

PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT PRIMA HUSADA
NOMOR : 224/RSPH/I-PER/DIR/VI/2017
TENTANG
PEDOMAN REKAM MEDIS

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR RUMAH SAKIT PRIMA HUSADA,

- Menimbang : a. Bahwa Peraturan Direktur Rumah Sakit Prima Husada Nomor 030/RSPH/I-PER/DIR/I/2016 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Rekam Medis masih belum memenuhi kebutuhan hukum di masyarakat sehingga perlu dilakukan perubahan;
- b. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Direktur tentang Pedoman Rekam Medis;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2012 tentang Rahasia Kedokteran;
7. Keputusan Direktur Perseroan Terbatas Disa Prima Medika Nomor: 001/DPM/I-KEP/DIR/IV/2015 tentang Pengangkatan Direktur Rumah Sakit Prima Husada.

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT PRIMA HUSADA
TENTANG PEDOMAN REKAM MEDIS

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam peraturan ini yang dimaksud dengan:

- (1) Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
- (2) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan adalah dokter yang

bertanggung jawab terhadap asuhan pasien sejak pasien masuk sampai pulang dan mempunyai kompetensi dan kewenangan klinis sesuai surat penugasan klinisnya

- (3) Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada dokter atau dokter gigi.
- (4) Catatan adalah tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi tentang segala tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pemberian pelayanan kesehatan.
- (5) Dokumen adalah catatan dokter, dokter gigi, dan/atau tenaga kesehatan tertentu, laporan hasil pemeriksaan penunjang catatan observasi dan pengobatan harian dan semua rekaman, baik berupa foto radiologi, gambar pencitraan (imaging), dan rekaman elektro diagnostik.

Pasal 2

- (1) Rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap disertai tanggal dan jam, dapat dibaca, serta membubuhkan nama dan tanda tangan staf klinis yang menulis di rekam medis.
- (2) Setiap pasien hanya memiliki satu nomor rekam medis.

BAB II ASESMEN AWAL

Pasal 3

- (1) Asesmen awal medis rawat jalan sekurang-kurangnya meliputi:
 - a. riwayat kesehatan pasien, sekurang-kurangnya meliputi keluhan utama dan riwayat penyakit;
 - b. riwayat alergi;
 - c. pemeriksaan fisik;
 - d. diagnosis;
 - e. rencana asuhan
- (2) Asesmen awal keperawatan rawat jalan sekurang-kurangnya meliputi:
 - a. bio-psiko-spiritual;
 - b. ekonomi
 - c. skrining dan asesmen nyeri
 - d. status fungsional
 - e. risiko jatuh
 - f. risiko nutrisi
 - g. masalah keperawatan
 - h. rencana asuhan
- (3) Asesmen awal medis rawat inap sekurang-kurangnya meliputi:
 - a. riwayat kesehatan pasien, sekurang-kurangnya meliputi

- keluhan utama dan riwayat penyakit;
 - b. riwayat alergi;
 - c. pemeriksaan fisik;
 - d. pemeriksaan penunjang
 - e. diagnosis;
 - f. masalah medis dan keperawatan;
 - g. rencana asuhan
- (4) Asesmen awal keperawatan rawat inap sekurang-kurangnya meliputi:
- a. bio-psiko-spiritual;
 - b. ekonomi;
 - c. skrining dan asesmen nyeri;
 - d. status fungsional;
 - e. risiko jatuh;
 - f. risiko nutrisi;
 - g. masalah keperawatan;
 - h. rencana asuhan
 - i. identifikasi pemulangan pasien yang kompleks
- (5) Asesmen awal medis gawat darurat sekurang-kurangnya meliputi:
- a. riwayat kesehatan pasien, sekurang-kurangnya meliputi keluhan utama dan riwayat penyakit;
 - b. riwayat alergi;
 - c. pemeriksaan fisik;
 - d. diagnosis;
 - e. rencana asuhan
 - f. kondisi pasien sebelum meninggalkan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut;
- (6) Asesmen awal keperawatan gawat darurat sekurang-kurangnya meliputi:
- a. bio-psiko-spiritual;
 - b. skrining dan asesmen nyeri
 - c. status fungsional
 - d. risiko jatuh
 - e. risiko nutrisi
 - f. masalah keperawatan
 - g. rencana asuhan
- (7) Asesmen awal medis dan keperawatan dilaksanakan oleh profesional pemberi asuhan yang kompeten dan berwenang sesuai rincian kewenang klinis yang ditetapkan.

Pasal 4

- (1) Asesmen awal rawat inap harus diselesaikan selambat-lambatnya dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat

- inap;
- (2) Asesmen awal rawat jalan harus diselesaikan diselesaikan selambat-lambatnya dalam waktu 1 jam setelah dilakukan asesmen;
 - (3) Asesmen gawat darurat harus diselesaikan selambat-lambatnya dalam waktu 2 jam setelah dilakukan asuhan sesuai kebutuhan pasien.

Pasal 5

- (1) Isi rekam medis untuk pelayanan dokter spesialis atau dokter gigi spesialis dapat dikembangkan sesuai dengan kebutuhan sebagai asesmen tambahan.
- (2) Pelayanan yang diberikan dalam ambulans atau pengobatan masal dicatat dalam rekam medis dan disimpan sesuai ketentuan yang berlaku.

BAB III ASESMEN ULANG

Pasal 6

- (1) Asesmen ulang medis dan keperawatan dilaksanakan oleh profesional pemberi asuhan yang kompeten dan berwenang sesuai rincian kewenang klinis yang ditetapkan;
- (2) Asesmen ulang medis dilaksanakan minimal satu kali sehari, termasuk akhir minggu / libur untuk pasien akut;
- (3) Asesmen ulang perawat minimal satu kali per shift atau sesuai dengan perubahan kondisi pasien;
- (4) Asesmen ulang oleh profesional pemberi asuhan lainnya dilaksanakan sesuai kondisi pasien.

BAB IV PELAYANAN SEDASI DAN ANESTESI

Pasal 7

- (1) Sebelum pemberian sedasi dan anestesi harus mendapatkan persetujuan, setelah diberikan penjelasan.
- (2) Identitas pemberi penjelasan harus tercantum dalam rekam medis.
- (3) Catatan yang harus dilakukan untuk sedasi dan anestesi meliputi tapi tidak terbatas pada:
 - a. asesmen pra sedasi/anestesi
 - b. asesmen pra induksi
 - c. monitoring status fisiologis
 - d. monitoring pemulihan sedasi/anestesi
 - e. evaluasi ulang bila terjadi konversi tindakan dari lokal/regional ke general

Pasal 8

Asesmen pra sedasi/anestesi meliputi:

- a) mengidentifikasi setiap permasalahan saluran pernapasan yang dapat memengaruhi jenis sedasi/anestesi;
- b) evaluasi pasien terhadap risiko tindakan sedasi/anestesi;
- c) merencanakan jenis sedasi/anestesi dan tingkat kedalaman sedasi/anestesi yang diperlukan pasien berdasar atas sedasi/anestesi yang diterapkan;
- d) pemberian sedasi/anestesi secara aman; dan
- e) mengevaluasi serta menyimpulkan temuan monitor selama dan sesudah sedasi/anestesi.

BAB V PELAYANAN BEDAH

Pasal 9

- (1) Sebelum pemberian sedasi dan anestesi harus mendapatkan persetujuan, setelah diberikan penjelasan.
- (2) Identitas pemberi penjelasan harus tercantum dalam rekam medis.
- (3) Catatan yang harus dilakukan untuk tindakan bedah meliputi tapi tidak terbatas pada:
 - a. asesmen pra operasi untuk melengkapi asesmen awal bedah
 - b. monitoring status fisiologis bila tindakan bedah menggunakan anestesi lokal
 - c. penandaan lokasi operasi bila tindakan bedah dilakukan pada organ dua sisi, serta melibatkan pasien

BAB VI TRANSFER DAN RUJUKAN

Pasal 10

- (1) Pemandahan pasien antar ruang pelayanan harus dilengkapi dengan form transfer pasien;
- (2) Form transfer pasien sekurang-kurangnya meliputi hal-hal sebagai berikut:
 - a. Indikasi pasien dirawat;
 - b. Riwayat kesehatan;
 - c. Pemeriksaan fisik;
 - d. Pemeriksaan diagnostik;
 - e. Diagnosis;
 - f. Prosedur yang telah dilakukan;
 - g. Obat yang telah diberikan;
 - h. Keadaan pasien saat dipindahkan.

Pasal 11

- (1) Dalam proses rujukan harus sudah dipastikan bahwa fasilitas kesehatan yang menerima rujukan dapat memenuhi kebutuhan pasien;
- (2) Dokumen rujukan sekurang-kurangnya berisi:
 - a. Identitas pasien
 - b. Hasil pemeriksaan (anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang) yang telah dilakukan
 - c. Diagnosis kerja;
 - d. Terapi dan/atau tindakan yang telah diberikan;
 - e. Tujuan rujukan;
 - f. Nama dan tanda tangan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan rujukan.
- (3) Dokumen rujukan juga memuat nama fasilitas pelayanan kesehatan yang dituju;
- (4) Dokumen rujukan juga memuat nama staf yang menyetujui menerima pasien di fasilitas pelayanan kesehatan yang dituju;
- (5) Dalam dokumen rujukan juga dicantumkan kondisi pasien, termasuk saat dalam proses rujukan.

BAB VII RINGKASAN PULANG

Pasal 12

- (6) Ringkasan pulang harus dibuat oleh dokter penanggung jawab pelayanan sebelum pasien pulang;
- (7) Ringkasan pulang diberikan kepada pasien, disimpan dalam rekam medis pasien, dan dapat diberikan kepada tenaga kesehatan yang akan melanjutkan asuhan pasien;
- (8) Isi ringkasan pulang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sekurang-kurangnya memuat:
 - a. identitas pasien;
 - b. riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan diagnostik;
 - c. diagnosis masuk dan indikasi pasien dirawat;
 - d. prosedur terapi dan tindakan yang telah dikerjakan;
 - e. obat yang diberikan termasuk obat setelah keluar rumah sakit;
 - f. kondisi kesehatan pasien saat akan dipulangkan
 - g. instruksi tindak lanjut.

BAB VIII TATA CARA PENYELENGGARAAN

Pasal 13

- (1) Tenaga kesehatan yang mempunyai akses ke rekam medis adalah:
 - a. Profesional pemberi asuhan yang telah mendapat

- kewenangan terhadap pasien terkait;
 - b. Staf klinis pemberi asuhan terhadap pasien terkait;
 - c. Staf rekam medis sesuai penugasannya;
 - d. Direktur dan atau jajaran manajemen sesuai kebutuhan;
 - e. Komite Medis/Subkomite terkait sesuai kebutuhan;
 - f. Komite Keperawatan/Subkomite terkait sesuai kebutuhan;
 - g. Tim review rekam medis;
 - h. Tenaga kesehatan atau peserta didik yang telah mendapat ijin Direktur/Kepala Rumah Sakit.
- (2) Tenaga kesehatan yang mempunyai akses ke rekam medis dan berhak menulis/mengisi rekam medis adalah staf klinis terhadap pasien terkait.
- (3) Dalam hal terjadi kesalahan dalam melakukan pencatatan pada rekam medis dapat dilakukan pembetulan.
- (4) Pembetulan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) hanya dapat dilakukan dengan cara pencoretan tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan dan dibubuhi paraf dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang bersangkutan.

BAB IX PENYIMPANAN, PEMUSNAHAN DAN KERAHASIAAN

Pasal 14

Unit rekam medis menetapkan pengaturan urutan penyimpanan lembar-lembar rekam medis agar mudah dicari kembali profesional pemberi asuhan dan staf klinis yang terkait.

Pasal 15

- (1) 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.
- (2) Setelah batas waktu 5 (lima) tahun sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilampaui, rekam medis dapat dimusnahkan, kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik.
- (3) Ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus disimpan untuk jangka waktu 10 (sepuluh) tahun terhitung dari tanggal dibuatnya ringkasan tersebut.
- (4) Penyimpanan rekam medis dan ringkasan pulang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (3) dilaksanakan oleh petugas yang ditunjuk oleh pimpinan sarana pelayanan kesehatan.

Pasal 16

- (1) Informasi tentang identitas diagnosis, riwayat penyakit, riwayat

pemeriksaan dan riwayat pengobatan pasien harus dijaga kerahasiaannya oleh dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan tertentu, petugas pengelola dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan.

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

BAB X KEPEMILIKAN

Pasal 17

- (1) Berkas rekam medis milik rumah sakit.
- (2) Isi rekam medis merupakan milik pasien.
- (3) Pasien mempunyai akses Isi rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dalam bentuk ringkasan rekam medis.
- (4) Ringkasan rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat diberikan, dicatat, atau dicopy oleh pasien atau orang yang diberi kuasa atau atas persetujuan tertulis pasien atau keluarga pasien yang berhak untuk itu.

BAB XI PENGORGANISASIAN

Pasal 18

- (1) Pengelolaan rekam medis dilaksanakan unit rekam medis.
- (2) Unit rekam medis wajib menjaga agar hanya tenaga kesehatan yang berwenang yang memiliki akses ke rekam medis.
- (3) Unit rekam medis wajib menjaga kerahasiaan rekam medis dan menjaga dari kehilangan.
- (4) Unit rekam medis bertanggung jawab atas hilang, rusak, pemalsuan, dan/atau penggunaan oleh orang atau badan yang tidak berhak terhadap rekam medis.

BAB XII PENUTUP

Pasal 19

Peraturan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Malang
pada tanggal2017

Direktur Rumah Sakit Prima Husada,

dr. Lovi Krissadi Endari