

**PEDOMAN PELAYANAN
REKAM MEDIS**



**PUSKESMAS PONOROGO UTARA
2017**

DAFTAR ISI

BAB I	PENDAHULUAN
	A. Latar Belakang
	B. Tujuan
	C. Sasaran
	D. Ruang Lingkup Pedoman
	E. Batasan Operasional
BAB II	STANDAR KETENAGAAN
	A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia
	B. Distribusi Ketenagaan
	C. Jadwal Kegiatan
BAB III	STANDAR FASILITAS
	A. Denah Ruang
	B. Standar Fasilitas
BAB IV	TATA LAKSANA PELAYANAN
	A. PENAMAAN REKAM MEDIS
	B. PENOMERAN REKAM MEDIS
	C. ALUR REKAM MEDIS
	D. PENCATATAN PELAYANAN KLINIS
	E. FORMULIR DAN CARA PENGISIAN REKAM MEDIS
	F. PROSES PENGOLAHAN REKAM MEDIS
	G. SISTEM PENYIMPANAN REKAM MEDIS
	H. PENGELUARAN DAN PENGEMBALIAN REKAM MEDIS
	I. DISTRIBUSI REKAM MEDIS
	J. RETENSI REKAM MEDIS
	K. PEMBERIAN INFORMASI REKAM MEDIS
BAB V	LOGISTIK
BAB VI	KESELAMATAN KERJA
BAB VII	PENGENDALIAN MUTU

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rekam medis berdasarkan sejarahnya selalu berkembang mengikuti kemajuan ilmu kesehatan dan kedokteran. Sejak masa pra kemerdekaan rumah sakit di Indonesia sudah melakukan pencatatan kegiatan medis, namun belum dilaksanakan dengan baik atau belum mengikuti penataan sistem informasi yang benar.

Dengan adanya Peraturan Pemerintah No. 10 tahun 1966 tentang kewajiban simpan rahasia kedokteran, maka kepada semua petugas kesehatan diwajibkan untuk menyimpan rahasia kedokteran termasuk berkas rekam medis. Hingga saat ini telah ada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis yang mengatur pengelolaan rekam medis di sarana pelayanan kesehatan di seluruh Indonesia.

B. Tujuan Pedoman

Agar penyelenggaraan rekam medis dapat dilaksanakan dengan baik maka harus dilengkapi dengan pedoman pelayanan rekam medis tentang tata cara penyelenggaraan rekam medis yang harus dilaksanakan dan dipatuhi oleh seluruh tenaga kesehatan baik medis, paramedis maupun non medis yang melakukan pelayanan kesehatan di Puskesmas Ponorogo Utara.

C. Sasaran Pedoman

Pedoman ini disusun dilaksanakan dan dipatuhi oleh seluruh tenaga kesehatan baik medis, paramedis maupun non medis yang melakukan pelayanan kesehatan di Puskesmas Ponorogo Utara.

D. Ruang Lingkup Pedoman

Prosedur ini menjelaskan tanggung jawab petugas dalam melaksanakan pelayanan pasien mulai dari menerima pasien, menyiapkan/mencari dokumen rekam medis pasien, mendistribusikan ke masing-masing unit pelayanan, pencatatan dan pendokumentasian pelayanan kesehatan, hingga proses kembalinya berkas rekam medis ke lemari / rak penyimpanan rekam medis.

E. Batasan Operasional

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 dan dokter gigi adalah dokter dan dokter gigi lulusan pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan perundang-undangan.

3. Tenaga kesehatan tertentu adalah tenaga kesehatan yang ikut memberikan pelayanan kesehatan secara langsung kepada pasien selain dokter dan dokter gigi.
4. 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.
5. Catatan adalah tulisan yang dibuat oleh dokter, dokter gigi, dan/atau tenaga kesehatan tertentu tentang segala tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pemberian pelayanan kesehatan.
6. 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 hasil pemeriksaan laboratorium, foto radiologi, gambar pencitraan (*imaging*), dan rekaman elektrodiagnostik.
7. Tracer merupakan pembatas rekam medis atau pengganti dari rekam medis yg sedang dipinjam / meninggalkan rak / lemari penyimpanan rekam medis.

BAB II

STANDAR KETENAGAAN

A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia

Petugas rekam medis di Puskesmas Ponorogo Utara harus memenuhi persyaratan kompetensi sebagai berikut :

1. Pendidikan minimal SMA atau sederajat
2. Mampu mengelola, merencanakan, melaksanakan, mengevaluasi dan menilai mutu rekam medis.
3. Mampu mengelola sumber daya yang tersedia di unit kerja rekam medis untuk dapat mengikuti kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi dibidang informasi kesehatan.
4. Mampu berkolaborasi inter dan intra profesi yang terkait dalam pelayanan kesehatan.

B. Distribusi Ketenagaan

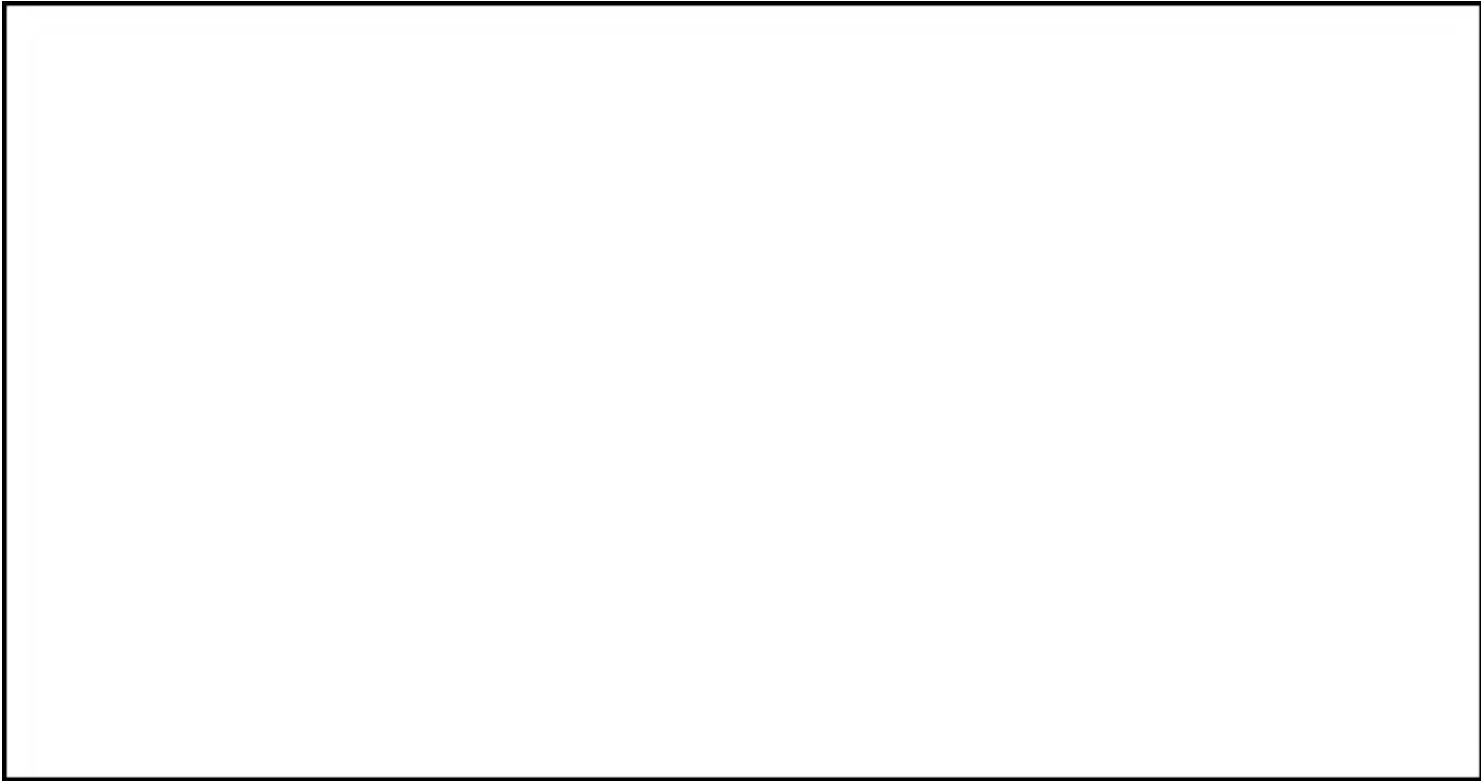
Petugas rekam medis di Puskesmas Ponorogo Utara terdiri dari 3 orang, dengan latar belakang pendidikan SMA. Penanggung jawab pelayanan rekam medis telah menjalani workshop pengelolaan rekam medis.

C. Jadwal Kegiatan

Pelayanan rekam medis dilaksanakan setiap hari pada jam pelayanan pasien.

BAB III
STANDAR FASILITAS

A. Denah Ruang



B. Standar Fasilitas

Alat penyimpanan yang baik, penerangan yang baik, pengaturan suhu dan pemeliharaan ruangan sangat penting untuk dijadikan perhatian dalam penyelenggaraan pelayanan rekam medis, sehingga dapat membantu memelihara dan mendorong semangat kerja serta dapat meningkatkan produktivitas petugas yang bekerja di bagian ruang penyimpanan.

Alat penyimpanan rekam medis yang dipakai di UPT Puskesmas Ponorogo Utara berupa rak terbuka. Kelebihan penggunaan rak terbuka adalah :

- Harganya lebih murah
- Petugas dapat mengambil atau menyimpan rekam medis lebih cepat
- Menghemat ruangan dan menampung lebih banyak rekam medis dan tidak terlalu memakan tempat.

BAB IV
TATA LAKSANA PELAYANAN

A. PENAMAAN REKAM MEDIS

Sistem penamaan rekam medis bertujuan untuk memberikan identitas kepada seorang pasien serta untuk membedakan antara pasien satu dengan pasien yang lainnya, sehingga mempermudah proses pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien yang datang berobat ke Puskesmas.

Tata cara penulisan nama pasien di Puskesmas meliputi antara lain :

- 1. Nama pasien sendiri yang terdiri dari satu suku kata atau lebih;
- 2. Penulisan nama sesuai dengan kartu tanda pengenal (KTP / SIM/ Paspor/ kartu pelajar/ lainnya) yang masih berlaku;
- 3. Tidak diperkenankan adanya pencantuman title/ jabatan/ gelar;
- 4. Perkataan / sebutan Tuan, Saudara, Bapak, Ibu, Nyonya, dan sebagainya tidak dicantumkan dalam penulisan nama pasien;
- 5. Apabila pasien berkewarganegaraan asing maka penulisan namanya harus disesuaikan dengan Paspor yang berlaku di Indonesia;

Dengan penulisan nama pasien sesuai KTP/ SIM/ Paspor/ kartu identitas lainnya, diharapkan seorang pasien hanya memiliki satu nomor rekam medis di Puskesmas. Apabila ditemukan seorang pasien memiliki lebih dari satu nomor rekam medis, maka nomor rekam medis keduanya harus digabungkan dan berkas rekam medis keduanya juga digabung. Nomor rekam medis yang digunakan adalah nomor rekam medis yang terdaftar terlebih dahulu. Tetapi terlebih dahulu harus dicocokkan antara data-data pendukung yang lain, antara lain tanggal lahir, alamat, jenis kelamin, serta identitas lainnya sehingga bisa dipastikan bahwa keduanya adalah orang yang sama.

Contoh penggabungan nomor :

Nama Pasien	: Ani Rahmawati
Nomer Pasien 1	: 001234
Nomer Pasien 2	: 003456
Setelah digabungkan maka pada :	
Nomer pasien 1	: 001234 → Ani Rahmawati
Nomer pasien 2	: 003456 → Lihat No. 001234

B. PENOMERAN REKAM MEDIS

Penyimpanan berkas rekam medis pada Puskesmas Ponorogo Utara disimpan berdasarkan nomor pasien, yaitu nomer Rekam Medis pada saat pertama kali mendaftar ke Puskesmas Ponorogo Utara.

Sistem penomeran rekam medis yang diselenggarakan di Puskesmas Ponorogo Utara adalah dengan cara “*Unit Numbering System*”. Dengan sistem ini, pada saat pasien datang pertama kali untuk berobat maka pasien tersebut mendapatkan satu nomer rekam medis yang mana nomer tersebut akan dipakai selamanya untuk kunjungan-kunjungan selanjutnya, dan berkas rekam medis pasien tersebut akan tersimpan dengan satu nomer pasien.

Dalam hal pemberian nomer pasien dengan menggunakan system unit, kepada petugas yang memberikan nomer masuk (*admission number*), diperintahkan agar selalu mengecek apakah seorang pasien sudah pernah berkunjung ke Puskesmas sebelumnya. Jika pasien pernah melakukan kunjungan sebelumnya, maka pasien tidak akan diberikan nomer baru, karena pasien secara otomatis telah memiliki nomer rekam medis pada kunjungan yang lalu. Kadang – kadang terjadi kekeliruan dimana seorang penderita yang sudah pernah berkunjung diberikan lagi nomer baru, padahal ia telah mempunyai nomer. Kekeliruan ini dapat diperbaiki dengan membatalkan nomer baru dan tetap menyimpan rekam medisnya pada nomer yang telah ada.

Data – data pasien harus ditulis pada saat penderita masuk pada **Database Index Pasien** baik pada pencatatan manual maupun komputer, yang akan tersimpan menjadi master pasien. Database index pasien merupakan salah satu cara untuk menunjang kelancaran pelayanan terhadap pasien, karena apabila seorang pasien lupa membawa kartu berobat maka database index pasien akan membantu untuk mencari data pasien yang diperlukan. Database index pasien merupakan kunci utama bagi setiap pasien, sehingga mutlak harus dibuat. Database index pasien setiap pasien baru disimpan selamanya pada instansi yang bersangkutan. Database index pasien memuat data identitas pasien yang harus dibuat secara terperinci dan lengkap, antara lain :

1. Nama lengkap pasien
2. Nomer Rekam Medis
3. NIK
4. Tempat/tanggal lahir
5. Alamat lengkap
6. Nama Ayah
7. Nama Ibu
8. Nama Suami
9. Agama
10. Pekerjaan
11. Status Pernikahan
12. Penanggung jawab
13. Tanggal kunjungan awal

Puskesmas menggunakan nomer yang dimulai dari 000001 sampai dengan 999999 yang merupakan sumber (patokan) dalam pemberian nomer yang dapat berjalan sampai bertahun-tahun. Nomer-numer tersebut tersusun dan tersimpan secara otomatis di dalam komputer. Pengontrolan dilakukan untuk mengetahui sejauh mana penggunaan nomer dan tanggung jawab pendistribusian nomer rekam medis dilakukan oleh penanggung jawab pelayanan rekam medis.

Merubah sistem penomeran rekam medis dapat dilaksanakan mengikuti langkah-langkah sebagai berikut :

1. Tentukan satu tanggal untuk memulai satu perubahan, sebaiknya pada tanggal permulaan tahun.
2. Mulailah dengan memakai awal nomor baru (missal 000001).
3. Berikan nomer baru pada penderita yang sudah pernah berkunjung sekalipun, ambil berkas rekam medis mereka yang lama dan simpan menjadi satu di dalam berkas rekam medis nomer yang baru.
4. Lakukan penataan ulang rekam medis sesuai penomeran yang baru.

C. ALUR REKAM MEDIS

Berikut adalah alur rekam medis pada pasien rawat jalan di Puskesmas Ponorogo Utara :

1. Pasien mendaftar ke loket pendaftaran
2. Di loket pendaftaran :
 - a. Untuk pasien baru, petugas pendaftaran terlebih dulu melakukan prosedur pendaftaran pasien baru, kemudian menyiapkan berkas rekam medis pasien baru.
 - b. Bagi pasien kunjungan ulang atau pasien lama, harus menunjukkan kartu berobat, selanjutnya petugas akan menyiapkan berkas Rekam Medis pasien lama tersebut.
 - c. Apabila pasien lupa membawa kartu berobat maka berkas rekam medis pasien lama dapat ditemukan dengan mengetahui nomer rekam medis melalui pencarian pada Database Index Pasien.
3. Berkas rekam medis diantar ke unit pelayanan oleh petugas yang telah diberi kewenangan untuk membawa berkas rekam medis.
4. Petugas pemberi pelayanan mencatat riwayat penyakit, hasil pemeriksaan, diagnosis, terapi dan pelayanan lainnya yang diberikan pada berkas rekam medis.
5. Petugas unit pelayanan mencatat pada buku register pasien rawat jalan antara lain : tanggal kunjungan, nama pasien, nomer rekam medis, jenis kunjungan, pelayanan yang diberikan, dan sebagainya.
6. Setelah pemberian pelayanan kesehatan di unit pelayanan selesai, maka petugas poli pelayanan mengembalikan seluruh berkas rekam medis pasien rawat jalan kepada bagian rekam medis paling lambat **1 x 24 jam setelah selesai pelayanan**.
7. Petugas rekam medis memeriksa kelengkapan pengisian rekam medis dan untuk yang belum lengkap dikembalikan ke unit pelayanan yang bersangkutan untuk diupayakan kelengkapannya.
8. Berkas rekam medis disimpan berdasarkan nomer rekam medisnya.

D. PENCATATAN PELAYANAN KLINIS

1. Penanggung Jawab Pengisian Rekam Medis

Puskesmas Ponorogo Utara sebagai salah satu sarana pelayanan kesehatan wajib membuat rekam medis. Yang berhak mengisi rekam medis adalah yang memenuhi kriteria sebagai berikut :

- a. Dokter umum, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang telah mendapatkan pendelegasian wewenang klinis, yang melayani pasien di Puskesmas.
- b. Dokter tamu yang merawat pasien di Puskesmas.
- c. Tenaga paramedis yang terlibat dalam asuhan perawatan pasien.

2. Ketentuan Pengisian Rekam Medis

Rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan dengan ketentuan sebagai berikut :

- 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, disertai nama terang dan tanggal pemberian pelayanan.
- c. Pencatatan yang dibuat oleh mahasiswa kedokteran atau mahasiswa lainnya ditandatangani dan menjadi tanggung jawab dokter penanggung jawab pelayanan.
- d. Petugas pemberi layanan dapat memperbaiki kesalahan penulisan dan melakukannya pada saat itu juga serta dibubuhi paraf.
- e. Penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan.

E. FORMULIR DAN CARA PENGISIAN REKAM MEDIS

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomer 269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis, isi formulir rekam medis dibedakan menurut jenisnya antara lain sebagai berikut :

1. Isi formulir rekam medis untuk pasien rawat jalan sekurang-kurangnya memuat :

- 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. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien;
- i. Odontogram klinik (untuk pasien kasus gigi); dan
- j. Persetujuan tindakan bila diperlukan;

2. Isi formulir rekam medis untuk pasien gawat darurat sekurang-kurangnya memuat :

- a. Identitas pasien;

- b. Kondisi saat pasien tiba di Puskesmas;
 - 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. Pengobatan dan/atau tindakan;
 - i. Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan unit pelayanan gawat darurat dan rencana tindak lanjut;
 - j. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, dan/atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
 - k. Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan yang lain;
 - l. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien;
3. Isi formulir rekam medis pasien dalam keadaan bencana, selain memenuhi ketentuan sebagaimana tercantum pada rekam medis pasien gawat darurat ditambah dengan :
- a. Jenis bencana dan lokasi dimana pasien ditemukan;
 - b. Kategori kegawatan dan nomor pasien bencana masal; dan
 - c. Identitas yang menemukan pasien;
4. Pelayanan yang diberikan dalam ambulans atau pengobatan masal dicatat dalam rekam medis sesuai ketentuan rekam medis pasien gawat darurat dan disimpan pada Puskesmas Ponorogo Utara.

Formulir rekam medis seperti tersebut di atas harus diisi secara tertulis, lengkap dan jelas. Lembaran-lembaran formulir rekam medis harus diberi pelindung berupa map disertai penjepit (fastener) yang bertujuan untuk :

- Memelihara keutuhan susunan lembaran-lembaran rekam medis
- Mencegah terlepas atau tersobeknya lembaran, sebagai akibat dari sering dibolak baliknya lembaran tersebut.

F. PROSES PENGOLAHAN REKAM MEDIS

1. Penataan Berkas Rekam Medik

Penataan berkas rekam medis pasien rawat jalan meliputi :

- a. Lembar persetujuan Umum / General Consent
- b. Lembar Pengkajian Pasien dari masing – masing unit pelayanan
- c. Hasil pemeriksaan penunjang
- d. Lembar konsultasi / rujukan internal

2. Pemberian Kode

Kegiatan dan tindakan serta diagnosis yang ada di rekam medis harus diberi kode dan selanjutnya di indeks agar memudahkan pelayanan pada penyajian informasi untuk menunjang fungsi perencanaan, manajemen, dan riset bidang kesehatan.

Kode klasifikasi penyakit oleh WHO bertujuan untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit, cedera, gejala dan factor yang mempengaruhi kesehatan. Puskesmas Ponorogo Utara menggunakan klasifikasi penyakit ICD X (International Statitital Classification Diseases X) untuk pengkodean penyakit.

Penetapan diagnosis seorang pasien merupakan kewajiban, hak dan tanggung jawab dokter (tenaga medis) yang terkait. Diagnosis yang ada dalam rekam medis harus diisi dengan lengkap dan jelas sesuai dengan arahan yang ada pada buku ICD X. Tenaga medis sebagai seorang pemberi kode bertanggung jawab atas keakuratan kode dari suatu diagnosis yang ditetapkan.

G. SISTEM PENYIMPANAN REKAM MEDIS

Lokasi penyimpanan rekam medis di Puskesmas Ponorogo Utara menggunakan sistem sentralisasi, yaitu penyimpanan rekam medis seorang pasien dalam satu kesatuan dari setiap catatan-catatan kunjungan masing-masing unit pelayanan.

Sementara dilihat dari nomornya, penyimpanan rekam medis di Puskesmas Ponorogo Utara dengan sistem nomer langsung (*Straight Numerical Filling System*), yaitu penyimpanan rekam medis dalam rak penyimpanan secara berturut sesuai dengan urutan nomernya.

Pada deretan map-map rekam medis yang disimpan di rak harus diberi tanda petunjuk guna mempercepat pekerjaan menyimpan dan menemukan rekam medis. Jumlah petunjuk tergantung dari rata-rata tebalnya sebagian besar map-map rekam medis tersebut.

H. PENGELUARAN DAN PENGEMBALIAN REKAM MEDIS

Ketentuan pokok tentang pengeluaran dan pengembalian rekam medis yang harus ditaati di tempat penyimpanan adalah :

1. Rekam medis tidak boleh keluar dari ruang penyimpanan rekam medis, tanpa tanda keluar (*tracer*) / kartu peminjaman rekam medis. Peraturan ini tidak hanya berlaku bagi orang-orang di luar rekam medis, tetapi juga bagi petugas rekam medis sendiri.
Tanda keluar (*tracer*) adalah suatu alat yang penting untuk mengawasi penggunaan rekam medis. Dalam penggunaannya, *tracer* ini diletakkan sebagai pengganti pada tempat berkas rekam medis yang keluar dari rak penyimpanan. *Tracer* tetap berada di rak tersebut sampai berkas rekam medis yang keluar kembali ke tempat semula. *Tracer* terbuat dari bahan kertas yang tebal dan kuat, yang berwarna kontras dengan map rekam medis dengan tujuan mempercepat petugas melihat tempat-tempat penyimpanan kembali berkas rekam medis yang bersangkutan.
2. Seseorang yang menerima / meminjam rekam medis, berkewajiban untuk mengembalikan dalam keadaan baik dan tepat waktunya, yaitu maksimal 1 x 24 jam sejak berkas rekam medis dipinjam.
3. Rekam medis tidak dibenarkan keluar dari Puskesmas, kecuali pada keadaan berikut :
 - 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.
4. Permintaan persetujuan sebagaimana tersebut di atas harus dilakukan secara tertulis kepada Kepala Puskesmas Ponorogo Utara.
 5. Pada saat rekam medis dikembalikan ke bagian rekam medis, sebelumnya harus disortir menurut nomer rekam medis, sebelum disimpan. Hal ini membantu memudahkan pekerjaan penyimpanan / pengembalian.
 6. Pengeluaran dan pengembalian rekam medis ke dalam rak penyimpanan rekam medis hanya boleh dilakukan oleh petugas rekam medis. Dokter / dokter gigi / tenaga kesehatan tertentu / pegawai lainnya tidak diperkenankan mengambil rekam medis dari tempat penyimpanannya.
 7. Rekam medis yang sampulnya rusak atau lembarannya lepas, harus segera diperbaiki untuk mencegah makin rusak / hilangnya lembaran-lembaran yang diperlukan.
 8. Pemeriksaan berkala terhadap penyimpanan rekam medis dilakukan secara periodik **(1 bulan sekali)**, untuk menemukan salah simpan dan menemukan tracer yang rekam medisnya belum dikembalikan.
 9. Petugas rekam medis harus memelihara kerapian dan keteraturan rekam rak – rak penyimpanan yang menjadi tanggung jawabnya.

I. DISTRIBUSI REKAM MEDIS

Distribusi rekam medis di Puskesmas Ponorogo Utara dilakukan dengan cara manual yaitu diserahkan dari satu tempat ke tempat lainnya. Petugas bagian rekam medis membuat jadwal pengiriman dan pengambilan untuk berbagai macam unit pelayanan klinis yang ada di Puskesmas. Frekuensi pengiriman dan pengambilan ini ditentukan sesuai jumlah rekam medis yang akan didistribusikan.

Petugas rekam medis tidak dapat mengirim satu persatu berkas rekam medis secara mendadak. Untuk itu unit pelayanan yang memerlukan rekam medis untuk keperluan darurat harus mengirim petugasnya untuk mengambil sendiri ke bagian rekam medis.

J. RETENSI REKAM MEDIS

Retensi atau penyusutan rekam medis adalah suatu kegiatan pengurangan berkas rekam medis dari rak penyimpanan. Rekam medis pada Puskesmas Ponorogo Utara wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 2 (dua) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat. Setelah batas waktu 2 (dua) tahun, rekam medis dapat dimusnahkan.

Tujuan retensi rekam medis antara lain :

1. Mengurangi jumlah rekam medis yang semakin bertambah
2. Menyiapkan fasilitas yang cukup untuk tersedianya tempat penyimpanan berkas rekam medis yang baru.

3. Tetap menjaga kualitas pelayanan dengan mempercepat penyiapan rekam medis jika sewaktu-waktu diperlukan.
4. Menyelamatkan rekam medis yang bernilai guna tinggi serta mengurangi yang tidak bernilai guna / nilai guna rendah atau nilai gunanya telah menurun.

Pemusnahan rekam medis adalah proses kegiatan penghancuran secara fisik arsip rekam medis yang telah berakhir fungsi dan nilai gunanya. Penghancuran dilakukan secara total dengan cara membakar habis, mencacah atau dar ulang sehingga tidak dapat dikenal lagi isi maupun bentuknya. Dalam hal pemusnahan rekam medis, harus dibentuk tim pemusnah berkas rekam medis dengan surat Keputusan Kepala Puskesmas yang beranggotakan sekurang-kurangnya dari bagian : Tata Usaha, Unit Pelayanan Rekam Medis, Unit Pelayanan Rawat Jalan. Berita acara pemusnahab dikirim ke Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo.

K. PEMBERIAN INFORMASI REKAM MEDIS

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 Kepala Puskesmas.
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 persetujuan sebagaimana tersebut di atas harus dilakukan secara tertulis kepada Kepala Puskesmas Ponorogo Utara.
4. Penjelasan tentang isi rekam medis hanya boleh dilakukan oleh dokter atau dokter gigi yang merawat pasien dengan permohonan izin tertulis pasien atau berdasarkan peraturan perundang-undangan.
5. Penjelasan isi rekam medis bisa dilakukan secara tertulis atau langsung kepada pemohon tanpa izin pasien berdasarkan peraturan perundang-undangan.

BAB V

LOGISTIK

Kebutuhan logistik untuk pelaksanaan pelayanan rekam medis Puskesmas Ponorogo Utara direncanakan dalam RUK dan RPK Puskesmas Ponorogo Utara, dan dibebankan pada anggaran operasional BLUD Puskesmas Ponorogo Utara.

BAB VII

KESELAMATAN KERJA

Faktor keselamatan harus diperhatikan terutama pada bagian penyimpanan rekam medis. Hal – hal yang perlu diperhatikan antara lain sebagai berikut :

1. Peraturan keselamatan harus tertulis dengan jelas di setiap bagian penyimpanan, harus dicetak dan bisa dibaca oleh setiap petugas rekam medis yang akan melakukan pengambilan / pengembalian rekam medis, sehingga kemungkinan kecelakaan kerja bisa diminimalkan.
2. Ruang gerak yang cukup harus disediakan, memisahkan rak-rak penyimpana.
3. Penerangan lampu yang cukup baik, menghindarkan kelelahan penglihatan petugas.
4. Perlu diperhatikan suhu dan kelembapan ruangan, aliran udara, pencegahan debu dan pencegahan bahaya kebakaran.

BAB VIII

PENGENDALIAN MUTU

Puskesmas Ponorogo Utara harus senantiasa meningkatkan mutu pelayanan rekam medis, dengan melakukan hal – hal berikut :

1. Petugas unit pelayanan rekam medis harus mengadakan pertemuan minimal sekali dalam sebulan, dengan menitikberatkan perhatian pada perbaikan mutu pelayanan. Idealnya petugas unit pelayanan rekam medis harus mempelajari masalah – masalah yang sering terjadi di dalam proses pengisian rekam medis.
2. Petugas rekam medis selalu memeriksa berkas rekam medis yang dikembalikan ke bagian rekam medis sebelum dikembalikan ke rak penyimpanan. Jika didapati berkas rekam medis yang tidak lengkap atau tidak memenuhi standar, maka dilakukan klarifikasi dengan unit pelayanan / petugas yang melayani pasien.
3. Di dalam menyeragamkan isi rekam medis, bentuk, ukuran serta retensi rekam medis yang sudah tidak aktif, harus dilakukan koordinasi antara unit pelayanan rekam medis dengan unit pelayanan dan perwakilan masing-masing profesi tenaga kesehatan yang terlibat pengisian rekam medis.