PEDOMAN PELAYANAN REKAM MEDIS ELEKTRONIK RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

TAHUN 2025

KEPUTUSAN KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA
Nomor Kep/137/X/2026

tentang

KEBIJAKAN PEDOMAN PENYELENGGARAAN UNIT REKAM MEDIS
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA,

Menimbang : 1. Bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Angkatan Udara dr. Esnawan Antariksa, diperlukan penyelenggaraan Rekam Medis yang tertib, lengkap, dan sesuai ketentuan perundang-undangan;

2. Bahwa untuk mewujudkan hal tersebut perlu ditetapkan Pedoman Penyelenggaraan dan Pengelolaan Rekam Medis sebagai acuan bagi seluruh unit pelayanan di lingkungan RSAU dr. Esnawan Antariksa;

3. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana tersebut di atas, dipandang perlu menetapkan Keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa tentang Kebijakan Pedoman Penyelenggaraan dan Pengelolaan Rekam Medis RSAU dr. Esnawan Antariksa.

Mengingat : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;

2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2022 tentang Perlindungan Data Pribadi;

3. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;

4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis;

5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2026 tentang Rumah Sakit;

6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2025 tentang Pengelolaan Sumber Daya Manusia Kesehatan;

7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1423/2022 tentang Pedoman Variabel dan Metadata pada Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik;

Dipindai dengan CamScanner

8. Keputusan Kepala Staf Angkatan Udara Nomor Kep/10-PKS/V/2025 tanggal 16 Mei 2025 tentang Pembentukan dan Pengangkatan Jabatan di Lingkungan TNI Angkatan Udara;

9. Ketentuan lain yang terkait dengan penyelenggaraan rekam medis di fasilitas pelayanan kesehatan.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan:

1. Pedoman Penyelenggaraan dan Pengelolaan Rekam Medis di Rumah Sakit Angkatan Udara dr. Esnawan Antariksa sebagaimana tercantum dalam lampiran keputusan ini, yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan ini.

2. Pedoman sebagaimana dimaksud pada diktum kesatu menjadi acuan bagi seluruh tenaga kesehatan dan unit pelayanan dalam melaksanakan pencatatan, penyimpanan, pemeliharaan, serta pemanfaatan rekam medis di lingkungan RSAU dr. Esnawan Antariksa.

3. Dengan ditetapkannya Keputusan ini, maka Keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa Nomor Kep/133/IX/2022 tentang Kebijakan Pedoman Pengorganisasian Unit Rekam Medis dinyatakan tidak berlaku.

4. Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 15 Juli 2026

KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA,



dr. IMAN FATHURROHMAN W., Sp.B., M.Si., MARS.
KOLONEL KES NRP 524330

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lamp. Kep Ka RSAU Antariksa
Nomor Kep/137/X/2025
Tanggal 15 Oktober 2025

PEDOMAN PELAYANAN UNIT REKAM MEDIS RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

BAB I
PENDAHULUAN

1. Latar Belakang.

Rumah Sakit Angkatan Udara (RSAU) dr. Esnawan Antariksa merupakan rumah sakit pelaksana tekhnis Pusat Kesehatan Angkatan Udara (Puskesau). Puskesau merupakan Badan Pelaksana Pusat Tingkat Markas Besar Tentara Nasional Indonesia Angkatan Udara (TNI AU) yang berkedudukan langsung di bawah Kepala Staf Angkatan Udara. Puskesau memiliki tugas membina dan menyelenggarakan fungsi kesehatan dan pembinaan jasmani personel TNI AU. Salah satu fungsi Puskesau adalah memberikan pelayanan kesehatan dalam rangka memelihara dan meningkatkan tingkat kesehatan personel TNI AU beserta keluarganya. Salah satu pelaksana tekhnis di jajaran Puskesau adalah RSAU dr. Esnawan Antariksa. Oleh karenanya RSAU dr. Esnawan Antariksa berkedudukan langsung dibawah Kepala Pusat Kesehatan Angkatan Udara.

Tugas utama RSAU dr. Esnawan Antariksa adalah melaksanakan dukungan kesehatan dalam setiap latihan operasi dan latihan TNI AU yang diselenggarkan oleh tingkat komando maupun tingkat Pangkalan Udara Halim Perdana Kusuma, memberikan pelayanan kesehatan bagi anggota militer beserta keluarga dan Pegawai Negeri Sipil (PNS) TNI AU beserta keluarga, melaksanakan uji kesehatan pendidik bagi anggota militer Lanud Pangkalan Udara Halim Perdana Kusuma dan uji kesehatan non periodic dalam rangka mengikuti pendidikan/penugasan dan seleksi calon tamtama, bintara maupun perwira.

Visi dari RSAU dr. Esnawan Antariksa adalah menjadikan RSAU dr. Esnawan Antariksa yang berwawasan ilmu pengetahuan, bertekhnologi modern, berkarakter professional dalam melaksanakan dukungan dan pelayanan kesehatan bagi anggota TNI AU / TNI beserta keluarganya serta bagi masyarakat umum. Misi RSAU dr. Esnawan Antariksa adalah menyelanggarakan dukungan dalam kegiatan operasi dan latihan TNI AU/TNI, menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang profesional dan berkarakter baik promotif dan kuratif bagi anggota TNI AU/TNI beserta keluarga, PNS beserta keluarga, dan bagi masyarakat umum, meningkatkan kualitas pelayanan secara berkesinambungan dengan memanfaatkan tekhnologi modern dan penerapan ilmu pengetahuan terkini serta mengembangkan profesionalitas yang berkarakter, dan sebagai sub system kesehatan nasional turut aktif dalam pengabdian kepada masyarakat serta penanggulangan darurat dan bencana.

Moto RSAU dr. Esnawan Antariksa adalah “Melayani Ikhlas Tanpa Batas”. Falsafah RSAU dr. Esnawan Antariksa dalam memberikan pelayanan kesehatan adalah jiwa dan semangat pengabdian TNI adalah landasan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan RSAU dr. Esnawan Antariksa.

Dalam perjalanannya, RSAU dr. Esnawan Antariksa berkembang menjadi sebuah rumah sakit yang mendapatkan penetapan Kelas B berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK. 03.05/I/523 pada tanggal 17 Maret 2011, telah lulus Akreditasi Paripurna pada tahun 2015 oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit, lulus Akreditasi paripurna versi SNARS Edisi 1 tahun 2018. Pada tahun 2022 RSAU dr. Esnawan Antariksa lulus Akreditasi Paripurna dari Lafki (Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan Indonesia). RSAU dr. Esnawan Antariksa memiliki sarana pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan penunjang medis lainnya. Dalam memberikan pelayanan kesehatan RSAU dr. Esnawan Antariksa selalu meningkatkan kualitas pelayanan baik manajemen, sarana prasarana, maupun sumber daya manusianya. Hal ini dilakukan untuk memenuhi tuntutan perkembangan ilmu dan tekhnologi serta memenuhi Standar Akreditasi Rumah Sakit tahun 2026 sehingga dapat memberikan pelayanan yang maksimal kepada anggota TNI AU / TNI dan PNS beserta keluarganya serta bagi masyarakat umum.

RSAU dr. Esnawan Antariksa dipimpin oleh seorang Kepala Rumah Sakit berdasarkan Surat Keputusan dari Kepala Staf Angkatan Udara. Pelayanan kesehatan dilaksanakan oleh anggota RSAU dr. Esnawan Antariksa yang terdiri dari dokter, perawat, dan staf. Dalam masa pandemi covid-19 Pada tahun 2020 RSAU dr Esnawan Antariksa mendukung pelayanan kesehatan pasien covid-19 dan ditetapkan oleh SK Gubernur DKI sebagai rumah sakit rujukan covid untuk melayani pasien covid baik rawat jalan maupun rawat inap. Sebagai sarana pelayanan kesehatan bagi anggota TNI AU / TNI beserta keluarga, PNS berserta keluarga, serta bagi masyarakat umum, maka masih ada hal-hal yang memerlukan pembenahan dan perbaikan. Maka dari itu disusunlah buku Pedoman Pelayanan Unit Rekam Medis ini agar nantinya dapat digunakan sebagai acuan pelaksanaan RSAU dr. Esnawan Antariksa dalam memberikan pelayanan kesehatan.

Pengelolaan rekam medis adalah salah satu unsure penunjang yang diperlukan untuk mendukung pelayanan rumah sakit. Hampir seluruh ilmu pelayanan medis membutuhkan rekam medis sebagai bukti pendokumentasian pelaksanaan tindakan atau pelayanan. Rekam Medis sebagai suatu Unit yang terkait dengan Unit atau instansi lain, harus didukung dengan modalitas yang memadai agar memudahkan system pelayanan dan kerjasama dengan seluruh Unit terkait. Untuk itu diperlukan suatu Unit yang mandiri dan mampu melayani seluruh kebutuhan Rumah Sakit akan berkas rekam medis dan pendokumentasian lainnya dan untuk menjadi suatu Unit yang mampu bersaing di era globalisasi.

Dalam masa menghadapi pandemi covid-19 rekam medis menyiapkan dukungan untuk pelayanan dalam administrasi pasien covid dari pendaftaran, pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Penyelenggaraan rekam medis di RSAU dr. Esnawan Antariksa merupakan proses kegiatan yang dimulai pada saat diterimanya pasien di rumah sakit, diteruskan dengan pencatatan data medis pasien, selama di rawat di rumah sakit kemudian dilanjutkan dengan pengamanan berkas rekam medis yang meliputi pengolahan data, penyimpanan serta perlindungan berkas untuk melayani permintaan/peminjaman guna keperluan lain. Untuk keperluan semua tersebut di atas, maka perlu disusun buku pedoman pelayanan unit rekam medis disesuaikan dengan instrumen survei Akreditasi tahun 2024. Rekam medis RSAU dr. Esnawan Antariksa sudah menerapkan rekam medis elektronik (RME) rawat jalan per April tahun 2021. Dari pendaftaran, pelayanan poliklinik dan resep obat (E Resep). Pada bulan juni 2025 RSAU dr. Esnawan Antariksa berganti SIMRS dengan bantuan vendor dan sudah menjalankan rekam medis elektronik (RME) baik rawat jalan maupun rawat inap.

2. Pengertian. Untuk menyamakan persepsi maka diberikan beberapa pengertian sebagai berikut :

a. Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien dan yang dimaksud dengan petugas adalah dokter atau perawat atau tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien.

b. Rekam medis elektronik (RME) adalah kumpulan sistematis informasi kesehatan pasein berbasis elektronik yang terhubung dan terintegrasi dengan sistem informasi dalam jejaring rumah sakit.

c. E resep adalah cara elektronik untuk menulis peresepan melalui proses entry data yang otomatis menggunaan software tertentu dengan jaringan internet yang terhubung di bagian farmasi rumah sakit.

d. Manajemen Pelayanan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan adalah kegiatan menjaga, memelihara dan melayani rekam medis baik secara manual maupun elektronik sampai menyajikan informasi kesehatan di rumah sakit, praktik dokter klinik, asuransi kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan dan lainnya yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan dan menjaga rekaman.

e. Rawat jalan adalah pelayanan medis kepada seorang pasien untuk tujuan pengamatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi, dan pelayanan kesehatan lainnya, tanpa mengharuskan pasient ersebut dirawat inap.

f. Rawat inap (*opname*) adalah istilah yang berarti proses perawatan pasien oleh tenaga kesehatan professional akibat penyakit tertentu, di mana pasien di inapkan di suatu ruangan di rumah sakit

g. *Assembling* adalah pengorganisasian formulir yang menggambarkan siapa, apa, kapan dan bagaimana dalam hal pelayanan kesehatan pasien yang merupakan bukti tertulis tentang dokumen resmi rumah sakit secara kronologis.

h. Retensi atau penyusutan merupakan kegiatan memisahkan an tara rekam medis aktif dan rekam medis inaktif, serta pengurangan jumlah formulir yang terdapat di dalam berkas RM dengan cara memilah nilai guna dari tiap – tiap formulir.

i. *Informed Consent* adalah persetujuan yang diberikan oleh klien atau keluarganya atas dasar informasi dan penjelasan mengenai tindakan medis yang akan dilakukan terhadap klien tersebut.

j. Alur Pelayanan rawat jalan merupakan gambaran pelayanan yang diberikan kepada pasien dengan kategori "Pasien yang dapat menunggu" yaitu Pasien berobat jalan yang dating dengan perjanjian atau pun tidak dengan perjanjian, dan Pasien yang dating tidak dalam keadaan gawat darurat.

k. *Visum Et Repertum* (VER) adalah keterangan tertulis yang dibuat dokter atas permintaan penyidik dan kepolisian yang berwenang, mengenai hasil pemeriksaan medis terhadap manusia, baik hidup atau mati atau pun bagian atau diduga bagian tubuh manusia, berdasarkan keilmuannya dan dibawah sumpah, untuk kepentingan peradilan.

l. Simbol dan tanda khusus merupakan tanda peringatan yang ditempatkan pada sampul berkas rekam medis penderita penyakit menular rawat inap dan rawat jalan. Singkatan adalah rangkaian huruf yang digunakan untuk mempersingkat dan mempermudah pencatatan di dalam berkas rekam medis yang dapat disesuaikan dengan keadaan dirumah sakit dan dapat diperbaharui sesuai kebutuhan.

m. Surat keterangan medis adalah keterangan tertulis yang dibuat oleh dokter untuk tujuan tertentu tentang kesehatan atau penyakit pasien atas permintaan pasien atau atas permintaan pihak ketiga dengan persetujuan pasien atau atas perintah undang-undang.

3. Maksud dan Tujuan. Maksud dan tujuan penyusunan pedoman pelayanan rekam medis antara lain:

a. Maksud. Maksud dari penyusunan pedoman pelayanan unit rekam medis ini adalah untuk memberikan gambaran tentang pelayanan rekam medis yang dilaksanakan di RSAU dr. Esnawan Antariksa yang sesuai dengan instrumen survei Akreditasi tahun 2024.

b. Tujuan. Adapun tujuan dari penyusunan pedoman ini terdiri dari:

1) Umum. Tujuan umum dari penyusunan pedoman ini adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung suatu system pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tidakakan tercipta tertib administrasi rumah sakit sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan didalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit.

2) Khusus. Tujuan khusus pedoman pelayanan rekam medis ini dapat ditinjau dari beberapa aspek antara lain:

a) Aspek Administrasi. Didalam berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan para medis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

b) Aspek Medis. Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang diberikan kepada seorang pasien dan dalam rangka mempertahankan serta meningkatkan mutu pelayanan melalui kegiatan audit medis, manajemen risiko klinis serta keamanan/keselamatan pasien dan kendali biaya.

c) Aspek Hukum. Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hokum atas dasar keadilan dalam rangka menegakkan hokum serta penyediaan bahan sebagai tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

d) Aspek Keuangan. Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan sangat erat sekali dalam hal pengobatan, terapi atau tindakan apa saja yang diberikan kepada seorang pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit.

e) Aspek Penelitian. Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian karena isinya menyangkut data dan informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

f) Aspek Pendidikan. Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan/referensi pengajaran dibidang profesi pendidikan kesehatan.

g) Aspek Dokumentasi. Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus di dokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan rumah sakit.

BAB II
RUANG LINGKUP DAN TATA URUT

4. Ruang Lingkup dan Tata Urut. Ruang lingkup pedoman pelayanan Unit Rekam Medis ini meliputi manajemen rekam medis dan registrasi pasien di semua unit pelayanan IGD, rawat inap, rawat jalan, penunjang di Unit Rekam Medis RSAU dr. Esnawan Antariksa, dengan tata urut sebagai berikut:

a. BAB I Pendahuluan.

b. BAB II Ruang Lingkup Dan Tata Urut.

c. BAB III Kebijakan.

d. BAB IV Tata Laksana Pelayanan.

e. BAB V Dokumentasi.

f. BAB VI Penutup.

5. Landasan Hukum. Landasan hukum dalam penyusunan rekam medis ini terdiri dari:

a. Undang-undang RI Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.

b. Undang-undang RI Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

c. Undang-undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

d. Undang-undang RI Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.

e. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 10 Tahun 1966 tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran.

f. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 tahun 2022 tentang Rekam Medis.

g. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran.

h. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2024 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan.

i. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2012 tentang Rahasia Kedokteran.

j. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis.

k. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 496/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Audit Medis Di Rumah Sakit.

l. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/312/2020 tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan.

m. Surat Edaran Ditjen Yanmed Kemenkes RI Nomor HK.00.06.1.5.01160 Tanggal 21 Maret 1995 Tentang Petunjuk Teknis Pengadaan Formulir Rekam Medis Dasar dan Pemusnahan Arsip Rekam Medis di Rumah Sakit.

BAB III
KEBIJAKAN

6. Kebijakan. Kebijakan Pedoman Pelayanan Unit Rekam Medis Rsau dr. Esnawan Antariksa sebagai berikut:

a. Kebijakan Umum. Rumah sakit dr. Esnawan Antariksa menyelenggarakan pengelolaan rekam medis non elektronik dan rekam medis elektronik (RME) terkait asuhan pasien, retensi rekam medis, perlindungan berkas rekam medis dari kehilangan kerusakan, gangguan, serta akses dan gangguan yang tidak berhak,mengindentifikasi yang berhak untuk mengisi rekam medis pasien , menentukan isi rekam medis, menjaga kerahasiaan dan informasi sesuai peraturan undang-undang.

b. Kebijakan Khusus

1) Unit kerja yang mengelola rekam medis yang memiliki regulasi dan program untuk mengelola rekam medis sesuai dengan peraturan perundang- undangan.

2) Organisasi yang mengelola rekam medis dipimpin oleh tenaga rekam medis yang memiliki kompetensi dan kewenangan mengelola rekam medis sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

3) Tersedia tempat penyimpanan rekam medis non elektronik yang menjamin keamanan dan kerahasiaan.

4) Menetapkan tenaga kesehatan yang mempunyai hak akses pada rekam medis baik elektronik maupun non elektronik.

5) Berkas rekam medis tersedia bagi semua professional pemberi asuhan (PPA) sesuai dengan regulasi rumah sakit.

6) Penetapan jangka waktu penyimpanan berkas rekam medis pasien baik yang elektronik dan non elektronik, serta data dan informasi lainnya terkait dengan pasien.

7) Dalam rentang waktu penyimpanan rumah sakit menjamin keamanan dan kerahasiaan rekam medis.

8) Dokumen, data, dan informasi dalam bentuk berkas dimusnahkan setelah melampaui periode waktu penyimpanan sesuai peraturan perundangan. Untuk rekam medis elektronik disimpan dalam software sesuai peraturan mentri kesehatan nomor 24 tahun 2022.

9) Terdapat ketentuan yang ditetapkan untuk mencegah akses penggunaan rekam medis bentuk kertas dan atau elektronik tanpa ijin.

10) Ada ketentuan tentang standarisasi kode diagnosis, kode prosedur/ tindakan, definisi, simbol yang digunakan, singkatan yang digunakan, dan yang tidak boleh digunakan serta monitor pelaksanaannya.

11) Setiap pasien memiliki rekam medis dengan satu nomor rekam medis sesuai dengan system penomoran, pengaturan urutan berkas rekam medis, rawat jalan, rawat inap, gawat darurat dan pemeriksaan penunjang.

12) Menentukan isi spesifik dari berkas rekam medis pasien untuk kesinambungan asuhan oleh PPA.

13) PPA yang berwenang mengisi rekam medis memahami cara melakukan koreksi di kertas dan koreksi pada rekam medis elektronik.

14) Ketentuan mengenai privasi dan kerahasiaan informasi terkait data pasien hak akses terhadap isi rekam medis berdasarkan peraturan perundang-undangan.

c. Bentuk formulir rekam medis pada rekam medis non elektronik. Bentuk dasar formulir adalah kertas persegi panjang memakai ukuran A4. Bentuk serta sampul, lampiran –lampiran dan kartu yang terkait dengan formulir rekam medis ini menyesuaikan dengan bentuk dan ukuiran dasar dengan memeperhatikan unsur efektifitas, efisiensi serta norma yang berlaku saat ini secara internal di RSAU dr. Esnawan Antariksa.
Adapun bentuk sampul rekam medis berupa map berwarna kuning, berukuran 22,5 x 34,5 cm, bagian dalam dilengkapi dengan penjepit 2 buah dan lipatan ditengah, penjepit depan untuk rawat jalan dan penjepit belakang untuk rawat inap. Dibagian dalam paling belakang ada kantong plastik bening yang digunakan untuk menyimpan sisa stiker. Bahan sampul rekam medis adalah kertas yang dilapisi plastik sehingga bisa dihapus bila ada kesalahan menulis.

1). Sampul rekam medis halaman depan bagian luar. Pada sampul depan memuat keterangan sebagai berikut :

a) Nama pasien
b) Nomor rekam medis
c) Logo Swabuana Paksa
d) Nama dan alamt rumah sakit
e) Tulisan dokumen rahasia
f) Alergi
g) Simbol
h) Tahun kunjungan dan riwayat tanggal terakhir
i) Kode warna stiker warna dua nomor digit terakhir, kode warna stiker tahun masuk, kode warna stiker tahun meninggal.
j) Tempat plastik kecil

2). Sampul rekam medis halaman depan bagian dalam. Pada halaman depan dalam memuat keterangan rekam medis rawat jalan.

3). Sampul rekam medis halaman belakang bagian dalam. Pada sampul halaman belakang memuat keterangan rekam medis rawat inap. Dan kantong bening untuk memyimpan sisa stiker identitas.

4). Sampul rekam medis halaman belakang bagian luar. Pada sampul belakang memuat keterangan Kop Dinas Kesehatan Angkatan Udara Rumah sakit dr. Esnawan Antariksa, Logo Diskesau, dan tulisan berkas riwayat sakit di rumah sakit angkatan udara dr. Esnawan Antariksa.

d. Formulir Rekam Medis elektronik. Formulir tidak lagi berbentuk kertas melainkan berupa form digital yang di isi dan di simpan dan diakses melalui sistem komputerisasi.

BAB III

TATA LAKSANA

STANDAR KETENAGAAN

7. Umum. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan nomor 81/MENKES/SK/I/2004 menjelaskan bahwa yang dimaksud dengan SDM Kesehatan (Sumber Daya Manusia Kesehatan) adalah seseorang yang bekerja secara aktif di bidang kesehatan baik yang memiliki pendidikan formal kesehatan maupun tidak yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan. Dalam upaya mempersiapkan tenaga rekam medis yang handal, perlu kiranya melakukan kegiatan menyediakan, mempertahankan sumber daya manusia yang tepat bagi organisasi.

8. Kualifikasi Sumber Daya Manusia. Pola ketenagaan di Unit Rekam Medis RSAU dr. Esnawan Antariksa merupakan salah satu bagian dari arah pengembangan SDM kesehatan di RSAU dr. Esnawan Antariksa khususnya tenaga perekam medis.Pola ketenagaan ini terdiri dari kebutuhan tenaga berdasarkan standar ketenagaan Kementerian Kesehatan RI dan Standar Akreditasi Rumah Sakit. Apabila standarisasi kebutuhan tenaga dilakukan secara tepat, maka pola ketenagaan ini dapat tersusun dengan baik sehingga pelaksanaan kegiatan pelayanan dapat mencapai target yang telah ditentukan. Adapun secara khusus pola ketenagaan di Unit Rekam Medis disusun berdasarkan kebutuhan dan tujuan pelayanan Rekam Medis di RSAU dr. Esnawan Antariksa. Tujuan pelayanan di Unit Rekam Medis adalah memberikan pelayanan rekam medis yang profesional dan bermutu sesuai dengan target yang ingin dicapai. Kualifikasi Sumber Daya Manusia yang dipersyaratkan di Unit Rekam Medis RSAU dr. Esnawan Antariksa seperti terlihat pada tabel.

Tabel Kualifikasi Sumber Daya Manusia Unit Rekam RSAU dr. Esnawan Antariksa

NO	NAMA JABATAN	KUALIFIKASI		
		Kemampuan teknis (*Hard)*	Kemampuan Sikap Kerja (*Soft Competency*)	Kemampuan Lainnya (*Other Competency*)
1	Kaminmed	1. Sarjana Terapan Manajemen Informas Kesehatan, Sarjana Perekam Kesehatan.(D4 Rekam Medis) 2. D3 Rekam Medis dengan pengalaman kerja dibidang Rekam Medis > 3tahun. 3. Memiliki Sertifikat Manajemen Rekam Medis 4. Mampu mengoperasionalkan computer minimal ms.office	1. Sehat jasmani dan rohani dan tidak sedang dalam proses masalah keduanya. 2. Memiliki kemampuan Manajemen 3. Pengelolaan Rekam Medis 4. Memiliki vis pengembangan perekam-medisan dan informas kesehatan RS yang nyata dan dapat dicapai dalam waktu 2-3 tahun yang akan datang. 5. Memiliki kesehatan yang baik untuk melakukan tugas internal maupun eksternal. 6. Inisiatif dan kreatif dapat mengambi keputusan dengan cepa dan tepat serta mampu menganalis dan membuat sintesa berbagai informasi yang abstrak 7. Memiliki komitmen dan loyalitas yang tinggi. 8. Mampu berkomunikasi verba dan non verbal dengan baik.	Berstatus sebagai karyawan organik dan telah bekerja di RSAU dr. Esnawan Antariksa minimal 4 tahun

			9. Mampu mengarahkan, membina dan mengembangkan potensi staf. 10. Mampu mempersiapkan dan memberikan presentasi.	
2	Kaurminmed	1. Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan, Sarjana Perekam Kesehatan.(D4 Rekam Medis) 2. D3 Rekam Medis dengan pengalaman kerja dibidang Rekam Medis >3tahun. 3. Memiliki Sertifikat Manajemen Rekam Medis 4. Mampu mengoperasionalkan computer minimal ms. office	1. Sehat jasmani dan rohani dan tidak sedang dalam proses masalah keduanya. 2. Memiliki kemampuan Manajemen Pengelolaan Rekam Medis 4. Memiliki visi pengembangan perekam medis dan informasi kesehatan RS yang nyata dan dapat dicapai dalam waktu 2-3 tahun yang akan datang. 5. Memiliki kesehatan yang baik untuk melakukan tugas internal maupun eksternal. 6. Memiliki komitmen dan loyalitas yang tinggi. 7. Mampu berkomunikasi verbal dan non verbal dengan baik.	Berstatus sebagai karyawan organic dan telah bekerja di RSAU dr. Esnawan Antariksa minimal 3 tahun
3	Kaurinfomed	5. Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan, Sarjana Perekam Kesehatan. (D4 Rekam Medis) 1. D3 Rekam Medis dengan pengalaman kerja dibidang Rekam Medis >3tahun. 2. Memiliki Sertifikat Manajemen Rekam Medis 3. Mampu mengoperasionalkan	1. Sehat jasmani dan rohani dan tidak sedang dalam proses masalah keduanya. 2. Memiliki kemampuan Manajemen Pengelolaan Rekam Medis 4. Memiliki visi pengembangan perekam medis dan informasi kesehatan RS yang nyata dan dapat dicapai dalam waktu 2-3	Berstatus sebagai karyawan organic dan telah bekerja di RSAU dr. Esnawan Antariksa minimal 3 tahun
		Computer minimal ms. office	tahun yang akan datang. 5. Memiliki kesehatan yang baik untuk melakukan tugas internal maupun eksternal. 6. Memiliki komitmen dan loyalitasyang tinggi. 7. Mampu berkomunikasi verbal dan non verbal dengan baik.	

4	Pelaksana pendaftaran pasien IGD	1. D3 Rekam Medis dengan pengalaman kerja dibidang Rekam Medis >3tahun. 2. SLTA sederajat 3. Memiliki Sertifikat Manajemen Rekam Medis 4. Mampu mengoperasionalkan komputer minimal ms. office	1. Sehat jasmani dan rohani dan tidak sedang dalam proses masalah keduanya. 2. Memiliki kemampuan Manajemen Pengelolaan Rekam Medis 4. Memiliki visi pengembangan perekam medis dan informasi kesehatan RS yang nyata dan dapat dicapai dalam waktu 2-3 tahun yang akan datang. 5. Memiliki kesehatan yang baik untuk melakukan tugas internal maupun eksternal. 6. Memiliki komitmen dan loyalitas yang tinggi. 7. Mampu berkomunikasi verbal dan non verbal dengan baik.	Berstatus sebagai karyawan organic dan telah bekerja di RSAU dr. Esnawan Antariksa minimal 2 tahun

5	Pelaksana pendaftaran Pasien rawat jalan dan rawat inap	1. D3 Rekam Medis dengan Pengalaman kerja dibidang Rekam Medis >3 tahun. 2. SLTA sederajat 3. Memiliki Sertifikat Manajemen Rekam Medis 4. Mampu mengoperasionalkan Computer minimal ms. office	1.Sehat jasmani dan rohani dan tidak sedang dalam proses masalah keduanya. 2. Memiliki kemampuan Manajemen 3. Pengelolaan Rekam Medis	Berstatus sebagai karyawan Organic dan Telah bekerja di RSAU dr. Esnawan Antariksa minimal 2 tahun
6	Pelaksana penyimpanan dan pengeluaran Berkas rekam Medis pada rekam medis non elektronik	1. D3 Rekam Medis dengan Pengalaman kerja dibidang Rekam Medis >3 tahun. 2. SLTA sederajat 3. Memiliki Sertifikat Manajemen Rekam Medis 4. Mampu mengoperasionalkan Computer minimal ms. office	1. Sehat jasmani dan rohani dan tidak sedang dalam proses Masalah keduanya. 2. Memiliki kemampuan Manajemen 3. Pengelolaan Rekam Medis	Berstatus sebagai karyawan Organic dan Telah bekerja di RSAU dr. Esnawan Antariksa minimal 2 tahun
7	Pelaksana urusan kelengkapan atau *Assembling* elektronik dan coding	1. D3 Rekam Medis dengan Pengalaman kerja dibidang Rekam Medis >3 tahun. 2. Memiliki Sertifikat Manajemen Rekam Medis 3. Mampu mengoperasionalkan Computer minimal ms. office	1. Sehat jasmani dan rohani dan tidak sedang dalam proses Masalah keduanya 2. Memiliki kesehatan yang baik Untuk melakukan tugas 3. Memliki komitmen dan loyalitas yang tinggi 4. Mampu berkomunikasi verbal dan non verbal dengan baik	Berstatus sebagai karyawan organik dan telah bekerja di RSAU dr. Esnawan Antariksa minimal 2 tahun
8	Pelaksana urusan & KLPCM indeks	1. D3 Rekam Medis dengan Pengalaman kerja dibidang Rekam Medis >3 tahun. 2. Memiliki Sertifikat Manajemen Rekam Medis 3. Mampu mengoperasionalkan Computer minimal ms.office	1. Sehat jasmani dan rohani dan tidak sedang dalam proses Masalah keduanya 2. Memiliki kesehatan yang baik Untuk melakukan tugas 3. Memiliki loyalitas yang tinggi 4. Mampu berkomunikasi verbal dan non verbal dengan baik	Berstatus sebagai karyawan Organic dan Telah bekerja di RSAU dr. Esnawan Antariksa minimal 2

				tahun

9	Pelaksana Urusan Pengaman data	1. D3 Rekam Medis Dengan pengalaman kerja dibidang Rekam Medis >3 tahun. 2. Memiliki Sertifikat Manajemen Rekam Medis 3. Mampu mengoperasionalkan Computer minimal ms. office	1. Sehat jasmani dan rohani dan tidak sedang dalam proses Masalah keduanya 2. Memiliki kesehatan yang baik Untuk melakukan tugas 3. Memliki komitmen dan loyalitas yang tinggi 4. Mampu berkomunikasi verbal dan non verbal dengan baik 5. Memliki kemampuan mengolah dan menyajikan data Rekam medis 6. Memiliki kemampuan dalam Menginterpretasikan data rekam medis	Berstatus sebagai karyawan Organic dan Telah bekerja di RSAU dr. Esnawan Antariksa minimal 2 tahun
10	Pelaksana urusan administrasi	1. D3 Rekam Medis dengan Pengalaman kerjadi bidang Rekam Medis >3 tahun. 2. SLTA sederajat 3. Memiliki Sertifikat Manajemen Rekam Medis 4. Mampu mengoperasionalkan Computer minimal ms. office	1. Sehat jasmani dan rohani dan tidak sedang dalam proses Masalah keduanya 2. Memiliki kesehatan yang baik Untuk melakukan tugas 3. Memliki komitmen dan loyalitas yang tinggi 4. Mampu berkomunikasi verbal dan non verbal dengan baik	Berstatus sebagai karyawan Organic dan telah bekerja di RSAUdr. Esnawan Antariksa minimal 2 tahun

9. Distribusi Ketenagaan. Sumber Daya Manusia Unit Rekam Medis RSAU dr. Esnawan Antariksa berjumlah 19 orang dan sesuai dengan struktur organisasi bagian rekam medis terbagi menjadi 2 urusan yaitu Urusan Administrasi Medis dan Urusan Informasi Medis. Unit Rekam Medis RSAU dr. Esnawan Antariksa dikepalai oleh seorang kepala unit dengan pendidikan D3 Rekam Medis yang sudah berpengalaman minimal 5 tahun, dan bersertifikat. Adapun table pendistribusian SDM dan uraian tugas unit rekam medis RSAU dr. Esnawan Antariksa adalah sebagai berikut:

a. Tabel Distribusi Ketenagaan Unit Rekam RSAU dr. Esnawan Antariksa

NO	NAMA JABATAN	KUALIFIKASI PENDIDIKAN	TENAGA YANG DIBUTUHKAN	TENAGA SAAT INI
1	Kaminmed	D4 Rekam Medis	1	1
2	Kaurminmed	D3 Rekam Medis	1	1
3	Kaurinformed	D3 Rekam Medis	1	1
4	Pelaksana pendaftaran pasien IGD	D3 Rekam Medis /SLTA Sederajat	1	1
5	Pelaksana pendaftaran pasien rawat inap	D3 Rekam Medis /SLTA Sederajat	10	10
6	Pelaksana urusan kelengkapan atau assembling elektronik dan coding	D3 Rekam Medis /SLTA Sederajat	2	2
7	Pelaksana urusan KLPCM	D3 Rekam Medis /SLTA Sederajat	2	2
10	Pelaksana urusan administrasi dan pelaporan	D3 Rekam Medis /SLTA Sederajat	1	1
JUMLAH			19	19

b. Uraian Tugas:

1) Kaminmed (Kepala Administrasi medis)

a) Tugas pokok:

Membantu Sesrumkit yang bertugas melaksanakan kegiatan administrasi medis, administrasi penyajian data dan informasi , serta penelitian dan pengembangan untuk peningkatan kuaitas pelayanan kesehatan.

b) Uraian tugas:

(1) Menyiapkan data dan menyusun laporan tahunan, menyiapkan, melaksanakan, dan menyimpan data informasi rekam medis pasien.

(2) Menyusun dan mengolah data tentang populasi pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit.

(3) Melaksanakan penelitian dan pengembangan terhadap pelaksanaan administrasi medis dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

(4) Melaksanakan pengendalian perawatan data dan informasi dalam mempertahankan dan mening- katkan kualitas pelayanan kesehatan

(5) Menyusun, mengolah, menganalisis, dan menyaji- kan data dan informasi medis penderita guna kepentingan evaluasi kinerja pelayanan di rumah sakit.

(6) Memberikan saran dan pertimbangan kepada pimpinan sesuai dengan bidang tugasnya.

2) Kepala Urusan Administrasi Medis (Kaurminmed) adalah staf pembantu Kamed yang bertugas menyiapkan dan melaksanakan administrasi medis sehubungan dengan kegiatan pelayanan kesehatan.

a) Tugas Pokok

Mengatur, merencanakan, menyelenggarakan dan mengevaluasi pelayanan rekam medis.

b) Fungsi:

(1) Penyelenggaraan pelayanan rekam medis.

(2) Pengendalian teknis kegiatan pelayanan rekam medis.

(3) Pengevaluasian dan pelaporan pelayanan rekam medis.

(4) Pelaksanaan dan pengkoordinasian kegiatan rekam medis dengan unit kerja terkait.

(5) Penyusunan rencana kebutuhan pelayanan rekam medis.

c) Uraian Tugas

(1) Menyiapkan berkas-berkas rekam medis dan laporan medis.

(2) Menyelenggarakan pencatatan penderita rawat jalan dan rawat inap.

(3) Menyelenggarakan dan memelihara arsip medis rumah sakit.

(4) Menyusun laporan kegiatan pelayanan kesehatan yang terdiri atas laporan bulanan, laporan triwulan, laporan tahunan, dan laporan khusus.

(5) Menyelenggarakan kegiatan administrasi medis khusus lainnya.

(6) Menyiapkan ATK/formulir yang diperlukan untuk penerimaan orang sakit.

(7) Melayani pendaftaran pasien baru dan lama.

(8) Mendistribusikan status keklinik/ruang perawatan yang dituju.

(9) Menyimpan status pasien yang telah selesai berobat, lepas rawat, dan konsultasi; dan.

(10) Menyelenggarakan dan memelihara arsip medis rumah sakit.

(11) Mengusulkan perbaikan sistem dan prosedur ke rapat tim panitia rekam medis.

(12) Mengatur dan mengevaluasi kerja masing – masing penanggung jawab kegiatan.

(13) Membuat dan memeriksa konsep surat yang berkaitan dengan kegiatan di unit rekam medis.

(14) Membuat usulan sarana dan prasarana kebutuhan rekam medis

(15) Membuat dan menganalisa grafik *barber Johnson*

(16) Melaksanakan tugas lain yang diberikan pimpinan dalam rangka kelancaran pelaksanaan tugas.

d) Uraian Tugas Tambahan

(1) Menyediakan data pelayanan rekam medis baik untuk kepentingan anggota maupun ketua panitia rekam medis.

(2) Melaksanakan surat menyurat untuk kegiatan tim panitia rekam medis.

(3) Melaksanakan pembuatan tampilan data kegiatan.

(4) Membuat laporan kegiatan tim panitia rekam medis.

e) Wewenang

(1) Meminta arahan kepada Kaminmed

(2) Memberi petunjuk dan bimbingan pelaksanaan tugas.

(3) Mengkoordinasikan, mengendalikan dan memantau pengelolaan rekam medis dan penggunaan fasilitas.

(4) Mengatur tugas bawahan.

(5) Menegur bawahan.

(6) Menilai DP3 bawahan.

f) Tanggung Jawab

(1) Terciptanya tertib administrasi pelayanan rekam medis di RSAU dr. Esnawan Antariksa.

(2) Kenyamanan dan keharmonisan hubungan kerja yang baik dan serasi di lingkungan unit Rekam medis.

(3) Keobyektifan dan kebenaran DP3 bawahan.

g) Hubungan Kerja

(1) Kaminmed

(2) SMF

(3) Semua unit terkait.

3) Kepala Urusan Informasi Medis (Kaurinformed) adalah staf pembantu Kaminmed yang bertugas menyiapkan dan melaksanakan informasi medis serta evaluasi kegiatan pelayanan kesehatan.

a) Tugas Pokok

Mengatur, merencanakan, menyelenggarakan dan mengevaluasi pelayanan rekam medis.

b) Fungsi

(1) Penyelenggaraan pelayanan rekam medis.

(2) Pengendalian teknis kegiatan pelayanan rekam medis.

c) Uraian Tugas

(1) Mengumpulkan, menyusun, mengolah, menganalisa dan menyajikan data medis kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

(2) Melaksanakan dan menyempurnakan secara terus menerus system informasi kesehatan di rumah sakit.

(3) Mengendalikan dan mencatat setiap penelitian medis yang dilaksanakan di rumah sakit.

(4) Membuat laporan dan melaksanakan evaluasi medis.

d) Tugas Tambahan

Sebagai sekretaris tim Panitia Rekam Medis

e) Uraian Tugas Tambahan

(1) Menyediakan data pelayanan rekam medis baik untuk kepentingan anggota maupun ketua tim panitia rekam medis.

(2) Melaksanakan surat menyurat untuk kegiatan tim panitia rekam medis.

(3) Melaksanakan pembuatan tampilan data kegiatan.

(4) Membuat laporan kegiatan tim panitia rekam medis.

f) Wewenang

(1) Meminta arahan kepada Kaminmed

(2) Memberi petunjuk dan bimbingan pelaksanaan tugas.

(3) Mengkoordinasikan, mengendalikan dan memantau pengelolaan rekam medis dan penggunaan fasilitas.

(4) Mengatur tugas bawahan.

(5) Menegur bawahan.

(6) Menilai DP3 bawahan.

g) Tanggung Jawab

(1) Terciptanya tertib administrasi pelayanan rekam medis yang baik di RSAU dr. Esnawan Antariksa.

(2) Kenyamanan dan keharmonisan hubungan kerja yang baik dan serasi di lingkungan Instalasi Rekam medis.

(3) Keobyektifan dan kebenaran DP3 bawahan.

h) Hubungan Kerja

(1) Kamed

(2) SMF

(3) Semua unit terkait.

4) Petugas Pendaftaran Pasien Rawat Jalan

a) Tugas Pokok

Memberikan pelayanan pendaftaran pasien rawat jalan.

b) Fungsi

Pendaftaran rawat jalan.

c) Uraian Tugas

(1) Mengusahakan segala kebutuhan yang diperlukan untuk menunjang kegiatan pelaksanaan tugas.

(2) Menerima pendaftaran pasien Rawat Jalan

(3) Memasukkan Data Pasien ke dalam SIMRS

(4) Mengedukasi administrasi pasien baru.

(5) Membuat/menarik data laporan harian kunjungan pasien rawat jalan.

(6) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kamed.

d) Wewenang

(1) Meminta petunjuk dan pengarahan dari Kamed

(2) Melaksanakan tugas pendaftaran pasien Rawat Jalan.

(3) Mendaftarkan dengan *entry* data sesuai kelengkapan administrasi berobat.

e) Tanggung Jawab

(1) Cepat dan tepat dalam melayani pendaftaran pasien Rawat Jalan.

(2) Cepat dan tepat dalam menemukan data pasien.

f) Hubungan Kerja

(1) Poliklinik rawat Jalan.

(2) Unit terkait

5) Petugas Pendaftaran Pasien Rawat Inap

a) Tugas Pokok

Memberikan pelayanan pendaftaran pasien rawat inap baik dari poliklinik atau pun dari IGD

b) Fungsi

Pendaftaran pasien rawat inap

c) Uraian Tugas

(1) Memberikan pelayanan pendaftaran pasien rawat inap.

(2) Memberikan informasi tentang ruang perawatan.

(3) Menghubungi ruang rawat inap untuk mengkonfimasi tempat yang kosong menurut SIMRS berdasarkan diagnosa, kategori dan kelas pasien.

(4) Melengkapi persetujuan rawat inap sesuai dengan kelas dan kategori

(5) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kamed

d) Wewenang

(1) Memasukkan data pasien kedalam komputer (SIMRS)

(2) Berkoordinasi dengan IGD dan unit jaminan

e) Tanggung Jawab

Ketersediaan sarana dan peralatan pemberian informasi, pendaftaran pasien.

f) Hubungan Kerja

(1) Ruang rawat inap.

(2) Rawat Jalan.

(3) IGD.

(4) Unit terkait.

6) Petugas Pendaftaran Igd

(1) Tugas Pokok

Melayani pendaftaran pasien 24 jam

(2) Fungsi

Pelayanan pendaftaran pasien 24 jam.

(3) Uraian Tugas

(1) Melayani pendaftaran pasien IGD dan rawat inap.

(2) Memasukkan data identitas pasien kedalam SIMRS.

(3) Mengisi berkas rekam medis pasien yang akan dirawat sesuai dengan SPO.

(4) Memeriksa kelengkapan persyaratan administrasi pasien IGD.

(5) Menjelaskan dan memberikan informasi tentang ruangan rawat inap.

(6) Menandatangani persetujuan umum pasien yang akan di rawat inap.

(7) Menghubungi ruang perawatan untuk menanyakan tempat kosong sesuai kategori pasien.

(8) Membuat laporan jaga.

(9) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kamed

(4) Wewenang

(1) Mengisi buku laporan / memasukkan data pasien kedalam komputer.
(2) Meminta informasi keadaan tempat tidur ke admission

(3) Mendaftarkan pasien rawat inap ke admission.

(5) Tanggung Jawab

Ketersediaan sarana dan peralatan pemberian informasi, pendaftaran pasien.

(6) Hubungan Kerja

(1) Admission

(2) IGD

(3) Unit terkait.

7) Penanggungjawab Pengolahan Data

a) Tugas Pokok

Memonitor dan mengevaluasi pengolahan data.

b) Fungsi

Pengecekan pengolahan data.

c) Uraian Tugas

(1) Menyusun rencana kegiatan pengolahan data.

(2) mengawasi kelengkapan dan keakuratan data yang dihasilkan.

(3) Mengidentifikasi hambatan dalam penyelenggaraan pengolahandata.

(4) Mengusulkan tersedianya alat dan fasilitas yang mendukung kelancaran kerja.

(5) Memberikan usulan perbaikan sistem dan prosedur rekam medis kepada Kamed.

(6) Memberikan bimbingan terhadap petugas pengolahan data.

(7) Mengikuti rapat *intern* rekam medis.

(8) Mengadakan hubungan kerja dengan penanggung jawab lainnya sehingga tercipta system pelayanan rekam medis yang baik.

(9) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kamed

d) Wewenang

(1) Memberikan usulan perbaikan sistem dan prosedur rekam medis.

(2) Memberikan usulan tersedianya alat dan fasilitas yang dibutuhkan untuk mendukung kerja rekam medis.

(3) Mengoreksi hasil pengolahan data.

e) Tanggung jawab

(1) Kebenaran hasil pengolahan data.

(2) Ketersediaan alat perlengkapan pengolahan data.

(3) Kelancaran kerja pengolahan data.

(4) Keserasian kerja pelaksanaan pengolahan data dan informasi.

f) Hubungan Kerja

(1) Penanggung jawab penyimpanan.

(2) Penanggung jawab pendaftaran.

(3) Penanggung jawab pelaporan.

(4) Unit terakit.

8) Petugas Assembling

a) Tugas Pokok

(1) Memastikan formulir elektronik pada rekam medis sudah terisi lengkap

(2) Menyiapkan berkas untuk proses review KLPCM

(3) Menjamin keamanan dan kerahasiaan data

b) Fungsi

Pengecekan kelengkapan pengisian catatan medis dan pengolahan kelengkapan catatan medis baik pada rekam medis elektronik.

c) UraianTugas Pada Rekam Medis Elektronik

(1) Mengecek kelengkapan data identitas pasien

(2) Mengecek kelengkapan dokumen dan catatan elektronik

(3) Memastikan bahwa catatan medis telah disahkan dengan tandatangan atau ID pengguna

(4) Menginformasikan rekam medis yang belum lengkap dengan cara menelpon ruang rawat terkait.

(5) Menjaga kerahasiaan dan keamanan data

(6) Menyusun laporan hasil asembling

(7) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kamed

d) Wewenang

(1) Mengakses data rekam medis elektronik pasien

(2) Memberi catatan yang kurang legkap pada rekam medis elektronik pasien

(3) Menandai status akhir rekam medis elektronik pasien

(4) Menjaga kerahasiaan dan keamanan data pasien

(5) Mengingatkan petugas ruangan mngenai rekam medis pasien yang belum lengkap

(6) Bertanggungjawab kelengkapan isi rekam medis.

e) Hubungan Kerja

(1) Kepala ruangan.

(2) Petugas administrasi ruangan.

(3) Bagian koding.

(4) Bagian penyimpanan

9) Petugas Koding

a) Tugas Pokok

Memberikan kode penyakit dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka sesuai dengan ICD (Internatinal Classification of Diseases)

b) Fungsi Pengkodingan.

Menentukan kode diagonsa dan tindakan

c) Uraian Tugas Pada Rekam Medis Elektronik

(1) Memberi kode diagnose rawat jalan dan rawat inap pada SIMRS.

(2) Mengecek kode sesuai ICD10 yang ada pada SIMRS .

(3) Menarik laporan 10 besar penyakit.

(4) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kamed

d) Wewenang

(1) Mengakses data pasien pada rekam medis elektronik

(2) Memberi kode pada data rekam medis pasien di SIMRS

(3) Mengevaluasi kesesuaian kode diagnosa dan kode tindakan

e) Tanggung jawab

(1) Ketepatan dan kebenaran dalam pemberian kode ICD10.

(2) Ketepatan dan kecepatan dalam memberikan laporan.

f) Hubungan Kerja

(1) Dokter.

(2) Perawat.

(3) Tenaga Administrasi Ruangan.

10) Petugas Indeks

a) Tugas Pokok

Membuat indeks pasien, indeks penyakit, indeks kematian, indeks operasi,dll.

b) Fungsi

Pengindeksan berfungsi untuk mempermudah dalam pencarian dan pengambilan informasi pasien.

c) Uraian Tugas Pada Rekam Medis Elektronik

(1) Menyusun dan laporan statistik dari indeks dan administrasi

(2) Menjamin keamanan dan kerahasiaan data indeks

(3) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kamed

d) Wewenang

(1) Mengakses data rekam medis elektronik pasien

(2) Mengelola indek

(3) Berkoordinasi dengan petugas koding dan asembling

e) Tanggung Jawab

(1) Ketepatan dan kebenaran data indeks.

(2) Ketepatan dan kecepatan dalam memberikan laporan.

f) Hubungan Kerja

(1) Dokter.

(2) Perawat

(3) Tenaga Administrasi Ruangan.

(4) Bagian koding.

11) Penanggung jawab Pelaporan Rawat Inap dan Rawat Jalan

a) Tugas Pokok

Mengecek dan mengevaluasi laporan intern dan ekstern.

b) Fungsi

Pengecekan dan pengevaluasian laporan.

c) Uraian Tugas

(1) Menerima data mortalitas,morbiditas dari petugas koding dan indeksing.

(2) Menerima hasil laporan dari bagian pelaporan.

(3) Memeriksa hasil laporan.

(4) Memberikan laporan kepada Kamed untuk diperiksa.

(5) Menyerahkan laporan yang sudah selesai kebagian urtu untuk dikirim kedinkes dan diskesau.

(6) Membuat laporan bulanan, triwulan dan tahunan rawat inap dan rawat jalan

(7) Menyiapkan data dalam bentuk grafik *Barber Johnson*

(8) Mengecek data mortalitas dan morbiditas.

(9) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kamed

d) Wewenang

(1) Mengoreksi data Rekam Medis yang masuk dari bagian pengolahan data.

(2) Membuat laporan sesuai dengan ketentuan dan kebutuhan rumah sakit.

d) Tanggung jawab

Keakuratan dan ketepatan waktu laporan berkala dan laporan khusus rekam medis.

e) Hubungan Kerja.

(1) Rawat jalan.
(2) Rawat Inap.
(3) Gawat darurat.
(4) Unit terkait.

12) Petugas Pelaporan Rawat Jalan

a) Tugas Pokok

Membuat laporan rawat jalan.

b) Fungsi

Pelaporan rawat jalan

c) Uraian Tugas

(1) Mengolah data dari poliklinik.

(2) Membuat rekapitulasi.

(3) Merekap laporan bulanan, triwulan, tahunan dan 10 besar penyakit rawat jalan.

(4) Melaporkan hasil laporan kepada penanggung jawab laporan.

(5) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kamed.

d) Wewenang

Mengoreksi data Rekam Medis yang masuk dari poliklinik

e) Tanggung jawab

Keakuratan dan ketepatan laporan.

f) Hubungan Kerja

(1) Poliklinik.

(2) Gawat darurat.

13) Petugas Pelaporan Rawat Inap

a) Tugas Pokok

Membuat laporan rawat Inap.

b) Fungsi

Pelaporan rawat inap.

c) UraianTugas Pada Rekam Medis Manual

(1) Menerima rekam medis dari bagian koding kemudian memasukkan data kedalam komputer.

(2) Membuat rekapitulasi data.

(3) Membuat laporan bulanan rawat inap.

(4) Membuat Laporan bulanan, triwulan dan tahunan rawat inap.

(5) Melaporkan hasil laporan kepada penanggung jawab laporan.

(6) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kamed

d) Uraian Tugas Pada Rekam Medis Elektronik

(1) Membuat rekapitulasi data.

(2) Merekap laporan bulanan rawat inap.

(3) Membuat Laporan bulanan, triwulan dan tahunan rawat inap.

(4) Melaporkan hasil laporan kepada penanggung jawab laporan.

(5) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kamed

e) Wewenang

(1) Mengoreksi data laporan rekam medis dari SIMRS.

(2) Membuat laporan sesuai dengan ketentuan.

(3) Mengirim laporan secara online dan manual.

f) Tanggung jawab

Keakuratan dan ketepatan waktu laporan berkala dan laporan baik laporan intern maupun ekstern.

g) Hubungan Kerja

(1) Rawat Jalan

(2) Rawat Inap.

(3) Gawat darurat.

14) Penanggung jawab Penyimpanan Pada Rekam Medis Manual

a) Tugas Pokok

(1) Mengatur penyimpanan berkas rekam medis sesuai SPO.

(2) Melakukan pengecekan penyimpanan berkas rekam medis.

b) Uraian Tugas

(1) Membagi tugas penyimpanan berkas.

(2) Melakukan monitoring penyimpanan dan peminjaman berkas status rekammedis.

(3) Membuat laporan kegiatan.

(4) Membuat perencanaan kebutuhan sarana dan prasarana penyimpanan berkas.

(5) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kamed.

c) Wewenang

(1) Mengecek penyimpanan dan peminjaman berkas rekam medis.

(2) Mengecek status yang belum disimpan.

d) Tanggung Jawab

Ketepatan dan terjaganya penyimpanan berkas rekam medis

e) Hubungan

Kerja Semua

unit terkait.

15) Penanggung jawab Penyimpanan Pada Rekam Medis Elektronik

a) Tugas Pokok

Menjamin Keamanan dalam penyimpanan data rekam medis pasien secara elektronik.

b) Uraian Tugas

(1) Menerima, mengolah, menyimpan data rekam medis elektronik
(2) Menjaga keamanan, kerahasiaan, dan pemeliharaan data
(3) Pemenuhan permintaan akses RME
(4) Penerapan regulasi dan standar penyimpanan yang terkini
(5) Melaksanakan tugas lain yang di berikan oleh kamed

c) Wewenang

(1) Mengawasi permintaan akses berkas rekam medis elektronik
(2) Melakukan backup data secara berkala untuk menghindari kehilangan informasi

d) Tanggung Jawab

Terjaganya penyimpanan berkas rekam medis elektronik

e) Hubungan Kerja

Semua Unit Terkait

16) Petugas Penyimpanan Rekam Medis Manual

a) Tugas Pokok

Menyusun rekam medis ke rak penyimpanan

b) Fungsi

Penyimpanan rekam

medis

c) Uraian Tugas

(1) Menerima Rekam Medis dari petugas koding

dan indexsing kemudian dipilah menurut nomor sebelum disimpan di rak penyimpanan.

(2) Menyimpan berkas Rekam Medis Rawat Inap ke dalam rak penyimpanan berdasarkan nomor rekam medis.

(3) Melakukan pengamatan terhadap penyimpanan untuk menemukan salah simpan dan melihat status Rekam Medis yang belum dikembalikan.

(4) Memilah data Rekam Medis yang tidak pernah digunakan sesuai ketentuan untuk disimpan ke dalam rak non aktif (*retensi*)

(5) Menjaga kerahasiaan rekam medis.

(6) Membantu Menyusun formulir Rekam Medis kedalam status pasien Rawat Inap.

(7) Mengganti sampul Rekam Medis yang rusak.

(8) Membuat Rekapitulasi hasil pelaksanaan kegiatan yang meliputi jumlah Rekam Medis yang dikeluarkan setiap hari dari rak penyimpanan untuk memenuhi permintaan.

(9) Menyediakan kebutuhan peralatan dan status rekam medis rawat jalan dan rawat inap.

(10) Membuat out guide /tracer.

(11) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kamed

d) Wewenang

(1) Mengambil rekam medis yang akan dipinjam.

(2) Membuat tagihan kepada peminjam rekam medis yang belum mengembalikan setelah batas waktu yang ditentukan.

(3) Menyimpan rekam medis yang masih aktif dan menyortir rekam medis yang non aktif dan memisahkannya dalam rak lain.

e) Tanggung Jawab

Tersusunnya rekam medis dengan rapi dan menurut aturan yang berlaku.

f) Hubungan Kerja

Petugas administrasi ruangan.

17) Petugas Penyimpanan Rekam Medis Elektronik

a) Tugas Pokok

Memastikan penyimpanan rekam medis elektronik aman dan terjaga kerahasiaanya.

b) Fungsi

Penyimpanan rekam medis secara elektronik

c) Uraian Tugas

(1) Menyimpan dan mengelola data rekam medis pasien dalam sistem elektronik.

(2) Memastikan keamanan akses data rekam medis elektronik.

(3) Melindungi data dari kerusakan dan kehilangan informasi.

(4) Mengikuti SOP dan kebijakan serta regulasi

(5) Berkoordinasi dengan tim IT mengenai bakcup data dan sistem penyimpanan cadangan data.

(6) Melaporkan masalah teknis dalam sistem penyimpanan elektronik rekam medis.

(7) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kamed

d) Wewenang

(1) Memiliki hak akses ke sistem ERM.
(2) Mengambil langkah awal jika terjadi pelanggaran keamanan data kemudian melaporkannya kepada atasan.

e) Tanggung Jawab

Tersusunnya rekam medis dengan rapi dan menurut aturan yang berlaku baik secara manual maupun elektronik

f) Hubungan Kerja

Petugas administrasi ruangan.

18) Petugas Peminjaman Rekam Medis Manual

a) Tugas Pokok

Mencari rekam medis yang akan dipinjam pada rekam medis manual.

b) Fungsi

Peminjaman rekam medis yang tertib administrasi

c) Uraian Tugas

(1) Melihat riwayat pasien di komputer (SIMRS)

(2) Mengecek berkas masuk di bagian pengambilan.

(3) Mencari rekam medis di rak penyimpanan.

(4) Membuatceklist berkas yang sudah ditemukan.

(5) Mengusulkan kebutuhan peralatan mendukung peminjaman berkas rekam medis.

(6) Membuat *outguide/ tracer*

(7) Menyortir berkas rekam medis yang telah dipinjam sesuai nomor.

(8) Menyimpan kembali rekam medis ke dalam rak penyimpanan.

(9) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kamed.

d) Wewenang

(1) Mengambil rekam medis rawat jalan dan rawat inap yang diperlukan.

(2) Menyimpan dan menyortir rekam medis rawat jalan yang nonaktif (retensi).

e) Tanggung jawab

(1) Kecepatan dan ketepatan dalam pencarian rekam medis.

(2) Keamanan dan terawatnya rekam medis rawat inap.

f) Hubungan Kerja Semua unit terkait.

19) Petugas Peminjaman Rekam Medis Elektronik

a) Tugas Pokok

Menerima permintaan akses data rekam medis elektronik dengan meng

b) Fungsi

Akses data yang aman dan terkontrol

c) Uraian Tugas

(1) Melihat riwayat pasien di komputer (SIMRS)

(2) Melakukan pendampingan pada saat peminjaman rekam medis elektronik.

(3) Melakukan pencatatan bagi peminjam rekam medis baik

(4) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kamed.

d) Wewenang

Menyimpan kerahasiaan pasien

e) Tanggung jawab

(1) Menjamin keamanan dan kerahasiaan berkas rekam medis elektronik

(2) Melakukan pencatatan identitas peminjam rekam medis elektronik

(3) Menjamin ketertiban dan ketepatan dalam proses peminjaman rekam medis elektronik

(4) Memberi pelayanan peminjaman sesuai dengan kebutuhan peminjam

(5) Mengawasi penggunaan data rekam medis

f) Hubungan kerja semua unit terkait

20) Petugas Distribusi Rekam Medis

Pada rekam medis elektronik,untuk pendistribusian berkas ini sudah tidak lagi di perlukan dikarenakan sudah terkirim melalui SIMRS. Sementara pada rekam medis manual pendistribusian ini dilakukan oleh staf rekam medis yang mempunyai tugas serta wewenang sebagai berikut:

a) Tugas Pokok

Mendistribusikan berkas rekam medis ke unit peminjam apabila unit peminjam tidak bisa datang ke unit rekam medis

b) Fungsi

Pendistribusian berkas rekam medis agar terjaga kerahasiaannya

c) UraianTugas

(1) Mengantar rekam medis rawat ke unit yang dituju.

(2) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kamed.

d) Wewenang

Mengantar rekam medis ke unit peminjam

e) TanggungJawab

Ketepatan dan kecepatan pengantaran rekam medis.

f) Hubungan Kerja

Unit peminjam

10. Pengaturan Shift. Pengaturan shift kerja Unit Rekam Medis RSAU dr. Esnawan Antariksa didasarkan dengan system jaga piket, selain 2 orang lepas piket dan 2 orang yang akan naik piket, selebihnya melaksanakan dinas pagi. Adapun komposisi piket terdiri dari:

a. Satu orang pada bagian pendaftaran IGD.

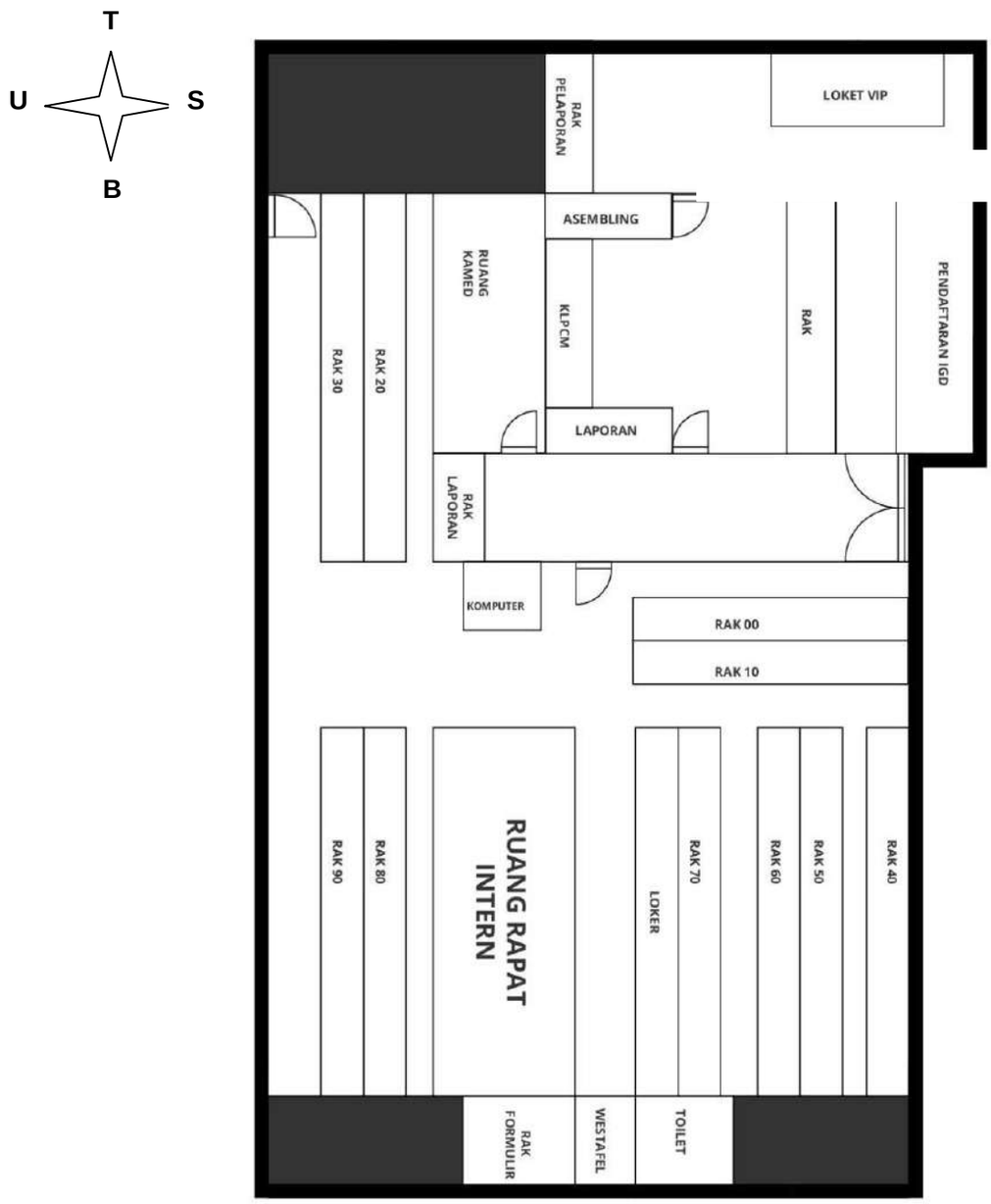
b. Satu orang pada bagian pendaftaran rawat inap.

STANDAR FASILITAS

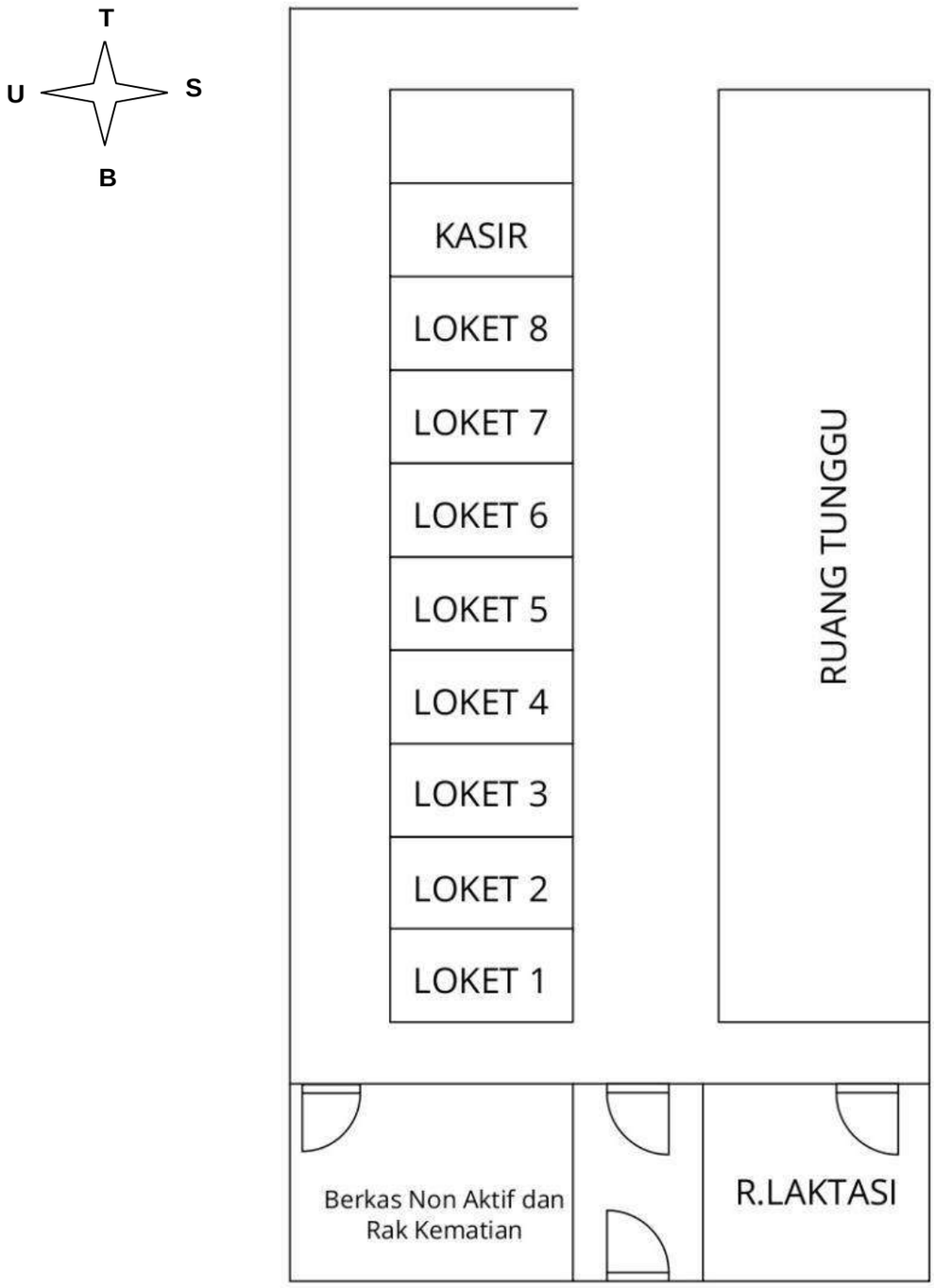
11. Umum. Standar Fasilitas yang ada pada bagian rekam medis disesuaikan dengan kebutuhan petugas dalam kegiatan pengelolaan rekam medis antara lain ruangan yang memadai, peralatan kantor seperti komputer, printer, dan ruang penyimpanan berkas. Untuk setiap sub unit

dan jabatan mempunyai standar yang berbeda. Unit Rekam Medis RSAU dr. Esnawan Antariksa menetapkan kebutuhan berdasarkan pada kebutuhan minimum.

12. Denah Ruang Rekam Medis.



Denah Ruang Rekam Medis Gedung Utama



Denah Ruang Rekam Medis Poli Terpadu

Keterangan nama ruangan :

No	Nama Ruangan	Fungsi	Kebutuhan Fasilitas	Keterangan
1	Pendaftaran IGD	Tempat pendaftaran IGD dan pendaftaran pasien rawat inap baik itu pasien swasta, assuransi, maupun memakai jaminan BPJS.	Meja, Kursi, Komputer,telepon,printer,rak berkas rekam medis serta peralatan kantor lainnya.	Gedung Utama
2	Loket VIP	Loket untuk melayani pendaftaran pasien VIP(minimal berpangkat kolonel)	Meja, Kursi, Komputer,telepon, printer serta peralatan kantor lainnya	Gedung Utama
3	Ruang Pengolahan data Rekam Medis (Asembling,KLPCM,Pelaporan)	Ruang ini digunakan Untuk menyelenggarakan kegiatan pengolahan data dan laporan	Meja, Kursi, rak laporan / arsip, computer set,printer, dan peralatan kantor lainnya.	Gedung Utama
4	Ruang Sorter	Tempat menyortir berkas rekam medis sesuai nomor rak dan menyortir distribusi ke poliklinik	Rak sortir,meja, kursi, computer set,printer.	Gedung Utama
5	Ruang Kamed	Ruang ini dipergunakan oleh kepala rekam medis dalam menunjang administrasi ruang rekam medis.	Meja, Kursi, komputerset,printer	Gedung Utama
6	Ruang Penyimpanan Berkas	Tempat menyimpan berkas Rekam Medis pasien aktif.	Rak ada 10 kontainer rak aktif, kursi,meja,komputer,printer tracer,meja rapat.	Gedung Utama
7	Ruang rak kematian dan penyimpanan formulir	Tempat menyimpan berkas pasien yang sudah meninggal dan menyimpan penyediaan formulir.	Rak, meja, kursi	Gedung Utama

8	Loket 1 s/d loket 8	Loket yang diperuntukkan mendaftarkan pasien sesuai dengan kategori BPJS nya	Meja, Kursi, Komputer,printer,telepon yang berada di loket 8 serta peralatan kantor lainnya	Poli Terpadu
9	Kasir	Loket kasir dipergunakan untuk pasien yang akan melakukan pembayaran	Meja, Kursi, Laptop,telepon serta peralatan kantor lainnya	Poli Terpadu
10	Ruang rak non aktif dan kematian	Tempat menyimpan rekam medis yang sudah tidak aktif berobat	Rak, Meja, Komputer set, berkas rekam medis	Poli Terpadu
11	Ruang Laktasi	Ruangan yang di pergunakan bagi ibu untuk menyusui bayinya	Meja, kursi	Poli Terpadu
12	Ruang Tunggu	Ruangan yang dipergunakan oleh pasien untuk menunggu pemanggilan nomor antrian	Kursi Sofa	Poli Terpadu

13. Fasilitas di Unit Rekam Medis RSAU dr. Esnawan Antariksa. Fasilitas yang dimiliki Unit Rekam Medis RSAU dr. Esnawan Antariksa sebagai berikut:

a. Lokasi unit rekam medis diatur sedemikian rupa sehingga membentuk alur rekam medis di rumah sakit berlangsung cepat, aman, lancer dengan ruang kerja yang nyaman.

b. Ruang kerja untuk staf diseting sesuai dengan kondisi, sehingga dapat mengelola rekam medis dengan baik.

c. Ruang penyimpanan dokumen rekam medis dirancang khusus sehingga untuk dokumen aktif, in aktif dan berkas kematian terpisah.

d. Ruang rekam medis harus cukup menjamin bahwa rekam medis aktif, in aktif dan berkas kematian tidak hilang, rusak atau diambil oleh yang tidak berhak.

e. Ruang pengolahan data diatur sedemikian rupa sehingga memudahkan mengevaluasi dan membuat laporan – laporan.

TATA LAKSANA PELAYANAN

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

15. Penerimaan Pasien. Pasien adalah pelanggan utama yang tidak dapat tergantikan di dalam suatu instansi kesehatan. Pasien dirumah sakit dapat dikategorikan sebagai pasien poliklinik (pasien berobat jalan), pasien gawat darurat dan pasien rawat inap. Sedangkan berdasarkan jenis- jenisnya dapat dikategorikan sebagai berikut:

a. Dilihat dan segi pelayanan rumah sakit pasien dating kerumah sakit dibedakan menjadi:

1) Pasien yang dapat menunggu.

2) Pasien berobat jalan yang dating dengan perjanjian.

3) Pasien yang dating tidak dalam keadaan gawat.

4) Pasien yang segera ditolong (pasien gawat darurat).

b. Sedangkan menurut jenis kedatangannya, pasien dapat dibedakan menjadi:

1) Pasien baru adalah pasien yang baru pertama kali dating kerumah sakit untuk keperluan berobat.

2) Pasien lama adalah pasien yang pernah datang sebelumnya untuk keperluan berobat.

c. Kedatangan pasien kerumah sakit dapat terjadi karena:

1) Dikirim oleh dokter praktek di luar rumah sakit (rujukan)

2) Dikirim oleh rumah sakit lain, Puskesmas atau jenis pelayanan kesehatan lainnya (rujukan)

3) Datang atas kemauan sendiri.

16. Pelayanan Pendaftaran Rawat Jalan. Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien yang tidak mendapatkan pelayanan rawat inap di fasilitas pelayaan kesehatan (Huffaman, '94). Pelayanan rawat jalan merupakan pelayanan yang diberikan kepada pasien dengan kategori "Pasien yang dapat menunggu" yaitu Pasien berobat jalan yang datang dengan perjanjian ataupun tidak dengan perjanjian, dan Pasien yang datang tidak dalam keadaan gawat darurat. Prosedur pertama dalam penerimaan pasien rawat jalan atau pasien poliklinik adalah Pasien Akan diterima di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (TPPRJ). Pasien rawat jalan yang masuk dalam kategori pasien lama akan didaftarkan pada loket pendaftaran pasien lama (loket 1 s/d loket 7 dan loket VIP), sedangkan pasien rawat jalan yang baru atau belum pernah berobat sama sekali di RSAU dr. Esnawan Antariksa akan didaftar pada loket pendaftaran pasien baru (loket 8).

Pelayanan rawat jalan mulai bulan April 2021 sudah memakai sistem *ERM* (Elektronik Rawat Jalan) dengan memakai sistem aplikasi versi 2 briging sesuai aturan BPJS, dan pada awal bulan Juni 2025 beralih ke vendor Zutech dan sudah beralih ke elektronik baik rawat jalan maupun rawat inap.

a. Petugas pendaftaran membuka aplikasi modul rajal pada SIMRS kemudian menginput nama pasien atau nomor rekam medis atau bisa juga dengan nomor BPJS yang akan memunculkan semua data identitas pasien kemudian pilih poliklinik tujuan dan nama dokter yang diinginkan.

b. Petugas mengecek riwayat berobat pasien untuk kepastian mencetak SEP.

c. Bila pasien berobat untuk dikonsulkan ke poliklinik lain maka petugas pendaftaran membuka poliklinik dan dokter yang menjadi tujuan konsul (konsul internal ataupun pasien pre operasi)

17. Pelayanan Pasien Di Instalasi Gawat Darurat. Menurut Savitri Citra Budi (2011), Pasien rawat darurat merupakan pasien yang dating ketempat penerimaan pasien gawat darurat yang dibuka selama 24 jam pelayanan, disini pasien ditolong lebih dahulu setelah itu kemudian menyelesaikan administrasinya. Prosedur pertama dalam Penerimaan Pasien di Instalasi Gawat Darurat adalah pasien merupakan kategori pasien yang harus segera ditolong (pasien yang dalam kondisi gawat darurat). Namun tidak menutup kemungkinan juga melayani kategori pasien umum/tidak dalam keadaan gawat darurat, hal ini disebabkan IGD buka selama 24 jam sehingga waktu diluar jam 15.00 WIB (batas waktu layanan poliklinik/rawat jalan) IGD juga menerima pasien yang dating tidak dalam keadaan gawat namun dengan prioritas pasien gawat darurat. Jadi pasien yang tidak dalam keadaan gawat darurat akan mendapatkan pelayanan kesehatan setelah pasien gawat darurat telah tertangani.

Prosedur selanjutnya sebagaimana TPPRJ yaitu terbagi atas dua pasien, Pasien Baru dan Pasien Lama. Perbedaannya adalah jika pasien

gawat darurat maka pasien akan ditolong terlebih dahulu baru kemudian penyelesaian administrasinya (Pendaftaran). Proses pendaftaran pasien gawat darurat dapat diwakilkan oleh keluarga pasien, jika pasien dating bersama dengan keluarga atau pengantar. Pendaftaran pasien dapat dilakukan dengan menanyakan kartu identitas pasien kepada pasien/keluarga/pengantar. Namun jika pasien gawat darurat dan tidak ada keluarga pasien yang mengantarkan maka petugas melakukan wawancara secara langsung dengan pasien, namun apabila pasien dalam kondisi tidak sadar maka petugas mencari kartu identitas pasien dan bila ternyata kartu identitas pasien tidak ditemukan maka pasien diberi nama inisial yaitu Tn/Sdr/An X jika pasien laki-laki dan Ny/Nn/An X jika pasien perempuan, kemudian setelah huruf X tersebut diberikan kode petugas pendaftaran. Jika pasien yang belum teridentifikasi tersebut lebih dari satu maka kode selanjutnya setelah kode nama petugas pendaftaran ditambahkan angka urut sesuai jumlah kasus yang ditemukan. Sebagai contoh:

a. Tn XA1 untuk pasien tanpa identitas pertama yang didaftar oleh petugas pendaftaran yang berinisial "A',

b. Ny XA2 untuk pasien tanpa identitas kedua,

c. Tn XB1 untuk pasien tanpa identitas pertama yang didaftar oleh petugas pendaftaran yang berinisial "B",

d. Ny XB2 dan seterusnya.

Pelayanan pasien IGD :

a. Petugas memasukkan NIK atau nomor BPJS kedalam sistem aplikasi SIMRS kemudian mendaftarkannya.
b. Petugas memasukkan nama/nomor BPJS/tanggal lahir pasien ke aplikasi SIMRS. Bila sudah pernah berobat maka akan didaftarkan oleh petugas. Bila belum maka pasien akan diinput datanya karena pasien baru pertama kali berobat.
c. Petugas akan mencetak SEP jika pasien sudah tegak diagnosis dan mendapat rincian tindakan dari IGD atau pasien sudah dinyatakan dirawat inap.

18. Alur Pasien Rawat Jalan. Sebagaimana prosedur penerimaan dan pendaftaran pasien, akan lebih mudah dimengerti dengan adanya alur pasien yaitu alur kegiatan yang harus dilalui oleh pasien. Alur tersebut dapat digambarkan sebagai berikut:

1) Untuk pasien dengan kondisi gawat maka dapat langsung menuju ke Instalasi Gawat Darurat sedangkan untuk pasien tidak dalam kondisi gawat dan dapat menunggu maka langsung menuju ke Tempat Pendaftaran Pasien Poliklinik.

2) Untuk pendaftaran pasien perjanjian sudah terbriging dengan mobile JKN yang terdiri dari 2 alur yaitu:

a) Langsung. Pasien langsung daftar mandiri melalui aplikasi mobile JKN menggunakan handphone kepoliklinik dan dokter yang dituju untuk mendapatkan nomor antrian.

b) Tidak langsung. Dokter DPJP membuatkan surat kontrol elektronik via SIMRS untuk kunjungan kontrol bulan depannya yang otomatis sudah terbriging dengan aplikasi mobile JKN dari pasien

tersebut sehingga pasien sudah mendapatkan nomor antrian dan dapat dilihat dari aplikasi mobile JKN.

c) Pada saat pasien perjanjian ini datang,maka pasien tidak perlu lagi mengambil nomor antrian untuk ke poli tujuan melainkan langsung bisa membuat surat elegibilitas pasien secara mandiri pada anjungan pendaftaran mandiri dengan melakukan sidik jari secara mandiri juga pada anjungan tersebut.

3) Pasien Rawat Jalan poliklinik dan IGD diatur sebagai berikut:

a) Pasien baru. Pasien datang ke loket pendaftaran kemudian menyerahkan kartu identitas, kemudian petugas meng*entry* identitas pasien kedalam program aplikasi pendaftaran(*SIMRS*). Khusus untuk pasien gawat darurat yang tidak ada keluarga atau pengantar maka petugas yang akan mencari identitas pasien baik dengan kartu pengenal atau mendaftarkan dengan nama inisial untuk sementara sebelum identitas ditemukan.

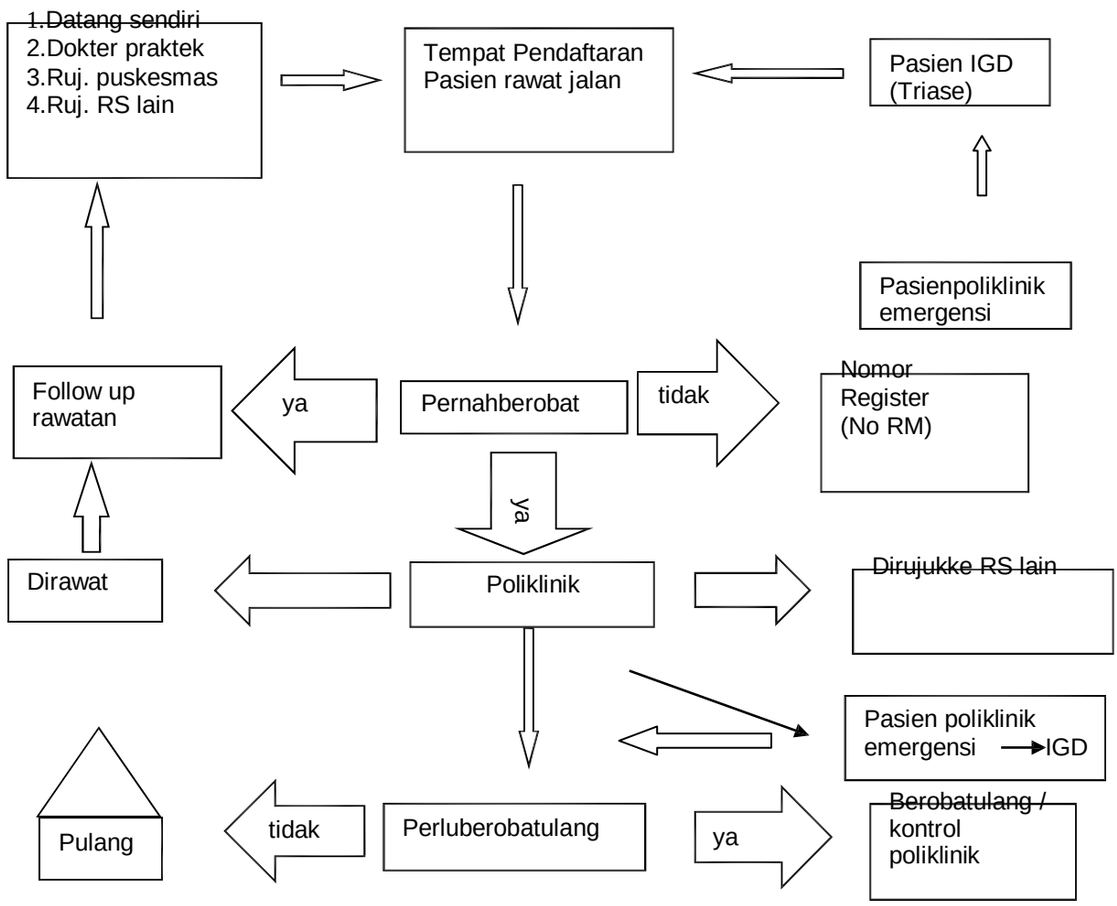
b) Pasien lama. Pasien menyerahkan kartu berobat atau kartu identitas kepada petugas pendaftaran, jika pasien lupa tidak membawa KTP atau kartu berobat hilang maka petugas mencarikan indentitas pasien menggunakan aplikasi pendaftaran di *SIMRS* memakai nama, tanggal lahir atau nomor BPJS, setelah identitas pasien ditemukan maka bagi pasien yang kartu berobatnya hilang, petugas membuatkannya kembali.

c) Petugas Pendaftaran membuatkan kartu berobat untuk pasien baru dan untuk pasien lama petugas langsung mendaftarkan pasien sesuai dengan poliklinik/IGD.

d) Dokter pemeriksa mencatat *anamneses* pasien, riwayat penyakit, hasil pemeriksaan, diagnosis, terapi yang ada *relevansi* dengan penyakitnya, pada rekam medis pasien.

e) Petugas dipoliklinik (perawat/ bidan) membuat laporan/ rekapitulasi harian pasien rawat jalan baik sistem ataupun manual dan dilaporkan ke bagian rekam medis.

ALUR PASIEN RAWATJALAN



18. PelayananPendaftaranRawat Inap. Penerimaan pasien rawat inap RSAU dr. Esnawan Antariksa dilakukan di tempat penerimaan pasien rawat inap (*admission).* Pada hari senin sampai jumat (pukul 07.00 WIB sampai dengan 15.00 WIB). Sedangkan pada periode sore dan malam hari (pukul 15.00 WIB sampai dengan 08.00 WIB) penerimaan pasien rawat inap dilakukan di *admission* melalui IGD. Tata cara penerimaan pasien Rawat Inap disebut sebagai Prosedur Pasien Rawat Inap. Pasien yang memerlukan perawatan, dapat menjadi 3 kelompok yaitu

a. Pasien yang tidak gawat, penundaaan perawatan pasien tersebut tidak akan menambah penyakitnya,

b. Pasien yang gawat, tetapi tidak darurat, dapat dimasukkan kedalam daftar tunggu.

c. Pasien gawat darurat (*emergency*), langsung dirawat.

Pembinaan dan pelaksanaan pekerjaan penerimaan pasien dengan baik menciptakan tanggapan yang baik dari pasien-pasien yang baru masuk, menjamin kelancaran dan kelengkapan catatan-catatan serta menghemat waktu dan tenaga. Untuk lancarnya proses penerimaan pasien, harus memenuhi criteria sebagai berikut :

a. Petugas yang kompeten.

b. Cara penerimaan pasien yang tegas dan jelas.

c. Ruang kerja yang menyenangkan.

d. Lokasi yang tepat dari bagian penerimaan pasien.

Untuk memperlancar tugas-tugas bagian lain yang erat hubungannya dengan proses penerimaan pasien, telah diatur dalam ketentuan penerimaan pasien. Ketentuan umum dalam penerimaan pasien rawat inap adalah sebagai berikut:

a. Bagian penerimaan pasien bertanggung jawab sepenuhnya mengenai pencatatan seluruh informasi yang berkenaan dengan diterimanya seorang pasien di rumah sakit.

b. Bagian penerimaan pasien harus segera memberitahukan bagian-bagian lain terutama bagian yang berkepentingan langsung, setelah diterimanya seorang pasien untuk dirawat.

c. Rekam medis yang lengkap, terbaca dan seragam harus disimpan oleh semua bagian selama pasien dirawat.

d. Instruksi yang jelas harus diketahui oleh setiap petugas yang bekerja dalam proses penerimaan dan pemulangan pasien.

e. Semua pasien yang menderita segala macam penyakit, selama ruangan dan fasilitas yang memadai tersedia, dapat diterima di rumah sakit.

f. Tanpa diagnosis yang tercantum dalam surat permintaan dirawat, pasien tidak dapat diterima.

g. Sedapat mungkin tanda tangan persetujuan medis untuk tindakan operasi dan sebagainya (apabila dilakukan) dilaksanakan di IGD untuk kasus cito dan di Rawat Inap untuk kasus elektif.

h. Pasien dapat diterima apabila:

1) Ada surat permintaan rawat inap dari dokter yang mempunyai wewenang untuk merawat pasien di rumah sakit baik dari dokter poliklinik, dokter IGD.

2) Pasien gawat darurat perlu diprioritaskan.

i. Pelayanan pendaftaran rawat inap secara aplikasi

1) Rawat inap dari IGD

a) petugas admission membuka modul registrasi ranap kemudian melihat request rawat inap berdasarkan nama pasien

b) petugas lalu melengkapi data-data pada SIMRS, menentukan kamar rawat dan membuat SEP

2) Rawat inap dari poliklinik

a) Petugas admission membuka modul registrasi ranap kemudian melihat request rawat inap berdasarkan nama pasien. jika nama pasien tidak muncul maka,petugas mengkonfirmasi ke poliklinik atau ke unit jaminan BPJS.

b) Petugas membuka data pasien ranap kemudian mengedit, memasukkan data – data pada SIMRS, menentukan kamar rawat dan membuat SEP.

19. Alur Pasien Rawat Inap. Penerimaan Pasien Rawat Inap disebut *admission*.

Fungsi utamanya adalah untuk menerima pasien yang akan dirawat di rumah sakit dengan prosedur penerimaan pasien yang sebaik-baiknya. Ketentuan umum dalam penerimaan pasien rawat inap adalah sebagai berikut:

a. Pasien dinyatakan harus dirawat inap oleh dokter pemeriksa.

b. Petugas *admission* mencarikan kamar untuk pasien dalam aplikasi ketersediaan tempat tidur di*SIMRS* dan konfirmasi ulang keperawat ruang rawat inap.

c. Petugas *admission* memberikan stiker identitas untuk di gelang pasien dan formulir persetujuan rawat inap. Pada SIMRS dari Zutech ini, setelah pasien/keluarga melakukan pendaftaran kemudian menandatangani formulir persetujuan umum secara elektronik.

d. Berkas rekam medis rawat inap didistribusikan melalui SIMRS Zutech dikarenakan sudah ERM.

e. Pasien diterima oleh petugasdi ruang rawat inap.

f. Dokter yang bertugas mencatat tentang riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik, terapi serta semua tindakan yang diberikan kepada pasien pada formulir asesmen medis, catatan perkembangan pasien terintegrasi, serta formulir- formulir lain yang dibutuhkan dan menandatanganinya, namun saat ini penandatangananya secara elektronik menggunakan pena elektronik.

g. Perawat/Bidan mencatat pengamatan mereka terhadap pasien dan pertolongan perawatan yang mereka berikan kepada pasien kedalam asesmen keperawatan/kebidanan, catatan perkembangan pasien terintegrasi dan membubuhkan tanda tangannya, serta mengisi lembaran grafik tentang suhu, nadi, dan pernapasan pasien.

h. Selama di ruang rawat inap, perawat/bidan menambahkan lembaran formulir rekam medis elektronik sesuai dengan kebutuhan pelayanan yang diberikan kepada pasien.

i. Perawat/bidan berkewajiban membuat sensus harian yang memberikan gambaran mutasi pasien mulai jam 12.00 WIB sampai dengan jam12.00 WIB.

j. Sensus harian dapat di akses dari *SIMRS*, dan di cetak oleh petugas rekam medis.

k. Pada rekam medis manual, petugas ruangan rawat inap memeriksa kelengkapan berkas rekam medis pasien, sebelum diserahkan ke unit rekam medis. Pada rekam medis elektronik,petugas ruangan rawat inap memeriksa kelengkapan elektronik rekam medis pasien, sebelum didischarge maupun dipulangkan.

l. Petugas verifikasi rawat inap (*assembling*), melakukan verifikasi terhadap kelengkapan pengisian berkas rekam medis rawat inap baik secara manual maupun secara elektronik.

m. Pada rekam medis manual, setelah pasien keluar dari rumah sakit, berkas rekam medis pasien segera dikembalikan ke unit rekam medis paling lambat 1 x 24 jam setelah pasien keluar, dalam keadaan lengkap dan benar.

n. Petugas asembling dan KLPCM mengelola berkas rekam medis kemudian melakukan evaluasi terhadap kelengkapan dan kesesuaiannya dan di laporkan ke ketua tim rekam medis.

o. Petugas laporan mengolah rekam medis yang sudah lengkap (indeks penyakit, indeks Operasi, indeks kematian, dsb) untuk membuat laporan dan statistic rumah sakit.

p. Petugas laporan membuat rekapitulasi sensus harian setiap akhir bulan dan menganalisa hasil kegiatan tersebut kemudian mengirimkan ke sispri untuk diketahui Kepala Rumah sakit dan bahan laporan rumah sakit yang akan dikirim ke Sub Dinkes Jakarta Timur dan Diskesau.

q. Petugas penyimpanan/pengeluaran berkas, menyimpan berkas-berkas rekam medis menurut didalam rak simpan nomor rekam medisnya.

r. Petugas penyimpanan/ pengeluaran berkas, mengeluarkan berkas rekam medis apabila ada permintaan baik untuk keperluan pasien berobat atau keperluan lain.

s. Setiap permintaan rekam medis harus mengisi dalam buku peminjaman berkas rekam medis dengan membubuhkan tanda tangan dan nama terang peminjam.

t. Apabila rekam medis yang dipinjam sudah kembali, peminjam menandatangani dalam buku peminjaman pada kolom tanda tangan pengembalian berkas.

u. Rekam medis pasien yang tidak pernah berobat lagi kerumah sakit selama lima tahun terakhir, dinyatakan sebagai Berkas In- Aktif.

v. Berkas-berkas rekam medis yang sudah dinyatakan sebagai berkas In-Aktif dikeluarkan dari rak penyimpanan berkas aktif dan disimpan ditempat In-Aktif dan dibuat pertelaahan berkas untuk dialihkan dalam bentuk *soft file* (*scan*), kemudiaan dapat dimusnahkan dalam masa yang telah ditentukan. (5 tahun retensi dan masa 5 tahun penyimpanan selanjut dilaksanakan pemusnahan).

w. Pada rekam medis elektronik penyimpananya terdapat pada server dan di simpan selama dua puluh lima tahun.

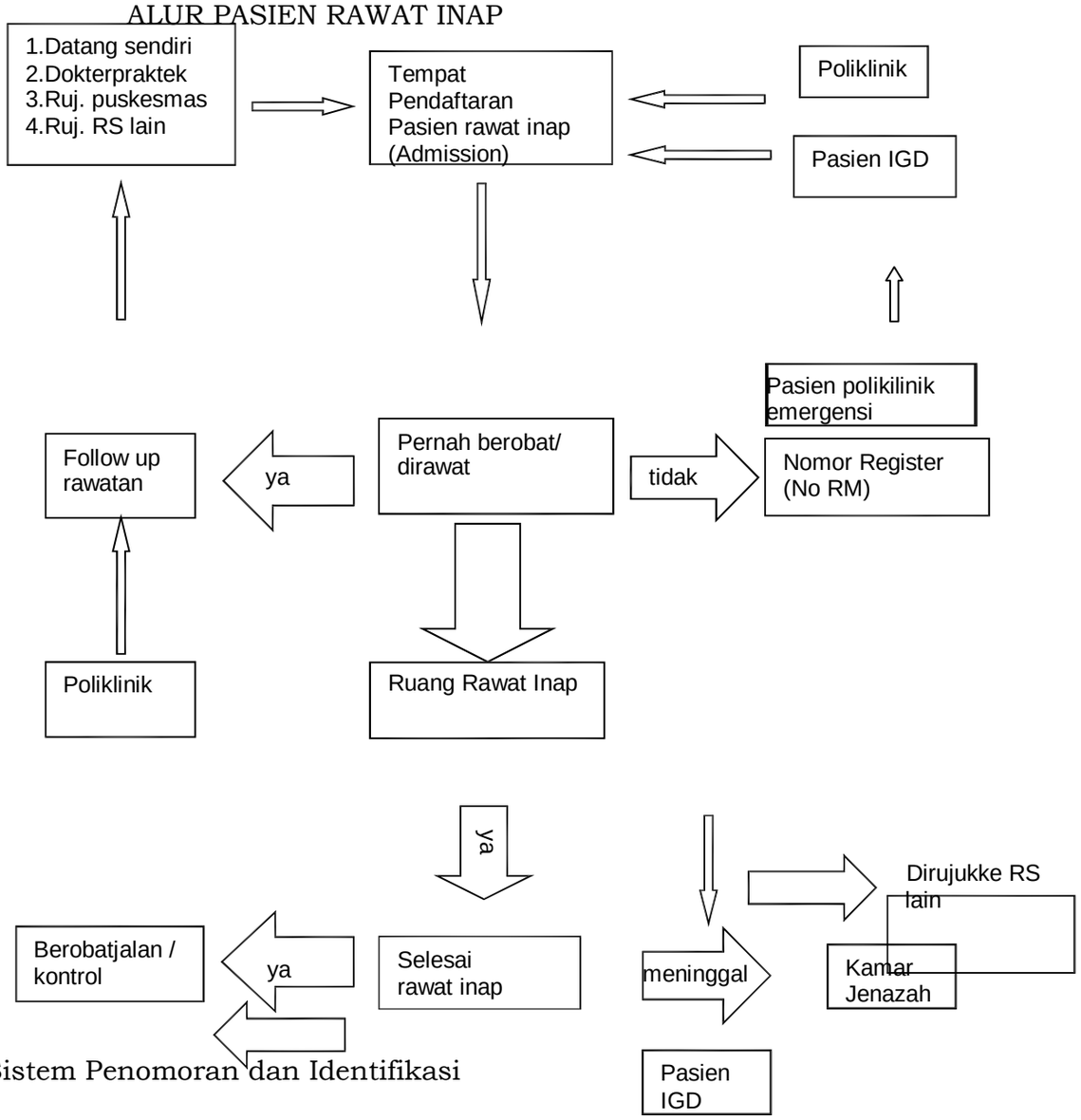
x. Prosedur selama pasien di ruang perawatan yang berkaitan dengan rekam medis antara lain:

1) Pada waktu pasien tiba di ruang perawatan dan diterima oleh perawat, pasien diberi tanda pengenal yang sudah di siapkan oleh *admission*

2) Perawat menambah formulir-formulir elektronik yang diperlukan oleh dokter maupun perawat sendiri.

3) Selama perawatan, perawat mencatat semua data perawatan yang diberikan dari mulai saat pasien tiba di ruang rawat inap sampai pasien tersebut pulang, dipindahkan atau meninggal.

ALUR PASIEN RAWAT INAP



20. Sistem Penomoran dan Identifikasi

a. Pemberian Nomor Rekam Medis. Semua pasien yang berobat di RSAU dr Esnawan Antariksa mendapat satu nomor kartu berobat dengan jumlah 8 digit. Penyimpanan berkas pelayanan kesehatan disimpan menurut nomor, yaitu nomor kartu berobat sekaligus nomor berkas rekam medis. Di RSAU dr. Esnawan Antariksa system penomorannya menggunakan system angka akhir (*Terminal Digit System*). Unit rekam medis RSAU dr. Esnawan Antariksa menyelenggarakan sentralisasi dimana penyimpanan berkas rekam medis terpusat baik rawat jalan maupun rawat inap dengan satu nomor kartu berobat. Adapun prosedur pemberian nomor yang telah ditetapkan adalah sebagai berikut:

1) Sistem penomoran rekam medis RSAU dr. Esnawan Antariksa menggunakan system angka akhir (*Terminal Digit System*).

2) Setiap pasien mempunyai satu nomor rekam medis untuk

seumur hidup dan digunakan untuk semua unit pelayanan baik rawat jalan maupun rawat inap.

3) Nomor rekam medis diberikan pada saat pertama kali pasien memanfaatkan pelayanan di RSAU dr. Esnawan Antariksa

4) Cara penomoran dengan menggunakan angka 8 digit.

5) Jika satu pasien mempunyai nomor rangkap, maka nomor rekam medis yang dipakai adalah yang paling lama atau paling baru apabila memang sudah lama tidak berobat. Kemudian berkas rekam medis pasien disatukan, sedangkan nomor yang tidak dipakai (pada komputer) diberi tanda dengan tulisan "*update* ke" kemudian alihkan ke Bagian *EDP* (*Elektronik Data Prosesing*), kemudian nomor yang dipilih akan menjadi acuan untuk me-*replace* nomor rangkap.

Cara Penggunaan *Unit Numbering System* adalah pada saat seorang pasien berkunjung pertama kali kerumah sakit apakah sebagai pasien berobat jalan ataupun pasien rawat inap, kepadanya diberikan satu nomor (*Admisson number*) yang digunakan selamanya untuk kunjungan seterusnya. Sehingga rekam medis pasien tersebut tersimpan dalam berkas di bawah satu nomor.

Dengan system ini, semua rekam medis pasien memiliki satu nomor dan terkumpul dalam satu map (*folder*). Sistem ini secara cepat memberikan kepada rumah sakit/staf medis satu gambaran lengkap mengenai riwayat penyakit dan pengobatan seorang pasien. Sistem unit menghilangkan kerepotan mencari/mengumpulkan rekam medis seorang pasien yang terpisah-pisah dalam system seri. Sistem ini juga menghilangkan kerepotan mengambil rekam medis lama, untuk disimpan kedalam nomor baru dalam system seri unit.

Dalam hal penggunaan sistem unit, kepada petugas yang memberikan nomor masuk (admision number), diperintahkan agar selalu mengecek apakah seorang pasien sudah pernah berkunjung kerumah sakit ini sebelumnya. Pasien lama tidak akan diberikan nomor baru karena rekam medisnya yang sekarang akan diberi nomor yang sama dengan nomor yang telah dimiliki pada kunjungan yang pertama. Kadang-kadang terjadi kekeliruan dimana seorang pasien diberikan lagi nomor yang baru. Padahal ia telah mempunyai nomor, kekeliruan ini dapat diperbaiki dengan membatalkan nomor baru dan tetap memakai nomor yang lama.

Sistem nomor yang digunakan juga mempengaruhi rencana perkembangan ruangan tempat penyimpanan. Diperlukan ruang kosong pada rak penyimpanan sebanyak 25% karena tempat tersebut berguna untuk penyimpanan rekam medis yang makin tebal.

Dalam hal system angka akhir, nomor-nomor rekam medis tidak menunjukkan tua atau mudanya suatu rekam medis sehingga untuk memilih rekam medis yang tidak aktif harus dilihat satu persatu. Tahun berapa seorang pasien terakhir dirawat atau berkunjung kepoliklinik. Sehingga satu pasien hanya mempunyai satu unit nomor seumur hidup kemana pun ia berobat di suatu rumah sakit yang sama.

Dalam penyelenggaraan system penomoran memiliki ketentuan sebagai berikut:

1) Sumber Nomor. Satu rumah sakit membuat satu "bank nomor" dengan menentukan sampai nomor tertinggi yang keberapa, baru mulai lagi dengan nomor satu. Sangat sulit untuk mengerjakan atau mengingat nomor-nomor yang lebih dari enam angka, meskipun system angka akhir (terminal digit) digunakan. Untuk itu hamper semua rumah sakit, nomor yang dimulai dari 00.00.00.01 sampai dengan 99.99.99.99 menjadi sumber (patokan). Pemberian nomor yang bisa berjalan sampai bertahun-tahun. Suatu cara penomoran dengan memberikan seri tahun pada setiap nomor, misalnya dengan menuliskan angka tahun pada awal nomor seperti 95456231 tidak dianjurkan, karena kesalahan menulis angka tahun mengakibatkan sangat sulitnya mengetahui lokasi berkas rekam medis.

2) Distribusi Nomor Rekam Medis. Pemberian Nomor Rekam Medis (No. RM) kepada pasien adalah yang terpenting karena nomor tersebut sebagai acuan dan seluruh pelayanan yang diberikan kepada pasien, oleh karena itu setiap pasien di RSAU dr. Esnawan Antariksa diberikan satu nomor rekam medis yang berlaku selamanya. Nomor Rekam Medis ini didapatkan saat pasien pertama kali mendaftar di RSAU dr. Esnawan Antariksa dan muncul secara otomatis melalui program personal detail saat petugas mendaftar pasien baru. *Entry* pendaftaran pasien baru untuk mendapatkan nomor rekam medis pasien dijabarkan lebih lanjut dalam panduan pendaftaran

b. Pemberian Identitas Pasien Umum. Indentitas merupakan data awal atau data yang pertama kali di catat oleh petugas pelayanan kesehatan. Dalam pelayanan kesehatan, informasi demografi merupakan informasi yang diperlukan dalam pengisian data dasar indentitas diri seorang pasien. Isi data demografi bersifat permanen (kekal) dan setidaknya mencakup informasi tentang:

1) Nama Lengkap adalah nama sendiri sesuai KTP/KTA (Kartu Tanda Anak)

2) Nomor Rekam Medis pasien

3) Alamat lengkap pasien adalah alamat domisili

4) Tanggal lahir pasien (tanggal, bulan, tahun) dan kota tempat kelahiran.

5) Jenis kelamin (perempuan atau laki-laki).

6) Suku bangsa pasien

7) Golongan darah

8) Status pernikahan (kawin/belumkawin/janda/duda).

9) Nama kesatuan

10) Pangkat/golongan (diisi apabila pasien militer / Pegawai Negeri Sipil)

11) NRP/NIP (diisi apabila pasien militer / Pegawai Negeri Sipil)

12) Alamat/Nomor telepon/HP yang bisa dihubungi.

13) Pendidikan terakhir pasien.

14) Penanggung jawab (keluarga) pasien ditulis Nama keluarga terdekat yang sewaktu-waktu dapat dihubungi dan hubungan dengan pasien.

15) Alamat / Nomor telepon/HP penanggung jawab pasien.

16) Alergi

17) Data pekerjaan pasien

Tujuan dan pengumpulan informasi demografi ini adalah untuk menginformasikan identitas pasien secara lengkap. Rumah sakit dan organisasi pelayanan kesehatan yang terkait juga menggunakan informasi demografi pasien sebagai basis data statistik, riset dan sumber perencanaan. Untuk memberikan kemudahan dalam pengumpulan data demografi di atas digunakan formulir identitas pasien yang isinya mencakup diantaranya:

1) Nama Pasien

2) Nomor Rekam Medis

3) Tempat&Tanggallahir

4) Usia

5) Jenis kelamin

6) Agama

7) Suku bangsa

8) Golongan Darah

9) Nama Ibu kandung

10) Status Pasien (Swasta, jaminan, BPJS)

11) Pekerjaan Pasien

12) Pangkat/Golongan (Militer/PNS)

13) NRP/NIP (Militer/PNS)

14) Status Pernikahan

15) Alamat/Nomor telepon/Hp pasien

16) Kelurahan

17) Pendidikan Terakhir

18) Penanggung jawab pasien

19) Hubungan dengan pasien

20) Alamat/Nomor telepon/HP

21) Tanggal Pendaftaran

22) Waktu pendaftaran

Cara pemberian identitas pasien dewasa/umum adalah setiap pasien yang dating pertama kali berobat atau disebut dengan pasien baru selain bayi baru lahir di dalam rumah sakit atau pelayanan kesehatan harus mengisi formulir indentitas pasien yang telah disediakan di loket-loket pendaftaran baik di tempat pendaftaran poliklinik maupun di tempat pendaftaran IGD.

Pemasangan gelang pasien dilakukan saat pasien datang di IGD atau saat pasien ditentukan untuk rawat inap. Pemasangan gelang pasien dilakukan dengan prosedur yang telah ditetapkan sebagai alat identifikasi pasien saat berada di ruang perawatan. Gelang pasien dipakai selama pasien dirawat di Rumah Sakit sampai dengan pasien pulang.

c. Pemberian Identitas Bayi Baru Lahir dengan Persalinan.

1) Mengisi Identitas bayi baru lahir pada DRM01 RI dan DRM 01 meliputi : identitas pribadi dan sosial, tanggal masuk, kelas perawatan dan tempat pasien dirawat.

2) Identitas untuk penamaan bayi mengikuti nama ibunya dengan penambahan "BY NY" di belakang nama ibunya.

3) Segera setelah lahir, bayi ditunjukkan langsung keibunya atau keluarganya

4) Setelah ditunjukkan kepada ibu/keluarganya, bayi diberi identitas dengan ketentuan sebagai berikut:

5) Pemasangan gelang tangan dan cap kaki bayi dilakukan di depan ibu yang baru melahirkan bayi tersebut atau saksi lain bila ibu dalam keadaan tidak sadar.

6) Gelang Tangan Bayi:

a).Warna biru untuk bayi laki-laki.

b).Warna merah muda untuk bayi perempuan.

c).Warna putih untuk bayi dengan jenis kelamin yang belum dapat di identifikasi.

d).Gelang tangan bayi ditulis : Nama ibu ditambah dengan "BY NY" (sesuai dengan system penamaan), Nomor rekam medis bayi, Tanggal lahir bayi, yang ditulis dengan menggunakan pulpen tahan air/ label stiker identitas.

e).Gelang tangan bayi dipakai selama di rawat di rumah sakit sampai bayi dipulangkan dan rumah sakit.

7) Mengisi formulir identitas bayi secara lengkap dengan:

a). Mencantumkan nama dan tanda tangan dokter / bidan yang menolong/perawat pelaksana.

b).Mencantumkan cap ibu jari tangan, dan ibunya bayi.

c).Mencantumkan cap telapak kaki bayi kiri dan kanan.

d).Pada saat memulangkan bayi, tali gelang digunting dan identitas bayi ditunjukkan ke orang tuanya.

e).Apabila dinyatakan benar, orang tua bayi menandatangani pernyataan yang tercantum pada formulir identitas bayi yang disiapkan perawat/bidan.

d. Pemberian Identitas dan Penomoran Pasien di Instalasi Gawat Darurat. Pemberian identitas dan penomoran pasien di IGD pada prinsipnya sama dengan pemberian identitas dan penomoran untuk pasien umum, hanya perbedaannya adalah pada pemberian identitas pasien yang belum jelas karena pasien dating tanpa pengantar/keluarga atau tanpa membawa kartu identitas sedangkan pasien dalam kondisi parah dan tidak sadar. Sehingga masuk kategori pasien yang belum teridentifikasi maka pemberian identitasnya adalah sebagai berikut:

1) Memberikan nomor rekam medis. Memberikan nama pasien dengan nama TN X jika pasien berjenis kelamin laki-laki dan NY X jika pasien berjenis kelamin perempuan.

2) Jika jumlah pasien tanpa identitas lebih dari satu maka identifikasinya menggunakan format TN/NY X, inisial petugas pendaftaran, dan urutan pasien yang diidentifikasi. Label ini dapat dipakai sampai pasien dapat di identifikasi dengan benar.

Contoh:

TN XA 1 untuk pasien tanpa identitas pertama yang didaftar oleh petugas pendaftaran yang berinisial A, NY XA 2 untuk pasien tanpa identitas kedua, TN XB 1 untuk pasien tanpa identitas pertama yang didaftar oleh petugas pendaftaran yang berinisial B, dan seterusnya.

3) Pada kolom alamat diisi dengan Lokasi tempat kejadian.
4) Tanggal lahir diisi tanggal dan bulan pasien dating sedangkan untuk tahun kelahiran diperkiraan berdasarkan perkiraan usia dan tampilan fisik pasien.

5) Jenis kelamin diisi sesuai dengan jenis kelamin pasien.

6) Setelah identitas pasien dapat teridentifikasi maka data yang semula TN X/NY X diperbaharui sesuai dengan identitas yang sebenarnya.

7) Melakukan identifikasi diantaranya:

a) Rambut: warna (hitam, coklat, putih, lain-lain), bentuk (lurus, berombak, kriting, lain-lain), ukuran (panjang, sedang,pendek)

b) Kulit: warna kulit (putih, kuning, coklat, hitam,lain-lain).

c) Postur tubuh: ukuran (tinggi, sedang, pendek) dan

bentuk (gemuk, sedang, kurus).

d) Identitas lain: Pakaian (warna, corak/model, jenis, dll) dan barang-barang lain yang dibawa.

e. Pemberian Identitas dan Penomoran Pasien Saat Kondisi Bencana. Pembeda utama antara pasien biasa dan gawat darurat dengan bencana terletak pada kejadian "bencana" itu. Selebihnya, penanganan pasien kasus bencana adalah murni kegawatdaruratan yang bersifat *life saving* atau segera wajib dilakukan pertolongan dan atau tindakan medis demi menyelamatkan nyawa pasien. Dengan demikian pasien korban bencana senantiasa di kategorikan sebagai bagian dan pelayanan gawat darurat dan termasuk dalam pelayanan rawat jalan *(out patient services).*

Yang dikategorikan sebagai kasus bencana adalah kejadian yang di akibatkan oleh kondisi yang tidak lazim. Misalnya bencana alam (seperti banjir, tsunami, kebakaran hutan, badai, angin, halilintar, gempa bumi, tanah longsor atau es longsor), gejolak politik (huru hara demonstrasi, serangan teroris, perang, lemparan born), akibat kelalaian manusia (arus pendek listrik, kebakaran lingkungan), penyebaran penyakit (epidemi, pandemi); akibat unsure teknis (kecelakaan lalu lintas darat, laut, udara) dan lainnya. Ciri khas bencana adalah peristiwa yang dating secara tidak terduga dikala orang tidak siap. Hal yang pasti, dalam sekejap jumlah korban yang membutuhkan pertolongan pada sarana pelayanan kesehatan meningkat dengan amat tajam. Untuk menampung korban yang amat banyak, sering didirikan tempat pos kesehatan darurat dengan relawannya.

Dalam kejadian bencana, ada pasien korban bencana yang hanya memerlukan pelayanan rawat jalan atau rawat inap bila kondisinya serius. Selain itu ada banyak korban yang meninggal di tempat kejadian atau dalam perjalanan kerumah sakit. Bahkan, ada pasien yang memutuskan pulang paksa dengan berbagai alasan. Data kasus bencana memiliki informasi tambahan yang setidaknya menerangkan:

1) Nama (bila ada identitas penunjuk seperti KTP, melalui keluarga/kawan, pasien dapat berbicara sendiri).

2) Lokasi wilayah pengambilan korban dan waktu kejadian bencana.

3) Kondisi saat korban tiba dan waktu tiba disarana pelayanan kesehatan.

4) Mencatat nomor pasien korban bencana yang diberikan dan tempat bencana *(triage tag number)* dan menghubungkannya dengan nomor rekam medis (rekam kesehatan) atau identitas lainnya, baik yang lama atau yang baru diperoleh dari tempat penerimaan pasien (TPP) gawat darurat sarana pelayanan kesehatan.

5) Sebagai tambahan, disarankan agar dilengkapi dengan rekam medis gigi *(dental chart)* yang sesuai dengan standar internasional.

Informasi darurat biasanya sangat singkat dan belum akurat karena data diperoleh dalam kondisi yang seadanya, misalnya melalui pasien yang masih belum siap atau wali bahkan pengantar.

Ketidakmampuan petugas TPP untuk memperoleh informasi darurat secara lengkap juga dapat dikarenakan kondisi pasien belum stabil, keluarga masih panic atau bias jadi pengantar, penolong tidak mengenal pasien. Bila keadaan sudah lebih tenang dan dapat diatasi, petugas TPP IGD wajib melengkapi kekurangan data melalui kartu identitas pasien atau melalui keterangan pasien, keluarga pasien/wali yang ada.

Secara umum untuk identifikasi pasien korban bencana adalah sama dengan pasien umum dan pasien IGD (identitas pasien yang belum diketahui) dengan penambahan sebagai berikut:

1) JenisBencana.

2) Waktu kejadian bencana (Tanggal dan Jam).

3) Lokasi wilayah terjadinya bencana.

4) Sarana transportasi yang digunakan untuk membawa korban bencana.

f. Penulisan Nama. Sebelum penetapan system penamaan yang dipakai, terlebih dahulu kita harus memahami keperluan yang mendasar dari system penamaan tersebut, sehingga dianggap perlu ditetapkan dengan system tersendiri. Sistem penamaan pada dasarnya untuk memberikan identitas kepada seorang pasien serta untuk membedakan antara pasien satu dengan pasien yang lainnya, sehingga mempermudah/ memperlancar di dalam memberikan pelayanan rekam medis kepada pasien yang dating berobat kerumah sakit.

Di negara barat, penulisan nama pasien sangat mudah dilakukan, karena mereka sudah memiliki patokan-patokan yang baku, misalnya mencatat nama untuk keperluan resmi patokannya adalah nama keluarga (Surname) selalu dicantumkan terlebih dahulu, lalu diikuti Nama diri (*First Name*). Di Indonesia, kurang dikenal penggunaan/pencatatan nama berdasar nama keluarga, sebagaimana yang berlaku di Negara Barat. Penamaan harus dilakukan secara luwes karena sebetulnya nama hanyalah salah satu identitas yang membedakan pasien yang satu dengan yang lainnya, disamping umur, alamat dan nomor rekam medis pasien.

Prinsip utama yang harus ditaati oleh petugas pencatat adalah nama pasien harus lengkap sesuai KTP/Akte kelahiran,terdiri dari satu kata atau lebih. Oleh karena itu, dalam system penamaan rekam medis di RSAU dr. Esnawan Antariksa diberlakukan ketentuan sebagai berikut:

1) Nama ditulis dengan huruf cetak/kapital di dalam stiker identitas pasien yang di cetak secara elektronik.

2) Titel atau gelar dicantumkan dalam system penamaan pasien yang ditempatkan dibelakang nama pasien setelah tanda koma.

3) Penulisan pelengkap Tn, Ny, An hanya dipergunakan untuk pasien yang belum diketahui identitas saat berobat di IGD dan dalam kondisi bencana.

Cara penulisan nama pasien menjadi sangat penting artinya karena sering dijumpai pasien dengan nama yang sama dan seringnya seorang pasien berobat dirumah sakit. Dengan

menggunakan cara penulisan, akan memudahkan seorang petugas rekam medis bagian filling (penyimpanan) untuk mengambil berkas rekam medis di tempat penyimpanan apabila sewaktu-waktu berkas rekam medis diperlukan. Untuk keseragaman penulisan nama seorang pasien, dipakai ejaan baru yang disempurnakan.

Adapun prosedur penulisannya adalah sebagai berikut:

1) Ketentuan Umum

a) Nama yang dipakai menggunakan ejaan baru.

b) Penulisan nama dengan menggunakan huruf balok atau huruf yang mudah dibaca.

2) Menggunakan nama sendiri

a) Nama yang dipakai pasien adalah nama pasien sendiri sesuai dengan kartu identitas pasien.

b) Untuk menghindari kesulitan penagihan, nama yang dipakai untuk pasien rekanan adalah nama yang tertera pada surat pengantar/Kartu berobat/surat jaminan/*id card* asuransi.

3) Nama bayi. Bagi bayi baru lahir biasanya belum diberi nama oleh orang tuanya, sehingga penulisan nama bayi baru lahir menggunakan nama ibunya. Contoh:

Nama bayi : BY NY NIA YUSTIA, AMK

4) Setelah bayi tersebut control atau berobat ulang, kemudian nama tersebut diganti dengan nama bayi yang sebenarnya.

5) Gelar kesarjanaan. Gelar dan title dicantumkan dalam penulisan nama pasien.

6) Pemberian Nama inisial untuk pasien tanpa identitas.

a) Memberikan nama pasien dengan nama TN X jika pasien berjenis kelamin laki-laki dan Ny X jika pasien berjenis kelamin perempuan.

b) Jika jumlah pasien tanpa identitas lebih dari satu maka identifikasinya menggunakan format TN/Ny X, inisial petugas pendaftaran, dan urutan pasien yang diidentifikasi. Label ini dapat dipakai sampai pasien dapat diidentifikasi dengan benar. Prosedur pemberian nama inisial untuk pasien tanpa identitas ini juga dapat digunakan saat kondisi bencana. Contoh: TN XA 1 untuk pasien tanpa identitas pertama yang didaftar oleh petugas pendaftaran yang berinisial A, NY XA 2 untuk pasien tanpa identitas kedua, TN XB 1 untuk pasien tanpa identitas pertama yang didaftar oleh petugas pendaftaran yang berinisial B, dan seterusnya

g. Indeksing. Indeksing adalah proses menyusun daftar kata kunci, kode, atau istilah penting secara sistematis dan alfabetis untuk memudahkan pencarian data pasien secara cepat dan efisien pada rekam medis elketronik.

Pengindeksan di RSAU dr. Esnawan Antariksa terdapat pada SIMRS adapun secara standar jenis indeks yang biasa dipakai adalah:

1) Indeks pasien. Pengertian Indeks Utama Pasien adalah sistem pencatatan atau daftar yang berisi data identitas dasar setiap pasien yang pernah mendapatkan pelayanan di Rumah Sakit.

a). Isi Indeks Pasien terdiri dari Nama lengkap, Nomor Rekam Medis, penjamin, agama, umur atau tanggal lahir, status perkawinan, pekerjaan, pendidikan terakhir, suku, alamat, golongan darah, dan alergi.

b) Cara Penyimpanan adalah sebagai berikut Indeks pasien elektronik tersimpan dalam data base terstruktur.

c) Lama Penyimpanan: disimpan selamanya

2). Indeks Penyakit. Pengertian Indeks penyakit adalah kumpulan data yang berisi daftar pasien berdasarkan jenis penyakit atau diagnosa tertentu yang tersimpan dan dikelola secara digital. Informasi yang ada di dalam adalah: Nomor rekam medis, nomor registrasi, nama, jenis kelamin, penjamin, nama dokter, kode ICD dan nama diagnosa. Kegunaan indeks penyakit adalah Untuk mempermudah pencarian data pasien berdasarkan penyakitnya (kode ICD), guna keperluan-keperluan sebagai berikut:

a) Medukung pelaporan rumah sakit dan juga kasus-kasus terdahulu maupun satu penyakit untuk memperoleh pengertian tentang penanggulangan terhadap penyakit- penyakit atau masalah-masalah kesehatan pada saat ini.

b) Untuk mendukung kegiatan penelitian dan pendidikan yaitu menyajikan data-data tentang penyakit/pengobatan dalam rangka penyuguhan tulisan-tulisan ilmiah.

c) Menyuguhkan data dalam rangka meningkatkan mutu dan perencanaanrumahsakitcontohnyamenyusunkeperluan alat-alatbaru, tempattidur, perencanaan jumlah dokter spesialis, pengembangan program pencegahan penyakit, danlain-lain

d) Menilai kualitas pelayanan yang diberikan rumah sakit.

e) Menyuguhkan data pelayanan yang diperlukan dalam survey kemampuan rumah sakit.

f) Menemukan data pasien jika dokternya hanya ingat diagnose atau operasinya sedangkan nama pasien yang bersangkutan lupa.

g) Menyediakan materi pendidikan untuk mahasiswa kedokteran, perawat,dll.

Cara Penyimpanan : Indeks penyakit elektronik tersimpan dalam data base terstruktur.

3) Indeks Dokter. Pengertian Indeks Dokter adalah kumpulan data yang berisi daftar pasien berdasarkan dokter yang memberi pelayanan yang tersimpan dan dikelola secara digital dalam rekam medis elektronik. Kegunaan adalah untuk menilai pekerjaan dokter dan bias sebagai bukti pengadilan. Selain itu bisa digunakan untuk menghubungkan nomor rekam medis pasien dengan dokter yang memberikan perawatan. Isi dari indeks dokter pada SIMRS antara lain nama dokter, jumlah pasien berdarkan jenis kelamin, jumlah pasien berdarakan umurnya, jumlah pasien berdasarkan penjaminan dan jenis kunjungannya.

4) Indeks Kematian. Indeks kematian adalah kumpulan data atau daftar pasien yang meninggal dunia selama menjalani pelayanan dirumah sakit yang dikelola dan disimpan secara digital dalam SIMRS. Informasi yang ada dalam indeks kematian adalah: Nama pasien, No. RM, Jenis pelayanan, jenis pembayaran, Umur dan kematian kurang atau lebih dari 48 jam. Kegunaan indeks kematian adalah untuk statistic menilai mutu pelayanan dasar menambah dan meningkatkan peralatan /tenaga serta analisis angka kematian pada rumah sakit.

21. Pengolahan, Analisa Data Dan Pelaporan. Pengolahan data pada rekam medis elektronik adalah proses mengumpulkan, memvalidasi, menyimpan, mengubah, mengelola, dan menyajikan data rekam medis pasien secara digital agar dapat digunakan untuk pelayanan pasien, pelaporan, analisis, dan pengambilan keputusan. Pengolahan rekam medis termasuk dalam sistem penyelenggaraan rekam medis namun dalam hal ini proses pengolahan rekam medis terpisah dengan proses penyelenggaraan rekam medis, disebabkan pada pembahasan pengolahan rekam medis lebih cenderung pada pengolahan data yang bersifat tersirat artinya pelayanannya tidak langsung terlihat dan tidak berinteraksi langsung dengan pasien namun ada keterkaitanya dengan unit lainnya. Proses pengolahan rekam medis diselenggarakan oleh Bagian Rekam Medis dan belum bisa tarik data secara keseluruhan dari sistem, maka untuk pelaporan di RSAU dr. Esnawan Antariksa masih memakai cara manual dan hanya sebagian saja yang bisa tarik data. Kegiatan dan ketentuan mengenai proses pengolahan rekam medis adalah sebagai berikut:

a. Pengolahan Berkas Rekam Medis. Pengelolaan Rekam Medis adalah pengelolaan *record* yang dihasilkan rumah sakit, merupakan bagian dan manajemen *record*. Susan Z Diamond (1995) dalam bukunya *Record Management* menyebutkan manajemen *record* adalah berkenaan dengan *control record* itu sendiri mulai dan penciptaan, yang diteruskan pada masa aktif dan inaktif, sampai kepada masa pemusnahannya. Menurutnya *record* mempunyai empat tahapan dalam siklusnya, yaitu:

1) Tahap penciptaan *record*.

2) Tahap *record* aktif, pada tahap ini frekuensi penggunaan record masih tinggi. Dibutuhkan lebih cepat dalam mengakses.

3) Tahap *record* Inaktif, pada tahap ini tetap disimpan karena alas an aspek hukum dan digunakan untuk referensi.

4) Tahap pemusnahan, terjadi karena organisasi tidak lagi

membutuhkan dan tidak digunakan untuk masalah legalitas.

Alur rekam medis rawat jalan adalah sebagai berikut:

1) Pasien mendaftar di Tempat Pendaftaran Rawat Jalan.

2) Petugas pendaftaran melakukan pendaftaran antara lain:

a) Input pada program Pendaftaran: pilih nama dokter, Masukkan nomor BPJS/nama pasien/tanggal lahir, input Identitas dan Data Sosial pasien (pasien baru).

b) Membuat kartu berobat, mencetak SEP sesuai rujukan (BPJS) dan menyerahkannya kepada pasien atau keluarganya (pasien baru).

c) Untuk pasien swasta maupun assuransi akan d daftarkan ke poliklinik yang dituju kemudian dicetak slip kunjunganya dan diarahkan menuju kasir, setelah itu ke poliklinik yang dituju.

3) Dokter memeriksa dan menginputhasil pemeriksaan dan terapi pada Rekam medis Elektronik.

4) Atas advis dokter, Unit penunjang medis melakukan pemeriksaan penunjang diagnostik dan memasukkan hasil pemeriksaannya pada SIMRS

5) Petugas Rekam Medis melakukan:

a) Pemeriksaan terhadap kelengkapan pengisian rekam medis baik rawat jalan maupun rawat inap pada SIMRS kemudian mencatat jika ditemukan ketidaklengkapan. Langkah selanjutnya menelpon ruangan atau petugas ruangan atau poliklinik untuk segera melengkapi.

b) Merekap setiap akhir bulan untuk mengevaluasi kelengkapan berkas rekam medis, membuat laporan dan statistic rumah sakit.

Sedangkan alur rekam medis rawat inap adalah sebagai berikut :

1) Pasien yang sudah diperiksa oleh dokter pemeriksa, menuju ke pendaftaran pasien IGD setelah mendapat intruksi rawat inap dari Dokter.

2) Petugas *Admission* (Pendaftaran rawat inap):

a) Mengkonfirmasi ketersediaan kamar, kemudian berkoordinasi dengan perawat ruang perawatan terkait dengan permintaan dan ketersediaan kamar.

b) Memintakan persetujuan rawat inap kepada pasien/keluarga.

c) Petugas rekam medis memproses berkas rekam medis elektronik rawat inap, melengkapi pengisian form-form terkait penerimaan pasien rawat inap pada

SIMRS yang melibatkan keluarga / pasien untuk tanda tangan pernyataan dengan menggunakan signature pad,melengkapi identitas pasien pada berkas rawat inap.

d) Apabila pasien tidak membawa kartu berobat maka mencari identitasnya dengan menggunakan KTP atau kartu BPJS.

e) Meyiapkan gelang pasien sebagai sarana identifikasi pasien rawat.

f) Memberikan gelang identifikasi pasien untuk dipasang oleh perawat.

3) Pasien diantar oleh petugas IGD/ poliklinik kemudian pasien diterima oleh petugas ruangan, kemudian petugas ruangan dan petugas IGD/poliklinik melakukan timbang terima mengenai kondisi pasien dan mencatatnya pada buku registrasi pasien rawat inap.

4) Dokter pemeriksa mengisi dan melengkapi berkas rekam medis yang menjadi kewajibannya dalam waktu 1x24 jam. Dokter yang merawat pasien mencatat riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik, terapi serta semua tindakan yang diberikan kepada pasien pada berkas rekam medis yang menjadi tanggung jawabnya dan menandatanganinya.

5) Perawat atau bidan:

a) Mencatat pengamatannya terhadap pasien dan pertolongan perawatan yang diberikannya kedalam rekam medis elektronik yang menjadi tanggung jawabnya dan menandatanganinya.

b) Menambah lembaran-lembaran rekam medis sesuai dengan kebutuhan pelayanan yang diberikan kepada pasien pada SIMRS.

c) Memeriksa kelengkapan pengisian rekam medis elektronik sebelum pulangkan secara sistem elektronik rekam medisnya.

d) Memulangkan/discharge rekam Medis elektroninya (Assembling) dalam kondisi lengkap dan benar dalam waktu maksimal 1x24 jam pada hari kerja yaitu senin sampai jumat, apabila hari sabtu, minggu dan tanggal merah (libur) 2x24 jam.

6) Petugas Rekam Medis (*Assembling*).

a) Mengevaluasi kelengkapan berkas rekam medis.

b) Apabila:

(1) Belum lengkap, petugas rekam medis menghubungi perawat ruangan untuk melengkapi dan memberi catatan apa saja yang perlu di lengkapi pada rekam medis elektronik .

(2) Sudah lengkap, memverifikasi kemudian memberi pencatatab “LENGKAP” pada rekam medis elektronik.

c) Melakukan koding pada elektronik rekam medis.

b. *Assembling* (Perakitan). *Assembling* atau perakitan adalah kegiatan mengecek, menilai, dan memastikan kelengkapan seluruh data pasien pada saat setelah selesai pelayanan. Kegiatan *assembling* dapat dikategorikan sebagai kegiatan dalam proses penyelenggaraan rekam medis dan dapat juga dikategorikan sebagai kegiatan dalam proses pengolahan rekam medis. Kegiatan yang termasuk dalam proses penyelenggaraan rekam medis adalah kegiatan pengecekan rekam medis elektronik.

Kegiatan asembling pada reka medis elektronik meliputi :

1) Memastikan kelengkapan identitas pasien pada sistem.

2) Memastikan seluruh catatan pelayanan telah terisi.

3) Memastikan autentifikasi digital sudah dilakukan.

4) Memeriksa konsistensi data.

5) Memastikan tidak ada formulir elektronik yang kosong.

6) Menghubungi ruangan terkait jika terdapat ketidaklengkapan.

Selain penyusunan/*assembling* berkas rekam medis juga dilakukan evaluasi mengenai kelengkapan berkas rekam medis, evaluasi tersebut antara lain:

1) Evaluasi ketepatan pemulangan pada rekam medis elektronik.

a) Memeriksa antara tanggal pulang dan tanggal disharge pada pasien rawat inap apakah sudah sesuai atau belum.

b) Untuk rekam medis elektronik rawat jalan tdiak dilakukan pemeriksaan tanggal pemulangan pasien dikarenakan pasien rawat jalan hanya ada discharge pelayanan saja dan tidak ada tanggal pulangnya.

2) Evaluasi Kelengkapan pada rekam medis elektronik tentang:

a) Indentitas pasien contohnya nama, NIK, alamat, tanggal lahir, dll.

b) Keterisian formulir resume medis.

c) Autentikasi setiap lembaran rekam medis (Nama terang dan tanda tangan PPA).

c. Komite/Tim Rekam Medis. Tim review rekam medis adalah tim yang mengendalikan dan mengevaluasi mutu, kelengkapan dan kualitas rekam medis elektronik. Tim review

rekam medis mempunyai uraian tugas dan tanggung awabnya masing – masing sesuai dengan jabatannya sebagai berikut:

1) Ketua Komite/Tim Rekam Medis. Uraian Tugasnya antara lain:

a) Memimpin seluruh kegiatan review rekam medis.

b) Menetapkan kebijakan,pedoman, dan SOP review rekam medis.

c) Menentukan standar kelengkapan dan mutu.

d) Mengkoordinasikan rapat evaluasi review rekam medis.

e) Melaporkan hasil review kepada direktur, komite medis, dan unit mutu.

f) Mengambil tindakan korektif bila ditemukan masalah serius.

2) Wakil Ketua Komite/Tim Rekam Medis. Uraian tugasnya yaitu :

a) Membantu ketua komite/tim rekam medis dalam menjalankan tugasnya

b) Menjamin mutu, kelengkapan, keakuratan dan legalitas rekam medis

c) Mengoreksi laporan review

d) Memberikan rekomendasi tindakan korektif

e) Memastikan bahwa proses review berjalan dengan baik

3) Sekretaris. Uraian tugasnya antara lain:

a) Mengatur jadwal dan pembagian tugas pelaporan review.

b) Mengelola laporan dan rekap hasil review.

c) Mengkoordinasikan komunikasi antar tim.

d) Mendukung kegiatan review dan juga rekam medis.

e) Mengarsipkan laporan serta menyimpannya.

4) Anggota. Untuk anggota komite tim rekam medis ini terdiri dari beberapa profesi antara lain perawat, perekam medis, ahli gizi, farmasi, dan radiografer. Uraian tugasnya antara lain:

a) Melakukan review rekam medis

b) Mengevaluasi kelengkapan pengisian rekam medis elektronik

c) Menilai kesesuaian diagnosa dan tindakan

d) Menyusun kebijakan, pedoman, dan SOP review rekam medis

e) Mendukung kegiatan komite rekam medis.

Petunjuk teknis tentang proses evaluasi diatas sesuai dengan pembahasan serta petunjuk teknis dalam proses penyelenggaraan rekam medis elektronik.
Tim review rekam medis akan membuat laporan setiap enam bulan/semester yang akan dilaporkan kepada kepala rumah sakit guna membuat keputusan tindak lanjut. Adapun untuk pengambilan sampel tim review menggunakan rumus slovin baik sampel pasien yang masih dirawat ataupun pasien yang sudah pulang, yang sebelumnya ditentukan terlebih dahulu jumlah populasi (jumlah pasien pada bulan sebelumnya).

$$\frac{N}{1+(e)^2}$$

Keterangan :

n = Jumlah Sampel

N = Jumlah Populasi

$(e)^2$ = Batas Toleransi Kesalahan yaitu 10%

d. Pelaporan Rekam medis. Pelaporan rumah sakit adalah hasil rekap kegiatan pelayanan baik rawat inap, rawat jalan, instalasi penunjang dll selama kurun waktu tertentu sesuai ketetapan direktur dan peraturan yang berlaku di Indonesia. Pelaporan itu sendiri merupakan informasi atau data yang dibutuhkan oleh pihak manajemen rumah sakit itu sendiri dan pemerintah guna mengambil keputusan. Oleh karena itu pelaporan yang tepat dan akurat sangat dibutuhkan oleh semua pihak terutama pihak pengambil keputusan atau kebijakan di rumah sakit dan pemerintah dalam menyikapi seluruh hal yang dilaporkan tersebut. Adapun format laporan yang disampaikan pada pihak-pihak terkait adalah sesuai dengan data atau informasi apa saja yang dibutuhkan oleh pihak tersebut, sehingga data yang didapat dan unit-unit pelaksana pelayanan dan unit yang melaporkan akan didapatkan hasil yang sama, sehingga bisa dikatakan data tersebut akurat.

Jenis pelaporan di RSAU dr. Esnawan Antariksa ini secara garis besar dibedakan menjadi 2 kelompok yaitu:

1) Pelaporan Eksternal yaitu pelaporan yang berdasarkan pengirimannya ditujukan untuk instansi di luar RSAU dr. Esnawan Antariksa yaitu Puskesau dan Dinkes Provinsi. Sistem pelaporan Eksternal ini mengacu pada buku Pedoman Sistem Informasi Rumah Sakit di Indonesia (Sistem Pelaporan RS Revisi VI.3 tahun 2025) Kemenkes RI. Laporan Eksternal meliputi:

a) Formulir yang dilaporkan melalui aplikasi RS Online,

terdiri dari:

(1) Profil Rumah Sakit (RL1.1).

(2) Ketersediaan Pelayanan(RL1.2).

(3) Ketersediaan dan keterpakaian Tempat Tidur (RL1.3).

(4) Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan (RL1.4)

(5) Ketenagaan (RL2)

b) Formulir yang dilaporkan melalui aplikasi SIRS Online, terdiri dari:

(1) Laporan Bulanan

(a) Indikator Pelayanan(RL3.1)

(b) Rawat Inap (RL3.2)

(c) Gawat Darurat (RL3.3)

(d) Rekapitulasi Pengunjung (RL3.4)

(e) Kunjungan (RL3.5)

(f) Kebidanan (RL3.6)

(g) Neonatal Bayi dan Balita (RL3.7)

(h) Laboratorium (RL3.8)

(i) Radiologi (RL3.9)

(j) Rujukan (RL3.10)

(2) Laporan Tahunan

(a) Gigi dan Mulut (RL3.11)

(b) Rehabilitasi Medik (RL3.13)

(c) Kesehatan Jiwa (RL3.15)

(d) Keluarga Berencana (RL3.16)

(e) Farmasi Rumah Sakit Unit Pengadaan Obat (RL3.17)

(f) Farmasi Rumah Sakit Unit Resep (RL3.18)

(g) Cara Bayar (RL3.19)

(3) Formulir Kompilasi

(a) Kompilasi Penyakit Rawat Inap (RL4.1)

(b) 10 Besar Penyakit Rawat Inap (RL4.2)

(c) 10 Besar Kematian Penyakit Rawat Inap

(d) Kompilasi Morbiditas Pasien Rawat Jalan

(e) 10 Besar Kasus Baru Penyakit Rawat Jalan

(f) 10 Besar Kunjungan Penyakit Rawat Jalan

2) Laporan Khusus, terdiri dari:

a) KLB

b) AFP

c) DOTS

d) HIV

3) Saluran Pengiriman Laporan, terdiri dari:

a) Pusat Kesehatan AngkatanUdara.

b) Dinas kesehatan Kota

c) Dinas Kesehatan Propinsi.

4) Pelaporan Internal yaitu pelaporan dimana ditujukan untuk lingkungan di RSAU dr. Esnawan Antariksa sendiri, yaitu laporan sosialisasi dan laporan untuk direktur. Laporan Internal meliputi:

a) Laporan Bulanan, terdiri dari:

(1) Laporan jumlah kunjungan rawat jalan.

(2) Laporan jumlah kunjungan rawat inap.

(3) Laporan 10 besar penyakit.

(4) Laporan BOR, TOI, LOS, BTO.

b) Laporan Triwulan, terdiri dari:

(1) Laporan jumlah kunjungan rawat jalan.

(2) Laporan jumlah kunjungan rawat inap.

(3) Laporan 10 besar penyakit.

(4) Laporan BOR, TOI, LOS, BTO.

c) Laporan Tahunan, terdiri dari:

(1) Laporan jumlah kunjungan rawat jalan.

(2) Laporan jumlah kunjungan rawat inap.

(3) Laporan 10 besar penyakit.

(4) Laporan BOR, TOI, LOS, BTO.

d) Laporan Khusus, terdiri dari:

(1) Laporan audit pengelolaan rekam medis elektronik (dilaporkan setiap 1 tahun sekali)
(2) Laporan evaluasi formulir rekam medis (dilaporkan setiap 1 tahun sekali)
(3) Laporan evaluasi pengkajian rekam medis pasien yang masih dirawat dan pasien yang sudah pulang (dilaporkan setiap 6 tahun sekali)
(4) Laporan review rekam medis meliputi ketepatan waktu, keterbacaan dan kelengkapan (dilaporkan setiap 6 bulan sekali)
(5) Laporan evaluasi penggunaan kode diagnosa dan prosedur,penggunaan simbol dan singkatan yang berlaku di rumah sakit (dilaporkan setiap 6 bulan sekali)

22. Simbol, Kode, dan Singkatan. Simbol dan tanda khusus merupakan tanda peringatan yang terdapat pada rekam medis penderita penyakit menular atau kondisi tertentu baik pada rawat inap dan rawat jalan sedangkan singkatan adalah rangkaian huruf yang digunakan untuk mempersingkat dan mempermudah pencatatan pada rekam medis elektronik pasien yang dapat disesuaikan dengan keadaan dirumah sakit dan dapat diperbaharui sesuai kebutuhan.

Oleh karena itu setiap pasien yang menderita penyakit menular, penderita alergi dan pasien yang meninggal dunia harus memiliki tanda khusus pada rekam medisnya. Ketentuan diatas memiliki tujuan antara lain:

a. Sebagai tanda bagi para petugas pelayanan kesehatan agar berhati-hati dalam memberikan pelayanan yang mempunyai resiko tertular.
b. Agar dokter atau perawat cepat tanggap terhadap bahaya alergi obat pada pasien.
c. Sebagai tanda bagi petugas bahwa pasien telah meninggal dunia.
d. Mempermudah, memperjelas dan mempersingkat maksud dari tulisan atau diagnosa.

Prosedur penulisan simbol, kode, tanda khusus dan singkatannya adalah sebagai berikut :

a. Simbol yang digunakan di RSAU dr. Esnawan Antariksa antara lain:

1) ♂ adalah symbol untuk pasien dengan jenis kelamin Laki-laki.

2) ♀ adalah symbol untuk pasien dengan jenis kelamin Perempuan.

3) Meninggal Adalah symbol untuk pasien yang meninggal dunia.

b. Ketentuan pemberian tanda khusus dalam bentuk kode pada kasus penyakit tertentu di rekam medis elektronik yaitu sebagai berikut:

1) Penyakit menular yang harus diberi tanda kode dan symbol adalah kasus penyakit antara lain HIV atau AIDS, Hbs Ag Positif atau Hepatitis, dan Tuberculosis positif terblok warna merah dengan kode penyakitnya.

2) Simbol alergi terinput pada elektronik rekam medis rawat jalan atau rawat inap dengan warna merah

3) Simbol Kematian ditulis tanda Meninggal

4) Ketentuan pelaksanaan penulisan tanda adalah:

a) Penulisan tanda peringatan alergi pada berkas rekam medis elektronik rawat jalan, inap dan IGD yaitu di input kemudian muncul kotak kolom alergi berwarna merah dan tulisannya berwarna putih

b) Penulisan tanda peringatan kasus penyakit menular dilakukan dengan ketentuan:

(1) Pemeriksaan laboratorium pasien yang dicurigai mengidap penyakit menular (HIV/AIDS, HbsAg +,Tuberculosis +).

(2) Bila hasil laboratorium positif dan dokter membuat diagnose sebagai penyakit menular maka PPA menginput diagnosa sesuai ICD 10 maka dari sistem akan muncul tulisan identitas pasien yang terblok warna merah secara otomatis.

(3) Daftar singkatan yang boleh digunakan dan yang tidak boleh digunakan di RSAU dr. Esnawan Antariksa diatur dalam ketetapan tersendiri

SIMBOL YANG DIGUNAKAN PADA REKAM MEDIS ELEKTRONIK

NO	SIMBOL	KETERANGAN
1	♂	Laki-laki
2	♀	Perempuan
3	Meninggal	Meninggal
4	Alergi obat	Alergi obat
5	Skrining gizi lanjutan	Turun
6	Kode dan nama diagnosa	Penyakit infeksius

SIMBOL YANG DIGUNAKAN PADA REKAM MEDIS NON ELEKTRONIK

NO	SIMBOL	KETERANGAN
1	♂	Laki-laki
2	♀	Perempuan
3	†	Meninggal
4	↑	Naik
5	↓	Turun
6		Pasien infeksius /Hepatitis
7		TBC
8		HIV
9		Kelainan dibola mata kanan/kiri
10		Kelainan dilensa mata kanan/kiri
11		Ada
12		Tidak ada
13		Bila tidak ada kelainan
14		Transfusi darah

DAFTAR SINGKATAN DIAGNOSA PENYAKIT DAN TINDAKAN

NO	SINGKATAN	ARTI SINGKATAN
1	ASDH	Arterio Sclerosis Heart Disease
2	AIH	Acut Infant Hemoparese

3	AF	Atrial Fibrilation
4	APP	Appendicitis
5	AOD	Arterial Occlusive Disease
6	AP	Angina Pectoris
7	ARD	Acut Respiratori Disease
8	AR	Artivical Respiratori
9	ARF	Acut Respiratori Failure
10	ASD	Atrial Septal Defect
11	AVH	Acut Viral Hepatitis
12	AS	Aortic Stenosis/Aterio Sclerosis
13	AV	Atrial Ventricular
14	ALT	Acut Laringitis & Traceitis
15	ALP	Acut Laringo Pharingithis
16	ARDS	Adult Respiratori Distress Syndrome
17	AV BLOCK	Atrio Ventricular Block
18	AID	Acut Infectious Disease
19	AIDS	Acquired Imuno Deficienci Syndrome
20	BBLR	Berat Badan Lahir Rendah
21	BNO	Blass Nier Overzicht
22	BMR	Basal Metabolic Rate
23	CHD	Congenital Heart Disease
24	COPD/PPOK	Chronic Obstructive pulmonari Disease/Penyakit paru obstruksi kronik
25	CRF	Chronic Renal Disease
26	CVD	Cerebro Vascular Disease
27	CVA	Cerebro Vascular Accident
28	Ct	Computerized Tamoscaning
29	CH	Cirrhosis Hepatis
30	CPD	Cepalo Pelvig disproportion
31	CC/COMCER	Commotio Cerebri
32	CA	Cardiac Arrest
33	CRD	Chronic Renal Disease
34	CP	Cerebral Palsi
35	CVRD	Cardio Vascular Renal Disease
36	CAD	Coronaro Arteri Disease
37	CAU	Chronoc Airways obstruction
38	CHD	Cyanotic Heart Disease
39	CHF	Congestic Heart Failure
40	CAP	Chronic Apical Periodontitis
41	CPC	Cor Pulmonari Chronic
42	DHF	Dengue Haemorhagic Fever
43	DM	Diabetes Melitus
44	DPK	Defisiensi Protein Kalori
45	DSS	Dengue Shock Syndrome
46	DR	Diabetc Retinopaty
47	DS	Down Syndrome
48	DPT	Diptheria , Pertusis, Tetanus
49	DB	Dog Bite
50	EKG	Elektro Cardio Graphy
51	EEG	Elektro Ensephalo Graphy
52	ETT	Endo Thraceal Tube
53	EP	Ectopic Pregnancy
54	EH	Essensial Hypertension

55	FUO	Febris Unknown Origin
56	FAM	Fibro Adenoma Mamae
57	GNA	Glomerulo Nephritis Acut
58	GNC	Glomerulo Nephritis Chronic
59	GE	Gastro Enteritis
60	GED	Gastro enteritis Dehidrasi
61	GUS	Genito Urinary System
62	HHD	Hipertension Disease
63	HILD	Hernia Inguinal Lateralis Disease
64	HIRS	Hernia Inguinal Reponibilin Sinistra
65	HAP	Haemorrhagic Ante Partum
67	HPP	Haemorrhagic Post Partum
68	HEMMEL	Hematemesis Melena
69	HSG	Hystero Salphyngography
70	HNP	Hernia Nucleus Pulposus
71	HP	Hyperthropy prostat
72	HF	High Fever
73	HSDR	Hernia Scrotalis Dextra Reponible
74	HSLS	Hernia Scrotalis Lateralis Sinistra
75	HSSR	Henia Scrotalis Sinistra Reponibilis
76	HPIM	Haemophylus Influenza Meningitis
77	HHT	Hereditarv Haemorrhagic Telengectasia
78	ITP	Idiopatic Trombocvtopenic Purpura
79	IVP	Intra Venous Pyelography
80	IM	Intra Mascular
81	IV	Intra Venus
82	IUFD	Intra Uterin Fetal Death
83	IHD	Ischaemic Heart Disease
84	IB	Insect Bite
85	ILO	Infeksi Luka Operasi
86	ISPA / URTI	Infeksi Saluran Pernafasan Atas / Upper Respiratorv
87	KP	Koch Pulmonum
88	KET	Kehamilan Ektopic Terganggu
89	KPD	Ketuban Pecah Dini
90	KLL	Kecelakaan Lalu Lintas
91	KKP	Kekurangan Kalori Protein
92	LP	Lumbal Punctie
93	LE / LES	Lupus Erythematosus
94	LBP	Low Bag Pain
95	LBBB	Left Bundle Branch Block
96	MENSOR	Meningitis Serosa
97	MENPUR	Meningitis Purullenta
98	MI	Mital Insuficienvy
99	MS	Mitral Stenose
100	MCI	Myocardial Infark
101	MR	Menstrual Regulation
102	MH	Morbus Hansen
103	MCH	Muscle Contraction Headache
104	NGT	Naso Gastrik Tube
105	NDDM	Non Insulin Defenden Diabitus Melitus
106	NEP.SYN	Nefrotik Syndrome
107	NHS	Non Haemorrhagic Stroke

108	NCB.SMK	Neonatus Cukup Bulan(Sesuai masa Kehamilan)
109	OMA	Otitia Mdia Acut
110	OMP	Otitis Media Perforata
112	OE	Otitis Externa
113	OMD	Oeseophagus Maag Duodenum
114	OA	Osteo Arhtrosis
115	OEE	Otitis Externa Eksamatosa
116	OIE	Otitis Interna Eksamatosa
117	PNA	Pvelo Nephritis Acut
118	PC	Pvelitis Chrica
119	PPHD	Post Partum Heart Disease
120	PP	Post Partum
121	PB	Partus Biasa
122	PEM	Protein Elektrolit Malnutrition
123	PCM	Protein Calori Malnutrition
124	PDA	Patent ductus Arteriosus
125	PTM	Partus Tak Maju
126	PE	Pleural Effusion
127	PAT	Paroximal Atrial Tachicardia
128	PTG	Penyakit Inflamatory Disease
129	PID	Pelvic Inflamatory Disease
130	PNC	Polyp Of Nasal Cavity
131	PH	Pulmonal Hypertension
132	PNH	Paroximal Noctural hemoglobinuria
133	RDS	Respiratory Distress syndrome
134	RHD	Rheumatic Heart Disease
135	RAF	Rapid Atrial Fibrilation
136	RRD	Rupture Renal Detra
137	RHP	Rupture Hepatitis Penetrans
138	RBBB	Right Bundle Branch Block
139	SC	Sectio Caesaria
140	SA	Sectio Alta
141	SAC	Sectio Athrosis Cervicalia
142	SAL	Spondilo Arhtrosis Lumbalis
143	SNH	Stroke Non haemorhagic
144	SNTT	Strauma Nucleuda Non Toxic
145	SLE	Systhemic Lupus Erythematosis
146	SSS	Sick Sinus Syndrome
147	SOL	Space Occupyn Lesion
148	THD	Thyroid Heart Disease
149	TTB	Trans Thoracal Biopsy
150	TC	Tuber Catharr
151	THA	Tension Headache
152	TIA	Transient Ischaemic Attack
153	TA	Tonsilo Adenoid
154	TF	Tetralogy of Fallot
155	UTI	Urinary Track Infection
156	USG	Ultra Sono Graphy
157	VSD	Ventricular Septal Defect
158	VES	Ventricular Etra Systole
159	VCSS	Vena Cava Superior Syndrome
160	VUL.PUNCT	Vulnus Punctum

161	VUL.SCIS	Vulnus Scissum
162	Vg	Vaginitis
163	WSD	Water Seal Drainage

ISTILAH UMUM SINGKATAN

NO	SINGKATAN	ARTI SINGKATAN
1	ABD	Abdomen
2	AFF	Angkat
3	AC	Ante Coenam
4	ACC	Setuju
5	A/N	Atas Nama
6	ADV	Advice/saran
7	AS	Apgar Score
8	ALB	Albumin
9	BAB	Buang Air Besar
10	BAK	Buang Air Kecil
11	BB	Berat Badan
12	BBL	Berat bayi Lahir
13	BLPL	Boleh Pulang
14	BU	Bising Usus
15	BS	Blood Sugar
16	CDL	Catheter Double Lumen
17	C/	Consult
18	CC	Centimeter Cubik
19	Dr	Dokter
20	DX	Diagnosa
21	DD	Differensial Diagnosa
22	DP	Diagnosa Perawatan
23	E/	Etiologi
24	FU	Fundus Uteri
25	G/	Gejala
26	GDS	Gula Darah Sewaktu
27	GV	Ganti Verban
28	HSL	Hasil
29	Ht	Haechting/Haid terakhir
30	Hb-C	Haemoglobin C
31	Hb-D	Haemoglobin D
32	Hb-H	Haemoglobin H
33	HR	Heart Rate
34	IA	Intra Arterial
35	IM	Intra Muscullar

36	IV	Intra Vena
37	INJ	Injeksi
38	INFF-AF	Lepas Infus
39	IC	Intracutan
40	Ig A	Immunoglobulin A
41	Ig G	Immunoglobulin G
42	Ka/Ki	Kanan/Kiri
43	KU	Keadaan Umum
44	Kel	Keluhan
45	KB	Keluarga Berencana
46	K/p	Kalau perlu
47	Lab	Laboratorium
48	LFT	Liver Fungsi Test
49	LP	Lumbal Pungsi
50	LPBB	Lingkar Perut Berat Badan
51	Max/Min	Maksimal/Minimal
52	Man/Min	Makan/ Minum
53	Mnt	Menit
54	N	Nadi
55	NB	Nasi Biasa
56	Obs	Observasi
57	Obgyn	Obstetri dan Gynaecologi
58	OK	Kamar Operasi
59	Op	Operasi
60	OS	Orang Sakit
61	PC	Post Coenam
62	PP	Pulang paksa
63	Post Op	Pasca Operasi
64	Pre Op	Sebelum Operasi
65	PB	Pasien Baru
66	PL	Pasien Lama
67	RO	Rontgen
68	R/	Resep
69	RR	Respiratori Rate
70	RR	Recovery room
71	RL	Ringer Lactat
72	RG	Rendag Garam
73	SH	Suhu
74	Susp	Suspect
75	Spt	Spontan
76	TD	Tekanan Darah

77	TAA	Tidak Ada/Tidak Apa-Apa
78	TSR	Tampak Sakit Ringan
79	TSS	Tampak Sakit Sedang
80	TSB	Tampak Sakit Berat
81	TB	Tinggi Badan
82	TKT	Tinggi Kalori Tinggi Protein
83	THT	Telinga Hidung Tenggorokan
84	U/	Untuk
85	WT	Wount Toilet

SINGKATAN TINDAKAN

NO	SINGKATAN	ARTI SINGKATAN
1	APP	Appendictomy
2	ATE	Adeno Tonsil Ektomy
3	BMP	Bone Marrow Punctur
4	BOF	Buik Overziech Foto
5	BNO	Blass Nier Oversicht
6	BGA	Blood Gaas Analisis
7	CPR	Cardio Pulmonary Resusciation
8	CVP	Central Venous Pressure
9	CT. Scan	Computerized Tomography
10	CCT	Creatinin Clearance Test
11	DC	Dauer Catheter
12	DC Shock	Direct Current Shock
13	ECG	Electro Cardio Graphy
14	ECHO	Echo Cardio Graphy
15	EEG	Elektro Ensephalo Graphy
16	EOG	Elektro Oculo Graphy
17	ERG	Electro Ratino Graphy
18	EMG	Eletro Myography
19	FE	Foercept Extraksi
20	FNAB	Fine Neddle Aspiration Biopsy
21	GC	Gastric Cooling
22	Hd	Haemodialisa
23	IVP	Intra Venous Pyelography
24	LP	Lumbal puncsi
25	MRI	Magnetic Resonance Imagi
26	NGT	Naso Gastric Tube
27	PE	Polyp Ectomy
28	PPM	Permanent Pace Maker

29	PCN	Percutaenous Nephrolithotripsy
30	SC	Sectio caesaria
31	SR	Septum Resetie
32	STE	Split Thiknes Skin graft
33	SPP	Suprab pubic Punction
34	SAB	Spinal Anasthesi Block
35	SWAB	Spesimen dari mukosa
36	TE	Tonsilo Ectomy
37	TAT	Test Agregasi Thrombosit
38	TURP	Trans Uretra Resektion Prostat
39	TPM	Tempory Pace Maker

SINGKATAN PADA RESEP

NO	SINGKATAN	ARTI SINGKATAN
1	a.a	Sama banyak
2	a.c	Sebelum makan
3	a.n	Malam sebelum tidur
4	Ad.lib	Secukupnya
5	a.u.e	Untuk obat luar
6	a.u.i	Untuk Obat dalam
7	C	Sendok makan/15ml
8	Cth	Sendol teh/5ml
9	Conc	Pekat
10	Dd	Sehari
11	Gtt	Tetes
12	i.m.m	Berikan ketangan dokter
13	Iter	Harap diulang
14	Inj	Injeksi
15	m.f	Campurlah dan buatlah
16	p.c	Sesudah makan
17	p.r.n	Kalau perlu
18	u.c	Aturan pakai diketahui
19	u.e	Obat Luar
20	Sol	Larutan
21	Ungt	Salep
22	Pulv	Serbuk tunggal
23	o.m	Tiap pagi
24	o.n	Tiap malam
25	Vespere	Sore
26	G	Gram
27	gr	Grain

SINGKATAN YANG SEBAIKNYA TIDAK DIGUNAKAN

NO	SINGKATAN	MAKSUD	SALAH INTERPRETASI	KOREKSI
1	/Ug	Microgram	Salah interprestasi menjadi mg (miligram)	Gunakan mcg
2	QOD, qod, Q.O.D, q.o.d	Setiap keesokan hari	Disalah artikan sebagai frekwensi penggunaan obat untuk 4x sehari atau 5x sehari	Internasional berarti setiap 48 jam, sedangkan di indonesia setiap 4x sehari atau setiap 5x sehari (quart, guint).
3	U or u	Unit (s)	Terbaca sebagai nol (0) atau empat (4) jika digunakan untuk 10 atau yang lebih besar (4U terbaca “40” atau 4u terbaca sebagai “44”)	“Unit” dilarang disingkat dan harus ditulis lengkap “unit”
4	Angka nol setelah titik desimal (10)	1 mg	Salah baca menjadi 10mg jika tanda titik tidak terbaca	Untuk desimal jangan gunakan angka nol
5	Cc	Cubic centimeter	Disalah artikan dengan u (units) jika tulisan tidak jelas	Sebaiknya dgunakan ml
6	g	gram	Salah baca 5g menjadi 59	Sebaiknya menggunakan gr

KODE DIAGNOSA DAN KODE TINDAKAN

KODE DIAGNOSA YANG SERING DIGUNAKAN DI KLINIK GIGI

NO	DIAGNOSA	KODE
1	ABSES (PHLEGMON) DENTAL	K047
2	ABSES BIBIR	K130
3	ABSES BUCCAL CAVITY	K122
4	ABSES GINGGIVAL	K052

5	ABSES GUSI	K052
6	ABSES LIDAH	K140
7	ABSES MAXILA	K102
8	ABSES MULUT (DASAR)	K122
9	ABSES PARADONTAL	K052
10	ABSES SUBMAXILLARY	L020
11	ASIMETRIS RAHANG	K071
12	EPULIS	K068
13	FRAKTUR GIGI (AKAR)	S025
14	KARANG (CALCULUS) GIGI	K036
15	LABIOSCHIZIS = CLEFT LIP	Q369
16	MOTLET ENAMEL	K003
17	MUCOCELE SALIVARY GLAND	K116
18	PALATOSCHISIS	Q359
19	PERIODONTITIS	K053
20	PULPITIS	K040
21	SARIAWAN = STOMATITIS	K121
22	SIALADENITIS = SIALITIS = SIALOADENITIS	K112
23	SIALECTASIA	K118
24	SIALODENOPATHY	K119
25	SIALOLITHIASIS = SIALODOCHOLITHIASIS	K115
26	SIALOMETAPLASIA	K118
27	SIALORRHEA	K117
28	SINUS DENTAL	K046
29	TMJ	K076
30	AMELO BLASTOMA	D165
31	FRAKTUR DENTO AVEOLAR	S025
32	FRAKTUR MAHKOTA GIGI	S025
33	FRAKTUR MAXILA	S024
34	FRAKTUR MANDIBULA	S026
35	GINGGIVITIS	K051
36	IMPAKSI	K011
37	KISTA DENTIGEREUS	K090
38	PULPA NEKROSIS / GP / GR	K041
39	RANULA	K116

KODE DIAGNOSA YANG SERING DIGUNAKAN DI KLINIK DALAM

NO	DIAGNOSA	KODE
1	ANEMIA	D649
2	ANEMIA APLASTIC	D619
3	ANEMIA DEFICIENCY IRON	D509
4	ARF	N179
5	ARTHRITIS	M139
6	BPH	N40
7	CANDIDIASIS	B379
8	CEPHALGIA	R51
9	CHEST PAIN	R074
10	CHIKUNGUNYA	A920
11	CIRHOCIS HEPATIS	K746
12	CKD	N039

13	COLIC ABDOMEN	R104
14	COLITIS	A09
15	CRF	N189
16	DEMAM THYPOID	A010
17	DENGUE FEVER	A90
18	DISPEPSIA	K30
19	DM TERKONTROL	E14
20	DM TYPE 1	E10
21	DM TYPE 2	E11
22	FATTY LIVER	K760
23	FEBRIS	R509
24	GANGGREN	R02
25	GASTRITIS	K297
26	GOUT ARTHRITIS	M109
27	HEMATEMESIS	K920
28	HEMORRHOIDS	I849
29	HEPATITIS	K759
30	HEPATITIS A	B159
31	HEPATITIS AKUT	K720
32	HEPATITIS B	B169
33	HEPATITIS C	B171
34	HEPATITIS E	B172
35	HEPATITIS KRONIK	K739
36	HEPATITIS NON A NON B	B178
37	HEPATOMA	C220
38	HEPATOMEGALY	R160
39	HERNIA INGUINAL LATERALIS	K409
40	HHD	I119
41	HIPERCALCEMIA	E835
42	HIPERCHOLESTEROLEMIA	E780
43	HIPERKALEMIA	E875
44	HIPERLIPIDEMIA	E785
45	HIPERNATREMIA	E870
46	HIPERURICEMIA	E790
47	HIPOTENSION	I959
48	HIPERTENSI	I10
49	INSUF LIVER = INSUF HEPAR	K729
50	INSUF RENAL	N19
51	ISCHIALGIA	M543
52	ISK	N390
53	ISPA	J069
54	MALARIA	B54
55	MELENA	K921
56	MYALGIA	M791
57	OBSTIPASI	K590
58	OSTEOARTHRITIS (OA)	M199
59	PERITONITIS	K659
60	PPOK	J45
61	SLE	G939
62	STRUMA NODUSA NON TOXIC = THYROID	E049
63	TB PARU	A162
64	THYROIDITIS	E069
65	TUMOR MAMMAE = FAM	D24

KODE DIAGNOSA YANG SERING DIGUNAKAN DI KLINIK JIWA

NO	DIAGNOSA	KODE
1	AFEKTIF	F39
2	ANSIETAS	F419
3	BIPOLAR HIPOMANIK	F310

4	BORDERLINE PERSONALITY	F603
5	CEMAS	R452
6	DEMENTIA	F03
7	DEMENTIA ALZHEIMER	F009
8	DEPRESI	F329
9	DYSTHIMIA	F341
10	GANGGUAN MENTAL	F99
11	GANGGUAN PENYESUAIAN (DISORDER ADJUSMENT)	F432
12	GMO	F09
13	HALUSINASI	R443
14	HYPOMANIA, HYPOMANIC REACTION)	F300
15	INSOMNIA (NONORGANIC ORIGIN = PRIMMARY)	F510
16	INSOMNIA (ORGANIC)	G470
17	KLEPTOMANIA	F632
18	KONSULTASI PSICHIATRI	Z004
19	MR (MENTAL RETARDATION)	F79
20	NEUROTIK = PSIKONEUROSIS	F489
21	PANIK	F410
22	PSIKOSA	F29
23	PSIKOTIK AKUT	F239
24	PSIKOTIK DEPRESSIVE	F323
25	SKIZOPHRENIA	F209
26	SKIZOPHRENIA PARANOID	F200
27	SOMATISASI	F459
28	WAHAM MENETAP	F22

KODE DIAGNOSA YANG SERING DIGUNAKAN DI KLINIK KULIT&KELAMIN

NO	DIAGNOSA	KODE
1	ABSES	L029
2	ACNE	L709
3	ALLUPILIA	L659
4	AMOEBIASIS	A069
5	CANDIDIASIS	B379
6	CELLULITIS	L039
7	CLAVUS	L84
8	CONDYLOMA AKUMINATA	A630
9	CREEPING ERUPTION	B769
10	CYSTA EPIDERMA	L720
11	DERMATITIS	L309
12	DERMATITIS ATOPI	L209
13	DERMATITIS KONTAK ALERGI	L239
14	DERMATITIS KONTAK IRITAN	L249
15	DERMATITIS MEDIKAMENTOSA	L270
16	DERMATITIS NUMMULAR	L300
17	DERMATITIS SEBBORHEIC	L219
18	DERMATITIS STATIS	I831
19	DIAPER RASH	L22
20	EKTIMA	L080
21	ERITRODERMA	L539
22	ERUPTION DRUG	L270
23	ERYSIPELAS	A46
24	ERYTHEMA	L539
25	FLOUR ALBUS	N898
26	FOLICULER	L739
27	FOLIKULITIS	L739
28	FURUNKEL	L029
29	GONORHAE	A549

30	GONORHAE URETRITIS NON	A540
31	HERPES SIMPLEK	B009
32	HERPES ZOOSTER	B029
33	HFMD	B084
34	HYDRADENITIS	L732
35	HYPERPIGMENTASI	L818
36	IMPETIGO	L011
37	INSECT BITE	W57
38	KELOID	L910
39	KERATOSIS SEBBORHEIC	L82
40	KOMEDO	L700
41	LEUKODERMA	L815
42	LIMFOGRANULOMA VENERUM	A55
43	LSK	L280
44	MELASME	L811
45	MILIARIA	L743
46	MILLIUM	L720
47	MOLLUSCUM CONTAGIOSUM	B081
48	MORBUS HANSEN	A309
49	NEURODERMATITIS	L280
50	NEVUS = MOLE	D229
51	PAPILOMA	D239
52	PARONYCHIA	L030
53	PEDIKULOSIS	B582
54	PEMPHIGUS	L109
55	PITYRIASIS ALBA	L305
56	PITYRIASIS ROSEA	L42
57	POMPOLIX	L301
58	PRURIGO	L282
59	PRURITUS	L299
60	PSORIASIS	L409
61	PV (POLYCYTHAEMIA VERA)	D45
62	PVC (PHTHIRIASIS VERSI COLOUR)\	B583
63	PYODERMA	L080
64	REJUVE	Z015
65	SCABIES	B86
66	SCAR	L905
67	SIPILIS	A539
68	SIKIN TAG	L918
69	STAPHYLOCOCCAL SCALDED SKIN SYNDROM	L00
70	STEVEN JOHNSON	L511
71	SYRINGIOMA	D239
72	TINEA	B359
73	TINEA CAPITIS	B350
74	TINEA CORPORIS	B354
75	TINEA CRURIS	B356
76	TINEA FLAVA	B360
77	TINEA IMBRICATA	B355
78	TINEA MANUUM	B352
79	TINEA NIGRA	B361
80	TINEA PEDIS	B353
81	TINEA UNGUIUM	B351
82	TRIKOMIKOSIS AKSILARIS	A488
83	URTIKARIA	L509
84	URTIKARIA AKUT	L509
85	URTIKARIA KRONIK	L508
86	VARICELLA	B019
87	VERUKA VULGARIS	B07
88	VITILIGO	L80
89	LUPUS	L930
90	HEMANGIOMA	D180

KODE DIAGNOSA YANG SERING DIGUNAKAN DI KLINIK BEDAH UMUM

NO	DIAGNOSA	KODE
1	ABSES PERIANAL	K610
2	ABSES SUB MANDUBULA	K122
3	APPENDICITIS	K37
4	APPENDICITIS ACUTE	K359
5	APPENDICITIS KRONIK	L36
6	APPENDICITIS PERFORASI	L350
7	ASPIRASI	T179
8	CA COLON	C189
9	CA LAMBUNG	C169
10	CA MAMMAE	C509
11	CA USUS	C260
12	CELULITIS	L039
13	CHOLECYSTITIS	K819
14	CKR	S060
15	CLAVUS	L84
16	COLOSTOMY	Z933
17	CYSTA ATHEROMA	D179
18	CYSTA DERMOID	D369
19	CYSTA GALBLADER	K828
20	FAM = PAPILOMA MAMMAE	D24
21	FIBROMA	D219
22	FISTULA	L988
23	FISTULA ANI	K603
24	GANGGREN	R02
25	GANGLION	M674
26	GIANT LIPOMA	D179
27	GYNECOMASTIA	N62
28	HEMANGIOMA	D180
29	HEMORRHOID	I849
30	HEMORRHOID EKSTERNA	I845
31	HEMORRHOID INTERNA	I842
32	HERNIA = HERNIA BDOMINAL	K469
33	HERNIA DINDING ABDOMEN	K439
34	HERNIA INGUINAL LATERALIS	K409
35	HERNIA UMBILIKALIS	K429
36	HIPERTROPIK SCAR	L910
37	ILEUS OBSTRUKSI	K566
38	ILEUS PARALITIK	K560
39	KELOID = HIPERTROPI SCAR	L910
40	KLL	V28
41	LIMFADENITIS TB	A182
42	LIMPADENOPATI COLI	R591
43	LIMPOMA	C859
44	LIPOMA	D179
45	LYMPHADENITIS	I889
46	MAMMAE ABBERANT	Q838
47	MASTITIS	N61
48	MULTIPLE LUKA TUSUK	T019
49	MUCOCELE APPENDIX	K388

KODE DIAGNOSA YANG SERING DIGUNAKAN DI KLINIK BEDAH SYARAF

NO	DIAGNOSA	KODE
1	ANCIETY	F419
2	ATROFI SYARAF	G589
3	AVM (ARTERIOVENOUS MALFORMATION)	Q273
4	CA CEREBRI	C710
5	CKB	S062
6	CKR, CKS	S060
7	CTS	G560
8	EDH	S064
9	FRAKTUR BASIS CRANII	S021
10	HIDROCEPHALUS	G919
11	HNP (HERNIA NUKLEUS PULPOSUS) CERVIKAL	M502
12	HNP LUMBAL	M512
13	LBP	M656
14	MENINGIOMA	D329
15	NEUROPATHY	G589
16	OSTEOMA	D169
17	SOL (SPACE ACUPAYING LESSION)	R900
18	SPONDILITIS	M469
19	STROKE	I64
20	SUB GALEAL HEMATOMA	R58
21	SUBARACHNOID HEMORRHAGE (SAH)	I609
22	SUBDURAL HEMORRHAGE (SDH)	I620
23	TUMOR CEREBRI	D330
24	TUMOR OTAK	D332
25	TUMOR THORACAL	D367

KODE DIAGNOSA YANG SERING DIGUNAKAN DI KLINIK BEDAH ORTOPEDI

NO	DIAGNOSA	KODE
1	AMPUTASI 1 JARI	s681
2	AMPUTASI 2 JARI ATAU LEBIH	s682
3	AMPUTASI KAKI	S984
4	AMPUTASI LENGAN / TANGAN	S689
5	BURSITIS	M719
6	CARPAL TUNNEL SYNDROME (CTS)	G560
7	CTEV (CONGENITAL TALPES EQUINUS VARUS)	Q660
8	DE QUERVAIN SYNDROME	M654
9	DWARFISME	E343
10	FRAKTUR ANKLE	S828
11	FRAKTUR CALCANEUS	S920
12	FRAKTUR CLAVICULA	S420
13	FRAKTUR COCCYX	S322
14	FRAKTUR COLLUM FEMUR	S720
15	FRAKTUR COXIC	S322
16	FRAKTUR ELBOW	S520
17	FRAKTUR FEMUR	S729
18	FRAKTUR HUMERUS	S423
19	FRAKTUR METACARPAL	S623
20	FRAKTUR METATARSAL	S923
21	FRAKTUR MULTIPLE	T029
22	FRAKTUR PATELLA	S820
23	FRAKTUR PELVIC	S328

24	FRAKTUR PHALANX DIGITI	S925
25	FRAKTUR RADIUS	S528
26	FRAKTUR RADIUS ULNA	S527
27	FRAKTUR RIB/IGA	S223
28	FRAKTUR SHOULDER	S429
29	FRAKTUR TIBIA	S822
30	FRAKTUR VERTEBRA	T08
31	FRAKTUR VERTEBRAL DORSAL	S220
32	FROZEN SHOULDER	M750
33	GIGANTISME	E220
34	HNP (HERNIA NUKLEUS PULPOSUS) CERVIKAL	M502
35	HNP LUMBAL	M512
36	INFEKSI TULANG	M869
37	KONTARKTUR LIGAMENT	M244
38	KONTRAKTUR OTOT	M624
39	KONTRAKTUR TENDON	M671
40	KURANG HORMON PERTUMBUHAN	E230
41	LBP	M545
42	OA CERVIKAL=LUMBAL=SHOULDER=GENU	M199
43	OSTEOCHONDROMA	D169
44	PLANTAR FASCITIS	M722
45	RUPTUR ACL (ANTEROIR CRUCIATE LIGAMENT)	T143
46	RUPTUR TENDON	T146
47	SCOLIOSIS	M419
48	SPONDILITIS TB	A180
49	SPRAIN / STRAIN GENU (LUTUT)	S836

KODE DIAGNOSA YANG SERING DIGUNAKAN DIKLINIK FISIOTERAPI

NO	DIAGNOSA	KODE
1	ADNEXITIS	N709
2	ARTHRITIS	M139
3	BACK PAIN	M549
4	BELL"S PALSY	G510
5	BRACHIALGIA	G560
6	CAPSULITIS	M779
7	CARPAL TUNNEL SYNDROME CTS)	G560
8	CEREBRAL PALSY	G809
9	CHEPALGIA	R51
10	CKB	S062
11	CKR	S060
12	CKS	S060
13	CONTRACTUR MUSCLE	M624
14	CRS (CERVICAL RADICULITIS)	M541
15	CVA HEMORRHAGIC	I619
16	CVA OLD	I694
17	CVD HAEMORHAGIC	I678
18	CVD NON HAEMORHAGIC	I679
19	DEMNETIA	F03
20	DUCHENE MUSCULAR DYSTROPHY	G710
21	ENCHEPHALITIS	G049
22	EPILEPSI	G409
23	FACIOCEPHALGIA	G900
24	FLACCID MUSCLE PARALYSIS	G378
25	FRAKTUR FEMUR	S729
26	FRAKTUR PATELLA	S820
27	FRAKTUR PELVIC	S328
28	FRAKTUR RADIUS	S528
29	FRAKTUR RADIUS ULNA	S527
30	FRAKTUR RIB	S223

31	FRAKTUR SHOULDER	S429
32	FRAKTUR TIBIA	S822
33	FRAKTUR VERTEBRAL DORSAL	S220
34	FROZEN SHOULDER	M750
35	GANGGUAN GERAK	G259
36	GANGGUAN TUMBUH KEMBANG	F89
37	HEMIPARASE	K90
38	HIDROCHEPALUS	G919
39	HNP (HERNIA NUKLEUS PULPOSUS) CERVIKAL	M502
40	HNP LUMBAL	M512
41	ICH (INTRA CRANIAL HEMATOME)	I629
42	INFERTILITY FEMALE	N979
43	INFERTILITY MALE	N46
44	INTRACRANIAL HAEMATOME	I629
45	ISCHIALGIA	M543
46	ISPA	J069
47	LBP	M545
48	MENINGITIS	G039
49	MENINGOENCHEPALITHIS	G049
50	MCH (MUSCLE HEADACHE)	M791
51	MIGRAIN	G439
52	MONONEURITIS= NEUROPHATY= ATROPHY SARAF	G589
53	MONOPARESIS	G833
54	MR (MENTAL RETARDATION)	F79
55	MYALGIA	F791
56	MYELITIS	G049
57	MYELOPATHY	G959
58	MYOSITIS	M609
59	NEURALGIA=NEURITIS	M792
60	NEUROBLASTOMA	C749
61	NEUROPATHY	G589
62	OSTEOARTHRITIS	M199
63	OSTEOCHONDROSIS	M939
64	PARACEPHALUS	Q897
65	PARALYSIS=PARESIS	G839
66	PARAPLEGIA	G822
67	PARENCEPHALITIS	G049
68	PARKINSONISM	G20
69	PETIT MAL	G407
70	PLEGIA OTHER	G838
71	PNP (PURINE NUCLEOSIDE PHOSPORYLASE)	D815
72	POLIOMYELITIS	A809
73	POLYNEUROPATHY	G629
74	RHEMATOID ARTHRITIS	M069
75	RHINITIS	J310
76	SALPINGITIS=SALPINGO-OOPHORITIS	N709
77	SCOLIOSIS	M419
78	SINUSITIS	J329
79	SLE	G939
80	SOL (SPACE OCUPAYING LESSION)	R900
81	SPINAL MUSCULAR ATROPHY	G129
82	SPONDYLOARTHROSIS CERVICAL (SAC)= LUMBAL (SAL)	M479
83	SPUR CALCANEAL	M773
84	STROKE = CVA	I64
85	SUBARACHNOID HEMORRHAGE (SAH)	I609
86	SUBDURAL HEMORRHAGE (SDH)	I620
87	TB TULANG	A180
88	TENDINITIS	M779
89	TENTION TYPE HEADACHE (TTH=THA)	G442
90	THERAPI	Z519
91	THERAPI BREATHING	Z501

92	THERAPI OCCUPATIONAL / VOCATIONAL	Z507
93	THERAPI PHYSICAL	Z501
94	THERAPI PSYCHODYNAMIC	Z504
95	THERAPI SPEECH	Z505
96	THERAPI DETOXIFICATION ALKOHOL	Z502
97	THERAPI DETOXIFICATION DRUG	Z503
98	TETRAPLEGIA	G825
99	TIA (TRANSIENT ISCHEMIC ACCIDENT)	G459
100	TIC (DISORDER)	F959
101	TORTICOLLIS	M436
102	TRANSVERSE MYELITIS	G373
103	TREMOR	R251
104	TRIGGER FINGGER	M653
105	TUBA OKULASI	N971
106	TUMOR TULANG	D169
107	VERTIGO	R42

KODE DIAGNOSA YANG SERING DIGUNAKAN DI KLINIK THT

NO	DIAGNOSA	KODE
1	ABSES PARAFARINGEAL	J390
2	ABSES PERITONSILLAR	J36
3	BAROTITIS MEDIA	T700
4	BENDA ASING LEWAT HIDUNG	T171
5	BENDA ASING LEWAT TELINGA	T16
6	CA LARYNX	C329
7	CA NASOPHARING	C119
8	HYPERTHYROID	E059
9	ISPA	J069
10	LARYNGITIS	J040
11	MENIERE'S DISEASE	H810
12	OMA=OMK	H669
13	OMP (OTITIS MEDIA PURRULENT)	H664
14	OMSK (OTITIS MEDIA SEROSA KRONIK)	H652
15	OTOMYCOSIS	H622
16	PEMERIKSAAN TELINGA	Z011
17	PHARYNGITIS	J029
18	RHINITIS = RHINITIS KRONIK	J310
19	RHINITIS ACUTE = RHINOPHARYNGITIS	J00
20	SEPTUM DEVIASI	J342
21	SERUMEN IMPACTED	H612
22	SINUSITIS ACUTE	J019
23	SINUSITIS ETMOIDALIS	J322
24	SINUSITIS FRONTALIS	J321
25	SINUSITIS KRONIK	J329
26	SINUSITIS MAKSILARIS	J320
27	STRUMA NODUSA NON TOXIC	E049
28	TFA	J068
29	THYROIDITIS	E069
30	TINNITUS	H931
31	TONSILITIS KRONIK	J350
32	TUMOR NASOPHARYNX	D106

KODE DIAGNOSA YANG SERING DIGUNAKAN DI KLINIK PARU

NO	DIAGNOSA	KODE
1	ABSES PARU	J852
2	ALERGI RHINITIS AKIBAT KERJA	J303
3	ASMA BRONCHIAL	J459
4	BATUK KRONIK	R05
5	BEKAS TB PARU	B90
6	BISSINOSIS	J660
7	BRONCHIECTASIS	J47
8	BRONKIALITIS AKUT	J219
9	BRONKITIS AKUT	J209
10	BRONKITIS EMFISEMA	J448
11	CA LARYNX	C329
12	CA PARU	C349
13	CA PHARYNX	C140
14	EFUSI PLEURA	J90
15	EMBOLI PARU	I269
16	EMPHYEMA	J869
17	EMPHYSEMA	J439
18	GERD	K219
19	HEMOPTYSIS	R042
20	HIV	B24
21	INFEKSI MENINGOKOK	A399
22	INFLUENZA	J111
23	ISPA	J069
24	LIMFADENITIS TB	A182
25	MENINGITIS TUBERKULOSIS	A170
26	NASOPHARYNGITIS	J00
27	PERTUSIS	A379
28	PLAK PLEURAL	J929
29	PLEURISY TB	A165
30	PLEURISY	R091
31	PNEUMONIA	J189
32	PNEUMOTHORAX	J939
33	PPOK	J449
34	SPIROMETROSIS	B701
35	SPONDYLITIS TB	A180
36	STATUS ASMATIKUS	J46
37	TB (CASEOUS, GANGGRENE, DEGENRATION, NECROSIS)	A169
38	TB HISTOLOGICALLY CONFIRMED	A152
39	TB MILIER	A199
40	TB PARU BACTERIOLOGI & HISTOROGICAL (-)	A160
41	TB PARU BACTERIOLOGI & HISTOROGICAL (+)	A161
42	TB PARU CULTURE ONLY	A151
43	TB PARU PREMIERE	A167
44	TB PARU SPUTUM MICROSCOPY WITH OR WITOUT CULTURE	A150
45	TB PEMERIKSAAN NON SPESIFIK	A153
46	TB TERKAIT HIV	B20
47	TEST HIV (+)	R75

KODE DIAGNOSA YANG SERING DIGUNAKAN DI KLINIK MATA

NO	DIAGNOSA	KODE
1	ABLATIO RETINA	H332
2	AMBLYOPIA	H530
3	ANOPTHALMOS	Q111
4	PHAKIA	H270
5	ASTHENOPIA	H531
6	ASTIGMATISM	H522

7	ATHROPI PUPIL	H211
8	BLEPHARITIS	H010
9	BUPHTHALMOS	Q150
10	BUTA	H540
11	CELLULITIS EYELID	H000
12	CICATRIX CORNEA	H179
13	CONJUNGTIVITIS	H109
14	CORPUS ALINEUM CONJUNGTIVA	T151
15	CORPUS ALINEUM CORNEA	T150
16	CRVO (CENTRAL RETINA VEIN OCLUSSION)	H348
17	CYST ATHEROMA PALPEBRA	H028
18	CYST CONJUNGTIVA	H114
19	DACRYOCYSTITIS	H043
20	DIABETIC RETINOPATHY	H360
21	DRY EYES SYNDROME	H041
22	EMETROPHIA	Z010
23	ENDOPTHALMITIS	H440
24	ENTROPION	H020
25	EPI SKLERITIS	H151
26	EROSI CORNEA	H160
27	EYESTRAIN	H531
28	FLOATERS	H433
29	GLAUKOMA	H409
30	GRANULOMA EYELID	H018
31	HIPERTENSI RETINOPATHY	H350
32	HORDEOLUM = CALAZION	H000
33	HYPERMETROPIA	H520
34	HYPHEMA	H578
35	IRIDOCYCLITIS	H209
36	IRIDOCYCLOCHOROIDITIS	H441
37	IRIDODOALYSIS	H215
38	IRIDODONESIS	H218
39	IRIDOPLEGIA	H570
40	IRIDOSCHISIS	H212
41	KATARAK	H269
42	KEKERUHAN VITREUS	H433
43	KERATITIS	H169
44	LAGOPHTHALMOS	H022
45	LITHIASIS = CALCULUS CONJUNGTIVA	H111
46	MACULA CORNEA	H178
47	MACULOPATY	H353
48	MIOPI	H521
49	NEURITS OPTIC	H46
50	NYSTAGMUS	H55
51	OBSTRUKSI DUCT NASO LAKRIMAL (ODNL)	H045
52	OEDEMA CORNEA	H182
53	OEDEMA PAPILLA, OPTIC	H471
54	PARESE NERVE III	H490
55	PARESE NERVE IV	H491
56	PARESE NERVE VI	H492
57	PENDARAHAN RETINA	H356
58	PENDARAHAN VITREUS	H431
59	PINGUECULA	H111
60	PRESBIOPI	H524
61	PROLAPS IRIS (NON TRAUMATIC)	H218
62	PROLAPS IRIS (TRAUMATIC)	S052
63	PROPTOSIS	H052
64	PSEUDOPHAKIA	Z961
65	PTERYGIUM	H110
66	PTISIS BULBI	H445
67	PTOSIS	H024

68	PTOSIS CONGENITAL	Q100
69	RETINA PIGMENTOSA	Q141
70	RETINO BLASTOMA	C692
71	RHABDOMYO SARCOMA	C4960
72	RUPTUR CORNEA	S053
73	RUPTUR IRIS	H215
74	RUPTUR LENS	H261
75	RUPTUR RETINA	H333
76	RUPTUR SCLERA	S053
77	SLERITIS	H150
78	SCLEROKERATITIS	H168
79	SCLEROMALACIA	H158
80	STRABISMUS	H509
81	SUB CONJUNGTIVA BLEEDING	H113
82	SUBLUXATION LENS	H271
83	TRICHIASIS	H020
84	ULCUS CORNEA	H160
85	UVEITIS	H209
86	XANTELASMA	H026

KODE DIAGNOSA YANG SERING DIGUNAKAN DI KLINIK KEBIDANAN

NO	DIAGNOSA	KODE
1	ABORTUS INCOMPLETUS	O06
2	ENDOMETRIOSIS	N800
3	ADNEXITIS = SALPINGO-OOPHORITIS = PERAANGAN LUMBAL	N709
4	AMMENORHOE	N912
5	BLIGHTED OVUM	O020
6	CA CERVIX	C539
7	CA ENDOMENTRIUM	C541
8	CA OVARIUM	C56
9	CERVISITIS	N72
10	CONDYLOMA	A630
11	CYSTA BARTOLINI	N750
12	CYSTA ENDOMETRIOSIS	N858
13	CYSTA OVARIUM	N832
14	CYSTITIS	N309
15	CYSTOCELE	N811
16	CYSTOCELE PADA KEHAMILAN	O348
17	DISMENORRHAE	N946
18	DUB (DISFUNGSIONAL UTERINE BLEEDING)	N938
19	EROSI PORTIO	N86
20	FLUOR ALBUS	N898
21	GANGGUAN MENSTRUASI	N926
22	HAMIL DENGAN ANEMIA	O990
23	HAMIL DENGAN CVD	O994
24	HAMIL DENGAN DIABETES MELITUS	O249
25	HAMIL DENGAN ECLAMPSIA	O150
26	HAMIL DENGAN GAGAL GINJAL	O26.8
27	HAMIL DENGAN HIPERTENSI	O10.0
28	HAMIL DENGAN ISK	O99.8
29	HAMIL DENGAN ISPA	O99.5
30	HAMIL KEMBAR	O30.0
31	HAMIL LETAK SUNGSANG	O32.1
32	HIDROSALPINX	N70.1
33	HIPERPLASIA ENDOMETRIUM	N85.0
34	HPP (HEMORRHAGIC POST PARTUM)	O72.1
35	INFERTILITAS	N97.9
36	ISK	N39.0
37	KB INPLAN	Z31.2

38	KB PIL	Z31.2
39	KB SUSUK	Z31.2
40	KEMATIAN MUDIGAH = IUFD	O36.4
41	KET (KEHAMILAN EKTOPIK TERGANGGU)	O00.1
42	KETUBAN PECAH DINI	O42.9
43	KONTROL POST PARTUM	Z39.2
44	MASSA ABDOMEN	R19.0
45	MENORRHAGIA	N92.0
46	MIOMA UTERI = MIOMA GEBURT	D25.9
47	MISS ABORTION	O02.1
48	MOLAHIDATIDOSA	O01.9
49	PID (PELVIC INFLAMMATORY DISEASE)	N73.9
50	POLIP ENDOMETRIUM	N84.0
51	POLIP CERVIX	N84.1
52	POST ABORTUS	Z98.8
53	POST CURETAGE	Z98.8
54	POST LAPARATOMI	Z98.8
55	POST MENOPOUSE BLEEDING	N95.0
56	POST SALPINGO-OOPHORECTOMY	Z90.7
57	POST SC	Z98.8
58	POST TERM	O48
59	PROLAPS UTERI	O34.5
60	SALPINGITIS	N70.9
61	STERILIZATION	Z30.2
62	TAXOPLASMOSIS	B52.8
63	VAGINITIS	N76.0

KODE DIAGNOSA YANG SERING DIGUNAKAN DI KLINIK ANAK

NO	DIAGNOSA	KODE
1	ANEMIA	D64.9
2	ANEMIA PLASTIC	D61.9
3	ANEMIA DEFICIENCY IRON	D50.9
4	APPENDICITIS	K37
5	APPENDICITIS ACUTE	K35.9
6	APPENDICITIS KRONIK	K36
7	APPENDICITIS P[ERFORASI	K35.0
8	ASMA BRONCHIAL	J45.9
9	BP	J18.0
10	BRONCHITIS	J40
11	CANDIDIASIS	B37.9
12	CEREBRAL PALSY	G80.9
13	CHIKUNGUNYA	A92.0
14	CKB	S06.2
15	CKR	S06.1
16	CKS	S06.0
17	CYSTITIS	N30.9
18	DELAYED DEVELOPMENT	R62.9
19	DELAYED SPEECH	F80.9
20	DEMAM DENGUE	A90
21	DEMAM THYPOID	A01.0
22	DERMATITIS	L30.9
23	DHF	A91
24	EPILEPSI	G40.9
25	FEBRIS	R80.9
26	GASTRITIS	K29.7
27	GE	A09
28	HEPATITIS	K75.9
29	HEPATITIS A	B15.9
30	HEPATITIS AKUT	K72.0

31	HEPATITIS B	B16.9
32	HEPATITIS C	B17.1
33	HEPATITIS E	B17.2
34	HEPATITIS KRONIK	K73.9
35	HEPATITIS NON A NON B	B17.8
36	HERNIA INGUINAL LATERALIS	K40.9
37	HERPES	B00.9
38	HIDROCELE	N43.3
39	HIDROCEPHALUS	G91.9
40	HIRSCHSPRUNG'S DISEASE	Q43.1
41	HORDEOLUM	H00.0
42	HIDROCEPHALUS	G91.9
43	ICTERUS NEONATORUM	P59.9
44	IMUNISASI	Z26.9
45	IMUNISASI BCG	Z32.2
46	IMUNISASI CAMPAK	Z24.4
47	IMUNISASI DPT	Z27.1
48	IMUNISASI DPT & POLIO	Z27.3
49	IMUNISASI HEPATITIS VIRAL	Z24.6
50	IMUNISASI MMR	Z27.4
51	IMUNISASI POLIO	Z24.0
52	ISK	N39.0
53	ISPA	J06.9
54	KEJANG DEMAM SEDERHANA	R56.0
55	LABIOSCHIZIS = CLEFT LIP	Q36.9
56	MALARIA	B54
57	MORBILI	B05.9
58	NEPHROTIC SYNDROME	N04
59	PALATOSCHIZIS	Q35.9
60	PAROTITIS	K11.2
61	PHIMOSIS	N47
62	PNEUMONIA	J18.9
63	STOMATITIS	K12.1
64	SYNDROME NEPHRITIC	N05
65	TB (DENGAN BTA +)	A15.1
66	TB (TANPA DISEBUTKAN ADA PEMERIKSAAN BTA/TDK)	A16.2
67	TFA	J06.8
68	THALASEMIA	D56.9
69	THALASEMIA MAYOR	D56.1
70	THYPOID	A01.0
71	URTICARIA	L509
72	VARICELLA	B01.9

KODE DIAGNOSA YANG SERING DIGUNAKAN DI KLINIK JANTUNG

NO	DIAGNOSA	KODE
1	ACS	I24.9
2	AI	I35.1
3	ANGINA PECTORIS	I20.9
4	ARITMIA	I49.9
5	ASD	Q21.1
6	ASHD	I25.1
7	ATRIAL FIBRILATION	I48
8	AVR	I35.8
9	BBB	I45.4
10	BRADYCARDI	R00.1
11	CAD	I25.0
12	CARDIAC ARREST	I46.9
13	CARDIOMEGALI	I51.7

14	CARDIOMYOPATHY	I42.9
15	CHEST PAIN	R07.1
16	CHF	I50.0
17	DECOMP CARDIS	I51.5
18	DELETE CARDIO MYOPATI	I42.0
19	DVT	I23.6
20	DYSPNOE	R06.0
21	HHD	I11.9
22	HT	I10
23	IVH	I61.5
24	LBBB	I44.7
25	LEFT VENTRICULAR FAILURE	I50.1
26	MCI	I25.2
27	MITRAL INSUFISIENSI	I34.0
28	MITRAL STENOSISSVT	I05.0
29	MVP	I34.1
30	PALPITASI	R00.2
31	PHP	I27.0
32	PJK	I25.0
33	RBBB	I45.1
34	RIGHT VENTRICULAR FAILURE	I50.0
35	TACHY CARDI	R00.0
36	TOF	Q21.3
37	UAP	I20.0
38	VES	I49.3
39	VPC	I27.8
40	WOLF PARKINSON WHITE	I45.6

KODE DIAGNOSA YANG SERING DIGUNAKAN DI KLINIK SARAF

NO	DIAGNOSA	KODE
1	ATRALGIA	M255
2	BELS PALSY	G510
3	BRAIN ATHROPHY	G319
4	CEFALGIA	G448
5	CLAUDI CALSIO INTERMITEN(PAD)	I739
6	CRS	G542
7	CTS	G560
8	DEMENTIA	F03
9	DYSTONIA	G249
10	EPILEPSI	G409
11	FAHR'S SYNDROME	G238
12	GBS	G610
13	GOUT	M1099
14	HEMIFACIAL SPASM	G513
15	HEMIPLEGIA / HEMIPARESE	G819
16	HNP	M512
17	HT	I10
18	ISCHIALGIA	M543
19	LBP	M545
20	MYALGIA	M791
21	MYASTHENIA GRAVIS	G700
22	NEURALGIA	M792

23	NEUROPATHY	G589
24	OA	M1998
25	PARKINSON	G20
26	PLEXUS BRACHIAL	S143
27	PNP	G629
28	PNP DM	G632
29	SAH	I609
30	SCOLIOSIS	M419
31	SPASMOFILIA	R064
32	SPONDYLOARTHROSIS	M479
33	STENOSIS LUMBAL	M9963
34	STROKE	I64
35	TENSION HEADHE	G442
36	TIA	G459
37	TIC FACIAL	F959
38	TREMOR	R251
39	TRIGEMINAL NEURALGIA	G500
40	TRIGGER FINGER	M653
41	TRIGGER SHOULDER	M6531
42	VERTIGO _____	H814

KODE DIAGNOSA YANG SERING DIGUNAKAN DI KLINIK GIZI

NO	DIAGNOSA	KODE
1	DISLIPIDEMIA	E78.4
2	DM	E13.9
3	GIZI KURANG	E40
4	HYPERKOLESTROL	E78.0
5	METABOLIC SYNDROME	E88.8
6	OBESITAS	E66.8

KODE DIAGNOSA YANG SERING DIGUNAKAN DI KLINIK AKUPUNTUR

NO	DIAGNOSA	KODE
1	DISLIPIDEMIA	E78.4
2	DM	E13.9
3	HIPERTENSI	I 10
4	HYPERKOLESTROL	E78.0
5	METABOLIC SYNDROME	E88.8
6	OBESITAS	E66.8
7	WRINGKLE	L98.8
8	MYALGIA	M79.1
9	BELLS PALSY	G51.0
10	PLANTAR FACIAL	M72.2
11	HEMIPARESE	G81.9
12	INSOMNIA	G47.0
13	TINITUS	H93.1
14	DYSPEPSIA	K30
15	OA GENU	M18.86
16	LBP	M54.5
17	TENSION HEADACHE	G44.2
18	PARKINSON	G20
19	CTS	G56.0

23. Pencatatan, Pengisian Rekam Medis Dan Formulir Rekam Medis Elektronik

a. Pencatatan Rekam Medis. Pencatatan dan pengisian rekam medis adalah suatu prosedur yang wajib dilaksanakan karena tanpa ada isi dari setiap formulir rekam medis, maka formulir tersebut tidak memiliki nilai guna sama sekali. Oleh karena itu perlu adanya prosedur yang mengatur secara jelas dan spesifik mengenai pencatatan dan pengisian berkas rekam medis.

Dalam pembuatan prosedur,terlebih dahulu ditetapkan kebijakan terkait dengan pencatatan pada rekam medis, yaitu:

1) Setiap pasien harus mempunyai Rekam Medis yang lengkap dan akurat.

2) Setiap pelayanan yang diberikan kepada pasien harus diinput pada formulir rekam medis elektronik sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya.

3) Setiap tindakan yang diberikan kepada pasien harus atas persetujuan pasien, baik lisan maupun tertulis. Tindakan yang beresiko tinggi harus memperoleh persetujuan tertulis yang ditanda tangani oleh yang berhak memberikan persetujuan.

4) Rekam Medis yang disimpan non elektronik harus mudah di cari dan dijaga kerahasiaannya.

Prosedur pencatatan dan pengisian formulir rekam medis elektronik harus memenuhi ketentuan sebagai berikut:

1) Prosedur Umum, sebagai berikut:

a) Penginputan dilakukan segera setelah pemberian pelayanan kepada pasien (mutakhir).

b) Penginputan dilakukan sesuai dengan juknis dan prosedur pengisian formulir rekam medis yang telah ditetapkan.

c) Penulisan dalam pencatatan formulir rekam medis elektronik menggunakan akun masing-masing dari PPA dan seluruh bagian harus terisi lengkap dan sesuai format, menggunakan bahasa medis yang baku dan jelas.

d) Penulisan simbol dan singkatan dalam pencatatan formulir rekam medis harus mengacu pada prosedur simbol dan singkatan yang telah ditetapkan.

e) Penghapusan tulisan tidak dibenarkan dengan cara apapun. Perbaikan hanya boleh dilakukan dengan cara mengentri baru yang mengoreksi bukan menghilangkan jejak tulisan yang lama dan sistem harus menunjukkan nama petugas, waktu koreksi dan alasan koreksi

f) Yang bertanggung jawab terhadap pengisian rekam medis adalah para Profesional Pemberi Asuhan (PPA), antara lain dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis, perawat, perawat gigi, bidan, gizi, anestesi, rehabilitasi medis, rekam medis, petugas bimbingan rohani dan lain sebagainya yang melayani pasien dirumah sakit.

2) Prosedur Pencatatan, sebagai berikut:

a) Pencatatan Rekam Medis Pasien Rawat Jalan

(1) Pencatatan di Tempat Pendaftaran Rawat Jalan

(a) Untuk pasien baru petugas menjelaskan isi dari formulir *general consent* kemudian pasien diminta untuk menandatangani secara elektronik menggunakan *pen signature pad*.

(b) Petugas melakukan registrasi dengan input poli tujuan atau nama dokter terlebih dahulu

(c) Kemudian Petugas input mengenai identitas pasien sesuai dengan pengisian formulir identitas pasien elektronik.

(d) Pelaksaanaan ERM pendaftaran

i Petugas melakukan penginputan data pasien dan menginfokan kepada pasien untuk membawa kartu identitas diri setiap berobat di RSAU dr. Esnawan Antariksa.

ii Petugas pendaftaran membuka aplikasi ERM pada SIMRS kemudian memilih poliklinik tujuan berobat atau dokter yang DPJP kemudian menginput nomor induk kependudukan,nama pasien atau nomor BPJS yang akan memunculkan semua data identitas pasien.

iii Petugas mengecek riwayat berobat pasien untuk kepastian mencetak SEP.

iv Bila pasien berobat yang dikonsulkan ke poliklinik lain maka petugas pendaftaran membuka daftar konsulan pada aplikasi SIMRS (konsul internal ataupun pasien pre operasi)

(2) Pencatatan di Poliklinik yang dituju, kegiatan yang dilakukan:

(a) Dokter:

i. Mencatat anamnesa, hasil pemeriksaan, diagnosa, terapi dan tindakan yang dilakukan pada rekam medis elektronik rawat jalan.

ii. Mengkonsulkan melalui SIMRS untuk pemeriksaan penunjang diagnostik atau dikonsulkan kedokter spesialis yang lainnya.

iii. Pelaksanaan ERM dokter di poliklinik :

1.1 login pengguna
1.2 pilih menu rajal kemudian pilih nama pasien ataupun nomor rekam medis pasien yang melakukan registrasi pada hari dan tanggal berjalan
1.3 klik tombol bentuk pensil diujung daftar nama pasien untuk melakukan pemeriksaan dan mengisi formulir assesmen dokter
1.4 formulir ERM rawat jalan ada di menu. Dan bisa dibuka sesuai kebutuhan. Adapun form terdiri dari assesmen perawat, assesmen medis, cppt, transfer pasien, persetujuan/penolakan tindakan, order obat, hasil, surat kontrol, order kamar operasi, tindakan,hasil, mengisi surat perintah rawat inap (SPRI)

(b) Perawat:

i. Mencatat pada buku register tentang pelayanan yang telah diberikan sesuai dengan pedoman yang telah ditentukan. Melakukan Sensus Harian, Pencatatan tindakan yang diberikan kepada pasien serta pencatatan lainnya. (manual)

ii. Pelaksanaan ERM perawat di poliklinik :

1.1 login pengguna
1.2 muncul daftar pasien yang melakukan registrasi pada hari dan tanggal berjalan
1.3 klik tombol bentuk pensil diujung daftar nama pasien untuk melakukan pemeriksaan dan mengisi formulir assesmen keperawatan
1.4 formulir ERM rawat jalan ada di menu. Dan bisa dibuka sesuai kebutuhan. Adapun form terdiri dari assesmen perawat, cppt, persetujuan/penolakan

tindakan, hasil, surat kontrol.

(c) Pencatatan di Rekam Medis:

i. Mencatat setiap tamu yang datang ke ruang rekam medis untuk kepentingan melihat atau meminjam rekam medis baik elektronik maupun non elektronik pada buku ekspedisi. Rekam medis elektronik pasien rawat jalan terdapat formulir-formulir yang telah ditetapkan. Riwayat pasien dapat dimunculkan setiap kali pasien berobat. Tetapi adakalanya dibutuhkan status rekam medis rawat inap yang non elektronik untuk kepentingan pemeriksaan rawat jalan maupun rawat inap

ii. Mencatat berkas yang mempunyai nomor rangkap/double atau bahkan tidak ditemukan nama pasien tersebut pada SIMRS. Apabila ada yang tidak ketemu maka dibuatkan berkas rekam medis

iii. Sejak sudah ERM rekam medis tidak menghantarkan berkas rekam medis kecuali bila diperlukan.

b) Pencatatan Rekam Medis di IGD untuk :

1) Pencatatan di Tempat Pendaftaran Gawat Darurat

a) Petugas melakukan registrasi dengan input mengenai identitas pasien.

b) Petugas memberikan penjelasan dan melakukan pengisian form *general consent.*

c) Identitas tersebut diatas dimasukkan kedalam computer program "FO IGD" kemudian ke menu pendaftaran kemudian pilih IGD.Petugas mengarahkan pasien atau keluarga untuk menandatangani form *general consent* memakai *pen signature pad*

d) Petugas menyiapkan gelang identifikasi pasien.

e) Pelaksanaan ERM di IGD :

i. Petugas memasukkan nama pasien ke aplikasi SIMRS. Bila sudah ada nomor rekam medis maka akan didaftarkan oleh petugas. Bila belum maka pasien didaftarkan pasien baru dan mendapatkan nomor kartu berobat.

ii. Petugas akan mencetak SEP jika pasien sudah tegak diagnosis atau arahan rawat dari dokter jaga IGD.

2) Pencatatan Rekam medis di IGD

(a) Dokter

i. Mencatat anamnesa, hasil pemeriksaan, diagnosa, terapi dan tindakan yang dilakukan pada rekam medis elektronik.

ii. Membuat surat pengantar untuk pemeriksaan penunjang diagnostik/MRS/dikonsulkan kedokter spesialis lain melalui SIMRS

iii. Membuat surat rujukan secara EMR ataupun manual untuk ke RS lain

iv. Pelaksanaan ERM dokter di IGD :

1.1 login pengguna

1.2 muncul daftar pasien yang melakukan registrasi pada hari dan tanggal berjalan.

1.3 klik tombol bentuk pensil diujung daftar nama pasien untuk melakukan pemeriksaan dan mengisi formulir assesmen dokter

1.4 Formulir ERM IGD ada di menu. Petugas bisa membuka sesuai kebutuhan. Adapun formulir terdiri dari assesmen Medis, assesmen Awal IGD, assesmen awal Keperawatan, Lembar Observasi, APS, Asesmen Obsgyn, Formulir indikasi masuk ICU , Triage, Pengawasan nyeri pasien sadar, ,Skrining, assesmen resiko jatuh, cppt, transfer pasien, Edukasi/ Informasi dokumen pengantar, persetujuan/ penolakan tindakan, order obat, order Laboratorium, order Radiologi, hasil, surat kontrol, Surat Konsul, order kamar operasi, tindakan.

(b) Perawat:

i Melakukan pencatatan assesmen keperawatan pasien pada rekam medis elektronik

ii Melakukan pencatatan pada rekam medis rawat inap,jika pasien rawat inap.

iii. Pelaksanaan ERM perawat di IGD :

1.1 login pengguna

1.2 muncul daftar pasien yang melakukan registrasi pada hari dan tanggal berjalan

1.3 klik tombol bentuk pensil diujung daftar nama pasien untuk melakukan pemeriksaan dan mengisi formulir assesmen keperawatan elektronik

1.4 formulir ERM IGD ada di menu. Perawat bisa membuka buka sesuai kebutuhan. Adapun form terdiri dari assesmen perawat, assesmen medis, Assesmen Awal Keperawatan, Edukasi, Assesmen Awal IGD, Assesmen Obgyn, CPPT, transfer pasien, dokumen pengantar, persetujuan/penolakan tindakan, Triage, Triage anak, Assesmen Resiko Jatuh, Skrining, APS, Lembar Observasi, Surat Kontrol, Surat Konsul, Pengawasan Nyeri pasien Sadar, Formulir Indikasi masuk ICU.

(c) Pencatatan di Rekam Medis:

i. Mencatat berkas keluar untuk kepentingan pelayanan secara ERM.

iii Menerima surat rujukan pasien rawat jalan, visum dan surat keterangan medis.(manual)

(3) Pencatatan Rekam Medis Pasien Rawat Inap

(a) Pencatatan di Tempat Pendaftaran:

i Petugas mencetak label stiker pasien dan menempelkannya pada kolom identitas.

ii Petugas mencatat identitas pasien pada form ringkasan masuk dan keluar.

iii Memeriksa kelengkapan *form general consent*.

iv Menyiapkan pengisian form-form terkait penerimaan pasien rawat inap yaitu Form peraturan rumah sakit dan form edukasi terintegrasi.

v Berdasarkan Surat Persetujuan Rawat Inap,

mencatat kategori dan kelas perawatan yang sesuai status pasien.

vi Mencatat tanggal dan jam masuk RS.

vii Pelaksanaan ERM Admission.

i) petugas admission membuka modul FO RANAP untuk melihat daftar nama pasien yang rencana rawat.

ii) petugas mengisi data penanggung jawab pasien untuk dibuatkan *General concent,* SEP dan menginput ruangan yang akan dituju.

iii) Petugas mencetak stiker data pasien untuk penggunaan gelang rawat inap

iv) Setelah data pasien rawat inap tersimpan di sistem, maka nama pasien akan masuk ke menu pasien waiting.

(b) Pencatatan di Rawat Inap:

i Perawat:

i) mengisi assesmen keperawatan asuhan keperawatan dengan lengkap.

ii) Mengusulkan perawatan pasien kepada dokter dan mencatat pengamatan di lembar Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT), tindakan keperawatan dengan membubuhkan tanda tangan dan nama terang pada form tersebut. Memberi eduksi terintegrasi dan menandatangani berbagai persetujuan maupun penolakan tindakan medis yang telah dilakukan. Membuat Sensus Harian. Membuat keterangan, antara lain: Surat Keterangan Sakit; Surat Keterangan Kelahiran; Surat Keterangan Kematian; keterangan Keluar dan ruang perawatan; surat pernyataan pulang paksa

ii Dokter:

i) Merawat pasien dan menginput riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik, terapi, hasil penunjang, tindakan yang telah diberikan kepada pasien dalam assesment medis awal serta membubuhkan tanda tanda tangan dan nama terang pada berkas rekam medis.

iii) Merencanakan pelayanan medis dan menjalin komunikasi secara terintegrasi

antar DPJP dan tenaga kesehatan lain yang turut memberikan pelayanan terhadap pasien tentang proses pelayanan pasien yang dolakukan di lembar CPPT.

iii) Membuat persetujuan tindakan medis dengan pasien/keluarga untuk mendapatkan persetujuan terhadap tindakan yang beresiko tinggi sesuai protap yang berlaku.

iv) Membuat ringkasan pasien pulang, lembar pesanan pasien pulang serta melengkapi ringkasan pasien masuk dan keluar pasien dalam ERM.

(4) Pencatatan Rekam Medis Pasien Bencana

(a) Petugas melakukan registrasi dengan menginput mengenai identitas pasien sesuai formulir pengisian identitas pasien.

(b) Identitas tersebut tersebut diatas dimasukan ke dalam komputer program SIMRS.

(c) Petugas menginput identitas pasien pada EMR, meliputi : Nama; Alamat; umur; dan menambahkan Keterangan Sebagai Berikut: Jenis dan kode bencana; waktu kejadian bencana; lokasi/wilayah terjadinya bencana; sarana transportasi ke rumah sakit.

(d) Pencatatan bagi :

i. Dokter:

(i) Menginput triage, anamnesa, hasil pemeriksaan, diagnosa, terapi dan tindakan yang dilakukan pada berkas rekam medis bencana disertai tanda tangan dan kode/nama dokter.

(ii) Memberi surat pengantar untuk pemeriksaan penunjang diagnostik / MRS/ dirujuk ke RS lain/ dikonsulkan ke dokter spesialis.

ii. Perawat:

(i) Menginput tekanan darah, nadi, suhu, dan identitas pasien (warna rambut, bentuk rambut, ukuran rambut, bentuk tubuh, ukuran tubuh, warna kulit) pada berkas rekam medis bencana.

(ii) Melakukan sensus harian, pencatatan tindakan yang diberikan kepada pasien serta pencatatan lainnya.

iii. Pencatatan di Rekam medis

i) Merekap data korban /pasien yang ditangani RSAU dr. Esnawan Antariksa berdasarkan :

(i) Jumlah korban

(ii) Jenis kelamin korban bencana

(iii) Pengelompokan usia korban bencana

(iv) Klasifikasi luka korban bencana

(v) Jumlah pasien rawat jalan, rawat inap dan dirujuk.

(vi) Jumlah dan nama korban yang meninggal.

ii) Melengkapi data registrasi pasien yang masih kosong

iii) Mengklarifikasi pasien lama/baru.

iv) Mengganti nomor registrasi bencana menjadi nomor rekam medis pasien.

(5) Pencatatan Identitifikasi Bayi Baru Lahir.

(a) Perawat :

i. Mengisi Identitas bayi baru lahir meliputi identitas pribadi dan sosial, tanggal masuk, kels perawtan dan tempat pasien dirawat.

ii. Segera setelah lahir, bayi ditunjukkan langsung ke ibunya atau keluargnya.

iii. Setelah ditunjukkan kepada ibu/ keluarganya bayi diberi isdentitas dengan ketentuan sebagai berikut:

i) Pemasangan gelang tangan dan cap kaki bayi dilakukan depan ibu yang baru melhirkna bayi tersebut atau saksi lain bila ibu dalam keadaan tidak sadar.

ii) Gelang tangan Bayi

(i) Warna biru untuk bayi laki-laki

(ii) Warna merah muda untuk bayi perempuan.

iii) Gelang tangan bayi ditulisi : Nomor registrasi dan nama ibu yang melahirkan disertai " By Ny" serta tanggal dan jam lahir bayi dengan menggunakan ballpoint tinta hitam tahan air.

iv) Gelang tangan bayi dipakai

selama dirawat dirumah sakit sampai bayi dipulangkan dari rumah sakit.

iv. Mengisi formulir identitas bayi secara lengkap dengan :

i) Mencantumkan nama dan tanda tangan dokter/bidan yang menolong/perawat pelaksana.

ii) Mencantumkan cap ibu jari tangan, dan ibuknya bayi.

iii) Mencantumkan cap telapak kaki bayi kiri dan kanan

v. Pada saat memulangkan bayi, tali gelang digunting dan identitas bayi ditunjukkan ke orang tuanya.

vi. Apabila dinyatakan benar, orang tua bayi menandatangani pernyataan yang tercantum pada formulir identitas bayi yang disiapka perawat / bidan.

(b) Dokter :

i. Merawat pasien dan mencatat riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik, terapi, hasil pemeriksaan penunjnag, tindakan yang telah diberikan kepada pasien, serta membubuhkan tandatangan dan nama terang pada berkas rekam medis.

ii. Membuat persetujuan tindakan medis dengan protap yang berlaku jika dibutuhkan.

iii. Membuat ringkasan pasien pulang, lembar perencanaan pasien pulang serta melengkapi ringkasan masuk dan keluar jika pasien pulang

b. Pengisian Rekam medis. Selain prosedur pencatatan juga harus ada penanggung jawab terhadap pengisian rekam medis, ketentuan umum mengenai penanggung jawab pengisian rekam medis adalah sebagai berikut:

1. Penanggung jawab pengisian rekam medis secara umum. Rumah sakit sebagai salah satu sarana pelayanan kesehatan yang melakukan pelayanan rawat jalan maupun rawat inap wajib membuat rekam medis. Yang membuat/mengisi rekam medis adalah dokter dan tenaga kesehatan lainnya:

2. Pengisi rekam medis adalah staf klinis Profesional Pemberi Asuhan (PPA), antara lain dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis, perawat, perawat gigi, bidan, gizi, anestesi, rehabilitasi medis, rekam medis, binroh dan lain sebagainya yang melayani pasien dirumah sakit.

3. Ketentuan pengisian rekam medis. Rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan dengan ketentuan sbb:

a Setiap tindakan konsultasi yang dilakukan terhadap pasien, selambat-lambatnya dalam waktu 1 x 24 jam harus ditulis dalam lembaran rekam medis.

b Semua pencatatan harus ditanda tangani oleh dokter/tenaga kesehatan lainnya, sesuai dengan kewenangan dan ditulis nama terang serta diberi tanggal, pukul.

c. Mahasiswa kedokteran dan mahasiswa lainnya yang turut dalam pelayanan pasien hanya memiliki wewenang untuk mengakses informasi rekam medis dan tidak memiliki wewenang untuk melakukan pengisian berkas rekam medis.

d. Catatan yang dibuat oleh resident harus diketahui oleh dokter pembimbingnya.

e. PPA yang merawat, dapat memperbaiki kesalahan penulisan pada berkas rekam medis dengan mencoret yang salah dibubuhi tandatangan kemudian di tulis yang benarnya disebelah kanannya, tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan. Untuk penghapusan melalui ERM maka dengan cara klik backspace atau delete kemudian edit yang benarnya.

f. Penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan menggunakan *TIPE-X*.

4. Penanggung jawab pengisian rekam medis secara khusus

c) Dokter:

1). Mencatat : pemeriksaan fisik pasien, diagnosa dan terapi di dalam dokumen rekam medis langsung setelah memeriksa pasien atau selambat-lambatnya dalam waktu 1 x24 jam.

2). Tindakan pembedahan segera dilaporkan atau ditulis pada hari yang sama pada berkas rekam medis.

3). Menuliskan nama pasien dan nomor rekam medis pada setiap dokumen yang menjadi tugas dan kewenangannya.

4). Mengoreksi kembali data medis, jika ditemukan kekeliruan maka harus segera diperbaiki dengan cara mencoret data yang salah (lurus horisontal) kemudian mencantumkan tanda tangan dan nama terang serta tanggal waktu dilakukannya perbaikan. Bila ERM maka dengan cara klik backspace atau delete kemudian edit yang benarnya.

5). Setelah pasien dinyatakan boleh pulang, dalam waktu maksimal 1x 24 jam harus segera mencatat dan mengisi dengan lengkap:

a) Ringkasan Pasien keluar masuk

b) Ringkasan pasien pulang

6). Apabila pasien meninggal dunia, maka harus mengisi penyebab kematian baik pada formulir kematian maupun pada berkas rekam medis pasien.

7). Penulisan dalam dokumen rekam medis harus dengan lengkap, benar, akurat dan tulisan yang jelas dan mudah dibaca serta tanpa coretan.

8). Bertanggung jawab terhadap pengisian dan kelengkapan data medis pada:

(a). Ringkasan masuk dan keluar, Asesmen medis,Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi, pemberian informasi pembedahan, edukasi tindakan anestesi, laporan pembedahan, konsultasi, dan ringkasan pasien pulang:

(b). Yang diisi oleh dokter ruangan/dokter jaga.

1. Apabila pasien meninggal dunia tanpa sepengetahuan dokter spesialis (DPJP) maka pengisian lembar ini oleh dokter ruangan/dokter jaga.

2. Apabila pasien meninggal dunia tetapi belum sempat di visite oleh dokter spesialis (DPJP) maka pengisian lembar ini oleh dokter ruangan/ dokter jaga yang bertugas saat itu.

3. Apabila pasien dirawat oleh Tim Dokter, maka pengisian lembar ini oleh dokter spesialis (DPJP) utama.

(c). Pengkajian awal medis, diisi oleh dokter spesialis utama.

(d). Lembar konsultasi sekurang-kurangnya memuat permohonan konsultasi dan jawaban konsultasi.

(e). Surat kematian diisi oleh dokter yang mendampingi pasientersebut saat meninggal dunia.

d) Perawat:

(1) Mengisi atau mencatat perkembangan keadaan pasien pada lembar yang menjadi tanggung jawabnya.

(2) Mengisi atau membuat asuhan keperawatan

dengan tulisan yang jelas, benar dan mudah dibaca.

(3) Menuliskan tanggal, jam, tanda tangan dan nama terang perawat yang memberikan tindakan atau pelayanan kepada pasien dalam lembar CPPT.

(4) Menuliskan nama pasien dan nomor rekam medis pada tiap dokumen yang menjadi tugas dan kewenangannya.

(5) Melihat apakah Ringkasan keluar masuk pasien dan Ringkasan pasien pulang sudah terisi atau belum, apabila belum segera memintakan kedokter yang bersangkutan / yang merawat pasien.

(6) Bertanggung jawab terhadap pengisian dan kelengkapan dokumen rekam medis pada:

(a) Lembar asuhan keperawatan dan observasi perawat IGD/Poliklinik Diisi oleh Perawat Poliklinik atau IGD (yang menerima pasien).

(b) Catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT), pengkajian keperawatan baik maternitas, neonatus, bedah, maupun kajian keperawatan umum diisi oleh Perawat Ruang rawat Inap (yang merawat pasien).

(c) Pesanan Pulang/perencanaan pasien pulang diisi oleh penanggung jawab ruang rawat inap dimana pasien dirawat atau Perawat Penanggung Jawab Shift.

(d) Setelah pasien dinyatakan boleh pulang, dalam waktu 1x24 jam pada hari kerja senin sampai jumat, sedangkan 2x24 jam pada hari sabtu, minggu/hari libur harus kembali Ke Rekam Medis dalam kondisi telah terisi dengan lengkap dan benar.

c). Petugas Penunjang Pelayanan Medis:

(1) Menyertakan data penunjang kedalam dokumen rekam medis.

(2) Menuliskan data pada formulir rekam medis dengan jelas, benar dan mudah dibaca.

1) Mencantumkan tanggal, jam, nama dan tanda tangan petugas yang member pelayanan atau tindakan.

2) Bertanggung jawab terhadap kebenaran data penunjang.

d). Petugas Pelayanan kesehatan lain:

(1) Mengisi lembar CPPT pada setiap observasi yang telah dilakukan.

1) Petugas Fisioterapi mengisi lembar konsultasi fisioterapi pada pasien dengan tindakan fisioterapi.

2) Petugas Binroh (Bimbingan Rohani) melakukan pencatatan formulir binroh untuk pasien rawat inap yang mendapatkan layanan binroh.

e). Petugas Rekam Medis:

(1). Melengkapi identitas pasien baik data pribadi, nama ibu kandung serta data sosial pada dokumen yang menjadi tugas dan tanggung jawabnya.

(2). Mencantumkan nomor rekam medis pada folder / map rekam medis dan dokumen yang menjadi tanggung jawabnya.

(3). Melakukan pencetakan label stiker pasien rawat inap untuk berkas rekam medis pasien rawat inap.

(4). Penulisan data identitas pasien dan data sosial pada dokumen rekam medis harus menggunakan tinta hitam tahan air, huruf cetak serta dengan penulisan yang jelas dan mudah dibaca.

(5). Bertanggung jawab untuk mengevaluasi dokumen rekam medis guna menjamin kelengkapan isinya.

(6). Bertanggung jawab terhadap dokumen rekam medis dan menjaga kerahasiaannya.

c. Formulir Rekam Medis. Formulir rekam medis adalah suatu lembaran kertas yang berisikan keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas pasien, anamnesa, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosa , segala pelayanan dan tindakan medis yang dipergunakan pada pasien baik pasien rawat inap, rawat jalan, maupun pasien gawat darurat, formulir rekam medis disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit dan diperbaharui secara berkala sesuai dengan keadaan sekarang.

1. Formulir rekam medis rawat jalan, rawat inap dan IGD (manual) harus terdiri dari:

a. Asesmen awal medis rawat jalan sekurang-kurangnya meliputi:

1) Riwayat kesehatan pasien, sekurang- kurangnya meliputi keluhan utama dan riwayat penyakit.

2) Riwayat alergi.

3) Pemeriksaan fisik.

4) Diagnosis.

5) Rencana asuhan.

b. Asesmen awal keperawatan rawat jalan sekurang-kurangnya meliputi:

1) Bio-psiko-spiritual.

2) Ekonomi.

3) Skrining dan asesmen nyeri.

4) Status fungsional.

5) Risiko jatuh.

6) Risiko nutrisional.

7) Masalah keperawatan.

8) Rencana asuhan.

c. Asesmen awal medis rawat inap sekurang-kurangnya meliputi: sekurang-kurangnya meliputi keluhan utama dan riwayat penyakit;

1) Riwayat alergi

2) Pemeriksaan fisik;

3) Pemeriksaan penunjang;

4) Diagnosis;

5) Masalah medis dan keperawatan;

6) Rencana asuhan

d. Asesmen awal keperawatan rawat inap sekurang-kurangnya meliputi:

1) Bio-psiko-spiritual.

2) Ekonomi.

3) Skrining dan asesmen nyeri.

4) Status fungsional.

5) Risiko jatuh.

6) Risiko nutrisional.

7) Masalah keperawatan.

8) Rencana asuhan.

9) Identifikasi pemulangan pasien yang kompleks.

e. Asesmen awal medis gawat darurat sekurang-kurangnya meliputi:

1) Riwayat kesehatan pasien, sekurang- kurangnya meliputi keluhan utama dan riwayat penyakit.

2) Riwayat alergi.

3) Pemeriksaan fisik.

4) Diagnosis.

5) Rencana asuhan.

6) Kondisi pasien sebelum meninggalkan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut.

f. Asesmen awal keperawatan gawat darurat sekurang-kurangnya meliputi:

1) Bio-psiko-spiritual.

2) Skrining dan asesmen nyeri.

3) Status fungsional.

4) Risiko jatuh.

5) Risiko nutrisional.

6) Masalah keperawatan.

7) Rencana asuhan

g. Catatan Assesmen Ulang yang harus dilakukan untuk sedasi dan anestesi meliputi tapi tidak terbatas pada:

1) Asesmen prasedasi/anestesi.

2) Asesmen prainduksi.

3) Monitoring status fisiologis.

4) Monitoring pemulihan sedasi/anestesi.

5) Evaluasi ulang bila terjadi konversi tindakan dari lokal/regional ke general

h. Formulir Pelayanan Bedah meliputi:

1) Asesmen pra operasi untuk melengkapi asesmen awal bedah.

2) Monitoring status fisiologis bila tindakan bedah menggunakan anestesi lokal.

3) Penandaan lokasi operasi bila tindakan bedah dilakukan pada organ dua sisi, serta melibatkan pasien.

i. Formulir transfer pasien sekurang-kurangnya meliputi hal-hal sebagai berikut:

1) Indikasi pasien dirawat.

2) Riwayat kesehatan.

3) Pemeriksaan fisik.

4) Pemeriksaan diagnostik.

5) Diagnosis.

6) Prosedur yang telah dilakukan.

7) Obat yang telah diberikan.

8) Keadaan pasien saat dipindahkan.

j. Ringkasan pulang harus dibuat oleh dokter penanggung jawab pelayanan sebelum pasien pulang, ringkasan pulang diberikan kepada pasien, disimpan dalam rekam medis pasien, dan dapat diberikan kepada tenaga kesehatan yang akan melanjutkan asuhan pasien, Isi ringkasan pulang sekurang-kurangnya memuat:

1) Identitas pasien.

2) Riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan diagnostik.

3) Diagnosis masuk dan indikasi pasien dirawat.

4) Prosedur terapi dan tindakan yang telah dikerjakan.

5) Obat yang diberikan termasuk obat setelah keluar rumah sakit.

6) Kondisi kesehatan pasien saat akan dipulangkan.

7) Instruksi tindak lanjut.

2. Formulir ERM (Elektronik Rekam Medis) paling sedikit terdiri atas :

a Registrasi pasien

b Pendistribusian data rekam medis elektronik

c Pengisian informasi klinis

d Pengolahan informasi rekam medis elektronik

e Penginputan data untuk klaim pembiayaan

f Penyimpanan rekam medis elektronik

g Penjaminan mutu rekam medis elektronik

h Transfer isi rekam medis elektronik

3. Daftar Susunan Rekam Medis Elektronik

NO	JUDUL MENU	KETERANGAN
1	REKAM MEDIS	Catatan informasi kesehatan pasien yang mencakup diagnosis, pengobatan, dan riwayat medis.
2	FARMASI	Administrasi dan operasi sehari-hari apotek atau departemen farmasi.
3	AHLI GIZI	Input asuhan gizi, edukasi pasien
4	DIAGNOSTIK	Data diagnosis yang tepat dan merancang rencana pengobatan yang sesuai.
5	RADIOLOGI	Pencatatan dokumentasi Radiologi Pasien.
6	PATOLOGI ANATOMI	Data pemeriksaan mikroskopis sampel jaringan atau organ.
7	HEMODIALISA	Mengelola operasi harian unit hemodialisa di rumah sakit.
8	CATH LAB	Catheterization Laboratory, Prosedur diagnostik dan intervensi pada jantung dan pembuluh darah.
9	LABORATORIUM	Untuk mengelola dan mengawasi operasi laboratorium di rumah sakit.
10	ECHO	Echocardiogram, prosedur yg menggunakan gelombang suara untuk membuat gambar (gambaran) detil dari jantung pasien.
11	ENDOSKOPI	Prosedur medis yang memungkinkan dokter untuk melihat bagian dalam tubuh menggunakan alat khusus yang disebut endoskop.
12	REHABIITASI MEDIK	Tindakan pemeriksaan Rehab medik yang dapat dilakukan meliputi, Fisioterapi, Terapi Wicara & Okupasi Terapi.
13	UTDRS/BDRS	Mengumpulkan, menyimpan, memproses dan mendistribusikan darah dan produk darah yang aman kepada pasien.
14	ADMIN DAPUR	Mengelola dan Mengawasi operasional dapur.
15	TREADMILL	Memiliki tugas dan tanggung jawab atas perawatan, perbaikan, dan pemesanan reservasi Treadmill di Rumah sakit.
16	AMBULANCE	Mengelola operasional

		pelayanan Ambulance Pasien.
17	KAMAR JENAZAH	Pengelolaan administrasi kamar jenazah di rumah sakit.

d. *Informed Consent*.

1) Prosedur Pelaksanaan *Informed Consent* di RSAU dr. Esnawan Antariksa.

a) Rawat Jalan dan Instalasi Gawat Darurat.

(1) Menerima pasien dan melakukan diagnose terapeutik untuk pertama kali.

(2) Dokter atau perawat IGD/Poli wajib memberikan informasi kepada pasien/keluarga untuk setiap tindakan medis/tindakan keperawatan yang akan dilakukan terhadap pasien, dengan bahasa yang bias difahami oleh pasien/keluarganya, yang kemudian pasien/keluarga dapat menyatakan setuju atau menolak tindakan yang akan dilakukan.

(3) Bentuk persetujuan pasien dapat dalam bentuk lisan maupun elektronik medical record.

(4) Persetujuan lisan untuk tindakan beresiko kecil dapat diberikan oleh pasien/keluarga dalam bentuk anggukan, menyodorkan anggota tubuh yang akan dilakukan tindakan, maupun bentuk lain yang menunjukkan persetujuannya. Persetujuan untuk dilakukan tindakan-tindakan yang berhubungan dengan keperawatan dan penunjang juga telah dijelaskan pada form persetujuan umum (general consent) yang ditandatangani oleh pasien/penanggungjawab saat pasienakan mendapatkan pelayanan di RSAU dr. Esnawan Antariksa.

(5) Persetujuan secara electronik medical record untuk tindakan beresiko tinggi atau tindakan invasive dilakukan oleh pasien/keluarganya dengan mengisi dan menandatangani form persetujuan (form informed consent electronik) yang disediakan oleh RSAU dr. Esnawan Antariksa.

(6) Petugas IGD/poli membantu pengisian dan mengarahkan agar pasien/keluarga dapat mengisinya dengan baik dan lengkap.

(7) Apabila pasien ada indikasi operasi/tindakan invasif/tindakan beresiko tinggi di ruangan selain IGD/Poli, maka pengisian informed consent (identitaspasien, identitas keluarga, hubungan keluarga dengan pasien, cek list tindakan) dapat dilakukan di IGD/Poli, petugas IGD/Poli memberitahu bahwa penjelasan dan penandatanganan akan dilakukan di ruangan/tempat dilakukannya tindakan.

b) Petugas Ruangan/Perawat Unit Bedah Sentral.

(1) Lihat *informed consent* di status pasien dan IGD.

(2) Menyiapkan form secara elektronik yang sudah siap ditandatangani dari IGD dan mengarahkan pasien/keluarga kedokter yang akan melakukan tindakan medis.

(3) Setelah diberikan penjelasan apabila pasien/keluarga menolak, maka petugas ruangan/perawat UBS memberikan form penolakan untuk diisi dan ditandatangani oleh pasien/keluarga.

(4) Menyimpan denganbaik form informed consent yang telah ditandatangani oleh pasien dan dokter secara elektronik pada rekam medis elektronik.

c) Tenaga Medis (dokter).

(1) Dokter yang akan melakukan tindakan operasi/tindakan invasive memberikan penjelasan mengenai diagnosa dan tata cara tindakan medis; tujuan tindakan medis yang dilakkukan; resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi dari tindakan medis; alternative tindakan lain termasuk keuntungan dan kerugiannya; prognosis terhadap tindakan medis yang dilakukan, dengan bahasa sesuai tingkat pendidikan pasien/keluarga, serta dicatat secara lengkap dalam sistem EMR.

(2) Setelah pasien dan/atau keluarga menyatakan telah memahami dan menyetujui tindakan medis, persetujuan dicatat melalui Formulir Informed Consent elektronik dalam sistem EMR.

(3) Tindakan medis sebagaimana dimaksudhanya dapat dilakukan setelah Formulir Informed Consent elektronik terverifikasi dan tersimpan di sistem EMR, kecuali dalam kondisikegawatdaruratan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

(4) Ketentuan Lain Terkait *Informed Consent* dalam EMR.

2) Ketentuan lain yang sangat terkait dengan *informed consent* adalah otopsi dan adopsi, yang dalam penerapannya membutuhkan *proxy consent.*

a) Otopsi. Otopsi (juga dikenal pemeriksaan kematian atau nekropsi) adalah investigasi medis jenazah untuk memeriksa sebab kematian. Perintah pelaksanaan otopsi dapat ditinjau dalam dua kejadian:

(1) Otopsi atas permintaan keluarga pasien, dimana didalamnya terdapat tandatangan keluarga pasien.

(2) Otopsi atas permintaan polisi untuk pembuktian.

Adanya permintaan akan jenazah pasien, bagian tubuh tertentu, kremasi ataupun pernyataan bahwa jenazah tidak diambil keluarga dan lain sebagainya harus senantiasa dikuatkan oleh tanda tangan dan berbagai pihak termasuk di dalam saksi I, II sesuai dengan prosedur yang berlaku,dalam kaftan ini selain instalansi kamar jenazah maka dalam berkas rekam medis pun juga harus memiliki dasar penguat dalam bentuk formulir persetujuan yang telah ditanda tangani oleh pihak yang bersangkutan, dalam hal ini pihak yang bersangkutan harus bertanggung jawab untuk segera menandatangani formulir atau keterangan otopsi. Pihak rumah sakit harus melibatkan unsurs aksi sebagai penguat disamping adanya pernyataan resmi secara tertulis dan pihak yang menerima.

Prosedur terkait dengan permintaan otopsi di RSAUdr.
Esnawan Antariksa adalah sebagai berikut:

(1) Dilakukan otopsi (pemeriksaan dalam) apabila:

(a) Atas permintaan keluarga atau ahli waris pasien.

(b) Kematian yang tidak wajar, *Death on Arrival* dan atau dengan adanya surat permintaan pemeriksaan dalam (otopsi)dan kepolisian.

(2) Pemeriksaan dalam pada korban/jenazah dapat dilakukan di RSAU dr. Esnawan Antariksa.

(3) Pemeriksaan dalam apabila dikerjakan di RSAU dr. Esnawan Antariksa akan dilakukan oleh dokter jaga yang saat itu menerima VER dari pihak Kepolisian. Apabila diperlukan tenaga ahli dalam pemeriksaan dalam maka RSAU dr. Esnawan Antariksa dapat meminta bantuan dr Spesialis Forensik dari RS Rujukan.

(4) Korban dapat dirujuk keRS Rujukan bila diperlukan.

(5) Surat Kematian boleh diberikan jika ada permintaan tertulis dari Pihak Kepolisian untuk keperluan tertentu.

b) Adopsi. Pedoman rekam medis menghadapi rekam medis dengan kasus adopsi adalah sebagai berikut:

(1) Adopsi telah mengakibatkan orang tua kandung melepaskan hak mereka untuk memeriksa berkas rekam medis anaknya yang telah diangkat. Sebab, dengan pengangkatan itu seluruh hak orang tua telah berakhir.

(2) Adopsi telah mengakibatkan orang tua bayi menerima hak sebagai orang tua asli yang berarti berhak untuk memeriksa berkas rekam medis anak angkatnya hingga mencapai dewasa. Namun orang tua

baru tidak boleh melihat berkas rekam medis masa lampau si anak. Dalam hal ini petugas rekam medis wajib mengeluarkan semua identitas masa lampaunya yang berkaitan dengan orang tua asuh sewaktu orang tua barn memeriksa berkas rekam medis anak angkat yang telah menjadikan anak kandung.

(3) Anak angkat mempunyai hak untuk membaca berkas rekam medis dirinya pada saat mencapai usia dewasa namun petugas rekam medis harus menurut identitas orang tua aslinya, seperti keterangan diatas.

e. Surat Keterangan Medis dalam Penerapan Electronic Medical Record (EMR) .Kebijakan yang berlaku mengenai pengurusan surat keterangan medis berbasis EMR adalah sebagai berikut:

1) Rekam Medis Elektronik (RME) merupakan milik rumah sakit dan disimpan secara aman di dalam sistem EMR. Seluruh data dan dokumen rekam medis tidak diperkenankan untuk dikeluarkan dari sistem EMR, kecuali dalam bentuk salinan atau ringkasan yang sah sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

2) Permintaan Surat Keterangan Medis dilakukan oleh pasien yang bersangkutan dan dicatat secara elektronik dalam sistem EMR. Apabila permintaan diwakilkan, wajib dilengkapi dengan Surat Kuasa bermaterai Rp10.000 yang diunggah (upload) ke dalam sistem EMR dan diverifikasi oleh petugas yang berwenang.

3) Untuk pasien anak (usia < 14 tahun), permintaan Surat Keterangan Medis dapat dilakukan oleh orang tua tanpa Surat Kuasa, dengan kewajiban mengunggah salinan Kartu Keluarga sebagai bukti hubungan keluarga ke dalam sistem EMR.

4) Pelayanan permintaan Surat Keterangan Medis diselesaikan paling lama 3 (tiga) hari kerja sejak permintaan tercatat di sistem EMR. Apabila dokter yang merawat berhalangan hadir dalam jangka waktu tersebut, maka pengisian dan penerbitan Surat Keterangan Medis elektronik dapat dilakukan oleh dokter lain yang berwenang, yaitu:

a) dokter lain yang pernah merawat dan/atau memeriksa pasien;

b) dokter jaga ruangan.

5) Surat Keterangan Medis diterbitkan dalam bentuk dokumen elektronik yang ditandatangani secara elektronik oleh dokter yang berwenang dan tersimpan sebagai bagian dari Rekam Medis Elektronik (RME)

6) Setiap proses permintaan, verifikasi, penerbitan, dan pengesahan Surat Keterangan Medis wajib terekam dalam sistem EMR dan memiliki jejak audit (audit trail) yang memuat identitas pengguna, tanggal, dan waktu akses.

Prosedur Permintaan Informasi Medis Pasien Berbasis Electronic Medical Record (EMR)

1) Permintaan informasi medis pasien.

Melalui Permohonan Elektronik.

a) Permohonan informasi medis diajukan secara elektronik oleh perorangan atau instansi melalui sarana resmi rumah sakit (aplikasi EMR, sistem informasi rumah sakit, atau surat elektronik resmi). Permohonan wajib mencantumkan : tanggal permintaan, nama jelas pemohon, Jabatan/pangkat dan NRP, tujuan permintaan informasi serta, identitas pasien yang dimaksud.
b) Permohonan informasi medis secara elektronik ditujukan kepada Pimpinan Rumah Sakit melalui Bagian Kesekretariatan dan tercatat otomatis dalam sistem EMR/SIMRS.
c) Selanjutnya persetujuan ditentukan oleh Direktur/kepala rumah sakit, melalui jawaban tertulis yang ditujukan kepada instansi yang bersangkutan. (Takah)

d) Data / informasi kesehatan dapat diminta di bagian rekam medis berdasarkan kesepakatan dan persetujuan pimpinan rumah sakit.

e) Pemohon diharap menandatangani buku ekspedisi, sebagai bukti bahwa bagian rekam medis telah memberikan data/informasi kesehatan yang sesuai dengan permintaan dan persetujuan pimpinan.

Datang ke Rekam medis

a). Mengisi formulir surat permohonan pelepasan informasi medis yang telah disediakan oleh pihak rumah sakit

b). Melampirkan KTP, KK

c). Bila bukan keluarga inti dalam KK maka harus melampirkan surat kuasa bermaterai 10.000

d). Petugas yang melayani akan menhubungi bila data sudah siap untuk diserahkan

2) Prosedur Permintaan surat keterangan medis untuk klaim asuransi:

a) Pasien:

(1) Menerima bukti/form surat keterangan medis dan Petugas Rekam Medis, kemudian mengisinya dengan lengkap serta membubuhkan tandatangan dan nama terang.

(2) Jika permintaan Surat Keterangan Medis bukan oleh pasien sendiri, maka harus ada surat kuasa dari pasien yang bersangkutan.

(3) Mengisi Surat Kuasa dengan lengkap dan

akurat dan membubuhinya dengan materai 10.000 dan tanda tangan.

(4) Mengambil surat keterangan medis sesuai dengan waktu yang telah ditentukan dengan membawa Surat Kuasa bermaterai yang telah diisi dengan lengkap bila bukan pasien sendiri.

(5) Mengisi buku ekspedisi sebagai bukti pengambilan.

(6) Menerima surat keterangan medis pasien

b) Petugas Rekam Medis:

(1) Menjelaskan prosedur Permintaan surat keterangan medis

(2) Menyerahkan bukti / form Permintaan surat keterangan medis

(3) Jika permintaan surat keterangan medis bukan oleh pasien sendiri, menyampaikan format Surat Kuasa kepada penerima kuasa dan menjelaskan cara pengisiannya.

(4) Menginformasikan cara pengambilan surat keterangan medis dan waktu pengambilannya.

(5) Mencarikan berkas rekam medis pasien.

(6) Menyiapkan blangko surat keterangan medisklaim asuransi.

(7) Menyerahkan blangko surat keterangan medisklaim asuransi beserta berkas rekam medis pasien kepada dokter yang berwenang.

(8) Jika tidak bertemu langsung dengan dokter yang berwenang mengisi blangko surat keterangan medis, petugas rekam medis menitipkannya kepada unit pelayanan dimana dokter tersebut biasa standby.

(9) Menerima blangko resume medisklaim asuransi yang sudah terisi lengkap dan dokter yang merawat atau petugas unit pelayanan.

(10) Melakukan *check* kelengkapan blangko. Jika terdapat kekurangan, segera menyampaikannya kembali kepada dokter yang berwenang.

(11) Mengcopi surat keterangan medis dan membubuhkan stempel RSAU dr. Esnawan Antariksa pada blangko tersebut sebagai bukti autentikasinya.

(12) Menyerahkan surat keterangan medis kepada pasien atau penerima kuasa pada waktu yang telah ditentukan setelah pasien/penerima kuasa menyerahkan bukti Permintaan surat keterangan medis dan menyerahkan Surat Kuasa

bermaterai yang telah diisi dengan lengkap.

(13) Meminta tanda tangan dan nama terang pasien/penerima kuasa yang mengambil surat keterangan medis di Buku Permintaan surat keterangan medis.

(14) Menyimpan copi surat keterangan medis, bukti permintaan Resume Medis dan Surat Kuasa bermaterai dalam ordner.

c) Dokter yang berwenang:

(1) Menerima blangko surat keterangan medis dan petugas Rekam Medis atau dan petugas unit pelayanan.

(2) Mengisi surat keterangan medis pasien dengan lengkap sebagaimana kondisi pasien yang sebenarnya berdasarkan berkas rekam medis.

(3) Membubuhkan tanda tangan dan nama terang sebagai bukti autentikasinya.

(4) Menyerahkan blangko surat keterangan medis klaim asuransi yang telah diisi dengan lengkap kepada petugas Rekam Medis atau kepada petugas unit pelayanan.

d) Petugas Unit Pelayanan (Rawat Jalan dan Rawat Inap):

(1) Menerima titipan blangko surat keterangan medis klaim asuransi jika Petugas Rekam Medis tidak bertemu langsung dengan dokter yang berwenang.

(2) Menyampaikan blangko surat keterangan medis klaim asuransi kepada dokter yang berwenang.

(3) Menerima blangko surat keterangan medis klaim asuransi dari dokter yang mengisi, kemudian mengecheck kelengkapannya. Jika ada yang belum lengkap, segera menyampaikannya kepada dokter yang berwenang.

f. Pembuatan *Visum Et Repertum*. *Visum Et Repertum* (VER) adalah keterangan tertulis yang dibuat dokter atas permintaan penyidik dan kepolisian yang berwenang, mengenai hasil pemeriksaan medis terhadap manusia, baik hidup atau mati ataupun bagian atau diduga bagian tubuh manusia, berdasarkan keilmuannya dan dibawah sumpah, untuk kepentingan peradilan. Kebijakan yang terkait dengan pembuatan *Visum et Repertum* adalah:

1) *Visum Et Repertum* hanya bias diminta oleh pihak Kepolisian.

2) Setiap permintaanVisum harus disertai dengan Surat Permintaan
Visum et Repertum (SPVR) dan Kepolisian.

3) Setiap permintaan *Visum Et Repertum* harus dikirim ke bagian URTU kemudian akan berproses takah yang disetujui oleh kepala rumah sakit.

4) Permintaan dan pengambilan *Visum Et Repertum* harus melalui Bagian URTU (Urusan Tata Usaha).

Prosedur yang terkait dengan pembuatan *Visum Et Repertum* adalah sebagai berikut:

1) Pihak Kepolisian:

a) Mengajukan permintaan VER secara tertulis (SPVR) Mencatat permintaan Visum pada buku register VER.

b) Mengambil hasil VER untuk proses persidangan.

2) Dokter:

a) Memeriksa kondisi pasien.

b) Membuat Visum sesuai dengan SPVR yang diajukan oleh pihak kepolisian pada program Visum.

c) Menandatangani visum yang telah di *print* oleh petugas rekam medis.

3) Petugas Rekam Medis:

a) Mengetik hasil visum yang ditulis oleh dokter yang memeriksa.

b) Memintakan tanda tangan dan hasil visum yang telah di print yaitu pada tandatangan dokter

c) Menyerahkan hasil ke bagian urtu untuk di stempel rumah sakit dan arsipkan

g. Penulisan Diagnosis. Penulisan diagnosis mengacu pada klasifikasi penyakit yang diterbitkan oleh WHO yaitu ICD 11 penyempurnaa 10, sedangkan untuk tindakan kedokteran menggunakan ICD 9 CM, Database penyakit yang ada di RSAU dr. Esnawan Antariksa adalah diagnose atau tindakan untuk kasus yang sering muncul dan yang ada di RSAU dr. Esnawan Antariksa. Database akan selalu diperbarui seiring penambahan kasus baru yang muncul. Sistem pengkodean ini telah ditetapkan dalam daftar singkatan yang digunakan di RSAU dr. Esnawan Antariksa dan telah terkode sesuai dengan ICD 11/10. Pencatatan dan pengisian yang terkait dengan adanya penulisan diagnosis terletak pada:

1) Rekam Medis Rawat Jalan. Penulisan diagnosis dan tindakan kedokteran pada pelayanan rawat jalan dan Instalasi Gawat Darurat wajib dilakukan melalui sistem Electronic Medical Record (EMR) dengan ketentuan sebagai berikut: Dokter wajib memilih diagnosis dan tindakan medis dari database penyakit dan tindakan yang telah distandarkan dan digunakan di RSAU dr. Esnawan Antariksa, Istilah medis dan

singkatan yang digunakan harus sesuai dengan standar istilah dan singkatan resmi rumah sakit, Pengkodean diagnosis dan tindakan medis wajib mengacu pada WHO ICD-11atau ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan, yang terintegrasi dalam sistem EMR. Setiap entri diagnosis dan tindakan medis wajib dilakukan oleh dokter yang berwenang dan terautentikasi secara elektronik dalam sistem EMR.

2) Rekam Medis Rawat Inap. Penulisan diagnosis pada pelayanan rawat inap wajib dilakukan dan terdokumentasi dalam Electronic Medical Record (EMR) dengan ketentuan sebagai berikut: PPA wajib mencatat secara elektronik diagnosis yang meliputi: diagnosa awal, diagnosa utama, diagnosa kerja dan diagnosa komplikasi, apabila ada. Penulisan diagnosis dilakukan dengan memilih dari database penyakit terstandar dan menggunakan istilah serta singkatan yang telah dibakukan di RSAU dr. Esnawan Antariksa, Pengkodean diagnosis dan tindakan medis mengacu pada WHO ICD-11 atau ICD-10 serta ICD-9-CM dan tercatat otomatis dalam sistem EMR, Setiap perubahan atau penambahan diagnosis wajib diperbarui dalam EMR dan memiliki jejak audit (audit trail) yang mencantumkan identitas pengguna, tanggal, dan waktu perubahan.

24. Peminjaman Dan Pemeliharaan Berkas Rekam Medis.

a. Hak Akses Berkas Rekam Medis

1) Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022, khususnya ketentuan mengenai hak akses dan kerahasiaan rekam medis, Rekam Medis Elektronik (RME) merupakan dokumen yang bersifat rahasia dan hanya dapat diakses oleh pihak yang berwenang sesuai tugas dan tanggung jawabnya. Setiap akses terhadap RME wajib dilakukan melalui sistem EMR menggunakan hak akses (user ID dan kata sandi) yang sah dan terekam dalam sistem. Ketentuan kerahasiaan ini berlaku bagi seluruh pihak, termasuk tenaga kesehatan dan petugas rekam medis yang telah mengucapkan sumpah/janji jabatan

2) Setiap pengguna yang memiliki hak akses terhadap RME bertanggung jawab atas keamanan, kerahasiaan, dan integritas data yang diakses. Sistem EMR wajib mengatur jangka waktu dan ruang lingkup akses sesuai kewenangan pengguna, serta mencatat seluruh aktivitas akses melalui audit trail yang memuat identitas pengguna, tanggal, waktu, dan jenis akses.

3) Data Rekam Medis Elektronik tidak diperkenankan untuk dipindahkan, disalin, atau dibawa keluar dari sistem rumah sakit, kecuali berdasarkan persetujuan tertulis pimpinan rumah sakit dan/atau ketentuan peraturan perundang-undangan, termasuk untuk kepentingan proses hukum atau pengadilan.

4) Dokter dan tenaga kesehatan lainnya (Perawat, Perawat Gigi, Bidan, Fisioterapis, Apoteker, Tenaga Gizi, dan Perekam Medis) yang bekerja di rumah sakit, termasuk yang berstatus kontrak, diberikan hak akses EMR sesuai kewenangan

klinisnya untuk keperluan pelayanan pasien.

5) Akses Rekam Medis Elektronik dapat dilakukan secara elektronik dan real time di unit pelayanan yang telah terintegrasi dengan sistem EMR, antara lain: Unit rawat jalan, Instalasi Gawat Darurat (IGD), Unit Penunjang Medis dan Penunjang Non-medis.

6) Sebelum melaksanakan pendidikan klinis di rumah sakit, setiap peserta didik wajib mengucapkan janji/sumpah untuk menjaga kerahasiaan data dan informasi pasien, sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

7) Janji/sumpah menjaga kerahasiaan pasien bagi peserta didik dilaksanakan pada saat program orientasi di RSAU dr. Esnawan Antariksa dan menjadi syarat pemberian akses terbatas ke sistem EMR.

8) Peserta didik diperkenankan untuk membaca dan/atau mendiskusikan kondisi pasien dengan menggunakan data dalam Rekam Medis Elektronik sepanjang hal tersebut merupakan bagian dari proses pembelajaran klinik dan berada di bawah supervisi tenaga kesehatan yang berwenang.

9) Peserta didik tidak diperkenankan melakukan pencatatan, pengubahan, atau penghapusan data dalam Rekam Medis Elektronik. Seluruh pencatatan dalam EMR hanya dapat dilakukan oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) sesuai kewenangannya dan harus melalui autentikasi elektronik.

b. Hak Akses Ruangan Rekam Medis. Petugas kesehatan yang bias mengakses keruangan rekam medis terdiri dari Dokter, perawat dan pegawai rumah sakit yang berkepentingan untuk masuk keruang rekam medis dan meminjam rekam medis, harus memakai tanda pengenal atau tanda hak akses sehingga orang yang tidak mempunyai kepentingan tidak ada hak akses masuk keruangan rekam medis.

   Di unit Rekam Medis Sudah Terpasang *security System Door (finger print)* dimana hanya yang punya akses bias masuk keruangan rekam medis.

c. Peminjaman Rekam Medis dalam Penerapan Electronic medical Record (EMR).
   Dalam penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME), sistem penyimpanan dan akses data rekam medis dilaksanakan secara elektronik sehingga tidak lagi menggunakan peminjaman berkas fisik sebagaimana pada rekam medis konvensional. Ketentuan peminjaman dan akses rekam medis diatur sebagai berikut:

   1) Rekam Medis Elektronik merupakan milik rumah sakit dan disimpan secara terpusat dalam sistem EMR.
   Data dan dokumen RME tidak diperkenankan untuk dikeluarkan dari sistem rumah sakit, baik sebagian maupun seluruhnya, kecuali berdasarkan persetujuan tertulis Kepala Rumah Sakit dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

2) Pasien berhak mengetahui dan/atau melihat isi rekam medis miliknya. Akses tersebut diberikan dalam bentuk tampilan elektronik, ringkasan medis, atau salinan sah dengan pendampingan petugas kesehatan yang berwenang dan sesuai ketentuan kerahasiaan data pasien.

3) Apabila pasien memerlukan rekam medis untuk kepentingan tertentu, rumah sakit tidak meminjamkan Rekam Medis Elektronik secara utuh, melainkan memberikan: Copy Resume Medis, dan/atau Ringkasan Penyakit/Informasi Medis sesuai dengan kebutuhan dan permintaan informasi pasien, yang diterbitkan secara elektronik dan terverifikasi.

4) Akses Rekam Medis Elektronik untuk keperluan penelitian internal (oleh pegawai rumah sakit) dapat diberikan melalui sistem EMR setelah memperoleh: Persetujuan dari Kepala Administrasi Medis, Persetujuan etik dan/atau pimpinan rumah sakit sesuai ketentuan.

5) Apabila Rekam Medis Elektronik diperlukan untuk kepentingan proses peradilan, rumah sakit hanya memberikan salinan elektronik atau cetak yang dilegalisasi, sesuai dengan permintaan resmi dari instansi yang berwenang.

6) Dalam hal pengadilan, melalui Hakim yang berwenang, secara khusus meminta dokumen rekam medis asli, maka: - yang diserahkan adalah dokumen hasil cetakan dari RME yang dilegalisasi atau media elektronik resmi sesuai ketentuan hukum; dibuatkan Berita Acara Penyerahan dan tanda terima resmi; rumah sakit wajib tetap menyimpan data RME asli di dalam sistem EMR sebagai arsip dan bukti kepemilikan; setiap proses penyerahan dan akses wajib terdokumentasi dalam sistem dan arsip rumah sakit. Seluruh proses akses, permintaan, persetujuan, dan penyerahan data Rekam Medis Elektronik wajib dilakukan sesuai kewenangan pengguna menjaga kerahasiaan dan keamanan data pasien dan tercatat secara otomatis dalam audit trail sistem EMR.

1) Akses Rekam Medis Elektronik Untuk Kepentingan Rumah Sakit.

a) Petugas Rekam Medis melakukan verifikasi tujuan akses Rekam Medis Elektronik yang diajukan oleh pemohon melalui sistem EMR/SIMRS.

b) Apabila tujuan akses tidak jelas, meragukan, atau tidak termasuk kepentingan internal rumah sakit, maka petugas Rekam Medis menolak permohonan akses elektronik dan mengarahkan pemohon untuk mengikuti prosedur permintaan informasi medis untuk kepentingan pihak eksternal sesuai ketentuan yang berlaku.

c) Pemohon mengajukan permintaan akses Rekam Medis Elektronik secara elektronik melalui sistem EMR dengan mencantumkan, nomor rekam medis pasien, nama pasien, unit/layanan terkait, tujuan akses, jangka waktu akses, dan identitas pemohon (nama, jabatan, unit kerja).

d) Petugas Rekam Medis melakukan pemberian atau aktivasi hak akses elektronik sementara sesuai kewenangan dan tujuan permintaan.

e) Pemohon menggunakan Rekam Medis Elektronik hanya untuk keperluan yang telah disetujui dan sesuai dengan kewenangan serta tugasnya, tanpa mengubah, menghapus, atau mendistribusikan data di luar sistem EMR.

f) Setelah keperluan akses selesai atau jangka waktu akses berakhir, hak akses elektronik dinonaktifkan secara otomatis atau manual oleh petugas Rekam Medis, dan seluruh aktivitas akses terdokumentasi dalam audit trail sistem EMR.

g) Petugas Rekam Medis melakukan monitoring dan evaluasi akses Rekam Medis Elektronik secara berkala untuk memastikan kesesuaian antara permohonan akses, penggunaan data, dan ketentuan kerahasiaan rekam medis.

2) Peminjaman Untuk Kepentingan Pihak Luar Rumah Sakit. Akses Rekam Medis Elektronik (RME) untuk kepentingan pihak luar rumah sakit harus dilaksanakan secara lebih hati-hati, selektif, dan terkendali, mengingat adanya aspek etik dan hukum terkait pengungkapan informasi medis, antara lain:

a) Pelanggaran prinsip kebutuhan untuk mengetahui (need to know principle);

b) Potensi penyalahgunaan persetujuan atau otorisasi yang bersifat umum (blanket authorization) dan

c) Pelanggaran privasi yang terjadi sebagai akibat dan prosedur pengungkapan sekunder (*secondary release*).

Oleh karena itu, akses RME untuk kepentingan pihak luar diatur dengan ketentuan sebagai berikut:

a) Pemohon mengajukan permohonan akses informasi Rekam Medis Elektronik secara tertulis atau elektronik kepada Kepala Rumah Sakit melalui mekanisme yang ditetapkan peminjam mengajukan surat permohonan untuk peminjaman berkas rekam medis yang ditujukan kepada Kepala Rumah Sakit.

b) Surat Permohonan harus diajukan oleh pasien yang bersangkutan atau pihak yang telah memperoleh kuasa dari pasien, dengan melampirkan Surat Kuasa bermaterai yang diunggah ke sistem, yang sekurang-kurangnya memuat:

(1) Pernyataan pemberian kuasa.

(2) Pernyataan bahwa pasien mengetahui maksud dan tujuan permintaan informasi.

(3) Jenis dan ruang lingkup informasi rekam medis yang dikuasakan; dan

(4) Tanggal pemberian kuasa.

c) Dalam hal pasien berusia < 14 tahun, pasien meninggal dunia, atau pasien tidak cakap secara mental, permohonan dan persetujuan diberikan oleh orang tua, suami/istri, wali sah, atau ahli waris sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

d) Apabila untuk kepentingan penelitian maka harus ada surat penugasan dari instansi yang bersangkutan dan surat permohonan untuk melakukan penelitian yang ditujukan kepada Kepala Rumah Sakit.

e) Petugas Rekam Medis hanya dapat memproses permohonan setelah memperoleh persetujuan elektronik atau disposisi resmi dari Kepala Rumah Sakit atau pejabat yang diberi kewenangan, yang tercatat dalam sistem EMR/SIMRS.

f) Instruksi lisan hanya dapat digunakan dalam kondisi tertentu untuk mempercepat proses, dan wajib ditindaklanjuti dengan persetujuan tertulis atau elektronik.

g) Petugas Rekam Medis tidak memberikan akses langsung atau keseluruhan Rekam Medis Elektronik kepada pemohon.
Informasi yang diberikan dibatasi hanya pada data yang dibutuhkan, dalam bentuk: salinan resume medis; ringkasan informasi medis; atau; data terpilih yang telah disetujui..

h) Apabila diperlukan informasi yang lebih mendalam, petugas Rekam Medis dapat mengoordinasikan pertemuan atau penjelasan langsung oleh dokter yang merawat atau yang mewakili, sesuai kewenangannya.

i) Setelah Akses RME untuk kepentingan penelitian dilakukan melalui sistem EMR di lingkungan rumah sakit atau media resmi yang ditetapkan, dengan pembatasan akses, anonimisasi data bila diperlukan, dan tanpa membawa keluar data mentah pasien.

j) Petugas Dalam kondisi tertentu yang memerlukan supervisi, akses diberikan melalui penanggung jawab internal yang ditunjuk oleh rumah sakit, dan tanggung jawab atas penggunaan data berada pada penanggung jawab tersebut.

k) Seluruh proses permohonan, persetujuan, akses, dan penyerahan informasi Rekam Medis Elektronik wajib terdokumentasi dalam sistem EMR memiliki audit trail yang memuat identitas pengguna, tanggal, waktu, dan jenis akses serta menjamin keamanan dan kerahasiaan data pasien.

l) Tidak diperkenankan membawa, menyalin, menyebarluaskan, atau menggunakan informasi Rekam Medis Elektronik di luar tujuan yang telah disetujui.

3) Akses Rekam Medis Elektronik untuk Kepentingan Pengadilan.

Undang-Undang Praktik Kedokteran memberikan kewenangan kepada fasilitas pelayanan kesehatan untuk mengungkapkan informasi kesehatan dalam rangka penegakan hukum, sepanjang permintaan tersebut diajukan secara sah dan mengikuti prosedur hukum formal.
Sesuai Pasal 43 Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1981 tentang Hukum Acara Pidana (KUHAP), Rekam Medis tidak dapat disita tanpa persetujuan sarana pelayanan kesehatan atau pihak yang bertanggung jawab atas Rekam Medis tersebut.
Berdasarkan ketentuan tersebut, akses Rekam Medis Elektronik (RME) untuk kepentingan pengadilan diatur sebagai berikut:

a) Peminjaman untuk kepentingan pengadilan harus diajukan oleh penyidik dari kepolisian yang disertai dengan Surat Perintah Permintaan alat bukti resmi dari Kepolisian atau atas permintaan Hakim.

b) Permintaan berkas rekam medis untuk kepentingan pengadilan dilayani dengan memberikan copy seluruh berkas rekam medis sebagai bukti kekeaslian dari copy berkas rekam medis tersebut.

c) Setiap permintaan akses Rekam Medis Elektronik untuk kepentingan pengadilan wajib memperoleh persetujuan tertulis atau elektronik dari Kepala Rumah Sakit atau pejabat yang diberi kewenangan.

d) Peminjaman untuk kepentingan pengadilan dilakukan oleh Bagian Legal Rumah Sakit dengan mengisi buku peminjaman dengan mencantumkan; Tanggal Peminjaman, Nama Peminjam, Keperluan Peminjaman Berkas, Batas waktu peminjaman, Tanda Tangan Peminjam dan dengan dilampirkan surat kuasa khusus tertulis dari Kepala Rumah Sakit.

e) Pemenuhan permintaan pengadilan dilakukan dengan memberikan: salinan Rekam Medis Elektronik secara lengkap dalam bentuk cetak atau media elektronik yang dilegalisasi; dan/atau resume medis atau data pendukung lain sesuai ruang lingkup permintaan.

f) Rekam Medis Elektronik tidak diserahkan secara langsung dalam bentuk akses penuh ke sistem EMR, dan data asli tetap tersimpan serta dikuasai oleh rumah sakit.

g) Petugas Rekam Medis menerima notifikasi pengembalian atau penyelesaian penggunaan data Rekam Medis Elektronik (RME) melalui sistem RME, kemudian melakukan verifikasi kesesuaian data akses yang telah digunakan dengan data permintaan akses pada sistem peminjaman atau log akses RME.

Apabila data telah sesuai, petugas Rekam Medis melakukan validasi penerimaan secara elektronik pada sistem RME sesuai dengan ketentuan pengelolaan dan penyimpanan data rekam medis elektronik.

h) Petugas Rekam Medis melakukan pengendalian akses RME dengan memastikan status berkas elektronik berubah dari *"dipinjam/diakses"* menjadi *"tersedia"* pada sistem RME. Setiap akses RME tercatat secara otomatis dalam sistem, meliputi tanggal dan waktu akses, identitas peminjam/pengguna, keperluan akses, serta identitas petugas Rekam Medis sebagai pengelola sistem.

i) Peminjam/Pengguna RME yang telah selesai menggunakan data Rekam Medis Elektronik wajib mengakhiri akses melalui sistem RME sesuai kewenangan yang diberikan. Sistem secara otomatis mencatat tanggal dan waktu pengakhiran akses sebagai bukti pengembalian berkas elektronik.

j) Petugas Rekam Medis melakukan pengecekan kembali terhadap log akses RME untuk memastikan bahwa akses telah ditutup dan tidak terdapat penyalahgunaan data. Setelah dinyatakan sesuai, petugas memastikan data Rekam Medis Elektronik tersimpan aman dalam sistem sesuai kebijakan keamanan dan kerahasiaan rekam medis.

Ketentuan Dalam peminjaman di atas, setiap peminjam/pengguna RME diwajibkan mengisi identitas diri, keperluan akses, serta periode akses melalui sistem Rekam Medis Elektronik.
Sistem peminjaman dan pencatatan akses RME yang diselenggarakan di Instalasi Rekam Medis RSAU dr. Esnawan Antariksa berfungsi sebagai pengendali rekam medis (retrieval control) secara elektronik.

Untuk penggunaan RME yang bersifat rutin, yaitu dalam rangka pelayanan pasien Rawat Jalan (Poliklinik) dan Rawat Inap, tidak digunakan buku peminjaman manual. Pengendalian dilakukan sepenuhnya melalui sistem RME, dengan pengaturan hak akses berbasis kewenangan pengguna (*user access control*).

d. Pendistribusian Rekam Medis Elektronik (RME).
Setelah melalui proses permintaan dan pemberian akses sesuai ketentuan yang telah ditetapkan, data Rekam Medis Elektronik (RME) didistribusikan dalam bentuk akses elektronik oleh petugas Rekam Medis. Ketentuan pendistribusian RME adalah sebagai berikut:

1) Data Rekam Medis Elektronik tidak dapat dibawa keluar dari sistem rumah sakit.
Pendistribusian RME hanya dilakukan melalui pemberian hak akses dalam sistem RME oleh petugas Rekam Medis yang berwenang. Pasien atau keluarga pasien tidak diperkenankan membawa, menyimpan, atau mendistribusikan data Rekam Medis Elektronik secara mandiri.

2) Setiap RME yang diakses harus tercatat dalam sistem tracer elektronik (electronic tracking).
Sistem secara otomatis mencatat status akses RME, meliputi identitas pengguna, unit tujuan, tanggal dan waktu akses, serta keperluan penggunaan data.

3) Petugas Rekam Medis tidak melakukan distribusi akses RME satu per satu secara manual untuk permintaan mendadak.
Dalam kondisi darurat atau kebutuhan segera, unit atau bagian yang

memerlukan data RME wajib mengajukan permintaan akses melalui sistem RME sesuai kewenangan masing-masing atau menugaskan petugasnya untuk berkoordinasi langsung dengan Instalasi Rekam Medis.

4) Tanggung jawab keamanan, kerahasiaan, dan integritas data RME selama proses pendistribusian akses berada pada petugas Rekam Medis.
Setelah akses RME diberikan kepada unit tujuan, maka tanggung jawab atas keamanan, kerahasiaan, dan penggunaan data Rekam Medis Elektronik menjadi tanggung jawab peminta, yaitu petugas pelayanan kesehatan di unit tujuan sesuai dengan hak akses yang diberikan.

5) Data Rekam Medis Elektronik yang belum lengkap dan telah ditandai dalam sistem RME sebagai *belum lengkap* wajib segera ditindaklanjuti oleh unit atau tenaga kesehatan terkait.Tindak lanjut kelengkapan Rekam Medis Elektronik dilakukan paling lambat 1 x 24 jam terhitung sejak pelayanan selesai atau sejak penandaan ketidaklengkapan pada sistem RME.

e. Pengembalian Berkas Rekam Medis Electronik. Berkas yang telah keluar Data Rekam Medis Elektronik (RME) yang telah diakses untuk keperluan pelayanan, administrasi, pendidikan, atau penelitian wajib segera dikembalikan dalam bentuk pengakhiran akses setelah kegiatan selesai. Ketentuan mengenai pengembalian dan penyimpanan RME adalah sebagai berikut:

1) Pengelolaan penyimpanan dan pemberian akses Rekam Medis Elektronik hanya dilakukan oleh petugas Rekam Medis yang berwenang melalui sistem RME.

2) Pengelolaan akses dan penyimpanan RME hanya dilakukan oleh petugas Rekam Medis yang berwenang.

3) RME yang sudah lengkap disimpan permanen dalam sistem RME sesuai ketentuan keamanan dan kerahasiaan data.

4) RME yang belum lengkap ditandai dalam sistem dan menjadi tanggung jawab dokter atau unit terkait untuk dilengkapi.

5) Seluruh proses pengembalian dan penyimpanan RME dikendalikan melalui tracer elektronik (log akses) sebagai pengganti tracer manual.

Pengembalian Rekam Medis Elektronik (RME) diklasifikasikan menjadi 4 jenis, yaitu:

1. Pengembalian RME dari Poliklinik
2. Pengembalian RME dari Instalasi Gawat Darurat (IGD)
3. Pengembalian RME dari Ruang Perawatan (Rawat Inap)
4. Pengembalian RME dari peminjaman atau status belum lengkap

Ketentuan umum pengembalian RME adalah bahwa setiap pengguna yang menerima atau mengakses Rekam Medis Elektronik wajib mengakhiri akses, menjaga keutuhan data, serta menyelesaikan pengisian RME secara tepat waktu sesuai kewenangan dan ketentuan yang berlaku (adaptasi Depkes RI, 1997).

1) Pengembalian RME dari Ruang Perawatan / Rawat Inap.
Dalam hal ini terdapat ketentuan bahwa setelah kegiatan pelayanan poliklinik/rawat jalan selesai, petugas poliklinik

wajib menyelesaikan pengisian Rekam Medis Elektronik (RME) secara lengkap sesuai ketentuan yang berlaku. Petugas Rekam Medis menerima status pengembalian RME tersebut melalui sistem dan melakukan evaluasi kelengkapan serta kesesuaian data yang telah diisi. Selanjutnya RME diberi status *kembali dari poliklinik/rawat jalan* dalam sistem Rekam Medis Elektronik dan disimpan secara elektronik sesuai ketentuan pengelolaan RME, dengan ketentuan sebagai berikut:

a) Penyimpanan Rekam Medis Elektronik dilakukan secara sistem sesuai kebijakan pengelolaan arsip elektronik rumah sakit.

b) Setiap proses pengembalian dan penyimpanan RME wajib tercatat dalam tracer elektronik (log akses) sebagai alat pengendalian rekam medis

c) Rekam Medis Elektronik yang telah dinyatakan lengkap dapat digunakan kembali sesuai dengan kewenangan akses yang ditetapkan dalam sistem.

2) Pengembalian Rekam Medis Elektronik dari Ruang Perawatan (Rawat Inap). Ketentuan dalam pengembalian Rekam Medis Elektronik dari ruang perawatan adalah sebagai berikut:

a) Rekam Medis Elektronik pasien rawat inap wajib diselesaikan dan dikembalikan dalam keadaan lengkap paling lambat 1 x 24 jam terhitung sejak tanggal pasien pulang untuk hari kerja (Senin sampai dengan Jumat), dan 2 x 24 jam untuk hari Sabtu, Minggu, serta hari libur nasional.

b) Rekam Medis Elektronik yang telah dikembalikan wajib ditetapkan statusnya sebagai pasien pulang di dalam sistem informasi manajemen rumah sakit. Petugas Rekam Medis melakukan proses assembling elektronik, yaitu penataan serta evaluasi kelengkapan dan kesesuaian data rekam medis secara sistematis.

c) Rekam Medis Elektronik yang telah melalui proses assembling dan evaluasi diserahkan kepada bagian koding untuk dilakukan proses pengkodean diagnosis dan tindakan. Apabila ditemukan formulir atau data yang belum lengkap, maka berkas dikembalikan kepada dokter penanggung jawab pelayanan atau unit terkait untuk dilengkapi sesuai ketentuan.

d) Rekam Medis Elektronik yang telah selesai dilakukan proses pengkodean dinyatakan lengkap secara administratif. Setelah proses pengkodean selesai, penyimpanan rekam medis rawat inap sesuai dengan sistem yang berlaku.

e) Petugas penyimpanan bertanggung jawab menyimpan berkas rekam medis sesuai dengan penempatan rak yang telah ditetapkan guna menjamin ketertiban, keamanan, dan kemudahan penelusuran.

f) Penyimpanan Rekam Medis Elektronik harus menjamin keamanan, keutuhan, kerahasiaan, dan ketersediaan data Rekam Medis Elektronik.

f. Pengamanan Kerahasiaan dan Pemeliharaan Rekam Medis Elektronik (E-RM)

Pengamanan dalam penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (E-RM) merupakan upaya perlindungan terhadap data dan informasi kesehatan pasien, baik secara fisik maupun digital, guna menjamin aspek kerahasiaan (confidentiality), keutuhan (integrity), dan ketersediaan (availability). Pengamanan ini mencakup seluruh siklus pengelolaan data, mulai dari proses input, penyimpanan, pengolahan, hingga distribusi informasi dalam sistem elektronik.

Ruang lingkup pengamanan meliputi:

1. Pengamanan Sistem Elektronik
   - Penggunaan sistem E-RM yang terintegrasi dan terproteksi.
   - Penerapan user ID dan kata sandi (password) unik untuk setiap pengguna.
   - Pengaturan hak akses (access control) sesuai kewenangan petugas.
   - Pencatatan jejak audit (audit trail) untuk setiap aktivitas pengguna.
2. Pengamanan Data dan Informasi
   - Enkripsi data dalam proses penyimpanan dan transmisi.
   - Pencadangan data (backup) secara berkala.
   - Perlindungan terhadap ancaman kehilangan, kerusakan, atau kebocoran data.
3. Pengamanan Fisik dan Infrastruktur
   - Pengamanan server dan perangkat keras di ruang terbatas.
   - Penggunaan sistem pengamanan jaringan (firewall, antivirus, dan sistem deteksi intrusi).

Kerahasiaan dalam E-RM merupakan pembatasan akses dan pengungkapan informasi kesehatan pasien. Setiap informasi hanya dapat digunakan, diakses, atau disampaikan berdasarkan persetujuan pasien atau sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Informasi rahasia dapat berupa data digital, dokumen elektronik, maupun komunikasi verbal yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan.

Pengamanan dan pemeliharaan E-RM merupakan bagian penting dalam penyelenggaraan rekam medis, karena berkaitan langsung dengan perlindungan hak privasi pasien serta mutu pelayanan kesehatan.

Sehubungan dengan hal tersebut, ditetapkan kebijakan oleh Kepala Rumah Sakit bahwa:

Data Rekam Medis Elektronik bersifat rahasia dan dilindungi.
Akses terhadap E-RM hanya diberikan kepada petugas yang berwenang sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya.
Dilarang melakukan pengunduhan, penyalinan, atau distribusi data rekam medis tanpa izin resmi.
Penggunaan data rekam medis untuk kepentingan pendidikan, penelitian, atau hukum harus melalui prosedur dan persetujuan sesuai peraturan yang berlaku.
Setiap pelanggaran terhadap kerahasiaan dan keamanan data akan dikenakan sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Kebijakan ini mengacu pada peraturan perundang-undangan terbaru terkait rekam medis elektronik, perlindungan data pribadi,

serta standar keamanan sistem informasi kesehatan di Indonesia.

Petugas rekam medis harus menjaga agar berkas rekam medis tersimpan dan tertata dengan baik serta terlindung dan kemungkinan pencurian berkas atau pembocoran isi berkas rekam medis.

Ketentuan mengenai keamanan dan kerahasiaan Rekam Medis Elektronik (E-RM) adalah sebagai berikut::

1) Rekam medis elektronik harus tersimpan dalam sistem aplikasi yang memiliki penandaan sebagai data rahasia serta dilindungi dengan sistem keamanan (password dan/atau enkripsi).
2) Peminjaman atau akses rekam medis elektronik harus memenuhi persyaratan sesuai dengan yang tercantum dalam Protap Peminjaman/Akses Rekam Medis Elektronik.
3) Penyimpanan dan pengambilan data rekam medis elektronik harus sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan dalam sistem, termasuk melalui mekanisme login dan hak akses pengguna.
4) Isi rekam medis hanya boleh dilihat dan diminta oleh pasien sendiri. Apabila pasien mengizinkan orang lain untuk melihat isi rekam medisnya, maka harus dengan surat kuasa bermaterai Rp10.000 yang ditandatangani oleh pasien, serta dilakukan melalui mekanisme akses resmi pada sistem.
5) Permintaan resume medis/surat keterangan medis pasien harus memenuhi ketentuan/Protap Permintaan Resume Medis, dan diproses melalui sistem rekam medis elektronik.
6) Pihak perujuk tidak diperkenankan mengakses rekam medis elektronik pasien kecuali atas izin pasien yang disampaikan secara tertulis kepada Kepala Rumah Sakit, serta diberikan melalui akses terbatas sesuai kewenangan.
7) Tidak semua pegawai rumah sakit dapat mengakses rekam medis, baik manual maupun elektronik yang telah diinput ke dalam sistem komputer. Petugas yang diberikan kewenangan akses harus menjaga kerahasiaan data rekam medis dan menggunakan akses sesuai hak yang diberikan.
8) Programmer atau pengelola sistem informasi wajib memfasilitasi penerapan pembatasan akses sebagaimana poin ke-7, termasuk pengaturan hak akses (*access control*), keamanan sistem, dan pencatatan aktivitas pengguna (*audit trail*).

Selain ketentuan keamanan dan kerahasiaan di atas, juga terdapat ketentuan dasar pemeliharaan Rekam Medis Elektronik (E-RM) yang dapat membantu memperlancar pekerjaan pengelolaan rekam medis, yaitu:

1) Pada saat data rekam medis dikembalikan atau selesai digunakan dalam sistem, harus dilakukan pengelompokan dan validasi data berdasarkan nomor rekam medis sebelum disimpan kembali ke dalam database.
2) Hanya petugas rekam medis yang berwenang yang diperkenankan mengelola data rekam medis dalam sistem. Dokter, staf rumah sakit, maupun pegawai dari bagian lain tidak diperkenankan mengakses atau mengubah data di luar kewenangan yang telah diberikan dalam sistem.
3) Rekam medis elektronik yang datanya tidak lengkap, rusak, atau terdapat kesalahan input harus segera diperbaiki atau dilakukan koreksi dalam sistem untuk mencegah kehilangan atau ketidaksesuaian informasi.
4) Pengamatan terhadap sistem penyimpanan data harus dilakukan secara periodik untuk menemukan kesalahan penyimpanan data (misfile), serta menelusuri data rekam medis yang masih dalam

status dipinjam atau belum dikembalikan dalam sistem (tracking/audit trail).

5) Petugas pengelola sistem rekam medis harus menjaga kerapian, keteraturan, dan integritas database yang menjadi tanggung jawabnya.

6) Data rekam medis yang sedang diproses atau digunakan untuk keperluan lain harus tetap dapat diakses melalui sistem secara real-time, sehingga setiap saat dapat digunakan sesuai kebutuhan oleh petugas yang berwenang.

7) Rekam medis dengan jumlah data yang sangat besar harus dikelola dalam bentuk pembagian data secara sistematis (misalnya berdasarkan episode pelayanan atau modul dalam sistem) untuk memudahkan akses dan pengelolaan.

25. Pelepasan Informasi Rekam Medis Elektronik (E-RM)

Pelepasan informasi rekam medis elektronik adalah prosedur pemberian, pembukaan, atau pengungkapan data dan informasi kesehatan pasien yang tersimpan dalam sistem elektronik, untuk kepentingan pasien maupun kepentingan lain yang sah dan tidak merugikan pasien, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, termasuk ketentuan mengenai Rekam Medis Elektronik dan Perlindungan Data Pribadi.

Pelepasan informasi rekam medis elektronik harus memenuhi kaidah sebagai berikut:

a. Kaidah Autonomy

Bahwa pasien memiliki hak penuh untuk menentukan boleh atau tidaknya akses terhadap informasi kesehatannya. Persetujuan harus diberikan secara jelas, baik secara tertulis maupun melalui mekanisme persetujuan elektronik (electronic consent) dalam sistem. Akses tidak dapat diberikan kepada pasangan maupun pihak ketiga tanpa persetujuan pasien.

b. Kaidah Beneficence

Bahwa informasi hanya dapat diungkapkan kepada pihak yang membutuhkan dalam rangka memberikan manfaat bagi pasien, termasuk untuk kepentingan pelayanan kesehatan, klaim pembiayaan (misalnya asuransi), atau kepentingan lain yang sah sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

c. Kaidah Nonmaleficence

Bahwa informasi tidak diberikan kepada pihak yang tidak berwenang atau yang berpotensi merugikan pasien. Sistem rekam medis elektronik harus mampu membatasi akses melalui pengaturan hak akses (role-based access control) dan memastikan tidak terjadi penyalahgunaan data.

d. Kaidah Justice

Bahwa pelepasan informasi dilakukan secara adil, transparan, dan konsisten kepada seluruh pasien tanpa diskriminasi, serta mengikuti prosedur dan standar operasional yang berlaku dalam sistem elektronik.

a. Pengungkapan informasi kesehatan secara terbatas, yaitu:

1) Untuk kepentingan kesehatan pasien.

2) Untuk memenuhi permintaan aparatur penegak hukum dalam rangka penegakan hukum.

3) Permintaan pasien sendiri.

4) Berdasarkan ketentuan undang-undang.

Selain kaidah-kaidah di atas juga terdapat kaidah umum terkait dengan pemberian informasi Rekam Medis Elektronik (E-RM) pasien yaitu:

a. Setiap informasi yang bersifat medis yang tersimpan dalam sistem Rekam Medis Elektronik tidak boleh disebar luaskan oleh pegawai rumah sakit, kecuali apabila pimpinan rumah sakit mengizinkan sesuai prosedur dan melalui sistem yang terdokumentasi.

b. Rumah sakit tidak boleh dengan sekehendaknya menggunakan data Rekam Medis Elektronik dengan cara yang dapat membahayakan kepentingan pasien, kecuali apabila rumah sakit itu sendiri menggunakannya untuk kepentingan perlindungan hukum atau mewakilinya sesuai ketentuan yang berlaku dan tercatat dalam sistem.

c. Para asisten dan dokter yang bertanggung jawab dapat berkonsultasi dengan bagian rekam medis sehubungan dengan pencatatan dan pengelolaan data rekam medis elektronik pasien yang dirawat melalui sistem yang tersedia.

d. Dokter tidak diperkenankan memberikan resume medis pasien yang dirawat secara langsung kepada perusahaan asuransi atau badan lain. Permintaan resume medis dan surat keterangan medis harus diproses melalui sistem Rekam Medis Elektronik sesuai prosedur permintaan yang berlaku.

e. Informasi Rekam Medis Elektronik hanya boleh dikeluarkan dengan surat kuasa bermaterai yang ditandatangani oleh pasien atau melalui persetujuan elektronik (electronic consent) dalam sistem (walinya jika pasien tersebut secara mental tidak kompeten).

f. Dokter dari luar rumah sakit yang mencari keterangan mengenai pasien melalui data Rekam Medis Elektronik harus memiliki surat kuasa dari pasien, serta melalui mekanisme akses resmi dalam sistem.

g. Ketentuan ini tidak saja berlaku bagi bagian rekam medis, tetapi juga berlaku bagi semua orang yang menangani atau mengakses Rekam Medis Elektronik di bagian perawatan, bangsal-bangsal, dan unit lainnya.

h. Data Rekam Medis Elektronik asli tidak dapat dibawa keluar dari sistem rumah sakit, kecuali dalam bentuk salinan resmi (cetak atau digital) atas permintaan pengadilan dengan surat resmi dan persetujuan pimpinan rumah sakit.

i. Data Rekam Medis Elektronik tidak dapat diambil dari sistem untuk dipindahkan ke bagian lain di luar mekanisme yang ditetapkan, kecuali untuk kepentingan pelayanan dalam kegiatan rumah sakit yang tercatat dalam sistem.

j. Dengan persetujuan pimpinan rumah sakit, pemakaian data Rekam Medis Elektronik untuk keperluan riset diperbolehkan. Bagi pihak yang bukan dari staf medis rumah sakit, apabila ingin melakukan riset harus memperoleh persetujuan tertulis dari pimpinan rumah sakit serta melalui proses pengamanan data dalam sistem.

k. Bila suatu data Rekam Medis Elektronik diminta untuk keperluan pengadilan, segala upaya hendaklah dilakukan agar pengadilan menerima salinan resmi (cetak atau digital). Apabila hakim meminta data asli dalam sistem, maka tanda terima harus dibuat dan proses tersebut harus tercatat dalam sistem (audit trail) sampai data tersebut dikembalikan.

l. Fakta bahwa seorang pemberi kerja telah membayar atau menyetujui untuk membayar biaya rumah sakit bagi pegawainya tidak dapat dijadikan alasan bagi rumah sakit untuk memberikan informasi medis pegawai tersebut tanpa surat kuasa atau persetujuan tertulis/elektronik dari pasien atau walinya yang sah.

m. Pengesahan untuk memberikan informasi hendaklah berisi indikasi mengenai periode-periode perawatan tertentu. Surat kuasa atau persetujuan tersebut, baik tertulis maupun elektronik, hanya berlaku untuk informasi rekam medis dalam jangka waktu atau tanggal yang tercantum di dalamnya.

Di sisi lain, rumah sakit sebagai institusi tempat dilaksanakannya pelayanan medis, memiliki Kode Etik Rumah Sakit (KODERSI) yang di antaranya juga berkaitan dengan Rekam Medis Elektronik (E-RM), yaitu:

a. Pasal 04: Rumah sakit harus memelihara semua catatan/arsip, baik medik maupun nonmedik, dalam bentuk Rekam Medis Elektronik yang tersimpan dalam sistem secara aman, terstruktur, dan dapat diakses sesuai kewenangan.

b. Pasal 09: Rumah sakit harus mengindahkan hak-hak asasi pasien, termasuk hak atas kerahasiaan, keamanan, dan perlindungan data dalam Rekam Medis Elektronik.

c. Pasal 10: Rumah sakit harus memberikan penjelasan mengenai kondisi pasien dan tindakan yang akan dilakukan, yang didokumentasikan dalam Rekam Medis Elektronik sebagai bagian dari informasi pelayanan kesehatan.

d. Pasal 11: Rumah sakit harus meminta persetujuan pasien (informed consent) sebelum melakukan tindakan medik, yang dapat dilakukan secara tertulis maupun melalui persetujuan elektronik (electronic consent) dan terdokumentasi dalam sistem Rekam Medis Elektronik.

25. Penyimpanan Rekam Medis Elektronik (E-RM)

a. Sistem Penyimpanan. Sistem penyimpanan Rekam Medis Elektronik pada prinsipnya terdiri dari sistem terpusat (sentralisasi) dan sistem terdistribusi (desentralisasi). Adapun sistem penyimpanan Rekam Medis Elektronik di RSAU dr. Esnawan Antariksa menggunakan sistem sentralisasi, yaitu penyimpanan data rekam medis pasien dalam satu sistem/database terintegrasi. Yang dimaksud dengan sistem penyimpanan sentralisasi adalah seluruh data rekam medis seorang pasien, baik dari kunjungan poliklinik maupun selama perawatan, tersimpan dalam satu kesatuan data elektronik dalam sistem. Data rekam medis rawat jalan dan rawat inap terintegrasi dalam satu sistem penyimpanan yang sama.

Adapun keuntungan dari pemilihan sistem sentralisasi adalah sebagai berikut:

1) Mengurangi terjadinya duplikasi data dalam pemeliharaan dan penyimpanan rekam medis elektronik maupun non elektronik.

2) Mengurangi penggunaan sumber daya perangkat keras, infrastruktur, dan ruang penyimpanan fisik.
3) Tata kerja dan peraturan mengenai kegiatan pencatatan medis lebih mudah distandarisasikan dalam sistem elektronik.
4) Memungkinkan peningkatan efisiensi kerja petugas dalam pengelolaan data rekam medis elektronik.
5) Memudahkan penerapan sistem unit record dalam bentuk identitas pasien tunggal (unique patient identifier) dalam sistem Rekam Medis Elektronik.

b. Sistem Penjajaran Pada Rekam Medis Manual. Sistem Penjajaran adalah sistem yang mengatur tata cara penyusunan berkas rekam medis didalam rak penyimpanan dengan tujuan agar berkas rekam medis mudah dicari dan diambil kembali.

Sistem Penjajaran yang digunakan oleh Bagian Rekam Medis RSAU dr. Esnawan Antariksa adalah *Terminal Digit Filling System* yaitu Sistem Angka Akhir yang telah dimodifikasi, sehingga berbeda dengan standar yang digunakan.

Cara penggunaan system ini adalah menggunakan 8 digit angka (sebagai mana dalam pembuatan nomor rekam medis), yaitu dikelompokkan menjadi 4 kelompok masing-masing terdiri dari 2 angka.

Angka pertama adalah kelompok 4 angka yang terletak paling kanan atau paling bawah (jika susunan angka vertikal), angka kedua adalah kelompok 2 angka yang terletak paling kiri atau paling atas dan angka ketiga adalah kelompok 2 angka yang terletak ditengah. Perbedaan dengan standar yang digunakan adalah kebalikan pada 2 angka tengah dan 2 angka paling kiri atau paling atas. Susunan tersebut dapat dicontohkan sebagai berikut:

00	01	00
Angka kedua Secondary Digits	Angka ketiga Tertiary Digits	Angka Pertama Primary Digits

Dalam penjajaran dengan system angka akhir (*terminal digit filling sistem*) ada 100 kelompok angka pertama (*primary section*) yaitu 00 sampai dengan 99. Pada waktu menyimpan, petugas harus melihat angka pertama dan membawa rekam medis kedalam rak penyimpanan untuk kelompok angka pertama. Pada kelompok angka pertama, berkas rekam medis disesuaikan urutan letaknya menurut angka kedua, kemudian berkas rekam medis disimpan dan dijajarkan kedalam urutan sesuai dengan kelompok angka ketiga sehingga dalam setiap kelompok penyimpanan nomor pada kelompok angka ketiga (*tertiary digits*), yang selalu berlainan.

Contoh:

00-01-00	01-01-00	02-02-00
00-01-00	01-02-00	99-99-00
00-02-00	01-99-00	00-00-01
00-99-00	02-00-00	00-01-01
01-00-01	02-01-00	02-00-01

Keuntungan dari system penjajaran Angka Akhir atau *Terminal Digit Filling System* adalah:

1) Pertambahan jumlah rekam medis selalu tersebar secara merata ke

100 kelompok (section) di dalam rak penyimpanan. Petugas penyimpanan tidak akan berdesak-desakkan di satu tempat (atau section), dimana rekam medis harus di simpan di dalam rak.

Petugas diserahi tanggung jawab untuk sejumlah section tertentu misalnya ada 4 petugas masing-masing diserahi : section 00-24, section 25-49, section 50-70, section 75-99.

2) Pekerjaan akan terbagi rata mengingat setiap petugas rata-rata mengerjakan jumlah rekam medis yang hamper sama setiap harinya untuk setiap section.

3) Rekam medis yang tidak aktif dapat diambil dari rak penyimpanan dari setiap section, pada saat ditambahnya rekam medis bare dissection tersebut.

4) Jumlah rekam medis untuk setiap section terkontrol dan terhindar dari timbulnya rak kosong.

5) Dengan terkontrolnya jumlah rekam medis, membantu memudahkan perencanaan peralatan penyimpanan (jumlah rak).

6) Kekeliruan penyimpanan (*misfile*) dapat dicegah, karena petugas penyimpanan hanya memperhatikan dua angka saja dalam memasukkan rekam medis kedalam rak, sehingga resiko untuk terjadi kekeliruan dalam membaca angka sangat kecil.

c. Penomoran. Pada deretan berkas rekam medis yang disimpan baik di dalam rak filling maupun di dalam Odner diperlukan suatu cara/metode agar berkas rekam medis mudah diketahui tempat/kelompok penyimpanannya yaitu dengan metode Penomoran, dalam arti memberikan tanda penunjuk yang berupa angka/nomor pada rak-rak atau odner penyimpanan.

Dengan system penjajaran terminal digit memberikan kemudahan dalam memberikan penunjuk rak yaitu dengan menggunakan 2 digit terakhir atau primary digit pada rak atau odner karena primary digit adalah acuan pengelompokan file, sehingga dengan memberikan kode angka primary digit pada setiap rak dan odner akan mempermudah dan mempercepat pekerjaan menyimpan dan menemukan rekam medis.

Contoh penunjuk:

Memberikan kode 2 angka primary digit pada rak dan odner

00 01 02 03 04 05

Yang diletakan pada petunjuk 00 adalah berkas rekam medis dengan nomor sebagai berikut:

00-01-00, diikuti 00-02-00, 00-03-00, 00-04-00, 00-05-00 dan seterusnya.

d. Ketentuan Penyimpanan Berkas Rekam medis. Berdasarkan ketentuan yang telah ditetapkan dalam Permenkes 269/MENKES/PER/11/2008 Bab IV tentang Penyimpanan, Pemusnahan dan Kerahasiaan pada pasal 8 (ayat 1) yang berbunyi: Rekam Medis pasien rawat inap di Rumah Sakit wajib disimpan sekurang- kurangnya untuk jangka waktu 5 (lima) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan. Sedangkan Permenkes nomor 24 tahun 2022 tentang rekam medis pasal 39 terkait jangka penyimpanan data rekam medis eleltronik difasilitas pelayanan kesehatan dilakukan paling singkat 25 (dua puluh lima) tahun sejak kunjungan terakhir pasien.

Dengan adanya ketentuan tersebut maka setelah batas waktu 5 tahun sebagaimana dimaksud ayat 1 dilampaui rekam medis dapat dimusnahkan kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medis sebagaimana ayat 2.

Berkas rekam medis di RSAU dr. Esnawan Antariksa dikatakan In-Aktif apabila tidak ada kunjungan dalam jangka waktu 3 tahun terakhir setelah pasien berobat atau dipulangkan. Berkas rekam medis In-Aktif disimpan selama 2 tahun di ruang penyimpanan in aktif untuk kemudian dimusnahkan.

25. Pemisahan dan pemusnahan rekam medis in-aktif

a. Pemisahan Berkas Rekam Medis In-aktif. Berdasarkan permenkes 269/III/2008 pasal 8 tentang rekam medis pasien rawat inap dirumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 5 (lima) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan. Pemisahan berkas sebagai mana ketentuan di atas, berkas rekam medis yang statusnya In-Aktif memiliki perlakuan tersendiriya itu dengan adanya kebijakan yang berbunyi "Rekam medis disimpan sekurang - kurangnya 3 tahun dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan ". Kegiatan pemisahan berkas Aktif menjadi In-Aktif disebut dengan Pemisahan atau penyusutan berkas rekam medis (retensi) baik untuk berkas rekam medis rawat jalan maupun berkas rekam medis rawat inap.
Namun bila pasien membutuhkan kembali dalam kurun waktu dibawah 5 tahun pemisahan maka akan diaktifkan kembali. Contoh, terakhir berobat pada tahun 2017 berkas dipisahkan tahun 2021, kemudian tahun tahun 2023 berobat kembali maka berkas akan diaktifkan kembali.

Penyusutan rekam medis manual berdasarkan buku Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit Revisi II 2006 Depkes RI adalah suatu kegiatan pengurangan arsip dari rak penyimpanan dengan cara:

1) Memindahkan arsip rekam medis in-aktif dari rak aktif ke rak in-aktif dengan cara memilah pada rak penyimpanan sesuai dengan tahun kunjungan.

2) Memikrofilmisasi berkas rekam medis in-aktif sesuai ketentuan yang berlaku.

3) Memusnahkan berkas rekam medis yang telah di microfilm dengan cara tertentu sesuai ketentuan yang berlaku.

4) Dengan melakukan scaner pada berkas rekam medis.

Salah satu elemen yang diperlukan dalam penyusutan berkas adalah Jadwal Retensi Arsip (JRA). JRA yang digunakan di RSAU dr. Esnawan Antariksa semuanya memiliki ketentuan yang sama yaitu dalam kurun waktu 3 tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan kemudian berkas rekam medis statusnya menjadi berkas rekam medis In-Aktif. Kemudian setelah 2 tahun in-aktif atau terhitung 5 tahun dari tanggal terakhir kunjungan pasien dan 5 tahun setelahnya, maka berkas rekam medis dapat dimusnahkan. Tujuan dari pemisahan dan penyusutan tersebut adalah:

1) Untuk mengurangi kapasitas berkas dari rak penyimpanan berkas rekam medis aktif.

2) Untuk mengakomodir keterbatasan kapasitas rak penyimpanan berkas rekam medis aktif.

3) Untuk memudahkan pencarian berkas rekam medis yang akan dimusnahkan nantinya.

4) Untuk terciptanya system penyimpanan arsip yang efektif dan efisien.

5) Menyelamatkan berkas yang bernilai guna tinggi serta mengurangi berkas rekam medis yang nilai gunanya telah menurun.

Dalam penyelenggaran rekam medis khususnya pada proses penyusutan dan penyimpanan berkas In-Aktif, memiliki ketentuan sebagai berikut:

1) Berkas in aktif adalah berkas yang telah disimpan minimal selama 3 tahun di tempat penyimpanan berkas, terhitung sejak tanggal terakhir pasien tersebut berobat atau dipulangkan.

2) Setelah diketahui berkas In-Aktif, Petugas meretensi berkas yang telah 3 tahun tersimpan dalam file aktif dengan melihat tahun terakhir kunjungan.

3) Berkas yang dikeluarkan dari rak penyimpanan tidak perlu diganti dengan tracer tetapi dicatat dalam catatan retensi berkas rekam medis.

4) Lama penyimpanan berkas di ruang In-Aktif adalah 2 tahun terhitung sejak berkas masuk dalam ruang filling In- Aktif, dengan catatan tidak terdapat transaksi/kunjungan selama berkas diruangan In-Aktif.

Sebagaimana Keputusan Dirjen Pelayanan Medik Nomor : YM.00.03.2.2.1996 pada Tanggal : 27 November 1996 tentang Revisi Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit, dalam buku revisi II tahun 2006 pada Proses Pengolahan Rekam Medis dalam pembahasan mengenai Perencanaan terhadap rekam medis yang tidak aktif (hal.97) menyebutkan "Apabila sudah tidak tersedia lagi tempat penyimpanan rekam medis harus dilaksanakan kegiatan pemilahan berkas rekam medis aktif dan inaktif. Berkas rekam medis yang tidak aktif dapat disimpan di ruangan lain atau microfilm.

Ketentuan di atas menjadi pedoman bagi RSAU dr. Esnawan Antariksa untuk memutuskan perubahan file dari hardfile (berkas rekam medis dalam bentuk lembaran-lembaran kertas) kedalam bentuk softfile yaitu file dengan format PDF/TIFF dengan cara menggunakan alat Scanner. Penggunaan alat scanner jauh lebih mudah dan lebih menghemat biaya dan mengenai kerahasiaan dan autentikasinya dapat dijaga dengan metode password.

Sistem penyimpanan yang digunakan adalah sistem terminal digit filling system yaitu file hasil scan disatukan dalam folder dengan nama 2 angka terakhir atau primary digit. Kemudian data yang telah terkumpul dialih wujudkan dalam bentuk CD/DVD, kemudian CD/DVD disimpan di ruang Rekam Medis.

Pemisahan Berkas Rekam Medis In-aktif Berdasarkan permenkes nomor 24 /Agustus/ 2022 pasal 39 tentang jangka waktu penyimpanan , data rekam medis elektronik difasilitas pelayanan kesehatan dilakukan paling singkat 25 (dua puluh lima) tahun sejak tanggal kunjungan terakhir pasien. Setelah batas waktu tersebut berakhir, data rekam medis elektronik dapat dikecualikan untuk dimusnahkan apabila data tersebut masih akan dipergunakan atau dimanfaatkan.

b. Pemusnahan berkas rekam Medis Inaktif. Pemusnahan berkas rekam medis adalah suatu proses kegiatan penghancuran secara fisik berkas Rekam Medis yang telah berakhir fungsi dan nilai gunanya (setelah melewati masa In- Aktif). Penghancuran harus dilakukan secara total dengan cara mencacah kemudian membubur atau mendaur ulang sehingga tidak dapat dikenali lagi baik isi maupun bentuknya. Ketentuan pemusnahan Rekam Medis adalah sebagai berikut:

1) Dibentuk tim pemusnah arsip dengan surat keputusan Kepala Rumah Sakit yang beranggotakan sekurang-kurangnya dari: Sekretariatan, Bagian Rekam Medis, dan Panitia Rekam Medis.

2) Rekam Medis yang mempunyai nilai guna tertentu tidak dimusnahkah tetapi disimpan dalam jangka waktu tertentu.

3) Membuat pertelaan arsip bagi Rekam Medis aktif yang telah dinilai.

4) Daftar pertelaan arsip Rekam Medis yang akan dimusnahkan oleh tim pemusnah dilaporkan kepada Kepala Rumah Sakit

5) Berita acara pelaksanaan pemusnahan dikirimkan kepada Pemilik Rumah Sakit.

Daftar pertelaan berkas rekam medis menggunakan program pertelaan sebagai mana ketentuan dalam proses penyusutan diatas. Hasil dan report tersebut sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan oleh KemenkesRI.

Tata cara penilaian berkas rekam medis yang telah berakhir fungsi dan nilai gunanya adalah berkas yang telah 5 tahun in aktif. Indikator yang digunakan untuk menilai berkas rekam medis in- aktif adalah frekuensi rekam medis digunakan untuk pendidikan dan penelitian, bernilai guna primer administrasi, hukum,

keuangan dan IPTEK, serta bernilai guna sekunder untuk pembuktian dan sejarah.

26. Penyimpanan, Retensi Dan Pemusnahan Arsip Rekam Medis

a. Penyimpanan Arsip Rekam Medis. Pelaksanaan arsip rekam medis di RSAU dr. Esnawan Antariksa diatur sebagai berikut:

No.	Jenis Dokumen	Lama Penyimpanan Arsip Kertas	Arsip Selama Masa Penyimpanan Pengalihan Ke Media Elektronik Dan Pemusnahan
1	Dokumen rekam medis: 1. Dokumen rekam medis rawat jalan. 2. Dokumen rekam medis rawat inap. 3. Ringkasan penyakit/ resume medis pasien. *4.* Form *Informed consent.*	1. 3-5 tahun 2. 3-5 tahun 3. 10 tahun 4. 10 tahun	a. Point 1 dan 2 : Setelah melampaui maksimal 5 tahun, di scan disimpan dalam bentuk elektronik. Setelah melampaui maksimal 5 tahun , dokumen kertas dimasukkan filling inaktif b. Point 3 dan 4 : dokumen kertas (hardcopi) disimpan selama 10 tahun, namun pada saat melampaui maksimal 5 tahun discan disimpan dalam bentuk elektronik sebagai back up. Dokumen kertas dimasukkan filling in-aktif

2	Dokumen penunjang medis : a. Resep obat. b. Laboratorium: 1) Surat permintaan pemeriksaan 2) Kimia klinik: a) Lap. Umum. b) Lap. Khusus. 3) Mikrobiologi. a) Sr lap.Umum /lap khusus. 4) Hermatologi. a) Sr lap umum / lap khusus. 5) Laporan pemeriksaan sumsum tulang belakang.	1. 3 tahun. 2. Laboratorium. 3. Hermotologi. a. sr 1 tahun b. sr selama nya 30 thn 4. Selamanya (30 tahun)	1. Resep obat: Setelah disimpan lebih dari 3 tahun dapat diajukan pemusnahan ke direksi RSAU dr. Esnawan Antariksa. Rekap obat elektronik disimpan untuk jangka waktu paling sedikit 5 tahun. 2. Surat permintaan dan laporan umum: klaim klinik, mikrobiologi, hermatologi 4 setelah lampaui 1 tahun di *scan* / dialihkan elektronik dan *hardcopy* dapat diajukan pemusnahan ke direksi RSAU dr. Esnawan Antariksa. 3. Laporan khusus: kimia klinik, mikrobiologi, hematologi, laporan pemeriksaan sumsum tulang belakang pemeriksaan radioisotop: disimpan dalam bentuk kertas selama 10 tahun,

			setelah itu discan / dialihkan ke medis elektronik, yang disimpan 30 tahun dan yang kertas dapat diajukan pemusnahan ke kepala RSAU dr Esnawan Antariksa.

3.	Radiologi : a. Surat Pengantar (SP) pemeriksaan. b. Bacaan hasil foto.	a. Surat Pengantar pemeriksaan: 1 tahun. b. Bacaan hasil foto: 5 tahun	a. Surat Pengantar pemeriksaan setelah disimpan 1 tahun dapat diajukan pemusnahan dokumen kepada direksi. Rekap Surat Pengantar pemeriksaan di file komputer tetap disimpan selama 5 tahun. b. Bacaan hasil foto tergabung dalam arsip rekam medis, disimpan sesuai masa aktif arsip rekam medis. Data di komputer tetap disimpan selama 10 tahun.
4.	Keuangan : a. Dokumen pendukung pajak. b. Dokumen pendukung pembukuan.	a dan b masing - masing 10 tahun	Setelah selesai masa penyimpanan 10 tahun dan hasil audit keuangan sudah keluar, maka dapat diajukan pemusnahan ke kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa.
5.	Administrasi : a. Perjanjian kerjasama pelayanan kesehatan jangka waktu tertentu. b. Perjanjian kerjasama pelayanan kesehatan jangka waktu diperpanjang otomatis. c. Perjanjian kerjasama instansi lain. d. Perjanjian jual beli alat medis & non medis. e. Perjanjian dokter mitra. f. Sertifikat tanah. g. Surat masuk ekstern tentang penawaran dan pemberitahuan. h. Surat masuk draft kerjasama. i. Surat masuk dari instansi lain. j. Sertifikat kalibrasi alat & ijin-ijin RS.	a. Sesuai jangka waktu perjanjian. b. Sampai ada pemutusan dari salah satu pihak. c. Sampai ada pemutusan dari salah satu pihak. d. Sesuai masa garasi/after sales servis. e. Sampai tanggal SIP & STR berakhir. f. Selamanya 1 tahun. g. 1 tahun. h. 1 tahun. i. 1 tahun. j. Selama berlakunya	a. Arsip kertas dapat dimusnahkan setelah lewat/berakhirnya masa perjanjian. Arsip digital (scan dokumen) disimpan sampai 10 tahun. b. Arsip kertas disimpan selama kerjasama berlangsung. c. Arsip kertas disimpan dimusnahkan setelah lewat/berakhirnya masa perjanjian. Arsip digital (scan dokumen) disimpan sampai 10 tahun. d. Seusai masa garansi alat, arsip berlaku SIP/STR dr ybs, arsip digital (scan dokumen) disimpan selama 10 tahun. d. Arsip otentik, sehingga harus disimpan selamanya ditempat khusus yang aman. e. setelah itu dapat

			diajukan pemusnahan ke direksi. Arsip digital (scan dokumen) disimpan selama 1 tahun. f. Disimpan selama berlakunya, setelah ijin yang terbaru terbit, arsip digital (scan dokumen) disimpan selama 10 tahun.
6.	Kepegawaian : a. SK karyawan tetap. b. Sertifikat pelatihan karyawan. c. PK WT kontrak organik. d. Perjanjian kerja karyawan KKPS. e. Surat lamaran kerja. f. File mantan karyawan	a. a dan b : disimpan selama karyawan bekerja didalam file karyawan. b. c dan d : paling lama 3 tahun. c. Disimpan 5 tahun sejak terakhir keluar RSAU dr. Esnawan Antariksa.	a. a dan b : arsip kertas disimpan selama menjadi karyawan arsip digital sebagai backup. b. c dan d: arsip kertas dapat diajukan pemusnahan setelah 1 tahun habisnya masa kontrak kerja. c. Tenaga yang dibutuhkan & memenuhi syarat administrasi: paling lam 3 tahun. Yang tidak memenuhi, dapat langsung diajukan pemusnahan. d. Disimpan selama 5 tahun, setelah itu ybs dimusnahkan, arsip digital (scan dokumen) disimpan selama 10 tahun.

b. Penyusutan (Retensi) dan Pemusnahan Rekam Medis.

1) Penyusutan (Retensi). Yang dimaksud dengan penyusutan rekam medis adalah suatu kegiatan pengurangan berkas rekam medis dari rak penyimpanan dengan cara:

a) Memindahkan berkas rekam medis in aktif dari rak file aktif ke rak file in aktif dengan cara memilah pada rak file penyimpanan sesuai dengan tahun kunjungan.

b) Memikrofilmisasi berkas rekam medis in aktif sesuai ketentuan yang berlaku.

c) Memusnahkan berkas rekam medis yang telah dimikrofilm dengan cara tertentu sesuai ketentuan yang berlaku.

d) Dengan melakukan scanner pada berkas Rekam Medis.

2) Tujuan Penyusutan/Retensi Rekam Medis. Adapun tujuannya adalah sebagai berikut:

1) Mengurangi jumlah berkas rekam medis yang semakinbertambah.

2) Menyiapkan fasilitas yang cukup untuk tersedianya tempat penyimpanan berkas rekam medis yang baru.

3) Tetap menjaga kualitas pelayanan dengan mempercepat penyiapan rekam medis jika sewaktu-waktu diperlukan.

4) Menyelamatkan rekam medis yang bernilai guna tinggi serta mengurangi yang tidak bernilai guna/ nilai guna rendah atau menurun.

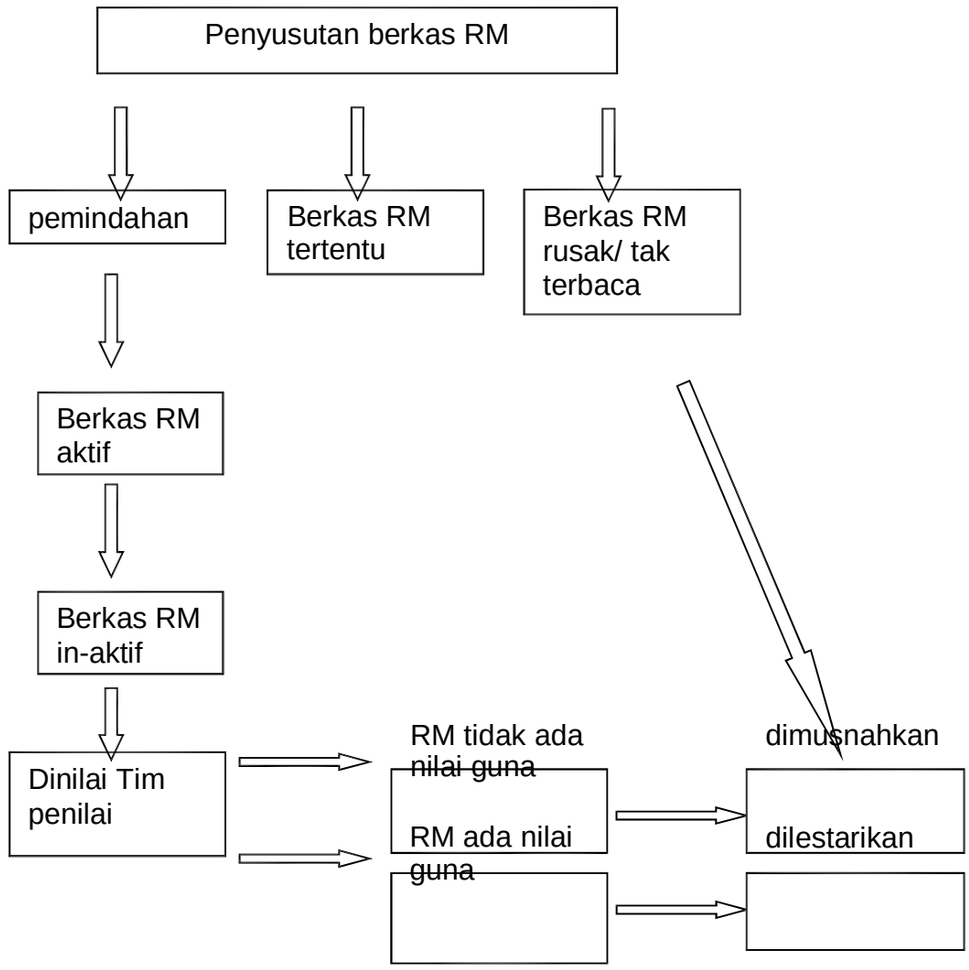
3) Kelompok Retensi Berkas Rekam Medis. Kelompok retensi berkas rekam medis di RSAU dr. Esnawan Antariksa ditetapkan dengan rincian sebagai berikut:

NO	KELOMPOK	AKTIF		INAKTIF		KETERANGAN
		RJ	RI	RJ	RI	
1	UMUM	5 TH	5 TH	3 TH	3 TH	RJ= RAWAT JALAN
2	MATA	5 TH	10 TH	3 TH	3 TH	
3	JIWA	10 TH	5 TH	5 TH	5 TH	
4	ORTHOPEDI	10 TH	10 TH	3 TH	3 TH	RI = RAWAT INAP
5	KUSTA	15 TH	15 TH	3 TH	3 TH	
6	KETERGANTUNGAN OBAT	15 TH	15 TH	3 TH	3 TH	
7	JANTUNG	10 TH	10 TH	3 TH	3 TH	
8	PARU	5 TH	10 TH	3 TH	3 TH	

Keterangan :
Retensi berkas-berkas rekam medis berdasarkan penggolongan penyakit.

4) Tata Cara Penilaian Berkas Rekam Medis. Adapun tata cara penilaian berkas rekam medis yang akan diretensi dapat dilihat pada alur proses berikut ini :

Alur Proses Penilaian Berkas Rekam Medis :



5) Pemindahan Berkas Rekam Medis aktif menjadi in aktif. Pemindahan berkas dilakukan dengan urutan sebagai berikut:

a) Dilihat dari tanggal kunjungan terakhir.

b) Setelah 5 (lima) tahun dari kunjungan terakhir tersebut berkas dipisahkan di ruang lain/terpisah dari berkas rekam medis aktif.

c) Berkas rekam medis in aktif dikelompokkan sesuai dengan tahun terakhir kunjungan.

6) Penilaian Berkas Rekam Medis. Selanjutnya berkas rekam medis yang akan diretensi dilakukan penilaian dengan langkah seperti dibawah ini:

a) Berkas rekam medis yang dinilai adalah berkas rekam medis yang telah 3 tahun in aktif.

b) Indikator yang digunakan untuk menilai berkas in aktif

(1) Seringnya rekam medis digunakan untuk pendidikan dan penelitian.

(2) Nilai guna:

(a) Primer : Administrasi, hukum, keuangan,iptek.

(b) Sekunder : Pembuktian, sejarah.

c) Berkas Rekam Medis Yang Dipilah:

(1) Ringkasan masuk keluar.

(2) Ringkasan pasien pulang

(3) Lembar operasi.

(4) Identifikasi bayi.

(5) Lembar Persetujuan.

(6) Lembar Kematian.

d) Berkas rekam medis tertentu disimpan diruang berkas rekam medis in aktif.

e) Lembar rekam medis sisa dan berkas rekam medis rusak tidak terbaca disiapkan untuk dimusnahkan.

f) Penilai dibentuk dengan surat perintah dari Kepala Rumah Sakit yang beranggotakan Komite Rekam Medis, petugas Rekam Medis Senior, Perawat Senior dan tenaga lain yang terkait.

c. Pemusnahan. Yang dimaksud dengan pemusnahan arsip adalah suatu proses kegiatan penghancuran secara fisik arsip rekam medis yang telah berakhir fungsi dan nilainya. Adapun tata cara pemusnahan berkas rekam medis sebagai berikut:

1) Pembentukan Tim Pemusnah, yang terdiri dari unsure Rekam Medis danTata Usaha dengan Surat Keputusan Kepala Rumah Sakit.

2) Pelaksanaan pemusnahan:

1. Dibakar : Menggunakan incenerator atau;

2. Dicacah lalu dibubur.

3. Pihak Ketiga disaksikan panitia pemusnahan.

3) Panitia Pemusnahan membuat Berita Acara Pemusnahan yang ditandatangani Ketua dan Sekretaris dan diketahui Kepala Rumah Sakit.

4) Berita Acara Pemusnahan Berkas Rekam Medis, yang asli disimpan di Rumah Sakit, lembar ke 2 dikirim kepada pemilik Rumah Sakit (Diskesau).

5) Khusus untuk berkas Rekam Medis yang sudah rusak/tidak terbaca dapat langsung dimusnahkan.

6) Adapun isi dari daftar pertelaan sebagai berikut:

Format Daftar Pertelaan Arsip Rekam Medis In Aktif Yang Akan Dimusnahkan.

No	Nomor Rekam Medis	Tahun	Jangka Waktu Penyimpanan	Diagnosa Akhir
1	2	3	4	5

Sumber : (Depkes, RI. 2006)

LOGISTIK

27. Umum. Prosedur kegiatan Pengadaan di RSAU dr Esnawan antariksa tentang Matkes dan perbaikan Alkes sebagai berikut:

a. Berdasarkan permintaan pengadaan Matkes (Obat dan Bekkes) atau perbaikan Alkes dari pengguna agar ditujukan ke Kajangkes dan selanjutnya Kajangkes meneruskan ke Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa.

b. Permintaan Pengadaan barang Non Matkes (ATK, Mebelair, dll) dari pengguna, agar ditujukan ke Kataud dan selanjutnya Kataud meneruskan ke Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa.

28. Kebutuhan Logistik. Bagian Rekam Medis RSAU dr. Esnawan Antariksa setiap bulan memiliki permintaan rutin berupa alat tulis kantor dan alat rumah tangga. Permintaan bagian rekam medis terbagi dalam barang habis pakai dalam satu bulan serta barang inventaris dalam satu tahun. Berikut table permintaan barang rutin yang dilakukan oleh bagian rekam medis RSAU dr. Esnawan Antariksa, sebagai berikut:

No	Jenis barang			
1	ATK			
	1.	Formulir berkas rekam medis	17	Trigonal
	2.	Kertas SEP	18.	Toner
	3.	Stiker identitas pasien	19.	Tinta Printer
	4.	Gelang tangan Pasien	20.	Penggaris
	5.	Pulpen	21.	Bindek
	6.	Pensil	22.	Stop map
	7.	Pita printer	23.	Materai 10.000
	8.	Kartu berobat	24	Clip Kecil
	9.	Kertas thermal roll	25	Clip Binder Kecil
	10.	Map status	26.	Kertas HVS Folio
	11.	Buku laporan folio	27.	Kertas HVS Kwarto
	12.	Buku Kwarto	28.	Materai 10.000
	13	Spidol permanen		
	14.	Spidol non permanen		
	15.	Baterai A3		
	16.	Baterai A2		

2	Barang Inventaris			
	1.	Komputer	4.	Lemari dokumen
	2.	Printer	5.	Kipas angin
	3.	Kulkas	6.	Papan loket
	7	Dispanser	12	TV display antrian
	8	Meja	13	Pigura struktur organisasi
	9	Kursi	14	Rak penyimpanan (kayu)
	10	Roll opek	15	Finger print pasien
	11	Pesawat telp	16	Finger print petugas RM

KESELAMATAN PASIEN

29. Umum. Ada beberapa hal yang dapat mengancam keselamatan pasien dalam segi medis maupun non medis pada suatu rumah sakit, dalam penggunaan bekas rekam medis yang kurang tepat, cepat guna itu juga dapat mengakibatkan terjadinya kesalahan dalam menentukan tindakan medis, seperti penulisan nama, kode warna, pelepasan informasi, pendistibusian dan kelengkapan berkas rekam medis.

30. Keselamatan Pasien di Unit Rekam Medis RSAU dr. Esnawan Antariksa. Keselamatan pasien dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

a. Penamaan pasien. Penulisan identitas pada berkas rekam medis berdasarkan tanda pengenal yang dimiliki oleh pasien, seperti KTP, KK dan lain-lain, semua itu di lakukan untuk mengurangi kesalahan dalam penulisan identitas pasien yang ada pada berkas rekam medis. Banyaknya pasien yang berobat di rumah sakit serta banyaknya penggunaan nama yang sama sehingga semua itu perlu dilakukan guna menghindari terjadinya tertukarnya berkas rekam medis antara pasien satu dan lainnya.

b. Penyimpanan. Menjaga keamanan dalam penyimpanan data/informasi unsure keakuratan data/informasi dan kemudian akses menjadi tuntutan pihak organisasi pelayanan kesekatan, pada unsure keamanan, privasi, kerahasiaan dan keselamatan harus benar-benar mendapat perhatian. Dalam konsep pelayanan kesehatan dikenal istilah privasi, kerahasiaan dan keamanan.

1) Privasi adalah hak pasien untuk mengontrol kesehatan pribadinya.

2) Kerahasiaan.

3) Keamanan adalah Perlindungan terhadap privasi seseorang dan kerahasian rekam medis,dengan kata lain, keamanan hanya memperbolekan pengguna yang berhak untuk membuka rekam medis. Dalam pengertian lebih luas, keamanan juga termasuk proteksi informasi pelayanan kesehatan dari rusak, hilang atau pengubahan data akibat ulah pihak yang tidak berhak.

4) Fleksibilitas.

c. Keterlambatan Pengiriman. Pada proses pengiriman atau pendistribusian berkas rekam medis juga dapat mengancam keselamatan pasien,itu terjadi karena keterlambatan pengiriman berkas rekam medis sehingga dapat menghambat pelayanan medis yang dilakukan oleh tenaga medis.

d. Kode Warna. Kode warna pada berkas rekam medis digunakan untuk penyakit menular guna mengurangi terjadinya penyebaran/penularan pada pasien yang lain, seperti pasien allergi tidak menggunakan kode warna melainkan ditulis pada sampul depan berkas rekam medis, untuk pasien bayi menggunakan gelang tanggan warna merah muda di gunakan bayi perempuan bayi laki-laki warna biru muda sedangkan untuk ibu di tandai pada berkas rekam medis.

KESELAMATAN KERJA

31. Umum. Potensial di rekam medis dapat mengakibatkan penyakit dan kecelakaan akibat kerja, yaitu disebabkan oleh factor biologis (virus, bakteri dan jamur), factor ergonomi (lingkuan kerja, cara kerja dan posisi kerja yang salah), factor fisik (suhu, cahaya, listrik), factor psikososial (kerja bergilir, beban kerja, hubungan sesame pegawai atau atasan). Bahaya potensial yang dimungkinkan ada di Rekam Medis diantaranya adalah mikrobiologik, desain ruangan, kebakaran dan risiko hukum atau keamanan dan dikelompokan dalam table berikut:

Bahaya fisik	Diantaranya : suhu panas, suhu dingin, bising, pencahayaan.
Bahaya biologi	Diantaranya : Virus (Hepatitis B, Hepatitis C, Influenza), jamur dan parasit.
Bahaya ergonomi	Cara kerja yang salah, diantaranya posisi kerja statis, membungkuk, menarik, mendorong.
Bahaya psikososial	Diantaranya kerja shift, stress beban kerja, hubungan kerja.
Bahaya mekanik	Diantaranya terjepit, tertimpa, tertusuk benda tajam.
Bahaya listrik	Diantaranya sengatan listrik, hubungan arus pendek, kebakaran, petir, listrik statis.
Kecelakaan	Diantaranya kecelakaan benda tajam

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.

c. Peranan dan kualitas manajemen.

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

a. Peralatan tidak memenuhi standar kualitas atau bila sudah aus.

b. Alat-alat produksi tidak disusun secara teratur menurut tahapan proses produksi.

c. Ruang kerja terlalu sempit, ventilasi udara kurang memadai, ruangan terlalu panas atau terlalu dingin.

d. Tidak tersedia alat-alat pengaman.

e. Kurang memperhatikan persyaratan penanggulangan bahaya kebakaran dll.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan di bagian penyimpanan rekam medis:

a. Peraturan keselamatan harus terpampang dengan jelas disetiap bagian penyimpanan.

b. Harus dicegah jangan sampai terjadi, seorang petugas terjatuh ketika mengerjakan penyimpanan pada rak-rak terbuka yang letaknya diatas. Harus tersedia tangga anti tergelincir.

c. Ruang gerak untuk bekerja selebar meja tulis, harus memisahkan rak-rak penyimpanan.

d. Penerangan lampu yang cukup baik, menghindarkan kelelahan penglihatan petugas.

e. Harus tersedia rak-rak penyimpanan yang dapat diangkat dengan mudah atau rak-rak beroda.

f. Perlu diperhatikan pengaturan suhu ruangan, kelembaban, pencegahan debu, dan pencegahan bahaya kebakaran.

32. Keselamatan Kerja di Unit Rekam Medis. RSAU dr. Esnawan Antariksa. Unit Rekam Medis RSAU dr. Esnawan Antariksa telah mempersiapkan penanggulangan/pencegahan kecelakan kerja di rekam medis meliputi sebagai berikut:

a. Ruangan. Tanda khusus dengan pewarnaan kontras atau kode khusus untuk objek penting seperti perlengkapan alat pemadam kebakaran, tangga dll.

b. Kualitas Udara. Yang perlu diperhatikan antara lain:

1) Kontrol terhadap temperature ruang dengan memasang thermometer ruangan.

2) Kontrol terhadap polusi seperti debu.

3) Pemasangan "*Exhaust Fan*" (perlindungan terhadap kelembaban udara).

4) Pemasangan stiker, poster "dilarang merokok".

5) Sistem ventilasi dan pengaturan suhu udara dalam ruangan (lokasi udara yang masuk, ekstraksi udara, filtrasi, pembersihan dan pemeliharaan secara berkala filter AC) minimal setahun sekali, control mikrobiologi serta distribusi udara untuk pencegahan penyakit "*Legionairre Disease*".

6)Kontrol terhadap lingkuan indoor penumpukan barang-barang berkas yang menimbulkan debu, bau,dll.

7) Kontrol terhadap lingkungan outdoor disain dan konstruksi ruangan serta tempat sampah yang memenuhi syarat kesehatan dan keselamtan dll.

8) Perencanaan jendela di ruang penyimpanan sehubungan dengan pergantian udara jika AC mati.

c. Jaringan elektrik dan komunikasi. Hal-hal yang perlu diperhatikan antara lain:

1) Hubungan pendek.

2) Arus berlebih.

3) Kebocoran instalasi.

4) Binatang pengerat yang bias menyebabkan kerusakan sehingga terjadi hubungan pendek.

5) Manusia yang lengah terhadap risiko dan spo.

6) Bencana alam atau buatan manusia.

7) Pengaturan tata letak jaringan instalasi listrik termasuk kabel yang sesuai dengan syarat kesehatan dan keselamatan kerja.

8) Perlindungan terhadap kabel dengan menggunakan pipa pelindung.

PENGENDALIAN MUTU

33. Umum. Prinsip dasar upaya peningkatan mutu pelayanan adalah pemilihan aspek yang akan ditingkatkan dengan menetapkan indikator, criteria serta standar yang digunakan untuk mengukur mutu pelayanan Rumah Sakit.

a. Indikator. Definisi Indikator adalah ukuran atau cara mengukur sehingga menunjukkan suatu indikasi. Indikator merupakan suatu variabel yang digunakan untuk bias melihat perubahan. Indikator yang baik adalah yang sensitive tapi juga spesifik.

b. Kriteria. Yang dimaksud dengan criteria adalah spesifikasi dari indikator.

c. Standar. Dalam pengendalian mutu harus ditetapkan standar yang akan dicapai, dimana harus memerhatikan hal-hal sebagai berikut:

1) Tingkat performance atau keadaan yang dapat diterima oleh seseorang yang berwenang dalam situasi tersebut, atau oleh mereka yang bertanggung jawab untuk mempertahankan tingkat performance atau kondisi tersebut.

2) Suatu norma atau persetujuan mengenai keadaan atau prestasi yang sangat baik.

3) Sesuatu ukuran atau patokan untuk mengukur kuantitas, berat, nilai atau mutu.

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

a. Aspek yang dipilih untuk ditingkatkan. Aspek-aspeknya meliputi:

1) Keprofesian.

2) Efisiensi.

3) Keamanan pasien.

4) Kepuasan pasien.

5) Sarana dan lingkungan fisik.

b. Indikator yang dipilih Ketentuan indicator yang dipilih harus memperhatikan:

1) Indikator lebih diutamakan untuk menilai output daripada input dan proses.

2) Bersifat umum, yaitu lebih baik indicator untuk situasi dan kelompok dari pada untuk perorangan.

3) Dapat digunakan untuk membandingkan antar daerah dan antar Rumah Sakit.

4) Dapat mendorong intervensi sejak tahap awal pada aspek yang dipilih untuk dimonitor.

5) Didasarkan pada data yang ada.

c. Kriteria yang digunakan. Kriteria yang digunakan harus dapat diukur dan dihitung untuk dapat menilai indikator, sehingga dapat sebagai batas yang memisahkan antara mutu baik dan mutu tidak baik.

d. Standar yang digunakan ditetapkan. Dasar yang digunakan antara lain:

1) Acuan dan berbagai sumber.

2) Benchmarking dengan Rumah Sakit yang setara.

3) Berdasarkan trend yang menuju kebaikan

34. Pengendalian Mutu. Pengendalian mutu di Unit Rekam Medis RSAU dr. Esnawan Antariksa dengan memperhatikan Standar Pelayanan Minimal yang telah ditetapkan dijabarkan sebagai berikut:

a. Angka Kelengkapan Rekam Medis Non Elektronik.

Indikator	Angka kelengkapan rekam medis 1x24 jam sejak pasien pulang
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan kesehatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi Operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medis yang diisi lengkap oleh dokter pada berkas dalam waktu < 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk

	pulang, yang meliputi identitas pasien.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Analisa	6 Bulan
Numerator	Jumlah Dokumen yang disurvey dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvey dalam 1 bulan
Sumber Data	Berkas Rekam Medis
Nilai	50%
Penanggung Jawab	Kepala Bagian Rekam Medis
Pengumpulan Data	Kepala Seksi Pendaftaran dan Pengelolaan berkas

b. Angka Kelengkapan Rekam Medis Elektronik

Indikator	Angka kelengkapan rekam medis 1x24 jam sejak pasien pulang yang dapat kita lihat dari simrs (untuk saat ini baru ada kelengkapan pengisian form resume medis).
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan kesehatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik.
Definisi Operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medis yang diinput lengkap oleh dokter pada rekam medis elektronik setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Analisa	6 Bulan
Numerator	Jumlah Rekam Medis Elektronik yang disurvey dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah Rekam Medis Elektronik yang disurvey dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam Medis Elektronik
Nilai	50%

c. Grafik Barber Johnson RSAU dr. Esnawan Antariksa.

Indikator	Grafik Barber Johnson RSAU dr. Esnawan Antariksa
Dimensi mutu	Efisiensi pengelolaan rumah sakit
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pengelolaan rumah sakit
Definisi Operasional	Grafik Barber Johnson adalah suatu grafik yang secara visual dapat menyajikan tingkat efisiensi baik Dilihat dari sudut pandang
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Analisa	1 Bulan
Numerator	Jumlah sisa pasien yang dirawat pada periode tersebut ditambah dengan pasien yang masuk dan pulang pada hari yang sama (Jumlah Hari Perawatan)
Denominator	Jumlah Tempat tidur pasien dikalikan dengan jumlah hari pada periode

Sumber Data	Sensus Harian Rawat Inap
Nilai	75-85 %
Penanggung Jawab	Kepala Bagian Rekam Medis
Pengumpulan Data	Kepala Seksi Pengolahan Data dan Pelaporan

d. Angka ketidaklengkapan pengisian catatan medis

Indikator	Angka ketidaklengkapan pengisian catatan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan kesehatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi Operasional	Catatan medis yang tidak lengkap adalah, catatan medis yang tidak diisi lengkap oleh dokter dalam waktu < 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Analisa	3 Bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvey dalam 1 bulan yang tidakdi isi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvey dalam 1
Sumber Data	Berkas Rekam Medis
Nilai	50 %
PenanggungJawab	Kepala Bagian Rekam Medis
Pengumpulan Data	Kepala Seksi Pendaftaran dan Pengelolaan Berkas/Pelaksana Assembling

e. Angka Kelengkapan Resume Medis

Indikator	Angka kelengkapan Resume Medis
Dimensi mutu	Keamanan dan keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk melengkapi rekam medis pasien secara singkat yang tertuang pada formulir resume medis agar dapat dipergunakan sebagaumana mestinya.
Definisi Operasional	Informed concent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medic yang disurvey yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medic dalam1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medic yang disurvey dalam 1 bulan
Sumber Data	Survey
Nilai	100%
PenanggungJawab	Kepala Bagian Rekam Medis
Pengumpulan Data	Kepala Seksi Pendaftaran dan Pengelolaan Berkas/Pelaksana Assembling

BAB IV
DOKUMENTASI

35. Dokumentasi. Dokumentasi dalam unit rekam medis RSAU dr. Esnawan Antariksa sebagai berikut:

a. Unit kerja yang mengelola rekam medis yang memiliki regulasi dan program untuk mengelola rekam medis sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

b. Laporan pelaksanaan program kerja unit rekam medis.

c. Organisasi yang mengelola rekam medis dipimpin oleh tenaga rekam medis yang memiliki kompetensi dan kewenangan mengelola rekam medis sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

d. Tersedia Denah tempat penyimpanan rekam medis manual yang menjamin keamanan dan kerahasiaan.

e. SPO tentang penetapan tenaga kesehatan yang mempunyai hak akses pada berkas rekam medis.

f. Formulir rekam medis elektronik tersedia pada SIMRS bagi semua professional pemberiasuhan (PPA) sesuai dengan regulasi rumah sakit.

g. SPO Penetapan jangka waktu penyimpanan berkas rekam medis pasien, serta data dan informasi lainnya terkait dengan pasien.

h. Dalam rentang waktu penyimpanan rumah sakit menjamin keamanan dan kerahasiaan rekam medis.

i. Dokumen, data dan informasi dalam bentuk berkas dimusnahkan setelah melampaui periode waktu penyimpanan sesuai peraturan perundangan.

j. Terdapat ketentuan yang ditetapkan untuk mencegah akses penggunaan rekam medis bentuk kertas dan atau elektronik tanpa ijin.

k. Regulasi tentang ketentuan tentang standarisasi kode diagnosis, kode prosedur/ tindakan, simbol yang digunakan, singkatan yang digunakan, dan yang tidak boleh digunakan serta memonitor pelaksanaannya.

l. Berkas rekam medis setiap pasien memiliki rekam medis dengan satu nomor rekam medis sesuai dengan system penomoran, pengaturan urutan berkas rekam medis, rawat jalan, rawat inap, gawat darurat dan pemeriksaan penunjang.

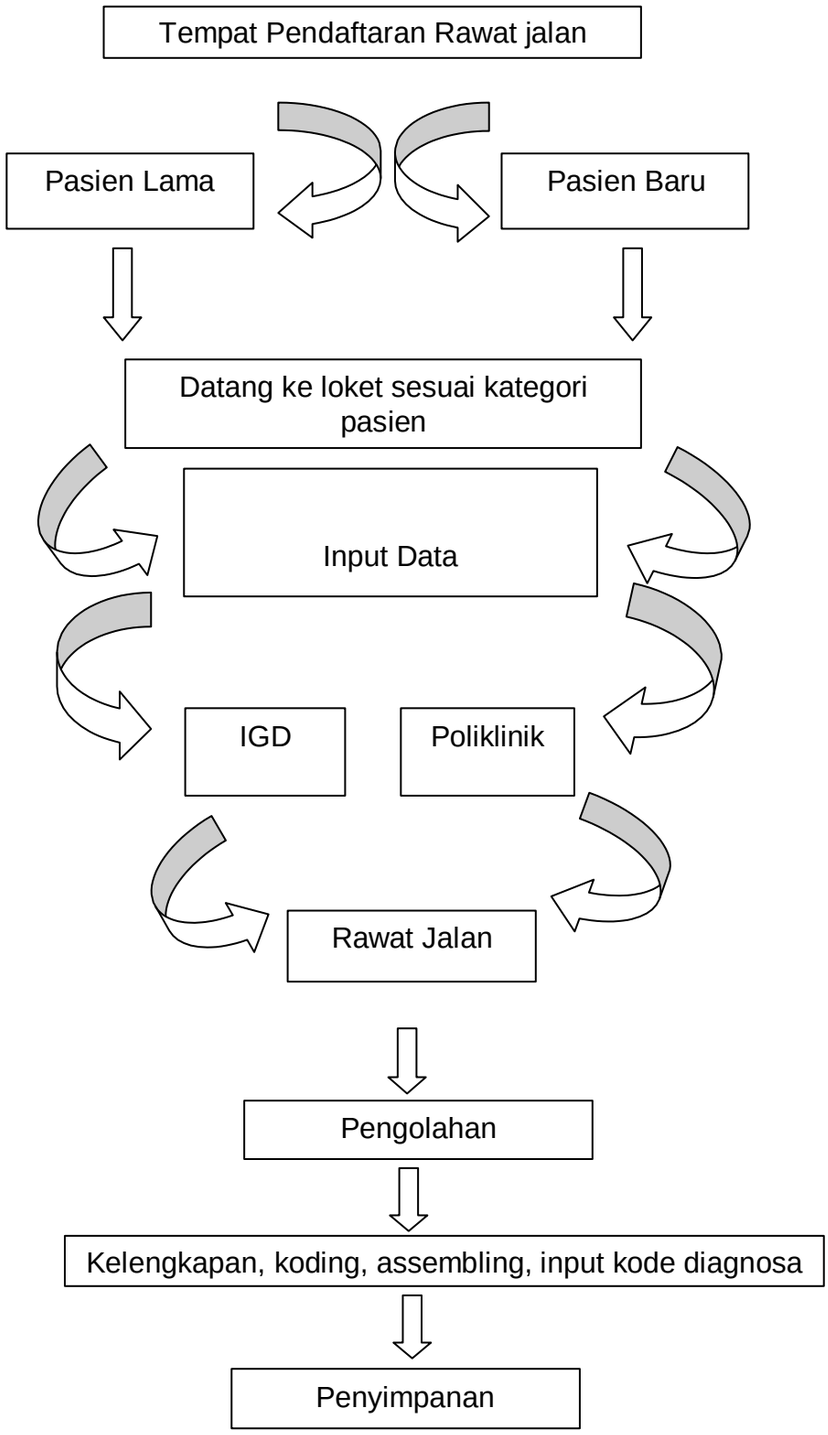
m. Menentukan isi spesifik dari rekam medis elektronik pasien untuk kesinambungan asuhan oleh PPA.

n. SPO Individu yang berwenang mengisi rekam medis memahami cara melakukan koreksi baik secara manual maupun elektronik.

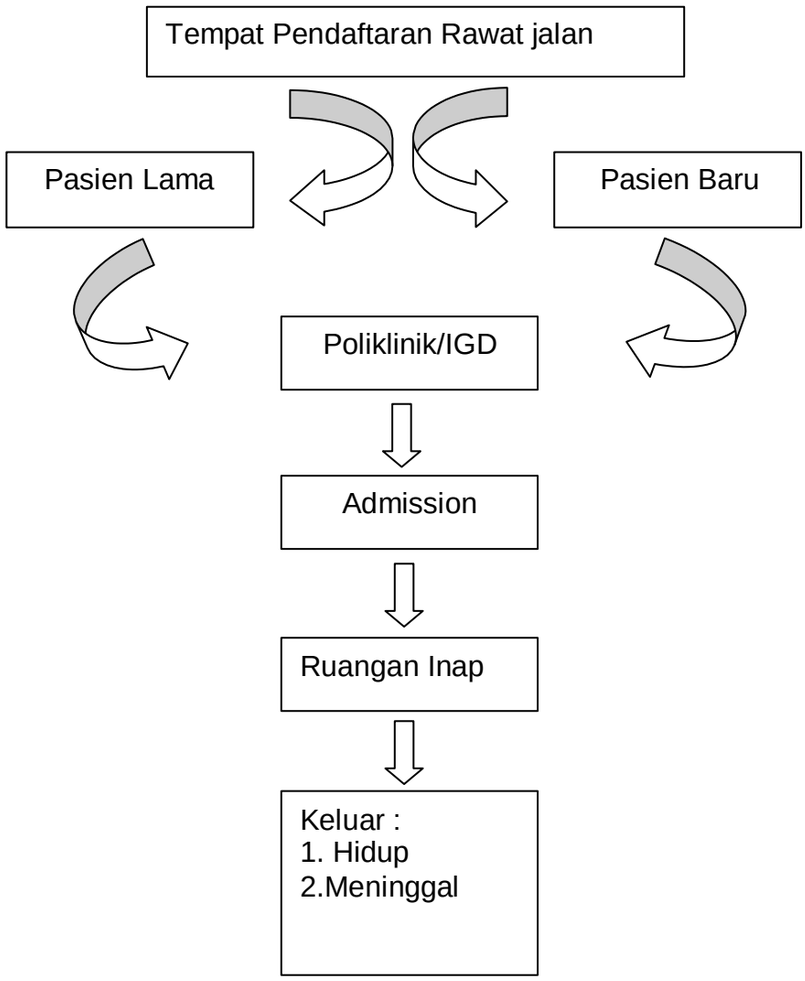
o. Dokumen menyangkut ketentuan mengenai privasi dan kerahasiaan informasi terkait data pasien hak akses terhadap isi rekam medis berdasarkan peraturan perundang-undangan.

BAB V
ALUR REKAM MEDIS

ALUR REKAM MEDIS RAWAT JALAN



ALUR REKAM MEDIS RAWAT INAP



BAB VI
PENUTUP

36. Penutup. Demikian pedoman pelayanan Unit Rekam Medis RSAU dr. Esnawan Antariksa yang disusun berdasarkan kolaborasi antara regulasi nasional, refrensi dan implementasi dilapangan.

37. Pedoman ini dibuat untuk menstandarisasi proses pemberian pelayanan rekam medis dengan harapan terciptanya pelayanan yang bermutu dan berkualitas. Pemberian pelayanan yang berkualitas selain adanya standarisasi tata cara penyelengaraannya juga harus dilakukannya evaluasi secara berkala apakah standar yang telah ditetapkan ini dapat diterapkan secara maksimal atau ketidak patuhan staf terhadap standar yang dilakukan.

Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa

dr. Iman Fathurrohman W., Sp.B., M.Si., MARS
Kolonel Kes NRP 524330