rekam medis dan nama pasien. Kartu tersebut digunakan untuk mempermudah pencarian kembali rekam medis pasien yang akan berobat.

12. Profesional Pemberi Asuhan (PPA): Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis, Apoteker, Tenaga Laboratorium, Perawat, Perawat Gigi, Bidan, Ahli Gizi, Fisioterapis, Anestesi, Penata Rongent dan tenaga kesehatan lain.

E. Landasan Hukum

1. Landasan hukum yang berkaitan dengan rekam medis

- a. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- b. Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
- c. Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
- d. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan

- e. Peraturan Pemerintah Nomor 10 Tahun 1966 Tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran
- f. Permenkes Nomor 36 Tahun 2012 Tentang Rahasia Kedokteran
- g. Permenkes Nomor 290 / PER / III / 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran
- h. Permenkes Nomor 269 / MENKES / PER / III / 2008 tentang Rekam Medis
- i. Permenkes Nomor 55 Tahun 2013 tentang Pekerjaan Perekam Medis
- j. Surat Keputusan Menkes RI No.034/BIRHUP/1972. Ada kejelasan bagi rumah sakit menyangkut kewajiban untuk menyelenggarakan rekam medis dengan kegiatannya menunjang pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, meliputi membuat rekam medis berdasarkan ketentuan yang telah ditetapkan, serta merawat statistik yang telah *up to date*. Melalui peraturan tentang rekam medis, diharapkan rumah sakit dapat menyelenggarakan rekam medis berjalan sebagaimana yang diharapkan.
- k. SK Dir Jen Yan Medik tahun 1991 : 78/Yan.Med/RS.Um.Dik/YMU/I/91 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penyelenggaraan Rekam Medis di Rumah Sakit.

2. Seksi Rekam Medis Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu memiliki beberapa kebijakan sebagai berikut :

- a. Setiap pasien Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu memiliki satu nomor rekam medis.
- b. Penyimpanan rekam medis pasien rawat jalan dan rawat inap disimpan secara sentralisasi di ruang penyimpanan rekam medis.
- c. Rekam Medis di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu dibedakan menjadi dua warna, yaitu warna biru untuk pasien laki-laki dan warna kuning untuk pasien perempuan.
- d. Pengisian rekam medis harus JELAS, yaitu dapat dibaca oleh Profesional Pemberi Asuhan dan tenaga kesehatan lain yang berkepentingan.
- e. Pengisian rekam medis harus BENAR, yaitu sesuai kenyataan hasil wawancara, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang.
- f. Pengisian rekam medis harus LENGKAP, yaitu diisi sesuai dengan prosedur dan pedoman tertulis pengisiannya.

- g. Pengisian rekam medis harus TEPAT WAKTU, yaitu sesuai dengan batas waktu yang telah ditentukan adalah:
- Rekam Medis harus dibuat segera dan dilengkapi setelah pasien menerima pelayanan.
- 2x24 Jam : Pasien yang sudah keluar rumah sakit / pulang rawat inap, rekam medis pasien harus dikembalikan ke seksi rekam medis
- 14 Hari : Rekam Medis selesai dilengkapi di ruang perawatan dan harus segera dikembalikan ke seksi rekam medis.
- 30 Hari : Semua Hasil Patologi Anatomi (PA) harus sudah selesai dan siap untuk disimpan.
- h. Setiap pasien yang pulang dibuatkan Ringkasan Perawatan Pasien (Resume Medis).
- i. Kegiatan pelayanan medis dilaksanakan dengan membuat sensus harian.
- j. Seluruh pelayanan dokumen rekam medis dilaksanakan oleh petugas rekam medis.
- k. Setiap pasien yang mendapatkan pelayanan di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu dilakukan input data identitas di Kantor Terima.
- l. Permintaan rekam medis hanya bisa diberikan untuk kepentingan pengobatan pasien dan untuk kepentingan lain harus sesuai aturan yang berlaku, peminjaman menggunakan buku peminjaman.
- m. Kepala Ruang Rawat Inap bertanggung jawab atas kembalinya berkas rekam medis pasien rawat inap yang keluar perawatan dalam waktu tidak lebih dari 2 x 24 jam.
- n. Semua Profesional Pemberi Asuhan (PPA) atau tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan kepada pasien diwajibkan menulis seluruh pelayanan yang diberikan pada lembar rekam medis yang sudah ditentukan, dilengkapi dengan tanda tangan dan nama jelas.
- o. Penanggung jawab Rekam Medis di ruang rawat inap dan rawat jalan bertanggung jawab atas pengembalian dan pendistribusian berkas rekam medis.

- p. Rekam Medis yang telah dikembalikan ke Seksi Rekam Medis yang belum lengkap, wajib dilengkapi oleh PPA atau tenaga kesehatan lain yang bersangkutan.
- q. Seksi Rekam Medis bertanggung jawab atas laporan berkala yang telah ditetapkan, baik untuk kepentingan eksternal maupun internal.
- r. Seluruh hasil pemeriksaan pelayanan penunjang wajib ditempelkan pada lembar rekam medis yang telah ditetapkan.
- s. Seksi Rekam Medis bertanggung jawab atas tersedianya informasi kegiatan pelayanan dan indikator rumah sakit yang telah ditetapkan.
- t. Seluruh pelayanan rekam medis wajib berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien.
- u. Seksi Rekam Medis Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu menerima kegiatan praktik kerja lapangan mahasiswa yang memiliki kerjasama.
- v. Bagi pasien yang memerlukan data rekam medis, dapat diberikan resume medis atau ringkasan perawatan pasien, hasil pemeriksaan dan riwayat pelayanan yang telah diberikan.

3. Aspek Persyaratan Hukum

Rekam medis harus memenuhi obyek persyaratan hukum (PERMENKES 269/2008) yaitu:

- a. Rekam medis tidak ditulis dengan pensil.
- b. Tidak ada penghapusan.
- c. Coretan, ralat sesuai dengan prosedur, tanggal dan tanda tangan.
- d. Tulisan jelas, terbaca.
- e. Ada tanda tangan dan nama petugas.
- f. Ada tanggal dan waktu (Jam) pemeriksaan tindakan.
- g. Ada lembar persetujuan tindakan.

Dan sesuai dengan PERMENKES No. 269/MENKES/III/2008, tentang Rekam Medis serta keputusan Ditjen Yan Med Nomor 78/Yan Med/RS UMDIK/YMU/1/91 maka tenaga yang berhak mengisi rekam medis di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu adalah:

- a. Dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi yang melayani pasien di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu.

- b. Dokter mitra yang memiliki kerjasama dengan Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu.
- c. Tenaga kesehatan yang terlibat langsung dalam pelayanan antara lain ; Perawat, Perawat Gigi, Bidan, Tenaga Laboratorium Klinik, Gizi, Anastesi, Penata Rontgen, Rehabilitasi Medis, Rekam Medis, dan tenaga kesehatan lain.
- d. Dalam hal dokter ke luar negeri maka yang melakukan tindakan/konsultasi kepada pasien yang mengisi rekam medis adalah dokter yang ditunjuk oleh Direktur Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu.

4. Pemilikan Rekam Medis

Sesuai dengan Permenkes 269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis Bab V Pasal 12 dijelaskan bahwa:

- 1) Berkas rekam medis milik sarana pelayanan kesehatan
- 2) Isi rekam medis merupakan milik pasien
- 3) Isi rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat 2 dalam bentuk ringkasan rekam medis.
- 4) Ringkasan rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat 3 dapat diberikan, dicatat, atau dicopi oleh pasien atau orang yang diberi kuasa atau atas persetujuan tertulis pasien atau keluarga pasien yang berhak untuk itu.

Dari uraian tersebut dijelaskan bahwa rumah sakit sebagai pemilik segala catatan yang ada di rumah sakit, termasuk rekam medis. Hal ini mengingat karena catatan-catatan yang terdapat dalam berkas rekam medis merupakan rangkaian kegiatan pelayanan yang diberikan oleh unit pelayanan kesehatan kepada pasien. Jadi bukti dokumentasi tersebut adalah sebagai tanda bukti rumah sakit terhadap segala usahanya dalam pengobatan dan pelayanan kepada pasien. Isi rekam medis menunjukkan pula baik buruknya upaya pelayanan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut. Beberapa hal yang perlu diperhatikan untuk petugas yang terlibat pada pelayanan kesehatan kepada pasien. :

- a. Tidak diperkenankan untuk membawa berkas rekam medis keluar dari instansi pelayanan kesehatan, kecuali atas izin Direktur dan dengan

sepengetahuan kepala Seksi Rekam Medis, yang peraturannya digariskan oleh Direktur Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu.

- b. Petugas Rekam Medis antara lain bertanggung jawab penuh terhadap kelengkapan dan penyediaan berkas yang sewaktu-waktu dapat dibutuhkan oleh pasien.
- c. Petugas rekam medis harus menjaga agar berkas tersebut tersimpan dan tertata dengan baik dan terlindung dari kemungkinan pencurian berkas atau pembocoran isi rahasia berkas rekam medis.
- d. Itulah sebabnya maka Petugas Rekam Medis harus menghayati berbagai peraturan mengenai prosedur penyelesaian pengisian berkas bagi para petugas pelayanan kesehatan maupun tata cara pengolahan berkas secara terperinci, yang semuanya dilakukan demi menjaga agar berkas rekam medis dapat memberikan perlindungan hukum bagi rumah sakit, petugas pelayanan kesehatan maupun pasien.

Dalam kaitan ini boleh ataupun tidaknya pasien mengerti akan isi dari rekam medis adalah amat tergantung pada kesanggupan dan kecakapan pasien untuk mendengar informasi mengenai penyakitnya yang dijelaskan oleh dokter yang merawatnya.

Hal ini tidak berarti bahwa pasien diperkenankan untuk membawa berkasnya pulang. Resume Medis yang dikeluarkan oleh rumah sakit serta diteruskan kepada dokter penerima rujukan sudah dianggap memadai. Apabila dokter penerima rujukan menghendaki informasi mengenai penyakit pasien yang lebih terperinci maka pihak rumah sakit diperkenankan untuk menyalin dan membuatkan resume medis dan meneruskan kepada dokter rujukan tersebut. Harus diingat bahwa rumah sakit wajib memegang berkas asli, kecuali untuk resep obat pasien.

Dengan adanya kepentingan pihak ketiga seperti asuransi, polisi, pengadilan dan lain sebagainya terhadap rekam medis seorang pasien maka tampak bahwa rekam medis telah menjadi milik umum. Namun pengertian umum disini bukanlah dalam arti bebas dibaca masyarakat, karena walaupun bagaimana rekam medis hanya dapat dikeluarkan bagi berbagai maksud/kepentingan berdasarkan otoritas pemerintah/badan yang berwenang

yang secara hukum dapat dipertanggungjawabkan. Bilamana peraturan secara khusus belum ada maka perihal penyiaran atau penerusan informasi kepada pasien, dokter, orang lain yang ditunjuk adalah bersifat administratif, pihak Rumah Sakit akan memperhatikan berbagai faktor yang terlibat sebelum menjawab permohonan pasien atau pihak lainnya untuk melihat berkas rekam medis. Dalam hal ini Rumah Sakit bertanggung jawab secara moral dan hukum sehingga berupaya untuk menjaga agar jangan sampai terjadi orang yang tidak berwenang dapat memperoleh informasi yang terdapat dalam rekam medis pasien. Pengamanan harus dimulai sejak pasien masuk, selama pasien dirawat dan sesudah pasien keluar rumah sakit.

5. Kerahasiaan Rekam Medis

Sesuai dengan Permenkes 269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis Bab IV Pasal 10 dijelaskan bahwa:

- 1) Informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan pasien harus dijaga kerahasiaannya oleh dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan tertentu, petugas pengelola dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan
- 2) Informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan dapat dibuka dalam hal :
 - a. Untuk kepentingan kesehatan pasien;
 - b. Memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakan hukum atas perintah pengadilan;
 - c. Permintaan dan/ atau persetujuan pasien sendiri;
 - d. Permintaan institusi/ lembaga berdasarkan ketentuan perundang-undangan; dan
 - e. Untuk kepentingan penelitian, pendidikan, dan audit medis, sepanjang tidak menyebutkan identitas pasien
- 3) Permintaan rekam medis untuk tujuan sebagaimana dimaksud pada ayat 2 harus dilakukan secara tertulis kepada pimpinan sarana pelayanan kesehatan.

Bab IV Pasal 11 dijelaskan bahwa:

- 1) Penjelasan tentang isi rekam medis hanya boleh dilakukan oleh dokter atau dokter gigi yang merawat pasien dengan izin tertulis pasien atau berdasarkan peraturan perundang-undangan.
- 2) Pimpinan sarana pelayanan kesehatan dapat menjelaskan isi rekam medis secara tertulis atau langsung kepada pemohon tanpa izin pasien berdasarkan peraturan perundang-undangan.

Secara umum telah disadari bahwa data dan informasi yang didapat dari rekam medis sifatnya rahasia karena hal ini menjelaskan hubungan yang bersifat privasi atau khusus antara pasien dan dokter yang wajib dilindungi kerahasiannya sesuai dengan kode etik kedokteran dan peraturan perundangan yang berlaku.

Beberapa 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”, Permenkes No. 36 tahun 2012 mengenai Rahasia Kedokteran. Dengan adanya Peraturan tersebut maka siapapun yang bekerja di rumah sakit, khususnya bagi mereka yang berhubungan dengan rekam medis wajib memperhatikan ketentuan tersebut.

- **Pasal 1 PP No.10 tahun 1966 :**

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 PP No.10 tahun 1966 :**

Yang diwajibkan menyimpan rahasia yang dimaksud dalam pasal 1 ialah:

- 1) Tenaga kesehatan menurut pasal 2 Undang-undang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Th. 1963 No. 78)
- 2) Mahasiswa kedokteran, murid yang bertugas dalam lapangan pemeriksaan, pengobatan dan / atau perawatan & orang lain yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

- **Pasal 4 Permenkes nomor 36 tahun 2012 :**

- 1) Semua pihak yang terlibat dalam pelayanan kedokteran dan/ atau menggunakan data dan informasi tentang pasien wajib menyimpan rahasia kedokteran.
- 2) Pihak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a) Dokter dan dokter gigi serta tenaga kesehatan lain yang memiliki akses terhadap data dan informasi kesehatan pasien;
 - b) Pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan;
 - c) Tenaga yang berkaitan dengan pembiayaan pelayanan kesehatan;
 - d) Tenaga lainnya yang memiliki akses terhadap data dan informasi kesehatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan;
 - e) Badan hukum/korporasi dan/ atau fasilitas pelayanan kesehatan;
 - f) Mahasiswa / siswa yang bertugas dalam pemeriksaan, pengobatan, perawatan, dan/ atau manajemen informasi di fasilitas pelayanan kesehatan.

- **Pasal 322 KUHP :**

Barang siapa yang sengaja membuka suatu rahasia yang ia wajib menyimpannya oleh karena jabatan atau pekerjaan, baik yang sekarang maupun yang dulu, dihukum dengan selama-lamanya 9 (sembilan) bulan atau denda sebanyak-banyaknya enam ratus rupiah (uang lama)

6. Persetujuan Tindakan Kedokteran (Informed Consent)

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor: 290/MENKES/PER/III/2008 Tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran adalah :

Persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien. Tindakan kedokteran atau kedokteran gigi adalah suatu tindakan medis yang dilakukan terhadap pasien berupa preventif, diagnostik, terapeutik atau rehabilitatif. Semua tindakan

kedokteran yang akan dilakukan terhadap pasien harus mendapat persetujuan. Persetujuan dapat diberikan secara tertulis maupun lisan.

Setiap pasien yang mendapat pelayanan di rumah sakit mempunyai hak untuk memperoleh atau menolak pengobatan. Bila pasien dalam perwalian maka wali tersebut yang mengatasnamakan keputusan hak tersebut pada pasien.

Di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu hal mengenai keputusan pasien (atau wali) dapat dikemukakan dengan 2 cara, yang lazim dikenal dengan persetujuan meliputi :

- Persetujuan langsung
Pasien / wali segera menyetujui usulan pengobatan yang ditawarkan pihak rumah sakit. Persetujuan dapat dalam bentuk lisan atau tulisan.
- Persetujuan secara tak langsung / dikuasakan / diwakilkan.
Tindakan pengobatan dilakukan dalam keadaan darurat atau ketidakmampuan mengingat ancaman terhadap nyawa pasien.

Selain kedua jenis persetujuan di atas terdapat pula suatu jenis persetujuan khusus dalam hal mana pasien / wali wajib mencantumkan pernyataan bahwa kepadanya telah dijelaskan suatu informasi terhadap apa yang akan dilakukan oleh tim medis, resiko dan akibat yang akan terjadi bilamana suatu tindakan diambil. Persetujuan ini dikenal dengan istilah Persetujuan Tindakan Kedokteran (***informed consent***), hanya diperlukan bilamana pasien akan dilakukan tindakan invasif, akan menjalani prosedur pembedahan tertentu dan tindakan yang berisiko tinggi. Pemberian persetujuan atau penolakan terhadap perlakuan yang akan diambil tersebut menjadi bukti yang sah bagi rumah sakit, pasien, dan dokter.

Demi menjaga kemungkinan-kemungkinan yang akan timbul-timbul maka pihak rumah sakit melakukan dua kali pengambilan persetujuan (apabila ternyata kemudian ada tindakan khusus) yaitu:

- a. Disaat pasien akan dirawat : Penandatanganan dilakukan setelah pasien mendapat penjelasan dari petugas penerima pasien di tempat pendaftaran. Penandatanganan persetujuan disini adalah untuk pemberi persetujuan dalam pelaksanaan prosedur anamnesa, diagnostik, pelayanan rutin rumah sakit dan pengobatan medis umum.

- b. Persetujuan khusus (Persetujuan Tindakan kedokteran): sebelum dilakukannya suatu tindakan medis di luar prosedur huruf a. di atas misalnya pembedahan.

Ini sesuai PERMENKES Nomor : 290/MENKES/PER/III/2008 pada pasal 3 bahwa setiap tindakan medik yang mengandung resiko tinggi harus dengan persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan.

Dan pada pasal 7 disebutkan penjelasan tentang tindakan kedokteran harus diberikan kepada pasien, baik diminta maupun tidak diminta.

Dokter yang menangani pasien harus menjelaskan hal-hal yang akan dilakukannya secara jelas. Penjelasan sekurang-kurangnya meliputi diagnosis dan tata cara tindakan kedokteran, tujuan tindakan kedokteran yang dilakukan, alternatif tindakan lain dan risikonya, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, prognosis terhadap tindakan yang dilakukan dan perkiraan biaya. Dalam hal ini, dokter tidak memberi garansi kesembuhan pada pasien, tetapi didiskusikan dan dijelaskan keuntungan yang diharapkan sehingga pasien dapat berpikir dan menetapkan keputusannya. Dokter dapat meminta persetujuan kepada suami/isteri pasien , apabila pasien karena mempengaruhi fungsi seksual atau reproduksi pasien atau tindakan yang dapat mengakibatkan kematian janin dalam kandungan. Keputusan ini diambil sebagai upaya hubungan kemanusiaan dan tidak mutlak untuk mengobati pasien .

7. Pelepasan Informasi Rekam Medis

Berbicara tentang pemberian informasi harus mempertimbangkan setiap situasi bagi pengungkapan suatu informasi dari rekam medis. Permintaan terhadap informasi ini banyak datang dari pihak ketiga yang akan memberikan penggantian biaya, seperti : lembaga penjamin biaya/ asuransi, perusahaan yang pegawainya mendapatkan perawatan di rumah sakit, dan lain-lain. Disamping itu pasien dan keluarganya, dokter, perawat dan tenaga kesehatan lain yang turut merawat seorang pasien, lembaga pemerintahan dan badan-badan lain juga sering meminta informasi tersebut. Meskipun kerahasiaan menjadi faktor terpenting dalam pengelolaan rekam medis, akan tetapi harus diingat bahwa hal tersebut bukanlah faktor satu-satunya yang menjadi dasar kebijaksanaan dalam pemberian

informasi. Hal yang sama pentingnya adalah dapat selalu menjaga/memelihara hubungan baik dengan masyarakat. Oleh karena itu perlu adanya ketentuan-ketentuan yang wajar dan senantiasa dijaga bahwa hal tersebut tidak merangsang pihak peminta informasi untuk mengajukan tuntutan lebih jauh kepada rumah sakit.

Seorang pasien dapat memberikan persetujuan untuk memperoleh isi rekam medisnya dengan memberi surat kuasa. Orang-orang yang diberi kuasa harus membawa surat kuasa ini dan menunjukan tanda pengenal (identitas) yang sah kepada pimpinan rumah sakit, sebelum mereka diizinkan mendapatkan isi rekam medis yang diminta. Badan/ lembaga pemerintah yang meminta data dan informasi tentang kesehatan pasien apabila tidak ada undang-undang yang menetapkan hak satu badan/ lembaga pemerintah untuk meminta data/ informasi tentang pasien, mereka hanya dapat memperoleh informasi atas persetujuan dari pasien yang bersangkutan sebagaimana yang berlaku bagi badan/ lembaga yang lain. Jadi patokan yang perlu dan harus senantiasa diingat oleh petugas rekam medis adalah: "Surat persetujuan untuk pelepasan informasi yang ditandatangani oleh seorang pasien atau keluarga yang bertanggungjawab secara sah selalu diperlukan.

Pada saat ini banyak lembaga/ badan penjamin biaya/ bidang asuransi, diantaranya ada asuransi kesehatan, jiwa, kecelakaan, pengobatan, tenaga kerja dan lain-lain. Untuk dapat membayar klaim asuransi dari pemegang polisnya pihak penjamin/ asuransi terlebih dahulu meminta data/ informasi tertentu yang terdapat dalam rekam medis seorang pasien selama mendapat pelayanan di rumah sakit. Informasi ini hanya dapat diberikan apabila ada surat persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh pasien/ keluarga atau yang diberi kuasa.

Untuk melengkapi persyaratan bahwa surat persetujuan harus ditandatangani oleh yang bersangkutan, Rumah Sakit menyediakan formulir persetujuan oleh pasien, keluarga atau yang dikuasakan untuk mendapatkan data/ informasi.

Pimpinan rumah sakit dengan Seksi Rekam Medis dan Panitia Rekam Medis, menetapkan suatu peraturan yang mengatur pelepasan informasi yang

berasal dari rekam medis itu. Peraturan-peraturan tersebut disebarluaskan ke dalam lingkungan kerja rumah sakit.

Ketentuan-ketentuan berikut secara umum dapat dijadikan pedoman kecuali jika ada ketentuan-ketentuan khusus yang ditetapkan oleh peraturan perundangan yang berlaku.

Ketentuan-ketentuan yang dimaksud ialah :

- a. Setiap data/ informasi dalam rekam medis wajib dijaga keamanan, kerahasiaan, keutuhan dan ketersediaannya oleh petugas rekam medis.
- b. Semua staf klinis dan karyawan Rumah Sakit yang karena tugasnya mengetahui isi rekam medis wajib menjaga kerahasiaan isi rekam medis.
- c. Informasi rekam medis hanya dapat diberikan oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) atau Dokter primer jika dirawat secara tim.
- d. Informasi Rekam Medis dapat diberikan kepada pasien, keluarga pasien atau pihak lainnya dengan persetujuan tertulis pasien dan dimintakan secara tertulis kepada pihak rumah sakit.
- e. Permintaan data/ informasi rekam medis oleh pihak asuransi kesehatan yang sudah bekerja sama dengan rumah sakit tidak memerlukan persetujuan tertulis pasien.
- f. Permintaan data rekam medis yang tidak memerlukan persetujuan pasien adalah:
 - 1) Memenuhi permintaan aparat penegak hukum dalam rangka proses penegakan hukum.
 - 2) Penanganan kejadian luar biasa/wabah penyakit menular/kedaruratan kesehatan masyarakat atau bencana.
 - 3) Hal-hal lain yang diatur dalam peraturan perundang-undangan.
- g. Rumah Sakit tidak boleh menggunakan rekam medis yang dapat merugikan dan membahayakan pasien, kecuali jika rumah sakit sendiri akan menggunakan rekam medis tersebut untuk melindungi dirinya.
- h. Dokter tidak diperbolehkan memberikan persetujuan kepada pihak asuransi atau badan lain untuk memperoleh data/ informasi rekam medis.
- i. Permohonan pelepasan informasi medis harus dilakukan secara tertulis.

- j. Dokter dari luar rumah sakit yang meminta data/ informasi pasien di rumah sakit, harus memiliki surat kuasa dari pasien tersebut. Rumah sakit dalam hal ini akan berusaha memberikan segala pelayanan sesuai dengan peraturan yang berlaku demi menjaga keamanan dan kerahasiaan rekam medis.
- k. Rekam medis yang asli tidak boleh dibawa keluar rumah sakit, kecuali bila atas perintah pengadilan atau untuk proses penegakan hukum dilengkapi dengan berita acara tertulis dari pimpinan rumah sakit .
- l. Pemakaian rekam medis untuk keperluan riset diperbolehkan dengan persetujuan pimpinan Rumah Sakit. Mereka yang bukan dari staf medis rumah sakit, apabila ingin melakukan riset harus memperoleh persetujuan tertulis dari pimpinan rumah sakit.
- m. Jika Rekam Medis yang asli diminta dan dibawa ke pengadilan, rekam medis difotokopi dan disimpan di seksi rekam medis, dibuatkan berita acara penyerahan serta tanda terima harus diminta dan disimpan di folder sampai rekam medis yang asli tersebut kembali.

Pemberian data/ informasi berisi pelayanan mengenai periode-periode perawatan tertentu. Surat kuasa/persetujuan itu hanya berlaku untuk data/ informasi medis yang termasuk dalam jangka waktu/tanggal yang ditulis didalamnya.

8. Rekam Medis Di Pengadilan

Pembukaan data/ informasi rekam medis sebagai bukti dalam suatu sidang pengadilan merupakan proses yang wajar. Rekam Medis disimpan, dijaga keamanan dan kerahasiaannya secara baik tidak hanya untuk keperluan medis dan administratif, tetapi juga diperlukan oleh individu, organisasi dan aparat penegak hukum yang secara hukum berhak mengetahuinya. Rekam medis ini adalah catatan kronologis yang menjadi bukti dan dinyatakan kebenarannya tentang data identitas, pemeriksaan, riwayat penyakit, diagnosis, perawatan dan pengobatan seorang pasien selama mendapatkan pelayanan di rumah sakit. Rekam medis ini dibuat sebagai suatu prosedur rutin penyelenggara pelayanan kesehatan pasien di rumah sakit. Penyimpanan dan pemeliharaan merupakan satu bagian dari keseluruhan kegiatan rumah sakit .

BAB II

STANDAR KETENAGAAN

A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia

Dalam upaya mempersiapkan tenaga rekam medis yang profesional dan kompeten, perlu kiranya melakukan kegiatan menyiapkan, melatih dan mempertahankan sumber daya manusia yang tepat bagi organisasi.

Atas dasar tersebut perlu adanya perencanaan Sumber Daya Manusia (SDM), yaitu proses mengantisipasi dan menyiapkan perputaran sumber daya manusia dalam suatu organisasi. Tujuannya adalah mendayagunakan sumber-sumber tersebut secara efektif dan efisien sehingga pada waktu yang tepat dapat disediakan sejumlah orang yang sesuai dengan kompetensi dan persyaratan jabatan.

Perencanaan bertujuan untuk mempertahankan dan meningkatkan kemampuan organisasi dalam mencapai tujuan melalui strategi pengembangan dan kontribusi.

Adapun kualifikasi sumber daya manusia di Seksi Rekam Medis Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu adalah sebagai berikut :

Tabel Kualifikasi SDM Seksi Rekam Medis Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu

NAMA JABATAN	KUALIFIKASI PENDIDIKAN FORMAL & INFORMAL	TENAGA YANG DIBUTUHKAN
Kepala Seksi Rekam Medis	D 3 Rekam Medis (Pelatihan Koding ICD-10 dan ICD 9CM + Pelatihan Manajemen Rekam Medis + Pengalaman Kerja minimal 5 tahun)	1
Penanggung Jawab Penerimaan pasien	SLTA + (Pengalaman minimal 5 tahun + Pelatihan Customer Service, Servi Excellent, Komunikasi Efektif))	1
Staf Penerimaan pasien	SLTA dan (Pelatihan Customer Service, Sevice Excelent, Komunikasi Efektif)	12

Asembling dan Indeksing	SLTA (Pelatihan Manajemen Rekam Medis)	1
Analisa Koding	D3 Rekam Medis (Pelatihan Koding Ina CGB's)	1
Pelaporan	DIII Rekam Medis / SLTA + (Pelatihan Pelaporan RS)	1
Penyimpanan dan Pemusnahan	SLTA + (Pelatihan Manajemen Rekam Medis)	1
Jumlah		18

B. Distribusi Ketenagaan

Sumber Daya Manusia di Seksi Rekam Medis Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu berjumlah 18 orang sesuai dengan struktur organisasi dan tata kelola rumah sakit, pengelolaan seksi rekam medis dibagi menjadi 2 (dua) tempat yaitu untuk Manajemen Pengelolaan data Rekam Medis dan Penerimaan pasien.

Seksi rekam medis Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu dikepalai oleh seorang kepala seksi dengan pendidikan D3 Rekam Medis yang sudah berpengalaman minimal 5 (lima) tahun, dan memiliki Surat Tanda Registrasi serta Surat Izin Kerja yang masih aktif. Adapun pendistribusian SDM seksi rekam medis adalah sebagai berikut :

1. Manajemen Pengelolaan Data Rekam Medis

Manajemen pengelolaan data rekam medis terbagi menjadi beberapa kegiatan yaitu :

- a) assembling
- b) analisis koding
- c) indeksing
- d) penyimpanan dan pemusnahan
- e) pelaporan

Tabel Distribusi SDM Manajemen Pengelolaan Data Rekam Medis

NAMA JABATAN	KUALIFIKASI FORMAL & INFORMAL	Waktu Kerja	JML SDM
Kepala Seksi Rekam Medis	D3 Rekam Medis (Pengalaman minimal 5 tahun + pelatihan)	1 Shift	1
Analisa Koding	D3 Rekam Medis (Pengalaman minimal 2 tahun + Pelatihan ICD 10)	1 Shift	1
Asembling dan Indeksing	SLTA (Pengalaman minimal 2 tahun + Pelatihan Rekam Medis)	1 Shift	1
Pelaporan	D3 Rekam Medis (Pelatihan SIRS Online)	1 Shift	1
Penyimpanan Dan Pemusnahan	SLTA + (Pelatihan Manajemen Rekam Medis)	1 Shift	1
Jumlah			5

2. **Penerimaan Pasien**

Penerimaan pasien memiliki beberapa kegiatan :

- a) Pendaftaran pasien Rawat Jalan
- b) Penerimaan pasien Rawat Inap
- c) Pendaftaran Pasien Gawat Darurat
- d) Penyiapan berkas rekam medis rawat inap dan rawat jalan

Tabel Distribusi SDM Tempat Pendaftaran Pasien

NAMA JABATAN	KUALIFIKASI FORMAL & INFORMAL	Waktu Kerja	JML SDM
Koordinator Penerimaan Pasien	SLTA dan (Pengalaman minimal 5 tahun + Pelatihan Rekam Medis + Pelatihan Customer Service+ Service Exceleent + Komunikasi Effektif)	1 Shift	1
Informasi	SLTA + (Pelatihan Customer Service + Service Excellent + Komunikasi Effektif)	1 Shift	1

Pelayanan Asuransi	SLTA + (Pelatihan Customer Service + Service Excellent + Komunikasi Effektif)	1 Shift	1
Pendaftaran	SLTA + (Pelatihan Customer Service + Service Excellent + Komunikasi Effektif)	3 Shift	5
Registrasi	SLTA + (Pelatihan Customer Service + Service Excellent + Komunikasi Effektif)	3 Shift	5
Jumlah			13

C. Pengaturan Jaga / Dinas

Seksi Rekam Medis Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu terbagi menjadi dua bagian, manajemen pengelolaan dan pendaftaran pasien. Untuk pendaftaran pasien memberikan pelayanan selama 24 jam dalam 7 hari. Oleh karena tidak ada hari libur maka sistem kerja harus diatur sedemikian rupa sehingga masing masing karyawan akan memiliki waktu libur secara bergantian. Waktu libur yang ada yaitu libur hari minggu dalam satu bulan, libur hari besar dan libur setelah shift malam dua hari.

Pembagian petugas diatur menjadi tiga shift, pagi, sore dan malam. Petugas pagi lima orang, sore tiga orang dan malam dua orang. Untuk hari minggu dan libur hari besar masuk dua orang.

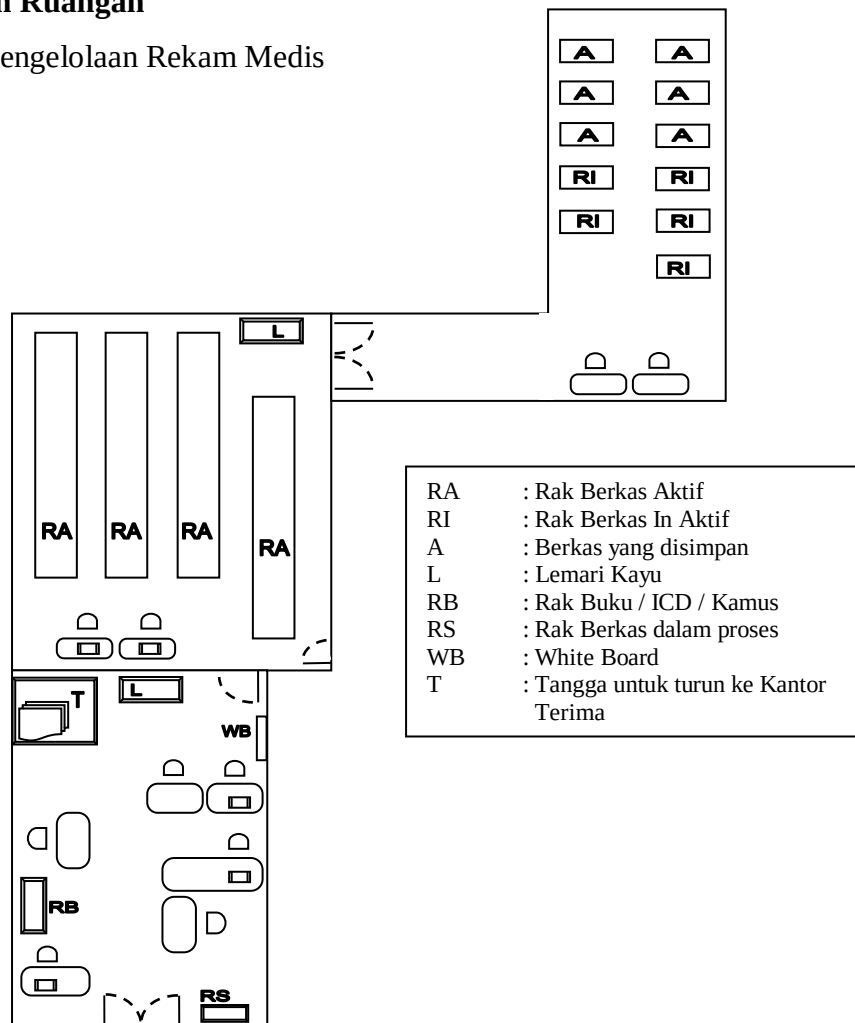
Untuk bagian manajemen pengelolaan memberikan pelayanan hanya shift pagi saja dengan waktu kerja 6 hari kerja.

BAB III

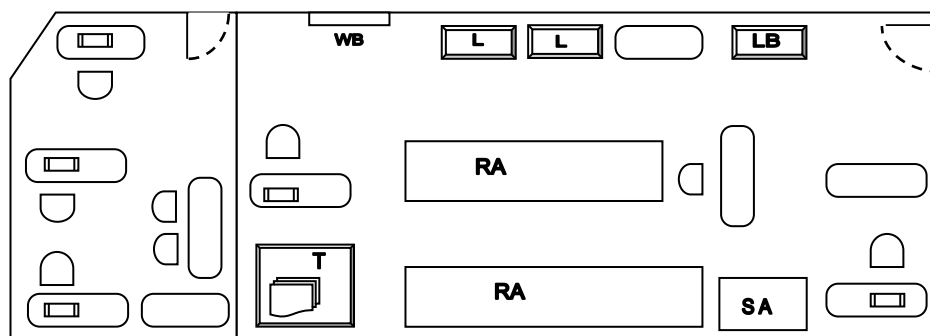
STANDAR FASILITAS

A. Denah Ruangan

5) Pengelolaan Rekam Medis



6) Pendaftaran Pasien



RA	: Rak Berkas Aktif RJ
L	: Lemari Kayu
LB	: Lemari Besi
WB	: White Board
T	: Tangga naik ke Bag rekam medis
SA	: Mesin Gesek Asuransi

B. Ruang Yang Tersedia

1. Ruang penerimaan pasien pasien berada di lantai satu berdekatan dengan ruang poliklinik dengan ukuran luas 46,75m²
2. Ruang seksi rekam medis yang berfungsi untuk pengelolaan berada di lantai dua gedung utama Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu dengan ukuran luas 34 m².
3. Ruang penyimpanan aktif berkas rekam medis berada di lantai dua yang bersebalahan dengan ruang seksi rekam medis dengan ukuran luas 45m².
4. Ruang penyimpanan in aktif berkas rekam medis yang berada di lantai dua bersebelahan dengan ruang penyimpanan aktif dengan ukuran luas total 40m² dengan posisi leter L.

C. Fasilitas di Dalam Masing-Masing Ruang

1. Daftar Inventaris Peralatan di ruang kerja dan Pengelolaan data Rekam Medis

No	Nama Alat	Jumlah	Keterangan
1	Rak Penyimpanan Aktif	4 set	1 set 3 rak rakitan sendiri 1 set 3 rak rakitan sendiri 1 set 3 rak rakitan sendiri 1 set 3 rak rakitan sendiri
2	Rak Penyimpanan In Aktif	5 set	Rakitan sendiri
3	Lemari kayu 1 pintu	2 buah	
4	Meja kayu 3 laci	5 buah	
5	Meja Kerja	5 buah	
6	Meja komputer	1 buah	3 untuk computer, 2 meja kerja
7	Kipas Angin	1 buah	
8	Kursi putar beroda	2 buah	
9	Kursi Lipat	1 buah	Elephant
10	Kursi kayu	2 buah	
11	Kursi Plastik	2 buah	
12	Komputer	5 Set	5 PC & 5 Monitor
13	Printer LX-300+	1 buah	EPSON
14	Printer tinta	1 Buah	Epson L120
15	Kamus Kedokteran Dorland	2 buah	

16	Buku ICD.X	1 set	WHO
17	Buku ICD – 9CM	1 buku	WHO
18	AC	2 buah	Panasonic & Honshu
19	Telepon	1 buah	1 Panasonic
20	Keranjang baju plastik	4 buah	
21	Jam Dinding	1 buah	Quarts
22	Whiteboard	1 Buah	Ukuran 1,5m x 1m
23	Penghapus board	1 buah	
24	Tangga untuk ambil RM	1 buah	
25	Traser petunjuk RM	200 buah	Warna ping
Kebersihan & Rumah Tangga			
1	Pel Lantai	3 buah	
2	Wastafel	2 buah	
	ATK	Jumlah	Keterangan
1	Penggaris plastik	1 buah	
2	Tempat alat tulis	1 buah	
3	Perforator	1 buah	
4	Kalkulator	2 buah	
5	Steples	3 buah	1 Besar, 2 Kecil
6	Rautan	1 buah	
7	Stempel	1 buah	
8	Cutter	2 buah	Joyko
9	Gunting	1 buah	

2. Daftar Inventaris Peralatan di Tempat Penerimaan Pasien

No	Nama Alat	Jumlah	Keterangan
1	Lemari kayu	1 set	Pendaftaran pasien
2	Printer label gelang	1 buah	Pendaftaran pasien
3	Komputer	4 set	Pendaftaran pasien

4	Printer	3 set	Epson LX300+ Epson L120
5	Meja Kerja	2 buah	Pendaftaran pasien
6	Meja Komputer	4 buah	Pendaftaran pasien
7	Kursi kayu	4 buah	Pendaftaran pasien
8	Kursi putar beroda	1 buah	Pendaftaran pasien
9	Kursi tamu	2 buah	Pendaftaran pasien
10	Telpon	3 buah	Pendaftaran pasien
11	Telpon Operator	1 buah	Pendaftaran pasien
12	Mesin swipe card	2 buah	Admedika I'am Care
13	Mesin Faximile	1 buah	Sharp
14	Rak penyimpanan rawat jalan	2 buah	Rak Besi Rak kayu rakitan sendiri
	ATK	Jumlah	Keterangan
1	Tempat alat tulis	1 buah	Pendaftaran pasien
2	Steples	2 buah	1 Besar, 2 Kecil (Admission)
3	Perforator	1 buah	Pendaftaran pasien
4	Kalkulator	2 buah	Pendaftaran pasien
5	Cutter	2 buah	Pendaftaran pasien
6	Gunting	1 buah	Pendaftaran pasien
7	Penggaris plastik	1 buah	Pendaftaran pasien

BAB IV

TATA LAKSANA PELAYANAN

Kegiatan pengelolaan rekam medis meliputi : penerimaan pasien, assembling, analisis koding, indeksing, penyimpanan, pelaporan dan pemusnahan. Penyelenggaraan rekam medis merupakan suatu proses kegiatan yang dimulai sejak saat pasien diterima rumah sakit dan mendapat asuhan medis, keperawatan, dan asuhan profesional pemberi asuhan lainnya. Proses penyelenggaraan rekam medis ini dilanjutkan sampai dengan pasien pulang, dirujuk, atau meninggal.

A. Penyelenggaraan Rekam Medis

Merupakan proses kegiatan yang dimulai sejak saat pasien diterima rumah sakit dan mendapat asuhan medis, keperawatan, dan profesional pemberi asuhan lainnya. Proses penyelenggara rekam medis ini dilanjutkan sampai dengan pasien pulang, dirujuk, atau meninggal.

Penerapan penyelenggaraan rekam medis dibuktikan dengan berkas rekam medis pasien sejak pasien diterima rumah sakit dengan meliputi:

1. Sistem Pengambilan Data Identitas

a) Sistem Penamaan

Sistem penamaan pada dasarnya untuk memberikan identitas kepada seorang pasien serta untuk membedakan antara pasien yang satu dengan pasien yang lainnya, sehingga mempermudah serta memperlancar didalam memberikan pelayanan rekam medis kepada pasien yang datang untuk mendapatkan pelayanan di rumah sakit. Di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu menggunakan sistem penamaan langsung yaitu yang ditulis dan akan disimpan dalam database adalah nama pasien sendiri berdasarkan kartu identitas resmi (KTP, SIM, KK, Akta Lahir, Paspor) yang dimiliki pasien atau jika tidak memiliki identitas resmi sesuai dengan wawancara terhadap pasien dan atau keluarga.

Prinsip utama yang harus ditaati oleh petugas pencatat adalah : nama pasien harus ditulis lengkap, sesuai identitas resmi yang dimiliki pasien. Dalam sistem penamaan pada rekam medis, diharapkan :

- 1) Nama ditulis dengan huruf cetak dan mengikuti ejaan yang sesuai dengan identitas resmi yang dimiliki oleh pasien.

- 2) Sebagai pelengkap, bagi pasien perempuan umur 15 tahun keatas diakhir nama lengkap ditambah Ny. Atau Nn (Nyonya atau Nona) sesuai dengan statusnya, bagi pasien laki-laki umur 15 tahun keatas di depan nama ditambah Tn.(Tuan)
- 3) Bagi pasien laki-laki dan perempuan dengan umur 0 sampai dengan 14 tahun di depan nama ditambah An.(Anak)
- 4) Bagi bayi yang lahir di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu di depan nama ditambah By.Ny (Bayi Nyonya) dan diberi nama lengkap ibu sebagai identitas.
- 5) Pencatuman titel dan gelar selalu diletakkan sesudah nama lengkap pasien.

b) Data Pasien

Pasien akan diminta data yang diperlukan: Alamat lengkap, Nomor Induk Kependudukan, Tempat dan Tanggal lahir, Agama, Nama orang tua, Pendidikan terakhir, Suku, Nama Keluarga/ wali, Nomor telepon.

2. Sistem Penomoran Rekam Medis

Rekam medis pada Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu disimpan menurut nomor rekam medis, dan sistem pemberian nomor menggunakan “ *Unit Numbering System* “ dimana sistem ini memberikan satu unit nomor rekam medis baik kepada pasien rawat jalan, rawat inap maupun gawat darurat. Pada saat seorang pasien mendapatkan pelayanan pertama kali di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu, Pasien diberikan satu nomor yang akan dipakai selamanya untuk kunjungan berikutnya, sehingga rekam medis pasien tersebut hanya tersimpan di dalam satu berkas rekam medis di bawah satu nomor.

Petugas yang melakukan pendaftaran, diwajibkan agar selalu mengecek apakah seorang pasien sudah pernah mendapatkan pelayanan di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu. Seorang pasien yang sudah pernah mendapatkan pelayanan di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu sebelumnya tidak akan diberikan nomor baru, rekam medisnya yang sekarang akan diberi nomor yang sama dengan nomor yang telah dimiliki pada kunjungan yang sebelumnya. Jika terjadi kekeliruan dimana seorang pasien diberikan lagi nomor yang baru, padahal telah mempunyai nomor rekam medis, dapat diperbaiki dengan membatalkan nomor baru dan tetap menyimpan rekam medisnya dengan nomor yang lama.

Sistem nomor unit yang digunakan mempengaruhi rencana perkembangan ruang tempat penyimpanan. Satu masalah yang biasa timbul adalah bertambahnya satu rekam medis menjadi tebal, karena seringkali pasien tersebut mendapat pelayanan di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu. Seringnya pasien mendapatkan pelayanan sehingga rekam medisnya harus dibuat satu map dan djilid memakai fastener.

Untuk sumber nomor rekam medis Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu membuat satu “bank nomor” terdiri dari enam angka dengan dipisahkan tanda strip untuk setiap dua digit, dengan menentukan nomor awal dimulai dari 00-00-01 sampai dengan 99-99-99. Bank nomor dikeluarkan oleh catatan nomor yang sudah disediakan dan akan dikeluarkan satu nomor baru setiap pendaftaran pasien baru melalui aplikasi di komputer.

3. Pengisian Rekam Medis

a) Penanggung Jawab Pengisian Rekam Medis

Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu sebagai salah satu sarana pelayanan kesehatan yang melakukan pelayanan rawat jalan, rawat inap maupun gawat darurat wajib membuat rekam medis.

Sesuai dengan PERMENKES No.269/MENKES/III/2008, tentang Rekam Medis, serta keputusan Ditjen Yan Med Nomor 78/Yan Med/RS UMDIK/YMU/1/91 maka tenaga yang berhak mengisi rekam medis di RS Katolik Budi Rahayu adalah:

- 1) Profesional Pemberi Asuhan yaitu : Dokter umum, dokter spesialis dan dokter gigi, Apoteker, Tenaga Teknis Kefarmasian, Tenaga laboratorium, Perawat, Perawat Gigi, Bidan, Ahli Gizi, Fisioterapis, Anestesi, Penata Rongent, Perekam Medis.
- 2) Tenaga Kesehatan lain sesuai dengan peraturan yang berlaku dan ditetapkan oleh Rumah Sakit.

Dalam hal dokter berhalangan atau dalam rangka tugas keluar maka yang melakukan tindakan/konsultasi kepada pasien yang mengisi rekam medis adalah dokter yang ditunjuk oleh Direktur Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu.

b) Pencatatan (*Recording*)

Rekam medis mempunyai pengertian yang sangat luas, tidak hanya sekedar kegiatan pencatatan, akan tetapi mempunyai pengertian sebagai suatu sistem penyelenggaraan rekam medis. Sedangkan 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 Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu, diteruskan dengan kegiatan pencatatan data sosial dan data informasi medis pasien selama pasien itu mendapatkan pelayanan di rumah sakit, dan dilanjutkan dengan penanganan berkas rekam medis yang meliputi pengelolaan statistik, pelaporan, penyimpanan, pengeluaran dan pemusnahan berkas dari tempat penyimpanan.

Pencatatan disini dimaksudkan pendokumentasian segala data/ 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 pendaftaran pasien. Data medis baru diperoleh dari pasien, apabila pasien telah memasuki dan menerima pelayanan rawat jalan, rawat inap maupun gawat darurat. Petugas di unit pelayanan adalah Profesional Pemberi Asuhan dan tenaga kesehatan lain.

Untuk mendapatkan pencatatan data medis yang baik, ada beberapa hal yang harus diperhatikan oleh Profesional Pemberi Asuhan dan tenaga kesehatan lain, yaitu:

- 1) Mencatat secara tepat waktu;
- 2) Terbaru;
- 3) Cermat, lengkap dan jelas
- 4) Dapat dipercaya dan menurut kenyataan
- 5) Berkaitan dengan masalah dan pokok perihalnya, sehingga tidak bertele-tele;
- 6) Bersifat obyektif sehingga menimbulkan kesan jelas.

Kegiatan pencatatan ini melibatkan semua unit pelayanan di rumah sakit yang memberikan asuhan 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”. Buku Register ini merupakan sumber utama data kegiatan rumah sakit. Pemakaian buku register ini perlu dipertimbangkan secermat mungkin dan tetap memperhatikan efisiensi di bidang pengelolaan data medis.

Buku register yang biasa diperlukan, diantaranya:

- a) Buku Register Penerimaan Pasien Rawat Jalan;
- b) Buku Register Pelayanan Pasien Rawat Jalan;
- c) Buku Register Penerimaan Pasien Rawat Inap;
- d) Buku Register Pelayanan Pasien Rawat Inap;
- e) Buku Register Persalinan/Abortus;
- f) Buku Register Pembedahan;
- g) Buku Register Tindakan/Terapi/Diagnostik;
- h) Buku Register Pemeriksaan Laboratorium.

Buku-buku register tersebut dikerjakan oleh petugas-petugas di masing-masing unit pelayanan. Setiap hari petugas di unit pelayanan menyiapkan rekapitulasi yang sering disebut sensus harian. Sensus ini sangat berguna di dalam pengolahan data pelayanan selanjutnya yang digunakan sebagai bahan laporan statistik rumah sakit.

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 rekam medis sendiri.

Formulir rekam medis ini meliputi formulir untuk pasien rawat jalan, formulir pasien rawat inap dan formulir pasien gawat darurat. Sesuai Permenkes Nomor 269/MENKES/PER/III/2008, tentang rekam medis maka :

a) Rekam Medis Pasien Rawat Jalan

Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan memuat identitas pasien, anamnese, diagnosis dan tindakan/ pengobatan.

Berkas yang digunakan dapat dalam bentuk formulir yaitu Formulir Pemeriksaan Pasien dimana informasi mengenai identitas pasien, diagnosis dan tindakan yang dilakukan terhadap pasien seperti anamnesis, terapi dicatat didalam formulir.

Data-data tertentu harus ditulis pada saat pasien masuk yang akan dientri ke dalam database melalui aplikasi, 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 atau tidak membawa kartu berobat maka dengan sistem digital akan membantu untuk mencari 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:

- Nama lengkap pasien
- Nomor rekam medis
- Alamat
- Agama
- Jenis Kelamin
- Umur
- Status Perkawinan
- Tempat/tanggal lahir

- Pekerjaan
- Orang yang dihubungi, bila terjadi sesuatu / keluarga
- 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 di rekam medis tersebut untuk memudahkan pencarian alamat terakhir.

Rekam Medis rawat jalan berisi :

- Identitas pasien
- Nomor register dan nomor rekam medis
- Tanggal dan waktu pelayanan
- Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
- Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis
- Diagnosis
- Terapi dan pengobatan
- Dokter yang memeriksa
- Untuk kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.
- Persetujuan tindakan jika diperlukan

c) Ketentuan Pengisian Berkas Rekam Medis

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

- 1) Yang berhak mengisi berkas rekam medis adalah Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis, Apoteker, Tenaga Teknis Kefarmasian, Tenaga Laboratorium, Perawat, Perawat Gigi, Bidan, Ahli Gizi, Fisioterapis, Anestesi, Penata Rongent, Perekam Medis dan tenaga kesehatan lain.
- 2) Rekam Medis harus diisi lengkap dan segera setelah pasien menerima pelayanan.
- 3) Penanggung jawab unit kerja pelayanan rawat inap bertanggung jawab terhadap pengembalian berkas rekam medis dalam waktu tidak lebih dari 2x24 jam setelah pasien pulang.

- 4) Berkas rekam medis rawat jalan dikembalikan kebagian rekam medis segera setelah selesai pelayanan dalam waktu tidak lebih dari 1x24 jam.
- 5) Seluruh hasil pemeriksaan pelayanan penunjang wajib disertakan pada berkas rekam medis yang ditetapkan.
- 6) Semua Profesi Pemberi Asuhan (PPA) atau tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan kepada pasien diwajibkan menulis seluruh hasil pelayanan yang diberikan pada lembar rekam medis yang sudah ditentukan, dilengkapi dengan jam, tanggal, tanda tangan dan nama jelas.
- 7) Berkas Rekam medis yang kembali dari unit pelayanan harus dilakukan assembling dan analisis kelengkapan (kuantitatif / kualitatif)
- 8) Pengisian rekam medis harus dengan tulisan jelas, benar, lengkap, dan tepat waktu.
- 9) Seluruh hasil pemeriksaan pelayanan penunjang wajib ditulis atau tempelkan pada lembar rekam medis yang telah ditetapkan.
- 10) Pencatatan data pelayanan rumah sakit dilaksanakan dengan buku register / maupun melalui aplikasi sistem komputer yang tersimpan dalam database rumah sakit.
- 11) Pembetulan / koreksi berkas rekam medis tidak diperbolehkan dengan dihapus / distipo, koreksi dilakukan dengan melakukan pencoretan dan menulis ulang yang benar di atas atau bawah atau samping dengan diberikan tanda tangan, nama jelas dan tanggal.
- 12) Berkas rekam medis yang telah dikembalikan ke seksi Rekam Medis yang belum lengkap, wajib dilengkapi oleh PPA atau tenaga kesehatan lain yang bersangkutan.
- 13) Mahasiswa yang melakukan Praktik Kerja Lapangan dan Mahasiswa Magang tidak diperbolehkan mengisi Rekam Medis.
- 14) Setiap tindakan konsultasi yang dilakukan terhadap pasien, selambat-lambatnya dalam waktu 1 X 24 jam harus ditulis dalam lembaran Konsultasi.

4. Rekam Medis Rawat Jalan

a) Pengkajian Pasien Rawat Jalan

Lembar ini mencatat segala pengkajian keperawatan yang dilakukan oleh perawat atau bidan terhadap pasien berdasarkan kasus Neonatus, Anak, Umum, Obstetri.

Formulir berisi :

- Pengkajian keperawatan : tanda vital, antropometri, fungsional, perawatan yang memeriksa
- Pengkajian medis : anamnesis dan pemeriksaan fisik, rencana dan terapi, diagnosis, komplikasi, komorbid
- Tindak lanjut : KRS, Kontrol, MRS, Konsul, Rujuk, alasan dirujuk

b) KIA (ibu hamil) Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu

Lembar informasi dan catatan kesehatan ibu hamil .catatan khusus adanya kelainan ibu selama hamil, bersalin sampai nifas.

Formulir berisi :

- Identitas pasien
- Hasil anamnase dan pemeriksaan
- Riwayat kehamilan dan persalinan
- Pemeriksaan fisik
- Pemeriksaan penunjang
- Diagnose kebidanan

c) KIA (Anak) Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu

Lembar informasi dan catatan kesehatan anak, serta kesehatan anak (janin, bayi baru lahir, bayi dan anak sampai usia 6 tahun).

Formulir berisi :

- identitas anak
- hasil anamneses dan pemeriksaan
- data anggota keluarga
- pemeriksaan fisik
- skrining gizi
- kemampuan motorik anak
- diagnose kebidanan

- penatalaksanaan

d) Asesmen edukasi pasien dan keluarga rawat jalan

Formulir penyampaian informasi kepada pasien untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan tentang resiko penyakit dan perilaku hidup bersih untuk meningkatkan status kesehatan

Formulir berisi :

- Identitas pasien dan nama keluarga
- bahasa, kesulitan komunikasi, hambatan edukasi, metode edukasi, kesediaan penerima edukasi
- kebutuhan edukasi : program edukasi, program disiplin

e) Pengkajian nyeri, resiko jatuh, skrining gizi rawat jalan / gawat darurat (pasien anak umur > 28hari < 14 tahun)

Lembar pengkajian identifikasi pasien terhadap nyeri, resiko jatuhnya pasien terhadap lingkungan dan pasien yang mengalami resiko atau sudah mengalami malnutrisi ketika masuk rumah sakit.

Formulir berisi :

- Pengkajian nyeri : wajah, kaki, tangisan, consolability
- Pengkajian resiko jatuh (skala Humpty Dumpty)
- Parameter skrining gizi anak usia 1 bulan – 14 th (Metode Strong- Kids)
- Daftar penyakit yang menyebabkan malnutrisi

f) Pengkajian nyeri, resiko jatuh, skrining gizi rawat jalan / gawat darurat (pasien umum dewasa > 14 tahun)

Lembar pengkajian identifikasi pasien terhadap nyeri, resiko jatuhnya pasien terhadap lingkungan dan pasien yang mengalami resiko atau sudah mengalami malnutrisi ketika masuk rumah sakit pada usia lebih dari 14 tahun

Formulir berisi :

- Pengkajian nyeri : VAS/ Numeric Scale/Wong Baker
- Pengkajian Risiko Jatuh (Morse Fall Scale)
- Skrining Gizi
- Resiko Jatuh Geriatri (Usia $\geq$ 60 Tahun)

g) Pengkajian nyeri, resiko jatuh, skrining gizi rawat jalan / gawat darurat dengan kehamilan dan nifas

Lembar pengkajian identifikasi pasien terhadap nyeri, beresiko jatuhnya pasien terhadap lingkungan dan pasien yang mengalami resiko atau sudah mengalami malnutrisi ketika masuk rumah sakit pada ibu hamil dan nifas

Formulir berisi :

- Pengkajian nyeri : VAS/ Numeric Scale/Wong Baker
- Pengkajian Risiko Jatuh (Morse Fall Scale)
- Skrining Gizi untuk kehamilan dan nifas

h) Summary List Rawat Jalan

Resume medis rawat jalan (summary list) adalah suatu daftar ringkasan riwayat rawat jalan pasien yang mendapatkan pelayanan

Formulir berisi :

- Riwayat alergi
- Riwayat rawat inap- operasi
- Nama dokter, poli, diagnose terapi terakhir, keterangan, tanda tangan

i) Rekam Medis untuk pasien rujukan diagnostic

Setiap pasien yang berkunjung untuk melakukan pemeriksaan penunjang di Rumah Sakit Budi Rahayu akan dibuatkan rekam medis sesuai dengan kebutuhan pemeriksaan/ pelayanan yang diberikan yaitu rekam medis medis rawat jalan yang isinya hanya identitas pasien dan hasil pemeriksaan yang diberikan.

5. Rekam Medis Pasien Gawat Darurat

Isi rekam medis untuk pasien gawat darurat memuat identitas pasien, anamnesis, diagnosis dan tindakan/ pengobatan.

Berkas yang digunakan dapat dalam bentuk formulir yaitu Formulir Pemeriksaan Pasien dimana informasi mengenai identitas pasien, diagnosis dan tindakan yang dilakukan terhadap pasien seperti anamnese, terapi dicatat dalam formulir.

Data-data tertentu harus ditulis pada saat penderita masuk yang akan dientri 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 mencari 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:

- Nama lengkap pasien
- Nomor rekam medis
- Alamat
- Agama
- Jenis Kelamin
- Umur
- Status Perkawinan
- Tempat/tanggal lahir
- Pekerjaan
- Orang yang dihubungi / keluarga

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.

Berkas rekam medis gawat darurat berisi :

- Identitas pasien
- Nomor register dan nomor rekam medis
- Tanggal dan waktu
- Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
- Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik
- Diagnosis
- Terapi, pengobatan dan tindakan
- Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan IGD dan rencana tindak lanjut
- Dokter yang memeriksa

- Sarana transportasi yang digunakan untuk pindah ke sarana pelayanan lain
- Pelayanan lain yang diberikan kepada pasien
- Persetujuan tindakan jika diperlukan

Lembar pencatatan identifikasi pasien gawat darurat memuat identitas pasien, kondisi pasien saat tiba di sarana pelayanan kesehatan (Triage), identitas pengantar pasien, tanggal dan waktu pemeriksaan

Formulir berisi :

- identitas pasien dan pengkajian IGD
- triage , anamnesis perawat
- pengkajian perawat
- pemeriksaan fisik (diisi oleh dokter)
- penatalaksanaan / terapi dokter, tindakan keperawatan, hasil akhir, perpindahan / pasien pulang

6. Rekam Medis Pasien Rawat Inap

Isi rekam medis untuk pasien rawat inap memuat identitas pasien, anamnese, riwayat penyakit, hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium, rontgen) diagnosis, persetujuan tindakan medis, tindakan/pengobatan, catatan asuhan keperawatan, catatan observasi klinis dan hasil pengobatan, resume medis dan pengobatan.

Rekam Medis pasien rawat inap terdiri dari formulir umum dan formulir khusus, serta lembaran-lembaran diagnostik/terapi.

Formulir-formulir Umum, misalnya:

- Ringkasan Masuk dan Keluar;
- Resume Medis
- Informasi dan edukasi
- Riwayat penyakit dan Pemeriksaan Fisik;
- Lembaran Grafik;
- Catatan pelayanan pasien terintegrasi
- Perjalanan Penyakit/Perkembangan Perintah Dokter dan Pengobatan;
- Catatan keadaan pasien dan tindakan keperawatan
- Hasil Pemeriksaan Laboratorium/Rontgen;
- Asuhan keperawatan

Lembaran-lembaran Khusus, misalnya;

- Laporan Operasi
- Laporan Anestesi
- Riwayat Kehamilan
- Catatan/Laporan Persalinan
- Identifikasi Bayi

Daftar formulir / lembar rekam medis rawat inap

1) Ringkasan Masuk dan Keluar Rumah Sakit

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

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

- Nama Pasien
- Nomor Rekam Medis
- Tanggal Lahir
- Pendidikan
- Jenis Kelamin
- Agama
- Alamat
- Pekerjaan

Informasi lain yang perlu dicatat, diantaranya

- Status perkawinan;
- Cara penerimaan pasien, melalui;
- Cara masuk, dikirim oleh;
- Nama penanggung jawab pembayaran dan alamatnya.
- Nama keluarga terdekat dan alamatnya;
- Tanggal dan jam masuk ruang rawat inap;

- Tanggal dan jam keluar ruang rawat inap
- Bagian/Spesialisasi, Ruang Rawat, Kelas;
- Lama dirawat;
- Diagnosis akhir (utama, lain-lain dan komplikasi);
- Operasi/Tindakan (jika ada);
- Transfusi darah (jika ada);
- Keadaan keluar;
- Nama dan tanda tangan dokter yang merawat.

2) **Resume Medis**

Ringkasan dapat ditulis pada lembaran tersendiri yaitu lembar Ringkasan Perawatan Pasien.

Tujuan dibuatnya resume ini adalah :

- a) Untuk menjamin kontinuitas pelayanan terhadap pasien dengan kualitas yang baik serta sebagai bahan yang berguna bagi dokter yang menerima pasien apabila pasien tersebut dirawat kembali.
- b) Sebagai bahan penilaian staf medis rumah sakit.
- c) Untuk memenuhi permintaan dari pihak ketiga atau perorangan tentang perawatan seorang pasien, misalnya dari lembaga Asuransi dan penjaminan biaya.

Resume ini harus ringkas dan hanya menjelaskan informasi penting tentang penyakit, pemeriksaan yang dilakukan dan pengobatan. Resume ini harus diisi segera setelah pasien pulang dan isinya memuat :

- a) Alasan Pasien dirawat (pertanyaan klinis singkat tentang keluhan utama, dan pemeriksaan fisik)
- b) Hasil pemeriksaan penunjang : laboratorium, rontgen dan penunjang lain.
- c) Hasil konsultasi yang diberikan (termasuk respon pasien, komplikasi dan konsultasi)
- d) Diagnosis keluar (diagnosis primer, sekunder dan komplikasi)
- e) Terapi selama dirawat
- f) Tindakan / prosedur (operatif maupun non operatif)
- g) Riwayat alergi (obat / makanan)

- h) Obat yang dibawa waktu pulang / keluar RS
- i) Kondisi waktu pulang / pasien keluar (Sembuh, Membaik, Meninggal)
- j) Cara Keluar (Boleh Pulang, Atas Permintaan Sendiri (APS), Pindah, Rujuk
- k) Tindak Lanjut : (kontrol ke Poli, Puskesmas terdekat, RS Lain, Lain-lain)
- l) Segera dibawa ke RS jika :
- m) Tempat, tanggal, nama dan tanda tangan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan.

Dalam rekam medis, lembaran resume medis diletakkan dalam urutan sesudah Ringkasan Masuk dan Keluar, dengan maksud memudahkan dokter melihatnya apabila diperlukan.

3) Riwayat Penyakit dan Pemeriksaan Fisik

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

- a) Keluhan utama: pernyataan singkat tentang keadaan dan lamanya gejala yang timbul yang menyebabkan pasien meminta pertolongan medis, berdasarkan laporan yang disampaikan oleh pasien sendiri maupun keluarga yang mengantarkan.
- b) Anamnesis : penjelasan detail secara kronologis tentang perkembangan penyakit pasien : sejak timbulnya gejala pertama sampai saat ini.
- c) Pemeriksaan fisik (kepala dan leher, Thorax, Cor, Pulmo, Abdomen, Extremitas, Status Lokasi, Diagnosis, terapi)

4) Pemberian Informasi oleh DPJP kepada pasien / keluarga tentang penyakitnya

Dokter Penanggung Jawab Pelayanan memberikan informasi dan menjelaskan kondisi medis dan diagnosis penyakit, rencana dan hasil pelayanan / pengobatan, perkiraan lama dirawat, pasien / keluarga dapat ikut berpartisipasi dalam keputusan pelayanan, pasien / keluarga dapat menolak rencana pelayanan/ pengobatan serta risikonya, waktu dalam pemberian persetujuan pelayanan/ pengobatan jika diperlukan, hasil yang mungkin diharapkan/antisipasi dari pelayanan dan pengobatan, alternatif pelayanan/pengobatan.

5) a. Pengkajian Keperawatan Neonatus (Umur 0-28 Hari)

Proses pengkajian yang dilakukan oleh perawat kepada pasien neonatus meliputi :

- Pengkajian awal : data pasien, status sosial
- Pengkajian keperawatan data subjektif : riwayat kesehatan pasien, riwayat kesehatan ibu, pemenuhan kebutuhan sehari-hari, pemeriksaan fisik, status psikososial spiritual orang tua, kebutuhan pendidikan dan komunikasi orang tua, data penunjang, diagnosis/masalah kebidanan dan keperawatan, discharge planning.

b. Pengkajian Keperawatan Anak (Umur >28 Hari-14 Tahun)

Proses pengkajian yang dilakukan oleh perawat kepada pasien anak meliputi :

- Pengkajian awal : data pasien, status ekonomi
- Pengkajian keperawatan data subjektif : riwayat kesehatan pasien, pemeriksaan fisik, pola kebiasaan, data psikososial spiritual, kebutuhan pendidikan dan komunikasi orang tua, data penunjang, discharge planning.

c. Pengkajian Umum (Penyakit Dalam, Bedah, Syaraf, Ginekologi, dll)

Proses pengkajian yang dilakukan oleh perawat kepada pasien umum meliputi :

- Pengkajian : Riwayat kesehatan pasien, skala nyeri, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik, pengkajian umum, pengkajian risiko

jatuh, nutrisi, eliminasi, data spiritual, data penunjang, perencanaan pulang.

d. Pengkajian Obstetri

Proses pengkajian yang dilakukan oleh bidan / perawat kepada pasien obstetri meliputi :

- Pengkajian untuk pertanyaan : riwayat kemoterapi, riwayat kehamilan, imunisasi TT, persalinan dan nifas yang lalu, riwayat mentruasi, ante natal care, keluhan selama hamil, riwayat KB terakhir.

e. Pengkajian Geriatri :

Proses pengkajian yang dilakukan oleh perawat kepada pasien geriatri meliputi :

- Pengkajian untuk pertanyaan : tanggal berapa sekarang, hari apa sekarang, apa nama tempat ini, berapa nomor telepon, alamat tempat tinggal, berapa umur anda, kapan anda lahir, siapa presiden indonesia sekarang, siapa presiden sebelumnya, siapa nama kecil ibu anda, kurangi 3 dari angka 20, kemudian kurangi 3 lagi untuk hasil angka pertama.

6) Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi

Lembar pelayanan untuk Profesional Pemberi Asuhan meliputi tanggal dan jam, profesi, hasil pemeriksaan, analisa, rencana, penatalaksanaan pasien (ditulis dengan format SOAP/ADIME disertai dengan target yang terukur, evaluasi hasil tatalaksana, dituliskan dalam assesmen, harap bubuhkan nama dan paraf setiap akhir catatan)

Formulir berisi :

- Tanggal dan jam
- Profesi Pemberi Asuhan
- Hasil pemeriksaan , analisa, rencana, penatalaksanaan pasien
- Intruksi PPA dan tenaga kesehatan lain
- Verifikasi DPJP

7) Konsultasi medis

Dokter penanggung jawab pelayanan atau dokter yang merawat dalam memberikan pelayanan dapat mengkonsultasikan kepada dokter spesialis atau dokter sub spesialis dalam bidang tertentu untuk mendukung pelayanan dan pengobatan kepada pasien.

Konsultasi meliputi : Konsul, jawaban konsul, nama jelas dan tanda tangan dokter.

8) a. Penanda Lokasi Operasi (pria)

Lembar untuk penandaan lokasi sebelum dilakukan operasi untuk jenis kelamin laki-laki. Ditanda tangani oleh pasien / keluarga dan DPJP

b. Penanda Lokasi Operasi (wanita)

Lembar untuk penandaan lokasi sebelum dilakukan operasi untuk jenis kelamin wanita. Ditanda tangani oleh pasien / keluarga dan DPJP

9) Pelayanan Bedah

Lembar assesmen untuk pasien sebelum dilakukan operasi / bedah (pra bedah) berisi : diagnosis pra operasi, rencana tindakan, persiapan implant, rencana posisi pasien, bagian/sisi operasi, rencana pembiusan, konsul dokter spesialis, persetujuan tindakan kedokteran, penandaan lokasi operasi, keluhan pasien, tanda tanda vital, alat medis yang dipakai, hasil pemeriksaan penunjang, riwayat penyakit, antibiotik, pesanan khusus, tanda tangan pasien/keluarga, tanda tangan DPJP.

10) Check list Pre Operasi

Lembar chek untuk pasien sebelum dilakukan operasi / bedah (pra bedah)

Formulir berisi :

- Tanggal operasi, diagnosis pre operasi, rencana tindakan, nama dokter bedah, dokter anestesi.
- Data chek : gelang identifikasi, persetujuan tindakan kedokteran, penyuluhan, penandaan lokasi, persiapan kulit / cukur, pengukuran tanda-tanda vital, jam makan terakhir, jam minum terakhir, pelepasan gigi palsu / perhiasan, pelepasan kacamata, penggunaan implant, hasil laboratorium tanggal, pemeriksaan penunjang, riwayat alergi resiko pasien jatuh, alat medis yang dipakai, persiapan darah, obat / cairan

yang diberikan dan jam pemberian, riwayat penyakit, serah terima yang ditanda tangani oleh perawat ruangan dan perawat RR

11) Chek List Keselamatan Bedah

Lembar untuk memberikan daftar pemeriksaan pembedahan yang aman dan berkualitas pada pasien yang merupakan alat komunikasi, mendorong tim kerja untuk keselamatan pasien yang digunakan tim di ruang operasi untuk meningkatkan kualitas dan menurunkan kematian serta komplikasi akibat pembedahan.

Formulir berisi :

- Sign In : Verifikasi, Pemeriksaan kelengkapan Anestesi, pemeriksaan tanda vital, riwayat alergi, risiko aspirasi atau gangguan pernafasan, risiko perdarahan, rencana anestesi
- Time Out : kelengkapan Tim dan Fasilitas, Pemeriksaan kelengkapan Peralatan, Baca secara verbal, antibiotik profilaksis, foto pemeriksaan radiologi yang diperlukan
- Sign Out : Baca secara verbal, kelengkapan sbelum luka operasi ditutup, periksa kelengkapan bahan pemeriksaan, periksa kembali luka operasi.

12) Assesmen Intra Bedah

Lembar untuk daftar pemeriksaan fisik yang di lakukan dan memperoleh gambaran tentang keadaan mental pasien beserta masalah-masalah yang ada. selanjutnya dibuat rencana mengenai obat dan teknik anestesi yang akan digunakan/dokter SpAn akan menentukan rencana medikasi.

Formulir berisi :

- Ruang tindakan, jam mulai operasi, jam selesai operasi, dokter anestesi, perawat anestesi, dokter operator, asisten bedah, perawat instrument, perawat sirkulasi, dr.Anak / bidan.
- Sifat operasi, Jenis operasi, Posisi operasi, Posisi lengan, Alat bantu posisi, Alat pelindung, Alat penghangat bayi, Diatermi, Desinfektan, Sinar X, Pemasangan alat medis, Cairan irigasi, Implant, Tampon, Gips, Penutup luka, Kontaminasi area operasi, Pemeriksaan specimen, Defekasi selama operasi, Pemakaian alat / instrument, Hasil

menghitung instrument,kasa dan jarum, Hasil menghitung jumlah kasa besar, jarum, kasa kecil, pisau, depper

13) Laporan Operasi

Laporan atau catatan mengenai prosedur pembedahan yang dilakukan terhadap pasien.

Formulir berisi :

- Dokter operator, asisten bedah, perawat instrument, perawat sirkulasi, dokter / perawat anestesi
- Diagnose pra operasi,diagnose pasca operasi
- Jenis tindakan / operasi
- Komplikasi masalah
- Golongan operasi, tipe operasi, pemeriksaan PA
- Hasil menghitung kain kasa
- Yang menghitung kain kasa dan instrument
- Tanggal operasi : jam operasi, jam pembiusan, lama operasi, lama pembiusan
- Jalannya operasi dan jam penulisan laporan

14) Pelayanan Anestesi

Merupakan laporan atau catatan mengenai prosedur pembedahan terhadap pasien oleh dokter anestesi meliputi pra sedasi dan pra induksi sebelum tindakan operasi dilakukan.

Formulir berisi :

- Tanggal operasi, tanggal pemeriksaan pra anestesi/pra sadasi, jam, pemeriksaan pra anestesi oleh, rencana tindakan, tempat tindakan
- Asesmen pra anestesi / pra sedasi diagnose / keluhan utama : Riwayat tindakan sebelumnya,riwayat alergi, riwayat penyakit, obat yang sedang dikonsumsi, kebiasaan, gigi palsu, status kehamilan
- Keadaan umum : berat badan, tinggi badan, ttv, tanda tangan , N, RR, SpO2, jam puasa makan, jam puasa minum
- Penilaian fungsi system organ : B1(fungsi pernafasan), B2 (fungsi kardiovaskuler), B3 (fungsi kesadaran), B4 (fungsi ginjal), B5 (fungsi pencernaan), B6 (tulang panjang)

- Kesimpulan evaluasi Pra Anestesi /Pre Sedasi : Klasifikasi PS ASA Penyulit, Komplikasi, rencana Anestesi /Sedasi, rencana Post sedasi (discharge dari Sedasi)
- Asesmen Pra Induksi : pemeriksaan jam, keadaan pasien, kesadaran, GCS, Puasa, persiapan alat, persiapan obat, masalah / penyulit, persiapan darah, pemberi anestesi / sedasi, perubahan rencana anestesi / sedasi, rencana post sedasi, premedikasi jam , obat/dosis .

15) Intra Anestesi / Sedasi

Merupakan laporan atau catatan mengenai prosedur pasien masuk kamar bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan atau ruang perawatan intensif

Formulir berisi :

- Teknik anestesi : general anestesi, regional anestesi
- Keadaan umum pasien selama anestesi, jam , dosis, keadaan akhir pembedahan, sebab kematian , catatan caoran masuk keluar dan durasi operasi
- Intruksi post operasi
- Keadaan bayi pada section caesaria

16) Observasi Ruang Pulih Sadar

Pencatatan pelaksanaan observasi pasien setelah dilakukan tindakan operasi untuk memantau proses pulih sadar pasca operasi.

Formulir berisi :

- Tanggal dan Jam masuk RR
- Criteria pemulihan pasca anestesi umum anak (STEWART SCORE): Skor kesadaran, respirasi, motorik, criteria, tiba RR dan keluar RR
- Criteria pemulihan pasca anestesi umum dewasa (ALDRERE SCORE): skor motorik, respirasi, sirkulasi, kesadaran, perifer, criteria , tiba di RR dan Keuar RR
- Skala WB / VAS untuk dewasa dan anak-anak : nilai nyeri, WB, VS

17) Check List Post Operasi

Pencatatan pelaksanaan observasi pasien setelah dilakukan tindakan operasi untuk memantau proses pulih sadar pasca operasi.

Formulir berisi :

- Tanggal operasi, tindakan operasi, diagnose post operasi, dokter bedah, dokter anestesi
- Data pengecekan: persetujuan tindakan kedokteran, laporan operasi, laporan anestesi, pemeriksaan penunjang, resep dokter, gigi palsu / perhiasan, darah terpakai, penyuluhan post operasi, pengiriman spisimen, pemeriksaan laboratorium, peralatan medis yang sedang dipakai, intruksi dokter anestesi post operasi, nstruksi dokter bedah post operasi

18) Laporan Medis Dengan Lokal Anestesi

Lembar pemantauan anestesi yang berfungsi untuk memantau status fisiologis pasien selama pemberian anestesi lokal oleh petugas kesehatan

Formulir berisi :

- Tempat tindakan, tanggal operasi, jam selesai dan lama operasi
- Diagnosis pra operasi, diagnosis pasca operasi, jenis tindakan , komplikasi, jaringan yang di eksisi / insisi, laporan operasi

19) Pemeriksaan Laboratorium

Lembaran ini dipakai untuk menuliskan hasil pemeriksaan laboratorium yang dilakukan kepada pasien. Cara menuliskan hasil pemeriksaan secara kronologis berdasarkan waktu, dimulai dari tanggal awal diperiksa sampai pemeriksaan terakhir

Formulir berisi :

- Dokter DPJP, diganosis klinis, paviliun/kamar
- Pemeriksaan Hematologi, faaal hesmostatik, urine lengkap, faeses, faal hati, faal ginjal, lemak darah, elektrolit, lain-lain, gula darah, imunologi, tiroid, widal, cardiac marker, analisa caran sperma, hapusan darah, pemeriksaan cairan tubuh, bakteriologi, pemeriksaan khusus (coomb's direct), esbach, analisa gas darah.

20) Tempel Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan penunjang pasien meliputi pemeriksaan foto rontgen, ct-scan, usg, laboratorium dari laborat luar rumah sakit akan ditempelkan dalam lembar ini.

21) Pendidikan Kepada Pasien Tentang Pelayanan Keperawatan

Pemberian informasi dan penjelasan oleh perawat, bidan kepada pasien atau keluarga tentang pelayanan keperawatan yang ditanda tangani oleh pasien atau keluarga .

Formulir berisi :

- Informasi tentang ruang perawatan yang ditempati
- Informasi kegiatan dan pelaksanaan program keperawatan
- Dokter yang merawat dan perkiraan / kebiasaan visite
- Cara mendapatkan pelayanan rohani
- Informasi kelengkapan klaim asuransi yang perlu disiapkan
- Penyimpanan barang berharga
- Informasi fasilitas rumah sakit lainnya (tempat doa, kantin, ruang tunggu,dll)
- Persiapan pasien pulang
- Perkembangan kondisi pasien, rencana asuhan keperawatan / asuhan kebidanan

22) Rencana asuhan keperawatan

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

Ada empat kegunaan catatan perawat/bidan , yaitu:

- a. Mencatat keadaan pasien selama tidak dilihat oleh dokter. Ini adalah catatan hal-hal yang penting oleh perawat yang memberikan gambaran perspektif yang jelas tentang perkembangan seorang pasien ditentukan oleh informasi yang dicatat pada lembaran ini. Dengan bantuan catatan perawat yang ditulis secara seksama, seorang dokter dapat mengikuti perkembangan pasiennya, meskipun ia mengunjungi pasien hanya sekali dalam satu hari.

- b. Menghemat waktu bagi dokter dan mencegah timbulnya kekeliruan. Tanpa adanya catatan tersebut, gambaran pasien dari waktu ke waktu, kepada petugas yang harus merawat pasien tersebut harus dijelaskan sendiri-sendiri keadaan seorang pasien. Hal ini tidak saja makan waktu, tetapi juga memungkinkan banyak kesalahan dalam pemberian medikasi dan pengobatan.
- c. Sebagai bukti pelaksanaan pekerjaan. Sangat perlu sekali setiap perawat harus mencatat apa-apa tindakan yang telah dilakukan sesuai dengan perintah dokter, sehingga dokter dapat melihat hasilnya dan menentukan tindakan pengobatan selanjutnya. Untuk pembuktian secara hukum, catatan Perawat/Bidan berguna sebagai bukti pertolongan yang diberikan maupun bukti reaksi pasien terhadap pertolongan tersebut.
- d. Sebagai salah satu kelengkapan isi rekam medis.

Catatan Perawat/Bidan dimulai pada saat pasien masuk ruang perawatan dan meliputi:

- Diagnosis keperawatan
- Tujuan
- Intervensi

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

23) Observasi Pasien dan Tindakan Keperawatan

Lembaran ini mencatat secara spesifik perkembangan penyakit pasien yang ditulis dan ditandatangani oleh perawat. Catatan pertama dimulai dengan catatan pada saat pasien masuk, yang seterusnya ditambah selama pasien di dalam perawatan dan diakhiri pada saat pasien keluar atau meninggal. Catatan pada saat pasien untuk : mencatat ringkasan keadaan umum pasien pada saat masuk, terutama fakta-fakta penting yang belum tercatat pada anamnesis dan pemeriksaan fisik. Fakta tersebut mungkin didapat dari keluarga pasien, dokter yang mengirim atau dari rumah sakit lain. Catatan selama pasien dalam perawatan : memberikan perkembangan ini harus dibuat setiap hari, setiap beberapa jam selama fase akutnya seorang pasien, dan

seterusnya sesuai dengan perkembangan pasien itu sendiri. Semua tindakan yang dilakukan dicatat jam, tanggal dan jenis tindakannya. Semua catatan harus ditandatangani oleh dokter pemeriksa

Formulir berisi :

- Tanggal, jam, nadi, suhu, tensi darah, RR, O2, saturasi, pupil, skala nyeri, terapi infuse, cairan masuk/keluar, keadaan istimewa/tindakan.

24) Grafik

Lembaran grafik memberikan gambaran kepada dokter tentang suhu, nadi, dan pernafasan seorang pasien. Pengisiannya dilakukan oleh perawat, dimulai saat pasien mulai dirawat.

Formulir berisi :

- Tanggal, jam, nadi, suhu, tensi basal, kotoran, muntah, berat badan, catatan

25) Pengamatan Jalannya Persalinan

Catatan Bidan digunakan untuk mencatat pengamatan mereka terhadap jalannya persalinan pasien dan hasil pemeriksaan dalam pasien.

Formulir berisi :

- Tanggal / Jam, TTV, DJJ, HIS, Keterangan hasil pemeriksaan dalam

26) Partograf

Lembaran ini memberikan gambaran kepada dokter tentang denyut jantung janin, nadi, suhu, tekanan darah, kontraksi seorang pasien. Pengisiannya dilakukan oleh bidan, dimulai saat pasien mulai dirawat.

Formulir berisi :

- Denyut jantung, air ketuban penyusupan, kontraksi, nadi, tekanan darah, penurunan kepala, oksitosin, obat dan cairan.

27) Identifikasi Bayi

Lembar yang dipakai untuk mencatat identifikasi terhadap bayi baru lahir yang dilaksanakan oleh bidan/perawat Formulir berisi :

- Nama bayi, dokter / bidan penolong, tanggal bayi lahir, ciri-ciri khusus bayi, cap ibu jari tangan kanan ibu, cap telapak kaki kiri bayi dan kanan bayi

- Tanda tangan perawat kamar bersalin dan perawat ruang bayi saat menerima bayi

28) Pemberian Obat

Lembar pencatatan pemberian obat beserta dosis pemberiannya yang dilakukan oleh perawat / bidan.

Formulir berisi :

- Nama obat, dosis, rute, jam
- Perawat klinis, Verivikator, pasien / keluarga

29) Asuhan nutrisi

Merupakan catatan tentang pelaksanaan pelayanan gizi yang berkesinambungan dimulai dari perencanaan diet hingga evaluasi rencana diet pasien dan dicatat oleh ahli gizi.

Formulir berisi :

- Assessment / reassessment : antropometri biokimia, fisik – klinis, riwayat gizi, riwayat personal
- Diagnosis gizi (domain intake, klinis, behavior)

30) Resume Pasien Pulang

Formulir informasi/ penjelasan kepada pasien atau tentang perawatan kesehatan pada saat keluar rumah sakit / pulang.

Formulir berisi :

- Dokter yang merawat, tanggal masuk, kembali, cara keluar, diagnosis keluar, keadaan umum, obat-obatan yang masih diminum dan jumlahnya
- Barang dan hasil pemeriksaan yang diserahkan kepada pasien.
- Edukasi / Penyuluhan yang sudah diberikan
- Anjuran perawatan khusus setelah pasien pulang
- Rencana Kontrol selanjutnya
- Makan, minum, lain-lain

31) Rekam Medis Pasien Hemodialisis

Catatan mengenai proses pelayanan hemodialisis terhadap pasien meliputi pemberian resep HD, data pasien, riwayat pasien, cairan masuk, cairan keluar pemeriksaan laboratorium, catatan khusus post HD.

Formulir berisi :

- Pengkajian keperawatan : keluhan utama, pemeriksaan fisik, pengkajian umum, asesmen nyeri, skrining gizi, riwayat psikososial, pengkajian resiko jatuh, pemeriksaan penunjang, diagnosis keperawatan, intruksi medis, heparinisasi
- Cairan keluar masuk infus, penyulit selama HD
- Tindakan keperawatan : evaluasi keperawatan, discard planning, catatan hd yang akan datang , perawat yang bertugas.

33) Rekonsiliasi Obat

Rekonsiliasi obat merupakan proses membandingkan antara instruksi pengobatan dokter dan obat yang telah didapatkan atau dibawa pasien sebelum masuk rawat inap.

Formulir berisi :

- Riwayat penyakit dahulu
- Daftar alergi obat
- Rekonsiliasi obat

34) Informasi Obat Untuk Pasien Pulang

Pemberian informasi tentang obat- obatan serta memberikan informasi tentang nama obat, jumlah, aturan minum pagi/siang/sore/malam dan intruksi khusus kepada keluarga maupun pasien saat pulang.

35) Persetujuan Tindakan Kedokteran

Lembar persetujuan yang diberikan oleh pasien yang akan dilakukan tindakan medis / kedokteran dengan resiko tinggi atas dasar penjelasan oleh dokter.

Formulir berisi :

- (35.a) Persetujuan tindakan dan pengobatan yang berisiko
- (35.b) Persetujuan tindakan anestesi dan sedasi
- (35.c) Persetujuan tindakan operasi / invasive
- (35.d) Persetujuan tindakan pemberian komponen darah dan produk darah

36) Penolakan Tindakan Kedokteran

Lembar penolakan yang diberikan pasien karena menolak dilakukan tindakan kedokteran / medis yang berisiko tinggi atas dasar penjelasan oleh dokter.

Formulir berisi :

- (36.a) Penolakan tindakan dan pengobatan yang beresiko
- (36.b) Penolakan tindakan anastesi dan sedasi
- (36.c) Penolakan tindakan operasi / invasive
- (36.d) Penolakan tindakan pemberian komponen darah dan prosuk darah
- (36.e) Penolakan Pengobatan

37) Tempel Umum

Lembar yang disediakan untuk menempelkan lampiran surat-surat lain yang tidak masuk dalam daftar lembar rekam medis

38) Check List Rencana Pemulangan Pasien

Lembar yang disediakan untuk cek list pemberian informasi tentang informasi kesehatan ,pengkajian, tatalaksana, rencana pengobatan, perawatan, edukasi, pelatihan alat bantu, hasil pemeriksaan, resume medis, pemulangan pasien dll.

39) Persetujuan Umum

Formulir persetujuan yang wajib diisi oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai pelayanan kesehatan yang akan dilakukan terhadap pasien terkait dengan proses pemeriksaan, perawatan dan pengobatan dirumah sakit.

Formulir berisi :

- Persetujuan pelayanan kesehatan
- Akses informasi kesehatan
- Rahasia medis dan pelepasan informasi
- Privasi
- Barang pribadi
- Pengajuan keluhan
- Kewajiban keluhan
- Kewajiban pembayaran

40) Persetujuan Rawat Inap

Lembar persetujuan yang diisi dan ditanda tangani oleh pasien / keluarga / wali untuk pasien yang akan dilakukan rawat inap yang berisi juga data identitas sosial pasien.

Formulir berisi :

- Yang bertandatangan dibawah ini : keterangan keluarga pasien yang bertanggungjawab terhadap pasien
- Terhadap pasien : keterangan lengkap pasien

41) Skrining pasien

Lembar untuk mengidentifikasi pasien secara klinis dan menganamnesis keadaan umum pasien, kesadaran, tanda-tanda vital (tensi, suhu tubuh, nadi, respirasi, saturasi), riwayat alergi, resiko jatuh , dan melakukan pemeriksaan laboratorium maupun rongen sesuai dengan kondisi pasien.

42) Serah Terima Pasien

Lembar pencatatan serah terima secara menyeluruh untuk pasien yang dipindah dari salah ruang rawat inap ke ruang rawat inap lain di dalam rumah sakit.

Formulir berisi :

- Pemeriksaan fisik
- Tindakan / pemeriksaan diagnostic yang akan dilakukan
- Tindakan medis yang sudah dilakukan
- Pemberian terapi

43) Transfer pasien di dalam rumah sakit

Lembar untuk mencatat pemindahan pasien dari satu ruangan ke ruang perawatan / ruang tindakan lain didalam rumah sakit oleh suatu alasan perawatan kesehatan

Formulir berisi :

- Tanggal pindah, pindahan dari ruang, diagnose utama,
- Metode pemindahan
- Resiko selama proses transfer
- Keadaan pasien saat pindah dan tiba diruangan

- Pemeriksaan penunjan / diagnostic yang sudah dilakukan, terapi, intervensi, kejadian selama pindah.

44) Resume Perawat

Ringkasan asuhan keperawatan yang telah diberikan terhadap pasien meliputi keadaan waktu masuk, masalah, tindakan, keadaan pulang

45) Resume Pasien Dirujuk ke Rumah Sakit Lain

Lembar ringkasan rujukan (resume atau discharge summary) dari seluruh masa perawatan dan pengobatan pasien sebagaimana yang telah dilakukan oleh para tenaga kesehatan dan pihak terkait.

Formulir berisi :

- Petugas konfirmasi, tanggal dan jam berangkat rujuk
- Diagnosis, alasan rujuk , intake oral terakhir, pemeriksaan penunjang, kejadian klinis saat melakukan transfer / observasi dll.

46) a. Pengkajian ulang nyeri untuk usia 1 – 3 tahun “ FLACC SCALE “ yaitu kategori : F (face), L(legs), A (activity), C (cry), C (consolability)

Formulir ini mencatat pengkajian keperawatan yang dilakukan oleh perawat atau bidan terhadap pasien berdasarkan umur

Formulir berisi :

- Kategori : wajah, kaki, aktivitas, menangis, consolabilitas/ respon

b. Pengkajian ulang nyeri

Lembar ini mencatat pengkajian keperawatan yang dilakukan oleh perawat atau bidan terhadap pasien dengan melihat skala nyeri berdasarkan ekspresi wajah, menggunakan VAS/ Wong baker face rating scale/ numeric scale.

Formulir berisi :

- Tanggal / jam, lokasi, intensitas skala, lama nyeri, factor pencetus, kualitas nyeri, pola serangan, hal-hal yang menyebabkan nyeri hilang, ttd bidan / perawat

c. Pengkajian ulang neonatal infant pain scale (NIPS)

Lembar ini mencatat pengkajian keperawatan yang dilakukan oleh perawat atau bidan terhadap pasien bayi berusia kurang dari 1 tahun.

Formulir berisi :

- Ekspresi wajah : otot rileks, meringis, tidak meringis

- Tangisan : merengek, menangis keras
- Pola bernafas : rileks, perubahan pernafasan
- Lengan : rileks , fleksi
- Tungkai : rileks, fleksi
- Kesadaran : bangun , tidur, gelisah

d. Pengkajian ulang critical care pain observation tool (CCPOT)

Lembar ini mencatat pengkajian keperawatan yang dilakukan oleh perawat atau bidan terhadap pasien dengan melihat skala yang mengevaluasi empat perilaku domain: gerakan tubuh, ekspresi wajah, ketegangan otot dan kepatuhan ventilator / Tiberias.

Formulir berisi :

- Indikator : ekspresi wajah, gerak tubuh, ketegangan otot evaluasi dengan flexi passive dan ekstensi ekstremitas atas, kerelaan pasien saat dipasang ventilator

47) a. Asesmen Harian Pasien Resiko Jatuh HUMTY DUMTY Untuk Pediatri

Lembar yang digunakan untuk mengukur risiko jatuh pada anak-anak dan instrumen penilaian risiko jatuh pada pasien anak seperti usia, jenis kelamin, diagnosis, gangguan kognitif, faktor lingkungan, respons terhadap pembedahan/ sedasi/ anestesi dan penggunaan medikamentosa.

c. Asesmen Harian Pasien Risiko Jatuh untuk Dewasa

Lembar yang digunakan untuk mengukur risiko jatuh pada pasien dewasa dan instrumen penilaian risiko jatuh pada pasien dewasa.

Formulir berisi :

- faktor resiko : riwayat jatuh, diagnosis sekunder, alat bantu, terpasang infuse, gaya berjalan, status mental
- skala, nilai, observasi, hasil scoring risiko jatuh rendah / sedang

48) Pelayanan Pasien Tahap Terminal / Meninggal

Lembar mencatat dimana kondisi fisiologi klien maupun organ tubuh mengalami gangguan sedemikian rupa sehingga secara diagnostik dinyatakan tidak ada intervensi apapun yang dapat menolong memperpanjang hidup klien tersebut.

Formulir berisi :

- asesmen : pengkajian fisik, respon psikologis terhadap penyakit pasien, keluarga, edukasi pasien dan keluarga, spiritual, faktor resiko timbulnya reaksi patologis bagi keluarga.

49) Pelayanan Pasien dengan Restrain

Lembar yang menginformasikan tentang tindakan langsung dengan menggunakan kekuatan fisik pada individu yang bertujuan untuk membatasi kebebasan dalam bergerak. Kekuatan fisik ini dapat menggunakan tenaga manusia, alat mekanis atau kombinasi keduanya

Formulir berisi :

- Identitas pasien lengkap
- Hasil observasi
- Pertimbangan klinis
- Tindak lanjut restrain mekanik dan farmakologis

50) Pulang Atas Permintaan Sendiri

Formulir pernyataan yang berisi permintaan pasien untuk dibawa pulang atas permintaan pasien atau keluarga meskipun oleh dokter belum dinyatakan sembuh.

Formulir berisi :

- Pernyataan bertanda tangan atas pasien, nama, umur, alamat lengkap
- Pengisian identitas pasien
- Tanda tangan dokter yang merawat, perawat dan keluarga yang bertanggungjawab terhadap pasien

51) Pengkajian dan Perawatan Luka

Lembar pengkajian yang dilakukan oleh bidan atau perawat untuk mengkaji identitas pasien, riwayat luka, lokasi, tipe luka, stadium luka, ukuran luka, eksudat luka, odour untuk mencegah infeksi, membunuh atau menghambat pertumbuhan kuman/bakteri pada kulit dan jaringan tubuh lainnya.

52) Pelepasan Informasi untuk Second Opinion

Lembar pengisian bukti / keterangan data rekam medis yang diminta oleh baik pasien, dokter dan tenaga kesehatan lainnya, guna untuk menentukan pengobatan, tindakan lain, kebutuhan asuransi, pengajuan klaim, dll.

Formulir berisi :

- Bertandatangan : nama, umur / identitas keluarga yang meminjam data
- No RM data pasien, nama , tanggal lahir
- Formulir catatan keperluan meminjam
- Tanda tangan dan nama jelas
- Waktu pengembalian data

53) Pelayanan Transfusi Darah

Lembar Pencatatan transfuse darah mulai dari awal penerimaandarah sampai selesai melakukan transfuse darah.

Formulir berisi :

- Dokter DPJP, diagnose medis, kamar, golongan darah, berat badan, jenis pelayanan
- No.kantong darah diterima, jenis darah, reaksi silang, jam mulai dan selesai
- Darah terpakai, waktu transfusi,tensi pra dan pasca, hb pra dan pasca, reaksi transfuse, indikasi transfuse, asal darah, dan nama petugas transfuse

54) Observasi Rawat Jalan

Lembar pengamatan terhadap kondisi pasien rawat jalan yang dilakukan untuk mengetahui perkembangan sampai pada saat pasien masuk rawat inap

Formulir berisi :

- Data keadaan penderita : tanggal, jam, spO2 , tensi, nadi, GCS, Suhu, cairan keluar masuk, gula darah, lain-lain,
- Tindakan yang diberikan : O2, infuse / obat, lain-lain, nama dan tanda tangan

55) Pelaksanaan Edukasi Pasien dan Keluarga Rawat Inap

Lembar penyampaian informasi kepada pasien untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan tentang resiko penyakit dan perilaku hidup bersih untuk meningkatkan status kesehatan

Formulir berisi :

- Metode edukasi : diskusi, peragaan, brosur/ leaflet, audio visual

56) Obsevasi Intensive Care Unit

Terapi pelayanan kesehatan khusus untuk pasien gawat darurat atau kritis.

Formulir berisi :

- Ukuran pupil, oksigen terapi, respirasi, SpO₂, ECG Monitor, GCS, Diameter Pupil kanan kiri, Skala nyeri, MAP, Icp, cairan masuk / keluar,
- Obat- obatan, ventilator, tindakan keperawatan, hasil laboratorium, hasil pemeriksaan radiologi, intruksi dokter via phone, catatan/ tindakan perawat, catatan perkembangan

57) Persetujuan / penolakan Pemeriksaan Darah untuk tes HIV

Lembar pemberian persetujuan / penolakan oleh pasien yang akan dilakukan tes HIV.

Formulir berisi :

- Pernyataan : Saya telah menerima informasi dan konseling menyangkut hal-hal tentang HIV
- Menyetujui / menolak pemeriksaan , tanda tangan penolakan/ persetujuan pemeriksaan pasien yang bersangkutan

B. Pengelolaan Rekam Medis

1. Penerimaan Pasien

Serangkaian proses penerimaan pasien yang akan mendapatkan pelayanan, asuhan medis, asuhan keperawatan, profesional pemberi asuhan lainnya untuk pasien rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat sesuai dengan kebutuhan pasien.

a. Ketentuan Umum Penerimaan Pasien

- 1) Dari segi pelayanan di rumah sakit, pasien yang datang dapat dibedakan menjadi :
 - a) Pasien yang dapat menunggu
 - Pasien yang datang dengan perjanjian.
 - Pasien yang datang tidak dalam keadaan gawat.
 - b) Pasien yang harus segera dilayani (gawat darurat).
- 2) Sedang menurut jenis kedatangannya pasien dapat dibedakan menjadi :

- a) Pasien baru : adalah pasien yang baru pertama kali datang ke rumah sakit untuk mendapatkan pelayanan.
 - b) Pasien lama : adalah pasien yang pernah datang sebelumnya ke rumah sakit untuk mendapatkan pelayanan.
- 3) Kedatangan pasien ke rumah sakit dapat terjadi karena :
- a) Dikirim oleh dokter praktik di luar rumah sakit.
 - b) Dikirim oleh Rumah Sakit lain, Puskesmas, atau Fasilitas Kesehatan lainnya.
 - c) Datang sendiri.

b. Pendaftaran Pasien Rawat Jalan

1) Pasien baru

Setiap pasien baru diterima dengan cara melalui wawancara untuk proses pengambilan data identitas, diberikan nomor register dan nomor rekam medis serta dibuatkan rekam medis.

Pengambilan data identitas meliputi : Nama lengkap, Alamat, Tanggal Lahir, Nomor Induk Kependudukan, Nama Keluarga(Suami/Istri/Orang Tua/ Anak/Wali), Nomor telepon.

Setiap pasien baru diberikan persetujuan umum dan dibuatkan kartu berobat pasien sebagai kartu pengenalan yang harus dibawa pada setiap kunjungan untuk mendapatkan pelayanan berikutnya di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu, baik sebagai pasien rawat jalan, rawat inap maupun gawat darurat.

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

- a) Pasien boleh keluar rumah sakit / pulang.
- b) Pasien diberikan surat pengantar dengan perjanjian oleh petugas instalasi rawat jalan untuk datang kembali pada hari dan tanggal yang telah ditetapkan. Kepada pasien yang diminta datang kembali, harus konfirmasi kembali ke bagian pendaftaran pasien (Kantor Terima).
- c) Pasien dirujuk/dikirim ke rumah sakit lain.
- d) Pasien harus dirawat inap.

Untuk pasien yang harus dirawat inap, dokter yang merujuk membuat surat pengantar berisi alasan pasien harus dirawat inap, bisa berupa diagnosa, tindakan medis, terapi ataupun tindakan penunjang lainnya dan rekam medis akan dikirim ke ruang perawatan.

2) Pasien lama / ulang

Pasien lama / ulang datang ke tempat pendaftaran pasien / kantor terima dan akan dilakukan wawancara oleh petugas, guna mendapatkan informasi nama, alamat, nomor rekam medis, dan tujuan untuk mendapatkan pelayanan. Pasien ini dapat dibedakan :

- a) Pasien yang datang dengan surat pengantar atau perjanjian
- b) Pasien yang datang tidak dengan surat pengantar atau perjanjian (atas keinginan sendiri)

Pasien lama / ulang yang datang untuk mendapat pelayanan memakai nomor rekam medis yang sudah dimiliki dan akan dicatat untuk diberikan nomor registrasi.

Pasien dipersilahkan menunggu di instalasi rawat jalan yang dimaksud, rekam medisnya akan dikirim oleh petugas rekam medis.

c. Pendaftaran Pasien Gawat Darurat

Berbeda dengan prosedur pelayanan pasien baru dan pasien lama rawat jalan, untuk kasus gawat darurat pasien akan diberikan pelayanan terlebih dahulu dan penyelesaian administrasi pendaftaran setelah pasien menerima pelayanan. Di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu pendaftaran pasien gawat darurat dilakukan di Instalasi Gawat Darurat kemudian registrasi untuk pasien baru maupun pasien lama dilakukan setelah mendapat pelayanan.

- 1) Pasien yang sudah dipilah dan membawa surat pengantar untuk rawat inap dapat langsung dibawa ke ruangan perawatan atau ke ruang observasi sambil menunggu tempat tidur kosong dari ruang perawatan.
- 2) Jika pasien sudah sadar dan dapat diwawancarai, petugas mendatangi pasien/keluarga untuk mendapatkan identitas lengkap.
- 3) Petugas rekam medis mengecek data identitas melalui database aplikasi untuk mengetahui apakah pasien pernah dirawat/mendapatkan pelayanan di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu.

- 4) Bagi pasien yang pernah mendapatkan pelayanan /dirawat maka rekam medisnya segera dikirim ke ruang insatalasi gawat darurat atau ruang perawatan yang bersangkutan dan tetap memakai nomor yang telah dimilikinya.
- 5) Bagi pasien yang belum pernah dirawat atau mendapatkan pelayanan di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu maka diberikan nomor rekam medis baru.

Ada beberapa kemungkinan dari setiap pasien setelah mendapatkan pelayanan:

- 1) Pasien bisa keluar rumah sakit / pulang.
- 2) Pasien dirujuk/dikirim ke rumah sakit lain.
- 3) Pasien dirawat inap.
- 4) Pasien meninggal

d. Penerimaan Pasien Rawat Inap

Penerimaan pasien rawat inap dilakukan di kantor terima. Tata cara penerimaan pasien rawat inap harus sesuai dengan kebutuhan.

Untuk memperlancar tugas-tugas bagian lain yang erat hubungannya dengan proses pendaftaran pasien, prosedur pendaftaran pasien perlu ditetapkan sebagai berikut:

- 1) Petugas pendaftaran pasien bertanggung jawab sepenuhnya mengenai pencatatan seluruh data identitas (nama lengkap, alamat, nomor induk kependudukan, jenis kelamin, agama, pendidikan, nama keluarga atau penanggung jawab, nomor telepon) dan informasi yang berkenaan dengan diterimanya seorang pasien di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu.
- 2) Petugas pendaftaran pasien harus segera memberitahukan bagian-bagian lain yang berkepentingan langsung, setelah diterimanya seorang pasien untuk dirawat inap.
- 3) Instalasi Rawat Inap harus memberitahukan bagian pendaftaran pasien, apabila seorang pasien diizinkan keluar rumah sakit.
- 4) Membuat catatan yang lengkap, jelas terbaca dan seragam harus disimpan oleh semua bagian selama pasien dirawat.
- 5) Instruksi yang jelas harus diketahui oleh setiap petugas yang melakukan proses penerimaan dan pemulangan pasien.

Ketentuan Umum Penerimaan Pasien Rawat Inap

- 1) Semua pasien disertai dengan diagnosis, selama ruangan dan fasilitas yang memadai tersedia dapat diterima di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu.
- 2) Penulisan diagnosis dalam surat pengantar rawat inap diperlukan untuk penempatan kamar perawatan.
- 3) Pasien diterima dan didaftar di kantor terima pada waktu yang telah ditetapkan, kecuali untuk kasus gawat darurat dapat diterima setiap saat di Instalasi Gawat Darurat.
- 4) Penjelasan hak dan tanggung jawab pasien oleh petugas, Persetujuan rawat inap, dan persetujuan umum, dan perkiraan biaya harus ditandatangani sebelum pasien dirawat inap.
- 5) Pasien dapat diterima, apabila :
 - a) Membawa surat pengantar rawat inap dari dokter mitra yang mempunyai kerjasama dengan Rumah Sakit Budi Rahayu.
 - b) Dikirim dengan membawa surat pengantar rawat inap dari dokter Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu.
 - c) Dikirim dengan membawa surat pengantar rawat inap dari dokter Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu.
 - d) Bayi dari ibu yang melahirkan di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu
- 6) Pasien gawat darurat yang memerlukan rawat inap jika belum mendapatkan kamar perawatan akan dilakukan observasi pasien oleh petugas instalasi gawat darurat.
- 7) Pasien yang kamar perawatan belum tersedia akan ditempatkan di ruang observasi untuk sementara waktu sampai mendapatkan ruang perawatan.

Prosedur pasien diterima untuk dirawat

- 1) Pasien yang sudah memenuhi syarat atau prosedur untuk rawat inap, setiap saat dapat menanyakan pada petugas pendaftaran apakah ruangan yang diperlukan sudah tersedia.
- 2) Apabila ruangan sudah tersedia :
 - b) Pasien segera melakukan pendaftaran di kantor terima.
 - c) Pada saat mendaftar akan mendapat informasi tentang :

1. Kelas ruang rawat inap
2. Fasilitas kamar perawatan
3. Tarif kamar dan proses pembayaran.
4. Peraturan selama pasien dirawat.
5. Hak dan Tanggung Jawab Pasien
6. Sarana dan prasarana rumah sakit

d) Dibuatkan kartu identitas pasien yang minimal berisi :

1. Nama lengkap pasien
2. Nomor rekam medis
3. Tanggal Lahir Pasien
4. Alamat Pasien

e) Jika pasien pernah mendapatkan pelayanan di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu maka petugas kantor terima menghubungi ruang penyimpanan rekam medis untuk meminta berkas rekam medis lama untuk disertakan ke ruang rawat inap.

Penanganan Pasien jika tempat tidur penuh

- 1) Perawat menjelaskan kepada pasien dan atau keluarga bahwa saat ini tidak tersedia tempat tidur diseluruh instalasi rawat inap rumah sakit
- 2) Perawat menjelaskan apabila pasien tetap menghendaki rawat inap di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu maka pasien dapat menunggu di ruang observasi IGD
- 3) Batas waktu menunggu di ruang observasi IGD adalah 6 jam
- 4) Apabila sampai batas waktu yang ditentukan belum tersedia kamar maka pasien akan dirujuk ke rumah sakit lain.
- 5) Petugas mendokumentasikan seluruh proses pelayanan dalam berkas rekam medis pasien.

Prosedur selama pasien di ruang perawatan yang berkaitan dengan rekam medis antara lain :

- 1) Pada saat pasien akan diantar di ruang rawat inap dan diterima oleh perawat pasien diberi tanda pengenal berupa gelang identitas.
- 2) Perawat menambah formulir-formulir rekam medis yang diperlukan oleh dokter maupun perawat sendiri

- 3) Selama perawatan, perawat mencatat semua asuhan yang diberikan dari mulai saat pasien tiba di ruang sampai pasien tersebut pulang, dirujuk atau meninggal.

2. Asembling

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

Kegiatan yang dilakukan:

- a. Penataan / perakitan (Asembling) Rekam Medis
 - 1) Penataan / perakitan Rekam Medis pasien rawat jalan, meliputi:
 - a) Map rawat jalan
 - b) Surat Pengantar
 - c) Surat rujukan
 - d) Hasil Pemeriksaan Penunjang
 - 2) Penataan /perakitan Rekam Medis pasien rawat inap
 - Perakitan rekam medis pasien rawat inap untuk kasus anak meliputi :
 - a) Ringkasan Masuk & Keluar
 - b) Surat Pengantar rawat inap
 - c) Instruksi Dokter
 - d) Lembar Konsultasi
 - e) Catatan Keadaan Pasien dan Tindakan Keperawatan
 - f) Catatan Pelayanan Pasien Terintegrasi
 - g) Grafik Suhu, Nadi dan Pernafasan
 - h) Pengkajian Keperawatan Anak
 - i) Hasil Pemeriksaan Laboratorium
 - j) Hasil Pemeriksaan Radiodiagnostik
 - k) Salinan Resep

- l) Resume Dokter / Laporan Kematian
- Perakitan rekam medis pasien rawat inap untuk kasus bedah meliputi :
 - a) Ringkasan Masuk & Keluar
 - b) Surat Pengantar Rawat Inap
 - c) Catatan Pra/Pasca Operasi
 - d) Catatan Anesthesi
 - e) Laporan Operasi
 - f) Instruksi Dokter
 - g) Catatan Perkembangan
 - h) Lembar Konsultasi
 - i) Catatan Pelayanan Pasien Terintegrasi
 - j) Catatan Keadaan Pasien dan Tindakan Keperawatan
 - k) Grafik Suhu, Nadi dan Pernapasan
 - l) Pengkajian Keperawatan Umum
 - m) Hasil Pemeriksaan Laboratorium
 - n) Hasil Pemeriksaan Radiodiagnostik
 - o) Salinan Resep
 - p) Resume/Laporan kematian
- Perakitan rekam medis pasien rawat inap kasus kebidanan meliputi:
 - a) Ringkasan Masuk & Keluar
 - b) Surat Pengantar Rawat Inap
 - c) Pengkajian Keperawatan Obstetri
 - d) Pengamatan Jalannya Persalinan
 - e) Partograf
 - f) Identifikasi Bayi Baru Lahir
 - g) Instruksi Dokter
 - h) Ringkasan Riwayat Persalinan
 - i) Lembar Konsultasi
 - j) Catatan Keadaan Pasien dan Tindakan Keperawatan
 - k) Grafik
 - l) Hasil Pemeriksaan Laboratorium
 - m) Hasil Pemeriksaan Radiodiagnostik

- n) Salinan Resep
- o) Resume/Laporan kematian
- Perakitan rekam medis pasien rawat inap kasus bayi lahir meliputi :
 - a) Ringkasan Masuk & Keluar
 - b) Identifikasi bayi lahir
 - c) Instruksi Dokter
 - d) Catatan Perkembangan
 - e) Lembar Konsultasi
 - f) Catatan Keadaan Pasien dan Tindakan Keperawatan
 - g) Grafik
 - h) Catatan Pelayanan Pasien Terintegrasi
 - i) Hasil Pemeriksaan Laboratorium
 - j) Hasil Pemeriksaan Radiodiagnostik
 - k) Salinan Resep
 - l) Resume/Laporan kematian
- b. Ketentuan assembling dengan analisis kuantitas dan kualitas sebagai berikut :
 1. Setiap berkas rekam medis rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat dilakukan assembling dengan menganalisis kelengkapan secara kualitas dan kuantitas
 2. Assembling berkas rekam medis dilaksanakan setiap hari oleh petugas rekam medis
 3. Pelaksanaan assembling dengan analisis kuantitas dan kualitas berkas rekam medis meliputi
 - a. Urutan formulir rekam medis sesuai dengan ketentuan;
 - b. Kelengkapan pengisian formulir;
 - c. Penulisan yang jelas dan terbaca;
 - d. Kesesuaian pemakaian istilah, simbol dan singkatan;
 - e. Identifikasi nama dan tanda tangan Profesi Pemberi Asuhan yang mengisi rekam medis;
 - f. Waktu pengisian berkas rekam medis (tanggal dan jam pengisian rekam medis);
 - g. Koreksi penulisan;

- h. Pengembalian tepat waktu berkas ke seksi rekam medis.
- 4. Tujuan Asembling dengan analisis kuantitas adalah
 - a. Menentukan kekurangan agar dapat dikoreksi pada saat pasien masih dirawat;
 - b. Untuk mengidentifikasi bagian yang tidak lengkap dengan mudah dapat dikoreksi dengan adanya suatu prosedur sehingga rekam medis menjadi lebih lengkap dan dapat digunakan untuk pelayanan pasien;
 - c. Kelengkapan rekam medis sesuai peraturan yang ditetapkan jangka waktunya, perizinan, dan akreditasi;
 - d. Mengetahui hal hal yang berpotensi menyebabkan ganti rugi.
 - e. Mengendalikan pengembalian rekam medis dari unit pelayanan
 - f. Mengendalikan penggunaan nomor rekam medis
 - g. Mengendalikan penggunaan formulir/ lembar rekam medis
- 5. Tujuan assembling dengan analisis Kualitas adalah
 - a. Mendukung Kualitas informasi;
 - b. Meneliti kelengkapan data yang seharusnya tercatat dalam rekam medis
 - c. Meneliti kebenaran pencatatan data rekam medis
 - d. Membantu dalam memberikan kode penyakit dan kode prosedur / tindakan yang lebih spesifik yang sangat penting untuk penelitian medis, studi administrasi dan penagihan penjaminan biaya;
 - e. Meningkatkan kualitas pencatatan, khususnya yang dapat mengakibatkan ganti rugi pada masa yang akan datang;
 - f. Kelengkapan *informed consent* sesuai dengan peraturan;
 - g. Identifikasi catatan yang tidak konsisten;
 - h. Identifikasi koreksi penulisan;
 - i. Identifikasi waktu pengisian;
 - j. Identifikasi wewenang penulisan;
- 6. Hasil analisis dilaporkan kepada Panitia Rekam Medis

3. Analisis Koding

Kegiatan dan tindakan serta diagnosis 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, cedera, gejala dan faktor yang mempengaruhi kesehatan.

Sejak tahun 1993 WHO mengharuskan negara anggotanya termasuk Indonesia menggunakan klasifikasi penyakit revisi-10, International Statistical Classification of Diseases and Health Problems 10 Revision. ICD 10 menggunakan kode kombinasi yaitu menggunakan abjad dan angka (alpha numeric).

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

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

Penetapan diagnosis seorang pasien merupakan kewajiban hak dan 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 aturan yang ada pada buku ICD 10.

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

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

- Kode Penyakit (ICD-10)
- Koding prosedur / tindakan ICD 9 CM

Ketentuan penggunaan Standarisasi kode diagnosis, kode prosedur/ tindakan

- a. Kode diagnosis penyakit yang digunakan adalah buku kode ICD-10
- b. Kode tindakan/prosedur yang digunakan adalah buku ICD 9 CM
- c. Standar singkatan, istilah dan simbol yang boleh digunakan dan yang tidak boleh digunakan sesuai dengan yang ditetapkan oleh direktur rumah sakit

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 Alfabetik
 - 2) Susunan
 - 3) Kode angka
 - 4) Tanda perintah yang ada dalam buku ICD - 10 Volume I
- c. Petunjuk dasar koding
 - 1) Indentifikasi penyakit/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 bawah).
 - 4) Rujuk di buku ICD - 10 Volume III
 - 5) Rujuk di buku ICD - 10 Volume I

Tentukan kode penyakit tersebut

4. Indeksing

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

Jenis indeks yang dibuat:

a. *Indeks Pasien*

Pengertian :

Adalah data base yang tersimpan dalam server yang bisa diakses melalui aplikasi komputer yang berisi nama semua pasien yang pernah berobat di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu.

Informasi yang ada di dalam data base ini adalah:

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

Kegunaan:

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

Cara Penyampaian :

- Data base tersusun secara alphabet seperti susunan kata-kata dalam kamus.
- Data base ini digunakan untuk mencari berkas rekam medis pasien yang tidak membawa kartu berobat sehingga dapat dicari berdasarkan nama pasien.
- 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 data base yang menyimpan kode diagnosa penyakit maupun tindakan operasi setiap pasien yang berobat di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu.

Informasi yang ada didalam data base ini adalah:

- Nomor Kode Diagnosa penyakit atau tindakan operasi.
- Judul, Bulan, Tahun
- Nomor Penderita
- Jenis Kelamin
- Umur.

Kegunaan :

Data base ini dapat untuk mengindeks penyakit maupun tindakan 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 Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu.
- 5) Menyuguhkan data pelayanan yang diperlukan dalam survey kemampuan Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu.
- 6) Menemukan rekam medis dimana dokternya hanya ingat diagnosa atau operasinya, sedangkan nama pasien yang bersangkutan lupa.
- 7) Menyediakan materi pendidikan untuk mahasiswa kedokteran, perawat, dll.

Cara penyimpanan :

Dengan sistem aplikasi komputerisasi yang tersimpan dalam server rumah sakit dan memiliki back up dan perawatan secara rutin untuk mencegah data rusak atau hilang.

*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 Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu.

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. Cara penyimpanan indeks kematian : Dalam sistem komputerisasi.

5. Pelaporan

Pelaporan rumah sakit merupakan suatu alat organisasi yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan manajemen rumah sakit akan data / pelaporan sebagai bahan perencanaan serta memenuhi kebutuhan pihak-pihak terkait seperti : Pihak manajemen Rumah Sakit, Yayasan, Kementrian Kesehatan RI, Dinas Kesehatan Propinsi, Dinas Kesehatan Kota / Kabupaten, BPOM dll. Berdasarkan data dari setiap kegiatan akan menghasilkan laporan, demikian juga kegiatan yang berlangsung di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu. Ada 3 (tiga) bentuk laporan yang harus dibuat yaitu laporan untuk memenuhi kebutuhan internal, kebutuhan eksternal, dan laporan khusus sewaktu atau insidentil.

1. Laporan Intern

Laporan intern yang dibuat adalah :

- a) Laporan Kegiatan Pelayanan Rekam Medis
- b) Laporan Umpan Balik ke ruang perawatan rawat inap dan unit penunjang
 - a) Laporan monitoring dan evaluasi pengisian berkas rekam medis
 - b) Laporan monitoring evaluasi keterlambatan pengembalian berkas rekam medis
- c) Laporan tahunan dan sistematikanya

2. Laporan Ekstern

Laporan ekstern adalah laporan yang dibuat untuk memenuhi ketentuan yang berlaku di Depkes RI bahwa setiap rumah sakit negeri

maupun swasta diwajibkan membuat laporan kegiatannya sesuai dengan format yang telah ditentukan.

Laporan tersebut adalah :

a) Laporan harian

- a) Pemberitahuan Penderita / tersangka DBD, DSS, Poliomyelitis dan Tetanus Neonatorum , Difteri, Campak (KD/RS)
- b) Laporan Kejadian Luar Biasa / Wabah (W1RS)
- c) Laporan Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI)
- d) Laporan Surveilans penderita AIDS (Form AIDS1)

b) Laporan mingguan

Form Surveilans Aktif Rumah Sakit

c) Laporan bulanan

- a) Surveilans Aktif AFP,TN,Campak,DBD di Rumah Sakit (SARS)
- b) Lembar Surveilans Epidemiologi Campak (Form C1 Rutin)
- c) Penemuan kasus ILI (Influenza Like Illness) di Rumah Sakit
- d) Rekapitulasi hasil Penemuan Penderita ISPA Balita
- e) Laporan bulanan Kegiatan Diare
- f) Laporan Kematian Bayi dan Balita
- g) Laporan data Kesakitan Kesehatan Jiwa
- h) Lembar Pengumpul Data Kegiatan KIA (LPD)
- i) Surveilans Terpadu Penyakit (STP) berbasis Rumah Sakit
- j) Laporan Kematian yang ada di Rumah Sakit
- k) Laporan Sistem Informasi Keracunan (SPIMKER)
- l) Laporan SIRS online :
 - Laporan Pengunjung Rumah Sakit(RL5.1)
 - Laporan Kunjungan Rawat Jalan (RL5.2)
 - Laporan 10 Besar Penyakit Rawat Inap (RL5.3)
 - Laporan 10 Besar Penyakit Rawat Jalan (RL5.4)

d) Laporan triwulan

- Laporan Triwulan Rawat Inap dan Rawat Jalan Dinkes Kota Blitar
- Laporan Sentra Informasi dan keracunan (SIKER) dan NAPZA

e) Laporan tahunan

- a) Laporan Tahunan Penyelenggaraan Rumah Sakit
- b) Laporan Tahunan Rumah Sakit dan Sistematisasinya
- c) Laporan Tahunan permintaan untuk dikirim ke Roma
- d) Laporan SIRS online :
 - 1) Laporan Indikator Pelayanan (RL1.2)
 - 2) Laporan Tempat Tidur (RL1.3)
 - 3) Laporan Data Ketenagaan (RL2)
 - 4) Laporan Data Kegiatan Pelayanan (RL3) :
 - RL3.1 Rawat Inap
 - RL3.2 Rawat Darurat
 - RL3.3 Gigi Mulut
 - RL3.4 Kebidanan
 - RL3.5 Perinatologi
 - RL3.6 Pembedahan
 - RL3.7 Radiologi
 - RL3.8 Laboratorium
 - RL3.9 Rehab Medik
 - RL3.10 Pelayanan Khusus
 - RL3.11 Kesehatan Jiwa
 - RL3.12 Keluarga Berencana
 - RL3.13 Obat
 - RL3.14 Rujukan
 - RL3.15 Cara Bayar
 - 5) Laporan Data Morbiditas/ Mortalitas (RL4)
 - RL4a Penyakit Rawat Inap
 - RL4b Penyakit Rawat Jalan

f) Laporan Update

Laporan SIRS online Data Dasar (RL1.1)

3. Laporan Insidentil / Khusus Sewaktu

Laporan insidentil / laporan khusus sewaktu adalah laporan yang dibuat sewaktu-waktu atau sesuai permintaan baik secara intern rumah sakit

maupun oleh dinas kesehatan setempat, atau bahkan instansi lain yang memerlukan. Laporan sewaktu ini akan di dilayani / berikan sesuai prosedur yang berlaku yaitu melayani sesuai permintaan secara tertulis dan sudah mendapat ijin dari Direktur Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu.

4. Sirkulasi Laporan Internal dan Eksternal

Jenis laporan	Bulan												Dikirim Ke
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Laporan Intern	Dikirim Tiap Tanggal 15 Bulan Berikutnya												
Kegiatan Pelayanan Rekam Medis (rawat inap, jalan, penunjang, BOR,NDR,GDR)													Direktur dan Yayasan RSK.Budi Rahayu
Umpan Balik Laporan ke masing-masing ruangan													Unit RSK.Budi Rahayu
Evaluasi pengisian dan keterlambatan pengiriman RM													Manajemen RSK.Budi Rahayu
Laporan Tahunan dan sistimatikanya													Manajemen RSK.Budi Rahayu
Laporan Ekstern	Dikirim tiap tanggal 5 bulan berikutnya												
KD/RS (harian)	1 X 24 Jam												Dinkes Kota Blitar
W1/RS (harian)	1 X 24 Jam												Dinkes Kota Blitar
KIPI (harian)	Jika Terdapat Kasus												Dep.Kes RI/Dinkes Jatim,Dinkes Kota
HIV / AIDS	1 X 24 Jam												Dep.Kes RI/Dinkes

													Jatim,Dinkes Kota
Surveilans aktif RS (Mingguan)													Dinkes Kota Blitar
Diare (bulanan)													Dinkes Kota Blitar
Sebab Kematian (bulanan)													Dinkes Kota Blitar
LPD (bulanan)													Dinkes Kota Blitar
Demam chikungunya (bulanan)													Dinkes Kota Blitar
Kematian bayi & balita (bulanan)													Dinkes Kota Blitar
Autopsi verbal Balita (bulanan)													Dinkes Kota Blitar
Laporan ISPA (bulanan)													Dinkes Kota Blitar
Laporan ILI (bulanan)													Dinkes Kota Blitar
Campak C-1 (bulanan)													Dinkes Kota Blitar
Surveilans Aktif (bulanan)													Dinkes Kota Blitar
Surveilans terpadu penyakit (bulanan)													Dinkes Kota Blitar
Kasakitan Kesehatan Jiwa (bulanan)													Dinkes Kota Blitar
RL5.1 Pengunjung (bulanan)													www.sirs.yankes .kemkes.go.id

RL5.2 Kunjungan Rawat Jalan (bulanan)												www.sirs.yankes.kemkes.go.id
RL5.3 10 besar penyakit rawat inap (bulanan)												www.sirs.yankes.kemkes.go.id
RL5.4 10 besar penyakit rawat jalan (bulanan)												www.sirs.yankes.kemkes.go.id
Laporan Triwulan Rawat Inap dan Rawat Jalan Din.Kes Kota Blitar												Dinkes Kota Blitar
Lapran sentra informasi keracunan (SIKER)												Farkalkes Propinsi Jatim
Laporan Tahunan (Buku)												Dinkes Jatim, Dinkes Kota Blitar
Laporan RL1, RL2, RL3,RL4												www.sirs.yankes.kemkes.go.id

6. Penyimpanan

a. Penyimpanan, Pengeluaran dan Peminjaman Rekam Medis

Ketentuan pokok yang harus ditaati ditempat penyimpanan adalah :

- 1) Rekam Medis disimpan selama 5 tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien mendapatkan pelayanan.
- 2) Tidak satupun rekam medis boleh keluar dari ruang Rekam Medis, tanpa tanda keluar/kartu permintaan. Peraturan ini tidak hanya berlaku bagi orang-orang diluar rekam medis, tetapi juga bagi petugas-petugas rekam medis sendiri.
- 3) Seseorang yang menerima/meminjam rekam medis, berkewajiban untuk mengembalikan dalam keadaan baik dan tepat waktunya. Harus dibuat

ketentuan berapa lama jangka waktu satu rekam medis diperbolehkan tidak berada di rak penyimpanan. Seharusnya setiap rekam medis kembali lagi ke raknya pada setiap akhir hari kerja, sehingga dalam keadaan darurat staf rumah sakit dapat mencari informasi yang diperlukan.

- 4) Rekam medis tidak dibenarkan diambil dari rumah sakit, kecuali atas perintah pengadilan. Dokter-dokter atau pegawai rumah sakit yang berkepentingan dapat meminjam rekam medis, untuk dibawa ke ruang kerjanya selama jam kerja, tetapi semua rekam medis harus dikembalikan ke ruang rekam medis pada akhir jam kerja. Jika beberapa rekam medis akan digunakan selama beberapa hari, rekam medis tersebut disimpan dalam tempat sementara di ruang rekam medis.

1. Petunjuk Keluar (Outguide)

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

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

2. Ketentuan dan Prosedur Penyimpanan Lainnya

Ketentuan dasar yang membantu memperlancar pekerjaan pengelolaan rekam medis:

- a. Rekam Medis disimpan dalam satu tempat di seksi rekam medis, Rekam Medis disimpan dengan sistem penyimpanan nomor langsung (straight numerical numbering system) yaitu rekam medis disimpan secara langsung berurutan sesuai nomor rekam medisnya
- b. Pada saat rekam medis dikembalikan ke sub bagian rekam medis, harus disortir menurut nomor, sebelum disimpan. Hal ini membantu menemukan

rekam medis yang diperlukan tetapi tidak ada dalam tempat penyimpanan dan memudahkan pekerjaan penyimpanan.

- c. Hanya petugas rekam medis yang dibenarkan menangani rekam medis, pengecualian diberikan kepada pegawai rumah sakit yang bertugas pada sore hari dan malam hari. Dokter, staf rumah sakit, pegawai-pegawai dari bagian lain tidak diperkenankan mengambil rekam medis dari tempat penyimpanannya. Pada waktu sore hari petugas gawat darurat atau perawat, harus menyimpan rekam medis yang telah dikembalikan pada tempat yang telah ditentukan (di Seksi Rekam Medis atau bagian lain).
- d. Rekam medis yang sampulnya rusak atau lembarannya lepas, harus segera diperbaiki, untuk mencegah makin rusak/hilangnya lembaran-lembaran yang diperlukan.
- e. Pengamatan dan telusur terhadap penyimpanan harus dilakukan secara periodik, untuk menemukan salah simpan dan melihat buku peminjaman yang rekam medisnya masih belum dikembalikan.
- f. Rekam medis dari pegawai seski rekam medis itu sendiri atau rekam medis yang berkenaan dengan proses hukum, jangan disimpan ditempat penyimpanan biasa, harus disimpan ditempat khusus diruangan pimpinan bagian rekam medis, sedang ditempat penyimpanan biasa diberi petunjuk.
- g. Petugas penyimpanan harus memelihara kerapian dan teraturnya rak-rak penyimpanan yang menjadi tanggung jawabnya.
- h. Rekam medis yang sedang diproses/dipakai oleh petugas seksi rekam medis harus diletakkan diatas meja/rak tertentu dengan maksud bahwa rekam medis tersebut setiap saat dapat dipergunakan.
- i. Rekam medis yang sangat tebal dijilid dengan fastener.
- j. Petugas yang melakukan kegiatan penyimpanan harus membuat laporan rutin kegiatan yang meliputi :
 - Jumlah rekam medis yang dikeluarkan setiap hari dari rak penyimpanan untuk memenuhi permintaan.
 - Jumlah permintaan darurat
 - Jumlah salah simpan / salah letak
 - Jumlah rekam medis yang tidak dapat ditemukan

Data tersebut berguna untuk rencana pengelolaan dan pengawasan penyimpanan rekam medis.

3. Distribusi Rekam Medis

Ada berbagai cara untuk mengangkut rekam medis. Di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu pengangkutan dilakukan dengan tangan dari satu tempat ke tempat lainnya, oleh karena itu Instalasi Rekam Medis harus membuat satu jadwal pengiriman dan pengambilan untuk berbagai bagian yang ada di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu. Frekuensi pengiriman dan pengambilan ini ditentukan oleh jumlah pemakaian rekam medis.

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

7. Pemusnahan

a. Penyusutan Rekam Medis

Penyusutan dokumen rekam medis adalah suatu proses pemindahan dokumen rekam medis dari aktif ke inaktif, Rekam Medis aktif disimpan selama lima tahun, dan dipindah ke in aktif selama dua tahun, dokumen rekam medis yang telah melewati in aktif dua tahun disortir satu-satu untuk mengetahui sejauh mana dokumen rekam medis tersebut mempunyai nilai guna dan tidak mempunyai nilai guna. Penyusutan dokumen rekam medis juga bisa dilakukan jika dokumen rekam medis sudah rusak atau tidak dapat terbaca.

b. Pemusnahan Rekam Medis

Pemusnahan rekam medis adalah proses penghancuran secara fisik rekam medis yang tidak mengandung nilai guna

1) Latar belakang pemusnahan

- a) Terbatasnya ruang penyimpanan rekam medis
- b) Terbatasnya rak penyimpanan rekam medis
- c) Pertambahan rekam medis pasien baru tidak seimbang dengan penyusutan rekam medis in-aktif

- 2) Dasar hukum pemusnahan rekam medis
 - a) SK Dirjen Yan Med No. 78 /YanMed/RS/Umdik/YMU/1/91 tentang penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit
 - b) Surat Edaran Dirjen Yan Med No. HK.00.05.1.5.01160 tahun 1995 : petunjuk teknis pengadaan formulir rekam medis dasar dan pemusnahan arsip rekam medis dirumah sakit
 - c) Undang – Undang No. 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
 - d) Manual Rekam Medis KKI
 - e) PERMENKES No. 269/MenKes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis
- 3) Tatacara pemusnahan
 - a) Membuatkan daftar pertelaan yang akan dimusnahkan
 - b) Memilah lembar yang akan disimpan permanen meliputi :
 - RM 1 Lembar Masuk dan Keluar Rumah Sakit
 - RM 2 Resume Medis
 - RM 36 Persetujuan Tindakan Kedokteran
 - RM 13 Laporan Operasi
 - c) Proses pemusnahan berkas dengan cara dibakar dengan incenerator
 - d) Membuatkan berita acara pemusnahan

8. Pelepasan Informasi

- a) Yang berhak mengakses berkas rekam medis adalah Direktur, Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis, Apoteker, Tenaga Teknis Kefarmasian, Perawat, Perawat Gigi, Bidan, Tenaga Laboratorium, Ahli Gizi, Anestesi, Penata Rontgen, Fisioterapis, Perekam Medis, Mahasiswa praktik untuk kepentingan pendidikan dan penelitian.
- b) Informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan, riwayat pengobatan pasien dan pemeriksaan penunjang harus dijaga kerahasiaannya oleh dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan lain, petugas pengelola dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan.
- c) Pasien diberikan informasi rekam medis berupa resume atau ringkasan riwayat penyakit, hasil pemeriksaan dan riwayat pelayanan yang telah diberikan.

- d) Pembukaan rekam medis dan pelepasan informasi medis atas persetujuan pasien sendiri atau tanpa persetujuan pasien sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- e) Dalam hal pasien tidak cakap, persetujuan dapat diberikan kepada keluarga terdekat atau pengampunya sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- f) Pelepasan informasi rekam medis dilakukan untuk :
 - 1) Kepentingan pemeliharaan kesehatan, pengobatan, penyembuhan dan perawatan pasien;
 - 2) Permintaan pasien sendiri;
 - 3) Keperluan administrasi, pembayaran asuransi, atau jaminan pembiayaan kesehatan;
- g) Pembukaan atau pelepasan informasi rekam medis tanpa persetujuan pasien untuk kepentingan :
 - 1) Pemenuhan permintaan aparat penegak hukum dalam rangka penegakan hukum;
 - 2) Penegakan etik dan disiplin;
 - 3) Audit medis;
 - 4) Penanganan kejadian luar biasa/wabah penyakit menular/kedaruratan kesehatan masyarakat/bencana;
 - 5) Pendidikan dan penelitian;
 - 6) Upaya perlindungan terhadap bahaya ancaman keselamatan orang lain secara individual atau masyarakat;
 - 7) Ketentuan lain yang diatur dalam peraturan perundang-undangan.
- h) Akses terhadap data laporan hanya diberikan kepada Direktur Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu.

BAB V

LOGISTIK

A. Penyediaan

Seksi Rekam Medis RSK Budi Rahayu setiap minggu mempunyai permintaan rutin yang terbagi menjadi dua yaitu Alat Tulis Kantor (ATK) dan Alat Rumah Tangga (ART). ATK dan ART jadwal permintaannya setiap hari Rabu. Berikut tabel permintaan rutin Seksi Rekam Medis Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu :

NO	JENIS BARANG	
I.	Penyelenggaraan Rekam Medis	
	1. Lembar Fisioterapi	17. Buku Tulis
	2. Lembar Poli Gigi	18. Surat Keterangan Lahir
	3. Lembar KIA	19. Stiker label
	4. Lembar Poliklinik	20. Kertas A4 polos
	5. Lembar IGD	21. Amplop Berlogo
	6. Lembar general concent	22. Amplop Coklat kecil
	7. Lembar Persetujuan rawat inap	23. Pensil, bolpoin, penghapus, penggaris
	8. Map Rawat Inap	24. Staples
	9. Lembar formulir rawat inap	25. Penggaris
	10. Lembar ICU	26. Spidol
	11. Lembar Edukasi	27. Pita printer
	12. Lembar Pengkajian	28. Kertas Roll swipe card
	13. Buku Tulis	29. Kertas roll fax
	14. Surat Keterangan Lahir	30. Tinta Printer
	15. Stiker label	
II.	Pendaftaran Pasien Dan Registrasi	
	1. Form. Pendaftaran Rawat Inap	12. Tinta Printer
	2. Form. Persetujuan Rawat Inap	13. Kertas Polos
	3. Surat Persetujuan Umum Rawat	14. Tali Rafia

	Inap	
	4. Kartu Indeks Berobat Pasien	15. Stiker label
	5. Surat Keterangan Opname	16. Amplop berlogo
	6. Surat Keterangan Sehat	17. Buku Tulis
	7. Surat Pindah Kamar	18. Pensil, Pulpen, Penghapus, Penggaris
	8. Surat Keterangan kelahiran	19. Kertas A4 polos
	9. Leaflet Informasi RS	20. Kertas Berlogo
	10. Staples	21. Kartu apotik
	11. Surat Perjanjian perawatan di ICU	22. Surat persetujuan Rawat Bersama

B. Pengelolaan

1. Proses pengajuan dan pengadaan ATK dan ART diikutkan dalam program anggaran rumah sakit.
2. Proses perbaikan sarana dan prasarana dilakukan dengan secara insidentil ketika terjadi kerusakan atau kondisi yang tidak normal.
3. Proses Inventarisasi alat dilakukan secara rutin dengan satuan pemeriksaan internal.

BAB VI

KESELAMATAN PASIEN

A. Pengertian

Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi:

1. Asesmen risiko
2. Identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien
3. Pelaporan dan analisis insiden
4. Kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya
5. Implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko

Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh :

- Kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan
- Tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil

Insiden Keselamatan Pasien adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan penyakit, cedera, cacat, kematian dan hal lain yang tidak diharapkan.

B. Tujuan

1. Mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil suatu tindakan yang seharusnya dilakukan.
2. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
3. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
4. Menurunkan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di rumah sakit
5. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

C. Standar Keselamatan Pasien

1. Hak pasien
2. Mendidik pasien dan keluarga
3. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

4. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien
5. Mendidik staf tentang keselamatan pasien
6. Komunikasi yang merupakan kunci bagi karyawan untuk mencapai keselamatan pasien.

D. Langkah-langkah Penerapan Keselamatan Pasien.

1. Menetapkan unit kerja yang bertanggung jawab mengelola Program Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
2. Menyusun program keselamatan pasien rumah sakit jangka pendek antara 1-2 tahun.
3. Mensosialisasi konsep dan program keselamatan pasien rumah sakit.
4. Mengadakan pelatihan keselamatan pasien rumah sakit bagi jajaran manajemen dan karyawan.
5. Menetapkan sistem pelaporan insiden (peristiwa keselamatan pasien)
6. Menerapkan tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit.
7. Menerapkan standar keselamatan pasien rumah sakit (dan melakukan self assesment dengan instrumen akreditasi pelayanan pasien rumah sakit.
8. Program khusus keselamatan pasien rumah sakit.
9. Mengevaluasi secara periodik pelaksanaan program keselamatan pasien rumah sakit dan kejadian tidak diharapkan.

E. Tata laksana Keselamatan Pasien

Dalam melaksanakan keselamatan pasien terdapat tujuh langkah menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Adapun tujuh langkah tersebut adalah :

1. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien.
2. Menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil.
3. Memimpin dan mendukung karyawan.
4. Membangun komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien.
5. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko.
6. Mengembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta melakukan identifikasi dan asesmen hal potensial bermasalah.

7. Mengembangkan sistem pelaporan.
8. Memastikan karyawan agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian atau insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS)
9. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien.
10. Mengembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien.
11. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien.
12. Mendorong karyawan untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul.
13. Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien.
14. Menggunakan informasi yang ada tentang kejadian atau masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

F. Sasaran Keselamatan Pasien di Seksi Rekam Medis

1. Ketepatan Identifikasi Pasien
Adalah ketepatan penentuan identitas pasien sejak awal pasien diterima di rumah sakit untuk mendapatkan pelayanan sampai pasien keluar rumah sakit.
2. Peningkatan Komunikasi yang Efektif
Adalah komunikasi yang dibangun menggunakan prosedur SBAR (Situation, Background, Assesment, Recomendation) agar memungkinkan menjamin informasi menjadi cepat, tepat, akurat.

BAB VII

KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA

Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 pasal 144 ayat 1 menyatakan bahwa upaya kesehatan kerja ditujukan untuk melindungi pekerja agar hidup sehat terbebas dari gangguan kesehatan serta pengaruh buruk yang dilakukan oleh pekerjaan. Rumah Sakit adalah tempat kerja yang termasuk dalam kategori seperti disebut di atas, berarti wajib menerapkan upaya keselamatan dan kesehatan kerja. Program keselamatan dan kesehatan kerja di tim pendidikan pasien dan keluarga bertujuan melindungi karyawan dari kemungkinan terjadinya kecelakaan di dalam dan di luar rumah sakit.

Dalam Undang-Undang Dasar 1945 pasal 27 ayat (2) disebutkan bahwa “Setiap warganegara berhak atas pekerjaan dan penghidupan yang layak bagi kemanusiaan”. Dalam hal ini yang dimaksud pekerjaan adalah pekerjaan yang bersifat manusiawi, yang memungkinkan pekerja berada dalam kondisi sehat dan selamat, bebas dari kecelakaan dan penyakit akibat kerja, sehingga dapat hidup layak sesuai dengan martabat manusia.

Keselamatan dan kesehatan kerja atau K3 merupakan bagian integral dari perlindungan terhadap pekerja dalam hal ini pegawai seksi rekam medis dan perlindungan terhadap Rumah Sakit. Pegawai adalah bagian integral dari rumah sakit. Jaminan keselamatan dan kesehatan kerja akan meningkatkan produktivitas pegawai dan meningkatkan produktivitas rumah sakit. Undang-Undang Nomor 1 tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja dimaksudkan untuk menjamin:

- a. Agar pegawai dan setiap orang yang berada di tempat kerja selalu berada dalam keadaan sehat dan selamat.
- b. Agar faktor-faktor produksi dapat dipakai dan digunakan secara efisien.
- c. Agar proses produksi dapat berjalan secara lancar tanpa hambatan.

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

- a. Kondisi dan lingkungan kerja
- b. Kesadaran dan kualitas pekerja, dan
- c. Peranan dan kualitas manajemen

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

- a. Peralatan tidak memenuhi standar kualitas atau bila sudah aus;
- b. Alat-alat produksi tidak disusun secara teratur menurut tahapan proses produksi;
- c. Ruang kerja terlalu sempit, ventilasi udara kurang memadai, ruangan terlalu panas atau terlalu dingin;
- d. Tidak tersedia alat-alat pengaman;
- e. Kurang memperhatikan persyaratan penanggulangan bahaya kebakaran dan lain-lain.

BAB VIII

PENGENDALIAN MUTU

Prinsip dasar upaya peningkatan mutu pelayanan adalah pemilihan aspek yang akan ditingkatkan dengan menetapkan indikator, kriteria, serta standar yang akan digunakan untuk mengukur mutu pelayanan.

Defenisi Indikator:

Adalah ukuran atau cara mengukur sehingga menunjukkan suatu indikasi. Indikator merupakan suatu variabel yang digunakan untuk bisa melihat perubahan. Indikator yang baik adalah yang sensitif tapi juga spesifik.

Kriteria :

Adalah spesifikasi dari indikator.

Standar :

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

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

1. Aspek yang dipilih untuk ditingkatkan
 - a. Keprofesian
 - b. Efisiensi
 - c. Keamanan pasien
 - d. Kepuasan pasien
 - e. Sarana dan lingkungan fisik
2. Indikator yang dipilih
 - a. Indikator lebih diutamakan untuk menilai output daripada input dan proses
 - b. Bersifat umum, yaitu lebih baik indikator untuk situasi dan kelompok daripada untuk perorangan.
 - c. Dapat digunakan untuk membandingkan antar daerah dan antar Rumah Sakit

- d. Dapat mendorong intervensi sejak tahap awal pada aspek yang dipilih untuk dimonitor
 - e. Didasarkan pada data yang ada.
3. Kriteria yang digunakan
- Kriteria yang digunakan harus dapat diukur dan dihitung untuk dapat menilai indikator, sehingga dapat sebagai batas yang memisahkan antara mutu baik dan mutu tidak baik.
4. Standar yang digunakan
- Standar yang digunakan ditetapkan berdasarkan :
- a. Acuan dari berbagai sumber
 - b. Benchmarking dengan Rumah Sakit yang setara
 - c. Berdasarkan trend yang menuju kebaikan
5. Indikator yang digunakan di Seksi Rekam Medis sebagai berikut :
- a. Ketidaklengkapan Pengisian Rekam Medis

Unit Kerja	:	Manajemen Rekam Medis
Ruang Lingkup	:	Kelengkapan Pengisian Rekam Medis
Nama Indikator	:	Ketidak Lengkapan Pengisian Rekam Medis
Dasar Pemikiran	:	Rekam Medis Merupakan Bukti Dokumentasi Semua Upaya Pelayanan di Rumah Sakit
Definisi Indikator	:	Angka Ketidak Lengkapan Pengisian Rekam Medik Pada Rawat Inap
Kriteria	:	
Inklusi	:	Identitas Pasien, Data Perjalanan penyakit Klinik, (Anamnesis, Pemeriksaan Fisik dan Pemeriksaan Penunjang, Diagnosis Terapi dan Tindakan), Resume, Persetujuan Tindakan Kedokteran, Tanda Tangan/Paraf Dokter
Eksklusi	:	Kelengkapan administrasi dan keuangan, lembar pemantauan
Tipe Indikator	:	Rate Based
Pembilang (Numerator)	:	Jumlah Rekam Medik Yang Tidak Lengkap Dalam Periode Waktu Tertentu

Penyebut (Denominator) : Seluruh Rekam Medik Pada Waktu Yang Sama

Standar : 100 %

Keterangan : -

b. Angka Keterlambatan Pengembalian Rekam Medis

Unit Kerja : Manajemen Rekam Medis

Ruang Lingkup : Keterlambatan Pengembalian Rekam Medis Rawat Inap

Nama Indikator : Keterlambatan Rekam Medis Rawat Inap

Dasar Pemikiran : Rekam Medis Merupakan Bukti Dokumentasi Semua Upaya Pelayanan Di Rumah Sakit

Definisi Indikator : Angka Keterlambatan Pengembalian Rekam Medik Pada Rawat Inap

Kriteria :

Inklusi : -

Eksklusi : -

Tipe Indikator : Rate Based

Pembilang (Numerator) : Jumlah Rekam Medik dalam Periode Waktu Tertentu

Penyebut (Denominator) : Seluruh Rekam Medik yang kembali

Standar : 100%

Keterangan : -

BAB IX

PENUTUP

Pedoman pelayanan seksi rekam medis merupakan suatu kumpulan dasar yang memberi arah bagaimana proses pelayanan harus dilakukan. Pedoman ini menjadi dasar untuk menentukan atau melaksanakan kegiatan penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu.