



PEMERINTAH KABUPATEN SRAGEN
DINAS KESEHATAN KABUPATEN SRAGEN
UPTD PUSKESMAS TANGEN

Jl. Jalan raya Tangen Galeh km 02 Dukuh Telp (0271)8856817
website : puskesmas-tangen.sragenkab.go.id/
email:puskesmastangen@gmail.com
Kode Pos 57261



KEPUTUSAN

KEPALA UPTD PUSKESMAS TANGEN

NOMOR: SK/029/05.2.24/1/2023

TENTANG

PENYELENGGARAAN REKAM MEDIS

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

KEPALA UPTD PUSKESMAS TANGEN,

Menimbang : a. bahwa rekam medis berfungsi sebagai sumber informasi dan acuan baik mengenai data sosial, data medis, hingga segala tindakan pengobatan yang di berikan kepada pasien untuk mendukung pemberian pelayanan di Puskesmas dan guna meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas Tangen;

b. bahwa untuk mendukung pemberian pelayanan di Puskesmas dan guna meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, semua tempat pelayanan kesehatan baik di Rumah Sakit, Puskesmas, maupun klinik wajib mengadakan pelayanan rekam medis;

c. bahwa sehubungan dengan butir a dan b tersebut diatas ditetapkan Surat Keputusan Kepala Puskesmas tentang Pelayanan Rekam Medis dan Metode Identifikasi, Sistem Pengkodean, Dokumentasi, Penyimpanan dan Masa Retensi Rekam Medis.

Mengingat : 1. Undang Undang No 23 Tahun 2006 Tentang Administrasi Kependudukan;

2. Undang Undang No 14 Tahun 2008 Tentang Keterbukaan Informasi Publik

3. Undang Undang No 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;

4. Peraturan Menteri Kesehatan No 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien

5. Peraturan Menteri kesehatan No. 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

6. Peraturan Menteri Kesehatan No 43 Tahun 2019 Tentang Puskesmas;

7. Peraturan Menteri Kesehatan No 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2022 Tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi
9. Peraturan Daerah No 9 Tahun 2006 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Publik Kabupaten Sragen.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : KEPUTUSAN KEPALA UPTD PUSKESMAS TANGEN TENTANG PENYELENGGARAAN REKAM MEDIS.

Rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap, dan jelas atau

KESATU : secara manual.

KEDUA : Penyelenggaraan rekam medis dilakukan secara berurutan dari sejak pasien masuk sampai pasien pulang, dirujuk, atau meninggal

KETIGA : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam keputusan ini, maka akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Sragen

Pada tanggal 4 Januari 2023

KEPALA UPTD PUSKESMAS TANGEN

NUNING EKOWATI



LAMPIRAN KEPUTUSAN KEPALA UPTD
PUSKESMAS TANGEN
NOMOR : SK/029/05.2.24/I/2023
TENTANG : PENYELENGGARAAN REKAM
MEDIS

PENYELENGGARAAN REKAM MEDIS

A. REGISTRASI PASIEN

1. Registrasi Pasien merupakan kegiatan pendaftaran berupa pengisian data identitas dan data sosial pasien rawat jalan, rawat darurat dan rawat inap.
2. Data identitas pasien setidaknya berisi Nomor rekam medis, Nama pasien, tempat tanggal Lahir, Nomor Induk Kependudukan (NIK), Jenis Kelamin, Suku/Ras, Pekerjaan, Alamat rumah, Nomor Telepon

B. PENDISTRIBUSIAN REKAM MEDIS

Pendistribusian data rekam medis merupakan kegiatan pengiriman data rekam medis pasien sesuai ruang pemeriksaan yang dituju.

C. ISI REKAM MEDIS DAN PENGISIAN INFORMASI KLINIS

1. Isi Rekam Medis

Isi rekam medis milik pasien dan dapat disampaikan kepada pasien dan pihak keluarga dengan persetujuan dari pasien yang bersangkutan.

2. Pengisian informasi klinis

Pengisian informasi klinis dilakukan oleh tenaga kesehatan pemberi pelayanan Kesehatan, yang biasanya berisi tanggal berkunjung, nama petugas pemeriksa, tanda tangan petugas dan jenis Tindakan yang diberikan kepada pasien. Apabila didalam menuliskan isi rekam medis mengalami kekeliruan maka pada kalimat atau kata yang salah dicoret sekali lalu dibubuhi paraf dan tanggal.

Rekam medis rawat jalan paling sedikit berisi:

- a. Identitas pasien meliputi Nomor rekam medis, Nama pasien, tempat tanggal Lahir, Nomor Induk Kependudukan (NIK), Jenis Kelamin, Suku/Ras, Pekerjaan, Alamat rumah, Nomor Telepon
- b. tanggal dan waktu;
- c. hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
- d. penyakit;
- e. hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
- f. diagnosis
- g. rencana penatalaksanaan
- h. pengobatan dan/ atau tindakan;
- i. pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien

- j. persetujuan dan penolakan tindakan jika diperlukan;
- k. untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik;
- l. nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi dan atau tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan.

Rekam medis pasien rawat inap sekurang-kurangnya berisi:

- a. identitas pasien;
- b. tanggal dan waktu;
- c. hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
- d. hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
- e. diagnosis
- f. rencana penatalaksanaan;
- g. pengobatan dan/ atau tindakan;
- h. persetujuan tindakan jika diperlukan;
- i. catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
- j. ringkasan pulang (*discharge summary*) nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi dan atau tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan
- k. nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi dan atau tenaga kesehatan yang m emberikan pelayanan Kesehatan
- l. pelayanan lain yang telah dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu
- m. untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik
- n. nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayana kesehatan.

Rekam Medis untuk pasien gawat darurat ditambahkan isian berupa

- a. identitas pasien;
- b. kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan;
- c. identitas pengantar pasien;
- d. tanggal dan waktu;
- e. hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
- f. hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
- g. diagnosis;
- h. rencana penatalaksanaan;
- i. pengobatan dan/ atau tindakan;
- j. ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan di unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut;
- k. nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi dan atau tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan;
- l. sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain.

D. PENGOLAHAN DATA DAN PENKODEAN

1. Pengolahan data dilaksanakan oleh petugas pendaftaran yang berkompeten dan pengkodean penyakit dilaksanakan menggunakan ICD X dilakukan oleh petugas ruang pemeriksaan.
2. Pengkodean family folder dikelompokkan berdasar desa (01 : Desa Katelan, 02 : Desa Dukuh, 03 : Desa Jekawal, 04 : Desa Ga,leh, 05 : Desa Ngrombo , 06 : Desa Sigit , 07 : Desa Denanyar Kode 08 : Luar wilayah,luar kecamatan dalam kabupaten sragen ,Kode 09 : Luar kabupaten sragen)

E. KLAIM PEMBIAYAAN

Klaim pembiayaan dapat di klasifikasikan dari jenis pasien tersebut apakah pasien BPJS atau JKN KIS, SARASWATI atau pasien umum.

1. Apabila pasien BPJS atau JKN KIS bila pasien tersebut merupakan pasien sesuai faskes maka untuk pelayanan rawat jalan dapat digratiskan, apabila pasien dari luar faskes untuk rawat jalan bisa dilayani maksimal 3x kunjungan dalam kurun waktu satu bulan, selanjutnya dikenakan sesuai tarif yang berlaku, tetapi untuk rawat inap bisa digunakan.
2. Pasien SARASWATI dan Pasien GR (Gratis) untuk kader Kesehatan tidak dipungut biaya.
3. Pasien umum membayar sesuai tarif yang ditentukan berdasarkan tindakan atau jenis pelayanan yang diterimanya

F. PENYIMPANAN REKAM MEDIS

Penyimpanan rekam medis di Puskesmas Tangen disimpan dengan cara sentralisasi atau terpusat di satu tempat dengan sistem penyimpanan wilayah.umumnya dalam satu rekam medis di gunakan oleh satu keluarga (Family Folder)

G. PENJAMINAN MUTU

Penjaminan mutu dengan tenaga yang kompeten yaitu petugas yang ditunjuk dan ditetapkan oleh Kepala Puskesmas yang mempunyai tugas berdasar kompetensi dan kewenangannya. Penjaminan mutu juga dengan pelaksanaan monitoring oleh Tim Mutu diantaranya dengan melaksanakan audit kepatuhan identifikasi pasien.

H. PELEPASAN INFORMASI KESEHATAN

Pelepasan informasi kesehatan tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan dapat dibuka dalam hal :

1. untuk klaim asuransi,
2. bukti untuk persidangan (visum),
3. audit medis,

4. penanganan kejadian luar biasa/wabah penyakit menular/kedaruratan kesehatan/bencana,
5. pendidikan dan penelitian,

I. PEMUSNAHAN REKAM MEDIS

1. Rekam medis pasien rawat inap wajib disimpan sekurang-kurangnya jangka waktu 5 (lima) tahun sejak pasien dipulangkan dan setelah melampaui rekam medis dapat dimusnahkan, kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medis dimusnahkan sekurang-kurangnya jangka waktu 10 (sepuluh) tahun sejak pasien dipulangkan
2. Rekam medis pasien rawat jalan wajib disimpan sekurang-kurangnya 2 (dua) tahun dan dapat dimusnahkan setelah batas waktu terlampaui.

J. RIWAYAT ALERGI

Riwayat alergi pasien biasanya ditulis dibagian formulir rekam medis pasien yang bersangkutan.

K. SINGKATAN YANG BOLEH DIPAKAI DAN TIDAK BOLEH DIPAKAI
DALAM REKAM MEDIS

1. SINGKATAN YANG BOLEH DIPAKAI DALAM REKAM MEDIS

NO	KATEGORI	SINGKATAN	KETERANGAN
1	Hasil Pemeriksaan	KU PF BB TB PB T/TD S N RR RPS RPD RPK An Tn Ny Nn Sdr	Keadaan Umum Pemeriksaan Fisik Berat Badan Tinggi Badan Panjang badan Tensi / Tekanan Darah Suhu Nadi Respirasi Rate Riwayat Penyakit Sekarang Riwayat Penyakit Dahulu Riwayat Penyakit Keluarga Anak Tuan Nyonya Nona Saudara
2	Diagnosis a. Pelayanan PU	CA SI Dbn APS Presbo Presmuk Preskep DM NIDDM DB DBD DSS ISK Go CRF TB PPOK Brpn ISPA CC RA CKD AKD OA DC HT AMI/SKA SNH Dexa PCT/Pamol Isdn	Conjungtiva Anemia Sklera Ikterik Dalam Batas Normal Atas Permintaan Sendiri Presentasi Bokong Presentasi Muka Presentasi Kepala Diabetes Melitus Non Insulin Dependen Diabetes Melitus Demam Berdarah Demam Berdarah Dengue Dengue Syok Sindrom Infeksi Saluran Kencing Gonorrhoe Cronik Renal Failure Tuberculosis Penyakit Paru Obstruksi Kronik Bronchopneumonia Infeksi Saluran Pernafasan Atas Common Cold Reumatoid Arthritis Osteo Arthritis Cronik Kidney Disease Acute Kidney Disease Decomp Cordis Hipertensi Akut Miokard Infark/Sindrome Coroner Akut Stroke Non Hemoragik Dexametason Parasetamol Isosorbit dinitrat

		GG CTM Diaz MP HCT Asmef OMZ CPT Gtt Mf Pulv Ac Pc Dtd Im Iv Ic SL Supp Vag Supp	Guainefesin Chlorpheniramine Maleate Diazepam MethylPrednisolon Hidrochlorothiazid Asam Mefenamamat Omeprazole Captopril Gutata (tetes) Dibuat dalam sediaan puyer Ante Cunam (sebelum makan) Post Cunam (setelah makan) Dalam tiap dosis Intra muskuler Intra vena Intra cutan Sub Lingual Masukan di vagina Masukan di anus
--	--	--	---

2. SINGKATAN YANG TIDAK BOLEH DIPAKAI DALAM REKAM MEDIS

SINGKATAN	KETERANGAN
M	Microgram
AD,AS,AU	Right ear , Left ear ,each ear
OD,OS,OU	Rigth eye ,Left eye ,each eye
BT	Bedtime
Cc	Cubic centimeters
D/C	Discharge of Discontinue
11	Injection
IN	Intranasal
HS	Half – strength
Hs	At bedtime, hours of sleep
i.u	International uni
o.d or OD	Once daily
q6PM	Every evening at 6 PM
Per OS	By mouth , orally
q.d or QD	Every other day
SC ,SQ ,sub q	Subcutaneous
U OR u	Unit
UD	As directed (“ ut dictum “)

KEPALA UPTD PUSKESMAS TANGEN,



NUNING EKOWATI