

Lampiran 1. Daftar Tilik

No.	No. RM	IDENTIFIKASI PASIEN				KELENGKAPAN LAPORAN/ CATATAN YANG PENTING											AUTENTIKASI PENULIS			CATATAN YANG BAIK
		Nama	No.RM	Tgl. Lahir/ umur	Jenis K.	Saat Pendaftaran		Saat baru masuk Rawat Inap		Saat Sedang Dirawat			Saat akan Pulang		Bila ada Lemb. lain	Nama dr.	TT.dr	Nam perawat	Tdkadabag.Kosong	
						Surat Rujukan	Persetujuan	Assesmen awal Perawat	Assesmen awal Dokter	CPPT Ranap	Cat.Keperawatan	CPO	Rencana Pasien Pulang	Ringkasan Pulang						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	002269xx	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	
2	002547xx	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	
3	002463xx	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	
4	002520xx	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	
5	002482xx	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	
6	001906xx	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	
7	002544xx	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	
8	002545xx	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	
9	002529xx	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	
10	002529xx	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
11	002529xx	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	
12	002529xx	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	

No.	No. RM	IDENTIFIKASI PASIEN				KELENGKAPAN LAPORAN/ CATATAN YANG PENTING										AUTENTIKASI PENULIS			CATATAN YANG BAIK
		Nama	No.RM	Tgl. Lahir/ umur	Jenis K.	Saat Pendaftaran		Saat baru masuk Rawat Inap		Saat Sedang Dirawat			Saat akan Pulang		Bila ada Lem. lain	Nama dr.	TT.dr	Nam perawat	
						Surat Rujukan	Persetujuan Umum	Assesmen awal Perawat	Assesmen awal Dokter	CPPT Ranap	Cat.Keperawatan	CPO	Rencana Pasien Pulang	Ringkasan Pulang					
13	001973xx	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
14	002035xx	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1
15	002544xx	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1
16	002545xx	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1
17	002538xx	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1
18	002544xx	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
19	002540xx	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1
20	002542xx	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1
21	002544xx	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
22	002542xx	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
23	002537xx	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1
24	002545xx	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1

No.	No. RM	IDENTIFIKASI PASIEN				KELENGKAPAN LAPORAN/ CATATAN YANG PENTING										AUTENTIKASI PENULIS			CATATAN YANG BAIK	
		Nama	No.RM	Tgl. Lahir/ umur	Jenis K.	Saat Pendaftaran		Saat baru masuk Rawat Inap		Saat Sedang Dirawat			Saat akan Pulang		Bila ada Lembaran lain	Nama dr.	TT.dr	Nam perawat		Tdkadabag.Kosong
						Surat Rujukan	Persetujuan Umum	Assesmen awal Perawat	Assesmen awal Dokter	CPPT Ranap	Cat.Keperawatan	CPO	Rencana Pasien Pulang	Ringkasan Pulang						
25	002545xx	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	
26	002521xx	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	
27	002178xx	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	
28	001908xx	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	
29	002542xx	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	
30	002461xx	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	
31	001754xx	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	
32	002530xx	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	
33	002502xx	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	
34	002534xx	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	
35	001855xx	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	

No.	No. RM	IDENTIFIKASI PASIEN				KELENGKAPAN LAPORAN/ CATATAN YANG PENTING										AUTENTIKASI PENULIS			CATATAN YANG BAIK	
		Nama	No.RM	Tgl. Lahir/ umur	Jenis K.	Saat Pendaftaran		Saat baru masuk Rawat Inap		Saat Sedang Dirawat			Saat akan Pulang		Bila ada Lembaran lain	Nama dr.	TT.dr	Nam perawat		Tdkadabag.Kosong
						Surat Rujukan	Persetujuan Umum	Assesmen awal Perawat	Assesmen awal Dokter	CPPT Ranap	Cat.Keperawatan	CPO	Rencana Pasien Pulang	Ringkasan Pulang						
47	002530xx	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0		
48	002546xx	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1		
49	002543xx	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1		
50	002541xx	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1		
51	002522xx	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1		
52	002017xx	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1		
53	002532xx	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
54	002192xx	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
55	002514xx	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1		
56	002537xx	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1		
57	002537xx	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1		

No.	No. RM	IDENTIFIKASI PASIEN				KELENGKAPAN LAPORAN/ CATATAN YANG PENTING										AUTENTIKASI PENULIS			CATATAN YANG BAIK	
		Nama	No.RM	Tgl. Lahir/ umur	Jenis K.	Saat Pendaftaran		Saat baru masuk Rawat Inap		Saat Sedang Dirawat			Saat akan Pulang		Bil ada Lemb. lain	Nama dr.	TT.dr	Nam perawat		Tdkadabag.Kosong
						Surat Rujukan	Persetujuan Umum	Assesmen awal Perawat	Assesmen awal Dokter	CPPT Ranap	Cat.Keperawatan	CPO	Rencana Pasien Pulang	Ringkasan Pulang						
58	001943xx	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	
59	002535xx	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	
60	002534xx	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	
61	002545xx	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	
62	000237xx	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	
63	002545xx	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	
64	002545xx	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	
65	002546xx	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	
66	002519xx	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	
67	002538xx	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	
68	002522xx	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	

No.	No. RM	IDENTIFIKASI PASIEN				KELENGKAPAN LAPORAN/ CATATAN YANG PENTING										AUTENTIKASI PENULIS			CATATAN YANG BAIK	
		Nama	No.RM	Tgl. Lahir/ umur	Jenis K.	Saat Pendaftaran		Saat baru masuk Rawat Inap		Saat Sedang Dirawat			Saat akan Pulang		Bil ada Lemb . lain	Nama dr.	TT.dr	Nam perawat		Tdkadabag.Kosong
						Surat Rujukan	Persetujuan Umum	Assesmen awal Perawat	Assesmen awal Dokter	CPPT Ranap	Cat.Keperawatan	CPO	Rencana Pasien Pulang	Ringkasan Pulang						
69	002519xx	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	
70	002542xx	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	
71	002534xx	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	
72	002542xx	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	
73	002534xx	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	
74	002535xx	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	
75	002540xx	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	
76	002542xx	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
77	002543xx	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	
	Σ	77	77	77	77	52	76	33	27	73	67	72	53	24	23	77	61	77	60	

Lampiran 2. Hasil Rekapitulasi

NO.	KRITERIA ANALISIS	KELENGKAPAN BAIK	
		JUMLAH	PRESENTASE
A. IDENTITAS PASIEN			
1.	NAMA	77	100%
2.	No. Rekam Medis	77	100%
3.	Tanggal Lahir	77	100%
4.	Jenis Kelamin	77	100%
Average		77	100%
B. KELENGKAPAN/CATATAN LAPORAN YANG PENTING			
1.	Saat Pendaftaran		
	a. Surat Rujukan	52	68%
	b. General Concent	76	99%
2.	Saat baru Masuk ranap:		
	c. Assesmen Awal Perawat	33	43%
	d. Assesmen Awal Dokter	27	35%
3.	Saat Sedang dirawat		
	e. Catatan Perkembangan (CPPT)	73	95%
	f. Catatan Keperawatan	67	87%
	g. Catatan Pemberian Obat	72	94%
4.	Cat. Saat Akan Pulang		
	h. Rencana Pasien Pulang	53	69%
	i. Ringkasan Pulang	24	31%
5.	Bila ada Lembaran Khusus		
	j. SPTK	23	30%
Average		50	65%
C. AUTENTIKASI PENULIS			
1.	Nama Dokter	77	100%
2.	TTD Dokter	61	79%
3.	Nama Perawat	77	100%
Average		72	93%
D. CATATAN YANG BAIK			
1.	Tidak Ada Bagian yang Kosong	60	78%
Average		60	78%
TOTAL AVERAGE		65	84%

Lampiran 3. Pedoman Wawancara

1. Bagaimana kegiatan melakukan *monitoring* terhadap semua rekam medis?
2. Bagaimana SPO tentang kelengkapan rekam medis?
3. Bagaimana sejak memakai RME apakah masih ada petugas assembling, analisis, koding, indeksing, dan filling?
4. Ada berapa orang yang bekerja di instalasi rekam medis?
5. Bagaimana perbedaan memakai RME dengan manual?
6. Bagaimana dengan prosedur yang ada di rekam medis elektronik?
7. Bagaimana permasalahan yang berkaitan dengan pengisian rekam medis?
8. Bagaimana setelah memakai RME petugas assembling, analisis, koding, indeksing, dan filling masih diperlukan?
9. Di Rumah Sakit Duren Sawit sendiri, berapa kali melakukan *monitoring* kelengkapan rekam medis?
10. Bagaimana Setelah beralih memakai rekam medis elektronik apakah persentase kelengkapannya jadi meningkat?
11. Berapa jumlah pasien kunjungan rawat jalan dalam setahun?
12. Berapa jumlah pasien rawat inap dalam setahun?
13. Bagaimana dengan rekam medis yang tidak lengkap, biasanya diapakan?
14. Bagian apa saja yang sudah menggunakan komputer?
15. Bagaimana melakukan analisis kuantitatif pada lembaran khusus?

RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH DUREN SAWIT	REVIEW DOKUMEN REKAM MEDIS		
PROSEDUR TETAP	No. Dokumen: 281/SPO - PM/VII/2019	No. Revisi: 01	Halaman: 1 dari 2
	Tanggal Terbit: 15 Juni 2019	Ditetapkan oleh Direktur, dr. Theryoto, M. Kes NIP. 196204231988121003	
PENGERTIAN	Review rekam medis rawat inap adalah suatu kegiatan Analisa kualitatif kelengkapan pengisian pada formulir rekam medis rawat inap.		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di RSKD Duren Sawit Jakarta 2. Meningkatkan mutu kelengkapan pengisian rekam medis rawat inap 3. Meningkatkan mutu pelayanan, Pendidikan dan penelitian di RSKD Duren Sawit Jakarta 		
KEBIJAKAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/PER/III/2008 Tentang rekam medis 2. Keputusan Direktur RSKD Duren Sawit Nomor 177 tahun 2019 tentang pelayanan instalasi data pasien dan admisi. 		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Review rekam medis dilakukan oleh tim review rekam medis yang terdiri dari dokter, perawat dan penunjang lain. 2. Review rekam medis dilakukan secara berkala setiap tiga bulan sekali dan berdasarkan sampel yang mewakili PPA yang memberikan pelayanan. 3. Review rekam medis berfokus pada ketepatan waktu pengembalian, kelengkapan pengisian, keterbacaan dan keabsahan rekam medis. 4. Review dilakukan terhadap isi rekam medis sesuai yang dipersyaratkan oleh peraturan perundang-undangan. 5. Review juga dilakukan terhadap rekam medis pasien yang masih dirawat dan pasien yang sudah pulang. 6. Hasil review rekam medis dilaporkan kepada direktur rumah sakit. 7. Penentuan besar sampel diambil berdasarkan teori <i>STEPS Sample Size Calculator and Sampling Spreadsheet</i> WHO, dimana besar sampel yang akan diukur ditentukan dengan cara sebagai berikut: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tentukan besar sampel n yang akan direview, yaitu jika total populasi $(n) \geq 640$, maka sampel yang diambil adalah $640 \times 20\% = 120$ sampel 		

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Jika populasi (n) = 320-639, maka sampel yang dinilai adalah 20% dari total populasi ➤ Jika populasi (n) = 64-319 maka sampel yang diambil adalah 64 sampel ➤ Jika populasi (n) = < 64, maka sampel yang dinilai adalah 100% atau seluruh populasi dinilai. <p>8. Ambil secara sampling rekam medis yang akan dianalisa</p> <p>9. Dokumen yang diminta:</p> <p>a. Formulir rekam medis yang berkaitan dengan persetujuan (concent)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Persetujuan Umum (general concent) ➤ Persetujuan Tindakan kedokteran ➤ Persetujuan dan penolakan tindakan medis ➤ Persetujuan tindakan transfuse darah <p>b. Formulir rekam medis yang berkaitan dengan pengkajian (assessment)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pengkajian awal medis pasien rawat inap ➤ Catatan perkembangan pasien terintegrasi ➤ Pengkajian awal keperawatan rawat inap ➤ Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik <p>c. Formulir rekam medis yang lainnya.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identitas pasien ➤ Esukasi pasien dan keluarga terintegrasi ➤ Rencana asuhan keperawatan ➤ Pengobatan dan atau tindakan ➤ Resume medis ➤ Catatan pindah ke RS lain <p>10. Ceklist di dalam formulir review rekam medis berdasarkan masing-masing formulir rekam medis yang ditentukan</p> <p>11. Beri tanda √ di bawah Y apabila ada yang lengkap, √ di bawah T apabila ada yang tidak terisi dengan lengkap dan √ di bawah TTD apabila tidak diperlukan</p> <p>Hitung persentase kelengkapan pengisian rekam medis, buat laporan hasil review rekam medis yang di verifikasi oleh Ka. Instalasi data pasien dan admisi, kemudian membuat surat untuk Ka. Bidang penunjang medik dan Ka. Bidang keperawatan melalui kepala instalasi data pasien dan admisi untuk dibuat saran dan tindak lanjut.</p>
UNIT TERKAIT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Komite Medis 2. Instalasi Rawat Inap 3. Bidang Pelayanan Medis 4. Bidang Keperawatan 5. SMF – SMF terkait

Lampiran 5 SPO Pengisian Dokumen/Berkas rekam medis

RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH DUREN SAWIT	PENGISIAN DOKUMEN/ BERKAS REKAM MEDIS		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	No. Dokumen: 308/SPO - PM/V/2019	No. Revisi:	Halaman: 1 dari 2
	Tanggal Terbit: 21 Juni 2019	Ditetapkan oleh Direktur, dr. Theryoto, M. Kes NIP. 196204231988121003	
PENGERTIAN	Adalah proses pengisian lembaran-lembaran rekam medis/formulir-formulir rekam medis berupa catatan yang berisi terapi, pengobatan serta tindakan-tindakan yang diberikan kepada pasien selama pasien dirawat secara berurut, cermat, lengkap, dan terbaca sehingga diperoleh catatan yang mudah untuk di Analisa.		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperoleh dokumen rekam medis yang lengkap, cermat, teratur dan mudah dianalisa serta mencegah terjadinya duplikasi dan keragua-raguan 2. Untuk menilai kualitas pelayanan rekam medis dan mengkoreksi masalah yang ada 		
KEBIJAKAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keputusan Direktur RSKD Duren Sawit Nomor 151 tahun 2016 tentang pedoman pelayanan rekam medis 2. Yang wajib mengisi dokumen rekam medis adalah setiap pelaksana pelayanan pasien di rumah sakit. Rekam medis lengkap apabila berisi seluruh informasi tentang pasien sesuai formulir yang disediakan, isi harus lengkap, benar dan jelas. 		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengisian nomor rekam medis dan identitas pasien pada folder dan lembaran-lembaran pertama rekam medis untuk poliklinik/instalasi Gawat Darurat dan lembar rawat untuk rawat inap. 2. Pengisian nomor rekam medis dan identitas pasien pada folder dilakukan oleh petugas rekam medis di bagian pendaftaran. 3. Pengisian nomor rekam medis dan identitas pasien pada folder dilakukan oleh petugas rekam medis di bagian pendaftaran. 4. Pengisian nomor rekam medis dna identitas pasien pada lembaran-lembaran pertama rawat ianp dilakukan oleh petugas pendaftaran rawat inap serta dilengkapi oleh perawat ruangan 5. Lembaran anemnesa, terapi, pengobatan, instruksi-insturksi perawatan/tindakan, resume medis diisi oleh dokter atau tenaga kesehatan lain yang ditunjuk dan ditandatangani serta dibubuhi nama jelas. 		

	<ol style="list-style-type: none"> 6. Tanggal dan jam pengisian rekam medis oleh dokter, perawat atau tenaga kesehatan lain harus ditulis dengan jelas dan lengkap. 7. Lembaran keperawatan termasuk hasil-hasil pelaksanaan perintah dokter diisi oleh perawat dan ditandatangani serta dibubuhi nama jelas. 8. Lembaran-lembaran rekam medis yang tidak digunakan dikosongkan. 9. Buku registasi perawatan harus diisi lengkap dan jelas meliputi nomor urut, nama pasien, nomor rekam medis, alamat, umur, jenis kelamin, diagnose masuk, tanggal masuk, tanggal pulang, diagnose akhir, dokter yang merawat serta status pasien (pasien umum, askes, gakin, atau jaminan perusahaan).
UNIT TERKAIT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instalasi Rawat Inap 2. Instalasi Rawat Jalan 3. IGD 4. Komite Medik 5. Komite Keperawatan 6. Komite Tenaga Kesehatan Lain

Lampiran 6 SPO Pembaharuan dokumen rekam medis

RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH DUREN SAWIT	PEMBAHARUAN DOKUMEN REKAM MEDIS		
PROSEDUR TETAP	No. Dokumen: 287/SPO - PM/ /2019	No. Revisi:	Halaman: 1 dari 2
	Tanggal Terbit: 20 Juni 2019	Ditetapkan oleh Direktur, dr. Theryoto, M. Kes NIP. 196204231988121003	
PENGERTIAN	Adalah upaya pembaharuan berkas rekam medis dengan informasi yang muktahir yang berguna dna mendukung asuhan pasien berkelanjutan baik selama asuhan pasien rawat inap, rawat jalan dan setiap saat dibutuhkan.		
TUJUAN	Untuk menjamin adanya kominikasi antara praktisi kesehatan dengan informasi yang muktahir agar berguna dalam mendukung asuhan pasien selama dalam perawatan baik rawat jalan maupun rawat inap serta tersedia setiap saat dibutuhkan.		
KEBIJAKAN	Kebijakan Direktur RSKD Duren Sawit Nomor 151 tahun 2019 tentang pedoman pelayanan rekam medis RSKD Duren Sawit.		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas mengumpulkan data dan informasi yang menjadi dasar dari perubahan dokumen 2. Petugas mengidentifikasi dan memverifikasi jenis dokumen (formulir rekam medis) yang akan dirubah/direvisi 3. Petugas melakukan perubahan dokumen (formulir rekam medis) yang telah disepakati 4. Petugas melakukan pengusulan hasil perubahan dokumen (formulir rekam medis) ke bagian mutu rumah sakit untuk ditindak lanjuti 5. Unit/instalasi rekam medis mengadakan sosialisasi hasil perubahan dokumen (formulir rekam medis) yang telah disetujui 6. Unit/instalasi rekam medis membuat berita acara penarikan dokumen rekam medis lama dan membuat berita acara penggunaan dokumen rekam medis baru yang telah disetujui dan disosialisasikan 7. Petugas mengumpulkan semua bukti perubahan/review dokumen rekam medis berupa dasar perubahan dokumen, usulan perubahan dokumen, undangan sosialisasi, daftar hadir, hasil sosialisasi (notulen) serta berita acara penarikan dokumen lama dan berita acara penggunaan dokumen baru yang telah disetujui. 		
UNIT TERKAIT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instalasi Rekam Medis 2. Keperawatan (Rawat Jalan dan Rawat Inap) 3. Komite Medik 4. Komite Rekam Medis 		

Lampiran 7 SPO review Rekam Medis Rawat Inap

<p>RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH DUREN SAWIT</p>	<p>REVIEW REKAM MEDIS RAWAT INAP</p>		
<p>PROSEDUR TETAP</p>	<p>No. Dokumen: 281/SPO - PM/ VII /2019</p>	<p>No. Revisi: 01</p>	<p>Halaman: 1 dari 2</p>
	<p>Tanggal Terbit: 15 Juli 2019</p>	<p>Ditetapkan oleh Direktur, dr. Theryoto, M. Kes NIP. 196204231988121003</p>	
<p>PENGERTIAN</p>	<p>Review rekam medis rawat inap adalah suatu kegiatan analisa kualitatif kelengkapan pengisian pada formulir rekam medis rawat inap.</p>		
<p>TUJUAN</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di RSKD Duren Sawit Jakarta 2. Meningkatkan mutu kelengkapan pengisian rekam medis rawat inap 3. Meningkatkan mutu pelayanan, Pendidikan dan penelitian di RSKD Duren Sawit Jakarta. 		
<p>KEBIJAKAN</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/PER/III/2008/ tentang rekam medis 2. Keputusan Direktur RSKD Duren Sawit Nomor: tahun 2019, tentang buku pedoman pelayanan rkeam medis 		
<p>PROSEDUR</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tentukan besar sampel yang akan diukur dengan cara sebagai berikut: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tentukan besar sampel rm yang akan direview, yaitu jika total populasi (n) ≥ 640, maka sampel yang diambil adalah 640 X 20% = 120 sampel ➤ Jika populasi (n) = 320-639, maka sampel yang dinilai adalah 20% dari total populasi ➤ Jiak populasi (n) = 64-319 maka sampel yang diambil adalah 64 sampel ➤ Jika populasi (n) = < 64, maka sampel yang dinilai adalah 100% atau seluruh populasi dinilai. 2. Ambil secara sampling rekam medis yang akan dianalisa 3. Dokumen yang diminta: <ol style="list-style-type: none"> a. Formulir rekam medis yang berkaitan dengan persetujuan (concent) <ul style="list-style-type: none"> ➤ Persetujuan Umum (general concent) ➤ Persetujuan Tindakan kedokteran ➤ Persetujuan dan penolakan tindakan medis ➤ Persetujuan tindakan transfuse darah b. Formulir rekam medis yang berkaitan dengan pengkajian (assessment) 		

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pengkajian awal medis pasien rawat inap ➤ Catatan perkembangan pasien terintegrasi ➤ Pengkajian awal keperawatan rawat inap ➤ Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik <p>c. Formulir rekam medis yang lainnya.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identitas pasien ➤ Esukasi pasien dan keluarga terintegrasi ➤ Rencana asuhan keperawatan ➤ Pengobatan dan atau tindakan ➤ Resume medis ➤ Catatan pindah ke RS lain <p>4. Ceklist di dalam formulir review rekam medis berdasarkan masing-masing formulir rekam medis yang ditentukan</p> <p>5. Beri tanda √ di bawah Y apabila ada yang lengkap, √ di bawah T apabila ada yang tidak terisi dengan lengkap dan √ di bawah TTD apabila tidak diperlukan</p> <p>Hitung persentase kelengkapan pengisian rekam medis, buat laporan hasil review rekam medis yang di verifikasi oleh Ka. Instalasi data pasien dan admisi, kemudian membuat surat untuk Ka. Bidang penunjang medik dan Ka. Bidang keperawatan melalui kepala instalasi data pasien dan admisi untuk dibuat saran dan tindak lanjut.</p>
UNIT TERKAIT	<ol style="list-style-type: none"> 6. Komite Medis 7. Instalasi Rawat Inap 8. Bidang Pelayanan Medis 9. Bidang Keperawatan 10. Instalasi Rekam Medis 11. SMF-SMF terkait

Lampiran 8 SPO tentang Koreksi/Penulisan Ulang Isi Rekam Medis

RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH DUREN SAWIT	SPO KOREKSI / PENULISAN ULANG ISI REKAM MEDIS		
PROSEDUR TETAP	No. Dokumen: 279/SPO - PM/ VII /2019	No. Revisi: 01	Halaman: 1 dari 1
	Tanggal Terbit: 2 Juli 2019	Ditetapkan oleh Direktur, dr. Theryoto, M. Kes NIP. 196204231988121003	
PENGERTIAN	Rekam medis kesehatan adalah rekaman dalam bentuk tulisan atau gambaran aktivitas pelayanan yang diberikan oleh pemberi pelayanan medis/kesehatan kepada seorang pasien yang isinya merupakan bukti berupa catatan dokter, perawat, hasil pemeriksaan laboratorium, rotgen dan gejala yang timbul, atau tindakan lain selama pasien berada di rumah sakit.		
TUJUAN	Sebagai acuan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan lain yang ikut terlibat dalam pelayanan kesehatan terhadap pasien dalam membuat dan mengisi rekam medis.		
KEBIJAKAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Pemerintah Nomor 269/Menkes/PER/III/2008/ tentang rekam medis 2. Konsil kedokteran Indonesia tentang manual rekam medis 3. Undang-Undang praktek kedokteran pasal 46 ayat (1) tentang kewajiban dokter dan dokter gigi wajib membuat rekam medis dalam menjalankan praktek kedokteran. 		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktek kedokteran wajib membuat rekam medis. 2. Rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi setelah pasien menerima pelayanan. 3. Pembuatan rekam medis dilaksanakan melalui pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. 4. Setiap pencatatan dalam rekam medis harus dibubuhi nama, waktu dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung. 5. Dalam hal terjadi kesalahan dalam melakukan pencatatan pada rekam medis dapat dilakukan pembetulan. 6. Catatan dan isi dalam berkas rekam medis tidak boleh dihilangkan atau dihapus dengan cara apapun. 7. Pembetulan hanya dapat dilakukan dengan cara pencoretan tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan dan dibubuhi paraf dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang bersangkutan. 		
UNIT TERKAIT	Rekam Medis, Keperawatan, Rawat Jalan, Komite Medik.		

Lampiran 9 Usulan draft SPO Rekam Medis

RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH DUREN SAWIT	REVIEW REKAM MEDIS ELEKTRONIK		
PROSEDUR TETAP	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
	Tanggal Terbit	Ditetapkan oleh Direktur	
PENGERTIAN	Rekam Medis Elektronik adalah setiap catatan, pernyataan, maupun interpretasi yang dibuat oleh dokter atau petugas kesehatan lain dalam rangka memasukkan diagnosis, pengobatan, dan penanganan pasien dalam bentuk penyimpanan elektronik (digital) melalui sistem komputer.		
TUJUAN	Tujuannya adalah untuk kecepatan pelayanan dan mengefisienkan waktu dalam bekerja serta dilakukannya pengambilan keputusan direksi, baik keputusan terhadap masalah logistic, administrasi dan keuangan.		
KEBIJAKAN	Kebijakan Direktur RSKD Duren Sawit No. tahun 2022 tentang rekam medis elektronik		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sistem identifikasi pasien dan pemberian nomor rekam medis, identifikasi pasien dilakukan pada setiap kali pasien melakukan pendaftaran pada pertamakali datang dengan melengkapi identitasnya sesuai dengan ketentuan yang berlaku. 2. Kebijakan dalam pelayanan kegiatan medis, kegiatan pelayanan medis yang dilakukan di rumah sakit yang bertanggung jawab terhadap pengisian isi rekam medis adalah: Dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis, tenaga paramedic, dan tenaga non medis non perawat yang langsung terlibat di dalam pengisian rekam medis. 3. Dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi, dokter gigi spesialis, pasien, perawat, dan DPJP wajib mencantumkan tanda tangan digital pada setiap form rekam medis. 4. Dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis, tenaga paramedic, tenaga non medis, perawat, dan DPJP wajib membuat rekam medis pasien di dalam satu link. Untuk mengefisienkan pekerjaan. 5. Review yang harus dilakukan di rekam medis elektronik ialah; Surat rujukan, Persetujuan umum, Asessment awal perawat, Asessment awal dokter, CPPT, CPO, Cat.Keperawatan, SPTK, Rencana pasien pulang, dan Resume medis. 		

UNIT TERKAIT	Bagian Pendaftaran Instalasi Rekam Medis Dokter Perawat
---------------------	--