



PERATURAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT KHUSUS IBU DAN ANAK PERMATA BUNDA
NOMOR: 060/SK-DIR/PB/III/2022
TENTANG:
PEDOMAN REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
RUMAH SAKIT KHUSUS IBU DAN ANAK PERMATA BUNDA

- Menimbang :
1. Bahwa dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan diperlukan sebuah pedoman sistem rekam medis yang berisi proses asuhan, catatan perkembangan pasien, manajemen sebagai dokumentasi yang sah secara hukum, riset dan pendidikan untuk menjamin kesehatan yang bertanggung jawab dan berkesinambungan;
 2. Bahwa rekam medis sebagai dokumen yang sah harus memiliki pedoman penyimpanan yang konsisten dengan kerahasiaan dan keamanan penyimpanan;
 3. Bahwa untuk mencukupi sebagaimana dimaksud pada konsideran a dan b maka pedoman rekam medis perlu ditetapkan dengan Surat Keputusan
- Mengingat :
1. Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
 2. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 269/MENKES/PER/III/2008

MENETAPKAN : PEDOMAN REKAM MEDIS DAN INFORMASI
KESEHATAN RUMAH SAKIT KHUSUS IBU DAN
ANAK PERMATA BUNDA

PERTAMA : Pedoman Rekam Medis yang ada dalam lampiran ini
merupakan bagian yang tidak terpisahkan dengan surat
keputusan ini;

KEDUA : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan
dan apabila dikemudian hari terdapat kesalahan dalam
Keputusan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana
mestinya

DITETAPKAN DI YOGYAKARTA
PADA TANGGAL 1 MARET 2022
DIREKTUR ,



Drg. Wiwik Lestari, MPH

NIP 3.0222.111

LAMPIRAN : Peraturan Direktur RSKIA Permata Bunda
NOMOR : 060/SK-DIR/PB/III/2022
TENTANG : PEDOMAN REKAM MEDIS DAN INFORMASI
KESEHATAN RUMAH SAKIT KHUSUS IBU
DAN ANAK PERMATA BUNDA

PEDOMAN



EDISI I

RUMAH SAKIT KHUSUS IBU DAN ANAK **PERMATA BUNDA**

Jl. Ngeksigondo No.56, Kotagede, Yogyakarta, 55172

Telp : 0812-8565-3664

Email : rskiapermatabunda@gmail.com

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	4
KATA PENGANTAR	6
BAB I PENDAHULUAN	7
A. LATAR BELAKANG.....	7
B. MAKSUD DAN TUJUAN	8
C. DEFINISI OPERASIONAL	8
D. LANDASAN HUKUM.....	10
BAB II REKAM MEDIS	11
A. REKAM MEDIS	11
B. KEPEMILIKAN REKAM MEDIS	11
C. PENYELENGGARAAN REKAM MEDIS.....	11
D. ISI REKAM MEDIS	11
E. MANFAAT REKAM MEDIS	12
BAB III TATA LAKSANA PELAYANAN UNIT REKAM MEDIS	14
A. PELAYANAN PENDAFTARAN	14
B. SISTEM IDENTIFIKASI PASIEN, PENAMAAN, DAN PENOMORAN	16
C. SISTEM PENYIMPANAN.....	17
D. SISTEM RETENSI BERKAS REKAM MEDIS AKTIF INAKTIF	17
E. PEREKAMAN KEGIATAN PELAYANAN REKAM MEDIS.....	19
F. PENGELOLAAN REKAM MEDIS	22
1. Assembling	22
2. Kodefikasi (coding)	23
3. Pelaporan	24
G. CARA PENGAMBILAN KEMBALI REKAM MEDIS	26
BAB IV STANDARISASI KODE DIAGNOSIS, TINDAKAN, SIMBOL, SINGKATAN ...	28
A. TUJUAN	28
B. TATA LAKSANA	29
1. Tata laksana Umum	29
2. Tata laksana Penggunaan Kode diagnosis dan Kode tindakan	30
3. Tata laksana Penggunaan Simbol.....	30
4. Tata laksana Penggunaan Singkatan	31
BAB V PERLINDUNGAN & AKSES DOKUMEN REKAM MEDIS	45

A. PERLINDUNGAN DOKUMEN REKAM MEDIS	45
B. KERAHASIAAN REKAM MEDIS	45
C. HAK AKSES REKAM MEDIS	45
D. AKSES REKAM MEDIS	48
E. KEWENANGAN MENULIS REKAM MEDIS	48
BAB VI KESELAMATAN KERJA DAN PASIEN	49
1. KESELAMATAN PASIEN	49
2. KESELAMATAN KERJA	49
BAB PENUTUP	51



KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Kuasa atas segala berkat dan anugerah yang telah diberikan kepada penyusun, sehingga Pedoman tentang Rekam Medis RSKIA Permata Bunda ini dapat selesai disusun

Pedoman ini dapat digunakan bagi para tenaga Rekam Medis dan Tenaga Kesehatan untuk memberikan pelayanan pasien di RSKIA Permata Bunda. Dengan demikian, peningkatan mutu pelayanan sesuai dengan visi dan misi yang telah ditetapkan RSKIA Permata Bunda dapat diwujudkan.

Tidak lupa penyusun menyampaikan terma kasih yang sedalam-dalamnya atas bantuan semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan Pedoman Pengorganisasian Rekam Medis RSKIA Permata Bunda

Tim Penyusun

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Rumah sakit merupakan sarana pelayanan kesehatan yang mutlak dibutuhkan oleh segenap lapisan masyarakat dalam upaya peningkatan derajat kesehatan baik individu maupun masyarakat secara keseluruhan. Untuk memenuhi kebutuhan tersebut maka rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang memadai dan memuaskan. Rumah sakit harus mampu meningkatkan kualitas pelayanannya termasuk diantaranya peningkatan kualitas pendokumentasian rekam medis (Hatta, 2008).

Rekam medis merupakan salah satu bagian penting dalam membantu pelaksanaan pemberian pelayanan kepada pasien di rumah sakit. Hal ini berkaitan dengan isi rekam medis yang mencerminkan segala informasi menyangkut pasien sebagai dasar dalam menentukan tindakan lebih lanjut dalam upaya pelayanan maupun tindakan medis lain. Menurut Permenkes No 269/MeKes/PerVI/2008 tentang rekam medis, Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnese; penentuan fisik laboratorium, diagnosis, segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan tentang pengobatan, baik rawat inap, rawat jalan maupun pengobatan melalui pelayanan rawat darurat. Peningkatan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran dan pelayanan kesehatan yang berkembang secara pesat maka munculah rekam medis manual beralih dalam bentuk elektronik. Rekam medis manual maupun rekam medis elektronik sama-sama menjadi bagian dari sistem informasi kesehatan. Dengan demikian kedua teknologi itu harus mendukung tujuan dari sistem informasi kesehatan yang mencakup adanya akses, kesamaan, kualitas,

efisiensi, efektivitas dan mampu bertahan sehingga terselenggaranya ketepatan (Akurasi) dan Kelengkapan (Hatta,2008).

B. MAKSUD DAN TUJUAN

Maksud penyusunan pedoman ini adalah memberikan gambaran tentang Rekam Medis di RSKIA Permata Bunda sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Adapun tujuannya adalah agar dalam pemberian pelayanan dan asuhan pasien dapat dilaksanakan secara seragam, konsisten dan terintegrasi.

C. DEFINISI OPERASIONAL

Untuk menyamakan persepsi dalam memahami pedoman ini maka disusun pengertian-pengertian sebagai berikut :

1. Gawat Darurat adalah keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan lebih lanjut.
2. Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lainyang telah diberikan kepada pasien.
3. Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada dokter atau dokter spesialis.
4. *Patient-centered care* (PCC), pasien merupakan pusat dalam proses asuhan pasien (patient care). PCC merupakan “asuhan yang menghormati dan tanggap terhadap pilihan, kebutuhan dan nilai-nilai pribadi pasien. Serta memastikan bahwa nilai-nilai pasien menjadi panduan bagi semua keputusan klinis
5. Dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) adalah dokter yang bertanggung jawab terhadap asuhan pasien sejak pasien

masuk sampai pulang dan mempunyai kompetensi dan kewenangan klinis sesuai surat penugasan klinisnya. DPJP sebagai *Clinical Leader* bertugas menyusun kerangka asuhan, melakukan koordinasi, kolaborasi, sintesis, interpretasi, review dan mengintegrasikan asuhan pasien.

6. Profesional pemberi asuhan (PPA) adalah mereka yang secara langsung memberikan asuhan kepada pasien, antara lain dokter, perawat, bidan, ahli gizi, apoteker, piñata anestesi, terapis fisik dsb. Merupakan Tim Inter disiplin yang diposisikan mengelilingi pasien, dengan kompetensi yang memadai dan berkontribusi setara dalam fungsi profesinya bertugas mandiri, kolaboratif, delegatif, bekerja sebagai satu kesatuan memberikan asuhan yang terintegrasi. Kolaborasi Inter profesional, terdiri dari:
 - 1) Kolaborasi Inter profesional.
 - 2) Edukasi Inter profesional.
 - 3) Kompetensi praktik kolaborasi inter professional.
 - 4) Termasuk bermitra dengan pasien-keluarga.
7. Asuhan Pasien Terintegrasi adalah asuhan pasien terintegrasi antara professional pemberi asuhan (PPA), DPJP bertindak sebagai *Clinical Leader* dan keputusan klinis yang diambil selalu berdasarkan nilai-nilai pasien. Tujuan dari proses pengintegrasian pelayanan agar menghasilkan pelayanan yang efisien, dan kemungkinan hasil pelayanan pasien yang lebih baik.
8. Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) adalah catatan para Professional Pemberi kondisi dan perkembangan penyakit pasien serta tindakan yang dialami pasien. CPPT menggambarkan integrasi dan koordinasi asuhan. Hasil atau

kesimpulan dari pertemuan tim perawatan pasien kolaboratif atau diskusi pasien yang serupa ditulis dalam CPPT

D. LANDASAN HUKUM

Unit Rekam Medis di RSKIA Permata Bunda adalah merupakan bagian yang harus terselenggara sesuai dengan :

1. Undang-undang Tenaga Kesehatan pasal 2 (Lembaran Negara Tahun 1963No. 78).
2. Peraturan Pemerintah No. 10 tahun 1966 tentang wajib simpan rahasia kedokteran.
3. Peraturan Pemerintah No.32 tahun 1996 tentang tenaga re
4. 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-peraturan tentang rekam medis, diharapkan rumah sakit dapat menyelenggarakan rekam medis berjalan sebagaimana yang diharapkan.
5. Permenkes No.269/MENKES/PER/III/2008 tentang rekam medis merupakan landasan hukum yang harus dipedomani bagi semua tenaga medis dan para medis serta tenaga kesehatan lainnya yang terlibat di dalam penyelenggaraan rekam medis.
6. SK Dir Jen Yan Medik tahun 1991
Nomor: 78/Yan.Med/RS.Um.Dik/YMU/I/91 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penyelenggaraan Rekam Medis di Rumah Sakit.
7. Permenkes No 55 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Rekam Medis
8. Permenkes RI No 269/Men.Kes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Medis.

BAB II

REKAM MEDIS

A. REKAM MEDIS

Rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Catatan merupakan tulisan-tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi mengenai tindakan-tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pelayanan kesehatan. Bentuk Rekam Medis berupa manual yaitu tertulis lengkap dan jelas dan dalam bentuk elektronik sesuai ketentuan.

B. KEPEMILIKAN REKAM MEDIS

Semua berkas rekam medis adalah milik rumah sakit, sedangkan isi (ringkasan rekam medis dan lampiran dokumen) adalah milik pasien. Ringkasan rekam medis dapat dicatat, dikopi pasien atau orang yang diberikan kuasa/persetujuan oleh pasien.

C. PENYELENGGARAAN REKAM MEDIS

Dokter dan dokter gigi wajib mengisi atau menulis semua pelayanan praktik ke dalam rekam medis secara lengkap dan menulis nama, waktu, dan memberikan tanda tangan. Bila rekam medis menggunakan teknologi informasi elektronik maka kewajiban membubuhi tanda tangan diganti dengan nomor identitas pribadi/personal identification number (PIN). Bila terjadi kesalahan pencatatan pada rekam medis maka catatan dan berkas tidak boleh dihilangkan atau dihapus dengan cara apapun. Bila terjadi perubahan catatan atas kesalahan dalam rekam medis dilakukan dengan pencoretan dan kemudian diparaf petugas kesehatan yang bersangkutan.

D. ISI REKAM MEDIS

Isi Rekam Medis

a. Rekam Medis Rawat Jalan

Isi rekam medis sekurang-kurangnya memuat catatan/dokumen tentang:

- 1) data identitas pasien.
- 2) hasil pemeriksaan fisik
- 3) catatan diagnosis/masalah
- 4) catatan tindakan/pengobatan
- 5) pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien

b. Rekam Medis Gawat Darurat

c. Rekam Medis Pasien Rawat Inap

Rekam medis untuk pasien rawat inap sekurang-kurangnya memuat :

- 1) data identitas pasien
- 2) catatan dan data pemeriksaan
- 3) diagnosis/masalah
- 4) lembar persetujuan tindakan medis (bila ada) yang ditanda tangani sebagai persetujuan.
- 5) catatan tindakan/pengobatan;
- 6) pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

d. Pendelegasian Membuat Rekam Medis

Selain dokter dan dokter gigi yang membuat catatan rekam medis maka tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien dapat membuat rekam medis atas pendelegasian secara tertulis dari dokter dan dokter gigi.

E. MANFAAT REKAM MEDIS

Manfaat rekam medis antara lain:

1. Meningkatkan Kualitas Pelayanan praktik kedokteran dengan jelas dan lengkap sehingga meningkatkan kualitas pelayanan dan pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal.serta melindungi tenaga medis.
2. Pembiayaan yaitu sebagi petunjuk dan bahan untuk perhitungan dan menetapkan pembiayaan dalam pelayanan kesehatan serta dapat digunakan sebagai bukti pembiayaan kepada pasien.
3. Pembuktian Masalah Hukum, Disiplin dan Etik yaitu sebagai alat bukti tertulis utama, untuk menyelesaikan masalah hukum, disiplin dan etik.
4. Pendidikan dan Penelitian yaitu sumber informasi perkembangan kronologis penyakit, pelayanan medis, pengobatan dan tindakan medis, bahan informasi bagi perkembangan pengajaran dan penelitian di bidang profesi kedokteran dan kedokteran gigi.
5. Pengobatan Pasien sebagai dasar dan petunjuk untuk merencanakan dan menganalisis penyakit, merencanakan pengobatan, perawatan dan tindakan medis yang harus diberikan oleh tenaga kesehatan kepada pasien.
6. Statistik Kesehatan yaitu sebagai bahan statistik kesehatan untuk mempelajari perkembangan kesehatan masyarakat dan menentukan jumlah penderita penyakit tertentu.

BAB III

TATA LAKSANAN PELAYANAN UNIT REKAM MEDIS

Tata cara penerimaan pasien yang akan berobat di RSKIA Permata Bunda dapat dikatakan bahwa disinilah pelayanan pertama kali yang diterima oleh seorang pasien saat tiba di klinik. Tata cara melayani pasien dapat dinilai baik bilamana dilaksanakan oleh petugas dengan sikap yang ramah, sopan, tertib dan penuh tanggung jawab. Dilihat dari segi pelayanan di klinik, pasien yang datang dapat dibedakan menjadi menjadi :

1. Pasien yang dapat menunggu
2. Pasien berobat jalan yang datang dengan perjanjian.
3. Pasien yang datang tidak dalam keadaan gawat.
4. Pasien yang harus segera ditolong (pasien gawat darurat).

Sedang menurut jenis kedatangannya pasien dapat dibedakan menjadi:

1. Pasien baru: adalah pasien yang baru pertama kali datang ke klinik untuk keperluan berobat.
2. Pasien Lama: adalah pasien yang sudah pernah melakukan kunjungan ke poliklinik

A. PELAYANAN PENDAFTARAN

1. Pasien Baru

Setiap pasien baru diterima di pendaftaran akan diminta untuk menunjukkan dan menyerahkan identitas (bisa KTP/SIM/Paspor) yang dimiliki dan menuliskan data dirinya pada formulir pasien baru yang berisi identitas pasien.

Petugas kemudian memberikan nomer antrian pelayanan kepada pasien. Petugas memasukkan data pasien baru tersebut pada data pada SIMRS. Petugas kemudian mengantriikan pasien pada poli dan dokter yang dituju sesuai dengan nomer antriannya.

Setelah mendapat pelayanan yang cukup dari unit pelayanan ada beberapa kemungkinan dari setiap pasien:

- a. Pasien boleh langsung pulang.

- b. Pasien mendapatkan obat
- c. Pasien dirujuk/dikirim ke rumah sakit

Setelah pemeriksaan semua jenis pasien diatas diharuskan menyerahkan selembaar kertas kendali yang berisikan petunjuk dari dokter yang memeriksa untuk petugas di pendaftaran. Petunjuk yang tertulis di kertas tersebut akan dicocokkan petugas dengan data yang ada pada rekam medis pasien yang telah selesai diperiksa.

2. Pasien Lama

Pasien lama datang ke bagian pendaftaran dan akan diwawancarai oleh petugas. Pasien akan diminta untuk menyerahkan kartu identitas yang dimiliki dan mengisi pada daftar hadir pasien. Pasien ini dapat dibedakan :

- a. Pasien yang datang dengan perjanjian
- b. Pasien yang datang tidak dengan perjanjian (atas kemauan sendiri)

Baik pasien dengan perjanjian maupun pasien yang datang tanpa perjanjian akan mendapat pelayanan di pendaftaran. Pasien datang dengan perjanjian akan langsung dipersilahkan untuk menunggu di ruang tunggu karena namanya telah diantrikan pada unit pelayanan dan nama dokter yang dituju kemudian di berikan nomer antrian.

Pasien yang datang tidak dengan perjanjian, setelah menunjukkan kartu identitas / kartu berobat kemudian diberikan nomer antrian. Pasien dipersilahkan menunggu di ruang tunggu unit pelayanan yang dimaksud, sementara petugas pendaftaran memasukkan data serta nomer antrian pasien pada unit pelayanan dan dokter yang dituju.

3. Pasien Gawat Darurat

Berbeda dengan prosedur pelayanan pasien baru dan pasien lama yang biasa, disini pasien ditolong terlebih dahulu baru penyelesaian administrasinya, meliputi pendaftaran pasien baik baru maupun ulang seperti pasien datang tidak dengan perjanjian.

B. SISTEM IDENTIFIKASI PASIEN, PENAMAAN, DAN PENOMORAN

1. Sistem Identifikasi

Sistem identifikasi pasien dilakukan dengan mencocokkan tanda pengenal yang dibawa oleh pasien dengan kartu jaminan kesehatannya. Untuk identifikasi juga menggunakan 3 hal yaitu nama lengkap pasien, tanggal lahir, serta alamat pasien. Nomer antrian juga digunakan sebagai metode untuk identifikasi pasien. Hal ini digunakan untuk meminimalisir adanya kesalahan dalam memasukkan data pada rekam medis elektronik.

2. Sistem Penamaan

Dalam penulisan nama yang dipergunakan adalah nama lengkap pasien yang bersangkutan sesuai identitas resmi (KTP & SIM), didahului perkataan Nn (nona) untuk perempuan berumur > 14 tahun yang belum menikah atau Ny (nyonya) untuk perempuan yang sudah menikah. Kata Tn (Tuan) untuk pasien laki-laki dewasa. Kata An (anak) untuk pasien anak-anak usia 0 – 14 tahun.

Contoh : Tn. Marhaban Fathurrochman

Tn. Marhaban Fathurrochman, A.Md.RMIK

An. Marhaban Fathurrochman

3. Sistem Penomoran

Sistem pemberian nomor rekam medis yang digunakan di RSKIA PERMATA BUNDA adalah *Unit Numbering System* (sistem penomoran unit). Sistem ini memberikan satu nomor rekam medis kepada setiap pasien rawat jalan, gawat darurat maupun rawat inap pada waktu pertama kali datang berkunjung ke rumah sakit yang berlaku untuk selamanya atau kunjungan berikutnya. Jika pasien tersebut meninggal, maka nomor pasien yang bersangkutan tidak dibenarkan dialokasikan kepada pasien baru.

C. SISTEM PENYIMPANAN

1. Sistem Sentralisasi

Sistem penyimpanan yang digunakan di RSKIA Permata Bunda adalah sistem sentralisasi. Dengan cara sentralisasi maka berkas rekam medis rawat jalan dan rawat inap di simpan menjadi satu pada unit rekam medis

2. Sistem Penjajaran

Sistem Penyimpanan yang diterapkan adalah sistem nomor langsung (*Straight Numerical Filling System*) adalah penyimpanan rekam medis dalam rak penyimpanan secara berturut sesuai dengan urutan nomornya. Misalnya : ketiga rekam medis berikut akan disimpan berurutan dalam satu rak, yaitu 00-00-00, 00-00-01, 00-00-02

3. Tata Cara Penyimpanan

- a. Dilaksanakan hanya oleh petugas yang ditugaskan sebagai petugas rekam medis / penyimpanan / front office.
- b. Petugas harus mengerti dan mampu melaksanakan system penyimpanan yang berlaku yaitu *Straight Numerical Filling System*.
- c. Berkas yang kembali keruangan rekam medis dipisahkan atau disortir sesuai kelompok 2 (dua) angka awal & Tengah.
- d. Penyimpanan berkas pada rak penjajaran bagian atas, dilakukan dengan menggunakan tangga, tidak diperkenankan menginjak ambalan rak.

D. SISTEM RETENSI BERKAS REKAM MEDIS AKTIF INAKTIF

1. Berkas rekam medis aktif

Berkas rekam medis dikatakan aktif apabila hingga sekarang pasien masih melakukan kunjungan/berobat di RSKIA Permata Bunda dan berkas rekam medis yang bersangkutan masih digunakan untuk keperluan review keadaan pasien pada masa pengobatan sekarang.

Oleh karena itu berkas rekam medis tersebut disimpan dalam rak penyimpanan aktif.

2. Berkas rekam medis inaktif

Berkas rekam medis dikatakan inaktif apabila berkas rekam medis sudah tidak digunakan sampai batas waktu penyimpanan (5 tahun) oleh karena pasien sudah tidak pernah lagi berkunjung/berobat atau karena meninggal dunia. Oleh karena itu berkas rekam medis dipisahkan dari hasil penyimpanan aktif dan dipindahkan ke penyimpanan inaktif. selanjutnya dapat dilakukan retensi atau penyusutan.

a. Tata Laksana Retensi

- 1) Memilah berkas rekam medis pasien yang sudah tidak berkunjung selama lima tahun berturut-turut
- 2) Mencatat berkas rekam medis in aktif ke dalam buku catatan rekam medis in aktif
- 3) Menyimpan berkas yang sudah in aktif ke dalam ruang penyimpanan inaktif berdasarkan angka awal & tengah (*Straight Digit Filling System*)
- 4) Berkas Rekam Medis Inaktif harus tersimpan di ruang terkunci
- 5) Proses retensi berkas rekam medis pasien dilaksanakan satu tahun sekali
- 6) Masa waktu penyimpanan rekam medis inaktif adalah 2 tahun setelah masa aktif.

3. Pemusnahan Berkas Rekam Medis

Pemusnahan Arsip adalah suatu proses kegiatan penghancuran secara fisik arsip rekam medis yang telah berakhir fungsi dan nilai gunanya. Penghancuran harus dilakukan secara total dengan cara :

- 1) membakar habis;
- 2) mencacah;
- 3) di bubur atau di daur ulang sehingga tidak dapat lagi dikenal isi maupun bentuknya.

Tata cara pemusnahan rekam medis:

- a. Direktur RSKIA PERMATA BUNDA membuat Surat Keputusan tentang Pemusnahan Rekam Medis dan menunjuk tim pemusnah, sekurang-kurangnya beranggotakan: bagian Tata Usaha, Unit Penyelenggara Rekam Medis, Unit Pelayanan rawat jalan atau rawat inap, Komite Medik
- b. Dokumen rekam medis yang akan dimusnahkan dilakukan pertelaan untuk formulir yang diabadikan sesuai ketentuan yang berlaku.
- c. Formulir rekam medis mempunyai nilai guna tertentu tidak dimusnahkan tetapi disimpan dalam jangka waktu tertentu sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- d. Membuat daftar pertelaan dokumen rekam medis yang telah memenuhi syarat untuk dimusnahkan dilaporkan kepada Direktur RSKIA PERMATA BUNDA dan Direktorat Jenderal Pelayanan Medik.
- e. Tim pemusnah melaksanakan dan membuat Berita Acara Pemusnahan yang disahkan Direktur RSKIA PERMATA BUNDA, berita Acara dikirim kepada Direktorat Jenderal Pelayanan Medik.

E. PEREKAMAN KEGIATAN PELAYANAN REKAM MEDIS

1. Penanggung Jawab Pengisian Rekam Medis

Sesuai dengan PERMENKES No 269/MENKES/PER/III/2008, tentang Rekam Medis maka tenaga yang berhak mengisi rekam medis di RSKIA Permata Bunda adalah:

- a. Dokter Spesialis yang melakukan pelayanan dan tindakan
- b. Dokter umum yang melakukan pelayanan dan tindakan
- c. Dokter gigi yang melakukan pelayanan dan tindakan.
- d. Tenaga keperawatan dan tenaga kesehatan lainnya yang terlibat langsung dalam pelayanan antara lainnya :

Perawat, Bidan, Tenaga Laboratorium, Gizi, Anastesi, Rekam Medis dan lain sebagainya.

2. 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.

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

Pencatatan rekam medis dapat dikatakan lengkap apabila minimal terdapat :

- a. Identitas pasien
- b. Tanggal pemeriksaan
- c. Hasil anamnesis sekurang-kurangnya adalah keluhan dan riwayat penyakit
- d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang lainnya bila ada
- e. Diagnosis
- f. Rencana terapi dan penatalaksanaan medis dan non medis bila ada
- g. Pengobatan dan tindakan bila ada
- h. Pelayanan lain yang telah diberikan atau telah didapat pasien
- i. Untuk klinik gigi dilengkapi dengan odontogram
- j. Persetujuan tindakan bila ada

3. Ketentuan Pengisian Rekam Medis

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

- a. Setiap tindakan konsultasi yang dilakukan terhadap pasien harus segera ditulis dalam lembar formulir rekam medis.
- b. Semua pencatatan harus dilakukan oleh dokter atau tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangannya dan ditulis nama terangnya, tanda tangan serta diberi tanggal dan jam.
- c. Dokter yang merawat dapat memperbaiki kesalahan penulisan dan melakukannya pada saat itu juga dengan mencoret kesalahan serta dibubuhi tanda tangan.
- d. Penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan.

4. Koreksi / Pembetulan Rekam Medis

Koreksi merupakan pembetulan, perbaikan, atau pemeriksaan. Koreksi dalam rekam medis dapat diartikan melakukan pembetulan pada pencatatan yang salah dengan menggunakan kaidah koreksi yang benar. Berdasarkan Kemenkes (2006), ketentuan pengisian rekam medis bahwa rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan dengan ketentuan sebagai berikut:

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

Sesuai dengan Permenkes No 269 Tahun 2008 tentang rekam medis, disebutkan bahwa:

1. Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis
2. Rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dibuat segera dan dilengkapi setelah pasien menerima pelayanan
3. Pembuatan rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan melalui pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien
4. Setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi nama, waktu, dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung
5. Dalam hal terjadi kesalahan dalam melakukan pencatatan pada rekam medis dapat dilakukan pembetulan
6. Pembetulan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) hanya dapat dilakukan dengan cara pencoretan tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan dan dibubuhi paraf dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang bersangkutan.

F. PENGELOLAAN REKAM MEDIS

1. Assembling

Assembling berarti merakit. Kegiatan *assembling* termasuk juga mengecek kelengkapan pengisian berkas rekam medis dan formulir yang harus ada pada berkas rekam medis. Tujuannya adalah memberi gambaran fakta terkait keadaan pasien, riwayat penyakit dan pengobatan masa lalu serta saat ini yang ditulis oleh profesi kesehatan dalam pelayanan kepada pasien.

- a. Peran dan fungsi assembling dalam pelayanan rekam medis yaitu sebagai perakitan formulir rekam medis, peneliti isi data rekam medis, pengendali BRM tidak lengkap, pengendali penggunaan nomor rekam medis dan formulir rekam medis (Bambang Shofari, 2004).

b. Berdasarkan fungsi di atas, assembling memiliki tugas pokok sebagai berikut (Bambang Shofari, 2004) :

- a.** Terhadap sensus harian yang diterima
 - i.** Menerima Sensus Harian Rawat Jalan, Gawat Darurat, Rawat Inap beserta BRM rawat jalan, gawat darurat dan rawat inap setiap hari.
 - ii.** Mencocokkan jumlah BRM dengan jumlah pasien yang tercatat pada sensus harian masing-masing.
 - iii.** Menandatangani buku ekspedisi sebagai bukti serah terima BRM.
- b.** Terhadap BRM yang diterima
 - i.** Merakit kembali formulir rekam medis bersamaan dengan itu melakukan kegiatan penelitian terhadap kelengkapan data rekam medis pada setiap lembar formulir rekam medis sensus dengan kasusnya
 - ii.** Mencatat hasil penelitian tersebut ke dalam formulir analisis kelengkapan
- c.** Bila BRM telah lengkap, selanjutnya:
 - i.** Menyerahkan BRM bagian koding/ indeksing
 - ii.** Menyerahkan sensus harian ke bagian Analisis/ reporting.
- d.** Bila DRM tidak lengkap, selanjutnya :
 - i.** Menempelkan kertas kecil formulir permintaan kelengkapan pada halaman depan folder BRM.
 - ii.** Dengan menggunakan buku ekspedisi, menyerahkan BRM tidak lengkap kepada unit pencatat untuk diteruskan kepada petugas yang bertanggungjawab terhadap kelengkapan isi data rekam medis yang bersangkutan untuk dilengkapi.
 - iii.** Mengambil kembali DRM tidak lengkap pada 2x24 jam setelah waktu penyerahannya.

2. Kodefikasi (coding)

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 factor yang mempengaruhi kesehatan.

International Statistical Classification Diseases and Health Problem 10 Revision. ICD X menggunakan kode kombinasi yaitu menggunakan abjad dan angka (alpha numeric). 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 arahan yang ada pada buku ICD X.

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 antara lain

1. Koding Penyakit (ICD X)
2. Pembedahan/Tindakan (ICD 9CM)
3. Pelaporan

Menurut Dirjen Yanmed (2006:65) pelaporan Rumah Sakit merupakan suatu alat organisasi yang bertujuan untuk dapat menghasilkan laporan secara cepat, tepat, dan akurat. Menurut Depkes RI (2006:65) secara garis besar jenis pelaporan Rumah Sakit dapat dibedakan menjadi 2 kelompok, yaitu :

1. Laporan intern Rumah Sakit, yaitu pelaporan yang disesuaikan dengan kebutuhan Rumah Sakit. Sensus harian menjadi dasar dalam pelaksanaan pembuatan pelaporan Rumah Sakit yang kegiatannya dihitung mulai jam 00.00 s/d 24.00 WIB setiap harinya.

2. Laporan ekstern Rumah Sakit, yaitu laporan yang ditunjukkan kepada Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Kesehatan RI, Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Pelaporan ektern Rumah Sakit dibuat sesuai dengan kebutuhan Departemen Kesehatan RI.

Menurut SK Menkes No. 1171 tahun 2011, Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) adalah suatu proses pengumpulan, pengolahan dan penyajian data Rumah Sakit se-Indonesia. Sistem informasi ini mencakup semua Rumah Sakit umum maupun khusus, baik yang dikelola secara publik maupun privat sebagaimana diatur dalam UU RI No. 44 2009 tentang Rumah Sakit. Pelaporan tersebut terdiri dari :

1. Data dasar Rumah Sakit (RL 1.1)
2. Indikator pelayanan Rumah Sakit (RL 1.2)
3. Data fasilitas tempat tidur rawat inap (RL 1.3)
4. Data ketenagaan (RL 2)
5. Data kegiatan pelayanan rawat inap (RL 3.1)
6. Data pelayanan rawat darurat (RL 3.2)
7. Data kegiatan kesehatan gigi dan mulut (RL 3.3)
8. Data kegiatan kebidanan (RL 3.4)
9. Data kegiatan prinatologi (RL 3.5)
10. Data kegiatan pembedahan (RL 3.6)
11. Data kegiatan radiologi (RL 3.7)
12. Data pemeriksaan laboratorium (RL 3.8)
13. Data pelayanan rehabilitasi medik (RL 3.9)
14. Data kegiatan pelayanan khusus (RL 3.10)
15. Data kegiatan kesehatan jiwa (RL 3.11)
16. Data kegiatan keluarga berencana (RL 3.12)
17. Data kegiatan obat, penulisan dan pelayanan resep (RL 3.13)
18. Data kegiatan rujukan (RL 3.14)
19. Data cara bayar (RL 3.15)
20. Data keadaan morbiditas dan mortalitas pasien rawat inap (RL 4a)

21. Data keadaan morbiditas pasien rawat jalan Rumah Sakit (RL 4b)
22. Data pengunjung Rumah Sakit (RL 5.1)
23. Data kunjungan rawat jalan (RL 5.2)
24. Data daftar 10 besar penyakit rawat inap (RL 5.3)
25. Data daftar 10 besar penyakit rawat jalan (RL 5.4)

G. CARA PENGAMBILAN KEMBALI REKAM MEDIS

1. Pengeluaran Rekam Medis

Ketentuan pokok yang harus ditaati ditempat penyimpanan adalah :

- a. 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.
- b. 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.
- c. 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. Kemungkinan rekam medis dipergunakan oleh beberapa orang perpindahan dari orang satu ke lain orang ini, harus dilakukan dengan mengisi “Buku Ekspedisi” karena dengan cara ini rekam medis tidak perlu bolak-balik dikirim ke bagian rekam medis.

2. Distribusi Rekam Medis

Distribusi dilakukan oleh petugas distribusi yaitu dengan mengantar dokumen rekam medis ke poliklinik atau unit pelayanan di dalam lingkungan Rumah sakit sesuai dengan tracer. Petugas Unit Rekam Medis akan menyediakan dan mengantar dokumen rekam medis pada saat diminta untuk keperluan mendadak.



BAB IV

STANDARISASI KODE DIAGNOSIS, TINDAKAN, SIMBOL, SINGKATAN

Upaya peningkatan mutu pelayanan yang merupakan peningkatan mutu di Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak Permata Bunda terus dilakukan, pembangunan fasilitas berupa gedung maupun peralatan, peningkatan kualitas sumber daya manusia diberbagai bidang merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan kinerja pelayanan di rumah sakit ini.

Kemajuan dibidang teknologi dan informasi membuat masyarakat menjadi sadar akan hak-haknya namun cenderung melakukan tuntutan hukum apabila terjadi ketidakpuasan pasien maupun keluarganya.

Untuk menertibkan dan menyamakan persepsi itu maka diperlukannya keseragaman panduan penggunaan Kode Diagnosis, Kode Tindakan, Definisi, Simbol dan Singkatan umum, singkatan diagnosa serta singkatan tindakan yang akan digunakan untuk melengkapi di Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak Permata Bunda.

A. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Menciptakan suatu penyamaan persepsi, anggapan dan bahan acuan informasi mengenai kegiatan pelayanan yang ada di Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak Permata Bunda, khususnya untuk seluruh SDM yang ada, baik profesi medis, para medis dan non medis dalam mengembangkan ruang lingkup pelayanan kesehatan yang ada dan berjalan saat ini.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk membuat catatan menjadi sistematis, membantu penganalisisan, menerjemahkan dan membandungkan peristiwa penyakit dan kematian yang telah dikumpulkan di berbagai tempat.
- b. Untuk menertibkan dan melengkapi informasi berkas Rekam Medis baik Rawat inap, rawat jalan dan IGD

- c. Untuk menyeragamkan dan menyamakan persepsi mengenai penggunaan Kode Diagnosis, Kode Tindakan, Definisi, Simbol dan Singkatan yang digunakan di Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak Permata Bunda.
- d. Untuk mengetahui kesesuaian penulisan istilah medis yang tercantum dalam berkas rekam medis sesuai dan seragam oleh seluruh praktisi yang berkecimpung di pelayanan kesehatan Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak Permata Bunda.
- e. Sebagai bahan acuan dalam pengisian berkas Rekam Medis.

B. TATA LAKSANA

1. Tata laksana Umum

- a. Rumah sakit menetapkan penggunaan Kode Diagnosis, Kode Tindakan, Definisi, Simbol dan Singkatan yang dipergunakan di rumah sakit.
- b. Penggunaan Kode Diagnosis, Kode Tindakan, Definisi, Simbol dan Singkatan dilakukan untuk menyeragamkan dan menyamakan persepsi dari seluruh komponen profesi yang terkait di lingkungan rumah sakit.
- c. Penulisan istilah harus disesuaikan dengan terminologi medis yang terdapat diseluruh dokumen rekam medis pasien dan sudah ditetapkan oleh Direktur rumah sakit.
- d. Masing-masing profesi yang terkait dengan penggunaan Kode Diagnosis, Kode Tindakan, Definisi, Simbol dan Singkatan memberikan masukan kepada Tim Rekam Medis rumah sakit untuk ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit.
- e. Tim Rekam Medis wajib menginformasikan seluruh Kode Diagnosis, Kode Tindakan, Definisi, Simbol dan Singkatan yang sudah baku kepada seluruh profesi yang terlibat di rumah sakit dan dilaksanakan sesuai dengan standar yang ada.
- f. Evaluasi dan penilaian atas keseragaman penulisan kode diagnosis, kode tindakan, definisi, simbol dan singkatan yang sudah tertulis di

berkas rekam medis akan dilakukan secara berkala setiap 3 (tiga) bulan sekali

- g. Rumah Sakit mengakomodir adanya perubahan kode diagnosis, kode tindakan, definisi, simbol dan singkatan baik penambahan maupun pengurangan yang dilakukan secara berkala dalam kurun waktu minimal 1 (satu) tahun sekali setelah mendapatkan umpan balik dari profesi-profesi yang terkait didalamnya serta di putuskan dalam rapat tim rekam medis.

2. Tata laksana Penggunaan Kode diagnosis dan Kode tindakan

Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak menggunakan ICD-10 (*international statistical classification of diseases and related health problems*) Second Edition Tahun 2010 sebagai standarisasi kode diagnosa dan menggunakan ICD-9-CM (*clinical modification*) sebagai standarisasi kode tindakan.

3. Tata laksana Penggunaan Simbol

Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak Permata Bunda menggunakan simbol-simbol dalam menjalankan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, khususnya pasien rawat jalan, rawat inap dan IGD, simbol-simbol yang ada dipergunakan dan ditempatkan di map bagian depan cover berkas rekam medis serta sebagai tanda pengenal bagi seluruh praktisi kesehatan lainnya untuk memperhatikan simbol-simbol yang ada. Simbol-simbol yang digunakan adalah sebagai berikut :

NO	SIMBOL	ISTILAH
1	$\pm$	Positif negatif (ya/tidak)
2	$\times$	kali
3	$\leq$	Kurang dari atau sama dengan
4	$\geq$	Lebih dari atau sama dengan
5	%	persen



6	+	Positif
7	-	Negatif
8	/	Per
9	<	Lebih kecil
10	>	Lebih besar
11	@	Tiap
12	R/	Resep
13	Tx	Therapi
14	↓	Turun
15	↑	Naik
16	♂	Laki-laki
17	♀	Perempuan
18	s/d	Sampai dengan
19	Mg	Microgram

4. Tata laksana Penggunaan Singkatan

- a. Singkatan dipergunakan oleh praktisi medis dan para medis dalam memberikan pelayanan dan tertulis dilembar, form, lampiran dan berkas rekam medis selama pasien menjalani pemeriksaan
- b. Istilah singkatan dapat diartikan sebagai istilah umum/jamak yang dipergunakan untuk menyingkat nama, diagnosa dan arti lain dari keterangan diagnosa ataupun istilah-istilah medis lainnya
- c. Setiap tenaga profesi medis dan non medis wajib mengetahui istilah-istilah baku yang dipergunakan dan ditetapkan di Rumah Sakit Kristen Lindimara
- d. Singkatan-singkatan yang dibakukan :



NO	SINGKATAN dan ISTILAH
	Abd = Abdomen Aj = Angkat Jahitan Ac = Ante Coenam Acc = Accord/setuju As = Apgar scor Ax = Anamnesa a/n = Atas nama ad = Advis / Saran alb = Albumin ASI = Air Susu Ibu An = Anak
	BAB = Buang Air Besar BAK = Buang Air Kecil BB = Berat Badan BBL = Berat Badan Lahir BBLR = Berat Badan Lahir Rendah BU = Bising Usus BS = Blood Sugar BSN = Blood Sugar Nocturnal BS2JPP = Blood Sugar 2 jam Post drial BSA = Blood Sugar Acak Bs = Basah BK = Babie Kammer / kamar bayi BY = Bayi
	C/P = Cor / Pulmo C/ = Consult Cc = Centimeter Cubik
	Dg = dengan Dr = Dokter



	Drg = Dokter Gigi Dx = Diagnose DD = Differential Diagnose DP = Diagnosa Perawatan
	E/ = Etiologi ECG = Electro Cardio Grafi ET = Exchange Transfusion
	G/ = Gejala GCS = Glosgow Coma Scale GE = Gastro Enteritis
	H/L = Hepar / Lien Hsl = Hasil Ht = Hechting h/I = Hari Ini Hs = Habis Stop HT = Haid Terakhir Hr = Honorarium HR = Heart Rate HL = Halus
	IA = Intra Arterial IC = Intracutan IM = Intra Muscular IV = Intra Vena Inj = Injectie Inf af = infuse aff
	Ka = Kanan Ki = Kiri K/u = Keadaan Umum Kel = Keluhan KB = Keluarga Berencana



	K/p = Kalau Perlu Kcl = Kecelakaan KRS = Keluar Rumah Sakit KPD = Ketuban Pecah Dini Ks = Kasar Kr = Kering
	Lab = Laboratorium LFT = Liver Function Test LP = Lumbal Pungsi
	M.S = Maagh Slang Max = Maximum Min = Minimum MBB = Makan Bubur Biasa MBC = Makan Bubur Cacah Mnt = Menit Ma/Mi = Makan / Minum MMB = Makan Minum Biasa MMT = Makan Minum Terakhir MSS = Minum Sedikit Sediki MRS = Masuk Rumah Sakit MB = Mencret Bubur MAB = Mencret Air Berisi M = Murmur
	N = Nadi Neo = Neonatus
	Obs = Observasi Obgyn = Obstetri & Gynaccologi OK = Operatie Kammer Op = Operasi OT = Obat Terus



	PS = Perawatan Setempat PC = Post Coenam Pf = Pemeriksaan Fisik PP = Pulang Paksa Plg = Pulang Post Op = Post Operasi Per-Os = Pemberian Obat Peroral Px = Pasien P/P Pasien Pindahan Premed = Premedikasi P/B = Pasien Baru P/L = Pasien Lama PRM = Prematur Ruptur of the Membranes Pr.n = Pro renata = K/p Ped = Pediatri Prem = Prematur
	Ro = Rontgen R/ = Resep RA = Ruang Anak Rr = Respirasi Rate RL+ = Rumple Leed ada RR = Recovery Room Rn = Ronchi RT = Rectal Toucher RPK = ruang Perawatan Khusus
	S = Suhu Ssd = Sesudah Susp = Suspect Sls = Selesai Sc = Subcutan



	Sos = Sosial Spt = Spontan SptB = Spontan belakang Kepala
	T = Tensi Tap = Tetap Tj = Tahu Jam Taa = Tidak apa-apa Ttb = Tak teraba Tts = Tetes TB = Tinggi Badan TBL = Tinggi Badan Lahir TD = Tekanan Darah Tx = Terapi TKTP = Tinggi Kalori Tinggi Protein TKRG = Tinggi Kalori Rendah Garam THT = Telinga Hidung Tenggorokan
	U/ = Untuk USG = Ultra Sono Grafi
	VK = Verlos Kammer VB = Vloeibaar VT = Vaginal Toucher

Huruf	SINGKATAN	ISTILAH
A		Acute renal failure with tubular necrosis
	AIHA	AUTO IMMUNE HEMOLYTIC ANEMIA
	ALO	Acute lung odema
	ARDS	Acute respiratory distress syndrom
	AF	Atrial Fibrilasi
	Asth Bronc	Asthma Bronchiale
	AMI	Acute Myocard



ASD	Atrial Septal Defect
ASHD	Arterioscleroic Heart Disease
ARF	Acute Renal Failure (GGA) lihat huruf G
AIDS	Auto Immune Deficiency Syndrom
AFP	Acute Flaccid Paralysis
AHD	Acquired Heart Disease
ATN	Acute tubular Necrosis
ACC	Adeno Carcinoma Colon
Tindakan	Tindakan
App	Appendectomy
Aj	Angkat jahitan
ATE	Adeno Tonsill Ectomy
Penyakit	Penyakit
BPH	Benigh Prostat Hypertrophy
BPPV	benign paroxysmal vertigo
Br.Pn	Broncho Pneumonia
Br	bronchitis
Tindakan	Tindakan
BMP	Bone Marrow Puncture
BSO	Bilateral Salphingo – Oophorectomy Oversight
BOF	Buik Overziech Foto (Foto Perut)
BOM	Bleomycin Oncovin Mitomycin
BNO	Blaas Nier Oversight
BGA	Blood Gas Analysis
Penyakit	Penyakit
Ca	Carcinoma
CH	cirrhosis hepatitis
CaGb	Carcinoma Gall Bladder



	CRF	Chronic Renal Failure (GGK)
	COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
	CHB	Conngential Heart Block
	CHD	Congestive Heart Disease
	CHF	Conngential Conngential Failure
	ComCer	Commotio Cerebri
	CPD	Cephalo Pelvic Disproportion
	CVA	Cerebro Vascular Accident
	CVD	Cerebro Vascular Disease
	C1.Fr	Close Fracture
	CML	Chronic Myelocytic Leukimia
	CMV	Cyto Megalo Viral
	CGL	Chronic Granulocytic Leukimia
		Tindakan
	CAP	Cyclophosphamide Adriamycin Platamina
	CPR	Cardio Pulmonary Resuscitation
	CCT	Creatinin Clearence Test
	CVP	Central Venous Pressure
	CT. Scan	Computerized Tomography Scan
		Penyakit
	DCM	Dilated Cardio Myopathi
	Dm	Diabetes Melitus
	Decomp	Decompensation Cordis
	DMPS	Dismielopoetic Syndrome
	DHF	Dengue Hemorrhagic Fever
	DDS	Demem Dengue Shock
	DSS	Dengue Shoch Syndrome
	DUB	Disfungsi Uterus Bleeding = PVD (Perdarahan Uterus)



	D.Cath DC Shock DC	Tindakan Dauer Catheter Direct Current Shock Dilatasi Curettage
	EEG ECHO	Electro Encephalog Echo Cardiografi
	FAM FUO Fr F.E. FNAB	Fibro Adenoma Mamma Fever Unknown Origin Fracture Tindakan Forcep Extraksi Fine Needle aspiration Biopsi
	GE GEA GED GGA GGK GBS GNA GNS GNK GERD GC	Penyakit Gastro Enteritis Gastro Enteritis Acut Gastro Enteritis Dehidrasi Gagal Ginjal Akut Gagal Ginjal Kronik Guillain Barre Syndrome Glomeluro Nephritis Acut Glomeluro Nephritis Subakut Glomeluro Nephritis Kronik Gatrric Esophageal Reflux Disease Tindakan Gastric Cooling
		Penyakit



	HT HF HNP Hep A Hep B Hep C HIL HIV HHD Hpp HFMD HD HBO	Hipertensi Hemorrhagic Fever Hernia Nucleus Pulposus Hepatitis A Hepatitis B Hepatitis C Hernia Inguinalis Deficiency Virus Human immuno Deficiency Virus Hypertensive Heart Disease Hemorrhagic Post-Partum Hand Foot and Mouth Disease Tindakan Hemodialisis Hiperbarik Oksigen
I		Penyakit ICT = Icterus ICT Neo = Icterus neonatorum ISK = Infeksi Saluran Kencing ISPA = Infeksi Saluran Pernafasan Akut IUFD = Intra Uterine Fetal Disease IHD = Ischaemic Heart Disease Ich = Intra Cerebral Hemorrhage ITP = Idiopathic Thrombocytopenic Purpura Tindakan IVP = Intra Venous Pyelography
K		Penyakit



		KP = Koch Pulmonum KPP = Ketuban Pecah Prematur Tindakan KS = Kaah Spooling
L		LBBB = Left Bundle Branch Block LVH = Left Ventricle Hypertrophy LBP = Low Back Pain LBW = Low Birtk Weight LGV = Limfo Granuloma Venerium Tindakan L.P = Lumbal Punksi
M		Penyakit MI = Mital Insufficiency MDS = Myelo Dysplasia Syndrome MS = Mitral Stenosis MSI = Mitral Steno Insufficiency Tindakan MRI = Magnetic Resonance Imaging
n		Penyakit NEC = Necrotizing Entero Colitis Tindakan NGT = Naso Gastric Tube
o		OA = osteo Arthritis Obs.Feb = Observasi Febris



		OMI = Old. Myocard Infarct OMA = Otitis Media Acute OMAP = Otitis Media Acute Purulent OMC = Otitis Media Chronic OMP = Otitis Media Purulenta
P		Penyakit PJKa = Payah Jantung Kanan PJKi = Payah Jantung Kiri PJR = Penyakit Jantung Rheumatic PID = Pelvic Inflammatory Disease PDA = Patent ductus Arteriosus PNA = Pyelo Nephritis Akut PNC = Pyelo Nephritis Chronic PTG = Penyakit trophoblastic Ganas PPDO = Penyakit Peredaran Darah Otak PPOM = Penyakit Paru Obstruksi Menahun PAT = Paroxysmal Atrial Tachycardia PRCA = Pure Red Cell Anemia PVR = Polycythemia Vera Rubra PJK = Penyakit Jantung Koroner PVC = Premature Ventricular Contraction PPh = Primary pulmonary Hypertensi PAC = Premature Atrial Contraction Tindakan PE = Polypectomy PPM = Permanent Pace Maker PCN = Percutaneous Nephrolithotripsy
R		Ra = Rheumatoid Arthritis RBBB = Right Bundle Branch Block



		RDS = Respiratory Distress Syndrome RARS = Refractory Anemia Ring Siderblast RIND = Reversible Ischaemic Neurological Deficit RVH = Right Ventricular Hyperthropy RHD = Rheumatic Heart disease
S		SA = Sinusitis Akut SOP = Space Occupying Process SLE = Systemic Lupus Erythematosus SSS = Sick Sinus Syndrome SIOS = Serangan Iskemik Otak Selintas SAH = Sub Aracnoid Haemorrhage SVT = Supra Ventricular Tachycardia SVES = Supra Ventricular Extra Systole SIRS = Systemic Inflammatory Respon Syndrom SC = Sectio Caesarian SR = Septum Resectie STE = Solerosing Terapi STSG = Split Thickness Skin Graft SPP = Supra Public Punction SAB = Spinal Anastesi Blok
T		Penyakit TIA = Transient Ischemic Attack TYP.Abd = Typhoid Abdominal Typ. Fever = Typhoid Fever TB Paru = Tuberculosa Paru TE = Tonsil Ektomi TBC = Tuberculosa



		TLE = Temporal Lobe Epilepsi TPF = Tetra Plegia Flaccid Tindakan TE = Tonsillectomy TAT = Tes Agregasi Trombosit TURP = Trans Uretra Resection Prostat TMP = Temporary pace Maker
U		Penyakit UTI = Urinary Tract Infection URI = Upper Respiratory Infection URT I = Upper Respiratory Tract Infection UPJ = Utero Pelvic Junction Tindakan URS = Uretero Renoscopy UKG/SWD = Short Wave Diathermi USG = Ultra Sonografi UCT = Urea Clearence Test UGI = Upper Gastro Intestinal
V		Penyakit VSD = Ventrikel Septal Defect VBD = Vertigo Benign Paroxysmal Tindakan VE = Versi Extraxtie Vac – Ext = Vaccum Ektraktor VL = Versi Luar VS = Vena Sectie

BAB V

PERLINDUNGAN & AKSES DOKUMEN REKAM MEDIS

A. PERLINDUNGAN DOKUMEN REKAM MEDIS

Dokumen rekam medis harus dilindungi dari kerusakan akibat kebakaran, banjir, pencurian, atau rusak oleh hewan pengerat dengan cara :

- a. Tersedianya APAR (Alat Pemadam Api Ringan)
- b. Di bersihkan ruang rekam medis setiap hari
- c. Ruang rekam medis selalu dalam keadaan terkunci

B. KERAHASIAAN REKAM MEDIS

Informasi tentang identitas, diagnosa, 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. RSKIA PERMATA BUNDA dapat membuka kerahasiaan informasi tersebut dalam hal :

- a. Untuk Kepentingan kesehatan pasien;
- b. Memenuhi aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakan hukum atas perintah pengadilan;
- c. Permintaan dan atau persetujuan pasien sendiri;
- d. Permintaan institusi atau lembaga berdasarkan ketentuan perundang – undangan; dan
- e. Untuk penelitian, pendidikan dan audit medis, sepanjang tidak menyebutkan identitas pasien.

Permintaan rekam medis harus dilakukan secara tertulis dari pasien kepada pimpinan sarana pelayanan kesehatan. Penjelasan tentang isi rekam medis hanya boleh dilakukan oleh dokter atau dokter gigi yang merawat pasien.

C. HAK AKSES REKAM MEDIS

Petugas yang boleh masuk ke ruang rekam medis adalah semua petugas rekam medis dan petugas RSKIA PERMATA BUNDA yang berkepentingan dalam pengawasan petugas rekam medis. Untuk ruang filing atau penyimpanan hanya

petugas rekam medis yang diperbolehkan masuk. Hal ini dilakukan untuk menjaga kerahasiaan dan keamanan dokumen rekam medis dari hal – hal yang tidak di inginkan.

1. Dokter :

- a. Dokter memiliki hak akses informasi serta hak akses berkas rekam medis pasien yang pernah dirawat.
- b. Dokter spesialis yang menerima konsul pasien memiliki hak akses terhadap informasi serta berkas rekam medis pasien yang sedang dikonsulkan.
- c. Dokter dapat mengakses kembali berkas rekam medis yang dipulangkan terkait dengan kelengkapan berkas serta permintaan resume medis pasien atau untuk kepentingan kesehatan pasien.

2. Perawat :

- a. Perawat memiliki hak akses terhadap berkas rekam medis pasien yang saat itu sedang dirawat.
- b. Perawat dapat mengakses kembali berkas rekam medis pasien yang telah dipulangkan untuk kepentingan kelengkapan berkas.

3. Tenaga medis lain selain perawat hanya dapat mengakses berkas rekam medis yang saat itu dalam asuhannya atau untuk kelengkapan pengisian berkas rekam medis pasien yang telah dipulangkan.

4. Pasien memiliki hak akses terhadap informasi dari berkas rekam medisnya sesuai dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. Permintaan informasi medis terkait dengan data rekam medis pasien diatur sesuai dengan SPO permintaan resume medis.
- b. Rekam medis pasien hanya dapat diakses oleh pasien sendiri dan / atau orang yang telah diberikan kuasa oleh pasien sendiri dan atau orang yang telah diberikan kuasa oleh pasien untuk mengetahui isi rekam medis.
- c. Rekam medis pasien anak hanya dapat diakses oleh orang tua kandung pasien, orang tua adopsi dan/atau wali yang secara sah ditunjuk jika pasien masih dalam pengampuan.

5. Aparatur penegak hukum :

- a. Aparatur penegak hukum atas dasar pendapat memperoleh informasi medis pasien dengan mengajukan Visum et Repertum. Permintaan Visum et Repertum diatur secara khusus dalam SPO permintaan Visum et Repertum.
6. Permintaan data medis oleh institusi atau lembaga tertentu:
 - a. Permintaan data medis oleh institusi atau lembaga tertentu dapat dipenuhi sesuai dengan perjanjian yang telah diatur antara pihak rumah sakit dengan instansi yang terkait.
 - b. Pemberian resume medis pada pihak ketiga yakni asuransi serta perusahaan rekanan tetap didasarkan pada persetujuan pasien atas pelepasan informasi medisnya.
 - c. Badan atau lembaga tertentu yang berkepentingan terhadap penelitian, pendidikan maupun audit medis.
 - d. Badan atau lembaga tertentu yang mengakses informasi maupun berkas rekam medis untuk kepentingan penelitian, pendidikan maupun audit medis tidak boleh mencantumkan identitas pasien terkait kepentingannya terhadap akses rekam medis pasien.
 - e. Peminjaman berkas rekam medis untuk kepentingan penelitian, pendidikan maupun audit medis tidak boleh mencantumkan identitas pasien terkait kepentingan penelitian, pendidikan maupun audit medis diatur dalam SPO peminjaman berkas rekam medis.
7. Petugas non tenaga kesehatan:
 - a. Bagian keuangan dapat mengakses berkas rekam medis terkait kepentingan pembiayaan perawatan pasien di rumah sakit dan pemenuhan persyaratan klaim asuransi atau perusahaan rekanan.
 - b. Petugas kasir atau petugas keuangan lain harus tetap menjaga kerahasiaan rekam medis.
 - c. Hak akses informasi rekam medis setiap petugas terkait dengan pelaksanaan rekam medis elektronik dibatasi sesuai dengan kewenangannya. Bagian SIRS memfasilitasi hak akses tersebut.

D. AKSES REKAM MEDIS

Sesuai dengan Permenkes 269 Pasal 10 yang berhak untuk mengakses informasi rekam medis adalah:

- a. Dokter/Dokter Gigi pemberi asuhan.
- b. Petugas pengelola meliputi semua petugas rekam medis, petugas billing, dan penatalaksana klaim.
- c. Pimpinan sarana pelayanan kesehatan (Manager Unit/Instalasi, Manager, dan Jajaran Direksi)
- d. Apabila ada pihak lain yang membutuhkan data untuk audit dan atau penelitian harus ada surat pengajuan resmi kepada Direktur rumah sakit.

E. KEWENANGAN MENULIS REKAM MEDIS

Sesuai dengan Permenkes 269 Pasal 5 dan 6 yang berhak untuk mengisi berkas rekam medis adalah dokter, dokter gigi/ tenaga kesehatan tertentu yang memberikan asuhan kepada pasien.

BAB VI

KESELAMATAN KERJA DAN PASIEN

1. KESELAMATAN PASIEN

Upaya keselamatan pasien melalui kegiatan rekam medis adalah dengan melakukan review berkas rekam medis yang telah ditetapkan yaitu :

- a. Penulisan Diagnosa pada lembar resume medis oleh dokter DPJP
 - b. Tanda tangan pada lembar resume medis dokter DPJP
 - c. Penulisan sebab kematian pasien bilamana pasien meninggal.
 - d. Penulisan *Informed Consent* pada lembar *Informed Consent* bilamana ada tindakan yang memerlukan Informed consent
 - e. Penulisan Laporan Operasi pada pasien yang dilakukan operasi.
 - f. Kelengkapan dokumentasi lembar pengkajian awal medis pasien dalam waktu 24 jam saat pasien masuk rawat inap
 - g. Kelengkapan dokumentasi lembar pengkajian awal keperawatan pasien dalam waktu 24 jam saat pasien masuk rawat inap.
- KESELAMATAN PASIEN

2. KESELAMATAN KERJA

Pemerintah berkepentingan atas keberhasilan dan kelangsungan semua usaha-usaha masyarakat. Pemerintah berkepentingan melindungi masyarakatnya termasuk para pegawai dari bahaya kerja. Sebab itu Pemerintah mengatur dan mengawasi pelaksanaan keselamatan dan kesehatan kerja. Undang-Undang No.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 :

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

Beberapa hal yang perlu diperhatikan di bagian penyimpanan rekam medis:

- Peraturan keselamatan harus terpampang dengan jelas disetiap bagian penyimpanan.
- Harus dicegah jangan sampai terjadi, seorang petugas terjatuh ketika mengerjakan penyimpanan pada rak-rak terbuka yang letaknya diatas. .
- Ruang gerak untuk bekerja selebar meja tulis, harus memisahkan rak-rak penyimpanan.
- Penerangan lampu yang cukup baik, menghindarkan kelelahan penglihatan petugas.
- Perlu diperhatikan pengaturan suhu ruangan, kelembaban, pencegahan debu, dan pencegahan bahaya kebakaran.

BAB VII

PENUTUP

Rekam medis adalah media yang penting dalam pelaksanaan pelayanan yang dilakukan di RSKIA Permata Bunda. Proses pengelolaan rekam medis termasuk didalamnya, kerahasiaan, akses, penyimpanan, pengisian hingga evaluasi untuk kelengkapan pengisian dan evaluasi pelayanan pengelolaan rekam medis

Dengan adanya pedoman ini diharapkan pengelolaan rekam medis yang berlangsung di RSKIA Permata Bunda dapat berlangsung lebih baik lagi