

PEDOMAN

PENYELENGGARAAN

REKAM MEDIK 2019



RSUD H. ABDUL AZIZ MARABAHAN

KABUPATEN BARITO KUALA

PEDOMAN
PENYELENGGAAN REKAM MEDIK 2019
RSUD H. ABDUL AZIZ MARABAHAN



KATA PENGANTAR

Rekam Medik diartikan sebagai “ Keterangan tertulis dan terekam tentang identitas, anamnesa, pemeriksaan fisik, laboratorium, radiologi, diagnosa dan terapi”, yang bertujuan menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan Pelayanan Kesehatan, pemantapan perencanaan dan mendukung aspek medicolegal di Rumah Sakit Umum Daerah H. Abdul Aziz Marabahan.

Isi Rekam Medik merupakan dokumen resmi yang mencatat semua Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Aceh Tamiang dan sangat bermanfaat bagi aspek administrasi, Medik, hukum, keuangan, penelitian, pendidikan, dokumentasi, perencanaan, serta pemanfaatan sumber daya.

Rekam Medik wajib diisi oleh tenaga medis dan paramedis. Agar terciptanya keseragaman dan persamaan pengertian Rekam Medik di RSUD H. Abdul Aziz Marabahan yang sesuai dengan PERMENKES 269/MENKES/PER/III/2008, dan dalam pengelolaan Rekam Medik di Rumah Sakit maka disusunlah Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medik Rumah Sakit Umum Daerah H. Abdul Aziz Marabahan.

Rekam Medik harus berisi informasi lengkap perihal proses Pelayanan Kesehatan terhadap pasien di Rumah Sakit H. Abdul Azizi Marabahan baik di masa yang telah lampau, masa kini, maupun masa yang akan datang, pengisian Rekam Medik menjadi tanggung jawab semua petugas Rumah Sakit H. Abdul Aziz Marabahan dan berdasarkan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku. Jika terjadi kecerobohan dalam pengisian Rekam Medik dapat dituntut dan mengakibatkan sanksi hukum pada Rumah Sakit H. Abdul Aziz Marabahan dan petugas yang bersangkutan, kecerobohan akan membawa kerugian bagi pasien, bagi Rumah Sakit H. Abdul Aziz Marabahan dan bagi yang bersangkutan.

Dalam kesempatan yang baik ini kami mengajak semua pihak yang berada di lingkungan RSUD H. Abdul Aziz Marabahan agar dapat membina dan mengembangkan Rekam Medik, hendaknya selalu mentaati ketentuan-ketentuan dan atau peraturan-peraturan yang berlaku dan telah digariskan dalam buku pedoman ini, dan atau berdasarkan etika hukum profesi. Selanjutnya dengan adanya buku pedoman ini, diharapkan semua pihak dapat memberikan kontribusinya yang optimal dalam meningkatkan Pelayanan di RSUD H. Abdul Aziz Marabahan khususnya dalam pelayanan administrasi rekam medik, sehingga pelayanan terhadap semua pasien di RSUD H. Abdul Aziz Marabahan akan lebih lancar dan baik.

Dan dalam kesempatan ini pula di sampaikan ucapan terima kasih yang setinggi-tingginya kepada Komite Rekam Medik dan Panitia Penyusun Buku Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medik RSUD H. Abdul Aziz Marabahan, semoga apa yang telah disumbangkan akan bermanfaat dan Allah SWT akan selalu melimpahkan Hidayah-NYA.

Penyusunan pedoman ini dirasakan masih jauh dari kesempurnaan sehubungan dengan adanya keterbatasan-keterbatasan, saran yang konstruktif sangatlah diharapkan demi kesempurnaan BPPRM dimasa yang akan datang. Demikian sambutan pada pengantar ini, semoga RSUD H. Abdul Aziz Marabahan mampu memberikan pelayanan yang terbaik berkat penyelenggaraan Rekam Medik yang profesional dan berkualitas.

Marabahan ,23 April 2019

Direktur

RSUD H. Abdul Aziz Marabahan



dr. H. Fathurrahman, M.Sc.Sp.PD
NIP. 19720306 200212 1 008

BAB I

PENDAHULUAN

Dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan Rumah Sakit, penyelenggaraan rekam medis merupakan faktor yang menentukan dan mencerminkan baik atau buruknya pelayanan tersebut. Rekam medis sangat mendukung bukan hanya untuk menyelenggarakan proses instrumen yang penting dalam menangani masalah mediko-legal yang mungkin terjadi di rumah sakit kurang berhasil dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan sebagaimana yang di harapkan.

Rekam medis pada dasarnya merupakan kumpulan informasi dan dokumen medis seorang pasien yang di catat dan direkam oleh tenaga kesehatan di rumah sakit berdasarkan rentetan aktiitas selama pasien mendapatkan pelayanan kesehatan mengunjungi atau dirawat di rumah sakit. Informasi tersebut akan di jadikan dasar di dalam menentukan tindakan lebih lanjut dalam upaya pelayanan kesehatan maupun tindakan medis lain yang di berikan kepada seorang pasien yang datang ke rumah sakit.

Unit Rekam Medik mempunyai tugas melaksanakan penyiapan seluruh sumber daya dan fasilitas rekam medik, melaksakan bimbingan pelaksanaan pelayanan, penyusunan, pengolahan catatan medis, pengkodean, penyimpanan serta pemantauan pelaksanaan rekam medis. Revisi dilakukan dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang rekam medis.

MOTTO

Kesembuhan dan Kepuasan Pasien adalah Kebahagiaan Kami”

VISI

Menjadikan Rumah Sakit Umum Daerah H. Abdul Aziz Marabahan yang Bermutu, Ramah dalam Pelayanan dan Sebagai Rumah Sakit Rujukan”.

MISI

1. Meningkatkan Mutu Pelayanan
2. Meningkatkan Kinerja SDM, Manajemen dan Administrasi
3. Penyediaan Sarana dan Prasarana Kesehatan Sesuai Standar .

TUJUAN

1. Tujuan Umum

Untuk menunjang tercapainya tertib administrasi, dalam rangka upaya peningkatan mutu pelayanan medis kepada pasien secara tepat, cepat, nyaman dan terjangkau.

2. Tujuan Khusus

- a. Terselenggaranya proses kegiatan rekam medis meliputi :
 1. Pencatatan data identitas umum /sosial pasien
 2. Data medis antara lain :
 - Anamnese, pemeriksaan fisik.
 - Hasil pemeriksaan penunjang.
 - Diagnosa.
 - Perjalanan penyakit.
 - Proses pengobatan.
 - Tindakan dan hasil pelayanan medis.
- b. Terbentuknya rekam medis yang berkualitas tinggi secara individual dan kolektif sehingga mampu menghasilkan data-data yang dapat digunakan oleh unsur pengguna meliputi :
 - Aspek medis.
 - Aspek administrasi.
 - Aspek legal (hukum).
 - Aspek finansial.
 - Aspek riset.
 - Aspek edukasi (pendidikan).
 - Aspek dokumen.
- c. Terlaksananya publikasi data berupa informasi dan statistik mutakhir sebagai bahan :
 - Umpan balik bagi semua unsur pelaksanaan terkait.
 - Bahan laporan di rumah sakit
 - Bahan pengambilan keputusan bagi pimpinan disetiap tingkat
 - Bahan pertimbangan bagi setiap perusahaan asuransi dalam pembayaran klaim biaya perawatan/ pengobatan pasien.

A. Pengertian Rekam Medis

Rekam medis menurut permenkes No.269/MENKES/PER/III/2008 adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Catatan rekaman di buat secara akurat, lengkap, jelas dan kronologis bertujuan untuk menegakan diagnosa dan pengobatan serta hasilnya. rekam medis di buat bagi setiap pasien yang memperoleh pelayanan dalam fasilitas kesehatan dan seksi-seksinya. Semua catatan rekaman dan formulir yang di hasilkan dari padanya disatukan dalam satu kesatuan.

B. Kegunaan Rekam Medis

1. Untuk dokter yang merawat
 - a. Sebagai sarana untuk mencatat riwayat hidup pasien, anamesa dan keluarga sebagai keterangan pelengkap di dalam menetapkan diagnosa dan langkah-langkah perawatan pengobatan selanjutnya.
 - b. Untuk bahan penelitian dokter untuk melakukan pemeriksaan yang telah di lakukan terhadap seorang pasien.
 - c. Catatan hasil pemeriksaan penunjang medis : laboratorium, radio diagnosti, ECG, menjamin kebenaran diagnosa dan sebagainya diperlukan oleh dokter dan staf paramedis untuk menegakan diagnosa.
 - d. Dokter mencatat pada rekam medis antara lain juga mengenai hasil tindakan khusus misalnya : biopsi, lumbal fungsi, endoskopi dan sebagainya untuk dasar menentapkan diagnosis yang tepat
 - e. Catatan terapi dan perkembangan perawatan di perlukan oleh dokter untuk mendapat kepastian langkah-langkah yang perlu dihindari/tidak boleh dilakukan dalam rangka melanjutkan perawatan pengobatannya, misalnya dalam hal alergi terhadap suatu makanan/obat rentan terhadap sesuatu obat dan lain-lain.
 - f. Rekam medis yang lengkap dapat membantu penetapan diagnosa secara lebih tepat
 - g. Rekam medis di perlukan jika pasien yang bersangkutan perlu di rawat sebagai pasien rawat inap untuk yang kedua kalinya atau seterusnya dengan penyakit yang sama ataupun berlainan.
 - h. Jika dokter yang merawat pasien diganti, maka dokter pengganti dapat melihat data yang telah/belum dilakukan oleh dokter sebelumnya apabila rekam medis diisi dengan lengkap

- i. Jika pasien yang bersangkutan meminta sesuatu keterangan datanya dapat diambil dari berkas rekam medis
 - j. Jika seorang pasien karena sesuatu hal dipindahkan ke rumah sakit lain, diperlukan surat pengantar, isinya antara lain ringkasan data yang dikutip dari berkas rekam medis yang bersangkutan
2. Untuk perawat yang bersangkutan
- a. Rekam medis dipakai untuk mencatat pelaksanaan pekerjaan yang diinstruksikan oleh dokter yang bersangkutan
 - b. Rekam medis dipakai untuk mencatat pekerjaan perawatan yang telah dilaksanakan misalnya mengukur/ menghitung : suhu, nadi, pernapasan dan sebagainya
 - c. Rekam medis dipakai untuk mencatat keadaan pasien diluar pemeriksaan dokter, misalnya : keluhan, keadaan umum dan sebagainya
 - d. Rekam medis dipakai juga untuk bahan studi/penelitian
3. Untuk rumah sakit
- a. Yang merawat pasien adalah satu tim yang terdiri dari: dokter perawat dan tenaga kesehatan lainnya.
 - b. Rekam medis dapat dipakai untuk bahan analisa kualitatif, kuantitatif, pemeriksaan, pengobatan dan lain-lain.
 - c. Rekam medis merupakan bahan pengajaran bagi para dokter yang menempuh spesialis, mahasiswa kedokteran dan siswa paramedis.
 - d. Merupakan acuan sumber data untuk melakukan medical care evaluation, yang berguna untuk perencanaan, budget dan pengambilan keputusan.
4. Untuk keperluan ilmu pengetahuan, instansi, pengadilan dan asuransi antara lain :
- a. Berkas-berkas Rekam medis merupakan himpunan data setelah diolah akan menghasilkan laporan statistik kesehatan
 - b. Dokter yang melakukan penelitian dapat mengambil datanya dari kumpulan Rekam medis pasien-pasien yang sejenis penyakitnya, misalnya : dalam diskusi kasus kompleks, penyajian kasus membuat kertas kerja atau mengadakan audit medis
 - c. Pasien yang akan mengajukan penggantian biaya (klaim asuransi) untuk dirinya sendiri yang berobat atau dirawat, datanya dapat dilihat dari berkas Rekam medis yang bersangkutan

- d. Sebagai data otentik untuk memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakan hukum atas perintah pengadilan
- e. Kumpulan keterangan-keterangan yang diminta oleh instansi kesehatan diambil Rekam medis yang bersangkutan. Instansi kesehatan menggunakan data tersebut sebagai salah satu bahan untuk membuat perencanaan, penilaian, menentukan kebijakan usaha-usaha kesehatan preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Jadi berkas Rekam medis adalah sangat penting, karena memuat kumpulan keterangan identitas pribadi dan sosial pasien serta data medis pasien merupakan himpunan data yang mempunyai nilai : ajaran, statistik dan bersifat otentik

C. Tujuan Penyelenggaraan Rekam medis

Tujuan penyelenggaraan rekam medis di RSUD H. Abdul Aziz Marabahan adalah : terciptanya rekam medis yang lengkap, benar dan akurat sehingga mempunyai nilai administratif, medis, legal, financial, riset, education, dokumentation. (ALFRED)

D. Landasan Hukum Rekam Medis

- a. Keputusan Menkes No. 031/BIRHUB/1972 semua rumah sakit dengan status regional (wilayah) dan tingkat kelasnya, di haruskan mengerjakan medical recording, reporting dan hospital statistic
- b. Undang-undang No 29 tahun 2004 tentang praktek kedokteran
- c. UU No.44 Th 2009 tentang rumah sakit
- d. Peraturan pemerintah Nomor 10 tahun 1966 tentang wajib simpan rahasia kedokteran
- e. Peraturan pemerintah Nomor 32 tahun 1966 tentang tenaga kesehatan
- f. Peraturan menteri kesehatan republik indonesia No. 269/MENKES/PER/III2008, tentang rekam medis

E. Sifat kerahasiaan rekam medis

Secara umum informasi rekam medis bersifat rahasia. Dikatakan rahasia karena didalam rekam medis memuat dan menjelaskan hubungan yang khusus antara pasien dan dokter yang wajib dilindungi dari pembocoran sesuai dengan kode etik kedokteran dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

- PP No.10 Th 1996 tentang wajib simpan rahasia kedokteran
Didalam permenkes No 269 tahun 2008 BAB IV di jelaskan bahwa :

- Pasal 10 :
 - (1) Informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan pasien harus di jaga kerahasiannya oleh dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan tertentu, petugas pengelola dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan.
 - (2) Informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan dapat dibuka dalam hal :
 - a. Untuk kepentingan kesehatan pasien,
 - b. Memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegak hukum atas perintah pengadilan,
 - c. Permintaan dan / atau persetujuan pasien sendiri,
 - d. Permintaan institusi / lembaga berdasarkan ketentuan perundang-undangan dan
 - e. Untuk kepentingan penelitian, pendidikan dan audit medis, sepanjang tidak menyebutkan identitas pasien.
 - (3) Permintaan rekam medis untuk tujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus dilakukan secara tertulis kepada pimpinan sarana pelayanan kesehatan.
- Pasal 11 :
 - (1) Penjelasan tentang rekam medis hanya boleh dilakukan oleh dokter atau dokter gigi yang merawat pasien dengan izin tertulis pasien atau berdasarkan peraturan perundang-undangan.
 - (2) Pimpinan sarana pelayanan kesehatan dapat menjelaskan isi rekam medis secara tertulis atau langsung kepada pemohon tanpa izin pasien berdasarkan peraturan perundang-undangan.

Bila petugas kesehatan lalai dalam pembocoran rahasia pasien dapat di kenakan sanksi sesuai pasal 322 KUHP yang berbunyi :

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

F. Isi Rekam Medis

1. Untuk pasien rawat jalan termasuk pasien gawat darurat.

Rekam medis memuat informasi pasien antara lain :

- Identitas pasien
 - Tanggal dan waktu
 - Hasil anamnesa mencakup keluhan dan riwayat penyakit
 - Hasil pemeriksaan : fisik dan penunjang medik
 - Diagnosis
 - Rencana penatalaksanaan
 - Pengobatan dan / atau tindakan
 - Pelayanan lain yang diberikan kepada pasien
 - **Untuk kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik**
 - Persetujuan tindakan bila diperlukan
2. Untuk pasien rawat inap
- Rekam medis memuat informasi pasien antara lain :
- Identitas pasien
 - Tanggal masuk dan keluar
 - Hasil anamnesa mencakup keluhan dan riwayat penyakit
 - Hasil pemeriksaan : fisik dan penunjang medik
 - Diagnosis
 - Rencana penatalaksanaan
 - Pengobatan dan / atau tindakan
 - Persetujuan tindakan bila diperlukan
 - Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
 - Ringkasan pulang (discharge summary)
 - Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
 - Pelayanan lain yang di lakukan oleh tenaga kesehatan tertentu
3. Cara pengisian rekam medis
- a. Pengisian rekam medis harus jelas, yaitu dapat di baca oleh tenaga medis, tenaga paramedis keperawatan, tenaga paramedis non keperawatan, tenaga rekam medis dan setiap orang yang berkepentingan
 - b. Pengisian rekam medis harus benar, yaitu sesuai dengan hasil wawancara, hasil pemeriksaan fisik dan hasil pemeriksaan penunjang medis lainnya

- c. Pengisian rekam medis harus lengkap, yaitu sesuai pedoman tertulis atau tata cara pengisiannya
- d. Pengisian rekam medis harus tepat waktu, yaitu sesuai dengan batas waktu yang telah ditentukan, yaitu:
 - 2 x 24 jam : pasien yang sudah pulang dari rawat inap, rekam medis nya harus segera dikembalikan ke unit rekam medis.
 - 14 hari : rekam medis selesai dilengkapi di ruang perawatan dan harus segera di kembalikan ke unit rekam medis
 - 30 hari : semua hasil PA (patologi anatomi) harus sudah selesai dan siap untuk disimpan

G. Tata Cara Penyelenggaraan Rekam Medik

1. Setiap rumah sakit wajib membuat rekam medis sesuai dengan petunjuk teknis dari direktur jendral pelayanan medik.
2. Tenaga yang berhak membuat rekam medis di rumah sakit adalah :
 - a. Dokter umum, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis yang bekerja di RSUD H. Abdul Aziz Marabahan
 - b. Dokter tamu yang sudah bekerja sama dengan RSUD H. Abdul Aziz Marabahan
 - c. Tenaga perawat, non perawat yang terlibat langsung dalam pelayanan kepada pasien (perawat, perawat gigi, bidan, tenaga laboratorium klinik, gizi, anestesi, penata radiologi, rehabilitasi medis dan rekam medis)
3. Kelengkapan isi rekam medis
 - 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 ditandatangani oleh dokter/ tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangannya dan ditulis nama terangnya serta diberi tanggal.
 - c. **Pencatatan yang dibuat oleh residens harus diketahui oleh dokter pembimbingnya**
 - d. Dokter yang merawat dapat memperbaiki kesalahan penulisan dan melakukannya pada saat itu juga serta dibubuhi paraf.
 - e. ***Penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan.***

BAB II

PENOMORAN REKAM MEDIS

A. Pemberian Nomor Rekam Medis

Yang dimaksud dengan pemberian nomor pasien adalah memberi ciri pengenal kepada setiap berkas rekam medis yang akan disimpan menjadi dokumen

B. Tujuan Pemberian Nomor Rekam Medis

1. Memberi ciri pengenal kepada tiap berkas rekam pasien
2. Menunjukkan kemana / dimana rekam medis seorang pasien disimpan
3. Agar berbagai data pasien dapat tersimpan dengan baik dan tidak terjadi duplikasi rekam medis

C. Sistem Pemberian Nomor Rekam Medis

Sistem pemberian nomor rekam medis di gunakan di RSUD H. Abdul Aziz Marabahan adalah sistem nomor langsung. Sistem ini memberikan satu nomor rekam medis kepada setiap pasien rawat jalan, gawat darurat maupun rawat inap pada waktu pertama kali datang berkunjung ke rumah sakit yang berlaku untuk selamanya atau kunjungan berikutnya. Jika pasien tersebut meninggal maka yang bersangkutan tidak dibenarkan dialokasikan kepada pasien baru.

D. Sumber Nomor Rekam Medis

Sumber nomor berasal dari “ Bank Nomor “ yang telah ditentukan dengan nomor yang tertinggi 99 – 99 – 99 (6 digit) dan nomor terendah 00 – 00 – 01. Jadi angka 00 – 00 – 01 sampai 99 – 99 – 99 akan merupakan sumber nomor.

E. Penomoran Pasien IGD

Penomoran pasien gawat darurat adalah sama yaitu menggunakan sistem nomor langsung yang mana satu nomor digunakan untuk satu orang dan berlaku seumur hidup. Apabila pasien tersebut pernah berobat baik rawat jalan ataupun rawat inap akan menggunakan nomor rekam medis yang pernah diberikan sebelumnya. Apabila pasien tersebut pasien baru maka akan diberikan nomor rekam medis baru.

BAB III

PENULISAN NAMA DAN INDEKS PASIEN

A. Penulisan Nama

Dalam penulisan nama yang digunakan adalah nama lengkap pasien yang bersangkutan sesuai identitas resmi (KTP, SIM, KK), didahului perkataan Nn (nona) untuk perempuan berumur > 14 tahun yang belum menikah atau Ny (nyonya) untuk perempuan yang sudah menikah. Kata Tn (tuan) untuk pasien laki-laki dewasa. Kata An (anak) untuk pasien anak-anak 0 – 14 tahun. Untuk pasien yang beragama, dan nama baptis tidak masuk dalam identitas resmi (KTP, SIM) maka baptis ditulis dibelakang setelah tanda koma. Gelar kesarjanaan dan lain-lain ditulis di belakang nama setelah tanda koma.

Contoh : Nn. Khairul

Tn. Kurnia Khaliq

Ny. Faizatur Rajni, dr

Tn. Ali Usman, H

An. Anisya

B. Tujuan Pemberian Identitas Pasien

Untuk memperoleh informasi mengenai jati diri pasien sehingga bermanfaat untuk rumah sakit maupun pasien.

C. Kegunaan Pemberian Identitas Pasien

1. Merupakan informasi yang digunakan untuk memonitor keadaan pasien yang berobat jalan maupun dirawat sampai pasien tersebut keluar rumah sakit yang dirinci menurut jenis pelayanan yang ada
2. Mengetahui tempat tidur yang belum terisi pada masing-masing ruang rawat inap agar memudahkan penempatan pasien yang akan masuk rumah sakit
3. Mengetahui ruangan tempat seorang pasien dirawat
4. Untuk mengetahui jumlah pengunjung baru dan lama yang berobat ke poliklinik rawat jalan
5. Sebagai dasar bahan pembuatan laporan kegiatan rumah sakit.

D. Identifikasi Pasien Dewasa

Identifikasi pasien dewasa dilakukan melalui proses pendaftaran dan pencatatan identitas pasien yang akan dirawat inap, yaitu :

- a. Wawancara dengan mengisi data identitas lengkap pasien pada berkas rekam medis
- b. Pengisian lembar persetujuan rawat inap
- c. Pemberian nomor rekam medis sesuai dengan sistem penomoran Unit numbering system yang berlaku di RSUD H. Abdul Aziz Marabahan

E. Identifikasi Bayi Baru Lahir

Identifikasi bayi baru lahir di RSUD H. Abdul Aziz Marabahan mempunyai catatan atau rekam medis sendiri selayaknya pasien dewasa. Bayi yang baru lahir diidentifikasi dengan :

- a. Pemberian nomor rekam medis melalui proses pendaftaran pasien rawat inap
- b. Pemberian nama bayi baru lahir dengan menggunakan nama ibunya contoh (by ny px)
- c. Pengisian lembar persetujuan rawat inap
- d. Pengambilan sidik kaki bayi kanan dan kiri yang dicantumkan dalam berkas rekam medis bayi RM 13.2 (lembar identifikasi bayi)**
- e. Pemberian gelang label yang dibagi menjadi 2 (dua)
 - 1) Bayi perempuan : warna merah muda
 - 2) Bayi laki-laki : warna biru
- f. Label pada gelang berisi, nama ibu (orang tua perempuan) jenis kelamin (warna lebel), waktu: tanggal, bulan dan tahun kelahiran serta nomor rekam medis
- g. Ibu bayi juga mendapatkan gelang sesuai dengan jenis kelamin bayi yang dilahirkan
- h. Pengambilan sidik ibu jari dari orang tua bayi (ibu)**

F. Identifikasi Pasien IGD

Pemberian identitas pasien igd sama dengan pemberian identitas pasien yang lain yaitu penulisan nama lengkap sesuai identitas resmi (KTP,SIM,KK). Apabila ada pasien yang dituliskan dengan nama Tn / Ny / An / " X" kemudian apabila ada keluarga yang mengetahui identitas nya maka identitas Tn / Ny / An / " X" tersebut dibetulkan sesuai identitas yang diberikan oleh keluarga.

G. Tanggung Jawab Pelaksana

- Petugas Rekam Medik (Bagian Pendaftaran Pasien) bertanggung jawab atas kegiatan registrasi pendaftaran pasien pengisian data identitas harus lengkap benar dan akurat. Sarana dan fasilitas komputer tersedia dengan baik
- Bila seorang pasien berganti identitas (nama, pekerjaan ataupun alamat rumah) maka petugas Rekam Medik harus merubah data tersebut agar selalu menghasilkan data yang up to date dengan berdasarkan data pada lembar pembetulan identitas

H. Kartu Identitas Berobat (KIB)

Pengertian :

Kartu Identitas Berobat (KIB) merupakan kartu identitas pasien yang digunakan untuk memperoleh pelayanan kesehatan, terutama digunakan untuk melakukan penyediaan berkas rekam medis saat melakukan pendaftaran. Kegunaan KIB sebagai alat bantu untuk menemukan berkas rekam medis pasien. Dalam penulisan pada kartu berobat pasien (KIB) terdiri dari : nama pasien, tanggal bulan dan tahun lahir / umur pasien, jenis kelamin, alamat dan nomor rekam medis.

BAB IV

PROSEDUR PENERIMAAN PASIEN

A. KETENTUAN PENDAFTARAN PASIEN RAWAT JALAN

Pendaftaran rawat jalan adalah suatu proses penerimaan pasien rawat jalan untuk pasien baru dan pasien lama yang berkunjung ke RSUD H. Abdul Aziz Marabahan, dilakukan di loket pendaftaran pada unit Rekam Medik RSUD H. Abdul Aziz Marabahan dengan metode sebagai berikut :

1. Pendaftaran pasien baru

Merupakan pasien yang pertama kali datang atau belum pernah berobat ke RSUD H. Abdul Aziz Marabahan baik sebagai pasien rawat jalan maupun rawat inap.

Prosedur Pendaftaran

1. Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (TPPRJ)

- a. Pasien atau keluarga datang ke loket pendaftaran (Ruang Kartu) pada unit Rekam Medik
- b. Petugas Pendaftaran menanyakan keperluan pasien/keluarga pasien. Jika pasien mau berobat ke rumah sakit maka petugas pendaftaran akan menanyakan kepada pasien poliklinik apa yang dituju, serta menanyakan kepada pasien atau keluarga pasien untuk status penjamin / cara bayar (umum, BPJS).
- c. Petugas pendaftaran meminta identitas lengkap pasien seperti (KTP, SIM, KK)
- d. Petugas pendaftaran menginput data pasien tersebut sesuai identitas pasien dan poliklinik yang dituju
- e. Petugas pendaftaran menulis identitas pasien di berkas rekam medis pasien rawat jalan
- f. Petugas pendaftaran membuat kartu berobat pasien (KIB) dan menyerahkannya kepada pasien
- g. Jika cara bayar pasien umum maka pasien atau keluarga pasien akan diberi kwitansi pembayaran ke kasir, dan jika pasien tersebut peserta BPJS/JKN dan akan diarahkan ke bagian BPJS rumah sakit dengan membawa surat rujukan dari Faskes
- h. Setelah semua administrasi selesai baik pasien umum ataupun pasien BPJS/JKN petugas pendaftaran akan mengarahkan agar pasien menunggu didepan poliklinik

yang dituju, dan berkas rekam medis pasien tersebut dibawa oleh petugas pendaftaran ke poliklinik pasien tersebut.

2. Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Inap (TPPRI)

- a. Pasien atau keluarga pasien datang ke tempat pendaftaran rawat inap
- b. Petugas pendaftaran meminta identitas pasien sesuai KTP, SIM dan KK
- c. Petugas menanyakan status penjamin pasien apakah pasien Umum, BPJS, Umum Gratis. Petugas menanyakan untuk klasifikasi kasus penyakitnya (kebidanan, bedah, penyakit dalam, anak) dan klasifikasi ruangan sesuai dengan yang diinginkan dan yang sudah ditentukan
- d. Petugas pendaftaran menginput identitas pasien di komputer
- e. Petugas menyiapkan dan menulis diberkas rekam medis rawat inap serta menyediakan gelang pasien sesuai jenis kelamin
- f. Petugas meminta salah satu keluarga dari pasien untuk membaca dan memahami serta mengisi form persetujuan umum (General Consent) untuk disetujui dan ditandatangani
- g. Petugas menyerahkan berkas rekam medis rawat inap tersebut kepada petugas IGD atau ke ruangan rawat inap pasien yang dituju

2. Pendaftaran pasien lama

Pasien lama adalah pasien yang pernah berkunjung ke RSUD H. Abdul Aziz Marabahan baik rawat jalan maupun rawat inap atau sudah memiliki nomor rekam medis di RSUD H. Abdul Aziz Marabahan.

Prosedur Pendaftaran :

- a. Pasien atau keluarga pasien datang ke loket pendaftaran dan menyerahkan kartu berobat pasien.
- b. Petugas Pendaftaran Rekam Medik menerima kartu berobat pasien dan langsung menyerahkan kepada petugas rekam medis yang bertugas mencari berkas rekam medis pasien pada rak penyimpanan.
- c. Petugas Rekam Medik mencarikan berkas rekam medis lama pasien.
- d. Petugas Pendaftaran Rekam Medik memberikan kartu pasien dan mempersilahkan pasien untuk menunggu di ruang tunggu poliklinik yang dituju.

- e. Petugas Rekam Medik yang bertugas mengantar status segera mengantar berkas rekam medik pasien ke poliklinik yang dituju.

3. Pendaftaran Pasien IGD

Pelayanan gawat darurat di RSUD Aceh Tamiang dibuka selama 24 jam. Pasien yang mengalami kasus darurat harus diberikan pelayanan terlebih dahulu, oleh perawat IGD, sedangkan keluarga diarahkan untuk mendaftarkan di bagian pendaftaran yang ada di IGD. Bagi pasien yang datang ke igd dan baru pertama kali berkunjung ke RSUD Aceh Tamiang, akan didaftar sesuai prosedur pendaftaran pasien baru, sedangkan apabila pasien sudah pernah berobat atau memiliki nomor rekam medik, akan didaftar sesuai prosedur pendaftaran pasien lama.

B. KETENTUAN DAN PROSEDUR PENERIMAAN PASIEN RAWAT INAP

Penerimaan rawat inap adalah proses penerimaan pasien yang akan dirawat inap (opname) melalui poliklinik, IGD, atau rujukan dari Puskesmas, dokter keluarga atau praktek dokter dengan menunjukkan surat pengantar masuk rumah sakit.

Pendaftaran Rawat inap

1. Pasien atau keluarga pasien datang ke loket pendaftaran rawat inap
2. Petugas Pendaftaran Rawat Inap menanyakan keperluan pasien/keluarga pasien.
3. Petugas Pendaftaran Rawat Inap meminta pasien atau keluarga pasien untuk menunjukkan surat pengantar /rujukan dari puskesmas, dokter keluarga atau praktek dokter.
4. Petugas Pendaftaran menanyakan kepada pasien/keluarga pasien mengenai kelas yang diinginkan dan memberitahukan tentang tarif yang berlaku di RSUD Aceh Tamiang.
5. Petugas mempersilahkan pasien/keluarga pasien untuk mengisi formulir persetujuan rawat inap.
6. Petugas Pendaftaran Rawat Inap menanyakan apakah pasien pernah berobat ke RSUD Aceh Tamiang dan sekaligus mengecek data dalam komputer.
7. Petugas Pendaftaran Rawat Inap mendaftarkan pasien sesuai format yang ada dalam menu pendaftaran di komputer, mencetak dan memintakan tanda tangan pada pasien /keluarga pasien.

8. Petugas Pendaftaran Rawat Inap menyiapkan berkas rekam medik minimal, mengantar pasien ke ruang rawat inap dan menyerahkan berkas rekam medik pasien kepada perawat ruang rawat inap

C. KETENTUAN DAN PROSEDUR RAWAT INAP PULANG

Pasien rawat inap pulang adalah pasien yang telah menjalani perawatan/rawat inap di RSUD Aceh Tamiang, dan hasil perawatan pasien membaik atau sembuh sehingga mendapat izin dari dokter yang merawat untuk pulang

Prosedur Rawat Inap Pulang :

1. Setiap pasien rawat inap dan hasil perawatannya membaik atau sembuh akan mendapat izin pulang dari dokter yang merawat.
2. Perawat memberitahukan kepada keluarga pasien bahwa dokter sudah memberikan izin untuk pulang dan menginformasikan untuk mengurus biaya administrasi ke bagian kasir rawat inap jika pasien umum, namun jika pasien ASKES, JKA atau JAMKESMAS cukup dengan melengkapi berkas administrasi yang akan diajukan untuk pengajuan klaim.
3. (Bagi Pasien Umum) Perawat ruang rawat inap menginput rincian biaya pelayanan yang telah dilakukan kepada pasien dan menkonfirmasi kepada kasir rawat inap agar diperiksa rincian biaya pelayanan yang telah diinput untuk kepentingan pembayaran.
4. Perawat menyiapkan semua keperluan antara lain, obat-obat yang terus di minum di rumah, diet, waktu kontrol kedokter, hasil pemeriksaan penunjang, dll kemudian mencatat dilembar Resume pasien keluar.
5. Perawat memberikan penyuluhan kepada pasien dan keluarga mengenai hal-hal yang perlu diperhatikan ketika pasien tiba dirumah baik itu perawatan luka (jika pasien post operasi), aturan minum obat, diet, dan waktu kontrol ke dokter.
6. Perawat Ruang Rawat Inap memberikan lembar Resume pasien keluar dan lembar yang disertakan waktu pasien pulang kepada pasien atau keluarga.
7. Petugas ruang rawat inap mengantar pasien pulang menggunakan kursi roda atau tempat tidur sampai pintu keluar rumah sakit.

D. KETENTUAN DAN PROSEDUR PASIEN KELUAR RUMAH SAKIT

Pasien keluar rumah sakit adalah pasien yang telah menjalani perawatan/rawat inap di RSUD Aceh Tamiang, diizinkan pulang oleh dokter yang merawat dan melunasi seluruh biaya perawatan.

Pasien keluar rumah sakit dibedakan menjadi 2 (dua) yaitu keluar hidup atau keluar meninggal dunia. Ada berbagai cara keluar rumah sakit, meliputi : pasien diizinkan pulang, dirujuk ke rumah sakit lain, pindah kerumah sakit lain, pulang paksa, atau bahkan melarikan diri dari rumah sakit.

Prosedur Pasien Keluar Rumah Sakit :

1. Setiap pasien yang keluar rumah sakit harus sudah melunasi seluruh biaya (Jika pasien umum), melengkapi berkas administrasi (Jika pasien ASKES, JKA atau JAMKESMAS) dan mendapat persetujuan dari dokter yang merawat.
2. (Bagi Pasien Umum) Perawat ruang rawat inap menginput rincian biaya pelayanan yang telah dilakukan kepada pasien dan mengkonfirmasi kepada kasir rawat inap agar diperiksa rincian biaya pelayanan yang telah diinput untuk kepentingan pembayaran.
3. Kasir Rawat Inap menjelaskan rincian biaya kepada penanggung jawab pasien
4. (Bagi pasien umum) Penanggung jawab pasien melunasi seluruh biaya perawatan pasien selama dirawat secara tunai
5. Bila penanggung jawab pasien sudah melunasi seluruh biaya, petugas kasir rawat inap memberikan bukti pelunasan.
6. Perawat memberikan lembaran Resume pasien pulang kepada pasien atau keluarga..
7. Pasien diizinkan untuk meninggalkan rumah sakit.

E. KETENTUAN DAN PROSEDUR PASIEN PULANG PAKSA

Dokter yang merawat pasien wajib memberikan informasi dan penjelasan mengenai alasan mengapa pasien memerlukan perawatan inap dan akibat dari tidak dilakukannya perawatan inap tersebut. Pasien yang karena kondisinya memerlukan perawatan inap dan pasien atau keluarga menolak untuk dilakukan rawat inap harus mengisi lembar penolakan rawat inap dan disimpan jadi satu dengan berkas rekam medik.

Lembar penolakan rawat inap ini tersedia di instalasi gawat darurat dan instalasi rawat jalan.

Pulang paksa adalah suatu istilah atau salah satu cara keluar bagi pasien rawat inap dari RSUD Kabupaten Aceh Tamiang yang meminta pulang meskipun kondisi pasien belum sembuh dan belum mendapatkan izin dari dokter yang merawat. Untuk melindungi dokter yang merawat pasien di RSUD Kabupaten Aceh Tamiang dari tuntutan hukum apabila pasien yang di rawat minta pulang paksa sedangkan kondisinya belum memungkinkan untuk pulang, dan pasien mengalami akibat yang tidak diinginkan, maka sebelum pulang pasien/keluarga harus mengisi lembar pembebasan tanggung jawab RSUD Kabupaten Aceh Tamiang terhadap pasien pulang paksa dan di simpan dalam berkas rekam medik pasien.

Prosedur Pasien Pulang Paksa :

1. Pasien menyampaikan keinginannya untuk pulang paksa kepada perawat ruang rawat inap.
2. Perawat menghubungi dokter yang merawat pasien tersebut dan memberitahukan bahwa pasien minta pulang paksa.
3. Perawat menyiapkan lembar pembebasan tanggung jawab RSUD Aceh Tamiang terhadap pasien pulang paksa.
4. Pasien atau keluarga mengisi lembar pembebasan tanggung jawab RSUD aceh Tamiang terhadap pasien pulang paksa dan menyerahkan kepada perawat.
5. Setiap pasien yang keluar rumah sakit harus sudah melunasi seluruh biaya (Jika pasien umum), melengkapi berkas administrasi (Jika pasien ASKES, JKA atau JAMKESMAS)
8. (Bagi Pasien Umum) Perawat ruang rawat inap menginput rincian biaya pelayanan yang telah dilakukan kepada pasien dan menkonfirmasi kepada kasir rawat inap agar diperiksa rincian biaya pelayanan yang telah diinput untuk kepentingan pembayaran.
9. Kasir Rawat Inap menjelaskan rincian biaya kepada penanggung jawab pasien
10. (Bagi pasien umum) Penanggung jawab pasien melunasi seluruh biaya perawatan pasien selama dirawat secara tunai
11. Bila penanggung jawab pasien sudah melunasi seluruh biaya, petugas kasir rawat inap memberikan bukti pelunasan.
12. Perawat memberikan lembaran Resume pasien pulang kepada pasien atau keluarga..
13. Pasien di izinkan untuk meninggalkan rumah sakit.

BAB V

PENYIMPANAN BERKAS REKAM MEDIK

A. Pengurusan Penyimpanan Berkas Rekam Medik

Pengurusan penyimpanan berkas rekam medik di RSUD Aceh Tamiang yang di terapkan adalah sistem Sentralisasi, dimana berkas rekam medik di simpan secara terpusat, berkas rekam medik rawat jalan dan rawat inap disimpan di satu tempat penyimpanan.

1. Keuntungannya :

- Mengurangi terjadinya duplikasi dalam pemeliharaan dan penyimpanan rekam medik.
- Mengurangi jumlah biaya yang dipergunakan untuk peralatan dan ruangan.
- Tata kerja dan peraturan mengenai kegiatan pencatatan medis mudah di sesuaikan dengan standar yang berlaku.
- Memungkinkan peningkatan efisiensi kerja petugas penyimpanan berkas Rekam Medik.

2. Kekurangannya:

- Petugas menjadi lebih sibuk, karena harus menangani unit rawat jalan dan rawat inap.
- Tempat penerimaan pendaftaran pasien harus bertugas selama 24 jam.

B. Sistem Penyimpanan Berkas Rekam Medik.

Sistem penyimpanan yang diterapkan adalah system angka akhir (Terminal Digit) adalah penyimpanan rekam medik dengan system angka akhir. Disini digunakan nomor dengan 6 angka, yang dikelompokkan menjadi 3 kelompok masing-masing terdiri dari 2 angka. Angka pertama adalah kelompok 2 angka yang terletak paling kanan, angka kedua adalah kelompok 2 angka yang terletak ditengah dan angka ketiga adalah kelompok 2 angka yang terletak paling kiri.

Misalnya :

02	06	26
Angka ketiga	Angka kedua	Angka pertama
(Tertiary Digit)	(Secondary Digit)	(Primary Digit)

Dalam penyimpanan dengan sistem angka akhir (terminal digit filling sistem) ada 100 kelompok angka pertama (primary section) yaitu 00 s/d 99. Pada waktu menyimpan, petugas harus melihat angka pertama dan membawa rekam medik tersebut didaerah rak penyimpanan

untuk kelompok angka-angka pertama yang bersangkutan. Pada kelompok angka pertama ini rekam medik di sesuaikan urutan letaknya menurut angka kedua, kemudian rekam medis disimpan didalam urutan sesuai dengan kelompok angka ketiga, sehingga dalam setiap kelompok penyimpanan nomor-nomor pada kelompok angka ketiga (tertiary digit), yang selalu berlainan.

Keuntungannya :

- Pertambahan jumlah berkas rekam medik selalu tersebar secara merata ke 100 kelompok (section) didalam rak penyimpanan. Petugas-petugas penyimpanan tidak akan terpaksa berdesak-desak di satu tempat dimana berkas rekam medik harus tersimpan di rak.
- Pekerjaan akan terbagi rata
- Rekam medis yang tidak aktif dapat diambil dari tempat penyimpanan.
- Jumlah Rekam Medis untuk tiap-tiap section terkontrol dan bisa di hindarkan timbulnya rak-rak kosong.
- Dengan terkontrolnya jumlah rekam medis, membantu memudahkan perencanaan peralatan penyimpanan (jumlah rak)
- Kekeliruan menyimpan (misfile) dapat dicegah, Karena petugas penyimpanan hanya memperhatikan 2 angka saja memasukkan rekam medis kedalam rak, sehingga jarang terjadi kekeliruan membaca angka.

Kelemahannya

Tidak terdapat kelemahan pada sistem penyimpanan angka akhir (Terminal Digit Filling Sistem) ini.

C. Lembar Pengganti atau Tracer

Berkas rekam medis yang keluar dari tempat penyimpanan kemungkinannya antara lain :

- a. Dikirim ke poliklinik karena pesiennya berobat
- b. Dikirim ke ruang perawatan pasiennya dirawat sebagai pasien rawat inap.
- c. Dipinjam untuk keperluan pembuatan resume, pembuatan surat keterangan, riset dan asuransi, dll

Pada tiap berkas medis yang keluar dari tempat penyimpanan di pasang kartu Tracer sebagai petunjuk untuk mengetahui kemana berkas rekam medis tersebut dikeluarkan dari tempat penyimpanan (ke poli, igd, rawat inap, dll.)

D. Jangka Waktu Penyimpanan Berkas Rekam Medis

Mengingat peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/PER/III/2008, pasal 8 ayat (1) yang berbunyi rekam medis pasien rawat inap dirumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 5 (lima) tahun dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan. Ayat (2) Setelah batas waktu 5 (lima) tahun sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilampaui, rekam medis dapat dimusnahkan, kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik. Lama penyimpanan berkas rekam medis disimpan berkaitan hal-hal yang bersifat khusus dapat ditetapkan oleh rumah sakit itu sendiri.

E. Penyimpanan Rekam Medis Aktif.

Untuk membedakan antara rekam medis aktif dan inaktif dilakukan pemisahan dengan melaksanakan penyusunan/pemilahan serta membedakan setiap kunjungan yang gunanya akan menentukan kapan rekam medis seorang pasien menjadi inaktif. Sesuai yang telah ditetapkan yaitu :

- a. Pasien yang tidak pernah datang berobat lagi selama 5 (lima) tahun berturut-turut maka rekam medisnya dinyatakan in-aktif
- b. Pasien yang sudah meninggal, rekam medis nya dinyatakan in-aktif
- c. Rekam Medis in-aktif harus disimpan dengan baik selama 2 (dua) tahun di rak in-aktif sesuai ketentuan yang berlaku.

Antara rekam medis aktif dan in-aktif disimpan secara terpisah tetapi masih dalam satu lokasi, namun tetap disimpan dengan system angka akhir. Hal ini mengingat file tersebut masih digunakan untuk penelitian dan pendidikan. Sambil menunggu pelaksanaan pemusnahan, maka rekam medis tetap disimpan sesuai ketentuan yang berlaku.

Rekam medis aktif adalah rekam medis yang lama penyimpanannya sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 5 (lima) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat dan memungkinkan rekam medis tersebut dipertahankan.

Rekam medis in-aktif adalah rekam medis yang masa panyimpanannya 2 (dua) tahun setelah masa aktif.

Selain ketentuan rekam medis in-aktif yang disebutkan diatas, ada ketentuan lain yang dikhususkan untuk pasien gangguan jiwa, mata, kusta, pasien anak-anak, pasien ketergantungan obat dan pasien warga asing. Dimana berkas rekam medis untuk pasien-pasien tersebut disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku, yaitu :

No	Rekam Medis Khusus	Aktif		In Aktif	
		R Inap	R Jalan	R Inap	R Jalan
1.	Mata	10 th	5 th	2 th	2 th
2.	Jiwa	5 th	10 th	5 th	5 th
3.	Orthopedi	10 th	5 th	2 th	2 th
4.	Paru	10 th	5 th	2 th	2 th
5.	Ketergantungan Obat	15 th	15 th	2 th	2 th
6.	Kusta	15 th	15 th	2 th	2 th
7.	Anak	24 th	24 th	2 th	2 th

F. PEMUSNAHAN BERKAS REKAM MEDIS

Pengertian :

Pemusnahan berkas rekam medis adalah suatu proses kegiatan penghancuran secara fisik arsip berkas rekam medis yang telah berakhir fungsi dan nilai gunanya. Penghancuran harus dilakukan secara total dengan cara membakar habis, mencacah atau daur ulang sehingga tidak dapat lagi dikenal isi maupun bentuknya.

Ketentuan Pemusnahan Rekam Medis:

- Dibentuk tim pemusnah arsip dengan surat keputusan RS yang beranggotakan sekurang-kurangnya dari : ketua, unit penyelenggaraan rekam medis, unit pelayanan dan komite medis.

- Rekam medis mempunyai nilai guna tertentu tidak dimusnahkan tetapi disimpan dalam jangka waktu tertentu.
- Membuat telaah arsip bagi rekam medis in-aktif yang telah dinilai.
- Daftar telaah arsip rekam medis yang akan dimusnahka, dilaporkan kepada Direktur RSUD Kabupaten Aceh Tamiang.
- Berita acara pelaksanaan pemusnahan dikirim kepada Direktorat Jendral Pelayanan Medik Dep.Kes RI.

Formulir yang diambil sebelum dimusnahkan adalah :

- Ringkasan Masuk dan Keluar
- Catatan Pre Operasi
- Catatan Anastesi
- Laporan Operasi
- Resume

BAB VI

PEMINJAMAN, MENGAMANAN, PEMELIHARAAN BERKAS REKAM MEDIS

A. Peminjaman berkas Rekam Medis

Dilihat dari banyaknya fungsi dan kegunaan rekam medis, sudah barang tentu banyak pula yang berkepentingan untuk menggunakan rekam medis. Yang berhak meminjam rekam medis adalah : pihak yang bertanggung jawab langsung terhadap pasien (dokter, perawat, fisioterapi , dll), petugas rekam medis.

Peminjaman berkas rekam medis dilakukan dengan cara tertulis. Petugas yang menerima buku peminjaman berkas rekam medis harus meminta keterangan lebih lanjut berkas rekam medis yang dipinjamkan. Berkas rekam medis yang keluar dari tempat penyimpanan kemungkinannya antara lain :

1. Dikirim ke poliklinik yang bersangkutan karena pasiennya berobat.
2. Dikirim ke ruangan perawatan karena pasiennya dirawat ulang.
3. Dipinjam untuk keperluan :
 - a. Pembuatan resume
 - b. Surat Keterangan Medis
 - c. Riset/penelitian

Prosedur Peminjaman langsung ke bagian rekam medis dan membawa buku peminjaman secara tertulis. Dalam buku peminjaman tertera :

1. Nama Pasien
2. Nomor Rekam Medis
3. Tanggal peminjaman
4. Nama Peminjam
5. Tanda tangan peminjam
6. Keperluan peminjaman

B. Pengambilan Berkas Rekam Medis dari Rak Penyimpanan.

Pengambilan berkas rekam medis adalah proses pencarian rekam medis pada rak penyimpanan aktif, dan in aktif. Berkas rekam medis yang di simpan pada rak penyimpanan aktif

dan in aktif adalah berdasarkan system nomor akhir (Terminal Digit Filling System) dimana berkas disimpan berdasarkan angka akhir.

Berkas rekam medis yang dikeluarkan dari tempat penyimpanan, harus diganti dengan kartu petunjuk/Tracer.

Prosedur pengambilan berkas rekam medis :

1. Petugas harus mengetahui nomor rekam medis yang akan diambil dan mencatat dikartu petunjuk atau Tracer.
2. Petugas mengambil berkas Rekam medis dari rak penyimpanan sesuai dengan nomor rekam medis yang diminta.
3. Petugas meletakkan kartu petunjuk/tracer pada rak penyimpanan sebagai pengganti berkas yang diambil.
4. Petugas mencatat pada buku peminjaman berkas rekam medis

C. Pemasangan Lembar Penunjuk/tracer

Tiap berkas rekam medis yang keluar dari rak penyimpanan harus segera diganti dengan lembar petunjuk atau tracer. Tiap lembar tracer berisi data informasi tentang tanggal, nomor rekam medis, tanda unit mana yang memerlukan dan tanda tangan petugas yang mengeluarkan.

Cara ini harus dipatuhi dan dilaksanakan oleh setiap petugas rekam medis dalam rangka membina dan ketelitian kerja serta disiplin dalam rangka memudahkan pengawasan terhadap berkas rekam medis yang keluar dari rak penyimpanan.

D. Pengiriman Berkas Rekam Medis

Pengiriman berkas rekam medis merupakan proses penyampaian rekam medis dari unit penyimpanan ke unit pelayanan yang memerlukan kecepatan, ketepatan dan kelengkapan

layanan rekam medis yang merupakan tujuan utama pelayanan. meskipun demikian, petugas rekam medis tidak dapat mengirim satu persatu berkas rekam medis secara rutin pada saat diminta mendadak. untuk itu unit-unit lain yang memerlukan (untuk darurat) harus mengirim petugasnya untuk mengambil sendiri ke unit rekam medis.

Prosedur pengiriman berkas rekam medis :

1. Setelah berkas rekam medis yang akan dipinjam telah ditemukan oleh petugas penyimpanan, kemudian dicocokkan dengan data yang akan dipinjam.
2. Petugas rekam medis mencatat dibuku peminjaman berkas rekam medis (No.RM, nama, umur, alamat, unit yang meminjam, nama dan TTD peminjam dan keperluan peminjaman)
3. Petugas rekam medis memberitahukan melalui computer kepada unit yang akan meminjam bahwa rekam medis yang diperlukan sudah siap/ada dan meminta untuk mengambil.
4. Petugas rekam medis meminta kepada petugas yang mengambil berkas rekam medis untuk memberikan tanda tangan pada buku peminjaman unit rekam medis.
5. Petugas rekam medis juga memberikan tanda tangan pada buku peminjaman dari unit yang dibawa oleh peminjam.

F. Pengembalian Berkas Rekam Medik

Berkas rekam medis yang sudah selesai dipinjam harus dikembalikan tepat waktu dan dalam keadaan baik serta lengkap, seperti saat dipinjam. batas waktu peminjaman adalah 1(satu) hari untuk kepentingan kontrol ke poliklinik/rawat jalan., dan 5 (lima) hari untuk kepentingan rawat inap ulang (her opname). hal ini bertujuan untuk mencegah terjadinya kehilangan atau kerusakan dokumen rekam medis.

Prosedur pengembalian berkas rekam medis :

1. Peminjam mengembalikan berkas rekam medis dengan membawa buku peminjaman rekam medis milik unit tersebut ke unit rekam medis.

2. Petugas yang menerima, mencocokkan data dengan buku peminjaman rekam medis, mencatat tanggal kembali, nama dan meminta tanda tangan petugas yang mengembalikan.
3. Petugas rekam medis memberikan tanda tangan petugas yang menerima pada buku peminjaman rekam medis dan pada buku peminjaman unit tersebut.
4. Petugas rekam medis menyimpan dan mengembalikan berkas rekam medis ke dalam rak penyimpanan dan mengambil kartu out guide.

G. Peraturan dan tata tertib dalam pengamanan berkas rekam medis

1. Hanya petugas rekam medis yang dibenarkan menangani berkas rekam medis, dokter, staf rumah sakit, pegawai dari unit lain tidak diperbolehkan mengambil berkas rekam medis dari rak penyimpanan.
2. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi rekam medis untuk badan-badan atau perorangan, kecuali yang telah ditentukan oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku.
3. Selama pasien dirawat, berkas rekam medis menjadi tanggung jawab perawat ruangan dan menjaga kerahasiaannya.
4. Tidak diperkenankan membawa berkas rekam medis keluar dari rumah sakit.
5. Petugas rekam medis harus menjaga agar berkas rekam medis tersimpan rapi dan tertata dengan baik serta aman.
6. Pengembalian berkas rekam medis pasien pulang rawat inap paling lambat 2x24 jam setelah pasien keluar dari RSUD kabupaten Aceh Tamiang
7. Petugas rekam medis tidak boleh memberikan informasi kepada siapapun tentang data pasien
8. Semua petugas kesehatan yang terkait turut melaksanakan peraturan prosedur pengisian berkas rekam medis yang keseluruhannya dilakukan untuk menjaga agar berkas rekam medis dapat memberikan perlindungan bagi rumah sakit, petugas kesehatan maupun pasien.

H. Pemeliharaan Berkas Rekam Medik

Untuk melindungi agar berkas rekam medis tetap rapi terawat dengan baik maka berkas rekam medis harus diberi sampul pelindung. Berkas rekam medis yang sampul pelindungnya rusak atau lembarannya lepas harus segera diperbaiki, untuk mencegah makin rusak atau

hilangnya lembaran-lembaran yang diperlukan .pengamatan terhadap penyimpanan harus dilakukan secara periodik, untuk menemukan atau mengetahui salah simpan dan melihat kartu petunjuk/out guide yang berkas rekam medisnya belum dikembalikan. Selain itu petugas rekam medis juga harus memelihara kerapian dan teraturnya rak-rak penyimpanan berkas rekam medis. Berkas rekam medis yang masih dalam proses atau digunakan oleh petugas rekam medis yang lain harus diletakkan diatas meja atau rak khusus dalam proses.

BAB VII

PENCATATAN DAN PENGISIAN REKAM MEDIS

A. Pencatatan Rekam Medis

Segala hal yang dicatat di rekam medis harus dibubuhi paraf/tanda tangan dokter /tenaga kesehatan lainnya sesuai kewenangannya serta diberi nama jelas dan tanggal. Dokter yang merawat dapat memperbaiki kesalahan pada berkas rekam medis pada hari itu juga dengan mencoret data yang salah dan mengganti dengan yang benar (tidak boleh di tipp ex/stipo) serta dibubuhi paraf dan tanggal. Tidak diperkenankan menghapus data rekam medis dengan cara apapun juga, karena akan meragukan keotentikan (keaslian) data.pencatatan harus ditulis dengan jelas dan mudah terbaca, karena apabila penulisan tidak jelas dapat mengakibatkan salah pengertian.

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pencatatan :

1. Mencatat secara tepat waktu
2. Up to date (Tebaru atau terkini)
3. Cermat dan lengkap
4. Dapat dipercaya dan menurut kenyataan
5. Berkaitan dengan perihal/pokok permasalahan
6. Bersifat obyektif sehingga berkesan jelas
7. Tidak menggunakan singkatan-singkatan atau istilah lain yang tidak dimengerti oleh pihaklain sehingga tidak berlaku di lingkungan rumah sakit.

B. Penulisan Simbol,Singkatan dan Tanda Khusus

Penulisan symbol,singkatan medis ,dan tanda khusus diberikan sesuai singkatan-singkatan dan symbol yang telah disahkan oleh panitia rekam medis Rumah Sakit Umum daerah Aceh tamiang. **Symbol adalah** tanda tanda yang dicantumkan pada dokumen rekam medis yang berisi mengenai keadaan pasien maupun tindakan yang diberikan kepada pasien.

Singkatan adalah singkatan istilah-istilah medis yang sudah dikenal dan dianut yang diisi oleh petugas pemberi layanan di RSUD H.Abdul Aziz Marabahan

Tanda khusus adalah tanda-tanda khusus atau alergi yang harus dicantumkan pada sampul luar berkas rekam medis yang merupakan peringatan bagi pemberi pelayanan medis.

Singkatan dan symbol yang digunakan di RSUDH.Abdul Aziz Marabahan

DX/Singkatan	ARTINYA
HHD	Haemorrhagic Heart Disease
PPOK	Pulmonal Perforasi Kardiak
MCI	Miokard cyst Infarktion
OMA	Otitis media Akut
HI	Head Injury
DBD	Demam berdarah Deangue
PN	Partus Normal
Letsu	Letak sungsang
PJR	Penyakit Jantung Rematik
PJK	Penyakit Jantung Koroner
HT	Hipertensi
DM	Diabetes Melitus
GE	Gastroenteritis
fam	Folicle adenoma malignan
NCB-SMK	Neonatal case born ????
BBLR	Berat Badan Lahir Rendah
OMS	Otitis Media Sekunder
CKR	Cedera Kepala Ringan
APP	Appendicitis
PAPS	Pulang Atas Permintaan Sendiri
PBJ	Pulang Berobat Jjalan
CKS	Cedera Kepala Sedang
PEB	Pre Eklampsi Berat
CPD	Cephalo Pelvic Disproportion
KPD	Ketuban Pecah Dini
PPM	Placenta Previa Marginalis

C. Ringkasan Selama Dirawat (Resume)

Ringkasan selama dirawat/Resume adalah penjelasan singkat mengenai informasi penting tentang penyakit ,pemeriksaan yang dilakukan,dan pengobatan yang telah diberikan

kepada seorang pasien. Resume seorang pasien yang rawat inap harus dibuat dengan segera setelah pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter yang merawat. Bila pasien meninggal dokter juga mengisi lembar surat kematian yang langsung diberikan kepada keluarga pasien. apabila pada saat pasien meninggal, sedangkan dokter yang merawat tidak berada ditempat, maka lembar surat kematian disisikan oleh dokter jaga poliklinik atau IGD. Resume dibuat diruang perawatan oleh dokter yang merawat.

1. Prosedur :

- Setelah pasien dinyatakan boleh pulang, dokter segera membuat resume dilembar Resume dokter (RM 8.1)
- Jika pasien meninggal langsung dibuatkan surat keterangan kematian yang akan diberikan kepada keluarga pasien.
- Berkas rekam medis segera dikembalikan kebagian rekam medis selambat-lambatnya 2x24 jam

2. Proses :

- Resume dibuat oleh masing-masing dokter yang merawat pada waktu pasien keluar/pulang
- Bentuk resume disesuaikan dengan keperluan dan minimal memuat :
 - Keluhan utama
 - Riwayat penyakit, lama perjalanan penyakit, pengobatan terdahulu
 - Pemeriksaan fisik
 - Pemeriksaan penunjang, laboratorium (yang positif), radiologi, lain-lain (USG/ECG, PA)
 - Konsultasi
 - Diagnose akhir : (DX primer, DX komplikasi, Dx Sekunder)
 - Pengobatan /Tindakan
 - Prognosis
 - Keadaan keluar RS
 - Tindak Lanjut/Rujukan

D. Riwayat Penyakit Pasien

Riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik harus diisi oleh dokter yang merawat pada saat dilakukan pemeriksaan pertama kali/visite

Pemeriksaan meliputi hal-hal Sebagai Berikut:

- A. Keluhan Utama
- B. Anamnese
- C. Kepala dan leher
- D. Thorax
- E. Cor
- F. Pulmo
- G. Abdomen
- H. Extremities
- I. Status lokasi
- J. Diagnosa

E. Catatan Instruksi Dokter untuk pengobatan (RM 5)

Semua instruksi dokter wajib ditulis pada lembar catatan perawatan /RM. 5.instruksi ini harus dijalankan oleh perawat terhadap pasien, termasuk instruksi dokter melaalui telepon. Dokter menuliskan instruksi pada kolom yang tersedia,memuat tentang tanggal, instruksi dokter, nama dan tanda tangan dokter pemberi instruksi.apabila instruksi dokter melalui telepon, maka instruksi tersebut harus ditulis oleh perawat yang menerima instruksi melalui telepon, dan keesokan harinya dimintakan tanda tangan kepada dokter yang memberikan instruksi/terapi untuk memenuhi fungsi legalitasnya.

F. Laporan Anestesi,Operasi,Tindakan Lain (RM 10.1,RM 10)

Pencatatan Anestesi dilakukan oleh dokter anethesi atau perawat anestesi dimulai dengan mengisi berkas rekam medis Catatan Anestesi (RM 10.1).pencatatan anesthesia ini harus lengkap mulai dari dilakukan anestesi sampai dengan anesthesia selesai. Yang dimaksud dengan anestesi selesai adalah pada saat semua peralatan anesthesia dihentikan.

Pencatatan laporan operasi dilakukan oleh dokter /operator yang melakukan operasi atau tindakan. Pencatatan laporan operasi dilakukan dengan cara mengisi berkas rekam medis laporan anestesi(RM 10).Pencatatan lembar operasi ini harus lengkap sesuai format yang tersedia.

G. Penulisan Diagnosa

Setiap pasien yang telah mendapat pelayanan kesehatan di unit rawat inap RSUD Aceh Tamiang,dan mendapat izin dari dokter yang merawat untuk pulang, harus di tuliskan diagnosa

keluarnya. Diagnosa keluar harus ditulis secara lengkap disertai diagnosa penyulit dan penyertanya serta dibuat sesuai kode klasifikasi internasional(ICD) revisi X (sepuluh), paling lambat dalam waktu 1X24 jam setelah pasien diizinkan keluar dari rumah sakit. Yang termasuk diagnosa keluar, adalah diagnose utama, diagnosa komplikasi, diagnosa sekunder, operasi dan tindakan , sebab kematian dan otopsi bila dilakukan.

- Diagnosa utama : diisi dengan diagnose penyakit yang paling dominan yang menyebabkan pasien harus dirawat dirumah sakit.
- Diagnosa komplikasi : adalah kondisi/penyulit yang timbul akibat penyakit utama yang ada .
- Diaganosa sekunder : adalah penyakit-penyakit lain yang mungkin dijumpai.
- Operasi : diisi nama operasi dan tanggal pelaksanaannya
- Sebab kematian : diisi jika pasien meninggal dalam perawatan dirumah sakit. Merupakan kondisi yang langsung menyebabkan kematian pasien, bukan diagnose penyakit atau cara pasien meninggal dunia. Misal pada kasus dehidrasi berat karena diare akut, maka kondisi yang langsung menyebabkan kematian adalah irreversible shock. Kondisi tersebut disebabkan dehidrasi berat akibat penyakit gastro enteritis akut.
- Otopsi : diisi dengan tanda negatif (-) karena RSUD H.Abdul Aziz Marabahan tidak di lakukan ,karena tidak ada nya tenaga ahli /dr.Forensik

H. Dokter Penanggung jawab Pelayanan (DPJP)

Setiap pasien yang dirawat di RSUD H.Abdul Aziz Marabahan pasti ditentukan dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP). Dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) wajib memberikan penjelasan tentang penyakit pasien dan /keluarganya diberikan dalam bentuk penjelasan secara lisan dan kemudian DPJP mencatat dalam berkas rekam medis dengan menanda tangani lembar pendidikan kepada pasien tentang kewajibannya.pasien /keluarga yang telah mendapat penjelasan juga ikut memberikan tanda tangan. Hal-hal berikut ini , tentang kewajiban pasien terhadap rumah sakit, yang sudah diterangkan oleh DPJP :

- A. Memberikan informasi yang benar, jeklas dan jujur tentang riwayat penyakit
- B. Mengetahui kewajibannya dan tanggung jawab pasien dan keluarga
- C. Mengajukan pertanyaan untuk hal taidak dimengeti tantang segala sesuatu yang berhubungan dengan penyakitnya.
- D. Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan

- E. Mamahami instruksi dan menghormati peraturan rumah sakit
- F. Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa
- G. Memenuhi kewajiban finansial yang berlaku dirumah sakit dan disepakati

I. INFORMED CONCENT

1. KETENTUAN UMUM

1. Bahwa masalah kesehatan seseorang (Pasien) adalah tanggung jawab seseorang (Pasien)itu sendiri. Dengan demikian, sepanjang keadaan tersebut tidak sampai mengganggu orang lain, maka keputusan untuk mengobati atau tidaknya masalah kesehatan yang dimaksud, sepenuhnya terpulang dan menjadi tanggung jawab yang bersangkutan.
2. Bahwa tindakan kedokteran yang dilakukan oleh dokter untuk meningkatkan atau memulihkan kesehatan seseorang(pasien) hanya merupakan suatu upaya yang tidak wajib diterima oleh seseorang (pasien)yang bersangkutan.Karena sesungguhnya dalam pelayanan kedokteran, tidak seorang pun dapat memastikan hasil akhir dari diselenggarakannya pelayanan kedokteran tersebut(uncertain, result),dan karena itu tidak etik sifatnya jika penerimaannya dipaksakan.
Jika seseorang karena satu dan lain hal, tidak dapat dan atau tidak tersedia tindakan kedokteran yang ditawarkan ,maka sepanjang penolakan tersebut tidak sampai membahayakan orang lain,harus dihormati.
3. Bahwa hasil dari tindakan kedokteran akan lebih berdayaguna dan berhasilguna apabila terjalin kerja sama yang baik antara dokter dengan pasien, karena dokter dan pasien akan dapat saling mengisi dan melengkapi.Dalam rangka menjalin kerja sama yang baik ini perlu diadakan ketentuan yang mengatur tentang perjanjian antara dokter dan pasien. Pasien menyetujui (consent),atau menolak, hak pribadinya dilanggar setelah dia mendapat informasi dari dokter terhadap hal-hal yang akan dilakukan dokter sehubungan dengan pelayanan kedokteran yang akan diberikan kepadanya.
4. Informed Consent terdiri dari kata informed yang berarti telah mendapat informasi dan consent berarti persetujuan (ijin), Yang dimaksud dengan informed consert dalam profesi kedokteran adalah pernyataan setuju (consent) atau ijin dari seseorang (pasien) yang diberikan dengan bebas,rasional, tanpa paksaan (voluntary) tentang tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadapnya sesudah mendapatkan informasi cukup tentang tindakan kedokteran yang dimaksud.

5. Bahwa, untuk mengatur keserasian, keharmonisan dan kertertiban hubungan dokter dan pasien melalui pemberian informed consent harus ada pedoman sebagai acuan bagi pemilik dan pengelola rumah sakit.

2. DASAR INFORMED CONSENT

Sebagai dasar dikeluarkannya edaran ini adalah ketentuan dalam bidang kesehatan terutama yang menyangkut Informed Consent, yaitu:

- a. Undang-undang Nomor 32 Tahun 1992 Tentang Kesehatan.
- b. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 Tentang Tenaga Kesehatan.
- c. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor : 159b/Menkes/SK/Per/II/1988 tentang Rumah Sakit
- d. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor : 749a/Menkes/Per/IX/1989 tentang Rekam Medik/Medical Record.
- e. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor : 585/Menkes /Per/IX/1989 tentang persetujuan Tindakan Medis.
- f. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 436/Menkes/SK/VI/1993 tentang berlakunya Standar Pelayanan Rumah Sakit dan Standar Pelayanan Medis di Rumah Sakit.

3. TUJUAN

Pedoman ini bertujuan agar dijadikan acuan bagi RSUD H.Abdul Aziz Marabahan dalam melaksanakan ketentuan tentang informed consent.

4. PENGERTIAN

1. Persetujuan Tindakan Medik (Informed consent) adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarganya atas dasar informasi dan penjelasan mengenai tindakan yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
2. Tindakan Medik adalah tindakan yang bersifat diagnostic teraupetik yang dilakukan terhadap pasien.
3. Tindakan invasif adalah tindakan medik langsung yang dapat mempengaruhi keutuhan jaringan tubuh
4. Pasien adalah penerima jasa pelayanan kesehatan di rumah sakit, baik dalam keadaan sehat maupun sakit

5. Dokter adalah dokter umum/dokter spesialis dan dokter gigi/dokter gigi spesialis yang bekerja di rumah sakit
6. Orang tua adalah ayah dan ibu
7. Ayah :
 - ayah kandung
 - termasuk “ayah” adalah ayah angkat yang ditetapkan berdasarkan hukum adat
8. Ibu :
 - Ibu kandung
 - termasuk “ibu” adalah ibu angkat yang ditetapkan berdasarkan hukum adat
9. Suami :
 - seorang laki-laki yang dalam ikatan perkawinan dengan seorang perempuan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku
 - Apabila yang bersangkutan mempunyai lebih dari satu istri,persetujuan/penolakan dapat dilakukan oleh salah satu dari mereka.
10. Istri :
 - seorang perempuan yang dalam ikatan perkawinan dengan seorang laki-laki berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
 - Apabila yang bersangkutan mempunyai lebih dari satu istri,persetujuan/penolakan dapat dilakukan oleh salah satu dari mereka.
11. Wali : adalah orang yang menurut hukum menggantikan orang lain yang belum dewasa.untuk mewakilinya dalam melakukan perbuatan hukum,atau orang yang menurut hokum menggantikan kedudukan orang tua.
12. Induk semang : adalah orang yang berkewajiban untuk mengawasi serta bertanggung jawab terhadap pribadi orang lain.
13. Gangguan Mental : adalah sekelompok gejala Psikologik atau prilaku yang secara klinis yang menimbulkan penderitaan dan gangguan dalam fungsi kehidupan seseorang mencakup gangguan mental berat,retardasi mentalsedang,retadasi mental berat,demensi senilis.
14. Pasien gawat darurat : adalah pasien yang tiba-tiba berada dalam keadaan gawat atau akan menjadi gawat dan terancam nyawanya atau anggota badannya (akanmenjadi cacat) bila tidak mendapat pertolongan secepatnya (dikutip dalam

buku pedoman pelayanan gawat darurat, cetakan ke II, Departemen kesehatan 1995, no 362,28 INDP, halaman 2)

5. KETENTUAN INFORMED CONSENT

1. Pengaturan persetujuan atau penolakan tindakan medis harus dalam bentuk kebijakan dan prosedur (SOP) dan ditetapkan tertulis oleh pimpinan Rumah sakit.
2. Memperoleh informasi dan penjelasan merupakan hak pasien dan sebaiknya memberikan informasi dan penjelasan adalah kewajiban dokter.
3. Pelaksanaan informed consent dianggap benar bila memenuhi ketentuan dibawah ini:
 - a. Persetujuan atau penolakan tindakan medis diberikan untuk tindakan medis yang dinyatakan secara spesifik.
 - b. Persetujuan atau penolakan tindakan medis diberikan tanpa paksaan (Voluntary)
 - c. Persetujuan atau penolakan tindakan medis diberikan oleh seseorang (Pasien) yang sehat mental dan yang memang berhak memberikannya dari segi hukum.
 - d. Persetujuan atau penolakan tindakan medis diberikan setelah diberikan cukup (adekuat) informasi dan penjelasan yang diperlukan.
4. Isi informasi dan penjelasan yang harus diberikan.

informasi dan penjelasan dianggap cukup (Adekuat) jika paling sedikit 6 hal pokok dibawah ini disampaikan dalam memberikan informasi dan penjelasan, yaitu :

 - a. Informasi dan penjelasan tentang tujuan dan prospek keberhasilan tindakan medik yang akan dilakukan (Purpose of medical procedure)
 - b. Informasi dan penjelasan tentang tata cara tindakan medis yang akan dilakukan (Contemplated medical procedusre)
 - c. Informasi dan penjelasan tentang resiko (Risk inchrent in such medical procedure) dan komplikasi yang mungkin terjadi.
 - d. Informasi dan penjelasan tentang alternative tindakan medis lain yang tersedia dan serta reiskonya masing-masing (Alternative medical procedure and risk)
 - e. Informasi dan penjelasan tentang prognosis penyakit apabila tindakanb medis tersebut dilakukan (Prognosis with n without medical procedures)

f. Diagnosis

5. Kewajiban memberikan informasi dan penjelasan

Dokter yang akan melakukan tindakan medis mempunyai tanggung jawab utama memberikan informasi dan penjelasan yang diperlukan. Apabila berhalangan, informasi dan penjelasan yang harus diberikan dapat diwakilkan kepada dokter lain dengan sepengetahuan dokter yang bersangkutan

6. Cara menyampaikan informasi dan penjelasan

informasi dan penjelasan disampaikan secara lisan. informasi dan penjelasan secara tertulis dilakukan hanya sebagai pelengkap penjelasan yang telah disampaikan secara lisan.

7. Pihak yang berhak menyatakan persetujuan.

- a. Pasien Sendiri, yaitu apabila pasien telah berumur 21 tahun atau telah menikah
- b. Bagi Pasien dibawah umur 21 tahun, Persetujuan (Informed Consent) atau penolakan tindakan medis diberikan oleh mereka menurut urutan hak sebagai berikut :
 - Ayah/Ibu kandung
 - Saudara/Saudara kandung
- c. Bagi pasien dibawah umur 21 tahun dan tidak mempunyai orang tua atau orang tuanya berhalangan hadir, persetujuan (informed Consent) atau penolakan tindakan medis diberikan oleh mereka menurut urutan hak Sebagai berikut:
 - Ayah/Ibu adopsi
 - Saudara/saudara kandung
 - Induk semang
- d. Bagi pasien dewasa dengan gangguan mental, persetujuan (informed Consent) atau penolakan tindakan medis diberikan oleh mereka menurut urutan hak Sebagai berikut:
 - Ayah/Ibu Kandung
 - Wali yang sah
 - Saudara/saudara kandung
- e. Bagi pasien dewasa yang berada dibawah pengampunan (Curately), persetujuan (informed Consent) atau penolakan tindakan medis diberikan oleh mereka menurut urutan hak Sebagai berikut:
 - Wali yang sah

- Curator
- f. Bagi pasien dewasa yang telah menikah/Orang tua, persetujuan (informed Consent) atau penolakan tindakan medis diberikan oleh mereka menurut urutan hak Sebagai berikut:
- Suami/Istri
 - Ayah/Ibu Kandung
 - Anak-anak Kandung
 - Saudara-saudara kandung
8. Cara menyatakan persetujuan
- Cara pasien menyatakan persetujuan dapat secara tertulis(Ekspress) maupun lisan. persetujuan secara tertulis mutlak diperlukan pada tindakan medis yang mengandung resiko tinggi, sedangkan persetujuan secara lisan diperlukan pada tindakan medis yang tidak mengandung resiko tinggi.
9. Semua jenis tindakan medis yang mengandung resiko tinggi harus disertai Informed Consent. jenis tindakan yang memerlukan Informed Consent disusun oleh komite medis dan kemudian ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit. Bagi rumah sakit yang belum memiliki komite medis atau keberadaan komite medis belum lengkap, maka dapat mengacu pada jenis tindakan medis yang sudah ditetapkan oleh rumah sakit lain yang fungsi dan kelasnya sama.
10. Perluasan tindakan medis selain tindakan medis yang telah disetujui tidak dibenarkan dilakukan dengan alasan apapun juga, kecuali apabila Perluasan tindakan medis tersebut terpaksa dilakukan untuk menyelamatkan jiwa pasien.
11. Pelaksanaan Informed Consent untuk tindakan medis tertentu, misalnya : Tubektomi atau vasektomi yang berkaitan dengan program KB harus merujuk pada ketentuan lain melalui konsultasi dengan perhimpunan profesi yang terkait.
12. Demi kepentingan pasien Informed Consent tidak diperlukan bagi pasien gawat darurat dalam keadaan tidak sadar dan tidak didampingi oleh keluarga pasien yang berhak memberikan persetujuan atau penolakan tindakan medis.
13. Format isian persetujuan tindakan medis (Informed Consent) atau penolakan tindakan medis, digunakan seperti contoh formulir terlampir dengan ketentuan sebagai berikut :
- Diketahui dan ditanda tangani oleh dua orang saksi. perawat bertindak sebagai salah satu saksi

- Materai tidak diperlukan
- Form asli harus disimpan dalam berkas RM pasien
- Form harus sudah diisi dan ditanda tangani 24 jam sebelum tindakan medis dilakukan.
- Dokter harus ikut membubuhkan tanda tangan sebagai bukti bahwa telah diberikan informasi dan penjelasan secukupnya.
- Sebagai ganti tanda tangan, pasien atau keluarganya yang buta huruf harus membubuhkan cap jempol ibu jari tangan kanan.

6. YANG BERHAK MEMBERIKAN PERSETUJUAN

- a. Pasien dewasa yang berumur lebih 21 tahun atau telah menikah dalam keadaan sadar dan sehat mental.
- b. Penderita dewasa yang menderita gangguan mental, persetujuan diberikan oleh wali.
- c. Penderita dewasa yang berada dibawah umur 21 tahun, persetujuan diberikan oleh wali.
- d. Penderita umur kurang dari 21 tahun dengan mempunyai orang tua, persetujuan diberikan oleh orang tua.
- e. Penderita umur kurang dari 21 tahun dan tidak mempunyai orang tua/wali dan atau orang tua/wali berhalangan, persetujuan diberikan oleh keluarga terdekat atau induk semang.

7. PENJELASAN YANG HARUS DISAMPAIKAN

Penjelasan harus disampaikan dengan bahasa yang mudah dipahami dan meliputi 5 hal, yaitu :

- a. Tujuan tindakan kedokteran yang akan dilakukan
- b. Tata cara tindakan kedokteran yang akan dilakukan
- c. Resiko yang akan dihadapi dan kemungkinan perluasan tindakan/operasi
- d. Alternatif tindakan kedokteran lain yang tersedia dan resiko masing-masing tindakan.
- e. Prognosis penyakit apabila tindakan dilakukan atau tidak dilakukan.

8. JENIS TINDAKAN MEDIS YANG MENGGUNAKAN INFORMED CONSENT

Jenis tindakan yang menggunakan informed consent yang telah ditetapkan oleh kepala RSUD H Abdul Aziz Marabahan berdasarkan usulan dari ketua komite medis adalah :

- a. Semua tindakan dikamar operasi
- b. Semua pemeriksaan radiologi yang menggunakan kontras
- c. Curetage
- d. Vakum Extratie
- e. Forced
- f. Induksi persalinan
- g. Vena Seksi
- h. Pemasangan WCD (Water Sild Drainase)
- i. DC (decompresi cardioversi)Shock
- j. Punctie pleura
- k. Punctie Ascites

J. PEMBUATAN VISUEM ET REPERTUM

Pembuatan visum et repertum adalah suatu pelayanan dalam pembuatan laporan tertulis mengenai hasil pemeriksaan kedokteran terhadap pasien(korban hidup).

Tujuan Pembuatan visum adalah membantu pihak penyidik yang berwenang (Polisi,polisi militer,hakim,jaksa) dalam penyelidikan tindak pidana untuk keperluan peradilan.setiap pasien yang membutuhkan surat keterangan tertulis/Pengisian Pembuatan visum et repertum,harus ada surat permintaan dari pihak penyidik yang berwenang. visum et repertum yang dilayani di Rumah sakit adalah visum luka, visum alkohol.

Prosedur pembuatan visum et repertum :

1. Penyidik yang berwenang menuju tempat penerimaan pasien dan menyerahkan lembar permintaan visum et repertum.
2. Petugas mengecek apakah pasien benar-benar pernah mendapat pelayanan di RSUD H.Abdul Aziz Marabahan
3. Petugas menerima dan menanda tangani lembar permintaan visum et repertum,dan mencatat dibuku ekspedisi penerimaan SKM (Surat Keterangan Medis).
4. Petugas mencarikan berkas RM,menyiapkan dan memintakan isian FORM visum et repertum kepada dokter yang bersangkutan.
5. Petugas menfoto copy, memberikan stempel RSUD H.Abdul Aziz Marabahan dan memintakan surat pengantar kebagian kesekretariatan.
6. Petugas menyerahkan visum et repertum yang sudah jadi kepada penyidik yang berwenang dan meminta Tanda tangan dibuku ekspedisi pengambilan.

K. LAPORAN KECELAKAAN

Laporan kecelakaan merupakan salah satu jenis laporan yang dibuat berdasarkan data keadaan morbiditas pasien IGD, digolongkan berdasarkan penyebab terjadinya kecelakaan, gol. Umur, jumlah pelayanan, kunjungan, keadaan pasien pulang atau masuk Rumah sakit. Atau di rujuk ke RS lain. Data dibuat dalam laporan bulanan Ruang / Instalasi ke ruang r Rekam Medik. / Arsip ruangan.

BAB VIII

PENUTUP

Dalam pembuatan data Rumah Sakit Umum Daerah H. Abdul Aziz Marabahan dibuat berdasarkan data yang di ambil dari berbagai sumber yaitu Bidang Pelayanan (Ruang Rawat Inap, Rawat jalan / Poloklinik) IGD, Instalasi, serta bidang penunjang pelayanan, Bidang Tata Usaha, Bidang Keuangan dan Lintas Sektor terkait (BPS)

Dalam pembuatan Data tersebut diharapkan ada nya kerjasama dan dukungan lintas Bidang yang ada di Rumah Sakit Umum Daerah.H Abdul aziz Marabahan .

Semoga ,apa yang kami buat dalam pembuatan data tersebut dapat menjadi gambaran Umum pencapaian Kinerja sehingga jadi bahan Evaluasi kerja dan sebagai perencanaan untuk tahun berikut / mengidentifikasi segala kelebihan ,kekurangan dan permasalahan permasalahan yang terjadi .Pembuatan data tersebut yang pada akhir nya dalam bentuk Laporan Tahunan (Profil RSUD H.Abdul Aziz Marabahan .)

Kritik dan saran serta masukan dari berbagai pihak sangat kami perlukan untuk meningkatkan kinerja dan mutu pelayanan kesehatan di RSUD.H Abdul Aziz Marabahan .

