



KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD DR. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
NOMOR : 800/001/ RSUD-SK/ VIII/2022

TENTANG
KEBIJAKAN PELAYANAN REKAM MEDIS
DIREKTUR RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN

- Menimbang :**
- a. bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan RSUD Dr. Muhammad Zein Painan, maka diperlukan penyelenggaraan pelayanan rekam medis yang bermutu tinggi;
 - b. bahwa agar pelayanan rekam medis di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan dapat terlaksana dengan baik, perlu adanya kebijakan Direktur RSUD Dr. Muhammad Zein Painan sebagai landasan bagi penyelenggaraan pelayanan rekam medis di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam a dan b, perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.

Mengingat :

1. Undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.
2. Undang- Undang nomor 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.
3. Undang-Undang nomor 44 tahun 2010 tentang Rumah Sakit.
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 /Menkes/Per/ III/2008 tentang Penyelenggaraan Rekam Medis.
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis
7. Pedoman Peningkatan Mutu Rumah Sakit, Kemenkes RI, 1994.
8. Keputusan Gubernur No 440.1.2010 tentang perubahan Keputusan Gubernur 440-509-2009 tentang Penetapan RSUD sebagai RS PPK BLUD
9. Peraturan Daerah Proponsi Sumatera Barat no 4 tahun 2010 tentang susunan Organisasi dan Tata Kerja RSUD Dr. Muhammad Zein Painan

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

- Pertama** : KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD Dr. Muhammad Zein Painan TENTANG KEBIJAKAN PELAYANAN REKAM MEDIS RSUD Dr Muhammad Zein Painan.
- Kedua** : Kebijakan pelayanan rekam medis RSUD Dr. Muhammad Zein Painan sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.
- Ketiga** : Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan pelayanan rekam medis RSUD Dr. Muhammad Zein Painan dilaksanakan oleh Direktur RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.
- Keempat** : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya, dan apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya

Ditetapkan di : Painan
Pada tanggal : 1 Agustus 2022

DIREKTUR RSUD DR. MUHAMMAD ZEIN
PAINAN



HAREFA

Lampiran
Keputusan Direktur RSUD Dr. Muhammad Zein Painan
Nomor : 800/001/ RSUD-SK/ VIII/2022
Tanggal : 1 Agustus 2022

KEBIJAKAN PELAYANAN REKAM MEDIS RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN

Kebijakan Umum

1. Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab petugas instalasi rekam medis berpedoman kepada buku Pedoman Pengorganisasian Instalasi Rekam Medis RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.
2. Peralatan di Instalasi rekam medis harus selalu dilakukan pemeliharaan dan kalibrasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
3. Pelayanan di Instalasi rekam medis harus selalu berorientasi kepada mutu dan keselamatan pasien.
4. Dalam melaksanakan tugasnya setiap petugas wajib mematuhi ketentuan dalam K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja).
5. Setiap petugas harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar prosedur operasional yang berlaku, etika profesi, dan menghormati hak pasien.
6. Pelayanan di Instalasi rekam medis di unit poliklinik dilaksanakan Sesuai Jam buka pelayanan poliklinik.
7. Pelayanan di Instalasi rekam medis untuk IGD dilaksanakan Sesuai Jam buka dalam 24 jam.
8. Penyediaan tenaga harus mengacu kepada pola ketenagaan.
9. Untuk melaksanakan koordinasi dan evaluasi wajib dilaksanakan rapat rutin bulanan minimal satu bulan sekali.
10. Setiap bulan wajib membuat laporan.

Kebijakan Khusus

1. Setiap pasien RSUD Dr. Muhammad Zein Painan memiliki satu nomor Rekam Medis.
2. Penyimpanan rekam medis pasien rawat jalan dan rawat inap disimpan di dalam satu tempat.
3. Setiap pasien yang pulang rawat inap dibuatkan Ringkasan Perawatan Pasien (Resume).
4. Kegiatan pelayanan medis dilaksanakan dengan membuat sensus harian.
5. Seluruh pelayanan dokumen rekam medis dilaksanakan oleh petugas rekam medis.
6. Tenaga Rekam Medis, Dokter, Perawat dan tenaga kesehatan lain dilingkungan RSUD Dr. Muhammad Zein Painan berkewajiban menjaga kerahasiaan isi berkas rekam medis pasien.

7. Tenaga Rekam Medis, Dokter, Perawat dan tenaga kesehatan lain dilingkungan RSUD Dr. Muhammad Zein Painan berkewajiban menjaga keamanan dari kehilangan, kerusakan, gangguan dan penyalahgunaan berkas rekam medis pasien.
8. Setiap pasien yang masuk ke RSUD Dr. Muhammad Zein Painan didata melalui penerimaan pasien baru, penerimaan pasien lama dan penerimaan pasien rawat inap untuk pasien yang akan dirawat.
9. Permintaan rekam medis hanya bisa diberikan untuk kepentingan pengobatan pasien dan untuk kepentingan lain harus sesuai aturan dan pinjaman menggunakan bon pinjaman.
10. Karu Rawat Inap bertanggung jawab atas kembalinya berkas rekam medis pasien rawat inap yang keluar perawatan dalam waktu tidak lebih dari 2 x 24 jam.
11. Semua profesi tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kepada pasien diwajibkan menulis seluruh pelayanan yang diberikan pada lembar rekam medis yang sudah ditentukan, dilengkapi dengan tanda tangan/paraf.
12. Penanggung jawab berkas rekam medis bertanggung jawab atas pengembalian dan pendistribusian berkas rekam medis.
13. Berkas rekam medis yang telah dikembalikan ke Instalasi Rekam Medis Rekam medis disusun kembali sesuai dengan urutan yang telah ditetapkan serta dirapikan, untuk rekam medis yang belum lengkap, wajib dilengkapi oleh profesi tenaga kesehatan yang bersangkutan.
14. Instalasi rekam Medis bertanggung jawab atas laporan berkala yang telah ditetapkan, baik untuk kepentingan eksternal maupun internal.
15. Seluruh hasil pemeriksaan pelayanan penunjang wajib ditempelkan pada lembar rekam medis yang telah ditetapkan.
16. Instalasi Rekam Medis bertanggung jawab atas tersedianya informasi kegiatan pelayanan dan indikator rumah sakit yang telah ditetapkan.
17. Seluruh pelayanan rekam medis wajib berorientasi pada kepuasan pasien/pelanggan.
18. Instalasi Rekam Medis RSUD Dr. Muhammad Zein Painan menerima kegiatan magang mahasiswa terkait.
19. Bagi pasien yang memerlukan informasi tentang kesehatannya serta data rekam medis, hanya dapat diberikan resume atau ringkasan perawatan pasien, hasil pemeriksaan dan riwayat pelayanan telah diberikan.
20. Dalam penulisan kode singkatan dan lambang dalam rekam medis berdasarkan buku Simbol dan Singkatan singkatan yang diberlakukan oleh RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.
21. Untuk Penulisan Kode Diagnosa dan Tindakan di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan Menggunakan Buku ICD X dan ICD9 CM.
22. Petugas rekam medis melakukan kegiatan retensi berkas rekam medis sesuai dengan peraturan berlaku.

23. Dalam Pemusnahan berkas rekam medis dilakukan oleh Panitia Pemusnahan Rekam Medis yang ditetapkan oleh Direktur RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.
24. Pasien atau keluarganya wajib mengisi formulir informed consent (Persetujuan / penolakan) atas dasar informasi dan penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.

Ditetapkan di : Painan
Pada tanggal : 1 Agustus 2022

DIREKTUR RSUD DR. MUHAMMAD ZEIN
PAINAN



HAREFA

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	1
C. Falsafah dan Kegunaan Rekam Medis	2
D. Ruang Lingkup	3
E. Batasan Operasional	3
F. Landasan Hukum	4

BAB II STANDAR KETENAGAAN

A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia	5
B. Distribusi Ketenagaan	5
C. Pengaturan Dinas	6

BAB III STANDAR FASILITAS

A. Denah Ruang	7
B. Fasilitas Rekam Medis Rumah Sakit	8

BAB IV TATA LAKSANA PELAYANAN

A. Pengambilan Nomor Antrian	9
B. Pelayanan Pendaftaran Rawat Jalan	9

BAB V LOGISTIK

A. Pengertian	26
B. Tujuan Manajemen Logistik	26
C. Implementasi Manajemen Logistik Instalasi Rekam Medis	26
D. Fungsi Manajemen Perlengkapan	27

BAB VI KESELAMATAN PASIEN DAN KESELAMATAN KERJA

A. Keselamatan Pasien	32
B. Keselamatan Kerja	33

BAB VII MONITORING DAN EVALUASI PENYELENGGARAN REKAM MEDIS

BAB VIII PENUTUP

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut buku Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit, terbitan DEPKES RI, 2006, Rekam Medis didefinisikan sebagai keterangan yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnesis, pemeriksaan fisik, diagnosis, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada seorang pasien selama dirawat di rumah sakit atau sarana pelayanan kesehatan lainnya yang dilakukan di unit-unit rawat jalan termasuk unit gawat darurat dan rawat inap.

Rekam medis merupakan salah satu bagian yang esensial dari pelayanan perawatan pasien saat ini maupun diwaktu mendatang pada suatu rumah sakit atau sarana pelayanan kesehatan yang lain. Karena isinya merupakan kumpulan informasi tentang perawatan kesehatan pasien, rekam medis dapat digunakan bagi manajemen dan perencanaan berbagai sarana pelayanan kesehatan dan pelayanannya, untuk riset dan menghasilkan statistik pelayanan kesehatan. Hal ini merupakan pekerjaan dan tanggung jawab dari perekam medis. Semua tenaga kesehatan termasuk dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya membuat dan mengisi rekam medis sehingga informasi kesehatan pasien yang terkandung di dalamnya dapat digunakan berulang kali apabila pasien kembali ke sarana pelayanan kesehatan.

B. Tujuan

Tujuan diterbitkannya buku pedoman ini adalah untuk membantu tenaga rekam medis yang mengelola dan mengembangkan pelayanan rekam medis rumah sakit dan sarana pelayanan kesehatan yang ada di seluruh jajaran RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.

Dengan buku pedoman ini para tenaga rekam medis di rumah sakit atau sarana pelayanan kesehatan lainnya dapat mengidentifikasi fungsi-fungsi utama dari bagian rekam medis dan melaksanakan prosedur-prosedur dasar, mengerti berbagai penggunaan rekam medis dan sifat konfidensial dari data yang terkandung di dalam rekam medis. Di samping itu juga dapat mendiskusikan kebijakan-kebijakan penting dalam pengembangan rekam medis seperti retensi rekam medis, akses pada informasi perawatan pasien, konfidensialitas dan pemaparan informasi pasien.

Tujuan diselenggarakannya Rekam Medis adalah :

1. Mengumpulkan, mengolah dan memelihara data dan informasi yang lengkap dan akurat serta dapat dipertanggungjawabkan.
2. Mendukung terselenggaranya tertib administrasi yang lengkap, cepat dan mudah di dapat jika diperlukan.

3. Memberikan perlindungan hukum bagi pasien, profesi kesehatan dan rumah sakit.

C. Falsafah dan Kegunaan Rekam Medis

a. Falsafah

Falsafah rekam medis: *“Memberikan pelayanan rekam medis yang paripurna, guna mendukung dan menunjang pelayanan unit-unit terkait di rumah sakit, agar pelayanan medis dan non medis yang diberikan kepada pasien dapat dengan cepat, tepat, efektif dan efisien.*

Falsafah tersebut tentunya tidak lepas dari nilai ALFRED yang terkandung di dalam rekam medis yang akhirnya menjadi kegunaan dari rekam medis itu sendiri.

1. Administration (administrasi):

Rekam medis merupakan kumpulan catatan-catatan pelayanan pasien yang disusun secara teratur dan sistematis menurut pola yang sudah ditetapkan. Sedangkan isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab tenaga medis dan tenaga kesehatan lainnya dalam mencapai tujuan.

2. Legal (hukum):

Rekam medis isinya menyangkut adanya jaminan hukum atas dasar keadilan dalam rangka usaha menegakkan hukum serta sebagai alat bukti di pengadilan.

3. Financial (keuangan):

Rekam medis isinya dapat dijadikan sebagai bahan untuk menetapkan biaya atas dasar pelayanan yang telah dilakukan rumah sakit kepada pasien.

4. Riset (penelitian):

Rekam medis isinya mengandung data dan informasi yang dapat digunakan sebagai bahan penunjang /masukan untuk penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan khususnya di bidang kesehatan.

5. Education (pendidikan):

Rekam medis isinya mengandung data dan informasi sebagai bahan untuk pengajaran atau pendidikan bagi dokter yang akan mengambil pendidikan lebih lanjut.

6. Documentation (dokumentasi):

Rekam medis isinya merupakan sumber ingatan sebagai bahan pertanggungjawaban untuk rumah sakit yang harus disimpan dan ditata sesuai dengan standar yang telah ditetapkan dan harus dengan cepat dan mudah tersedia bila diperlukan.

b. Kegunaan Rekam Medis.

1. Sebagai alat komunikasi antar profesi medis dan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan pelayanan kesehatan yangberkesinambungan.
2. Sebagai dasar untuk merencanakan pemeriksaan penunjang, pengobatan, tindakan medis dan perawatan yang harus diberikan kepada pasien.
3. Sebagai bukti atas semua tindakan medis, perkembangan riwayat penyakit, dan pengobatan selama pasien mendapat pelayanan di rumah sakit.
4. Sebagai bahan yang digunakan untuk melakukan analisa dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien.
5. Sebagai perlindungan hukum terhadap pasien, rumah sakit, tenaga medis, maupun tenaga kesehatanlainnya.
6. Sebagai data yang dapat digunakan untuk kepentingan pendidikan dan penelitian.
7. Sebagai sumber ingatan dan informasi yang dapat dipercaya berdasarkan pembuatan dokumentasi yang merupakan bahan pertanggungjawaban dalam pembuatan laporan.
8. Sebagai dasar dalam penghitungan biaya, atas pelayanan kesehatan yang telah diberikan rumah sakit kepada pasien.

D. RuangLingkup

1. Rawat Inap
2. Rawat Jalan
3. Instalasi Penunjang pelayanan kesehatan
4. dll.

E. Batasan Operasional

1. Penerimaan dan registrasi pasien baru dan lama
2. Pendaftaran Pasien Rawatinap
3. Pendaftaran pasienIGD
4. Pengolahan dokumen rekam medik (assembling, Indiksing,Koding)
5. Penyimpanan dokumen rekam medis
6. Pembuatan Pelaporan (Sensus harian , Kegiatan bulanan, Laporan Tahunan, Pengolahan dan Pengiriman Laporan SIRS RevisiVI)

F. Landasan Hukum

1. Undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.
2. Undang-undang nomor 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.
3. Undang-undang nomor 44 tahun 2010 tentang Rumah Sakit.
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/Per/III/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rekam Medis.
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis.
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 377/MENKES/SK/III/2008 tentang Standar Profesi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.
8. Keputusan Gubernur No. 440.1.2010 tentang perubahan Keputusan Gubernur 440-509-2009 tentang Penetapan RSUD sebagai RS PPK BLUD.
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 tentang Rekam Medis Elektronik
10. Keputusan Direktur Nomor : 800/001/RSUD-SK/VIII/2022 tentang Kebijakan pelayanan Rekam Medis.

BAB II

STANDAR KETENAGAAN

A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia

Kebutuhan tenaga yang berkualitas sangat mendukung sekali untuk kelancaran kegiatan pelayanan di instalasi rekam medis. Dengan Sumber Daya Manusia yang memiliki kemampuan yang bertujuan untuk mempertahankan dan meningkatkan kemampuan organisasi instalasi rekam medis RSUD dr. Muhammad Zein Painan dalam mencapai tujuannya. Adapun kualifikasi tenaga instalasi rekam medis yang dibutuhkan dapat dilihat dari table dibawah ini :

NO	Pendidikan	Jumlah	Kompetensi	Kebutuhan
1	DIII Perekam Medis	26	Memiliki sertifikat Pelatihan	
2	S1 kesehatan Masyarakat	7	Memiliki sertifikat Pelatihan	
3	SLTA	9	Memiliki sertifikat Pelatihan	
4	DIII RO	2	Memiliki sertifikat Pelatihan	
5	DIII Fisioterapi	3	Memiliki sertifikat Pelatihan	

B. Distribusi ketenagaan

No	Jabatan	Pendidikan	Jumlah
1	Ka. Instalasi Rekam Medis	DIII Rekam Medis	1
2	Ka. Ruangan Rekam Medis	DIII Rekam Medis	2
		DIII RO	1
3	Penerimaan Pasien Baru Rawat Jalan	DIII Rekam Medis	1
		S1 Kesmas	1
4	Penerimaan Pasien Lama Rawat Jalan	DIII Fisioterapi	1
		SI Kesmas	4
		DIII Rekam Medis	3
5	Filling	DIII Rekam Medis	6
		DIII Fisioterapi	2
		DIII RO	1
		SMA	2
6	Pengantar Rekam Medis Rawat Jalan dan Rawat Inap	SMA	3
7	Admision Desk	DIII Rekam Medis	4
		SI Keperawatan	1
8	Assembling, Analisis	DIII Rekam Medis	1
9	Coding, Indeksing	DIII Rekam Medis	5

10	Pengumpul Data Laporan Rawat jalan, Pengolah Data Laporan/Statistik	SI Kesehatan Masyarakat DIII Rekam Medis	2 2
11	Logistik	SMA	1
12	Administrasi	SMA	3
	JUMLAH		47

C. Pengaturan Dinas / Jaga di Instalasi RekamMedis

1. Pengaturan dinas di IGD

Pengaturan dinas Rekam Medis IGD hanya dilakukan oleh petugas di unit pendaftaran dan admisi,

Pengaturan dinas tenaga Rekam Medis dibagi atas tiga shift yaitu :

- a. Dinas Pagi dimulai dari jam 07.30 Wib s/d jam 14.00 Wib.
- b. Dinas Sore dimulai dari jam 14.00 Wib s/d jam 21.00 Wib.
- c. Dinas Malam dimulai dari jam 21.00 Wib s/d jam 07.30 Wib.

Petugas rekam medis dinas shift di tetapkan sebanyak 8 orang yang masing-masing bergiliran dinas yaitu 2 hari dinas pagi, 2 hari dinas sore dan 2 hari dinas malam dan 2 orang libur. Pengaturan Dinas di IGD diatur dalam daftar dinas/jaga yang ditetapkan setiap bulan oleh Ka. Instalasi Rekam Medis melalui kepala Ruangan Unit Pendaftaran.

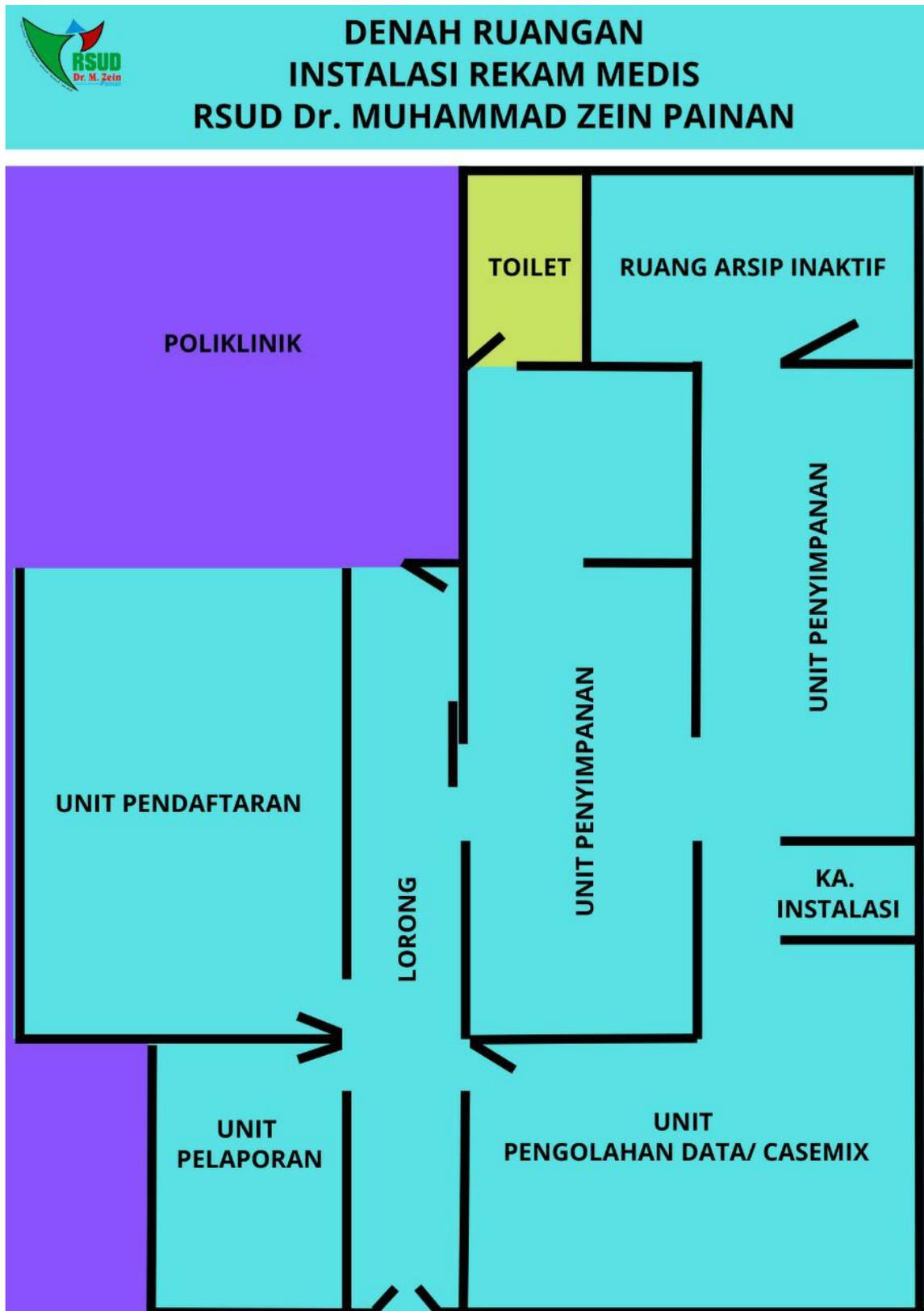
2. Pelayanan Rawat Jalan

Pengaturan dinas di bagian rekam medis rawat jalan sejalan dengan hari kerja buka poliklinik yaitu :

- a. Hari Senin s/d Jumat Jam buka pelayanan di instalasi rekam medis rawat jalan dimulai jam 07.30 wib s/d jam 11.00 Wib
- b. Pada hari minggu dan libur nasional pelayanan rekam medis ditutup dan kegiatan pelayanan rawat jalan dan rawat inap dilaksanakan di IGD.

BAB III
STANDAR FASILITAS

A. Denah Ruang



B. Fasilitas Rekam Medis Rumah Sakit

Fasilitas yang dibutuhkan sebagai sarana penunjang dari kegiatan pelayanan pasien dan pengolahan berkas rekam medis yang harus tersedia di Instalasi Rekam Medis adalah :

1. Computer
2. Printer
3. ATK
4. Berkas rekam medis
5. Lemari (rak) penyimpanan rekam medis
6. Formulir untuk penyusunan pelaporan dan pengolahan berkas rekam medis
7. Meja dan kursi petugas pengolah data rekam medis.

BAB IV

TATA LAKSANA PELAYANAN

A. Pengambilan Nomor Antrian

Tata cara pengambilan nomor antrian bagi pasien yang akan berobat ke RSUD Dr. M Zein Painan :

1. Jam pengambilan nomor antrian jam 06.00 Wib – 11.00 Wib.
2. Pasien mengambil nomor antrian sesuai dengan jenis kunjungan sebagai berikut :
 - a. Antrian A untuk poli syaraf, gigi
 - b. Antrian B untuk poli Jiwa dan Mata
 - c. Antrian C untuk poli Geriatri , Kebidanan dan Fisioterapi
 - d. Antrian D untuk poli Bedah dan Paru
 - e. Antrian E untuk poli Penyakit dalam, Jantung , Kulit, THT dan Anak (khusus untuk pendaftaran Poli Atas)

B. Pelayanan pendaftaran rawat jalan

Menurut jenis kedatangannya pasien dapat dibedakan menjadi :

1. Pasien baru: pasien yang baru pertama kali datang kerumah sakit untuk keperluan berobat
2. Pasien lama: pasien yang pernah datang sebelumnya untuk keperluan berobat

B.1 Tempat Pendaftaran Pasien Baru:

1. Pasien mengambil nomor antrian pada mesin antrian.
2. Pasien mendaftar di loket pasien baru untuk melakukan registrasi data pasien dengan memperlihatkan KTP (Kartu Identitas Kependudukan) dan kartu BPJS bagi pasien peserta BPJS.
3. Petugas rekam medis loket penerimaan baru akan memberikan formulir data social kepada pasien untuk diisi.
4. Petugas rekam medis pasien baru mengentrikan data social dan data rujukan pasien (bagi pasien BPJS) pasien kedalam SIMRS.
5. Petugas pasien baru membuatkan kartu berobat pasien dan lembaran registrasi ke poliklinik yang dituju. Dan memberi tahu pasien agar kartu tersebut di simpan dan di bawa untuk kunjungan berikutnya.
6. Petugas rekam medis menjelaskan kepada pasien/ keluarga tentang general consent dan ditandatangani oleh pasien/keluarga.
7. Petugas rekam medis memberikan SEP (bagi pasien BPJS) dan menginformasikan kepada pasien agar menunggu di poliklinik yang dituju.
8. Petugas membuatkan map berkas rekam medis pasien kemudian baru didistribusikan ke poliklinik oleh petugas pengantar rekam medis.

B.2 Penerimaan Pasien Lama / Berulang

1. Pasien mengambil nomor antrian pada mesin antrian.
2. Pasien mendaftar di loket pasien lama dengan membawa kartu berulang berobat, rujukan atau surat kontrol.
3. Petugas pasien lama memasukkan data registrasi pasien sesuai poliklinik tujuan kedalam SIMRS.
4. Petugas loket penerimaan pasien lama menyerahkan kartu berobat dan SEP untuk pasien BPJS untuk dibawa ke poliklinik yang dituju.
5. Petugas pencari rekam medis mengambil bukti pendaftaran di tracer yang kemudian digunakan untuk pencarian file rekam medis.
6. Petugas rekam medis filling menyerahkan berkas rekam medis yang telah ditemukan kepada petugas pengantar sesuai poliklinik tujuan.
7. Untuk berkas rekam medis yang belum ditemukan akan dikonfirmasi kembali ke pasien melalui petugas pendistribusi.

B.3 penerimaan Pasien Online

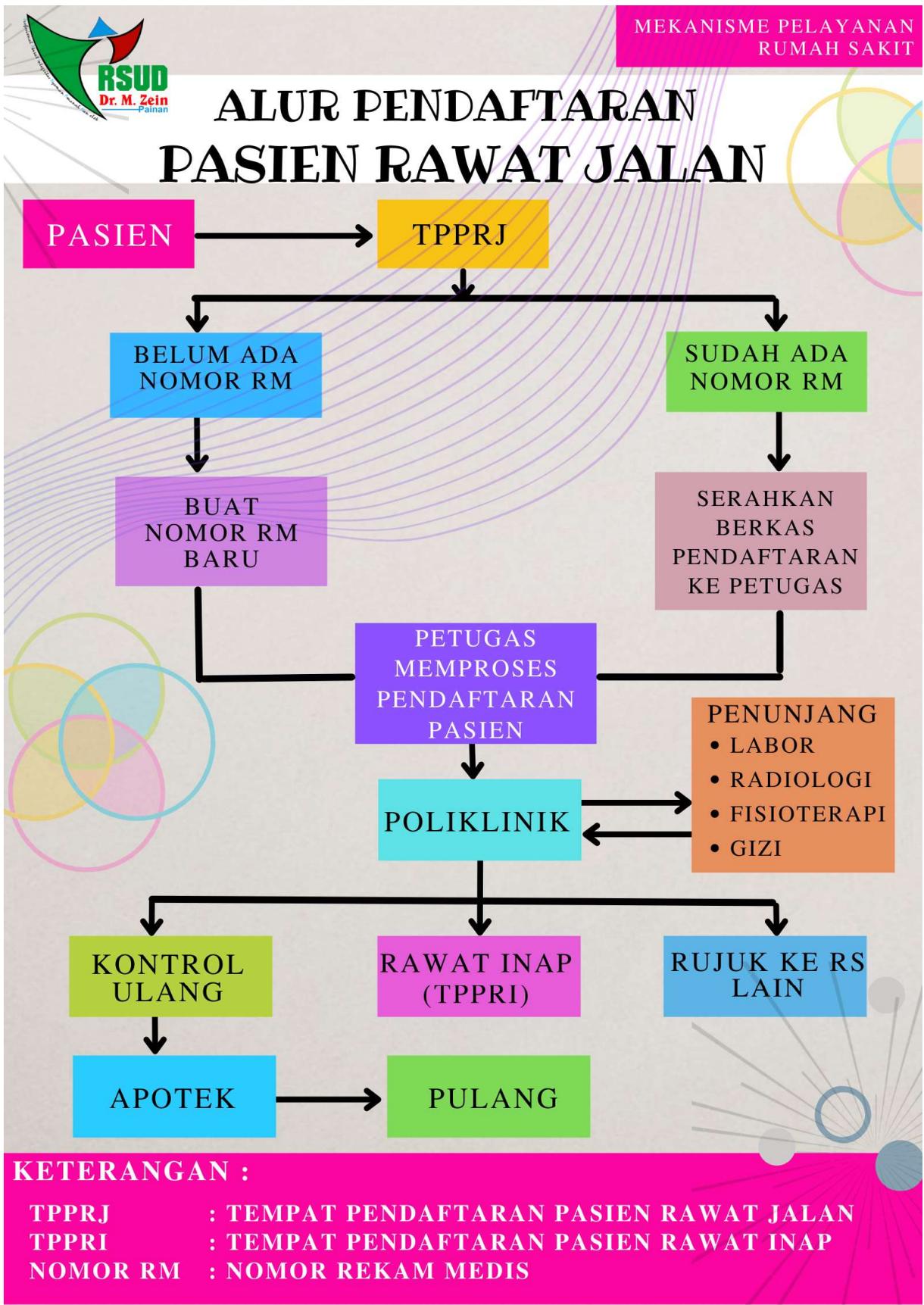
1. pasien mendaftar secara online hanya berlaku untuk pasien berulang yang sudah pernah berobat ke RSUD M Zein painan dan telah mengunduh Aplikasi RSUD Painan di Playstore.
2. pendaftaran pasien online pada aplikasi RSUD Painan dimulai pukul 11.01 WIB s/d 05.59 WIB pada hari berikutnya dan pasien mendapatkan kode booking.
3. Pasien mendaftar di loket pasien lama dengan membawa kartu berulang berobat, rujukan atau surat kontrol.
4. Petugas pasien lama memasukkan data registrasi pasien sesuai poliklinik tujuan kedalam SIMRS.
5. Petugas loket penerimaan pasien lama menyerahkan kartu berobat dan SEP untuk pasien BPJS untuk dibawa ke poliklinik yang dituju.
6. Petugas pencari rekam medis mengambil bukti pendaftaran di tracer yang kemudian digunakan untuk pencarian file rekam medis.
7. Petugas rekam medis filling menyerahkan berkas rekam medis yang telah ditemukan kepada petugas pengantar sesuai poliklinik tujuan.
8. Untuk berkas rekam medis yang belum ditemukan akan dikonfirmasi kembali ke pasien melalui petugas pendistribusi.

B.4 Penerimaan Pasien Jalur Cepat

1. Pasien mendaftar di loket pendaftaran jalur cepat dengan membawa berkas / persyaratan berobat yang sudah mendapat stiker jalur cepat dari skrining.
2. Petugas pasien lama memasukkan data registrasi pasien sesuai poliklinik tujuan kedalam SIMRS.
3. Petugas loket penerimaan pasien lama menyerahkan kartu berobat dan SEP untuk pasien BPJS untuk dibawa ke poliklinik yang dituju.
4. Petugas pencari rekam medis mengambil bukti pendaftaran di tracer yang

kemudian digunakan untuk pencarian file rekam medis.

5. Petugas rekam medis filling menyerahkan berkas rekam medis yang telah ditemukan kepada petugas pengantar sesuai poliklinik tujuan.
6. Untuk berkas rekam medis yang belum ditemukan akan dikonfirmasi kembali ke pasien melalui petugas pendistribusi.



7. Pelayanan pendaftaran rawat inap

Dilihat dari segi pelayanan rumah sakit pasien yang datang ke rumah sakit dapat dibedakan menjadi

- 1) Pasien yang dapat menunggu:
 - Pasien berobat jalan yang datang dengan perjanjian
 - Pasien yang datang tidak dalam keadaan gawat
- 2) Pasien yang segera ditolong (pasien gawat darurat) Pasien diterima untuk dirawat inap apabila:
 - Ada surat rekomendasi dari dokter yang mempunyai wewenang untuk merawat pasien di rumah sakit
 - Dikirim oleh dokter poliklinik
 - Dikirim oleh unit gawat darurat

Pelaksanaan:

1. Admisi pasien rawat inap dapat dilakukan di instalasi rekam medis pada jam 07.30 – 16.00 dan jam seterusnya dilakukan oleh petugas rekam medis di IGD.
2. Pasien yang akan dirawat mendaftar di loket pendaftaran Rawat Inap dengan membawa surat keterangan untuk dirawat dari (poliklinik dan IGD).
3. Petugas admisi memberikan informasi kepada pasien mengenai form general consent serta hak dan kewajiban pasien dan ditanda tangani oleh pasien / keluarga.
4. Petugas admisi melengkapi data identitas pasien dan melakukan registrasi pada aplikasi SIMRS untuk rawat inap ,serta menginputkan kedalam ruang rawatan pada aplikasi SIMRS.
5. Bila alamat pasien dan alamat penanggung jawab pembayaran belum lengkap dapat dilengkapi oleh petugas ruangan rawat.
6. Petugas pendaftaran rawat inap mengisi seluruh informasi yang dibutuhkan sesuai formulir surat masuk.
7. Petugas pendaftaran rawat inap membuat gelang pasien.
8. Petugas pendaftaran rawat inap membuat bundelan dan menginformasikan ke kurir untuk mengantarkan berkas rekam medis ke ruang perawatan.

ALUR PENDAFTARAN PASIEN RAWAT INAP



KETERANGAN :

TPPRI : TEMPAT PENDAFTARAN PASIEN RAWAT INAP
ADM KESEHATAN : ADMINISTRASI KESEHATAN

8. Pelayanan pendaftaran pasien IGD

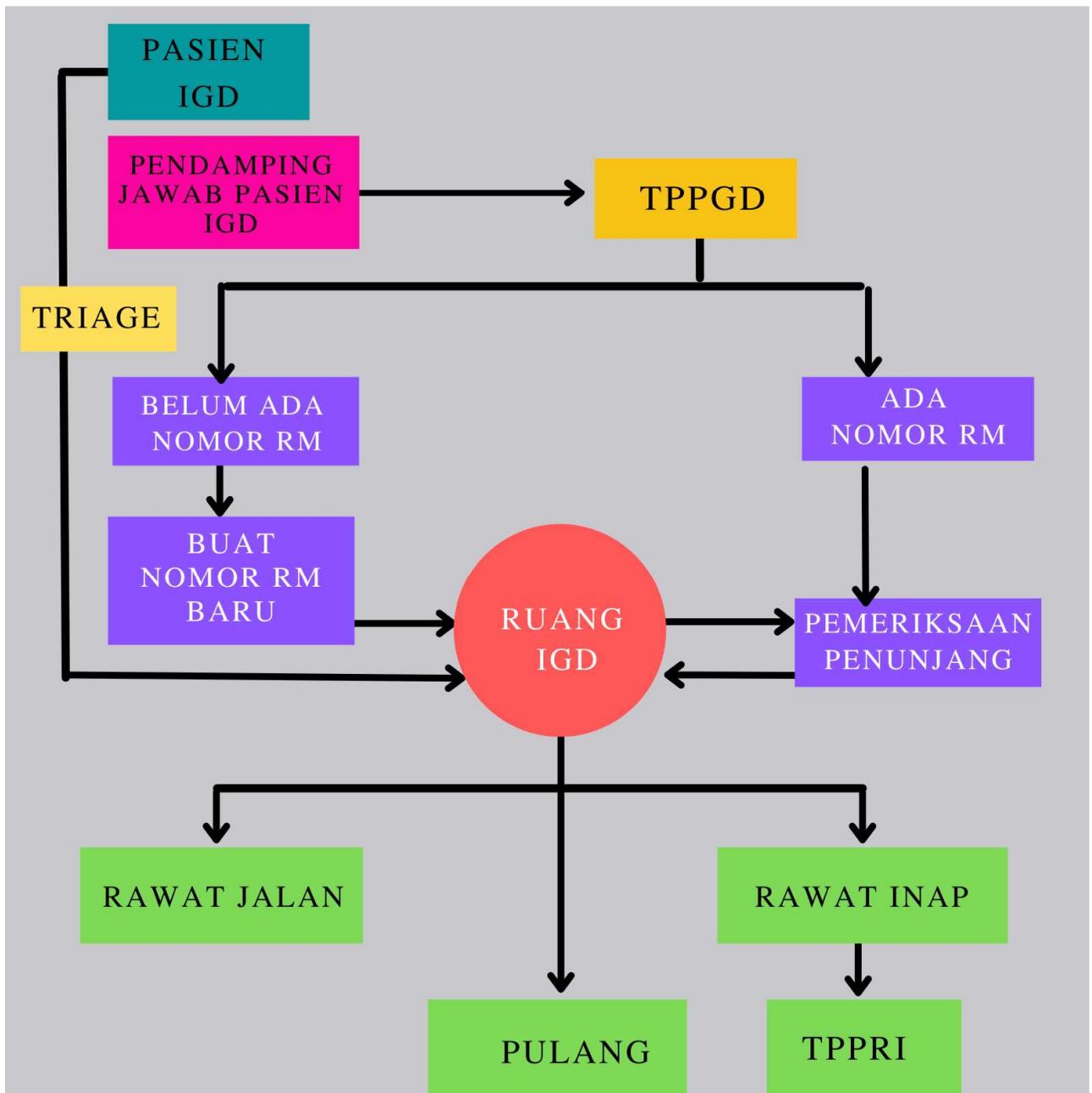
Pasien yang datang ke instalasi Gawat darurat berbeda dengan pasien yang diterima pada loket pasien baru dan loket pasien lama. Karena disini pasien ditolong terlebih dahulu baru kemudian mengurus administrasinya .setelah mendapat pelayanan yang cukup ,ada beberapa kemungkinan:

- Pasien boleh langsung pulang
- Pasien dirujuk ke rumah sakit lain
- Pasien harus dirawat

Pelaksanaan :

- a. Pasien datang dan mendaftar di bagian Rekam Medis.
- b. Petugas Rekam Medis mewawancarai Pasien/keluarga pasien untuk mendapatkan informasi tentang identitas dan data social pasien.
- c. Petugas pendaftaran IGD memasukan data ke SIMRS untuk pasien IGD.
- d. Pasien yang belum pernah datang berobat ke rumah sakit dibuatkan kartu kunjungan berobat dan menyiapkan berkas rekam medisnya.
- e. Pasien yang sudah pernah berobat ke rumah sakit disiapkan berkas rekam medisnya sesuai dengan nomor rekam medis pasien.
- f. Setelah pasien mendapatkan pelayanan kesehatan pasien umum menyelesaikan administrasi pembayaran di loket pembayaran.
- g. Pasien yang akan dirawat dibuatkan rekam medis rawat inap dan gelang pasien sesuai jenis kelaminnya oleh petugas rekam medis.
- h. Kemungkinan pasien dirawat,dirujuk atau boleh pulang ditentukan oleh dokter IGD
- i. Petugas rekam medis memberitahukan kepada pasien/keluarga pasien yang akan dirawat di rumah sakit tentang general consent serta hak dan kewajiban pasien untuk di pahami dan di tanda tangani oleh keluarga dan petugas.

ALUR PENDAFTARAN PASIEN INSTALASI GAWAT DARURAT



KETERANGAN :

TPPGD : TEMPAT PENDAFTARAN PASIEN GAWAT DARURAT

TPPRI : TEMPAT PENDAFTARAN PASIEN RAWAT INAP

NOMOR RM : NOMOR REKAM MEDIS

9. Sistem Identifikasi dan Penomoran

i. Sistem Identifikasi

Identifikasi Pasien Umum.

Penulisan identifikasi pasien rawat jalan dan rawat inap harus sama. butir

– butir identifikasi pasien yang harus dientrykan kedalam SIMRS adalah sebagai berikut :

1. Nomor Rekam Medis, setelah otomatis teridentifikasi saat data pasien telah didaftarkan di SIMRS
2. Nomor KTP, diisi sesuai dengan NIK pasien
3. Nama, ditulis lengkap dan jelas menggunakan EYD.
4. Umur, diisi dengan angka dan satuan waktu, misal : 30 hr, 3 bl, 4 th.dll.
5. Jenis kelamin, tulis atau pilih huruf L untuk pasien laki-laki dan P untuk pasien perempuan.
6. Status, diisi atau dipilih sesuai dengan status perkawinan pasien, misal : belum kawin, kawin, janda dan duda.
7. Agama, diisi dengan agama atau kepercayaan pasien.
8. Alamat pasien, diisi alamat /tempat tinggal sekarang, usahakan alamat tersebut lengkap dan dapat dilacak.
9. Pekerjaan pasien, kalau pasien sudah bekerja diisi sesuai dengan jenis pekerjaan pasien, kalau belum bekerja maka kolomnya dikosongi.
10. Nomor telepon, diisi dengan nomor telepon bila pasien mempunyai.
11. Nama Kepala Keluarga, diisi nama kepala keluarga atau yang bertanggung jawab. Sedangkan kalau pasien itu sendiri sebagai kepala keluarga maka kolom ini dikosongi.
13. Pekerjaan Kepala Keluarga (KK), diisi sesuai dengan jenis pekerjaan kepala keluarga.
14. Tanggal Kunjungan pertama, diisi sesuai tanggal kunjungan saat pasien berobat pertama kali.
15. No kartu BPJS pasien
16. Hubungan keluarga diisi hubungan pasien dengan penanggung jawab

Identifikasi Khusus Bayi Baru Lahir.

Identifikasi bayi baru lahir lebih lengkap jika dibanding dengan identifikasi pasien dewasa atau umum. Identifikasi bayi baru lahir harus diisikan pada formulir khusus

Adapun butir-butir identifikasinya adalah sbb :

- 1). Ketentuan penulisan sesuai dengan butir-butir identifikasi umum.
- 2). Pemasangan gelang pada kaki kanan bayi sebagai identitas, dilakukan oleh bidan /perawat yaitu:
 - a. Gelang warna merah muda untuk bayi perempuan.
 - b. Gelang warna biru muda untuk bayi laki-laki.

Masing-masing bertuliskan : nama ibu, no rekam medis dan tgl lahir.

- 3) Penulisan identitas pada formulir /lembar identifikasi bayi adalah sbb :
1. Nama ruang.
 2. Nama bayi kalau sudah ada
 3. Nama ibu yang melahirkan
 4. Nama ayah sibayi
 5. Tanggal dan jam lahir bayi
 6. Warna kulit dan jenis kelamin bayi.
 7. Berat badan
 8. Panjang badan
 9. Cap telapak kaki bayi kanan kiri
 10. Cap ibu jari tangan kiri dari ibunya bayi.
 11. Tanda tangan dan nama terang penolong.
 12. Tanda tangan dan nama terang dokter /bidan yang bertanggungjawab.
 13. Tanda tangan dan nama terang orang yang menentukan jenis kelamin.
 14. Tanda tangan kepala ruang bersalin.
 15. Tanda tangan perawat ruang bayi.
 16. Warna rambut bayi.
 17. Bentuk rambut bayi.
 18. Kelainan kongenital.
- 4). Pemasangan identifikasi pada boks bayi.
- a. Nama ibu.
 - b. Tanggal dan jam lahir bayi.
 - c. Jenis kelamin bayi.
 - d. Panjang badan bayi.
 - e. Berat badan bayi
- 5). Pada waktu bayi pulang.
1. Tanggal pemulangan.
 2. Tanda tangan dan nama terang perawat.
 3. Tanda tangan dan nama terang ibu /ayah.
 4. Tanda tangannya saksi.

Identifikasi Pasien meninggal.

1. Perawat ruang menyerahkan pasien yang meninggal kepada petugas kamar jenazah dilengkapi dengan identitas yang ditulis pada formulir khusus.
 1. Nama, umur, jenis kelamin, alamat.
 2. Hari, tanggal dan jam meninggal.
2. Petugas penerima jenazah melakukan identifikasi ulang dengan melakukan pemasangan identifikasi pada pergelangan kaki kanan.
 1. Nama.
 2. Jenis kelamin.
 3. Alamat.

Serah Terima Jenazah

1. Nama, alamat, jenis kelamin jenazah.
2. Tanggal dan jam meninggal.
3. Tanggal penyerahan jenazah.
4. Nama, tanda tangan, alamat dan hubungan penerima jenazah.
5. Nama, tanda tangan, jabatan petugas kamar jenazah yang menyerahkan.

2.Sistim Penomoran

Sistim penomoran rekam medis di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan menggunakan Sistem Unit (Unit Numbering System). Sistim ini memberikan satu unit nomor rekam medis baik kepada pasien rawat jalan maupun pasien rawat inap. Setiap pasien yang berobat ke RSUD Dr Muhammad Zein Painan harus diberi nomor RM pada kartu Identitas Berobat dan diberikan kepada pasien sebagai salah satu identitas pasien, selain nama dan alamat. Nomor rekam medis ini juga digunakan sebagai pedoman dalam penyimpanan dokumen RM.

Nomor RM terdiri dari 6 digit yang dimulai dari nomor 00 00 01 s/d 99 99 99

Ketentuan penomoran :

- Penerbitan dan pengaturan nomor rekam medis diserahkan kepada Petugas Penerimaan Pasien petugas pasien baru.
- Setiap pasien akan diberi satu nomor RM yang akan digunakan selamanya di setiap unit pelayanan di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.
- Nomor RM harus ditulis di setiap lembar /formulir rekam medis yang digunakan untuk mencatat hasil pemeriksaan/pelayanan.
- Nomor RM juga ditulis di KIB (Kartu Identitas Berobat) dan dibawa pulang oleh pasien. Pada saat berobat ulang KIB ini diserahkan kepada petugas penerimaan pasien untuk pencarian dokumen rekam medis lama.
- Nomor RM yang ditulis di sampul dokumen digunakan dalam sistem penyimpanan.

F.Klasifikasi penyakit

Didalam pengklasifikasi penyakit RSUD Dr. Muhammad Zein Painan Menggunakan dua buah buku yaitu :

- a. ICD X digunakan untuk mengklasifikasi diagnose penyakit.
- b. ICD IX CM digunakan untuk mengklasifikasi Tindakan.

G.Pengolahan dan analisa data

Dokumen rekam medis pasien yang telah pulang dikembalikan ke instalasi rekam medis paling lambat 2 x 24 jam untuk selanjutnya diolah dan dianalisa kelengkapannya yang berakhir kepada pembuatan laporan RS. Dengan prosedur sebagai berikut:

- a. Dokumen rekam yang telah dikembalikan di cros cek kelengkapannya oleh petugas rekam medis.
- b. Petugas rekam medis bagian assembling membuat analisa kelengkapan dokumen rekam medis, Dokumen rekam medis yang tidak lengkap dikembalikan ke ruang rawat inap tempat pasien dirawat.
Petugas rekam medis bagian assembling membuat analisa data kelengkapan rekam medis setiap 1 bulan sekali dan laporan ke tidak lengkap pengisian dokumen rekam medis di laporkan ke Direktur melalui tim Mutu.
- c. Dokumen rekam medis yang lengkap selanjutnya diasembling disusun sesuai urutan formulir dokumen rekammedis.
- d. Dokumen rekam medis yang telah disusun rapi kemudian dikoding oleh petugas koding.
- e. setelah dokumen rekam medis dicatat untuk pengumpulan data pelaporan dokumen rekam medis diserahkan ke petugas penyimpanan untuk penyimpanan dokumen rekam medis sesuai dengan tempatnya.

H. Urutan Dokumen Rekam Medis

Adapun urutan penyimpanan lembar-lembar RM adalah sebagai berikut:

No	NAMA FORMULIR	KODE/NOMOR FORM
IRJ		
1	Persetujuan umum (general consent) rawat jalan	RM 4
2	Pengkajian awal keperawatan rawat jalan	RM 2
3	Pengkajian awal dokter rawat jalan	RM 2.2
4	Catatan terintegrasi rawat jalan	RM 9
5	Hasil laboratorium/x-ray/dll	
IGD		
1	Persetujuan umum (general consent)	RM 4
2	Pengkajian keperawatan gawat darurat	RM 1
3	Pengkajian dokter gawat darurat	
IRNA		
1	Persetujuan umum (general consent)	RM 4
2	Data visite dokter	
3	Ringkasan masuk dan keluar	
4	Hak dan kewajiban pasien rumah sakit	RM 4.1
A. Pembatas merah untuk asasmen awal pasien rawat inap		
5	Tata tertib dan hak dan kewajiban pasien	
6	Pengkajian awal dokter rawat inap	RM 6
7	Pengkajian awal keperawatan rawat inap	RM 5
8	Catatan perawatan intensif	RM 10.1
9	Catatan perkembangan pasien terintegrasi rawat inap	RM9 revisi01
10	Hasil pemeriksaan, analisis dan tindak lanjut	RM 2.7
11	Pemantauan harian pasien	RM 10
12	Rencana tindakan keperawatan	RM 5.1
13	Daftar pemberian obat	RM 10
14	Hasil pemeriksaan laboratorium	RM 17
15	Persetujuan/penolakan diruang kesehatan	RM 18
B. Pembatas merah muda		
16	Resume medis	RM 23 revisi 01
17	Resume keperawatan	RM 23.1

18	Form A-evaluasi awal manejer pelayanan pasien	RM 23.3
C. Pembatas biru		
19	Pengkajian resiko terhadap infeksi	RM 24 revisi 01
20	Dokumen edukasi terintegrasi	RM 26 revisi 2A IRNA
21	Checklist rencana pemulangan pasien	RM 27 revisi 01
D. Pembatas hijau		
22	Formulir rekonsiliasi obat	RM 31

Tenaga kesehatan yang berwenang mengisi dan melengkapi rekam medis adalah :

- a. Dokter atau dokter gigi yang melayani pasien
- b. Residen yang melaksanakan kepaniteraan klinik
- c. Tenaga paramedis perawatan dan tenaga paramedis non perawatan yang langsung terlibat dalam asuhan pelayanan.

Setiap pencatatan rekam medis harus dibubuhi nama, waktu dan tanda tangan petugas yang bersangkutan, dan apabila terjadi kesalahan dalam melakukan pencatatan rekam medis dapat dilakukan pembetulan dengan cara pengcoretan tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan dan dibubuhi paraf .

I. Penyelesaian dan Pengembalian Rekam Medis

Penyelesaian dan pengembalian rekam medis Rawat Jalan

- Setelah pasien melakukan registrasi di instalasi rekam medis pasien diminta menunggu di poliklinik tujuan.
- Petugas pencari rekam medis mencari rekam medis pasien dan menyerahkan rekam medis kepada petugas pengantar rekam medis
- Setelah pasien dilayani di poliklinik, petugas dan dokter yang memberikan pelayanan mengisi lembaran rekam medis sesuai dengan formulir yang tersedia
- Petugas poliklinik menyerahkan seluruh berkas rekam medis pasien setelah selesai pelayanan setiap hari kepada instalasi rekam medis
- Petugas penyimpanan menyimpan berkas rekam medis pada rak penyimpanan
- Petugas poliklinik membuat rekapitulasi kunjungan, diagnosis penyakit kasus (baru dan lama) dan melaporkannya ke instalasi rekam medis (petugas pelaporan) setiap bulan (bulanan).

Penyelesaian dan pengembalian rekam medis rawat inap

- Setelah pasien melakukan registrasi di instalasi rekam medis rawat inap pasien diminta untuk ke ruang perawatan.
- Dokter yang bertugas diruang perawatan mencatat riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik, serta semua tindakan yang diberikan kepada pasien pada lembaran-lembaran rekam medis dan menandatangani
- Perawat/bidan mencatat pengamatannya terhadap pasien dan pertolongan perawatan yang diberikan kepada pasien pada lembar catatan perawat/bidan dan membubuhkan tanda tangannya serta mengisi lembaran grafik tentang suhu, nadi dan pernapasan seorang pasien

- Selama diruang rawatan ,perawat/bidan menambah lembaran-lembaran rekam medis sesuai dengan kebutuhan pelayanan yang diberikan kepada pasien
- Perawat/bidan berkewajiban membuat sensus harian yang memberikan gambaran mutasi pasien mulai jam 00.00 WIB – 24.00 Wib yang ditanda tangani oleh kepala ruangan dan dikirim kebagian pelaporan selambat-lambatnya jam 09.00 WIB
- Petugas ruangan memeriksa kelengkapan berkas rekam medis pasien sebelum diserahkan ke unit rekam medis
- Setelah pasien keluar dari rumah sakit, berkas rekam medis pasien segera dikembalikan ke instalasi rekam medis 2x24 jam setelah pasien keluar.
- Petugas instalasi rekam medis mengolah rekam medis yang sudah lengkap untuk bahan laporan (koding, indeks dan laporan penyakit)
- Petugas instalasi rekam medis membuat rekapitulasi sensus harian setiap akhir bulan dan mengirim ke unit terkait.
- Petugas penyimpanan menyimpan berkas rekam medis pada rak penyimpanan
- Petugas rekam medis mengeluarkan rekam medis pasien baik untuk keperluan berobat atau untuk keperluan lain.
- Setiap permintaan rekam medis harus dengan surat permintaan dan dibuatkan catatan pada buku peminjaman rekam medis
- Bila rekam medis sudah dikembalikan surat permintaan dapat dibuang dan diberi tanda tangan atau paraf petugas dan dicantum kan tanggal pengembaliannya
- Rekam medis pasien yang tidak pernah lagi berobat ke rumah sakit sejak lima tahun terakhir di nyata kan sebagai inactive
- Berkas –berkas rekam medis yang sudah dinyatakan sebagai inactive dikeluarkan dari rak penyimpanan dan disimpan dalam ruang inactive dan proses untuk dimusnahk

j. Penyimpanan rekam medis

Dokumen rekam medis harus dikelola dan dilindungi sehingga aman dan terjaga kerahasiaannya. Perlindungan tersebut meliputi tempat /ruang dan alat yang digunakan untuk menaruh dan menyimpan dokumen rekam medis. Setiap lembar formulir rekam medis dimasukkan dalam folder atau map secara individual.

Tujuan penyimpanan dokumen rekam medis adalah sbb :

- a. Mempermudah dan mempercepat ditemukannya kembali dokumen rekam medis yang disimpan dalam rak filing.
- b. Mudah mengambil dan mengembalikan dari tempat penyimpanan.
- c. Melindungi rekam medis dari bahaya pencurian, kerusakan fisik dll.

Dengan demikian maka perlu dipertimbangkan jenis sarana dan peralatan yang digunakan dan tersedianya tenaga yang bisa mengelola.

Di RSUD Dr Muhammad Zein painan sistim penyimpanan dokumen rekam medis secara *Sentralisasi* yaitu Tidak ada pemisahan tempat penyimpanan dokumen rekam medis rawat jalan maupun rawat inap. Sedangkan dokumen rekam medis pasien gawat darurat digabung dengan salah satu dokumen rawat jalan atau rawat inap tergantung keadaan pasien. Semua dokumen rekam medis disimpan dalam satu lokasi yaitu di instalasi rekam medis, jadi tidak disimpan di setiap unit pelayanan.

Sistim penjajaran yang dipakai adalah dengan sistem Angka Akhir (Terminal Digit Filling) yaitu suatu sistem penyimpanan dokumen rekam medis dengan mensejajarkan folder/dokumen rekam medis berdasarkan pada 2 angka kelompok akhir.

Contoh :	112094	212094
	122094	222094
	132094	232094

k. Pelepasan informasi

Informasi medis seorang pasien dapat diberikan kepada pihak terkait antara lain :

- a. Asuransi.
- b. Pasien/keluarga pasien.
- c. Rumah sakit yang menjadi tempat rujukan.
- d. Dokter lain yang merawat pasien.
- e. Kepolisian
- f. Untuk keperluan pengadilan.\
- g. Mahasiswa yang melakukan praktek/pendidikan dan penelitian sesuai aturan yang berlaku
- h. Institusi atau lembaga berdasarkan ketentuan perundang-undangan
- i. Badan atau lembaga yang berkepentingan tidak menyebutkan identitas pasien

Pemberian informasi medis seorang pasien dapat diberikan apabila pasien memberi kuasa kepada seseorang atau menandatangani surat kuasa untuk mendapatkan informasi medis mengenai dirinya. Orang yang membawa surat kuasa harus memperhatikan tanda pengenal yang sah kepada pimpinan rumah sakit sebelum mereka diizinkan untuk meneliti berkas rekam medis yang diminta. Apabila tidak ada UU yang menetapkan hak suatu badan pemerintah untuk menerima informasi tentang pasien, mereka hanya dapat memperoleh informasi atas persetujuan dari pihak yang bersangkutan.

Yang harus menjadi patokan bagi petugas rekam medis rumah sakit adalah " Surat persetujuan untuk memberikan informasi yang ditandatangani oleh seorang pasien atau pihak yang bertanggung jawab " selalu diperlukan untuk setiap pemberian informasi dari rekam medis.

Pemberian informasi tentang seorang pasien selama mendapat pertolongan perawatan di rumah sakit untuk kepentingan usaha yang bergerak dibidang asuransi membutuhkan surat kuasa atau persetujuan yang ditandatangani oleh yang bersangkutan.

I. Peminjaman rekam medis

Dokumen rekam medis yang telah disimpan selalu akan digunakan kembali untuk keperluan pelayanan, penelitian, audit dll. Agar dokumen rekam medis yang keluar dari rak penyimpanan tersebut dapat dikendalikan sehingga mudah diketahui keberadaan dan penggunaannya. Semua dokumen rekam medis yang dipinjam harus dicatat dalam buku peminjaman dokumen rekam medis. Dengan demikian bisa dilihat tingkat penggunaan dokumen rekam medis secara umum, tujuan penggunaan dll. Juga dapat digunakan untuk mengukur aktifitas filing atau sebagai perencanaan tenaga dan saranapenyimpanan.

Aturan pengambilan kembali dokumen rekam medis :

- a. Penyimpanan dan pengambilan dokumen rekam medis harus sesuai dengan prosedur yang berlaku.
- b. Peminjam harus datang sendiri ke unit rekam medis untuk mengisi buku peminjaman serta membubuhkan paraf /tanda tangan.
- c. Hanya petugas rekam medis yang boleh mengambil dokumen rekam medis dalam penyimpanan.

m. Pemisahan rekam medis in-aktif (retensi)

Retensi adalah penentuan masa /waktu penyimpanan berkas rekam medis. Pada saat akan dilakukan pengurangan /penyusutan berkas rekam medis perlu ditentukan jadwal retensi. Berkas yang sudah dinyatakan inaktif akan disortir dan

dipindah ke ruang inaktif. Berkas rekam medis yang dinyatakan inaktif apabila sudah tersimpan 5 tahun dihitung sejak pasien berobat terakhir.

Tujuan Retensi dan penyusutan berkas rekam medis adalah sbb :

- a. Untuk mengurangi volume berkas rekam medis dalam penyimpanan.
- b. Guna memisahkan berkas rekam medis aktif dan inaktif.
- c. Menyiapkan fasilitas yang cukup untuk tersedianya tempat penyimpanan.
- d. Menjaga kualitas pelayanan dengan mempercepat penyiapan berkas rekam medis.
- e. Menyelamatkan arsip yang bernilai guna tinggi serta mengurangi yang tidak bernilai guna/ nilai guna rendah / nilai guna telah menurun.

n. Penghapusan rekam medis

Penghapusan atau pemusnahan adalah suatu proses penghancuran berkas rekam medis inaktif secara fisik yang telah berakhir fungsi dan nilai gunanya berdasarkan umur berkas rekam medis. Penghancuran dilakukan secara total dengan cara membakar atau mencacah atau daur ulang sehingga tidak dapat lagi dikenal lagi isi maupun bentuknya.

Peraturan tentang penyusutan dan pemusnahan dokumen rekam medis bisa dilihat pada buku Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia tahun 2006 yang diterbitkan oleh Depkes. RI. Dirjend. Pelayanan Medik Jakarta.

o. Tenaga Kesehatan yang Berhak Mengakses Rekam Medis

Rekam medis harus terjaga keamanan, privasi dan kerahasiaannya. Tenaga kesehatannya yang berhak mengakses rekam medis adalah :

- a. Dokter dan dokter gigi
- b. Perawat dan bidan
- c. Petugas medis lainnya : nutritionist, fisioterapist, occupational therapist, radiographer, pranata laboratorium, yang bertugas di RSUD Dr M Zein Painan dan mempunyai RKK untuk memberikan pelayanan medis kepada pasien.
- d. Petugas rekam medis.

p. Entri koding Rawat Jalan dan Inap Klaim BPJS ke Aplikasi INA-Cbgs

Indonesia case base groups yaitu sebuah aplikasi yang digunakan rumah sakit untuk mengajukan klaim pada pemerintah/BPJS. Rumah sakit akan mendapatkan pembayaran berdasarkan rata-rata biaya yang dihabiskan untuk suatu kelompok diagnosis. Pada setiap rumah sakit, memiliki petugas khusus yang bertugas untuk mengentri kode diagnose kedalam program INA-CBGS. Adapun langkah-langkah yang dilakukan oleh petugas entri koding, sebagai berikut :

1. Petugas entri koding menerima dan mencek berkas klaim rawat jalan dan rawat inap dari petugas koding
2. Petugas entri mengentrikan dan menggruping data koding kedalam aplikasi INA –Cbgs
3. Petugas entri mencek dan menempelkan Laporan Individual Pasien (LIP) ke berkas klaim
4. Petugas entri mengkonfirmasi ke bagian koding apabila ada kekeliruan dalam penulisan kode penyakit dan tindakan
5. Petugas entri memperbaiki entri apabila ada kesalahan pada data koding
6. Petugas entri menyerahkan berkas klaim ke bagian keuangan.

q. **Review Rekam Medis**

Review rekam medis merupakan proses untuk melakukan asesmen terhadap isi dan kelengkapan berkas rekam medis merupakan bagian dari kegiatan peningkatan kinerja rumah sakit yang dilaksanakan secara berkala.

Pelaksanaan :

1. Review rekam medis dilakukan oleh PPA dan petugas rekam medis yang dibentuk dalam suatu tim review rekam medis yang ditunjuk oleh direktur
2. Review rekam medis dilakukan terhadap rekam medis pasien yang sedang dirawat dan rekam medis yang sudah pulang
3. Rekam medis yang direview secara berkala.
4. Focus review adalah pada ketepatan waktu, keterbacaan, kelengkapan rekam medis
5. Hasil review dilaporkan secara berkala kepada direktur.

BAB V

LOGISTIK

A. Pengertian

Serangkaian kegiatan perencanaan, pengorganisasian, dan pengawasan terhadap kegiatan pengadaan, pencatatan, pendistribusian, penyimpanan, pemeliharaan dan penggunaan logistik guna mendukung efektifitas dan efisiensi dalam upaya pencapaian tujuan organisasi.

B. Tujuan manajemen logistic

Tujuan umum

1. Tujuan operasional

Tujuan operasional agar tersedia barang / bahan dalam jumlah yang tepat dan mutu yang memadai.

2. Tujuan keuangan

Tujuan keuangan operasional dapat terlaksana dengan biaya yang serendah-serendahnya.

3. Tujuan pengamanan

Tujuan Khusus:

Mendukung efektivitas dan efisiensi dalam setiap upaya pencapaian tujuan organisasi.

C. Implementasi manajemen logistik instalasi rekam medis

Untuk melaksanakan pelayanan dan kegiatan pengolahan data rekam medis terdapat sejumlah persyaratan minimal dan perlengkapan.

1. Bahan habis pakai

2. Bangunan dan tata ruang sekurang-kurangnya terdiri dari :

- kursi
- meja
- meja dan kursi petugas pengantar
- Lemari Arsip
- Kamar kecil (WC)
- Kenyamanan
- Keamanan

- Privacy
- Kepuasan
- Perlengkapan penunjang
- Buku Register Pasien
- Formulir rekam medis
- Kartu pasien
- Rak penyimpanan
- Komputer
- Printer
- Meja dan Kursi Petugas
- Formulir pelaporan
- Mesin Scan

D. Fungsi manajemen perlengkapan

Fungsi logistik dapat disusun dalam bentuk skema siklus kegiatan logistik sebagai berikut.

1. Fungsi perencanaan

Proses untuk merumuskan sasaran dan menentukan langkah-langkah yang harus dilaksanakan untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan. Secara khusus perencanaan logistik adalah merencanakan kebutuhan logistik yang pelaksanaannya dilakukan oleh semua calon pemakai atau *user* kemudian diajukan sesuai dengan alur yang berlaku di masing-masing organisasi.

Perencanaan dapat dibagi ke dalam periode-periode sebagai berikut:

- a. Rencana jangka panjang (*longrange*)
- b. Rencana jangka menengah (*midrange*)
- c. Rencana jangka pendek (*shortrange*)

Fungsi perencanaan dan penentuan kebutuhan ini akan menghasilkan antara lain:

- a. Rencana Pembelian
- b. Rencana Rehabilitasi
- c. Rencana Dislokasi
- d. Rencana Sewa
- e. Rencana Pembuatan

Dalam tahapan perencanaan logistik pada umumnya dapat menjawab dan menyimpulkan pernyataan sebagai berikut:

1. Apakah yang dibutuhkan untuk menentukan jenis barang yang tepat (*what*)
2. Berapa yang dibutuhkan untuk menentukan jumlah yang tepat (*how much, howmany*)
3. Kapan menentukan waktu yang tepat (*when*)

4. Dimana dibutuhkan untuk menentukan tempat yang tepat(*where*)
5. Siapa yang mengurus untuk menentukan orang atau unit yang tepat(*who*)
6. Bagaimana diselenggarakan untuk menentukan proses yang tepat(*how*)
7. Mengapa dibutuhkan pengecekan apakah keputusan yang diambil benar- benar tepat(*why*)

2. Fungsi pengadaan

Pengadaan adalah semua kegiatan dan usaha untuk menambah dan memenuhi kebutuhan barang dan jasa berdasarkan peraturan yang berlaku dengan menciptakan sesuatu yang tadinya belum ada menjadi ada. Kegiatan ini termasuk dalam usaha untuk tetap mempertahankan sesuatu yang telah ada dalam batas-batas efisiensi (Subagya, 1994).

Pengadaan tidak selalu harus dilaksanakan dengan pembelian tetapi didasarkan dengan pilihan berbagai alternatif yang paling tepat dan efisien untuk kepentingan organisasi. Cara-cara yang dapat dilakukan untuk menjalankan fungsi pengadaan adalah:

- a. Pembelian
- b. Penyewaan
- c. Peminjaman
- d. Pemberian (hibah)
- e. Penukaran
- f. Pembuatan
- g. Perbaikan

Proses pengadaan peralatan dan perlengkapan di instalasi rekam medis pada umumnya berdasarkan permintaan dari instalasi rekam medis yang langsung di tujukan kepada direktur.

Penghapusan adalah kegiatan atau usaha pembebasan barang dari pertanggungjawaban sesuai peraturan dan perundang-undangan yang berlaku (Subagya, 1994). Alasan penghapusan barang antara lain:

- a. Barang hilang, akibat kesalahan sendiri, kecelakaan, bencana alam, administrasi yang salah, tercecer atau tidakditemukan.
- b. Teknis dan ekonomis

Nilai barang dianggap tidak ada manfaatnya yang disebabkan beberapa faktor:

- Kerusakan yang tidak dapatdiperbaiki
- Kadaluarsa yaitu suatu barang tidak boleh dipergunakan lagi menurut ketentuan waktu yang ditetapkan

- Aus atau deteriorasi yaitu barang mengurang karena susut, menguap atau *hadling*
 - Busuk karena tidak memenuhi spesifikasi sehingga barang tidak dapat dipergunakanlagi.
- c. Surplus
 - d. Tidak bertuan yaitu barang-barang yang tidak diurus
 - e. Rampasan yaitu barang-barang bukti dari suatu perkara

Program penghapusan dapat ditinjau dari dua aspek antara lain:

a. Aspek yuridis, administrasi dan prosedur

Dalam aspek yuridis mencakup pembentukan panitia penilai, identifikasi dan inventarisasi peraturan-peraturan yang mengikat, persyaratan atau ketentuan terhadap barang yang dihapus, penyelesaian kewajiban sebelum barang dihapus.

b. Aspek rencana pelaksana teknis

Evaluasi, rencana pemisahan dan pembuangan serta rencana tindak lanjut. Cara-

Cara penghapusan yang lazim dilakukan antara lain:

1. Pemanfaatan langsung yaitu usaha merehabilitasi/merekondisi komponen-komponen yang masih dapat digunakan kembali dan dimasukkan sebagai barang persediaanbaru.
2. Pemanfaatan kembali yaitu usaha meningkatkan nilai ekonomis dari barang yang dihapus menjadi baranglain.
3. Pemindahan yaitu mutasi kepada instansi yang memerlukan dalam rangka pemanfaatanlangsung.
4. Hibah yaitu pemanfaatan langsung atau peningkatan potensi kepada badan atau pihak di luar instansi(pemerintah).
5. Penjualan/Pelelangan yaitu dijual baik di bawah tangan ataudilelang.
6. Pemusnahan yaitu menyangkut keamanan dan keselamatanlingkungan.

3. Fungsi Pengendalian

Bentuk kegiatan pengendalian antara lain:

- a. Merumuskan tatalaksana dalam bentuk manual, standar, kriteria, norma, instruksi dan prosedurlain.
- b. Melaksanakan pengamatan (*monitoring*), evaluasi dan laporan, guna mendapatkan gambaran dan informasi tentang penyimpangan dan jalannya pelaksanaan dari rencana.
- c. Melakukan supervisi

Agar pelaksanaan pengendalian dapat berjalan dengan baik diperlukan sarana-sarana pengendalian sebagai berikut:

1. Struktur organisasi yang baik
2. Sistem informasi yang memadai
3. Klasifikasi yang selalu mengikuti perkembangan menuju standardisasi
4. Pendidikan dan pelatihan
5. Anggaran yang cukup memadai

BAB VI

KESELAMATAN PASIEN DAN KESELAMATAN KERJA

A. Keselamatan Pasien

1. Identifikasi Pasien.

Petugas rekam medis melakukan identifikasi pasien berdasarkan identitas (KTP, SIM, Paspor) dari pasien.

Petugas Mencatat : nama , tanggal lahir, jenis kelamin, alamat dengan benar.

2. Pencegahan duplikasi Nomor RekamMedis

Setiap pasien yang berobat di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan hanya boleh memiliki satu nomor rekam medis. Untuk pencegahan agar tidak terjadi duplikasi petugas Rekam medis pendaftaran pasien baru harus memperhatikan nomor rekam medis yang dibuat. Bila terjadi dalam pembuatan nomor ganda petugas rekam medis segera melaporkan ke penanggung jawab SIMRS. Supaya penanggung jawab SIMRS agar tidak terjadi lagi duplikasi nomor rekam medis yang dibuat.

3. Sistem penyimpanan rekam medis

Sistem dalam penyimpanan rekam medis di Instalasi rekam medis RSUD Dr. Muhammad Zein Painan menggunakan sistem sentralisasi yang dokumen rekam medis rawat jalan dan rawat inap tersipan pada satu tempat . Hal ini untuk memudahkan dalam penyimpanan baik pengambilan dokumen rekam medis kembali sehingga dokumen rekam medis pasien tidak terpisah pisah di lain tempat.

4. Ruang penyimpanan

Ruang penyimpan rekam medis di instalasi rekam medis berada pada satu ruangan yang tertutup dan tidak mudah diakses oleh orang yang tidak berkepentingan

5. Menjaga kerahasiaan berkas rekam medis

Petugas rekam medis harus menjaga kerahasiaan dokumen rekam medis yang berada di lingkungan instalasi rekam medis dan tidak membuka rahasia dokumen rekam medis kepada orang yang tidak berkepentingan terhadap dokumenteresebut.

6. Pemasangan Gelang dan warna Gelang

Pasien yang dirawat di RSUD Dr Muhammad Zein harus menggunakan gelang tangan yang diberi label : Nama, Tgl lahir , nomor rekam medis dan NIK.

Warna gelang dibedakan menjadi dua warna yaitu :

- a. Warna merah untuk gelang pasien berjenis kelamin Perempuan
- b. Warna biru untuk gelang pasien berjenis kelamin Laki-laki

Petugas rekam medis membuat label gelang berdasarkan Nomor kartu berulang pasien dan ditulis dengan huruf cetak dan benar.

B. Keselamatan Kerja:

1. Petugas dalam melakukan kegiatannya haruslah memperhatikan situasi dan kondisi yang mungkin dapat membahayakan diri petugas sendiri.
2. Menata tata ruang kerja yang baik dan menjauhkan benda- beda yang dapat membahayakan petugas dalam melaksanakankegiatannya.
3. Adanya Koordinasi dan informasi cepat bila terjadi insiden
4. Penggunaan Metode-metode Peningkatan Kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan kerja
 - a. Rumah sakit harus melakukan proses perancangan (design) yang baik, mengacu pada visi, mis , dan tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktek bisnis yang sehat dan factor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan tujuan langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit.
 - b. Setiap rumah sakit harus melakukan pengumpulan data kinerja yang antara lain terkait dengan : pelaporan insiden akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan ,keuangan.
 - c. Setiap rumah sakit harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan sistem yang diperlukan, agar kinerja dari keselamatan pasien dan petugasterjamin.
 - d. Setiap rumah sakit harus melakukan pengumpulan data kinerja yang antara lain terkait dengan : pelaporan insiden akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan ,keuangan
 - e. Setiap rumah sakit harus menggunakan semua data dan informasi hasil

analisis untuk menentukan perubahan sistem yang diperlukan, agar kinerja dari keselamatan pasien dan petugas terjamin.

5. Peran Kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

- a. Terdapatnya tim untuk mengelola program keselamatan pasien
- b. Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden,
- c. Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi dalam program keselamatan.
- d. Tersedia prosedur "cepat tanggap" terhadap insiden dan penyampaian informasi yang benar dan jelas
- e. Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang analisis akar masalah (RCA)
- f. Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden atau kegiatan proaktif untuk memperkecil risiko
- g. Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelolaan pelayanan di dalam rumah sakit dengan pendekatan antar disiplin.
- h. Tersedia sasaran terukur dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektifitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien dan petugas termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya

6. Mendidik staf tentang keselamatan kerja

- a. Rumah sakit harus memiliki program pendidikan pelatihan dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan kerja sesuai dengan tugas masing-masing
- b. Rumah sakit harus mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan (in service train dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden)
- c. Rumah sakit harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerja sama kelompok (team work) guna mendukung pendekatan interdisiplin dan

kolaboratif dalam rangka melayani pasien

7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan kerja dan pasien
 - a. Perlu disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan kerja
 - b. Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada

BAB VII

MONITORING DAN EVALUASI PENYELENGGARAAN REKAM MEDIS

Salah satu kegunaan rekam medis adalah dapat digunakan sebagai alat pantau untuk perencanaan pengobatan dan perawatan yang lebih bermutu karena rekam medis berisikan catatan tentang segala pelayanan dan tindakan medis yang sudah diberikan. Dengan kata lain dokumen rekam medis dapat digunakan sebagai bahan untuk analisis dan evaluasi atas mutu pelayanan yang sudah diberikan kepada pasien.

Dengan demikian merupakan kewajiban RSUD dr. M. Zein Painan untuk melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penyelenggaraan rekam medis paling tidak ada 12 (dua belas) macam parameter yang dikehendaki oleh instrument akreditasi rumah sakit yang harus dievaluasi.

Dalam melakukan monitoring dan evaluasi, sub komite rekam medis perlu mengadakan pembahasan bersama dengan pihak-pihak terkait dan pengisian rekam medis yang dapat dikategorikan kedalam 4 (empat) jenis petugas yakni petugas pelayanan medis, petugas pelayanan administrasi diruangan dan petugas urusan rekam medis.

Dari pembahasan tersebut, Diharapkan instalasi Rekam Medis dapat merumuskan masalah, penyebab masalah dan alternatif pemecahan masalah yang dirangkum sebagai rekomendasi untuk disampaikan kepada Direktur untuk ditindak lanjuti. Rekomendasi ini diharapkan dapat menjadi input dalam penyempurnaan pelayanan rekam medis yang berbentuk revisi dari kebijakan, petunjuk pelaksanaan, prosedur dan buku pedoman.

Ketentuan umum:

1. Pelaksanaan monitoring dan evaluasi dilakukan secara menyeluruh terhadap penyelenggaraan rekam medis oleh Sub komite Rekam Medis.
2. Monitoring dan evaluasi yang menyeluruh atas penyelenggaraan rekam medis dilakukan (satu) tahun sekali.
3. Dari pelaksanaan monitoring dan evaluasi diharuskan menghasilkan upaya-upaya perbaikan dan penyempurnaan atas kebijakan, petunjuk pelaksanaan, SPO, formulir rekam medis
4. Dalam melaksanakan tugasnya Panitia Rekam Medis harus mengadakan

pembahasan bersama dengan unit-unit yang terkait dalam pengisian rekam medis dengan materi bahasan:

- Mengidentifikasi masalah Mendistribusikan penyebab masalah
- Mencari cara pemecahan masalah
- Mengajukan rekomendasi sebagai saran/unit-unit pemecahan masalah kepada Komite Medis dan Direktur.

Materi-materi yang perlu dimonitoring dan evaluasi

Berdasarkan standard an parameter dari instrument penilaian akreditasi Rumah sakit untuk penyelenggaraan Rekam MEDik versi tahun 2001 terdapat 12 (dua belas) parameter yang perlu dievaluasi:

1. Pengumpulan dan analisis data indicator klinik angka KLPCM = angka ketidak lengkapan pengisian catatan medic
2. Program pelatihan bagi pegawai yang bekerja di Urusan Rekam Medis termasuk orientasi bagi pegawai baru yang akan bekerja di Unit Rekam Medis.
3. Penggunaan ICD, symbol dan tanda tangan khusus/peringatan dalam dokumen Rekam Medis.
4. Pengisian dokumen Rekam Medik, secara jelas, benar, lengkap dan tepat waktu oleh petugas yang berwenang.
5. Pelaksanaan formulir persetujuan tindakan medic / informed consent
6. Penomoran tunggal dokumen rekam medik yang seragam untuk semua unit pelayanan
7. Evaluasi persyaratan jumlah tenaga dan persyaratan kualifikasi tenaga di Unit Rekam Medik.
8. Evaluasi tentang sensus Rekam Medik, proses pengelolaan Rekam Medik dan system kearsipan rekam medic.
9. Penyelenggaraan laporan intern didalam rumah sakit dan laporan ekstren keluar rumah sakit.
10. Evaluasi terhadap buku pedoman penyelenggaraan rekam medis RSUD dr. M. Zein Painan.

Jadwal dan waktu pelaksanaan

Pelaksanaan monitoring dan evaluasi harus dilakukan secara berkala dan terus menerus, untuk itu jadwal evaluasi dikelompokkan atas 2 (dua) waktu yaitu:

1. Monitoring dan evaluasi yang dilakukan setiap 3 (tiga) bulan yang ditujukan untuk:
 - a. Pemantauan terhadap perawatan ulang pasien rawat inap dengan penyakit sama dalam waktu sekurang 7 (tujuh) hari setelah pasien pulang dari rumah sakit.
 - b. Pengumpulan dan analisis data indikator klinik angka KLPCM (ketidaklengkapan pengisian catatan medic).
 - c. Evaluasi pengisian dokumen rekam medis secara jelas, benar, lengkap dan tepat waktu oleh petugas yang berwenang.
 - d. Evaluasi pelaksanaan persetujuan tindakan medic/informed consent.
2. Monitoring dan evaluasi yang dilakukan setiap 1 (satu) tahun sekali yang ditujukan untuk:
 - a. Evaluasi program pelatihan bagi pegawai yang bekerja di unit rekam medis termasuk orientasi bagi pegawai baru yang akan bekerja di unit rekam medis.
 - b. Evaluasi persyaratan jumlah tenaga dan persyaratan kualifikasi tenaga di unit rekam medis.
 - c. Evaluasi tentang penomoran rekam medis yang seragam untuk semua unit pelayanan.
 - d. Evaluasi pelaksanaan system identifikasi pasien termasuk bayi baru lahir, KIUP dan system dokumentasi rekam medis.
 - e. Evaluasi penggunaan kode ICD, symbol dan tanda tangan khusus/peringatan dalam dokumen rekam medic.
 - f. Evaluasi terhadap penyelenggaraan rekam medis secara menyeluruh.
 - g.** Evaluasi terhadap Buku Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis RSUD dr. M Zein Painan.

BAB VIII

PENUTUP

Dengan tersusunnya panduan tentang pedoman pelayanan medis di instalasi rekam medis ini semoga dapat digunakan sebagai pedoman dalam penyelenggaraan pelayanan di RSUD dr. Muhammad Zein Painan khususnya di bagian Instalasi Rekam medis.

Dalam pelaksanaan panduan pedoman pelayan rekam medis tidak terlepas dari kebijakan dari rumah sakit dan SPO yang berlaku di Instalasi rekam medis.

Painan, 1 Agustus 2022

Direktur



HAREFA