

PEDOMAN PENYELENGGARAAN REKAM MEDIS RUMAH SAKIT BHAKTI ASIH

BAB I

A. LATAR BELAKANG

Dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik maka perlu adanya kerjasama yang terkoordinasi antara pelayanan penunjang medis dan pendukung lain yang lebih optimal. Penyelenggaraan rekam medis adalah salah satu kegiatan yang menunjang terwujudnya pelayanan kesehatan yang bermutu kepada pasien atau pelanggan rumah sakit. Untuk mencapai pelayanan yang bermutu, khususnya pelayanan rekam medis diperlukan adanya keseragaman bertindak dan keseragaman berperilaku dalam mengelola rekam medis disamping dituntut disiplin kerja yang tinggi.

Instalasi Rekam Medis di RS Bhakti Asih harus dapat menyesuaikan pelayanan yang diberikan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Pelayanan yang harus ditingkatkan meliputi pelayanan medis dan manajerial. Pelayanan yang cepat, tepat dan akurat hanya dapat terwujud apabila Instalasi Rekam Medis didukung oleh sarana dan prasarana yang memadai dan berfungsi dengan baik, serta didukung pula oleh petugas yang profesional.

Rekam Medis adalah bukti tertulis tentang proses pelayanan yang diberikan oleh dokter dan tenaga kesehatan lainnya kepada pasien dalam rangka penyembuhan pasien. Rekam Medis juga merupakan suatu alat untuk mengukur atau menilai mutu pelayanan suatu rumah sakit. Mutu pelayanan yang baik tercermin dalam rekam medis yang baik, rekam medis yang baik menunjukkan kelengkapan, kecermatan dan ketepatan mencatat segala kegiatan pelayanan yang dilakukan untuk pasien serta akhirnya mudah dianalisa.

Untuk dapat menjawab permasalahan tersebut di RS Bhakti Asih perlu dilengkapi dengan pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis, sehingga pelayanan Instalasi Rekam Medis menjadi terstandar dan bermutu.

B. TUJUAN DAN KEGUNAAN

1. Tujuan

Penyelenggaraan rekam medis bertujuan untuk menunjang tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa di dukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, mustahil tertib administrasi rumah sakit akan berhasil sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan dalam upaya pelayanan kesehatan rumah sakit, meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.

- z. Pencegahan & Pengendalian Infeksi
 - aa. Laporan Pemantauan Kasus Infeksi Nosokomial
 - bb. Formulir Pendidikan Pasien dan Keluarga oleh Dokter
 - cc. Persetujuan Umum / General Consent
 - dd. Bukti Pemberian Informasi / Edukasi
 - ee. Peraturan Tata Tertib Bagi Pasien Rawat Inap
 - ff. Catatan Harian Perawatan pelayanan intensif (NICU/PICU/ICU)
3. Koding rekam medis pasien dilakukan oleh petugas rekam medis berdasarkan diagnosis yang dibuat oleh dokter (diagnosis akhir) harus dibuat kode penyakit atau operasi sesuai dengan ICD 10 dan ICD 9 CM yang sudah ada dalam menu VB yang ada di komputer.
 4. Buku kode penyakit atau operasi tersebut adalah buku ICD 10 dan tindakan adalah buku ICD 9 CM yang diterbitkan oleh WHO yang telah distandarkan dari Departemen Kesehatan RI.
 5. Standar waktu koding pasien rawat inap per rekam medis selama 4 menit dimulai dari pengambilan rekam medis yang akan dikoding, membuka tanggal kunjungan dalam aplikasi, input nomor RM dan kode diagnose utama dan sekunder, simpan dan rekam medis siap untuk di filing.
 6. Standar waktu koding pasien rawat jalan per rekam medis selama 2 menit dimulai dari pengambilan rekam medis yang akan dikoding, membuka tanggal kunjungan dalam aplikasi, input nomor RM dan kode diagnose utama dan sekunder, simpan dan rekam medis siap untuk di filing.

L. PENYUSUTAN DAN PEMUSNAHAN BERKAS REKAM MEDIS

Berdasarkan SE Dirjen Yanmed, Depkes RI Nomor : HK.00.06.1.5.10.373 Tanggal 17 Desember 1993 perihal petunjuk teknis pemusnahan arsip rekam medis.

Tujuan :

Sebagai pedoman bagi pejabat yang ditunjuk melaksanakan pemusnahan rekam medis sebagaimana ketentuan angka III Butir 5 Lampiran Keputusan Direktur Jendral Pelayanan Medik No.78/Yanmed/RS.Umdik/YMU/I/1991.

Tahap-tahap Penyusutan dan Pemusnahan

1. **Penelitian Arsip Rekam Medis In aktif**
 - a. Pemilahan Arsip

 <p>RUMAH SAKIT UMUM BHAKTI ASIH Jl. Raden Saleh No.10 Karang Tengah Gledug Telp : (021) 7305662</p>	CODING DIAGNOSA PENYAKIT RAWAT JALAN DAN INAP	
	NO Dokumen : 112/Jangmed/RM /I/2015	No. Revisi A
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit : 20 Januari 2015	Disahkan oleh Direktur RS Bhakti Asih  <u>Drg. Dadang Sukandar, MARS</u> Direktur
Pengertian :	Memberikan kode diagnosa dan tindakan pada system komputerisasi setelah selesai dilakukan rawat inap maupun rawat jalan.	
Tujuan :	1. Untuk mengikuti standar pengkodean yang ada pada ICD-10 Revision	
Kebijakan :	Sesuai dengan surat keputusan Direktur RSU Bhakti Asih Nomor 50/ Kep -DIR/RSUBA/IV/2015 tentang PEDOMAN PELAYANAN REKAM MEDIS RSU Bhakti Asih	
Prosedure :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Status pasien yang sudah kembali dari rawat jalan dan rawat inap diberikan kode diagnosa dari kunjungan pada formulirnya (rawat jalan / rawat inap) 2. Membuka billing pada system Informasi RS (NCI Medismart) Medical Record 3. Masuk ke Menu Riwayat Kunjungan Pasien untuk mengetahui kunjungan terakhirnya (masukan no RM pada item Rekam Medisnya) 4. Masuk ke Menu Diagnosa dan Kode Penyakit untuk entry diagnosa (Buka Daftar Kunjungan → Kriteria RJ/RI/UGD (shot semua item ruangan)) → Pilih Tanggal Berobat diklik → Ok, kemudian buka Find/ daftar kunjungan pasien/klik teropong→cari nama yang mau di entry→Ok, Lalu masukkan 	

 <p>RUMAH SAKIT UMUM BHAKTI ASIH Jl. Raden Saleh No.10 Karang Tengah Ciledug Telp : (021) 7305662</p>	CODING DIAGNOSA PENYAKIT RAWAT JALAN DAN INAP	
	NO Dokumen : 112/Jangmed/RM /I/2015	No. Revisi A
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit : 20 Januari 2015	Disahkan oleh Direktur RS Bhakti Asih  <u>Drg. Dadang Sukandar, MARS</u> Direktur
	<p>Kode Diagnosa yang mau di entry → jangan lupa memilih criteria diagnosanya → Simpan. Untuk catatan anamnesa, diagnosa & tindakan bisa diisi dengan cara diketik).</p> <p>5. Kemudian masuk ke Menu Tindakan dan Terapi (Biasanya sudah langsung muncul tanggal kunjungannya, hanya perlu membuka Daftar Kunjungannya aja → klik Tindakan Medis yang Diberikan → tulis Tindakan Medisnya → Ok, lalu mengklik Terapi Obat → di Menu Edit → ambil data yang tersedia → Simpan).</p>	
Unit Terkait :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Unit Rekam Medis 2. Poliklinik 3. Dokter 	

DAFTAR WAWANCARA

I. Wawancara untuk Koordinator Rekam Medis

1. Apakah ada faktor kelonggaran untuk koder rawat jalan berupa kegiatan yang tidak terkait langsung dengan koding rawat jalan?
2. Apakah dampak dari kekurangan koder rawat jalan yang menghambat kegiatan unit Rekam Medis dan Informasi Kesehatan?

II. Wawancara untuk Koder Rawat Jalan

1. Berapa hari kerja untuk koder rawat jalan dalam satu minggu?
2. Berapa hari toleransi yang diberikan untuk koder rawat jalan mengikuti pendidikan, pelatihan atau seminar dalam satu tahun?
3. Berapa hari toleransi untuk koder rawat jalan tidak melakukan pekerjaan dalam satu tahun?
4. Berapa jam kerja untuk koder rawat jalan dalam satu hari?
5. Apakah ada kendala dalam melakukan koding rawat jalan?
6. Bagaimana cara menghadapi kendala dalam melakukan koding rawat jalan?



FORMULIR BIMBINGAN TUGAS AKHIR

Nama : Heavennia Rifani Walukow

N.I.M : 2013 36 020

Judul Skripsi : Tinjauan Kebutuhan Tenaga Koding
Berdasarkan Beban Kerja di Rumah Sakit
Bhakti Asih

Pembimbing I : Nanda Aulia Rumana, SKM., MKM

Pembimbing II :

NO.	HARI / TGL	MATERI KONSULTASI	NAMA PEMBIMBING	PARAF
1.	17 Maret 2016	Pembahasan judul KTI	Nanda A. Rumana, SKM., MKM	[Signature]
2.	12 April 2016	Pembahasan bab 1	Nanda A. Rumana, SKM., MKM	[Signature]
3.	26 April 2016	Penggantian judul	Nanda A. Rumana, SKM., MKM	[Signature]
4.	28 April 2016	Revisi bab 1	Nanda A. Rumana, SKM., MKM	[Signature]
5.	4 Mei 2016	Revisi bab 2	Nanda A. Rumana, SKM., MKM	[Signature]
6.	24 Juni 2016	Revisi proposal KTI	Nanda A. Rumana, SKM., MKM	[Signature]
7.	27 Juni 2016	Pengarahan hasil	Nanda A. Rumana, SKM., MKM	[Signature]
8.	19 Juli 2016	Revisi bab 4 dan 5	Nanda A. Rumana, SKM., MKM	[Signature]
9.	25 Juli 2016	Revisi bab 5 dan 6	Nanda A. Rumana, SKM., MKM	[Signature]
10.	27 Juli 2016	Penyelesaian KTI	Nanda A. Rumana, SKM., MKM	[Signature]

Catatan :

- Bimbingan tugas akhir minimal 8 (delapan) kali. Formulir dapat difotokopi sesuai kebutuhan
- Setelah penulisan tugas akhir selesai, formulir ini dilampirkan untuk mengajukan ujian siding