



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MOEWARDI
KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MOEWARDI
NOMOR : 5750/2024

TENTANG

REKAM MEDIS ELEKTRONIK
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MOEWARDI

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MOEWARDI

- Menimbang : a. bahwa rekam medis merupakan dokumen milik pasien yang harus dijaga kerahasiaannya oleh dokter, perawat maupun rumah sakit dan hanya untuk kepentingan kesehatan pasien, memenuhi permintaan aparatur penegak hukum dalam rangka penegakan hukum, permintaan pasien sendiri, atau berdasarkan ketentuan perundang-undangan;
- b. bahwa dalam rangka menjaga kerahasiaan pasien dan tertib administrasi, perlu adanya Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi;
- c. bahwa Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi Nomor 10.657/2024 tentang Rekam Medis sudah tidak sesuai dengan kondisi pada saat ini;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, b dan c perlu ditetapkan Rekam Medis Elektronik Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi dengan Peraturan Direktur.

DOKUMEN MASTER

06 JUN 2024

- Mengingat : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2008 Tentang Informasi dan Transaksi Elektronik;
2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah;
3. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2023 Tentang Provinsi Jawa Tengah;
4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang pemerintahan Daerah;
5. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2020 Tentang Bea Meterai;
6. Undang – Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
7. Peraturan Pemerintah RI Nomor 46 Tahun 2014 Tentang Sistem Informasi Kesehatan,
8. Peraturan Pemerintah RI Nomor 71 Tahun 2019 Tentang Penyelenggaraan Sistem Dan Transaksi Elektronik;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 290/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Medis;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2012 tentang Rahasia Kedokteran;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013 Tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis;
13. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
14. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 8 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah dan Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jawa Tengah;
15. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 71 Tahun 2021 tentang Pembentukan, Kedudukan, Tugas Pokok, Fungsi dan Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi kelas A;

16. Keputusan Gubernur Jawa Tengah Nomor : 821.2/261/2023 tanggal 14 Juni 2023 tentang Pengangkatan dalam Jabatan Pimpinan Tinggi Pratama di lingkungan Pemerintah Provinsi Jawa Tengah menunjuk Dr. dr. Cahyono Hadi, Sp. OG NIP. 196411161997031003 Pembina Utama Madya sebagai Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi Provinsi Jawa Tengah.

MEMUTUSKAN

Menetapkan : PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MOEWARDI TENTANG REKAM MEDIS ELEKTRONIK

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam peraturan ini yang dimaksud dengan:

- (1) Rekam Medis Elektronik (RME) adalah dokumen/rekaman/hasil inputan atau sekumpulan data elektronik yang berisikan catatan/tulisan dan dokumen tentang identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien atau berupa gambar, foto, video atau berupa suara,
- (2) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) adalah dokter yang bertanggung jawab terhadap asuhan pasien sejak pasien masuk sampai pulang dan mempunyai kompetensi dan kewenangan klinis sesuai surat penugasan klinisnya;
- (3) Dokter/DPJP Pemberi Delegasi adalah Dokter/ Dokter Spesialis/Sub. Spesialis yang memberikan/mendelegasikan kewenangan kepada dokter lain dengan kompetensi sama untuk melakukan visite/pemeriksaan pada pasien yang menjadi tanggung jawabnya dan melakukan verifikasi *finger print* pada Ringkasan Pulang/Resume Medis apabila memulangkan pasien;

- (4) Dokter Penerima Delegasi adalah dokter yang menggantikan sementara sesuai dengan kesepakatan waktu yang memberi delegasi untuk melakukan *visite*, verifikasi SOAP, verifikasi ringkasan pulang dengan *finger print*, memberi pengobatan dengan kewenangan yang diberikan dan tanggung jawab tetap pada DPJP pemberi delegasi;
- (5) Dokter/Dokter Spesialis/sub spesialis rawat bersama (raber) adalah dokter/DPJP yang memberikan pelayanan kesehatan pada pasien karena kasus yang kompleks sehingga membutuhkan kompetensi pelayanan lebih dari 1 (satu) dokter spesialis dan menginput diagnosa pada ringkasan pulang/resume medis sesuai dengan temuannya,
- (6) Dokter/Dokter Spesialis/sub spesialis menyerahkan pasien adalah dokter/DPJP karena satu dan lain hal menyerahkan tanggung jawab dan wewenang merawat pasien secara penuh kepada dokter/DPJP lain yang kompetensinya sama;
- (7) PPDS (Program Pendidikan Dokter Spesialis) adalah dokter umum yang mengikuti pendidikan kedokteran spesialis yang diberikan kewenangan klinis untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien dibawah bimbingan/pengawasan dan tanggung jawab DPJP dibuktikan adanya verifikasi/notifikasi DPJP dengan *finger print* dan akan muncul tanda tangan (TT) DPJP dan kalimat “telah diverifikasi” sebagai bukti tanggung jawab DPJP kecuali pada ringkasan pulang setelah diverifikasi akan muncul *barcode* DPJP,
- (8) Profesional Pemberi Asuhan (PPA) adalah mereka yang secara langsung memberikan asuhan kepada pasien antara lain DPJP, PPA, Dietisien, Apoteker dan lainnya
- (9) *Username* adalah nama identitas seseorang yang digunakan untuk membuka/mengakses Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM RS) sebagai bukti pertanggungjawaban dalam melakukan inputan bukti pelayanan atau hak mendapatkan informasi riwayat kesehatan pasien atau membaca melakukan edit inputan, koreksi RME dan hanya satu *username* bagi setiap pengguna yang terdaftar dalam ketentuan Direktur,
- (10) 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.

- (11) Dokumen (manual atau elektronik) adalah catatan/inputan dokter, dokter gigi, dan/atau tenaga kesehatan lainnya, laporan hasil pemeriksaan penunjang catatan observasi dan pengobatan harian dan semua rekaman, baik berupa foto, foto radiologi, gambar pencitraan (*imaging*), elektronik, rekaman elektrodagnostik, video, foto, rekaman suara, hasil *scan* diagnosa/hasil *scan* alih media dari rekam medis konvensional kedalam RME.
- (12) Alih media rekam medis adalah rekam medis manual/kertas di scan dan dimasukkan dalam SIM RS atau hasil scan di upload dalam SIM RS dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan sebagai RME pasien;

Pasal 2

- (1) Rekam medis harus dibuat secara tertulis atau diinput secara elektronik, lengkap disertai tanggal dan jam,urut, konsisten, dapat dibaca, serta dilegalakan nama terang dan tanda tangan elektronik/paraf staf klinis/PPA yang menulis/menginput RME sesuai *username* masing-masing PPA,
- (2) Rekam medis elektronik pasien tersedia untuk pasien rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, dalam keadaan bencana dan pemeriksaan penunjang dalam elektronik atau manual.
- (3) Setiap pasien hanya memiliki satu nomor rekam medis berlaku selamanya (*Unit Numbering System*).
- (4) Setiap pasien diidentifikasi dengan mencantumkan:
- Nomor Rekam Medis (RM)
 - NIK (nomor induk kependudukan)
 - Barcode* Nomor RM dan NIK
 - Nama sesuai dengan KTP/Paspor/BPJS/atau Identitas lain yang sah,
 - Tanggal lahir pasien

BAB II
ISI REKAM MEDIS
Pasal 3

- (1) Isi rekam medis elektronik untuk pasien rawat jalan sekurang-kurangnya memuat:
- a. identitas Pasien;
 - b. tanggal dan waktu;
 - c. hasil anamnesis, sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
 - d. hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis;
 - e. diagnosis;
 - f. rencana penatalaksanaan;
 - g. pengobatan dan/atau tindakan;
 - h. pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien;
 - i. untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik; dan
 - j. persetujuan tindakan bila diperlukan (*Hybrid*).
- (2) Isi rekam medis elektronik untuk rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat:
- a. identitas Pasien;
 - b. tanggal dan waktu;
 - c. hasil anamnesis, 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 bila diperlukan (*Hybrid*);
 - i. catatan opservasi klinis dan hasil pengobatan;
 - j. ringkasan pulang (*discharge summary*);
 - k. nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
 - l. pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu; dan
 - m. untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.
- (3) Isi rekam medis elektronik untuk pasien gawat darurat sekurang-kurangnya:
- 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;
 - f. hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
 - g. diagnosis;
 - h. pengobatan dan/atau tindakan;
 - i. ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut;
 - j. nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
 - k. sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain; dan
 - l. pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
- (4) Isi rekam medis elektronik pasien dalam keadaan bencana, selain memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditambah dengan:
- a. jenis bencana dan lokasi dimana pasien ditemukan;
 - b. kategori kegawatan dan nomor pasien bencana masal; dan
 - c. identitas yang menemukan pasien.
- (5) Isi rekam medis elektronik pasien penunjang:
- a. identitas Pasien;
 - b. tanggal dan waktu sampel
 - c. keterangan klinik,
 - d. tanggal dan waktu opservasi,
 - e. hasil opservasi,
 - f. verifikator,

BAB III

ASESMEN AWAL

Pasal 4

- (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. masalah
 - f. rencana asuhan
- (2) Asesmen awal keperawatan rawat jalan sekurang-kurangnya meliputi:
- a. bio-psiko-sosio-kultural-spiritual;
 - b. ekonomi;
 - c. skrining dan asesmen nyeri;
 - d. status fungsional;
 - e. risiko jatuh;
 - f. risiko nutrisional;
 - 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-sosio-kultural-spiritual;
 - b. ekonomi;
 - c. skrining dan asesmen nyeri;
 - d. status fungsional;
 - e. risiko jatuh;
 - f. risiko nutrisional;
 - g. masalah medis & 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. masalah keperawatan;
 - f. rencana asuhan
 - g. kondisi pasien sebelum meninggalkan unit gawat darurat, instruksi dan rencana tindak lanjut;
 - h. waktu kedatangan, waktu keluar pasien, ringkasan kondisi pasien pada saat keluar IGD;
- (6) Asesmen awal keperawatan gawat darurat sekurang-kurangnya meliputi:
- a. bio-psiko-sosio-kultural-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 kewenangan klinis yang ditetapkan;

Pasal 5

- (1) Asesmen awal rawat inap harus diselesaikan selambat-lambatnya dalam waktu 24 jam pertama setelah pasien masuk rawat inap;
- (2) Asesmen awal rawat jalan harus 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.
- (4) Asesmen gawat darurat harus memuat waktu kedatangan dan keluar pasien

Pasal 6

- (1) Isi rekam medis elektronik untuk pelayanan dokter spesialis atau dokter gigi spesialis dapat dikembangkan sesuai dengan kebutuhan sebagai asesmen tambahan,

- (2) Pelayanan yang diberikan dalam ambulans atau pengobatan masalah dicatat dalam rekam medis dan disimpan sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku dan bisa didokumentasikan dalam RME,

BAB IV
ASESMEN ULANG
Pasal 7

- (1) Asesmen ulang medis, keperawatan dan pemberi asuhan kesehatan lainnya dilaksanakan oleh profesional pemberi asuhan (PPA) yang kompeten dan berwenang sesuai rincian kewenangan klinis yang ditetapkan dan didokumentasikan di ruang pasien dirawat;
- (2) Asesmen ulang medis dilaksanakan minimal satu kali sehari, termasuk akhir minggu / hari libur, untuk pasien akut, pasien kondisi tertentu, pasien melahirkan/setelah melahirkan, pasien-pasien kritis asesmen ulang tanpa batasan waktu;
- (3) Asesmen ulang medis yang dilakukan oleh PPDS kemudian dilakukan validasi oleh DPJP, kemudian DPJP melakukan verifikasi dengan *finger print* sebagai bukti persetujuan/keabsahan;
- (4) Setiap verifikasi *finger print* oleh DPJP diberikan waktu 30 menit untuk validasi ulang tanpa dengan finger;
- (5) Verifikasi asesmen ulang medis, perawat dan tenaga kesehatan lainnya hanya dapat dilakukan diruangan pasien dirawat;
- (6) Asesmen ulang perawat minimal satu kali per shift atau sesuai dengan perubahan kondisi pasien dengan tidak dibatasi waktu dalam Rekam Medis Elektronik;
- (7) Asesmen ulang oleh profesional pemberi asuhan lain dilaksanakan sesuai kondisi pasien dengan tanpa batasan waktu dalam RME,
- (8) Asesmen ulang dapat dilakukan perbaikan/*edit* dalam waktu 2 x 24 oleh DPJP dan setelah waktu tersebut terlampau maka edit asesmen ulang harus seijin Kepala Instalasi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan;
- (9) Apabila ayat delapan (8) disetujui, Kepala Instalasi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan meminta bagian Pengembangan Sistem Informasi untuk membukakan akses DPJP dan setelah diedit sistem menutup kembali;

BAB V
PELAYANAN SEDASI DAN ANESTESI
Pasal 8

- (1) Sebelum pemberian sedasi dan anestesi harus mendapatkan persetujuan pasien, setelah diberikan penjelasan/informasi;
- (2) Identitas pemberi penjelasan harus tercantum dalam rekam medis elektronik;
- (3) Catatan yang harus dilakukan untuk sedasi dan anestesi meliputi tetapi 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 9

Asesmen pra sedasi/anestesi meliputi:

- a) mengidentifikasi setiap permasalahan saluran pernapasan yang dapat mempengaruhi 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 VI
PELAYANAN BEDAH
Pasal 10

- (1) Sebelum pelayanan bedah harus mendapatkan persetujuan dan informasi, setelah diberikan penjelasan tentang:

- a) Risiko dari rencana tindakan operasi;
 - b) Manfaat dari rencana tindakan operasi;
 - c) Kemungkinan komplikasi dan dampak;
 - d) Pilihan operasi atau opsi non operasi (alternatif) yang tersedia untuk menangani pasien;
 - e) Sebagai tambahan, jika dibutuhkan darah atau produk darah, risiko dan alternatifnya didiskusikan;
- (2) Identitas pemberi penjelasan dan informasi 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;
- (4) Untuk mendukung kesinambungan asuhan pasien pasca operasi, laporan operasi dicatat segera setelah operasi selesai, sebelum pasien dipindah dari daerah operasi atau dari area pemulihan pasca anestesi, yang memuat paling sedikit:
- a. Diagnosis pasca operasi;
 - b. Nama dokter bedah dan asistennya;
 - c. Prosedur operasi yang dilakukan dan rincian temuan;
 - d. Ada dan tidak adanya komplikasi;
 - e. Spesimen operasi yang dikirim untuk diperiksa;
 - f. Jumlah darah yang hilang dan jumlah yang masuk lewat transfuse;
 - g. Nomor pendaftaran dari alat yang dipasang (implan);
 - h. Tanggal, waktu, tanda tangan (elektronik) dan nama terang dokter yang bertanggung-jawab;

BAB VII

TRANSFER DAN RUJUKAN

Pasal 11

- (1) Pemindahan pasien antar ruang pelayanan harus dilengkapi dengan transfer pasien secara elektronik;

(2) Transfer pasien elektronik 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;
- i. Pilih DPJP yang dituju (untuk mendapatkan akses RME);
- j. Pilih ruang perawatan yang dituju untuk mendapatkan akses RME;

Pasal 12

(1) Dalam proses rujukan (SISRUTE) 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, transportasinya.

BAB VIII
KONSULTASI, RABER, DELEGASI, ALIH LEADER DAN PENYERAHAN
Pasal 13

- (1) Konsultasi adalah upaya meminta bantuan profesional lain dalam menangani kasus penyakit yang sedang ditangani oleh seorang DPJP kepada dokter spesialis lain sesuai keahliannya;
- (2) Konsultasi hanya dapat dilakukan oleh DPJP kecuali konsultasi ke KPRA atau pasien dengan tindakan kepada dokter spesialis terkait (anestesi dan lain-lain);
- (3) Dokter spesialis raber apabila ingin melakukan konsultasi harus mengusulkan ke DPJP;

Pasal 14

- (1) Raber adalah upaya meminta bantuan profesional lain dalam menangani kasus penyakit yang sedang ditangani sehingga 1 (satu) pasien dapat dirawat lebih dari 1 DPJP, maka DPJP utama sebagai leader;
- (2) Hanya DPJP utama yang dapat melakukan konsultasi ke professional lain sesuai kompetensi yang dibutuhkan dalam perawatan pada pasien;
- (3) Apabila DPJP raber menghendaki konsultasi ke kompetensi lain kecuali pada KPRA, harus menyampaikan usulan pada DPJP Utama sebagai leader;
- (4) Terkait ayat tiga (3) pada kasus tindakan dan atau operasi, DPJP raber dapat melakukan konsultasi langsung pada Anestesi, Jantung dan Paru;

Pasal 15

- (1) Delegasi adalah menyerahkan atau pelimpahan wewenang untuk merawat/terapi pasien dari seorang DPJP satu ke DPJP lainnya dengan kompetensi sama tetapi tanggung jawab tetap pada DPJP pemberi delegasi;
- (2) DPJP Penerima delegasi berkewajiban melakukan verifikasi SOAP sesuai waktu saat memberikan pelayanan dan diberikan waktu selambat-lambatnya 2 x 24 jam dari waktu menerima delegasi;

- (3) DPJP Penerima delegasi dapat melakukan verifikasi resume medis dan tanda tangan lainnya dalam waktu menerima delegasi selambat-lambatnya 2 x 24 jam dari waktu menerima delegasi;
- (4) DPJP Pemberi delegasi dan DPJP penerima delegasi tetap mempunyai hak akses terhadap pasien;
- (5) Setelah selesai waktu pemberian delegasi maka wewenang dan akses pasien kembali kepada pemberi delegasi;

Pasal 16

- (1) Penyerahan DPJP Utama adalah menyerahkan wewenang dan tanggung jawab secara penuh termasuk hak akses RME dari DPJP satu ke DPJP lain sesuai dengan kompetensinya;
- (2) DPJP yang menyerahkan setelah penyerahan tidak mempunyai Hak akses pasien yang diserahkan pada RME;
- (3) Tanggung jawab verifikasi SOAP, resume medis/ringkasan pulang dan catatan lain ada pada DPJP yang menerima penyerahan;
- (4) Penyerahan Raber adalah menyerahkan kembali wewenang dan tanggungjawab secara penuh kepada DPJP leader dikarenakan telah selesai perawatan oleh DPJP raber;
- (5) DPJP raber yang melakukan penyerahan tidak mempunyai hak akses pasien yang diserahkan pada RME;

BAB IX

INFORMED CONSENT & EDUKASI PASIEN

Pasal 17

- (1) Persetujuan Tindakan Kedokteran adalah Persetujuan yang diberikan oleh pasien (keluarga dekat pasien) kepada dokter untuk melakukan Tindakan kedokteran tertentu setelah mendapatkan penjelasan dari dokter yang akan melakukan Tindakan kedokteran pada pasien tentang diagnosis, dasar diagnosis, tindakan kedokteran, tata cara, tujuan, risiko, komplikasi, alternatif dan risiko, hal lain yang perlu disampaikan jika ada;

- (2) Penolakan Tindakan Kedokteran adalah Penolakan untuk dilakukan Tindakan yang diberikan pasien (keluarga dekat pasien) setelah mendapatkan penjelasan dari dokter yang akan melakukan Tindakan kedokteran pada pasien tentang diagnosis, dasar diagnosis, tindakan kedokteran, tata cara, tujuan, risiko, komplikasi, alternatif dan risiko, hal lain yang perlu disampaikan jika ada;
- (3) *Informed Consent* dibuat secara elektronik;
- (4) Tanda tangan PPA/dokter yang melakukan Tindakan/ yang pemberi informasi dengan melakukan verifikasi sehingga muncul tandatangan elektronik *Quick Response Code (QR Code)*, perawat/PPA yang jadi saksi ditarik dari SIM RS dengan melakukan verifikasi;
- (5) Tanda tangan pasien/keluarga dekat yang memberikan persetujuan atau yang menolak tindakan dibuat dengan Tablet atau dengan *touchscreen* (layar sentuh) sebagai bukti sah;

Pasal 18

- (1) Edukasi pasien adalah upaya pemberian informasi yang dilakukan dokter, perawat atau pemberi asuhan lain untuk meningkatkan status Kesehatan pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit;
- (2) Sebagai bukti pasien sudah mendapatkan edukasi dengan bukti tanda tangan pasien dengan Tablet atau dengan *touchscreen* (layer sentuh) sebagai bukti sah;
- (3) Tanda tangan pemberi edukasi sebagai bukti pemberi edukasi dengan menarik dari SIM RS atau dengan Tablet atau dengan *touchscreen* (layer sentuh) sebagai bukti sah;

BAB IX

ALIH MEDIA

Pasal 19

- (1) Alih media adalah mengubah arsip manual ke dalam digital/RME dengan cara scan rekam medis manual dan diupload/diunggah kedalam RME;

- (2) Hasil unggahan dokumen menyatu dengan Rekam Medis Elektronik Pasien;
- (3) Rekam Medis pasien sesuai ayat (2) diatas secara sah merupakan satu kesatuan dengan rekam medis elektronik dimaksud;

BAB X

RINGKASAN PULANG

Pasal 20

- (1) Ringkasan pulang dapat dibuat oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) sebelum pasien pulang atau H-1;
- (2) Ringkasan pulang diberikan kepada pasien, disimpan dalam rekam medis elektronik, dan dapat diberikan kepada tenaga kesehatan yang akan melanjutkan asuhan pasien;
- (3) 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. diagnosa utama, diagnosa akhir dan diagnosa sekunder;
 - e. prosedur terapi dan tindakan yang telah dikerjakan;
 - f. obat yang diberikan termasuk obat setelah keluar rumah sakit/obat yang dibawa pulang;
 - g. kondisi kesehatan pasien saat akan dipulangkan
 - h. instruksi tindak lanjut atau edukasi pada pasien atau keluarganya.
- (4) Ringkasan pulang pasien setelah valid harus dilakukan verifikasi *fingerprint* oleh DPJP dan akan keluar tanda tangan elektronik *Quick Response Code (QR Code)* sebagai bukti persetujuan/keabsahan ringkasan pulang,

BAB XI
SURAT KETERANGAN KEMATIAN, LAPORAN KEMATIAN
DAN SURAT SERAH TERIMA JENAZAH
Pasal 21

- (1) Setiap pasien yang meninggal di RSUD. Dr. Moewardi harus dibuatkan Surat Keterangan Kematian, Laporan Kematian dan Surat Serah Terima Jenazah;
- (2) Surat keterangan kematian berisi nama, tanggal lahir, NIK, alamat, nomor RM, jenis kelamin, status perkawinan, orang tua kandung, agama, warga negara, hari, jam, tanggal, bulan, tahun kematian, boleh dimandikan atau tidak, ada keluarga apa tidak dan lain-lain;
- (3) Surat Keterangan Kematian ditanda tangani DPJP berupa tanda tangan elektronik *Quick Response Code (QR Code)* sebagai bukti hukum keabsahan surat keterangan kematian dan diserahkan ke keluarga pasien apabila diperlukan;
- (4) Laporan kematian memuat identitas pasien sesuai KTP, tanggal kematian, tanggal masuk rumah sakit, diagnosa masuk, diagnosa akhir, penyebab langsung kematian, penyebab antara dan penyebab dasar kematian dan di tandatangani DPJP berupa tanda tangan elektronik *Quick Response Code (QR Code)*;
- (5) Serah terima jenazah dari ruangan ke IKF berisi nama pasien, tanggal lahir, nomor RM, nama ayah dan ibu kandung, warganegara, alamat lengkap sesuai KTP, hari-jam-bulan-tahun meninggal, diagnosis penyebab langsung, penyebab antara, penyebab dasar, termasuk kematian umur 0-7 (tujuh) hari termasuk lahir mati, penyebab utama bayi, penyebab utama ibu, keterangan (boleh dimandikan, keluarga dll dan tanda tangan yang menyerahkan dan yang menerima secara elektronik atau manual;

BAB XII
KOREKSI/EDIT REKAM MEDIS ELEKTRONIK
Pasal 22

- (1) Koreksi/edit elektronik rekam medis dapat dilakukan dalam waktu 2 x 24 jam sejak dilakukan dokumentasi pelayanan kesehatan dan riwayat rekaman/dokumen yang dikoreksi tersimpan dalam sistem dan tetap dapat dilacak dan atau dibuka data yang dikoreksi;
- (2) Setelah 2 x 24 jam terlewati akses koreksi/edit tertutup secara otomatis, koreksi/edit dokumen harus mengajukan permintaan ijin kepada Kepala Instalasi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan untuk mendapat persetujuan setelah diketahui alasan koreksi/edit maka Kepala Instalasi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan memintakan ke Sub. Bagian Pengembangan Sistem Informasi untuk dibukakan akses koreksi/edit rekam medis elektronik;
- (3) Setelah dilakukan koreksi/edit dokumen rekam medis elektronik disimpan (*save*), akses koreksi/edit ditutup kembali secara otomatis;
- (4) Semua riwayat koreksi/edit dapat didibuka, dibaca dan dilihat riwayat koreksi/edit perubahan dimaksud apa bila diperlukan;

BAB XIII
HAK AKSES REKAM MEDIS ELEKTRONIK
Pasal 23

- (1) Tenaga kesehatan yang mempunyai akses sesuai *user name* ke rekam medis elektronik 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/Sub. komite terkait sesuai kebutuhan;
 - f. Komite Keperawatan/Sub. komite 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 elektronik dan berhak menulis/mengisi/melihat/membaca rekam medis elektronik adalah staf klinis terhadap pasien terkait/PPDS dibawah asuhan dan tanggung jawab DPJP/profesional pemberi asuhan.
- (3) Selain tenaga kesehatan sebagaimana ayat (1) dan (2) di atas tidak diperkenankan atau dilarang diberi hak akses ke rekam medis elektronik pasien.
- (4) Dalam hal konsul adalah dokter spesialis/sub spesialis yang diminta masukan sesuai kompetensinya dan diberikan hak akses pada pasien yang dimintakan konsul;
- (5) Dalam hal rawat bersama (raber) maka dokter spesialis lebih dari satu dokter spesialis yang berbeda kompetensi merawat 1 (satu) pasien bersama-sama dengan hak akses masing-masing;
- (6) Dalam hal delegasi adalah dokter spesialis/sub spesialis yang mendapatkan delegasi untuk memberikan pelayanan pada pasien sesuai kompetensi yang memberi delegasi baik secara langsung dengan memilih menu konsul pilih tambah, pilih delegasi sehingga dokter penerima delegasi bisa mengakses rekam medis elektronik pasien.
- (7) Dalam hal alih *leader* adalah DPJP sebagai *leader* menyerahkan kepemimpinan pelayanan kesehatan pasien pada dokter spesialis/DPJP lain karena tuntutan kompetensi sehingga DPJP pengganti bisa mengakses RME pasien, sebagai DPJP leader;
- (8) Dalam hal verifikasi DPJP pada Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi pelayanan kesehatan yang diberikan kurang lebih 24 jam oleh PPA lain, maka DPJP melakukan *fingerprint* dengan bukti tanda tangan elektronik DPJP, nama terang, tgl. Dan jam
- (9) Dalam hal diluar jam kerja apabila terjadi kondisi pasien terjadi perburukan maka perawat harus menelepon DPJP dan akan memberikan instruksi melalui telepon;
- (10) Perintah/Instruksi DPJP melalui telepon harus ada bukti dari perawat/PPA yang menerima telepon sudah dibacakan ulang dengan dieja berupa *fingerprint* “telah dibacakan ulang”, setelah DPJP *visite* ada bukti DPJP sudah membaca ulang/verifikasi dengan *fingerprint* (TT DPJP, Nama Terang, Tgl, Jam),
- (11) Pencatatan/penulisan dengan tinta hitam dan tidak mudah dihapus untuk RM manual atau secara rekam medis elektronik (RME),

- (12) Dalam hal terjadi kesalahan dalam melakukan pencatatan pada rekam medis dapat dilakukan pembetulan/edit/koreksi,
- (13) Pembetulan sebagaimana dimaksud pada ayat (12) hanya dapat dilakukan dengan cara pencoretan sekali tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan dan dibubuhi paraf dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang bersangkutan untuk rekam medis manual,
- (14) Pembetulan/edit/koreksi sebagaimana dimaksud pada ayat (12) secara rekam medis elektronik dilakukan edit sesuai (hak akses) *username* yang melakukan inputan/dokter yang merawat pasien kemudian melakukan editing catatan dan catatan yang diedit tetap tersimpan dalam log yang tersedia dan dapat dilihat riwayat koreksinya,

BAB XIV

PENGUNAAN REKAM MEDIS ELEKTRONIK

Pasal 24

- (1) Rekam Medis Elektronik (RME) dilakukan terintegrasi mulai dari pasien datang ke RS melakukan pendaftaran sampai pasien dinyatakan pulang meliputi pelayanan rawat jalan, unit gawat darurat, rawat inap, penunjang, *bridging* dengan BPJS, penanggung jawab biaya lain, sistem Informasi dari Kemenkes, Dinkes Provinsi atau Dinkes Kota/Kabupaten, Kependudukan dan Catatan Sipil dan lain-lain.
- (2) Rekam Medis Elektronik dilakukan dengan *Hybrid* manual rekam medis yang berkaitan dengan hukum/kesepakatan/tindakan pasien (yang berisiko tinggi)/*Informed Consent* dengan Rumah Sakit atau pemberi pelayanan;
- (3) Rekam Medis Elektronik Rawat Inap, Perawatan Intensif, Bedah/Operasi, Rawat Jalan, IGD, Penunjang dan lain-lain, dilaksanakan secara menyeluruh mulai 1 April 2022,
- (4) Semua bukti pelayanan yang dilakukan PPA di input/didokumentasikan dalam RME/SIM RS,
- (5) Verifikasi catatan perkembangan pasien dilakukan DPJP setiap hari dengan bukti verifikasi *fingerprint* (TT, Nama terang, Tgl. dan Jam);
- (6) Bukti informasi medis dan persetujuan tindakan medis berisiko tinggi, informasi dan penolakan tindakan medis berisiko tinggi di *printout* dan ditanda tangani basah disimpan dalam folder/map pasien;

BAB XV
PENYIMPANAN, PEMUSNAHAN DAN KERAHASIAAN
Pasal 25

- (1) Instalasi rekam medis dan Informasi Kesehatan menetapkan pengaturan urutan penyusunan *Tab Menu* dan urutan *report* dalam SIM RS;
- (2) Episode riwayat pelayanan kesehatan pasien disusun dalam *report* RME dalam SIM RS berdasarkan kunjungan terbaru;
- (3) Penyimpanan rekam medis *Informed consent* (tindakan yang berisiko tinggi) disusun berurutan dalam folder;
- (4) Urutan penyimpanan rekam medis di ruang filing menggunakan sistem penjajaran angka akhir (*terminal digit filing system*) bila memungkinkan.
- (5) Penomoran rekam medis menggunakan *Unit Numbering System* dimana sistem ini memberikan satu nomor elektronik rekam medis untuk satu pasien berlaku selamanya baik pada pasien rawat jalan, pasien rawat inap, pasien gawat darurat serta bayi baru lahir serta pasien forensik.

Pasal 26

- (1) Rekam medis pasien rawat inap manual di rumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 5 (lima) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berkunjung/berobat atau dipulangkan;
- (2) Rekam medis manual yang masih aktif segera dialih mediakan kedalam RME dan dokumen manual disimpan kembali ditempat tersendiri;
- (3) Setelah batas waktu 5 (lima) tahun sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilampaui rekam medis dimaksud dapat dimusnahkan, kecuali ringkasan pulang, laporan operasi, persetujuan atau penolakan tindakan medik, laporan bayi lahir, cap kaki bayi, laporan kematian, surat keterangan kematian dialih mediakan ke dalam RME;
- (4) Rekam medis elektronik pasien rawat inap di rumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 25 (dua puluh lima) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berkunjung/berobat atau dipulangkan atau dalam elektronik secara otomatis tersimpan dalam data *inaktif*;

- (5) Ringkasan pulang, laporan operasi, persetujuan atau penolakan tindakan medik, laporan bayi lahir, cap kaki bayi, laporan kematian, surat keterangan kematian sebagaimana dimaksud pada ayat (2)/rekam medis manual harus disimpan untuk jangka waktu sekurang-kurangnya 10 (sepuluh) tahun terhitung dari tanggal dibuatnya ringkasan tersebut atau dialih mediakan dalam dokumen elektronik;
- (6) Penyimpanan rekam medis dan ringkasan pulang dan lain-lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1), (3) dan ayat (4) dilaksanakan oleh petugas yang ditunjuk oleh pimpinan / Perekam Medis & Informasi Kesehatan dan Sub. Bag. Pengembangan Sistem Informasi dalam sarana pelayanan Kesehatan.

Pasal 27

- (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, semua petugas yang ada dirumah sakit 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, audit medis dan audit keperawatan 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 XVI
KEPEMILIKAN
Pasal 28

- (1) Dokumen 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 resume medis/ringkasan pulang dan atau mengajukan permohonan untuk mendapatkan semua riwayat kesehatan kepada pimpinan pemberi pelayanan kesehatan;
- (4) Ringkasan pulang sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat diberikan, dicatat, di *print out* atau dicopy oleh pasien atau orang yang diberi kuasa atau atas persetujuan tertulis pasien atau keluarga pasien yang berhak untuk itu atau diberikan pada klinik/dokter yang melakukan perawatan lanjutan;

BAB XVII
PENGORGANISASIAN
Pasal 29

- (1) Pengelolaan rekam medis elektronik dilaksanakan oleh Instalasi Rekam Medis & Informasi Kesehatan bersama dengan Sub. Bag. Pengembangan Sistem Informasi;
- (2) Instalasi Rekam Medis & Informasi Kesehatan dan Sub. Bag. Pengembangan Sistem Informasi wajib menjaga agar hanya tenaga kesehatan yang berwenang yang memiliki akses ke rekam medis;
- (3) Instalasi Rekam Medis & Informasi Kesehatan dan Sub. Bag. Pengembangan Sistem Informasi wajib menjaga kerahasiaan rekam medis dan menjaga dari kehilangan atau diakses oleh orang yang tidak berhak;
- (4) Instalasi Rekam Medis & Informasi Kesehatan dan Sub. Bag. Pengembangan Sistem Informasi wajib menjaga dokumen Rekam Medis terhindar dari terkena virus, terhapus, terkena air, api, panas, dan kerusakan atau dimakan rayap,

- (5) Dokumen rekam medis pasien yang aktif disimpan di area yang hanya petugas tenaga kesehatan yang mempunyai akses ke elektronik rekam medis dan atau filing yang boleh masuk/dalam *server* SIM RS,
- (6) Sistem elektronik rekam medis dilindungi oleh hak akses dan *autentifikasi* pengguna atau hanya yang mempunyai *username* dan *password* yang bisa membuka (*username* sesuai ketentuan direktur).
- (7) Instalasi rekam medis & Informasi Kesehatan dan Sub. Bag. Pengembangan Sistem Informasi bertanggung jawab atas hilang, rusak, pemalsuan, dan/atau penggunaan oleh orang atau badan yang tidak berhak terhadap elektronik rekam medis

BAB XVIII

KODE DIAGNOSA, TINDAKAN, SIMBOL DAN SINGKATAN

Pasal 30

- (1) Pengkodean klinis mengacu pada standar nasional yang tepat dan Internasional, ICD 10 digunakan dalam pengkodean diagnosa dan ICD 9 digunakan dalam pengkodean tindakan, kode kematian dengan *Medical Mortality Data System* (MMDS).
- (2) Perekam Medis & Informasi Kesehatan bertanggung jawab penuh atas dokumentasi rekam medis, dalam menentukan kode diagnosa dan tindakan bagi pasien rawat inap, rawat jalan dan instalasi gawat darurat, diagnosa penyakit dan tindakan menjadi tanggung jawab dokter yang merawat pasien.
- (3) Jika perekam medis informasi kesehatan mengalami kesulitan dalam mengkode diagnosa dan tindakan maka dokter dapat diminta untuk mengklarifikasi diagnosa dan tindakan yang kurang jelas/kurang lengkap.

Pasal 31

- (1) Semua daftar simbol, singkatan dan definisi yang dituliskan pada rekam medis harus terdaftar dan terstandar.
- (2) Instalasi Rekam Medis & Informasi Kesehatan mengelola semua daftar simbol dan singkatan yang digunakan dalam rekam medis.

- (3) Singkatan yang masuk daftar “berbahaya/tidak disetujui” tidak boleh digunakan, nama obat tidak boleh disingkat dan simbol apoteker tidak boleh digunakan.
- (4) Daftar singkatan, simbol, kependekan, dan/atau inisial tidak dapat digunakan pada diagnose akhir, pada formulir persetujuan, atau untuk informasi yang diberikan ke pasien/keluarga.
- (5) Instalasi Rekam Medis & Informasi Kesehatan bertanggung jawab terhadap usulan penambahan, penghapusan atau perubahan serta monitoring.
- (6) Monitoring sebagaimana ayat 1, 2, 3, 4, 5 dilakukan oleh tim yang ditunjuk atau unit pelaksana tugas (PJRM) dan dibuat laporan 3 bulan sekali dengan ketentuan pengambilan sampel memakai cara/sistem dan atau rumus *slovin (tabel krecjie) atau sampel jenuh* (semua populasi dilakukan secara sistem/SIM-RS).

BAB XIX

REVIEW REKAM MEDIS ELETRONIK

Pasal 32

- (1) Instalasi Rekam Medis & Informasi Kesehatan bersama dengan Sub. Bag. Pengembangan Sistem Informasi bertanggung jawab terhadap pelaksanaan review rekam medis.
- (2) Review rekam medis dilakukan oleh perekam medis & informasi kesehatan bagian Penanggung Jawab Rekam Medis Rawat Inap (PJRM) saat pasien dirawat dan bagian Analising/secara sistem setelah pasien pulang.
- (3) Review dokumen rekam medis elektronik pasien rawat inap yang masih dirawat, sekurang-kurangnya meliputi :
 - (a) Asesmen awal dokter,
 - (b) Pengkajian medis spesialisik,
 - (c) Rencana penatalaksanaan medis/total care plan,
 - (d) Laporan operasi,
 - (e) *Informed consent*/persetujuan tindakan medis,

- (4) Review dokumen rekam medis elektronik pasien rawat inap pulang rawat inap, sekurang-kurangnya meliputi:
 - (a) Ringkasan masuk keluar,
 - (b) Resume Medis/Ringkasan Pulang,
 - (c) *Discard planning*/Rencana Pemulangan Pasien,
 - (d) Daftar obat dan pemberian obat,
 - (e) Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT),
- (5) Review dokumen rekam medis elektronik IGD, sekurang-kurangnya meliputi:
 - (a) Triase IGD,
 - (b) Asesmen awal IGD,
- (6) Review rekam medis rawat jalan sekurang-kurangnya meliputi :
 - (a) Rekam Medis elektronik rawat jalan/CPPT Rawat Jalan;
 - (b) Profil rawat jalan dan pengantar perawatan lanjutan RME;
- (7) Elemen review, sekurang-kurangnya meliputi :
 - (a) Penggunaan simbol dan singkatan dalam RME;
 - (b) Adanya tanda tangan dan nama terang dalam Ringkasan Pulang;
 - (c) Adanya tanggal dan jam;
 - (d) Koreksi kesalahan;
 - (e) Keterbacaan, dan
 - (f) Kelengkapan asesmen (manual atau RME);

BAB XX

KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 33

Pada saat Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah ini mulai berlaku, maka Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi Nomor 188.4/5136/2022 tentang Rekam Medis dinyatakan sudah tidak berlaku dan wajib menyesuaikan dengan Peraturan ini.

BAB XXI
PENUTUP
Pasal 34

Peraturan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Surakarta
Tanggal 06 Juni 2024

DIREKTUR RSUD Dr. MOEWARDI
PROVINSI JAWA TENGAH



CAHYONO HADI