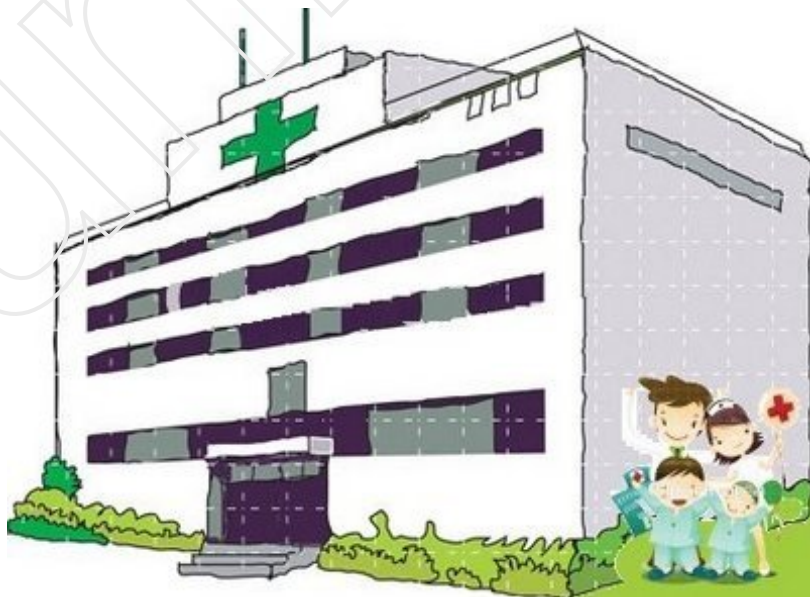


BUKU AJAR REKAMAN MEDIS

dr.H.Mukhsen Sarake, M.S



GARIS-GARIS BESAR RENCANA PEMBELAJARAN (GBRP)

Nama Mata Kuliah : REKAMAN MEDIK

Kode Mata Kuliah : 338K212

DESKRIPSI MATA KULIAH

Rekaman Medis merupakan suatu cabang yang relatif baru yang sangat pesat kemajuannya sejalan dengan pesatnya pertumbuhan Rumah Sakit, Klinik dan Puskesmas di Indonesia baik dari segi ilmu dan teknologinya maupun dari segi konsep pendekatannya untuk penanggulangan masalah. Lulusan Kesehatan Masyarakat sangat memerlukan pengetahuan yang memadai dalam bidang rekaman medis, karena rekaman medis di masyarakat sudah merupakan masalah kesehatan masyarakat. Sebagaimana diketahui bahwa rekaman medis menduduki peringkat pertama sebagai komponen utama dalam keberhasilannya suatu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit, Klinik dan Puskesmas

Dengan adanya Buku Ajar Rekaman Medis ini diharapkan dapat membantu menambah wawasan para mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat atau para praktisi dalam menambah ilmunya di bidang Rekaman medis.

KOMPETENSI UTAMA : Setelah mengikuti mata kuliah ini, mahasiswa
mampu membuat rekam medik yang baik

KOMPETENSI PENUNJANG : Mata kuliah ini membahas tentang rekam
medik yang baik

Sasaran Pembelajaran:

Mahasiswa dapat :

1. Menjelaskan Sejarah Perkembangan konsep dasar rekam medis
2. Menjelaskan definisi, tujuan, manfaat, kegunaan rekam medis
3. Menjelaskan aspek hukum rekam medik dan alur pasien
4. Menjelaskan hak dan kewajiban pada rekam medik
5. Menjelaskan alur berkas rekam medis dan sistem pelayanan rekam medik
6. Menjelaskan isi rekam medis dan sistem pelayanan rekam
7. Menjelaskan sistem rekam medis puskesmas
8. Menjelaskan sistem rekam medis
9. Menjelaskan analisis kuantitatif dan analisis kualitatif
10. Menjelaskan sejarah ICD, tujuan dan penggunaannya serta aturan dalam penomorannya

Indikator Penilaian :

Mahasiswa dapat :

1. Menjelaskan Sejarah perkembangan konsep dasar rekam medis
2. Menjelaskan definisi, tujuan, fungsi, kegunaan dan manfaat rekam medik
3. Menjelaskan Aspek hukum rekam medik dan alur pasien
4. Menjelaskan Hak Pasien, Hak dan kewajiban pasien, petugas kesehatan, dan sarana pelayanan
5. Menjelaskan alur berkas rekam medis dan sistem pelayanan rekam medis di UGD, rawat inap, rawat jalan, dll
6. Menjelaskan isi dan sistem rekam medis
7. Menjelaskan sistem rekam medis puskesmas
8. Menjelaskan sistem rekam medis
9. Menjelaskan analisis kuantitatif dan analisis kualitatif
10. Menjelaskan sejarah, definisi dan tujuan ICD serta aturan penomoran

DAFTAR ISI

Garis-Garis Besar Rencana Pembelajaran (GBRP)	i
Daftar isi	iii
BAB I	
SEJARAH REKAM MEDIS dan KOMPETENSI PEREKAM MEDIS	1
1.1 SEJARAH PERKEMBANGAN REKAM MEDIS	2
1.2 KOMPETENSI PEREKAM MEDIS	7
1.2.1 KOMPETENSI POKOK	7
1.2.2 KOMPETENSI PENDUKUNG	8
Ringkasan	11
Tugas/Latihan 1	
BAB II	
PENGERTIAN, TUJUAN, FUNGSI dan MANFAAT REKAM MEDIS .	13
2.1 PENGERTIAN REKAM MEDIS	14
2.2 TUJUAN dan KEGUNAAN REKAM MEDIS	16
2.2.1 TUJUAN REKAM MEDIS	16
2.2.2 KEGUNAAN REKAM MEDIS	18
2.3 FUNGSI dan MANFAAT REKAM MEDIS	19
2.3.1 Fungsi Rekam Medis	19
2.3.2 Manfaat Rekam Medis	20
Ringkasan	21

Tugas/Latihan 2

BAB III

ASPEK HUKUM REKAM MEDIS	23
3.1 Rekam Medis Sebagai Alat Bukti	24
3.2 Kerahasiaan Rekam Medis	24
3.3 Sanksi Hukum	24
3.4 Sanksi Disiplin dan Etik	25
3.5 Informend Consent	30
Ringkasan	33

Tugas/Latihan 3

BAB IV

HAK DAN KEWAJIBAN REKAM MEDIS	35
4.1 Hak dan Kewajiban Pasien	36
4.1.1 Hak Pasien	36
4.1.2 Kewajiban Pasien	41
4.2 Hak dan Kewajiban Petugas Kesehatan	41
4.3 Hak dan Kewajiban Sarana Pelayanan	44
Ringkasan	45

Tugas/Latihan 4

BAB V

ALUR BERKAS REKAM MEDIS dan STRUKTUR REKAM MEDIS ...	46
5.1 Struktur Rekam Medis	47
5.2 Alur Berkas Rekam Medis	57
Ringkasan	59

Tugas/Latihan 5

BAB VI

ISI REKAM MEDIS dan SISTEM PELAYANAN REKAM MEDIS	60
6.1 Rekam Medis Rumah Sakit	61
6.2 Rekam Medis dokter Praktek	62
6.3 Catatan Perawat/Bidan	63
6.4 Isi Rekam Medis untuk Unit Khusus	64
6.5 Isi Rekam Medis untuk Rawat Jalan	65
6.6 Isi Rekam Medis (Kesehatan) Gawat Darurat	66
6.7 Rekam Kesehatan untuk Korban Bencana (Disaster)	68
Ringkasan	71

Tugas/Latihan 6

BAB VII

SISTEM REKAM MEDIS PUSKESMAS	72
7.1 Puskesmas	73

7.2 Tugas Puskesmas	73
7.3 Fungsi Puskesmas	74
7.4 Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS)	76
Ringkasan	77
Tugas/Latihan 7	

BAB VIII

SISTEM REKAM MEDIS /KESEHATAN	78
8.1 Pengertian Sistem	79
8.2 Identifikasi Pasien dan sistem penamaa	79
8.2.1 Sistem Identifikasi Pasien Secara <i>Alphabetical</i>	79
8.2.1.1 Tujuan	79
8.2.1.2 Macam-macam	80
8.2.2 Sistem Identifikasi Secara <i>Numerical</i>	86
8.2.2.1 Tujuan	87
Ringkasan	87
Tugas/Latihan 8	

BAB IX

SISTEM PENOMORAN, PENYIMPANAN, PENGEMBALIAN dan PENGELUARAN REKAM MEDIS/KESEHATAN	89
9.1 Sistem Penomoran Rekam Medis	90
9.2 Sistem Penyimpanan Rekam Medis	91
9.2.1 Sentralisasi	92
9.2.2 Desentralisasi	92
9.2.3 Sistem Penyimpanan numerik	93

9.3 Sistem Pengambilan Rekam Medis	98
9.4 Pengeluaran Rekam	99
9.4.1 Pentunjuk Keluar	99
9.4.2 Kode warna untuk map (sampul) rekam medis	100
Ringkasan	100
Tugas/Latihan 9	
BAB X	
ANALISIS DATA	102
10.1 Analisis Kuantitatif	103
10.1.1 Analisis Kuantitatif yang terintegrasi	104
10.2 Analisis Kualitatif	104
10.1.2 Analisis Kualitatif Administratif	105
10.1.3 Analisis Kualitatif Medis	106
Ringkasan	106
Tugas/Latihan 10	
BAB XI	
ICD (International Classification of Diseases)	107
11.1 Sejarah ICD	108
11.2 Fungsi dan Penggunaan ICD	111
11.3 Menentukan kode	111
Ringkasan	113
Tugas/Latihan 11	
DAFTAR PUSTAKA	114

BAB I

SEJARAH REKAM MEDIS dan KOMPETENSI PEREKAM MEDIS

Sasaran Pembelajaran : Menjelaskan Sejarah Perkembangan
konsep dasar rekam medik

Materi Pembelajaran/ Topik kajian : Sejarah dan Konsep dasar rekam medik

Strategi/ Metode Pembelajaran :

1. Sejarah dan perkembangan rekam medis di dunia dan Indonesia
2. Konsep dasar rekam medic

Indikator Penilaian : Menjelaskan Sejarah perkembangan konsep
dasar rekam medis

1.1 SEJARAH PERKEMBANGAN REKAM MEDIS

Manusia prasejarah atau neolithicum ternyata adalah pelopor praktik MIK (Manajemen Ilmu Kesehatan). Berbagai temuan rekaman kuno tentang tindakan pelayanan kesehatan membuktikan betapa nilai filosofis "*iqra*" telah direfleksikan secara baik sekali. Berarti, sejak ribuan tahun yang lalu para tabib yang juga merangkap sebagai pimpinan spiritual telah lama mengerti akan arti penting kesehatan serta berupaya mengabadikan tindakan pelayanan kesehatan, meski melalui berbagai cara dengan berbekal fasilitas alam. Sebagai ilustrasi dapat diperlihatkan pada tabel berikut ini.

Tabel 4.1. Praktik Manajemen Informasi Kesehatan di Masa Lampau.

Bangsa	Tahun	Bukti-bukti Temuan
Spanyol	25.000-3000 SM	Lukisan gua batu tentang amputasi jari dan trephinasi
Perancis	15.000 SM	Lukisan hewan buruan di batu
Indian (peru)	10.000 SM	Tengkorak berlubang akibat praktik trephinasi
Mesir	3000 SM	Hieroglif/papirus
Babylonia (Irak Kuno)	3000-2000 SM	Replika organ binatang; lempengan tanah liat dan batu dengan tulisan berbentuk paku (<i>cuneiform</i>)
Cina	2737 SM	Informasi pada bambu, daun palem yang dipernis (<i>lacquer</i>); model manusia dari tembaga, gading, kertas.
Yunani	1100 SM	Informasi pada pahatan di kuil pengobatan dan kertas
India	500 SM	Informasi pada kertas
Romawi	160 M	Informasi pada kertas/buku
Iran/Irak (Persia)	900 M	Informasi pada kertas
Indonesia	600 M	Informasi pada kulit kayu/daun lontar dengan bahasa kawi (bahasa kuno), sansekerta dan relief pahatan arca

Bukti temuan di atas memperlihatkan adanya persamaan praktik kedokteran di antara para tabib/pendeta kuno, meskipun permukiman suku kuno Indian di Peru dan Spanyol terpisah oleh rentang waktu yang panjang serta samudera yang luas (Atlantik). Hal ini sungguh mengherankan bahwa ternyata banyak suku kuno di masa lampau juga melakukan praktik trephinasi atau brain surgery. Praktik kedokteran primitif ini dilakukan dengan melubangi kening pasien sakit jiwa dengan peralatan bedah sehingga roh jahat keluar dari badan yang sakit. Tidak diketahui berapa jumlah pasien yang sembuh dengan cara demikian. Namun garis sayatan pada tengkorak yang diteliti menunjukkan adanya tanda penyembuhan. Berarti, setelah dilakukan tindakan itu pasien masih mampu bertahan hidup antara minggu hingga bulanan. Mungkinkah tindakan trephinasi juga merupakan bagian dari prosesi tumbal? Dengan kata lain, pasien 'disembuhkan' dengan cara dikorbankan. Konsepnya adalah agar pasien segera terbebaskan dari roh jahat dan jiwanya hidup tenang di akhirat. Apapun maksudnya, namun praktik trephinasi ini amat menarik karena meski di masa itu suku-suku belum saling berkomunikasi namun terdapat kesamaan berpikir dan bertindak berdasarkan kendali naluri (instinct). Selain itu, ternyata tabib/pendeta Spanyol kuno juga mampu melakukan amputasi beberapa jari tangan yang terlukis dalam dinding gua batu yang diduga terjadi pada 7000 SM (zaman batu tua sekitar 25.000 SM).

Adanya bentuk tengkorak dengan kening berlubang ataupun lukisan mengenai praktik kedokteran di dinding gua batu, menunjukkan nilai pembuktian yang sama dengan praktik M/K dewasa ini. Bahkan, dengan adanya bukti praktik M/K kuno yang bernilai sejarah tinggi itu telah menguak tabir budaya dan keunikan praktik kedokteran di masa silam yang bermanfaat bagi referensi kedokteran modern.

Namun, terkadang pembuktian rekaman kehidupan bangsa di masa silam tidak selalu jelas sehingga masih diperlukan adanya penafsiran pengungkapan

mengenai suatu hal. Misalnya, bangsa Perancis kuno diduga berperilaku kesehatan yang baik serta mahir melukis dan berburu. Hal ini disimpulkan melalui rekaman lukisan berwarna indah yang terdapat dalam gua batu di Lascaux (Dordogne), Perancis Selatan (15.000-10.000 SM) yang menampilkan lukisan hasil buruan seperti bison, rusa, kuda, dan hewan ternak lain. Seakan itulah jenis hewan yang biasa mereka buru dan santap. Berarti asupan karbohidrat dan protein telah mereka penuhi secara tanpa sadar dalam menu makanan sehari-hari. Selain itu kreativitas pelukis prasejarah yang menggunakan cat berwarna alami yang berasal dari sari pati tumbuh-tumbuhan sekeliling, menunjukkan tingginya nalar dan kreativitas mereka dalam memanfaatkan alam semesta. Bukti rekaman itu sekaligus mengungkapkan bahwa bangsa Perancis Kuno telah merintis untuk tetap berhiwa seni, bergaya artistik penuh warna. Pesona (glamour) dan punya budaya kuliner makan sehat (hewan sumber protein), yang kesemuanya seakan menjadi ciri kehidupan orang Perancis masa kini. Temuan gua lukisan yang indah ini terletak jauh tersembunyi di lorong bawah tanah dan diketemukan secara kebetulan tahun 1940. Dikisahkan saat itu beberapa anak laki sedang mencari anjing yang jatuh ke lubang bawah tanah yang akhirnya mengantarkan mereka ke lorong gua tempat rekaman lukisan itu berada. (Anson, 1980; 24-32).

Bangsa Mesir Kuno yang terkenal sebagai bangsa dengan peradaban yang tinggi juga terkenal dengan praktik kesehatannya. Bahkan, para tabib masa itu juga telah mempraktikkan MIK bersamaan dengan lahir dan majunya ilmu kedokteran. Hal ini tidak terlepas dari jasa, besar tabib Mesir Kuno yang amat terkenal yang bernama Thoth dan diagungkan sebagai dewa, serta Imhotep (3000-2500 SM) yang dikenal sebagai Bapak Pengobatan (Father of medicine). Kedua tabib Mesir Kuno itu banyak menulis buku tentang kesehatan dalam gulungan *Papyrus*-sernacam kertas berserat yang berasal dari tumbuhan di tepi sungai Nil, dengan tulisan berbentuk simbol-gambar yang dinamakan *hieroglyph*.

Kumpulan papirus medis yang ditemukan umumnya tanpa diketahui nama penulisnya (anonim). Dua buah papirus kuno anonim yang amat tersohor yang sebagian besar isinya diduga karya Imhotep, diberi nama sesuai pemilik barunya yaitu Edwin Smith (1862) dan Ebers (1872). Papirus Smith ini Edwin mengisahkan tentang cedera dan pembedahan yang sekaligus membuktikan betapa ilmu kedokteran masa Mesir kuno begitu maju. Papirus ini juga berfungsi sebagai sarana komunikasi dan sumber edukasi kedokteran/ kesehatan yang amat berharga. Selain itu terdapat papirus Kahun yang isinya mengenai kebidanan (1835 SM) yang ditemukan Flinders Petrie tahun 1889 M di Fayum, Lahun, Mesir). Selain Mesir, bangsa Yunani Kuno juga tersohor dengan tabibnya yang bernama Hippocrates (460 SM) atau yang dikenal sebagai Bapak Kedokteran. Beliau telah menjalankan praktik dasar MIK dengan mencatat secara tekun dan cermat hasil pengamatannya terhadap kondisi pasien (yang sekarang disebut Rekam Medis). Bahkan, tahapan pengobatan yang dianggapnya penting diorehkannya pada pilar kuil pengobatan Yunani.

Sebagai penemu kertas, bangsa Cina mempunyai sejarah yang panjang tentang reputasi para tabibnya (sinshe) dalam pengobatan tradisional. Mereka merekam praktik tradisional akupunktur peng- Hippocrates obatan dengan ramuan tumbuhan atau binatang tertentu pada gulungan kertas, kayu, bambu. Sinshe juga merekam 'tanda sakit' pasien pada model tubuh manusia (dummy) yang terbuat dari tembaga atau gading. Praktik rekaman melalui *dummy* juga dilakukan oleh bangsa Babylonia yang tabu membedah atau menyentuh pasien terutama wanita.

Dalam masa kejayaan Islam, muncul beberapa tabib modern Asia Timur yang tersohor, seperti Rhazes dan Ibnu Sina dari Persia yang membuat banyak buku tentang ilmu kesehatan dari hasil praktik MIK-nya. Tampaknya, betapapun majunya ilmu pengetahuan dan praktik kesehatan masa kini, kesemuanya tidak terlepas dari riwayat praktik kesehatan masa lampau yang amat bernilai dan

berperan sebagai batu loncatan bagi kemajuan dunia kesehatan masa kini. Memang, mengagumkan karena meski dengan keterbatasan yang ada namun bukti berbagai rekaman kesehatan pra- sejarah menunjukkan betapa para tabib kuno telah memiliki rasa kesadaran yang tinggi terhadap pencatatan atau praktik MK. Bahkan, saat mendekati masa masehi para tabib Yunani Kuno seperti Hippocrates, secara sistematis mencatat tahapan riwayat sakit para pasiennya. Termasuk menata, mengumpulkan dengan rapi, mengategorikan jenis penyakit dengan sederhana serta menganalisis kondisi pasien dengan kecermatan yang tinggi. Padahal, seluruh pekerjaan itu merupakan teknologi dasar praktik kesehatan masa kini.

Singkatnya, Sejarah Rekam Medis dimulai Pada zaman yunani kuno *Aesculapius* dikenal sebagai dewa kedokteran yang mempunyai tongkat ular yang merupakan simbol ilmu kedokteran sampai saat ini. Selain itu juga *Hipocrates* dikenal sebagai bapak ilmu kedokteran yang banyak menulis tentang pengobatan penyakit dengan metode ilmu modern dan melakukan penelitian observasi dengan cermat sampai saat ini masih dianggap relevan serta mengajarkan pentingnya menuliskan catatan penemuan medis kepada murid-muridnya. Kemudian berkembang lagi pada zaman romawi pada zaman ini terdapat tokoh-tokoh yang cukup berperan dalam perkembangan ilmu kedokteran yaitu Galen dan Santa jerome yang memperkenalkan pertama kali istilah rumah sakit yang didirikan pertama kali di roma italia pada tahun 390 SM, zaman *byzantium* perkembangan ilmu kedokteran hanya mencapai pada 3 abad pertama adanya pencatatan apa yang dilakukan oleh para rahib (dokter kuno).

Di zaman Muhammad Rhazes di rumah sakit persia telah menulis banyak buku kedokteran begitu pula *Ibnu Sena* juga banyak menulis buku yang menggunakan system pencatatan klinis yang baik di rumah sakit tersebut. Pada zaman pertengahan, rumah sakit St Bartelomeus (London) menyimpan catatan–

catatan pasien di perpustakaanannya dan membuat peraturan tentang menjaga kerahasiaan dan kelengkapan isi rekam medis di rumah sakit tersebut dan sebagai perintis hal-hal yang harus dikerjakan oleh suatu *medical record management*.

Pada abad ke 18 dan 19 rekam medis semakin berkembang dengan di bukanya rumah sakit umum *Massachusetts* di Boston, rumah sakit ini memiliki rekam medis yang lengkap dan banyak ditemukan istilah-istilah baru dalam rekam medis yaitu salah satunya mulai menginstruksikan bahwa setiap pasien yang dirawat harus dibuat Kartu Index Utama Pasien (KIUP). Pada awal abad ke 20 kebutuhan rekam medis terus berkembang dengan adanya akreditasi dan dengan didirikannya asosiasi-asosiasi perekam medis di setiap negara, pada tahun 1902 *American Hospital Association* pertama melakukan diskusi mengenai rekam medis dan berkembang kemudian muncul empat sekolah rekam medis pada tahun 1955 sekolah rekam medis berkembang menjadi 26 sekolah dengan lulusan sebanyak 1000 orang siswa, tahun 1948 di Inggris didirikan empat sekolah rekam medis, di Australia mendirikan rekam medis oleh seorang ahli rekam medis yang berkebangsaan Amerika bernama *Ny. Hufiman*. Kemudian dengan kemajuan zaman Rekam Medis berkembang hingga kini.

1.2 KOMPETENSI PEREKAM MEDIS

1.2.1 KOMPETENSI POKOK

1. Klasifikasi dan Kodefikasi penyakit, masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis
2. Aspek Hukum dan Etika Profesi
3. Manajemen Rekam Medis dan informasi kesehatan
4. Menjaga mutu Rekam Medis
5. Statistik Kesehatan

1.2.2 KOMPETENSI PENDUKUNG

1. Manajemen Unit kerja Rekam Medis dan informasi kesehatan
2. Kemitraan Profesi

KETERANGAN :

Kompetensi ke-1 : Perekam medis mampu menetapkan kode penyakit dan tindakan dengan tepat sesuai klasifikasi internasional tentang penyakit dan tindakan medis dalam pelayanan dan manajemen kesehatan.

- Nomor kode diagnosis
- Fungsi indeks penyakit
- Registrasi
- Aplikasi ICD-10
- Penyediaan informasi morbiditas & mortalitas
- Manfaat data diagnosis dalam klaim asuransi
- Etika koding
- dsb

Kompetensi ke-2 : Perekam medis mampu melakukan tugas dalam memberikan pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan yang bermutu tinggi dengan memperhatikan perundangan dan etika profesi yang berlaku.

- Hak dan kewajiban pasien
- Hak dan kewajiban tenaga kesehatan
- Kerahasiaan rekam medis (penyimpanan, penggunaan untuk riset, retensi, pemusnahan)
- Pelepasan informasi dan aksesnya
- Etika profess

- dsb

Kompetensi ke-3 : Perekam medis mampu mengelola rekam medis dan informasi kesehatan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan medis, administrasi dan kebutuhan informasi kesehatan sebagai bahan pengambilan keputusan di bidang kesehatan.

- Manajemen isi rekam medis (fungsi rekam medis, analisis kuantitatif/kualitatif, model sistem rekam medis)
- Manajemen berkas (sistem penamaan, sist penomoran, sist penyimpanan, sist retensi, assembling, disain formulir, koding, indeksing, pelaporan)
- Manajemen kearsipan
- Aplikasi komputer
- Dasar-dasar pemrograman
- Konsep-konsep Database
- dsb

Kompetensi ke-4 : Perekam medis mampu mengelola, merencanakan, melaksanakan, mengevaluasi dan menilai mutu rekam medis.

- Mutu pelayanan
- Manajemen mutu rekam medis dan informasi kesehatan
- Teknik penilaian mutu
- Teknik peningkatan mutu
- Audit rekam medis
- Sistem registrasi, lisensi dan akreditasi
- Ergonomi

- dsb

Kompetensi ke-5 : Perekam medis mampu menggunakan statistik kesehatan untuk menghasilkan informasi dan perkiraan yang bermutu tinggi sebagai dasar perencanaan dan pengambilan keputusan di bidang pelayanan kesehatan.

- Peranan statistik pelayanan kesehatan
- Indikator pelayanan kesehatan
- Sistem informasi manajemen
- Pengolahan dan analisis data (epi-info)
- Pengenalan jaringan
- Aplikasi komputer

Kompetensi ke-6 : Perekam medis mampu mengelola sumber daya yang tersedia di unit kerja rekam medis untuk dapat mengikuti kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang informasi kesehatan.

- Prinsip manajemen
- Rencana strategik
- Manajemen SDM
- Manajemen unit kerja
- Produktivitas kerja
- Alur – prosedur kerja
- Perilaku organisasi
- Disain ruangan / tata letak
- Standar peralatan unit kerja rekam medis
- Administrasi perkantoran

- dsb

Kompetensi ke-7 : Perekam medis mampu berkolaborasi inter dan intra profesi yang terkait dalam pelayanan kesehatan.

- Organisasi profesi
- Leadership
- Komunikasi efektif
- Informasi efektif dan efisien
- dsb

Ringkasan :

- 1) Sejarah rekam medis dimulai pada zaman Yunani kuno Acusculapius yang dikenal sebagai dewa kedokteran yang mempunyai tongkat ular yang merupakan simbol ilmu kedokteran sampai saat ini.
- 2) Hipocrates juga dikenal sebagai bapak ilmu kedokteran yang banyak menulis tentang pengobatan dengan metode ilmu modern dan melakukan observasi dan mengajarkan pentingnya menuliskan catatan penemuan medis.
- 3) Galen dan Santa Jerome adalah tokoh-tokoh yang berperan pada zaman Romawi dalam perkembangan ilmu kedokteran dan yang pertama kali memperkenalkan istilah rumah sakit yang pertama kali didirikan di Roma Italia pada tahun 390 Masehi.
- 4) Abad 18 dan 19 rekam medis semakin berkembang dengan dibukanya rumah sakit umum Massa cusect di Boston dimana di rumah sakit itu

memiliki rekam medis yang lengkap dan banyak ditemukan istilah-istilah baru dalam rekam medis.

KKP
Unmas

BAB II

PENGERTIAN, TUJAN, FUNGSI dan MANFAAT REKAM MEDIS

Sasaran Pembelajaran : Menjelaskan Rekam medis

Materi Pembelajaran/ Topik kajian : Defenisi, tujuan, kegunaan, fungsi dan
Manfaat rekam medis

Strategi/ Metode Pembelajaran :

1. Defenisi rekam medis
2. Tujuan rekam medis
3. Kegunaan rekam medis
4. Fungsi rekam medis
5. Manfaat rekam medis

Indikator Penilaian : Menjelaskan defenisi, tujuan, kegunaan, fungsi
dan manfaat rekam medis

2.1 PENGERTIAN REKAM MEDIS

Dalam buku yang berjudul “Legal Aspect of Medical Record” Hayt and Hayt mendefinisikan rekam medis sebagai berikut : “A Medical record is the compilation of the pertinent facts of the patient's life history, his illness, and treatment. In a larger sense the medical record is compilation of scientific data derived from many and available for various uses, personal and impersonal, to serve the patients who are treated, the science of medicine, and society as a whole.” (Hayt and Hayt, 1964: 1). Dengan demikian menurut Hayt and Hayt, suatu rekam medis itu ialah himpunan fakta-fakta yang berhubungan dengan sejarah/riwayat kehidupan pasien, sakitnya, perawatan/pengobatannya. Dalam pengertian yang luas (lebih luas) rekam medis ialah suatu himpunan data ilmiah dari banyak sumber, dikordinasikan pada satu dokumen dan yang disediakan untuk bermacam-macam kegunaan, personal dan impersonal, untuk melayani pasien dirawat, diobati, ilmu kedokteran, dan masyarakat secara keseluruhan.

Lebih lanjut Hayt and Hayt mengemukakan (Hayt and Hay, 1964:1): “Medical Record are an important tool in the practice of medicine. They serve as a basis for planning patient care; they provide a means contributing to the patient's care; they furnish documentary evidence of the course of the patient's illness and treatment and they serve as a basis for review, study, and evaluation of the medical care rendered to the patient.” Dengan pernyataan tersebut di atas jelaslah bahwa rekam medis merupakan sarana penting dalam praktek kedokteran.

Sedangkan menurut Gemala R. Hatta dalam makalahnya yang berjudul “Peranan Rekaman Medik/Kesehatan (medical record) dalam Hukum Kedokteran,” rekam medis dirumuskan sebagai kumpulan segala kegiatan yang dilakukan oleh para pelayan kesehatan yang ditulis, digambarkan, atas aktivitas terhadap pasien (Gemala R. Hatta, 1986:2).

Selanjutnya, dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 749s/Menkes/Per XII/1989 tentang Rekam Medis/Medical Records, yang dimaksud rekam medis ialah berkas yang berisikan catatan, dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan (Pasal 1 huruf a)

Dalam penjelasan Pasal 46 ayat (1) UU Praktik Kedokteran, yang dimaksud dengan rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 749a/Menkes/Per/XII/1989 tentang Rekam Medis dijelaskan bahwa rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan. Kedua pengertian rekam medis diatas menunjukkan perbedaan yaitu Permenkes hanya menekankan pada sarana pelayanan kesehatan, sedangkan dalam UU Praktik Kedokteran tidak. Ini menunjukan pengaturan rekam medis pada UU Praktik Kedokteran lebih luas, berlaku baik untuk sarana kesehatan maupun di luar sarana kesehatan.

Dari beberapa Pernyataan di atas dapat di simpulkan Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain (yang diberikan) kepada pasien (yang dipergunakan serta tersedia) pada suatu sarana pelayanan kesehatan selama mendapatkan perawatan di rumah sakit, baik rawat jalan maupun rawat inap.

Istilah-istilah Rekam Medis

- Medical Dokumen = Dokumen Medis

- Medical Notes = Catatan Medis
- Medical Record = Rekam medis
- Health record = Rekaman Kesehatan
- Personel Health Record = Rekaman kesehatan pribadi
- Family Health Record = Rekaman kesehatan keluarga
- Medical report = Laporan medis

Di Indonesia sebelum Permenkes No. 749a Tahun 1989 digunakan istilah catatan medis. Setelah adanya Permenkes tersebut maka istilah atau sebutan secara seragam menggunakan istilah Rekam Medis , sedangkan di negara Eropa Istilah yang banyak digunakan adalah Medical record atau Health record.

2.2 TUJUAN dan KEGUNAAN REKAM MEDIS/ REKAM KESEHATAN

2.2.1 Tujuan Rekam Medis

Ada banyak pendapat tentang tujuan dan kegunaan rekam kesehatan. Salah satu cara untuk mengingatnya secara mudah digunakan akronim mnemonik 'ALFRED' (administrative, legal, financial, riset, edukasi, dan dokumentasi) yang berarti mempunyai nilai untuk kepentingan administratif, hukum (legal), finansial, riset, edukasi, dan dokumentasi) (Hatta, 1985) yang di jelaskan sbb:

1. Aspek Administrasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

2. Aspek Medis

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medik, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/ perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.

3. Aspek Hukum

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan bukti untuk menegakkan keadilan.

4. Aspek Keuangan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data/informasi yang dipergunakan sebagai aspek keuangan.

5. Aspek Penelitian

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

6. Aspek Pendidikan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan/referensi pengajaran di bidang profesi si pemakai.

7. Aspek Dokumentasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan rumah sakit (Depkes RI, 1997).

2.2.2 Kegunaan Rekam Medis

Dibagi menjadi 2 yaitu tujuan utama dan tujuan sekunder;

a. Tujuan utama (primer) RK terbagi dalam 5 (lima) kepentingan yaitu untuk:

1. Pasien, rekam kesehatan merupakan alat bukti utama yang mampu membenarkan adanya pasien dengan identitas yang jelas dan telah mendapatkan berbagai pemeriksaan dan pengobatan di sarana pelayanan kesehatan dengan segala hasil serta konsekuensi biayanya.
2. Pelayanan pasien, rekam kesehatan mendokumentasikan pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan, penunjang medis dan tenaga lain yang bekerja dalam berbagai fasilitas pelayanan kesehatan. Dengan demikian rekaman itu membantu pengambilan keputusan tentang terapi, tindakan, dan penentuan diagnosis pasien. Rekam kesehatan juga sebagai sarana komunikasi antart tenaga lain yang samasama terlibat dalam menangani dan merawat pasien. Rekaman yang rinci dan bermanfaat menjadi alat penting dalam menilai dan mengelola risiko manajemen. Selain itu rekam kesehatan setiap pasien juga berfungsi sebagai tanda bukti sah yang dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Oleh karena itu rekam medis yang lengkap harus setiap saat tersedia dan berisi data/informasi rentang pemberian pelayanan kesehatan secara jelas.
3. Manajemen pelayanan, rekam kesehatan yang lengkap memuat segala aktivitas yang terjadi dalam manajemen pelayanan sehingga digunakan

dalam menganalisis berbagai penyakit, menyusun pedoman praktik, serta untuk mengevaluasi mutu pelayanan yang diberikan.

4. Menunjang pelayanan, rekam kesehatan yang rinci akan mampu menjelaskan aktivitas yang berkaitan dengan penanganan sumber-sumber yang ada pada organisasi pelayanan di RS, menganalisis kecenderungan yang terjadi dan mengomunikasikan informasi di antara klinik yang berbeda.
5. Pembiayaan, rekam kesehatan yang akurat mencatat segala pemberian pelayanan kesehatan yang diterima pasien. Informasi ini menentukan besarnya pembayaran yang harus dibayar, baik secara tunai atau melalui asuransi

b. Tujuan Sekunder Rekam Kesehatan

Tujuan sekunder rekam kesehatan ditujukan kepada hal yang berkaitan dengan lingkungan seputar pelayanan pasien yaitu untuk kepentingan edukasi, riset, peraturan dan pembuatan kebijakan. Adapun yang dikelompokkan dalam kegunaan sekunder adalah kegiatan yang tidak berhubungan secara spesifik antara pasien dan tenaga kesehatan (Dick, Steen, dan Detmer 1991, hlm.76-77).

2.3 FUNGSI dan MANFAAT REKAM MEDIS

2.3.1 Fungsi Rekam Medis

Fungsi rekam medik secara lengkap adalah sebagai “administrative value, legal value, financial value, research value, educational value dan documentary value.” Karena fungsi rekam medik itulah, maka di negara-negara besar atau di negara-negara maju telah ditentukan satu standar baku bagi pembuatan rekam

medis yang mencerminkan kualitas/mutu/derajat pelayanan kesehatan yang diberikan oleh sang pengobat pada sang penderita. Fungsi rekam medis di Indonesia bisa dilihat dalam Pasal 14 Permenkes Nomor 749a/Menkes/Per/XII/1989, yaitu dapat dipakai untuk :

1. dasar pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien;
2. bahan pembuktian dalam perkara hukum;
3. bahan untuk keperluan penelitian dan pendidikan;
4. dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan; dan
5. bahan untuk menyiapkan statistik kesehatan.

Rekam medis yang diisi oleh para pihak dalam transaksi terapeutik menampilkan mutu kualitas pelayanan kesehatan kepada pasien. Oleh karena itu, menurut kepustakaan, dapat dikaji bahwa untuk memenuhi persyaratan bagi satu rekam medis/haruslah ditandatangani oleh semua pelayan medik yang terlibat sebagai para pihak dalam transaksi terapeutik.

2.3.2 Manfaat Rekam Medis :

A. Pengobatan Pasien

Rekam medis bermanfaat sebagai dasar dan petunjuk untuk merencanakan dan menganalisis penyakit serta merencanakan pengobatan, perawatan dan tindakan medis yang harus diberikan kepada pasien.

B. Peningkatan Kualitas Pelayanan

Membuat Rekam Medis bagi penyelenggaraan praktik kedokteran dengan jelas dan lengkap akan meningkatkan kualitas pelayanan untuk melindungi tenaga medis dan untuk pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal.

C. Pendidikan dan Penelitian

Rekam medis yang merupakan informasi perkembangan kronologis penyakit, pelayanan medis, pengobatan dan tindakan medis, bermanfaat untuk bahan informasi bagi perkembangan pengajaran dan penelitian di bidang profesi kedokteran dan kedokteran gigi.

D. Pembiayaan

Berkas rekam medis dapat dijadikan petunjuk dan bahan untuk menetapkan pembiayaan dalam pelayanan kesehatan pada sarana kesehatan. Catatan tersebut dapat dipakai sebagai bukti pembiayaan kepada pasien.

E. Statistik Kesehatan

Rekam medis dapat digunakan sebagai bahan statistik kesehatan, khususnya untuk mempelajari perkembangan kesehatan masyarakat dan untuk menentukan jumlah penderita pada penyakit-penyakit tertentu.

F. Pembuktian Masalah Hukum, Disiplin dan Etik

Rekam medis merupakan alat bukti tertulis utama, sehingga bermanfaat dalam penyelesaian masalah hukum, disiplin dan etik.

Ringkasan:

Rekam medis ialah suatu himpunan data ilmiah dari banyak sumber, dikoordinasikan pada satu dokumen dan disediakan untuk bermacam-macam kegunaan.

Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien pada suatu sarana pelayanan kesehatan selama mendapatkan perawatan di rumah sakit, baik rawat jalan maupun rawat inap.

BAB III

ASPEK HUKUM REKAM MEDIS

Sasaran Pembelajaran : Menjelaskan aspek hukum rekam medik dan

Informant consent

Materi Pembelajaran/ Topik kajian : Aspek hukum rekam medik dan informant

consent

Strategi/ Metode Pembelajaran :

1. Aspek hukum rekam medis
2. Informed consent

Indikator Penilaian : Menjelaskan Aspek hukum rekam medik dan

Informed consent

3.1 Rekam Medis Sebagai Alat Bukti

Rekam medis dapat digunakan sebagai salah satu alat bukti tertulis di pengadilan.

3.2 Kerahasiaan Rekam Medis

Setiap dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran wajib menyimpan kerahasiaan yang menyangkut riwayat penyakit pasien yang tertuang dalam rekam medis. Rahasia kedokteran tersebut dapat dibuka hanya untuk kepentingan pasien untuk memenuhi permintaan aparat penegak hukum (hakim majelis), permintaan pasien sendiri atau berdasarkan ketentuan perundang-undangan yang berlaku. Berdasarkan Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana, rahasia kedokteran (isi rekam medis) baru dapat dibuka bila diminta oleh hakim majelis di hadapan sidang majelis. Dokter dan dokter gigi bertanggung jawab atas kerahasiaan rekam medis sedangkan kepala sarana pelayanan kesehatan bertanggung jawab menyimpan rekam medis.

3.3 Sanksi Hukum

Dalam Pasal 79 UU Praktik Kedokteran secara tegas mengatur bahwa setiap dokter atau dokter gigi yang dengan sengaja tidak membuat rekam medis dapat dipidana dengan pidana kurungan paling lama 1 (satu) tahun atau denda paling banyak Rp 50.000.000,- (lima puluh juta rupiah). Selain tanggung jawab pidana, dokter dan dokter gigi yang tidak membuat rekam medis juga dapat dikenakan sanksi secara perdata, karena dokter

dan dokter gigi tidak melakukan yang seharusnya dilakukan (ingkar janji/wanprestasi) dalam hubungan dokter dengan pasien.

3.4 Sanksi Disiplin dan Etik

Dokter dan dokter gigi yang tidak membuat rekam medis selain mendapat sanksi hukum juga dapat dikenakan sanksi disiplin dan etik sesuai dengan UU Praktik Kedokteran, Peraturan KKI, Kode Etik Kedokteran Indonesia

(KODEKI) dan Kode Etik Kedokteran Gigi Indonesia (KODEKGI). Dalam Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 16/KKI/PER/VIII/2006 tentang Tata Cara Penanganan Kasus Dugaan Pelanggaran Disiplin MKDKI dan MKDKIP, ada tiga alternatif sanksi disiplin yaitu :

- a. Pemberian peringatan tertulis.
- b. Rekomendasi pencabutan surat tanda registrasi atau surat izin
- c. Kewajiban mengikuti pendidikan atau pelatihan di institusi pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi.

Selain sanksi disiplin, dokter dan dokter gigi yang tidak membuat rekam medis dapat dikenakan sanksi etik oleh organisasi profesi yaitu Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK) dan Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Gigi (MKEKG).

Ada tiga alasan yang menyebabkan para pelayan kesehatan (dokter dan para medis) harus wajib menandatangani rekam Medis yang berisi sejarah perkembangan kesehatan pasien dan ringkasannya, yaitu (periksa Hayt dan Hayt, 1964:42-44).

1. Pasien harus dilindungi
2. Tanda tangan dokter yang merawat itu relevan jika kasus tersebut sampai di pengadilan;

3. Untuk mencegah kegagalan bagi rumah sakit dalam memperoleh akreditasi.

Dengan tiga alasan tersebut di atas, maka rekam medis dapat berfungsi sebagai dokumen hukum yaitu sebagai alat bukti dokumen undang-undang yang bernilai sebagai keterangan/saksi ahli/"*expert witness*" (Periksa pasal 164RIB untuk perkara perdata, dan pasal 184 KUHP untuk perkara pidana). Dengan demikian pembubuhan tanda tangan itu sebagai bukti bahwa keputusan yang diambil oleh pasien itu tanggung jawabnya, sedangkan apa yang dilakukan oleh pelayan kesehatan (dokter dan paramedik) yang memberikan informasi yang lengkap dan akurat bertanggungjawab atas kelengkapan dan kebenaran informasinya.

Di samping itu, agar rekam medik yang mengandung *informed consent* itu dapat berfungsi sebagai alat bukti di dalam proses peradilan, maka isi rekam medik modern (*"Contents of a Modern Medical Record"*) harus meliputi hal-hal sebagai berikut :

1. *Identification Data* (Identifikasi data);
2. *Provisional Diagnosis* (Diagnosis awal);
3. *Chief Complaint* (Keluhan utama);
4. *Present Illness* (Penyakit yang diderita saat ini/saat masuk);
5. *History and Physical examination* (Sejarah pemeriksaan fisik);
6. *Consultations* (Konsultan/para konsultan jika lebih dari satu);
7. *Clinical Laboratory Reports* (Laporan laboratorium klinik);
8. *X-ray Reports* (Laporan kamar X-ray);
9. *Tissue Report* (Laporan Kamar bebat);
10. *Treatment-Medical and Surgical* (tindakan medik operatif);
11. *Progress Notes* (Catatan Kemajuan);

12. *Final Diagnosis* (diagnosis akhir);

13. *Summary* (Ringkasan); dan

14. *Autopsy Findings* (Penemuan-penemuan otopsi) (Periksa. Hayt and Hayt, 1964:5).

Sedangkan observasi lain yang bisa membantu kegunaan Rekam Medik/K antara lain, ialah (periksa Hayt and Hayt, 1964 : 19):

1. *Correct spelling of name of patient and attending physician* (menuliskan secara tepat ejaan nama pasien dan dokternya);
2. *method of admission or arrival, i.e., by wheelchair, ambulance, or ambulatory* (caranya pasien datang pada bagian masuk, misalnya dengan ambulance, dengan kursi roda);
3. *complete description of condition of patient on admission and on discharge, noting particularly any mark, bruise, burn, rash or irritation* (deskripsi yang jelas mengenai keadaan pasien pada saat pertama kali masuk, misalnya apakah ada bekas luka bakar atau iritasi).
4. *Admission temperature, pulse and respiration* (suhu pada saat masuk, pulsa dan respirasi);
5. *routine and special procedures* (prosedur rutin atau khusus);
6. *medication, dosage, and manner of administration* (pengobatan, dosis dan cara-cara administratif),
7. *objective signs and subditiion* (tanda-tanda obyektif dan gejala-gejala (simtom) subyektif);
8. *changes in appearance and mental condition* (perubahan lahiriah serta kondisi mental);
9. *Complaints* (Keluhan); dan
10. *Signature of nurse who renders the service* (tanda tangan paramedis yang bertugas).

Dengan demikian, menurut kriteria rekam medis modern, agar rekam medis dapat berfungsi sebagai alat bukti menurut undang-undang di dalam proses peradilan tidaklah mudah dengantampa memenuhi persyaratan utama maupun tambahan di atas, walau pun mengandung/berisi persetujuan antara Pasien atau keluarganya dengan dokter atau rumah sakit

Di Indonesia, isi rekam medis bisa dibagi menjadi dua, yaitu isi rekam medis untuk pasien rawat jalan dan untuk pasien rawat inap (Pasal 15 dan 16 Permenkes No 749a/Menkes/Per/XII/1989).

Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan dapat dibuat selengkap-lengkapnnya dan sekurang-kurangnya memuat : identitas, anamnese, diagnosis, dan tindakan/pengobatan. Sedangkan isi rekam medis untuk pasien rawat nginap sekurang-kurangnya memuat:

1. identitas pasien
2. anamnese;
3. riwayat penyakit
4. hasil pemeriksaan laboratorik;
5. diagnosis
6. persetujuan tindakan medik
7. tindakan/pengobatan
8. catatan perawat
9. catatan observasi klinis dan hasil pengobatan; dan
10. resume akhir dan evaluasi pengobatan.

Tata cara penyelenggaraan rekam medis di Indonesia ialah sebagai berikut (Pasal 2-9, 19, dan 20 Permenkes No 749a/Menkes/Per/XII/1989):

1. Setiap sarana pelayanan kesehatan yang melakukan pelayanan rawat jalan maupun rawat inap wajib membuat rekam medis.
2. Rekam medis itu dibuat oleh dokter dan atau tenaga kesehatan lain yang memberi pelayanan kepada pasien.
3. Rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan.
4. Setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi nama dan tanda tangan petugas yang memberikan pelayanan atau tindakan.
5. Pembeetulan kesalahan catatan dalam rekam medis dilakukan pada tulisan yang salah dan diberi paraf oleh petugas yang bersangkutan.
6. Penghapusan tulisan dalam rekam medis dengan cara apapun tidak diperbolehkan.
7. Lama penyimpanan rekam medis sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 5 (lima) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat. Sedangkan lama penyimpanan rekam medis yang berkaitan dengan hal-hal yang bersifat khusus dapat ditempatkan tersendiri.
8. Setelah batas waktu sebagaimana dimaksud pada nomor tujuh dilampaui, rekam medis dapat dimusnahkan. Tata cara permusnahannya ditetapkan oleh Direktur Jenderal.
9. Rekam medis harus disimpan oleh petugas yang ditunjuk oleh pimpinan sarana pelayanan kesehatan.
10. Pengawasan terhadap penyelenggaraan rekam medis dilakukan oleh Direktur Jenderal.
11. Pelanggaran terhadap ketentuan dalam peraturan ini dapat dikenakan sanksi administratif mulai dari teguran lisan sampai pencabutan izin.

Berkas rekam medis adalah milik sarana pelayanan kesehatan, namun isi rekam medis adalah milik pasien. Oleh karena itu, isi rekam medis wajib dijaga

kerahasiaannya. Pemaparan isi rekam medis hanya boleh dilakukan oleh dokter yang merawat pasien dengan izin tertulis pasien. Pemaparan isi rekam medis oleh pimpinan sarana kesehatan tanpa izin pasien dibolehkan apabila berdasarkan peraturan perundang-undangan. Apabila rekam medis tersebut rusak, hilang, dipalsukan, digunakan oleh orang /badan yang tidak berhak, maka yang bertanggung jawab adalah pimpinan sarana pelayanan kesehatan (baca Pasal 10-13 Permenkes No 749a/Menkes/Per/Xii/1989).

Apabila rekam medis rusak karena pemeliharaannya tidak baik atau tidak diisi sebagaimana mestinya sehingga isi rekam medis menjadi kabur atau tidak jelas, maka menurut yurisprudensi di dalam hukum kedokteran bisa diberlakukan "pembalikan pembuktian" terhadap dokter/rumah sakitnya. Pembebanan atas kewajiban pembuktian ("*onus*", *burden of proof*") bisa ditibebankan kepada dokter /rumah sakit (baca J. Guwandi, 1991 : 76-77).

Hal terpenting dalam penyelenggaraan rekam medis ialah bahwa pengisian rekam medis harus dilakukan secara lengkap dan langsung, tepat waktu, dan tidak ditunda-tunda. Bila pengisiannya ditunda-tunda maka kemungkinan besar dokter lupa pada pasien dan penyakitnya, lebih-lebih bila pasiennya sangat banyak. Mutu pelayanan rumah sakit antara lain akan tercermin pada berkas rekam medisnya. Selanjutnya, muncullah ucapan yang mengatakan : "Medical record are witnesses whose memories never die".

3.5. Informed Consent (Persetujuan Rekam Medis)

Setiap pasien yang datang ke rumah sakit harus mengikuti peraturan yang berlaku pada RS tersebut. Bilamana pasien hanya datang untuk berobat jalan maka aspek hukum yang diterimanya relatif sederhana dari pada pasien harus dirawat. Setiap pasien mempunyai hak untuk memperoleh atau menolak

pengobatan. Bila pasien dalam perwalian maka walilah yang mengatas namakan keputusan hak tersebut pada pasien.

Didalam rumah sakit hal mengenai keputusan pasien (atau wali) dapat dikemukakan dengan dua cara . yang lazim dikenal dengan persetujuan yang meliputi :

1. Persetujuan langsung, berarti pasien/ wali segera menyetujui usulan pengobatan yang ditawarkan pihak Rumah Sakit. Persetujuan dalam bentuk lisan atau tulisan.
2. Persetujuan secara tidak langsung, tindakan pengobatan dilakukan dalam keadaan darurat atau ketidak mampuan mengingat ancaman terhadap nyawa pasien.

Selain kedua jenis persetujuan diatas terdapat pula suatu jenis persetujuan khusus dimana pasien/wali wajib mencantumkan pernyataan bahwa kepadanya telah dijelaskan suatu informasi terhadap apa yang akan dilakukan oleh tim medis kepada pasien. Persetujuan ini dikenal dengan istilah Informed Consent, dimana hanya diperlukan jika pasien akan dioperasi atau akan menjalani prosedur pembedahan tertentu. Pemberian persetujuan atau penolakan terhadap perlakuan yang akan diambil tersebut menjadi bukti yang syah bagi rumah sakit, pasien dan dokter.

Demi menjaga kemungkinan-kemungkinan yang akan timbul maka sebaiknya rumah sakit melakukan dua kali pengambilan persetujuan (apabila ternyata kemudian ada tindakan khusus) :

- a. Disaat pasien akan dirawat : Penanda tangan dilakukan setelah pasien mendapat penjelasan dari petugas penerima pasien di tempat pendaftaran. Penandatanganan persetujuan disini adalah untuk pemberian persetujuan

dalam pelaksanaan prosedur diagnostik, pelayanan rutin rumah sakit dan pengobatan medis umum.

- b. Persetujuan khusus (Informed Consent) : Sebelum dilakukannya suatu tindakan medis diluar prosedur diatas misalnya pembedahan.

Dokter yang menangani pasien harus menjelaskan hal-hal yang akan dilakukan secara jelas. Dalam hal ini, dokter jangan sekali-kali memberi garansi kesembuhan kepada pasien. Tetapi diskusikan dan jelaskan keuntungan yang diharapkan sehingga pasien dapat berfikir dan menetapkan keputusannya. Dokter dapat meminta persetujuan kepada suami/istri pasien. Apabila pasien karena mempengaruhi fungsiseksual atau reproduksi pasien atau tindakan yang dapat mengakibatkan kematian janin dalam kandungan. Keputusan ini diambil sebagai upaya hubungan kemanusiaan dan tidak mutlak untuk mengobati pasien.

Dalam masalah persetujuan ini rumah sakit sering menghadapi permasalahan seperti untuk kasus otopsi dan adopsi. Pada dasarnya otorisasi dan otopsi, adopsi adalah sama seperti untuk operasi/pembedahan. Dalam hal ini rumah sakit harus betul-betul menjamin keselamatannya melalui bukti tanda tangan bagi orang yang berhak. Berkas dari pada pasien yang akan diotopsi harus memiliki lembaran perintah otopsi.

Perintah pelaksanaan otopsi dapat ditinjau dalam dua kejadian :

- a. Otopsi atas permintaan keluarga pasien, dimana didalamnya terdapat tanda tangan keluarga si pasien.
- b. Otopsi atas permintaan polisi untuk pembuktian.

Adanya permintaan akan jenazah pasien, bagian tubuh tertentu, kremasi ataupun pernyataan bahwa jenazah tidak diambil keluarga dan lain sebagainya harus senan tiasa dikuatkan oleh tanda tangan dari berbagai pihak termasuk

didalamnya saksi I, II sesuai dengan prosedur yang berlaku. Dalam kaitan ini selain intansi kamar jenazah maka dalam berkas rekam medis pun juga harus memiliki dasar penguat dalam bentuk formulir persetujuan yang telah ditanda tangani oleh pihak-pihak yang bersangkutan tersebut. Dalam hal ini kasus adopsi pihak-pihak yang bersangkutan harus benar-benar bertanggung jawab untuk segera menandatangani formulir atau keterangan adopsi. Pihak rumah sakit harus melibatkan unsur saksi sebagai penguat disamping adanya pertanyaan resmi secara tertulis dari pihak yang menerima. Dalam hal mana seorang anak tidak diambil oleh keluarganya maka pihak rumah sakit dapat meneruskannya kepada yayasan atau badan resmi yang berwenang dan dianggap syah oleh negara. Segala korespodensi yang terjadi dalam hal adopsi harus amat dijaga kerahasiaanya. Pihak Unit Rekam Medis harus dapat menjamin bahwa berkasnya telah iengkap. Bilamana perlu dirasakan untuk menyendirikan laporan adopsi dari berkas pencatatan pasien maka Kepala Unit Rekam Medis dapat mengambil kebijaksanaan tersebut dan memberi kode tertentu dalam berkas rekam medis pasien tersebut. Selanjutnya surat adopsi tersebut disimpan dalam tempat khusus yang terkunci.

Ringkasan:

Rekam medis dapat dipergunakan sebagai alat bukti tertulis di pengadilan. Tenaga medis wajib menyimpan kerahasiaan pasien yang menyangkut riwayat penyakit pasien yang tertuang dalam rekam medis. Dan kerahasiaan ini hanya dapat dibuka untuk kepentingan pasien dan memenuhi permintaan aparat penegak hukum atau atas permintaan pasien sendiri atau didasarkan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

Informed Consent adalah persetujuan rekam medis yang dilakukan oleh pasien/wali yang wajib mencantumkan pernyataan bahwa kepadanya telah dijelaskan suatu informasi terhadap apa yang akan dilakukan oleh tim medis kepada pasien, dimana hanya diperlukan jika pasien akan dioperasi atau akan menjalani prosedur pembedahan tertentu. Pemberian persetujuan atau penolakan terhadap perlakuan yang akan diambil tersebut menjadi bukti yang syah bagi rumah sakit, pasien dan dokter.

BAB IV

HAK DAN KEWAJIBAN REKAM MEDIS

Sasaran Pembelajaran : Mampu menjelaskan hak dan kewajiban
pada rekam medik

Materi Pembelajaran/ Topik kajian : Pengertian hak dan kewajiban rekam medik

Strategi/ Metode Pembelajaran :

1. Hak dan kewajiban pasien
2. Hak dan kewajiban petugas kesehatan
3. Hak dan kewajiban sarana kesehatan

Indikator Penilaian : Mampu menjelaskan hak dan kewajiban
para rekam medik

4.1 Hak dan Kewajiban Pasien

4.1.1 Hak Pasien

- a. Pasien atas Informasi Penyakit dan Tindakan Medis dari Aspek Etika Kedokteran:

Terkait dengan pemberian informasi kepada pasien ada beberapa yang harus diperhatikan :

1. Informasi harus diberikan, baik diminta ataupun tidak.
2. Informasi tidak boleh memakai istilah kedokteran karena tidak dimengerti oleh orang awam.
3. Informasi harus diberikan sesuai dengan tingkat pendidikan, kondisi, dan situasi pasien.
4. Informasi harus diberikan secara lengkap dan jujur, kecuali dokter menilai bahwa informasi tersebut dapat merugikan kepentingan atau kesehatan pasien atau pasien menolak untuk diberikan informasi (KODEKI, pasal 5)
5. Untuk tindakan bedah (operasi) atau tindakan invasive yang lain, informasi harus diberikan oleh dokter yang akan melakukan operasi. Apabila dokter yang bersangkutan tidak ada, maka informasi harus diberikan oleh dokter yang lain dengan sepengetahuan atau petunjuk dokter yang bertanggung jawab.

Kewajiban dokter terkait dengan informasi adalah memberikan informasi yang adekuat dan besikap jujur kepada pasien tentang perlunya tindakan medis yang bersangkutan serta risiko yang dapat ditimbulkannya (KODEKI, pasal 7b)

Salah satu kewajiban rumah sakit terhadap pasien adalah harus memberikan penjelasan mengenai apa yang diderita pasien, dan tindakan apa yang harus dilakukan (KODERSI, Bab III Pasal 10)

b. Hak Pasien atas Informasi Penyakit dan Tindakan Medis dari Aspek Hukum Kedokteran.

Pasien dalam menerima pelayanan praktik kedokteran mempunyai hak mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis yang akan diterimanya (Undang-Undang No. 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran pasal 52). Penjelasan tersebut sekurang-kurangnya mencakup :

1. Diagnosis dan tata cara tindakan medis
2. Tujuan tindakan medis yang dilakukan
3. Alternatif tindakan lain dan risikonya
4. Resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi
5. Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan. (Pasal 45 ayat 3)

Dokter atau dokter gigi dalam memberikan pelayanan tindakan kedokteran atau kedokteran gigi terlebih dahulu harus memberikan penjelasan kepada pasien tentang tindakan kedokteran yang akan dilakukan dan mendapat persetujuan pasien (PERMENKES No.1419/MENKES/PER/2005 tentang Penyelenggaraan Praktik Dokter dan Dokter Gigi pasal 17)

Pasien berhak menolak tindakan yang dilakukan terhadap dirinya dan mengakhiri pengobatan serta perawatan atas tanggung jawab sendiri sesudah memperoleh informasi yang jelas tentang penyakitnya.

Pemberian obat-obatan juga harus dengan persetujuan pasien dan bila pasien meminta untuk dihentikan pengobatan, maka terapi harus dihentikan kecuali dengan penghentian terapi akan mengakibatkan keadaan gawat darurat atau kehilangan nyawa pasien

Dalam Pedoman Penegakkan Disiplin Kedokteran tahun 2008 seorang dokter dapat dikategorikan melakukan bentuk pelanggaran disiplin kedokteran apabila tidak memberikan penjelasan yang jujur, etis, dan memadai (*adequate information*) kepada pasien atau keluarganya dalam melakukan praktik kedokteran.

c. Hak Pasien atas Informasi dalam Rekam Medik

Berdasarkan PERMENKES RI No. 629/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam medik Pasal 12 dikatakan bahwa berkas rekam medik adalah milik sarana pelayanan kesehatan dan isi rekam medik adalah milik rekam medik . Bentuk ringkasan rekam medic dapat diberikan, dicatat atau dicopy oleh pasien atau orang yang diberi kuasa atau persetujuan tertulis pasien atau keluarga pasien yang berhak untuk itu. Namun boleh tidaknya pasien mengetahui isi rekam medic tergantung kesanggupan pasien untuk mendengar informasi mengenai penyakit yang dijelaskan oleh dokter yang merawatnya.

Jadi pasien isi rekam medik bukan milik pasien sebagaimana pada PERMENKES sebelumnya (1989) tentang rekam medic. Pasien hanya boleh memilikinya dalam bentuk ringkasan rekam medik

d. Komunikasi Dokter Pasien yang Baik

Menurut Petunjuk Praktek Kedokteran yang Baik (DEPKES,2008) komunikasi yang baik antara dokter pasien terkait dengan hak untuk mendapatkan informasi meliputi :

1. Mendengarkan keluhan, menggali informasi, dan menghormati pandangan serta kepercayaan pasien yang berkaitan dengan keluhan nya.
2. Memberikan informasi yang diminta atau yang diperlukan tentang kondisi, diagnosis, terapi dan prognosis pasien, serta rencana perawatannya dengan cara yang bijak dan bahasa yang dimengerti pasien. Termasuk informasi tentang tujuan pengobatan, pilihan obat yang diberikan, cara pemberian serta pengaturan dosis obat, dan kemungkinan efek samping obat yang mungkin terjadi; dan
3. Memberikan informasi tentang pasien serta tindakan kedokteran yang dilakukan kepada keluarganya, setelah mendapat persetujuan pasien.
4. Jika seorang pasien mengalami kejadian yang tidak diharapkan selama dalam perawatan dokter, dokter yang bersangkutan atau penanggungjawab pelayanan kedokteran (jika terjadi di sarana pelayanan kesehatan) harus menjelaskan keadaan yang terjadi akibat jangka pendek atau panjang dan rencana tindakan kedokteran yang akan dilakukan secara jujur dan lengkap serta memberikan empati.
5. Dalam setiap tindakan kedokteran yang dilakukan, dokter harus mendapat persetujuan pasien karena pada prinsipnya yang berhak memberika persetujuan dan penolakan tindakan medis adalah pasien yang bersangkutan. Untuk itu dokter harus melakukan pemeriksaan secara teliti, serta menyampaikan rencana pemeriksaan lebih lanjut termasuk resiko yang mungkin terjadi secara jujur, transparan dan komunikatif. Dokter harus

yakin bahwa pasien mengerti apa yang disampaikan sehingga pasien dalam memberikan persetujuan tanpa adanya paksaan atau tekanan

e. The Medical Records Institute merumuskan hak-hak pasien tersebut seperti berikut ini :

1. Hak privasi – pasien memiliki hak untuk menjaga kerahasiaan informasi kesehatan mereka. Informasi yang terkandung dalam berkas rekam medis harus dijaga kerahasiaan dan keamanannya. Penggunaan rekam medis berbasis komputer / elektronik selayaknya harus lebih terjaga kerahasiaan dan keamanannya dibandingkan dengan rekam medis berbasis kertas.
2. Hak untuk mengakses / melihat informasi kesehatan pribadi Meskipun perdebatan tentang kepemilikan rekam medis masih sering diperdebatkan, namun secara umum telah mulai disepakati bahwa pihak provider (rumah sakit, klinik, dll) berhak atas kepemilikan rekam medis secara fisik. Fisik atau media rekam medis ini dapat berupa lembaran berkas atau media penyimpanan di komputer. Isi / kandungan informasi dari rekam medis dimiliki secara bersama oleh pihak provider dan pasien. Beberapa provider mungkin belum siap untuk mengizinkan pasiennya melihat / mengakses berkas rekam medisnya atau melayani permintaan fotokopi untuk itu. Namun secara umum, pihak provider akan melayani kebutuhan hak pasien ini. Jadi, pasien berhak melihat, mengakses, atau meminta fotokopi / salinan dari berkas rekam medis mereka. Tentu saja hal ini akan berkaitan dengan konsekuensi adanya biaya penggantian fotokopi dan pengelolaannya. Hak untuk memasukkan / menambahkan catatan dalam rekam medis Pelaksanaan hak ini tentu melalui prosedur dan alur yang telah ditentukan oleh pihak provider, misalnya melalui unit atau komite yang bersangkutan.

Pasien memiliki hak untuk menambahkan catatan atau menambahkan penjelasan kedalam berkas rekam medis mereka.

3. Hak untuk tidak mencantumkan identitas (anonim) Hak ini berlaku apabila pasien tersebut membayar sendiri biaya pelayanan kesehatannya (tidak melalui penjaminan atau asuransi). Dalam hal ini pasien berhak untuk menutup / menjaga informasi dirinya selama pelayanan kesehatan (termasuk juga rencana kesehatannya). Beberapa informasi hanya boleh dibuka untuk kepada dokter atau pihak tertentu saja dengan pernyataan tertulis dan spesifik dari pasien yang bersangkutan.

4. Hak untuk mendapatkan riwayat kehidupan medis yang baru Beberapa pasien akan merasa terperangkap dalam diagnosis medis tertentu atau catatan tertentu dalam rekam medis mereka, misalnya saja pasien kesehatan mental. Pasien memiliki hak untuk memulai kehidupan medis yang baru dengan mulai membuat rekam medis yang baru.

4.1.2 Kewajiban Pasien

Kewajiban pasien dalam rekam medis adalah memberikan keterangan yang benar dan lengkap tentang identitas, berbagai latar belakang serta masalah kesehatan yang dialaminya. Apabila keterangan yang disampaikan tersebut tidak benar dan atau tidak lengkap, tentu sulit diharapkan baiknya rekam medis tersebut.

4.2 Hak dan Kewajiban Petugas Kesehatan

Tanggung jawab utama akan kelengkapan rekam medis terletak pada dokter yang merawat. Tanpa memperdulikan ada atau tidaknya bantuan yang diberikan kepadanya dalam melengkapi rekam medis dan staf lain di rumah sakit, dia mengemban tanggung jawab terakhir akan kelengkapan dan kebenaran isi

rekam medis. Disamping itu untuk mencatat beberapa keterangan medis seperti riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, dan ringkasan keluar (resume), kemungkinan bisa dilegalisikan pada co asisten, asisten ahli, atau dokter lainnya (Samil 1994).

Data ini harus dipelajari kembali, dikoreksi dan ditandatangani juga oleh dokter yang merawat. Pada saat ini banyak rumah sakit, menyediakan staf bagi dokter untuk melengkapi rekam medis, namun demikian tanggung jawab utama dan isi rekam medis tetap berada padanya. Nilai ilmiah dari suatu rekam medis adalah sesuai dengan taraf pengobatan dan perawatan yang tercatat. Oleh karena itu ditinjau dari beberapa segi, rekam medis sangat bernilai penting karena :

- 1). Bagi pasien, untuk kepentingan penyakitnya di masa sekarang maupun di masa yang akan datang.
- 2). Dapat melindungi rumah sakit maupun dokter dalam segi hukum (*medicolegal*). Bilamana rekam medis tidak lengkap dan tidak benar, maka kemungkinan akan merugikan bagi pasien, rumah sakit maupun dokter sendiri.
- 3). Dapat digunakan untuk penelitian medik maupun administratif. Personil rekam medis hanya dapat mempergunakan data yang diberikan kepadanya.

Bilamana diagnosanya tidak benar dan tidak lengkap maka kode penyakit pun tidak tepat, sehingga indeks penyakit mencerminkan kekurangannya, hal ini berakibat riset akan mengalami kesulitan. (Depkes RI, 1997)

Formulir yang digunakan biasanya dalam bentuk kartu pemeriksaan pasien, anamnese, diagnosa dan tindakan yang dilakukan terhadap pasien, tetapi dicatat di dalam kartu tersebut. Untuk rawat jalan perlu di dalam lembar ringkasan poliklinik yang lazim disebut identitas dan ringkasan poliklinik. Lembaran ini sebagai dasar dalam menyiapkan kartu identitas utama pasien (KIUP) yang berisi data pasien serta ringkasan poliklinik (Basbeth, 2005).

Rekam medis adalah catatan atau berkas yang mengandung informasi tentang penyakit dan pengobatan pasien yang ditujukan untuk menjaga dan

meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Rekam medis adalah milik institusi kesehatan yang membuatnya dan disimpan oleh institusi pelayanan kesehatan tersebut. Disamping kerahasiaannya serta dapat digunakan sebagai alat bukti hukum apabila terdapat penyimpangan dalam pelayanan kesehatan (Samil, 1994).

Menurut Hanafiah dan Amir (1999), akhir-akhir ini keluhan masyarakat terhadap para dokter makin sering terdengar, antara lain mengenai kurangnya waktu dokter yang disediakan untuk pasiennya, kurang lancarnya komunikasi, kurangnya informasi yang diberikan dokter kepada pasien atau keluarganya, tingginya biaya pengobatan dan sebagainya. Hal ini disebabkan meningkatnya taraf pendidikan dan kesadaran hukum masyarakat, dimana masyarakat lebih menyadari akan haknya seiring dengan munculnya kepermukaan masalah-masalah hak asasi manusia diseluruh dunia, Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) sekarang ini hanya berisi kewajiban-kewajiban dokter dan belum memuat hak dokter, demikian juga belum memuat semua hak dan kewajiban pasien.

Undang-Undang No. 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen (UUPK) lahir untuk memperoleh perlindungan atas kerugian yang diderita atas transaksi suatu barang dan jasa. UUPK menjamin adanya kepastian hukum bagi konsumen. Tujuan dan undang-undang tersebut adalah:

1. Meningkatkan kesadaran, kemampuan dan kemandirian konsumen untuk melindungi diri.
2. Mengangkat harkat dan martabat konsumen dengan cara menghindarkannya dari akses negatif pemakaian barang atau jasa.
3. Meningkatkan pemberdayaan konsumen dalam memilih, menentukan dan menuntut hak-haknya sebagai konsumen.
4. Menciptakan sistem perlindungan konsumen yang mengandung unsur kepastian hukum dan keterbukaan informasi serta akses untuk mendapatkan informasi.

5. Menumbuhkan kesadaran pelaku usaha mengenai pentingnya perlindungan konsumen sehingga tumbuh sikap yang jujur dan bertanggung jawab dalam berusaha.

Dalam pedoman pengolahan rekam medis rumah sakit di Indonesia disebutkan bahwa rumah sakit sebagai salah satu sarana pelayanan kesehatan yang melakukan pelayanan rawat jalan maupun inap, wajib membuat atau mengisi rekam medis. Petugas yang membuat atau mengisi rekam medis adalah dokter dan tenaga kesehatan lainnya meliputi:

- a. Dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang melayani pasien di rumah sakit.
- b. Dokter tamu yang merawat pasien rumah sakit.
- c. Residen yang sedang melaksanakan kepaniteraan klinik.
- d. Tenaga para medis keperawatan dan tenaga para medis non keperawatan yang langsung terlibat di dalam diantara lain perawat, perawat gigi, bidan, tenaga laboratorium klinik, gizi, anestesi, penata roentgen, rehabilitasi medis dan lain sebagainya.
- e. Dalam hal kedokteran luar negeri melakukan alih teknologi kedokteran, yang berupa tindakan atau konsultasi kepada pasien yang membuat rekam medis adalah dokter yang ditujukan oleh direktur rumah sakit (Departemen Kesehatan RI, 1997).

4.3 Hak dan Kewajiban Sarana Pelayanan

Hak sarana pelayanan kesehatan, seperti rumah sakit misalnya, adalah memiliki rekam medis yang dipergunakan. Rekam medis sebagai berkas adalah milik dan inventaris sarana pelayanan. Tetapi tidak untuk isinya, karena isi rekam medis tersebut adalah milik pasien. Dalam kaitan ini, rumah sakit misalnya, dapat

menolak untuk memberikan berkas rekam medis yang dipergunakan, sekalipun kepada pasien yang bersangkutan. Sedangkan kewajiban sarana pelayanan adalah bertanggungjawab menyelenggarakan pelayanan rekam medis yang baik, termasuk bertanggungjawab pula menyediakan berbagai tenaga, sarana dan prasarana yang diperlukan. Jika pasien atau pihak ketiga dengan persetujuan pasien meminta isi rekam medis, adalah kewajiban pimpinan sarana pelayanan untuk memenuhinya.

Ringkasan:

Pasien berhak mendapatkan informasi penyakit dan tindakan medis dan aspek etika kedokteran. Pasien juga berhak atas informasi penyakit dan tindakan medis dan aspek hukum kedokteran. Sedangkan kewajiban pasien adalah memberikan keterangan yang benar dan lengkap tentang identitas, berbagai latar belakang serta masalah kesehatan yang dialaminya.

BAB V

ALUR BERKAS REKAM MEDIS dan STRUKTUR REKAM MEDIS

Sasaran Pembelajaran : Menjelaskan alur berkas rekam medis dan
Struktur pelayanan rekam medik

Materi Pembelajaran/ Topik kajian : Alur berkas rekam medis dan struktur
pelayanan rekam medis

Strategi/ Metode Pembelajaran :

1. Alur berkas rekam medis
2. Struktur pelayanan rekam medis

Indikator Penilaian : Menjelaskan alur berkas rekam medis dan
Struktur pelayanan rekam medis

5.1 Struktur Rekam Medis

Hippocrates (460-377 SM) yang dikenal sebagai Bapak Kedokteran memperkenalkan keenam doktrinnya yang dikenal sebagai Sumpah Hippocrates, yaitu berbuat baik; jangan melakukan hal merugikan pasien; hormati kehidupan manusia; sadari keterbatasan kemampuan kita berakhlak dan berbudi luhur; dan jaga kerahasiaan pasien.

Sumpah Hippocrates sekaligus mengharuskan diperlukannya alat bukti berupa rekaman kesehatan sebagai sarana untuk memantau praktik kesehatan, khususnya untuk mengetahui sejauh mana praktisi yang terlibat dalam pelayanan kesehatan telah berbuat baik dan layak dalam pemeriksaannya?; apakah praktik kedokteran telah merugikan pasien? apakah praktisi pelayanan kesehatan telah menghormati kehidupan pasien? apakah praktisi telah menyalahgunakan praktik sebatas kemampuan yang bersangkutan dan menyalahgunakan profesi dengan berakhlak dan berbudi luhur serta melindungi hak asasi pasien dengan menjaga kerahasiaannya? Semua jawaban di atas harus terdapat dalam isi rekam kesehatan.

Dalam perkembangannya rekam kesehatan terbagi dalam dua jenis praktik padapraktik rekaman tradisional, bentuk rekaman dilaksanakan melalui media 'kertas' sedangkan pada praktik modern (Abad ke-21) orientasi pengelolaan berbasis pada informasi yang dilakukan melalui 'komputer' dan disebut manajemen informasi kesehatan (MIK). Dalam praktik manajemen rekam kesehatan secara tradisional, pengumpulan data dilakukan melalui format kertas serta disimpan dalam map (folder). Sementara, praktik profesi di era modern mengumpulkan, menyimpan dan menganalisis data/informasi melalui sistem rekam kesehatan elektronik (RKE) yang interaktif.

Dalam 'rekaman kertas' ataupun 'komputerisasi', isi rekam kesehatan dibagi dalam data pusat kesehatan masyarakat); bentuk klasifikasi jenis pelayanan (umum atau khusus); serta bentuk status kepemilikan sarana pelayanan kesehatan (swasta atau pemerintah pusat/daerah) administratif dan data klinis, sedangkan isi (data/informasi) rekam kesehatan dipengaruhi oleh bentuk pelayanan kesehatan (pelayanan rumah sakit atau pusat kesehatan masyarakat); bentuk klasifikasi jenis pelayanan (umum atau khusus); serta bentuk status kepemilikan sarana pelayanan kesehatan (swasta atau pemerintah pusat/daerah).

1. Data Administratif

Data administratif mencakup data demografi, keuangan (*financial*) disamping tentang informasi lain yang berhubungan dengan pasien, seperti data yang terdapat pada beragam izin (*consent*), pada lembaran hak kuasa (otorisasi) untuk kepentingan pelayanan kesehatan dan dalam penanganan informasi konfidensial pasien.

Dalam pelayanan kesehatan, informasi demografi diperlukan dalam mengisi informasi dasar identitas diri pasien. Informasi ini dicatat dalam lembaran pertama rekam kesehatan rawat inap yang disebut ringkasan masuk dan keluar (format kertas/ computer) maupun pada lembar pertama rawat jalan yang dikenal dengan nama ringkasan riwayat klinik. Isi data demografi bersifat permanen (kekal) dan setidaknya mencakup informasi tentang:

- Nama lengkap (nama sendiri dan nama keluarga yaitu nama ayah/suami/marga/she). Tuliskan nama keluarga, beri tanda koma, baru nama sendiri. Artinya, semua nama di muka tanda koma adalah nama keluarga. Tuliskan demikian untuk menyamakan identitas pasien dari pihak

yang tidak berwenang namun saat memanggil nama pasien disesuaikan dengan kebiasaan yang diinginkan.

- Nomor rekam kesehatan pasien dan nomor identitas lain (asuransi).
- Alamat lengkap pasien (nama jalan/gang, nomor rumah, wilayah, kota yang dihuni saat ini dan kode pos bila diketahui).
- Tanggal lahir pasien (tanggal, bulan, tahun) dan kota tempat kelahiran.
- Jenis kelamin (perempuan atau laki-laki).
- Status pernikahan (sendiri, janda, duda, cerai).
- Nama dan alamat keluarga terdekat yang sewaktu-waktu dapat dihubungi.
- Tanggal dan waktu terdaftar di tempat penerimaan pasien rawat inap/rawat jalan/gawat darurat.
- Nama rumah sakit (tertera pada kop formulir: nama, alamat, telepon, kota).

Tujuan dari pengumpulan informasi demografi ini adalah untuk mengonfirmasikan identitas pasien secara lengkap. Rumah sakit dan organisasi pelayanan kesehatan yang terkait juga menggunakan informasi demografi pasien sebagai basis data statistik, riset dan sumber perencanaan.

Data administratif lainnya adalah data keuangan (financial yang biasanya dikaitkan dengan asuransi). Beberapa sarana pelayanan kesehatan akut, bahkan ada yang mencantumkan biaya perawatan pasien pada lembar ringkasan masuk dan keluar (lembar pertama dalam rekam medis). Namun cara ini bukan menjadi suatu keharusan.

Otorisasi dan pernyataan merupakan bagian dari basis data (data base) rekam kesehatan pelayanan akut. Formulir tersebut dimaksudkan sebagai pemberian izin dari diri pasien/wali kepada pihak pemberi pelayanan kesehatan. Formulir cukup ditandatangani oleh pasien/wali dengan tanggal pemberian izin. Terkadang, adakalanya dokter juga diminta untuk menandatangani formulir

pemberian izin namun hanya dalam kapasitasnya sebagai pihak saksi yang menerima persetujuan izin untuk tindakan medis kedokteran dan kedokteran gigi (informed consent) dari pasien.

Umumnya data administratif adalah data identifikasi yang dapat dihubungkan dengan pasien (patient-identifiable information) yang digunakan bagi kepentingan administratif, regulasi, operasional pelayanan kesehatan dan penggantian biaya pengobatan.

Meskipun data administratif termasuk konfidensial namun data administratif tidak menjadi bagian resmi (legal) rekam kesehatan. Hal ini beda dengan data klinis. Dengan demikian tidak perlu disertakan ke pengadilan bila ada kasus permintaan pengadilan (subpoena) dengan bukti rekaman medis (kecuali bila memang ada permintaan tersendiri).

Contoh data administratif yaitu:

- Lembaran pengesahan untuk melepaskan informasi;
- Formulir pengesahan (otorisasi) pelaksanaan pelayanan;
- Beberapa formulir pemberian izin (consent), seperti *implied* dan *expressed consents* (lihat bab Aspek Etik dan Hukum);
- Lembar hak kuasa (persetujuan dirawat di sarana pelayanan kesehatan);
- Lembar pulang paksa;
- Sertifikat kelahiran atau kematian;
- Formulir pembebasan sarana pelayanan kesehatan dari tuntutan kehilangan atau
- Kerusakan barang pribadi pasien;
- Korespondensi yang berkaitan dengan permintaan rekaman;
- Kejadian tentang riwayat atau audit;

- Klaim yang dapat dihubungkan dengan pasien;
- Menelaah kualitas data yang dapat dihubungkan dengan pasien (menjaga mutu, manajemen utilisasi);
- Tanda identitas pasien (nomor rekam medis, biometrik);
- Protokol klinis (*clinical protocols*), jalur klinis (*clinical pathways*), pedoman praktik dan pengetahuan lain (*clinical practice guideline*) yang tidak melekat dengan data pasien.

2. Data Klinis

Pada dasarnya data klinis diartikan sebagai data hasil pemeriksaan, pengobatan, Perawatan yang dilakukan oleh praktisi kesehatan dan penunjang medis terhadap pasien rawat inap maupun rawat jalan (termasuk darurat). Data/informasi klinis yang terakumulasi dalam rekam kesehatan merupakan basis data (data base) yang dibedakan dalam jenis data yang diinginkan dan fungsi kegunaannya sehingga menghasilkan beragam data/informasi (Tabel 6.1).

Semua keluaran dari formulir pemeriksaan Tabel 6.1 menghasilkan data klinis, kecuali tentang izin, otorisasi (pemberian hak kuasa) dan pernyataan yang dikategorikan sebagai data administratif. Setiap masukan data/informasi klinis wajib mencantumkan nama lengkap tenaga kesehatan dan penunjang medis terkait serta tanggal pemberian pelayanan kesehatan terhadap pasien.

Pengembangan formulir pelayanan medis menjadi tanggung jawab setiap pengguna fasilitas pelayanan kesehatan. Untuk itu unit pelayanan kesehatan dapat bekerja sama dengan beberapa pihak seperti dengan kolega lain yang terkait; mencari masukan terkini melalui buku informasi kesehatan, jurnal serta membahasnya dengan kepala unit kerja Manajemen Informasi Kesehatan (MIK) (RM).

Kepala MIK dapat memberikan masukan tentang isi dan tata letak formulir (lay out) atau tata grafika. Selain itu kepala MIK sebagai pihak yang juga memahami ilmu kesehatan, terminologi medis, aplikasi komputer, alur data pasien, melaksanakan pengawasan serta mengartikan kebutuhan informasi, juga mampu sebagai perancang formulir rekam kesehatan pada sarana pelayanan kesehatan.

Pada institusi pelayanan kesehatan yang besar, dapat dibentuk tim pembuatan formulir yang terdiri dari beberapa perwakilan yang berasal dari unit kerja MIK, unit pelayanan terkait, pihak sistem informasi, pihak pengadaan barang/formulir, anggota tim mutu, dan lainnya. sesuai kebutuhan. Tim ini membantu pekerjaan administrative dan aplikasi informasi pasien serta terkait pula dalam pemilihan teknologi pengumpulan data.

Rekaman data atau informasi klinis untuk pasien rawat inap di sarana pelayanan akut meliputi:

- Riwayat medis masa lalu.
- Pemeriksaan fisik saat datang untuk meyakinkan bahwa pasien memang perlu mendapat perawatan di sarana pelayanan akut.
- Instruksi diagnostik dan terapeutik yang diberikan tenaga medis.
- Pemeriksaan klinis oleh tenaga kesehatan yang merawat pasien.
- Laporan dan hasil setiap pemeriksaan diagnostik dan terapeutik, termasuk tindakan bedah, laporan konsultasi medis.
- Diagnosis akhir dan kondisi saat pasien pulang.
- Instruksi akhir kepada pasien sebelum pulang.

Permintaan data/informasi di atas tetap berlaku baik pada sistem rekaman yang ditulis pada kertas maupun dalam bentuk media elektronik (RKE).

Pembedanya hanyalah pada cara pengumpulan, penyimpanan, pengesahan dan teknologi sekuritasnya.

Data rekam kesehatan juga sering diisi oleh tenaga pelayanan kesehatan lainnya, sesuai dengan kebijakan setempat, seperti oleh psikolog, ahli gizi ataupun pekerja sosial. Selain itu spesialisasi lain juga berperan serta dalam mengisi rekam kesehatan:

- Ahli farmasi memberikan informasi formulasi medikasi intravenous dan zat nutrisi pada pemberian suntikan (parenteral).
- Teknologis medis dan bakteriologis memberikan informasi tentang hasil tes darah dan analisis laboratorium.
- Audiologis memberikan informasi tentang hasil tes pendengaran.
- Tenaga teknis memberikan rekaman grafik hasil elektrokardiogram dan elektroencephalogram.
- Patologis memberikan hasil pemeriksaan spesimen dalam pemeriksaan diagnostic ataupun pembedahan.
- Radiologis memberikan hasil pemeriksaan radiologi (X-ray), computed tomography pencitraan (CT scan), magnetic resonance imaging (MRI) serta radiologis ahli kedokteran nuklir yang melaporkan hasil terapi radiasi.

Selain data klinis di atas, terdapat beragam sumber data tentang ihwal pasien (*patient-identifiable source data*) yang disimpan dalam basis data terpisah atau pada lokasi lain namun diringkas dalam rekam kesehatan legal dalam bentuk interpretasi klinis, catatan atau laporan dari sumber lain (*derivative*). contohnya adalah:

- Potret untuk memperjelas identifikasi pasien.
- Rekaman audio asli yang digunakan dalam pendiktean korespondensi.

- Film diagnostik dan pencitraan.
- Elektrokardiogram.
- Prosedur medis dalam bentuk video dan konsultasi telemedis.

Data klinis yang terdapat dalam rekam kesehatan meliputi :

a. Riwayat Medis Masa Lalu

Berisi ringkasan latar belakang penyakit terdahulu yang perlu diketahui dokter dan cenderung dijawab oleh pasien secara subjektif. Meliputi komponen :

- Keluhan utama: Gambaran subjektif yang memperregas alasan diperlukannya pengobatan medis.
- Penyakit saat ini: Gambaran subjektif tentang perkembangan penyakit pasien.
- Riwayat sakit terdahulu: Gambaran subjektif tentang penyakit sebelumnya, cedera, tindakan (operasi) yang pernah dialami, masa rawat inap sebelumnya, termasuk informasi medikasi sekarang dan alergi.
- Data sosial dan riwayat pribadi: Gambaran subjektif tentang pekerjaan, status pernikahan, kebiasaan, cara dan gaya hidup.
- Riwayat sakit keluarga: Gambaran subjektif tentang penyakit yang pernah diderita di antara anggota keluarga terdekat.
- Telaahan sistem tubuh: Gambaran subjektif tentang gejala lain atau penyakit yang terdapat pada sistem tubuh.

b. Pemeriksaan Fisik

Sesudah pasien memberikan masukan yang bersifat subjektif tentang riwayat medisnya, dokter akan memeriksa keadaan fisik pasien secara objektif.

Informasi pemeriksaan fisik yang objektif ini harus tersedia dalam rekam kesehatan. Pasien dalam waktu 24 jam sejak pasien terdaftar sebagai pasien masuk. Tanpa informasi ini pembedahan tidak dapat terlaksana (McCain, 2002, hlm. 144).

Bila dalam 30 hari sesudah pasien pulang ternyata pasien kembali masuk rawat inap dengan kondisi yang sama, pada instansi pelayanan kesehatan yang sama maka dokter yang menerima cukup memberikan catatan interval dalam rekam kesehatan Pasien sebagai Pengganti catatan tentang riwayat dan pemeriksaan fisik pasien. Dengan demikian, pasien tidak dianggap sebagai pasien awal.

Catatan interval tersebut di atas berisi informasi tentang keluhan pasien dan hal-hal lain yang mempengaruhi kesehatan sekarang maupun tentang temuan pemeriksaan baru. Namun, bila perawatan ulang yang terjadi dalam 30 hari tersebut diakibatkan oleh kondisi yang berbeda dengan rawatan terakhir, maka riwayat dan laporan pemeriksaan fisik yang lengkap harus segera dibuat. Berarti tidak menggunakan catatan riwayat interval.

c. Observasi Klinis

Pelaksanaan rekaman observasi klinis menggunakan berbagai format termasuk catatan perkembangan (cp), laporan konsultasi dan catatan penunjang. Cp dapat diisi dengan menggunakan satu jenis formulir yang ditulis secara kronologis oleh berbagai tenaga kesehatan/lainnya yang terlibat pelayanan (*integrated record*) atau dengan menggunakan beragam jenis formulir yang berbeda sesuai dengan cabang keilmuan tenaga kesehatan/lainnya yang ada (*source oriented record*).

CP format kertas/RKE yang terintegrasi (disebut juga interdisciplinary progress notes) dewasa ini banyak diterapkan sebagai hasil kerja kolektif berbagai pihak, seperti oleh dokter, Perawat (termasuk perawat anestesi), tenaga kesehatan lain termasuk ahli gizi, terapis kesehatan, manajer kasus, ahli farmasi dan bahkan pekerja sosial yang terlibat dalam perawatan langsung atau konsultasi kepada pasien. Dengan demikian, Sambaran kronologis tentang kondisi pasien dan reaksi pengobatan dapat dipantau secara salcama. Selain itu CP juga digunakan sebagai alat pembenaran, pengambilan keputusan dan tindak lanjut perawatan pasien di sarana akut (RS) karena isinya mendokumentasikan kelayakan serta pengoordinasian pelayanan yang diberikan. (Lihat Lampiran 4.1-4.2 tentang CP terintegrasi). Pada fasilitas kesehatan jiwa, Cp merupakan hasil konsultasi utama pasien.

Hal yang Perlu di perhatikan yaitu bahwa setiap pengisi tidak boleh meninggalkan celah kosong dalam baris penulisan. Hal ini untuk mencegah masuknya informasi asing yang tidak dikehendaki dan tercatatnya informasi secara kronologis. Informasi yang terdapat dalam Cp meliputi:

- Status kesehatan pasien saat masuk dan pulang.
- Temuan dalam pemeriksaan fisik.
- Observasi tanda kehidupan, termasuk rasa nyeri (dapat dipantau pada grafik, flowchart atau dengan pDA).
- catatan kronologis tentang rawatan pasien, termasuk reaksi terhadap pengobatan.
- Hasil laboratorium, prosedur pencitraan (imaging) termasuk interpretasi dan rencana tindak lanjut.
- Permintaan konsultasi dan alasannya.
- Catatan pemberian edukasi kepada pasien maupun keluarganya.

Secara lebih spesifik, dokter yang memberikan masukan dalam cp di atas melaksanakannya sesuai profesi masing-masing. Berapa seringnya Cp diisi tergantung pada kondisi pasien serta Peraturan fasilitas pelayanan kesehatan yang bersangkutan. Biasanya dokter utama yang menangani pasien setiap harinya berkewajiban memberikan data/informasi ke dalam cp sedangkan pada RS kronis (*long term care*), rekaman dapat ditulis per bulan disesuaikan dengan kondisi pasien.

Pembuatan rekaman kesehatan oleh dokter residen dan tenaga kesehatan yang sedang menempuh pendidikan yang lebih tinggi (pasca program atau lainnya) harus tetap dalam Pengawasan dokter atau tenaga kesehatan senior yang ditunjuk dengan kualifikasi keilmuan yang baik. Disamping itu tenaga tersebut juga harus mempunyai keterikatan sebagai pembimbing pada fakultas yang dibimbingnya.

5.2 Alur Berkas Rekam Medis

Dalam unit rekam medis ada beberapa proses untuk melancarkan pelayanan terhadap kunjungan pasien maka diperlukan alur dan prosedur yang tetap, baik untuk mendapatkan pelayanan kesehatan maupun sekedar mendapat keterangan kasus. Berikut ini alur dan prosedur rekam medis antara lain:

1. Saat pasien datang, petugas pendaftaran harus memastikan terlebih dahulu apakah pasien sudah pernah datang berobat atau belum.
2. Apabila pasien sudah pernah datang berobat, pasien tersebut diminta menunjukkan Kartu Identitas Berobat (KIB). Kemudian catat nomor rekam medis (No. RM) di tracer untuk mencari dokumen rekam medis di filing.

3. Untuk pasien yang tidak membawa KIB tetapi pernah berobat maka ditanya nama, alamat, untuk mencari No. Rmnya di komputer. Apabila sudah ketemu dicari dokumen Rmnya di bagian filling.
4. Apabila pasien belum pernah berobat maka dibuatkan Kartu Identitas Berobat (KIB) dan Kartu Index Utama Pasien (KIUP) baru kemudian dicatat di dalam buku.
5. Menyerahkan KIB kepada pasien dengan memberikan saran bahwa KIB (kartu berobat) harus dibawa setiap kali datang berobat.
6. Setelah petugas mengetahui poli mana yang akan dituju, pasien dipersilahkan membayar jasa pelayanan di kasir dan menunggu panggilan di poli yang mereka maksud.
7. Menerima Dokumen Rekam Medis (DRM) lama dari filling dengan menggunakan buku ekspedisi.
8. Mendistribusikan DRM sesuai unit rawat jalan yang sesuai dengan tujuan pasien berobat oleh petugas dengan menggunakan buku ekspedisi.
9. Identitas pasien dicatat dalam buku register Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (TPPRJ) untuk keperluan pengecekan jumlah pasien yang terdaftar di TPPRJ setiap harinya.
10. Menyimpan KIUP dengan rapi sesuai dengan abjad.
11. Melayani pendaftaran pasien peserta ASKES dengan menggunakan sistem yang telah ditetapkan oleh pihak perusahaan ASKES dimana sistem dan prosedur mengikuti ketentuan perusahaan.
12. Mencocokkan jumlah pasien dengan jumlah penerimaan pembayaran bersama-sama kasir dengan menggunakan buku register pendaftaran rawat jalan.
13. Membuat laporan harian yang berisi berbagai informasi yang dihasilkan di tempat pelayanan tersebut.

Ringkasan :

Alur rekam medis pasien rawat jalan dari mulai pendaftaran hingga penyimpanan rekam medis secara garis besar adalah sebagai berikut:

- 1) Pasien membeli karcis di loket pendaftaran.
- 2) Pasien dengan membawa karcis mendaftar ke tempat penerimaan pasien Rawat Jalan.
- 3) Petugas tempat penerimaan, pasien Rawat Jalan mencatat pada buku register nama pasien, nomor Rekam Medis, identitas, dan data sosial pasien dan mencatat keluhan pada kartu poliklinik.
- 4) Petugas tempat penerimaan pasien membuat kartu berobat untuk diberikan kepada pasien, yang harus dibawa apa pasien berobat ulang.
- 5) Pasien ulangan yang sudah memiliki kartu berobat disamping harus memperlihatkan karcis juga harus menunjukkan kartu berobat kepada petugas akan mengambil berkas Rekam Medis pasien ulangan tersebut.
- 6) Kartu poliklinik dikirim ke poliklinik yang dituju sesuai dengan keluhan pasien, sedangkan pasien datang sendiri ke poliklinik.
- 7) Petugas poliklinik mencatat pada buku Register Pasien Rawat Jalan nama, nomor rekam medis, jenis kunjungan, tindakan atau pelayanan yang diberikan dan sebagainya.
- 8) Petugas di Poliklinik (perawat) membuat laporan atau rekapitulasi harian pasien Rawat Jalan.
- 9) Petugas rekam medis memeriksa kelengkapan pengisian Rekam Medis dan untuk yang belum lengkap segera diupayakan kelengkapannya.
- 10) Petugas rekam medis membuat rekapitulasi setiap akhir bulan untuk laporan dan statistik rumah sakit. Berkas rekam medis pasien disimpan menurut nomor rekam medisnya

BAB VI

ISI REKAM MEDIS dan SISTEM PELAYANAN REKAM MEDIS

Sasaran Pembelajaran : Menjelaskan isi rekam medis dan sistem pelayanan rekam medis

Materi Pembelajaran/ Topik kajian : Isi dan sistem pelayanan rekam medis

Strategi/ Metode Pembelajaran :

1. Isi rekam medis pasien rawat jalan, UGD, korban bencana dan rawat nginap
2. Sistem pelayanan rekam medis di unit rawat jalan (poliklinik)
3. Sistem pelayanan rekam medis di Unit Gawat Darurat (UGD)
4. Pelayanan dokter praktek
5. Perawat/ bidan

Indikator Penilaian : Menjelaskan isi rekam medis dan sistem pelayanan rekam medis

6.1 Rekam Medis Rumah Sakit

Rekam medis rumah sakit adalah rekam medis yang lengkap, terkini yang memuat riwayat pasien, kondisi terapi dan hasil perawatan. rekam medis digunakan untuk mendokumentasikan secara kronologis terapi yang diberikan kepada pasien. Rekam Medis juga digunakan untuk merencanakan evaluasi terapi pasien dan sebagai alat komunikasi antar dokter dan penyedia pelayanan kesehatan lainnya di rumah sakit. Pengawas medis dan perawatan melakukan audit kualitas pelayanan kesehatan dengan mengevaluasi terapi yang dituliskan dalam rekam medis, yang kemudian dibandingkan dengan standar prosedur yang berlaku.

Rekam medis rumah sakit adalah bukti hukum penting yang dapat digunakan dalam berbagai perkara hukum. rekam medis yang baik dapat membantu rumah sakit atau dokter merekonstruksi kembali urutan terapi dan menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan dapat diterima dalam kondisi yang ada pada saat itu.

Rekam medis juga bisa menjadi bukti yang dapat memberatkan rumah sakit maupun dokter. Untuk itu format dan pengisian harus dibuat secara hati-hati dan harus relevan dengan keadaan pasien. Semua perubahan yang ada dibuat secara kronologis dengan dilengkapi penjelasan tentang alasan perubahan. Sekali rekam medis selesai dibuat komponen-komponen yang ada tidak boleh diubah, dihilangkan dan ditambahkan. Segala usaha untuk mengubah rekam medis biasanya dilakukan untuk kepentingan pribadi semata.

JCAHO menetapkan bahwa rekam medis dari rumah sakit yang terakreditasi memuat informasi yang cukup untuk menetapkan diagnosis, terapi dan hasil terapi secara akurat.

Rekam medis tiap-tiap rumah sakit sangat bervariasi, tergantung dari karakteristik dari tiap rumah sakit. Tetapi pada umumnya rekam medis rumah sakit terdiri dari dua bagian, Bagian informasi umum dan informasi klinis. Informasi yang minimal harus ada ditetapkan oleh pewawas rumah sakit wilayah atau standar akreditasi, dan peraturan-peraturan yang ditetapkan untuk rumah sakit dan para staf medis.

Untuk memenuhi ketentuan federal sebuah rumah sakit harus memasukkan informasi pasien pada rekam medis yang terdiri dari data identifikasi, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat sebelumnya, riwayat keluarga, pemeriksaan fisik, diagnosis kerja, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan foto rontgen, hasil konsultasi spesialis, prosedur terapi, ringkasan saat pulang dan temuan pada autopsi

6.2 Rekam Medis dokter Praktek

Tujuan dan fungsi rekam medis pasien untuk dokter praktek sama dengan tujuan dan fungsi rekam medis pada rumah sakit.

Umumnya tidak ada format panduan khusus yang mengatur komponen-komponen apa saja yang harus ada dalam rekam medis pada praktek dokter. Tetapi Sebagai acuan, rekam medis harus berisi informasi mengenai terapi yang diberikan kepada pasien di manapun selain di rumah sakit dengan detail dan lengkap. Instruksi-instruksi yang diberikan kepada pasien melalui telepon juga harus direkam, Dokter juga harus mencatat setiap telepon yang diterima. Pencatatan korespondensi melalui telepon harus dipisahkan dari rekam medis pasien.

Seorang dokter sebagai dokter praktek memiliki kewajiban untuk melengkapi rekam medis dan memberikan salinanya kepada dokter berikutnya yang bertanggung jawab terhadap pasien. Tetapi dokter tidak dibenarkan memberikan rekam medis pasien kepada petugas kesehatan yang tidak berkualifikasi dan dukun.

6.3 Catatan Perawat/Bidan

Catatan perawat/bidan digunakan oleh petugas perawatan untuk mencatat pengamatan mereka terhadap pasien dan pertolongan perawatan yang telah mereka berikan kepada pasien. Catatan ini memberikan gambaran kronologis pertolongan, perawatan, pengobatan yang diberikan dan reaksi pasien terhadap tindakan tersebut. Catatan ini berfungsi sebagai alat komunikasi antara sesama perawat, antara perawat dengan dokter.

Ada empat kegunaan catatan perawat/bidan:

3. Mencatat keadaan pasien selama tidak dilihat oleh dokter. Ini adalah catatan hal-hal yang penting oleh perawat, yang memberikan gambaran perspektif yang jelas tentang perkembangan seorang pasien selama tidak dilihat oleh dokter. Rencana pengobatan seorang pasien ditentukan oleh informasi yang dicatat pada lembaran ini dengan bantuan catatan perawat yang ditulis secara seksama. Seorang dokter dapat mengikuti perkembangan pasiennya meskipun ia mengunjungi pasien hanya sekali dalam satu hari.
4. Menghemat waktu bagi dokter dan mencegah timbulnya kekeliruan. Tanpa adanya catatan tersebut, gambaran pasien dari waktu ke waktu kepada petugas yang harus merawat pasien tersebut harus dijelaskan sendiri-sendiri. Hal ini tidak saja makan

waktu, tetapi juga memungkinkan banyak kesalahan dalam pemberian medikasi dan pengobatan.

5. Sebagai bukti pelaksanaan pekerja. Sangat perlu sekali setiap perawat mencatat apa-apa tindakan yang telah dilakukan sesuai dengan perintah dokter, sehingga dokter dapat melihat hasilnya dan menentukan tindakan pengobatan selanjutnya. Untuk pembuktian secara hukum, catatan perawat/bidan berguna sekali sebagai bukti pertolongan yang diberikan maupun bukti reaksi pasien terhadap pertolongan tersebut.
6. Sebagai salah satu kelengkapan berkas rekam medis. Catatan perawat/bidan dimulai pada saat pasien masuk ruang perawatan dan meliputi:
 - a. Tanggal dan jam.
 - b. Catatan-catatan tentang keadaan pasien, gejala-gejala yang tampak.
 - c. Pengobatan yang dilakukan. Selama seorang pasien dirawat di rumah sakit, catatan perawat harus memuat observasi harian seorang pasien (Depkes RI, 1997).

6.4 Isi Rekam Kesehatan pada Unit Khusus

Rekam kesehatan pada unit khusus adalah adanya lembar rekam kesehatan tertentu yang tidak terdapat pada setiap rekam kesehatan pasien. Misalnya lembaran rekam kesehatan dari unit kebidanan, pelayanan bayi baru lahir (neonatal¹) unit gawat darurat, pelayanan di unit psikiatri, pelayanan yang berkaitan dengan rehabilitasi, di antaranya fisioterapi, okupasi terapi dan terapi wicara; pelayanan *hospice*: serta perawatan jangka panjang (menahun). Demikian pula isi rekam kesehatan tergantung pada jenis pelayanan serta lamanya masa

Perawatan. Misalnya rekam kesehatan gawat darurat, berbeda dengan rekam kesehatan untuk perawatan jangka panjang (misalnya pada RS Jiwa).

6.5 Isi Rekam Kesehatan untuk Rawat Jalan

Isi rekam kesehatan selain untuk rawat inap sebagaimana tersebut di atas juga digunakan untuk kepentingan rawat jalan. Informasi dasar dalam rekam kesehatan rawat jalan di sarana pelayanan kesehatan (rumah sakit) setidaknya meliputi :

- Identitas demografi pasien.
- Daftar masalah (problem list) yang meringkas seluruh masalah medis dan pembedahan yang dalam jangka panjang berdampak klinis secara bermakna.
- Daftar medikasi memuat informasi jenis medikasi yang sedang dialami pasien
- Informasi tentang kondisi pasien sekarang dan lampau
- Riwayat medis tentang temuan tenaga kesehatan atas status kesehatan pasien.
- Laporan pemeriksaan fisik berisi hasil temuan tenaga kesehatan saat melakukan pemeriksaan terhadap pasien.
- Data imunisasi dan laporan tentang vaksinasi pasien
- Catatan perkembangan yang memberikan ringkasan secara kronologis tentang kondisi sakit pasien dan pengobatan yang diberikan
- Perintah dokter yang mencatat instruksi dokter terhadap pihak lain yang sama-sama merawat pasien.

Disamping isi rekam kesehatan untuk rawat jalan tersebut di atas, juga ada beberapa informasi yang disarankan yaitu:

- Informasi tindak lanjut dari tenaga kesehatan kepada pasien.
- Lembaran lanjutan yang dapat digunakan untuk mencatat setiap kunjungan.
- Catatan tentang pembatalan perjanjian oleh pasien.
- Catatan yang membahas tentang kontak telepon antara tenaga pelayanan kesehatan dan pasien.

6.6 Isi Rekam Medis (Kesehatan) Gawat Darurat

Dalam fasilitas rawat jalan, terdapat Unit Gawat Darurat (UGD) yang bertugas untuk menerima pasien yang membutuhkan perawatan segera (emergency) dan korban kecelakaan (casualty). Penekanan pada UGD adalah menolong pasien secepatnya demi menyelamatkan nyawanya. Oleh karena itu sering kali data/informasi dalam rekam kesehatan gawat darurat kurang diperhatikan kelengkapannya. Contoh isi rekam medis (atau rekam kesehatan) gawat darurat, terdiri dari berbagai informasi yang setidaknya meliputi unsur data sebagai berikut :

- Informasi demografi pasien (ringkasan riwayat klinik) termasuk identitas pasien (nama sendiri dan nama ayah/suami/marga).
- Kondisi saat pasien tiba di rumah sakit.
- Saat tiba di rumah sakit menggunakan sarana transportasi apa (misalnya ambulans, kendaraan pribadi, becak, ojek, taxi, kendaraan polisi dan lainnya).
- Nama orang atau pihak tertentu (seperti kantor, sekolah, fakultas dan lainnya) yang membawa pasien ke unit gawat darurat (UGD).
- Riwayat yang berhubungan, termasuk keluhan utama dan munculnya injuri atau penyakit.
- Temuan fisik yang bermakna.
- Hasil laboratorium, radiologi dan EKG.

- Pelayanan yang diberikan.
- Ringkasan sebelum meninggalkan pelayanan UGD (terminasi pelayanan)
- Disposisi pasien, termasuk pulang ke rumah, dirujuk atau diteruskan ke rawat inap.
- Kondisi pasien saat pulang atau dirujuk"
- Diagnosis saat meninggalkan UGD.
- Instruksi kepada pasien/wali tentang pelayanan selanjutnya dan tindak lanjut.
- Tanda tangan dan gelar yang memberikan pelayanan kepada pasien.

Lazimnya informasi dasar gawat darurat (emerjensi) dicatat dalam satu lembar rekam kesehatan (pada format kertas). Lembaran lain seperti informasi laboratorium, radiologi, tes atau uji lain; formulir izin (consent), dan disertakan instruksi tindak lanjut dapat untuk melengkapi data UGD.

Bila pasien memutuskan untuk meninggalkan UGD seberum diperiksa tenaga kesehatan atau karena pulang paksa maka kejadian tersebut harus dicatat dalam rekam kesehahn rawat darurat. Rekam kesehatan gawat darurat harus mencatat kondisi pasien yang datang, terlebih dalam keadaan kritis arau yang berum mampu berkomunikasi. Tenaga kesehatan wajib menandatangani formulir tertentu.

Lembaran gawat darurat (tergantung pada bentuk rekaman uGD yang digunakan), dapat diteruskan kepada pihak selanjutnya yang akan merawat pasien. Bila pasien barur datang ke unit gawat darurat namun pulang seterah pemeriksaan maka kepadanya cukup diberikan rembaran pemeriksaan gawat darurat dengan nomor urut UGD (nomor sementara) yang bukan menjadi nomor rekam medis (nomor sementara) Bira kemudian pasien kembali (dengan kondisi yang sama ataupun tidak) dan diteruskan ke rawat inap maka lembar lama di UGD

digabungkan dengan lembar rawat inap sekarang dan ia memperoleh nomor rekam medis (kesehatan) yang berlaku untuk selamanya (permanen).

Bila pasien baru yang datang ke UGD langsung meninggal dunia sebelum di rawat inap, wajib disiapkan surat kematian dengan penyebabnya dan datanya cukup diberikan nomor identitas UGD sementara. Sebaliknya, bila pasien baru yang datang ke UGD langsung meninggal dunia setelah di rawat inap, selain disiapkan surat kematian dengan penyebabnya, prosedur selanjutnya adalah seperti penanganan pasien rawat inap.

Bisa saja suatu sarana pelayanan kesehatan (RS) membuat nomor rekam medis (rekam kesehatan) Permanen dengan kepala bernomor khusus untuk gawat darurat. Namun hendaknya pasien yang diberikan nomor tersebut memang layak untuk menjadi pasien RS tersebut, (misalnya tidak ada pasien dewasa pria dirawat di rumah bersalin).

6.7 Rekam Kesehatan untuk Korban Bencana (Disaster)

Pembeda utama antara pasien biasa dan gawat darurat dengan bencana terletak pada kejadian 'bencana' itu. Lebihnya, penanganan pasien kasus bencana adalah murni kegawat daruratan yang bersifat life saving atau segera wajib dilakukan pertolongan dan atau tindakan medis demi menyelamatkan nyawa pasien. Dengan demikian pasien korban bencana senantiasa dikategorikan sebagai bagian dari pelayanan gawat darurat dan termasuk dalam pelayanan rawat jalan (our patient services).

Yang dikategorikan sebagai kasus bencana adalah kejadian yang diakibatkan oleh kondisi yang tidak lazim. Misalnya bencana akibat alam (seperti banjir, tsunami, kebakaran hutan, badai angin, gempa bumi, tanah atau es longsor); gejolak politik (huru hara demonstrasi, serangan teroris, perang, lemparan bom); akibat kelalaian manusia (arus pendek listrik, kebakaran

lingkungan); penyebaran penyakit (epidemi, pandemi), akibat unsur teknis (kecelakaan lalu lintas darat, laut, udara) dan lainnya. Ciri khas bencana adalah sama yakni peristiwa datang secara tidak terduga dikala orang tidak siap. Hal yang pasri, dalam sekejap jumlah korban yang membutuhkan berbagai pertolongan pada sarana pelayanan kesehatan meningkat dengan amat tajam. Untuk menampung korban yang amat banyak, sering didirikan tempat pos kesehatan darurat dengan relawannya.

Dalam kejadian bencana, ada pasien korban bencana yang hanya memerlukan pelayanan rawat jalan atau rawat inap bila kondisinya serius. Selain itu ada banyak korban yang meninggal di tempat kejadian atau dalam perjalanan ke rumah sakit. Bahkan, ada pasien yang memutuskan pulang paksa dengan berbagai alasan. Dalam menangani berbagai kejadian itu praktisi MIK berkewajiban untuk memperoleh berbagai informasi darurat dalam keadaan bencana dengan semaksimal mungkin. Pada dasarnya isi rekam kesehatan korban bencana relatif sama dengan informasi bagi pasien gawat darurat di RS. Bila pasien korban bencana yang telah diperiksa tenaga kesehatan harus dirawat inap maka Petugas TPP segera menyiapkan lembar ringkasan masuk dan keluar dan selanjutnya pasien menjadi pasien rawat inap. Bila informasi dilakukan melalui sarana teknologi RKE, prinsip dasar data tetap sama hanya media penulisannya yang berbeda yaitu melalui komputerisasi. Dewasa ini Penanganan RKE dapat digabungkan dengan berbagai fasilitas elektronis lainnya seperti personal digital assistance (PDA) ataupun alat digital lainnya sesuai perkembangan teknologi.

Data kasus bencana memiliki informasi tambahan yang setidaknya menerangkan:

- Nama (bila ada identitas penunjuk seperti KTB melalui keluarga/kawan, pasien dapat berbicara sendiri).
- Lokasi wilayah pengambilan korban dan waktu kejadian bencana.
- Kondisi korban saat tiba dan waktu tiba di sarana pelayanan kesehatan.

- Mencatat nomor pasien korban bencana yang diberikan dari tempat bencana (triage tag number) dan menghubungkannya dengan nomor rekam medis (rekam kesehatan) atau identitas lainnya, baik yang lama atau yang baru diperoleh dari tempat penerimaan pasien (TPP) gawat darurat sarana pelayanan kesehatan.
- Sebagai tambahan, disarankan agar dilengkapi dengan rekam medis gigi (dental chart) yang sesuai dengan standar internasional.

Informasi pasien akibat korban bencana tersebut harus segera menjadi basis data (data base) RS dan dapat dicatat berdasarkan dua pilihan yaitu:

- Meneruskan data ke buku register UGD dengan kode "B". Dengan memasukkan nama pasien bencana dalam buku register UGD RS berarti pasien bencana tidak perlu dibuatkan buku register baru. Berarti petugas TPP UGD cukup menyambung data bencana ke buku register UGD. Cantumkan nama-nama pasien korban bencana yang berdatangan namun khusus untuk korban bencana beri kode 'B'. Artinya, pemilik nama adalah pasien dengan kasus bencana.
- Bila dari tempat bencana pasien telah mendapat nomor darurat (triage tag number) dari relawan pembantu bencana maka nomor itu wajib dicatat saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan dan selanjutnya nomor itu dihubungkan dengan nomor rekam medis (kesehatan) dan identitas lainnya..
- Bukti Penomoran darurat (triage tag number) harus disimpan dan menjadi bagian dari rekam medis pada sarana pelayanan kesehatan yang dikunjungi pasien.
- Menggunakan stok buku register UGD yang tersedia (standar) khusus untuk bencana.

Ringkasan :

Rekam medis rumah sakit merupakan bukti hukum penting yang dapat digunakan dalam berbagai perkara hukum.

Rekam medis rumah sakit adalah rekam medis lengkap berisi riwayat pasien, kondisi terapi, dan hasil perawatan pasien di rumah sakit sebagai alat evaluasi dan komunikasi dokter dengan pasien.

Rekam, medis dokter praktek berisi instruksi-instruksi dokter yang diberikan kepada pasien diluar rumahsakit dimana sebagai dokter praktek mempunyai kewajiban rekam medis dan memberi salinannya kepada dokter berikutnya yang bertanggungjawab kepada pasien.

Rekam medis unit gawat darurat (UGD) berisi keadaan pasien dari tempat tinggal, keadaan saat tiba di rumah sakit, riwayat penyakit, hasil temuan laboratorium, nama pihak tertentu, sampai dengan hasil akhir waktu meninggalkan rumah sakit.

BAB VII

SISTEM REKAM MEDIS PUSKESMAS

Sasaran Pembelajaran : Menjelaskan sistem rekam medis puskesmas

Materi Pembelajaran/ Topik kajian : Sistem rekam medis puskesmas

Strategi/ Metode Pembelajaran :

1. Pengertian Puskesmas
2. Tugas Puskesmas
3. Fungsi Puskesmas
4. Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS)

Indikator Penilaian : Menjelaskan sistem rekam medis puskesmas

7.1 PUSKESMAS

Puskesmas adalah organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat dan memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok (Depkes RI 1991). Oleh karena itu puskesmas mempunyai wewenang dan tanggung jawab terhadap wilayah kerjanya. Wilayah kerja puskesmas meliputi satu kecamatan atau sebagian dari kecamatan. Faktor kepadatan penduduk, luas daerah geografis dan keadaan instruktur serta lainnya merupakan bahan pertimbangan dalam menentukan wilayah kerja puskesmas. Dalam wilayah kerjanya tidak hanya berfungsi sebagai pemberi pelayanan kesehatan namun sebagai penggerak Penyuluhan Kesehatan Masyarakat (PKM) guna meningkatkan kemampuan hidup sehat dan memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat.

7.2 Tugas Puskesmas

- a. Pelayanan pengobatan di wilayah kerja.
- b. Berkoordinasi mensosialisasikan advokasi (ajuan, rundingan & persetujuan) di lintas sektor.
- c. Pemberdayaan masyarakat dengan memberikan pelatihan kepada kader kesehatan yang mau bekerja secara sukarela untuk membina masyarakat di wilayahnya.
- d. Melatih guru UKS dalam hal penanganan P3K dan pendidikan kesehatan lainnya.

7.3 Fungsi Puskesmas

- a. **Fungsi Prekuentif** : Unit pelayanan tingkat dasar di wilayah kerja kecamatan yang berwawasan kesehatan.
- b. **Fungsi Kuratif** : Unit strata 1 yang berwawasan kesehatan membawahi Puskesmas Jejaring atau puskesmas pembantu
- c. **Fungsi Promotif** : Melaksanakan pemberdayaan masyarakat di wilayah kerja di bidang kesehatan.

Untuk meningkatkan mutu pelayanan di puskesmas sangat diperlukan kinerja Rekam Medis yang baik. Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan (Permenkes 749a tahun 1989) sehingga menghasilkan informasi yang lengkap dan akurat untuk menunjang peningkatan kualitas dari pelayanan Puskesmas. Suatu sistem manajemen Puskesmas tidak terlepas dari Sumber Daya Manusia (SDM) termaksud tenaga rekam medis sebagai penunjang sarana pelayanan yang baik di puskesmas dan untuk mencapai pelayanan yang baik sangat dibutuhkan tenaga rekam medis yang profesional maka ada beberapa usaha yang dapat kita lakukan yaitu salah satunya dengan memberikan pengalaman kerja kepada mahasiswa melalui program latihan kerja berupa Praktik Kerja Lapangan (PKL).

Sistem pengumpulan data rekam medis pada tingkat Puskesmas pada dasarnya sama dengan rekam medik Rumah Sakit dengan tahapan sebagai berikut :

- a. Penerimaan pasien

Pada tahap ini pasien mendaftarkan diri sesuai dengan permasalahan kesehatan yang terjadi pada dirinya, selanjutnya akan didistribusikan sesuai dengan pelayanan kesehatan yang ada di Puskesmas

- b. Pencatatan

Setiap unit pelaksana pelayanan kesehatan yang ada di Puskesmas (Poliklinik) akan mendokumentasikan semua hasil anamnesis, pemeriksaan dan pengobatan yang telah dilakukan pada semua pasien.

c. Pengolahan

Data yang telah didokumentasikan akan

1) Coding

Membuat kode atas setiap diagnosis penyakit berdasarkan klasifikasi penyakit yang ada, berdasarkan pengelompokan penyakit yang dituangkan dalam bentuk kode.

2) Indexing

Pembuatan indeks, diantaranya indeks rawat jalan, inap, penyakit. Semua ini dipersiapkan untuk membuat laporan statistik Rumah Sakit

d. Penyimpanan

Setiap hasil pemeriksaan dan pengumpulan data yang sudah di dokumentasikan akan di simpan sesuai dengan kebijakan puskesmas tersebut. Puskesmas biasanya membuat laporan dan pencatatan bulanan untuk dikirimkan ke tingkat yang lebih tinggi Dinas Kesehatan Kabupaten.

Beberapa contoh sistem pencatatan dan pelaporan Puskesmas, yaitu :

- a. F 1, Laporan KIA
- b. F 1, Laporan KB
- c. K IV, pencatatan akseptor baru
- d. Laporan jumlah kunjungan.
- e. Laporan jenis penyakit pada bulan laporan berdasarkan jumlah kunjungan
- f. Laporan PWS KIA
- g. Laporan pemberian Vit. A
- h. Laporan kegiatan posyandu
- i. Laporan kelahiran dan kematian

7.4 Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS)

SIMPUS adalah Sistem Informasi Manajemen Puskesmas yang ada di Puskesmas atau sistem pengolahan data dan pelaporan yang menghasilkan informasi yang akurat, tepat waktu dan sesuai dengan kebutuhan untuk menilai potensi dari keberhasilan kegiatan pelayanan dalam upaya mencapai derajat kesehatan yang optimal.

Dalam ilmu teori, SIMPUS dikembangkan dengan mempertimbangkan kondisi-kondisi yang secara umum banyak dijumpai di Puskesmas. SIMPUS mempunyai tujuan pengembangan yang jelas, antara lain :

1. Terbangunnya suatu perangkat lunak yang dapat digunakan dengan mudah oleh Puskesmas dengan persyaratan yang seminimal mungkin dari segi perangkat keras maupun sumber daya manusia yang akan menggunakan perangkat lunak tersebut.
2. Membantu dalam pengolahan data Puskesmas dan dalam pembuatan berbagai pelaporan yang diperlukan.
3. Terbangunnya suatu sistem database untuk tingkat kabupaten atau kota dengan memanfaatkan data-data kiriman dari Puskesmas.
4. Terjaganya data informasi dari Puskesmas dan Dinas Kesehatan sehingga dapat dilakukan analisa dan evaluasi untuk berbagai macam penelitian.
5. Terwujudnya unit informatika di Dinas Kesehatan Kabupaten atau kota yang mendukung terselenggaranya proses administrasi yang dapat meningkatkan kualitas pelayanan dan mendukung pengeluaran kebijakan yang lebih bermanfaat bagi masyarakat.

Keberadaan perekam medis di puskesmas sangat penting artinya, bahkan dalam penerapan SIMPUS seharusnya mereka menjadi aktor utama, perekam medis dapat berperan sebagai:

1. Analis kebutuhan SIMPUS, mem-*breakdown* apa saja yang dibutuhkan terkait input data, proses, dan output informasi dari *software* SIMPUS yang akan diterapkan.
2. Administrator SIMPUS, sebagai operator dan yang memiliki otoritas tertinggi pada *software* SIMPUS (setelah Kepala Puskesmas tentunya).
3. *Leader* dalam implementasi SIMPUS, sebagai pelopor, inspirator dan motivator bagi rekan kerja / staif lain di puskesmas agar mau terus belajar dan menggunakan SIMPUS.
4. Sebagai *bridge* / komunikator / penghubung antara puskesmas dengan vendor, kalau hubungan antara puskesmas dan vendor berjalan baik, saling pengertian maka implementasi SIMPUS akan berjalan sesuai harapan.

Ringkasan :

Puskesmas adalah organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat dan memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya. Untuk meningkatkan mutu pelayanan di puskesmas sangat diperlukan kinerja Rekam Medis yang baik. Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan (Permenkes 749a tahun 1989) sehingga menghasilkan informasi yang lengkap dan akurat untuk menunjang peningkatan kualitas dari pelayanan Puskesmas.

BAB VIII

SISTEM REKAM MEDIS/ KESEHATAN

Sasaran Pembelajaran : Menjelaskan sistem rekam medis

Materi Pembelajaran/ Topik kajian : Sistem rekam kesehatan

Strategi/ Metode Pembelajaran :

1. Pengertian sistem
2. Identifikasi pasien
3. Sistem penamaan

Indikator Penilaian : Menjelaskan sistem rekam medis

8.1 Pengertian Sistem

Sistem merupakan kumpulan elemen-elemen atau unsur-unsur yang saling terkait, saling tergantung, saling bekerjasama untuk mencapai suatu tujuan sistem yang bersangkutan. Elemen-elemen tersebut merupakan struktur yang membentuk sistem yang bersangkutan melakukan kegiatan secara teratur sesuai metode yang ditentukan oleh sistem yang bersangkutan untuk melakukan tujuan sistem. Kegiatan yang secara teratur dan rutin itulah yang disebut prosedur.

Sistem Rekam Medik adalah suatu sistem yang mengorganisasikan formulir, catatan dan laporan yang dikoordinasikan sedemikian rupa untuk menyediakan informasi yang dibutuhkan manajemen Rumah Sakit guna memudahkan pengelolaan Rumah sakit dan sarana pelayanan kesehatan lainnya.

8.2 Identifikasi Pasien dan Sistem Penamaan

8.2.1 Sistem Identifikasi Pasien Secara *Alphabetical*

Sistem identifikasi pasien secara *Alphabetical* atau penamaan adalah sistem identifikasi kepada pasien untuk membedakan antara pasien satu dengan yang lain sehingga memperlancar atau mempermudah dalam pemberian pelayanan kepada pasien.

8.2.1.1 Tujuan Sistem Identifikasi Pasien Secara *Alphabetical*

Untuk memberikan identitas kepada seorang pasien serta untuk membedakan antara pasien satu dengan yang lain, pasien baru dengan

pasien yang lama dan menghindari terjadinya mal praktik, sehingga dalam memberikan pelayanan kepada seorang pasien dapat berjalan dengan mudah dan lancar.

8.2.1.2 Macam– Macam Sistem Identifikasi Pasien Berdasarkan *Alphabetical*

A. Suatu sistem identifikasi pasien berdasarkan nama

i) Sistem Identifikasi Pasien *Alphabetical Murni* dari pasien secara langsung. Penulisan nama pasien;

- Nama diri (*First Name*)
- Nama lengkap (*Surname*)

Penulisan nama keluarga selalu dicantumkan terlebih dahulu, lalu diikuti nama diri.

ii) Sistem Identifikasi Pasien *Alphabetical Fonetik*.

Suatu sistem identifikasi pasien berdasarkan huruf ejaan, tulisan berbeda tetapi lafal atau ejaan sama.

iii) Sistem Identifikasi Pasien *Alphabetical Soundex fonetik*.

Suatu sistem identifikasi pasien berdasarkan lafal ejaan, tulisan sama tetapi lafal atau ejaan berbeda.

B. Penggolongan Nama Pasien

a. Menulis Nama Orang Indonesia.

1) Nama Tunggal

Nama orang yang hanya terdiri dari satu kata, diindeks sebagaimana nama itu disebut.

Contoh :

Nama	Diindeks
Meilan	Meilan

2) Nama orang Indonesia yang majemuk dan oleh si pemilik nama itu ditulis menjadi satu, diindeks sebagaimana nama itu ditulis.

Contoh :

Nama	Diindeks
Aisyah Fatah	Aisyah Fatah

- 3) Nama keluarga. Nama orang Indonesia yang menggunakan nama keluarga, yang di utamakan nama keluarganya.

Contoh:

Nama	Diindeks
Arief Sujatmiko	Sujatmiko, Arief

- 4) Bukan nama keluarga

Di Indonesia nama keluarga belum di kenal begitu luas, banyak nama orang Indonesia yang terdiri lebih dari satu atau dua kata, akan tetapi nama itu nama sebenarnya, bukan nama keluarga.maka untuk nama orang Indonesia yang lebih dari satu atau dua kata, kata terakhir di jadikan kata tangkap utama, atau di anggap sebagai nama keluarga

Contch :

Nama	Diindeks
------	----------

Tina Anggara	Anggara, Tina
--------------	---------------

5) Nama marga, suku

Nama orang Indonesia yang menggunakan nama marga, suku yang dinamakan nama marga suku

Contoh :

Nama	Diindeks
Dony Sitompul	Sitompul, Dony

6) Nama wanita yang menggunakan nama laki-laki

Banyak wanita Indonesia menggunakan nama laki-laki mungkin nama ayahnya, nama suaminya atau mungkin namanya sendiri, bagi nama wanita Indonesia yang menggunakan nama laki-laki diindeks dan di tulis nama laki-laki dijadikan kata tangkap utama.

Contoh :

Nama	Diindeks
Alfi Arief	Arief, Alfi

7) Nama Permandian/ baptis

Bagi orang Indonesia yang menggunakan nama permandian atau nama baptis maka nama tersebut diindeks dan ditulis menurut nama terakhir.

Contoh :

Nama	Diindeks
IgorArief	Arief, Igor

8) Nama Gelar

Nama-nama yang diikuti dengan gelar-gelar. Penulisan gelar-gelar tersebut ditempatkan dibelakang tanda kurung. Nama Gelar dibedakan menjadi berikut :

a) Gelar Kesarjanaan

Contoh:

Nama	Diindeks
Drs. Suwarno	Suwarno (Drs)

b) Gelar kepangkatan

Contoh :

Nama	Diindeks
Serda Suhardi	Suhardi (Serda)

9) Nama Singkatan.

a) Nama Singkatan Yang Tidak Diketahui Kepanjangannya.

Nama yang diiringi atau didahului dengan singkatan tetapi tidak diketahui kepanjangannya, yang diutamakan adalah nama lengkapnya.

Contoh :

Nama	Diindeks
A. Yulian	Yulian, A.

b) Nama Singkatan Yang Diketahui Kepanjangannya.

Apabila nama didahului atau diiringi dengan nama singkatan, dan singkatan itu diketahui kepanjangannya dan diindeks menurut yang telah dibicarakan.

Contoh :

Nama	Diindeks
N.I. Khoiriyah	Khoiriyah Naila Izzah

8.2.2 Sistem Identifikasi Secara *Numerical*

Sistem Identifikasi secara *numerical* adalah suatu cara pemberian nomor Rekam Medis kepada seorang pasien pada saat pasien tersebut melakukan

registrasi/ melakukan pendaftaran/ admisi sebagai bagian dari identitas pribadi pasien yang bersangkutan.

8.2.2.1 Tujuan identifikasi pasien secara numerical antara lain sebagai berikut:

1. Mempermudah pencarian kembali dokumen Rekam Medis yang berisi informasi tentang data pasien dan riwayat penyakit pasien pada sarana pelayanan kesehatan.
2. Untuk mempermudah pencarian Dokumen Rekam Medis yang telah disimpan di filing.
3. Sebagai pedoman tata-cara penyimpanan (penjajaran) Dokumen Rekam Medis
4. Mempermudah identifikasi pada saat pasien registrasi / pendaftaran.
5. Untuk menghindari terjadinya nomor ganda.
6. Memudahkan identifikasi kepemilikan berkas Rekam Medis pada suatu penyimpanan apabila terjadi missfile atau salah simpan.

Ringkasan :

Sistem Rekam Medik adalah suatu sistem yang mengorganisasikan formulir, catatan dan laporan yang dikoordinasikan sedemikian rupa untuk menyediakan informasi yang dibutuhkan manajemen Rumah Sakit guna memudahkan pengelolaan Rumah sakit dan sarana pelayanan kesehatan lainnya.

Sistem identifikasi pasien secara *Alphabetical* atau penamaan adalah sistem identifikasi kepada pasien untuk membedakan antara pasien satu dengan yang lain sehingga memperlancar atau mempermudah dalam pemberian pelayanan kepada pasien.

Sistem Identifikasi secara *numerical* adalah suatu cara pemberian nomor Rekam Medis kepada seorang pasien pada saat pasien tersebut melakukan registrasi/ melakukan pendaftaran/ admisi sebagai bagian dari identitas pribadi pasien yang bersangkutan.

BAB IX
SISTEM PENOMORAN, PENYIMPANAN, PENGEMBALIAN dan
PENGELUARAN REKAM MEDIS/KESEHATAN

Sasaran Pembelajaran : Menjelaskan sistem rekam medis

Materi Pembelajaran/ Topik kajian : Sistem rekam kesehatan

Strategi/ Metode Pembelajaran :

1. Sistem Penomoran
2. Penyimpanan
3. Pengembalian
4. Pengeluaran

Indikator Penilaian : Menjelaskan sistem rekam medis

9.1 Sistem Penomoran Rekam Medis

Rekam medis pada hampir semua lembaga pelayanan kesehatan disimpan menurut nomor, yaitu berdasarkan nomor pasien masuk. Menurut Buku Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Rekam Medis Rumah Sakit, ada 3 (tiga) macam sistem pemberian nomor pasien masuk (*admission numbering system*) yang umum dipakai yaitu :

1. Pemberian nomor cara seri (*serial numbering system*). Dengan sistem ini setiap pasien mendapat nomor baru setiap kunjungan ke rumah sakit. Jika pasien berkunjung lima kali, mendapat lima nomor yang berbeda. semua nomor yang diberikan kepada pasien tersebut harus di catat pada Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP) pasien yang bersangkutan. Rekam medisnya disimpan diberbagai tempat sesuai nomor yang telah diperoleh.
2. Pemberian nomor cara unit (*unit numbering system*). Sistem ini memberikan hanya satu unit rekam medis kepada pasien baik pasien tersebut berobat jalan maupun rawat inap. Pada saat seorang pasien berkunjung pertama kali ke rumah sakit apakah sebagai pasien berobat jalan ataupun untuk dirawat, kepadanya diberikan satu nomor (*admitting number*) yang akan dipakai selamanya setiap kunjungan berikutnya, sehingga pasien tersebut hanya mempunyai satu rekam medis yang tersimpan dibawah satu nomor.
3. Pemberian nomor cara seri unit (*Serial unit numbering system*). Sistem ini merupakan gabungan antara sistem seri dan sistem unit. setiap pasien yang berkunjung ke rumah sakit diberikan satu nomor baru tetapi rekam medisnya yang terdahulu digabungkan dan disimpan di bawah nomor yang paling baru sehingga terciptalah satu unit rekam medis. Apabila satu rekam medis lama diambil dan dipindahkan tempatnya ke nomor yang baru, di tempat yang lama diberi tanda

petunjuk yang menunjukkan kemana rekam medis tersebut dipindahkan. Tanda petunjuk tersebut diletakkan menggantikan tempat rekam medis yang lama.

Dari ketiga macam sistem penomoran berdasarkan nomor pasien masuk tersebut, pemberian nomor cara unit lah yang lebih baik digunakan karena dengan cara ini seorang pasien hanya memiliki satu nomor setiap kunjungan ke rumah sakit, dan rekam medisnya baik rawat jalan maupun rawat inap terkumpul dalam satu map (folder) sehingga dengan cepat memberikan gambaran yang lengkap mengenai riwayat penyakit dan pengobatan seorang pasien kepada rumah sakit maupun staf medis lainnya. Selain itu juga menghilangkan kerepotan mencari/mengumpulkan rekam medis pasien yang terpisah-pisah seperti pada sistem seri, menghilangkan kerepotan mengambil rekam medis lama untuk disimpan ke nomor baru seperti dalam sistem seri unit.

9.2 Sistem Penyimpanan Rekam Medis

Kegiatan menyimpan rekam medis merupakan usaha melindungi rekam medis dari kerusakan fisik dan isi dari rekam medis itu sendiri. Rekam medis harus disimpan dan dirawat dengan baik karena rekam medis merupakan harta benda rumah sakit yang sangat berharga.

Rekam medis harus disimpan dan dijaga kerahasiaan oleh dokter, dokter gigi dan pimpinan sarana kesehatan. Menurut permenkes no.269/MENKES/PEM/III/2008, rekam medis pasien rawat inap di Rumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu lima tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan. Setelah batas waktu dilampaui, rekam medis dapat dimusnahkan kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik. Ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik harus disimpan

untuk jangka waktu sepuluh tahun terhitung dari tanggal dibuatnya ringkasan tersebut.

Ada 2 (dua) cara pengurusan penyimpanan dalam pengelolaan rekam medis yaitu:

9.2.1 Sentralisasi

Sentralisasi adalah penyimpanan rekam medis pasien dalam satu kesatuan baik catatan kunjungan poliklinik maupun catatan selama seorang pasien dirawat disimpan pada satu tempat yaitu bagian rekam medis.

Kebaikan sistem sentralisasi adalah :

- Dapat mengurangi terjadinya duplikasi dalam pemeliharaan dan penyimpanan rekam medis.
- Mudah menyeragamkan tata kerja peraturan dan alat yang digunakan.
- Efisiensi kerja petugas.
- Permintaan akan rekam medis mudah dilayani setiap saat.

Kelemahannya adalah :

- Perlu waktu dalam pelayanan rekam medis.
- Perlu ruangan yang luas, alat-alat dan tenaga yang banyak terlebih bila tempat penyimpanan jauh terpisah dengan lokasi penggunaan rekam medis, misalnya dengan poliklinik

9.2.2 Desentralisasi

Desentralisasi adalah penyimpanan rekam medis pada masing-masing unit pelayanan. Terjadi pemisahan antara rekam medis pasien poliklinik dengan rekam medis pasien dirawat. Rekam medis poliklinik disimpan pada poliklinik yang bersangkutan, sedangkan rekam medis pasien dirawat disimpan dibagian rekam medis.

Kebaikan sistem desentralisasi adalah :

- Efisiensi waktu, dimana pasien mendapat pelayanan lebih cepat.
- Beban kerja yang dilaksanakan petugas rekam medis lebih ringan.
- Pengawasan terhadap rekam medis lebih mudah karena lingkungan lebih sempit.

Kelemahannya adalah :

- Terjadi duplikasi dalam pembuatan rekam medis sehingga informasi tentang riwayat penyakit pasien terpisah.
- Biaya yang diperlukan untuk pengadaan rekam medis, peralatan dan ruangan lebih banyak.
- Bentuk/isi rekam medis berbeda
- Menghambat pelayanan bila rekam medis dibutuhkan oleh unit lain.

9.2.3 Sistem Penyimpanan numerik

Ada 3 (tiga) macam penyimpanan dengan sistem numerik yaitu :

1. Sistem nomor langsung (straight numerical filing system).

Penyimpanan dengan sistem nomor langsung adalah penyimpanan berkas rekam medis dalam rak secara berurutan sesuai dengan urutan nomor rekam medis. Misalnya, 225023, 225024, 225025, 225026, dst.

Kebaikan dari sistem ini adalah :

- Sangat mudah mengambil sejumlah rekam medis sekaligus dengan nomor yang berurutan dari rak pada waktu diperlukan, juga untuk mengambil rekam medis yang tidak aktif.
- Mudah melatih petugas yang melaksanakan pekerjaan penyimpanan.

Kelemahannya adalah :

- Kesibukan tidak merata. Pekerjaan paling sibuk terjadi pada rak penyimpanan yaitu rekam medis dengan nomor terbaru.

- Perlu konsentrasi petugas yang sangat tinggi, karena harus memperhatikan seluruh angka dari nomor rekam medis untuk menghindari tertukarnya angka-angka yang bisa menyebabkan rekam medis salah simpan.
- Pengawasan kerapian sukar dilakukan.

2. Sistem angka akhir (terminal digit filing system)

Sistem ini menggunakan nomor dengan 6 angka yang dikelompokkan menjadi 3, masing-masing terdiri dari 2 angka. Angka pertama adalah kelompok 2 angka yang terletak paling kanan, angka kedua adalah kelompok 2 angka yang terletak di tengah dan angka ketiga adalah kelompok 2 angka yang terletak paling kiri.

Contoh:	22	50	23
	angka ketiga	angka kedua	angka pertama
	(tertiary digits)	(secondary digits)	(primary digits)

Dalam penyimpanan dengan sistem angka akhir ada 100 kelompok angka pertama yaitu 00 sampai dengan 99. Pada waktu menyimpan petugas harus melihat angka pertama dan membawa rekam medis tersebut ke daerah rak penyimpanan untuk kelompok angka pertama yang bersangkutan. Pada kelompok angka pertama ini rekam medis disesuaikan urutan letaknya menurut angka kedua kemudian rekam medis disimpan didalam urutan sesuai dengan kelompok angka ketiga, sehingga dalam setiap kelompok penyimpanan nomor pada kelompok angka ketigalah yang selalu berlainan.

Contoh:

22-50-23

23-50-23

24-50-23

25-50-24

26-50-25

Kebaikan sistem angka akhir ini adalah:

- Pertambahan rekam medis merata ke 100 kelompok (section) di dalam rak penyimpanan.
- Pekerjaan penyimpanan dan pengambilan rekam medis dapat dibagi secara merata.
- Rekam medis yang tidak aktif dapat diambil dari rak penyimpanan dari setiap section, pada saat ditambahnya rekam medis baru di setiap section tersebut
- Jumlah pertambahan rekam medis terkontrol, memudahkan perencanaan rak.
- Kekeliruan menyimpan dapat di cegah karena petugas hanya memperhatikan 2 (dua) angka akhir saja dalam memasukkan rekam medik kedalam rak.

Sedangkan kelemahannya adalah perlu waktu yang cukup lama untuk melatih dan membimbing petugas penyimpanan.

3. Sistem angka tengah (middle digit)

Dalam sistem penyimpanan "angka tengah" rekam medis diurutkan dengan pasangan angka-angka. Angka yang terletak ditengah menjadi angka pertama angka yang terletak paling kiri menjadi angka kedua dan angka paling kanan menjadi angka ketiga.

Contoh	22	50	23
	angka ketiga	angka kedua	angka pertama

Kebaikan sistem angka tengah adalah :

- Memudahkan pengendalian 100 buah rekam medis yang nomornya berurutan.
- Penggantian dari sistem nomor langsung ke sistem angka tengah lebih muda daripada penggantian sistem nomor langsung ke system angka akhir.
- Penyebaran nomor-nomor lebih merata jika dibandingkan dengan sistem nomor langsung, tetapi masih tidak menyamai sistem angka akhir.

- Petugas dapat dibagi pada section penyimpanan tertentu sehingga kekeliruan menyimpan dapat di cegah.
- Memerlukan latihan dan bimbingan yang lebih lama bagi petugas.
- Terjadi rak lowong pada beberapa section, bila rekam medis dialihkan ke tempat penyimpanan in-aktif.

Lokasi ruangan rekam medis harus dapat memberi pelayanan yang cepat kepada seluruh pasien, mudah dicapai dari segala penjuru dan mudah menunjang pelayanan administrasi. Alat penyimpanan yang baik, penerangan yang baik, pengaturan suhu ruangan, pemeliharaan ruangan, perhatian terhadap faktor keselamatan petugas bagi suatu ruangan penyimpanan rekam medis sangat membantu memelihara dan mendorong kegairahan kerja dan produktivitas pegawai. Penerangan atau lampu yang baik, menghindari kelelahan penglihatan. Perlu diperhatikan pengaturan suhu ruangan, kelembaban, pencegahan debu dan pencegahan bahaya kebakaran.

Ruangan penyimpanan arsip harus memperhatikan hal-hal berikut :

- Ruangan penyimpanan arsip jangan terlalu lembab, harus dijaga supaya tetap kering. Supaya ruangan tidak terlalu lembab perlu diatur berkisar 65° F sampai 75° F dan kelembaban udara sekitar 50% sampai 65%. Untuk dihidupkan selama 24 jam terus menerus. Perhatikan AC juga bisa mengurangi banyaknya debu.
- Ruangan harus terang, dan sebaiknya menggunakan penerangan alam, yaitu sinar matahari. Sinar matahari, selain memberikan penerangan ruangan, juga dapat membantu membasmi musuh kertas arsip.
- Ruangan hendaknya terhindar dari serangan hama perusak atau pemakan kertas arsip, antara lain jamur, rayap, ngengat. Untuk menghindarinya dapat digunakan sodium arsenite, dengan meletakkannya di celah-celah lantai. Setiap enam bulan sekali ruangan disemprot dengan racun serangga seperti : DDT, Dieldrin, Prythrum,

Gaama Benzene Hexaachloride, dengan cara menyemprotkan racun pada dinding, lantai dan alat-alat yang dibuat dari kayu.

- Ruang penyimpanan arsip sebaiknya terpisah dari ruangan kantor lain untuk menjaga keamanan arsip-arsip tersebut mengingat bahwa arsip tersebut sifatnya rahasia, mengurangi lalu lintas pegawai lainnya dan menghindari pegawai lain memasuki ruangan sehingga pencurian arsip dapat dihindari.

- Alat penyimpanan rekam medis yang umum dipakai adalah rak terbuka (*open self file unit*), lemari lima laci (*five-drawer file cabinet*), dan *roll o'pack*. Alat ini hanya mampu dimiliki oleh rumah sakit tertentu karena harganya yang sangat mahal. Rak terbuka dianjurkan karena harganya lebih murah, petugas dapat mengambil dan menyimpan rekam medis lebih cepat dan menghemat ruangan dengan menampung lebih banyak rekam medis dan tidak terlalu makan tempat. Harus tersedia rak-rak penyimpanan yang dapat diangkat dengan mudah atau rak-rak beroda.

- Jarak antara dua buah rak untuk lalu lalang, dianjurkan selebar 90 cm. Jika menggunakan lemari lima laci dijejer satu baris, ruangan lowong didepannya harus 90 cm, jika diletakkan saling berhadapan harus disediakan ruang lowong paling tidak 150 cm, untuk memungkinkan membuka laci-laci tersebut. Lemari lima laci memang tampak lebih rapi dan rekam medis terlindung dari debu dan kotoran dari luar. Pemeliharaan kebersihan yang baik akan memelihara rekam medis tetap rapi dalam hal penggunaan rak-rak terbuka. Faktor-faktor keselamatan harus diutamakan pada bagian penyimpanan rekam medis. Ketentuan dan prosedur penyimpanan rekam medis, yaitu:

- a) Rekam medis sebelum disimpan harus di sortir terlebih dahulu
- b) Hanya petugas rekam medis yang menangani penyimpanan dan pengambilan rekam medis, kecuali petugas khusus

- c) Rekam medis yang rusak atau terlepas dari sampulnya harus segera di perbaiki.
- d) Pemeriksaan /Audit penyimpanan harus dilakukan secara periodic (untuk menemukan salah simpan atau RM yang belum kembali pada waktunya)
- e) RM yang penting (berkaitan dengan hukum) di simpan di tempat khusus yang terjaga kerahasiaannya.
- f) Petugas harus memelihara agar RM terjaga kerapian dan kebersihannya
- g) RM yang dalam proses (Assembling, Analisa dan lain-lain) di simpan di meja/rak tertentu.
- h) Koordinator penyimpanan harus membuat laporan:
 1. Jumlah RM yang keluar/dipinjam
 2. Jumlah permintaan darurat
 3. Jumlah salah simpan
 4. Jumlah yang RM yang tidak di temukan

9.3 Sistem Pengambilan Rekam Medis

Kegiatan pengambilan kembali rekam medis dari tempat penyimpanan di lakukan karena kebutuhan diantaranya:

- a) Untuk berobat jalan/ kontrol
- b) Untuk rawat inap
- c) Untuk penelitian
- d) Untuk pendidikan
- e) Untuk pengadilan
- f) Untuk Analisa kuantitatif dan kualitatif

Pengambilan rekam medis juga memiliki tata cara tertentu. Adapun tata cara pengambilan rekam medis pasien yang dibutuhkan dari ruang penyimpanan rekam medis adalah sebagai berikut :

9.4 Pengeluaran rekam medis

Ketentuan pokok yang harus ditaati di tempat penyimpanan adalah:

- Rekam medis tidak boleh keluar dari ruangan rekam medis, tanpa tanda keluar/kartu permintaan.
- Setelah ada permintaan untuk peminjaman, maka sebelum di lakukan pengambilan kembali di buatkan bon peminjaman (rangkap 3).
- Menyimpan bon peminjaman pada RM Out Guide dan pada kotak Bon peminjaman di unit BM atau di tempat yang meminjamnya.
- Apabila rekam medis dipinjam, wajib dikembalikan dalam keadaan baik dan tepat waktunya. Seharumya setiap rekam medis kembali lagi keraknya pada setiap akhir kerja pada hari yang bersamaan.
- Rekam medis tidak di benarkan diambil dari rumah sakit, kecuali atas perintah pengadilan.
- Permintaan rutin terhadap rekam medis yang datang dari poliklinik dari dokter yang melakukan riset harus diajukan kebagian rekam medis setiap hari pada jam yang telah ditentukan. Petugas harus menulis dengan benar dan jelas nama pasien dan nomor rekam medisnya.
- Apabila ada perpindahan peminjaman maka di catat pada slip transfer dan diberitakan ke unit RM.

9.4.1 Petunjuk Keluar (Outguide)

Petunjuk keluar adalah suatu alat yang penting untuk mengawasi penggunaan rekam medis. Petunjuk keluar ini digunakan sebagai pengganti pada tempat rekam medis yang diambil dari rak penyimpanan dan tetap berada di rak tersebut sampai rekam medis yang diambil kembali.

9.4.2 Kode warna untuk map (sampul) rekam medis

Kode warna adalah untuk memberikan warna tertentu pada sampul, untuk mencegah keliru simpan dan memudahkan mencari map yang salah simpan. Garis-garis warna dengan posisi yang berbeda pada pinggiran folder, menciptakan bermacam-macam posisi warna yang berbeda-beda untuk tiap section penyimpanan rekam medis. Terpufusnya kombinasi warna dalam satu seksi penyimpanan menunjukkan adanya kekeliruan menyimpan. Cara yang digunakan adalah 10 macam warna untuk 10 angka pertama dari 0 sampai 9.

Ringkasan :

Teknis Penyelenggaraan Rekam Medis Rumah Sakit, ada 3 (tiga) macam sistem pemberian nomor pasien masuk (*admission numbering system*) yang umum dipakai yaitu; Pemberian nomor cara seri (*serial numbering system*), Pemberian nomor cara unit (*unit numbering system*), dan Pemberian nomor cara seri unit (*Serial unit numbering system*).

Rekam medis harus disimpan dan dijaga kerahasiaan oleh dokter, dokter gigi dan pimpinan sarana kesehatan. Menurut permenkes no.269/MENKES/PEM/III/2008, rekam medis pasien rawat inap di Rumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu lima tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan. Setelah batas waktu dilampaui, rekam medis dapat dimusnahkan kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik. Ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik harus disimpan untuk jangka waktu sepuluh tahun terhitung dari tanggal dibuatnya ringkasan tersebut.

Rekam medis tidak boleh keluar dari ruangan rekam medis, tanpa tanda keluar/kartu permintaan. Setelah ada permintaan untuk peminjaman, maka sebelum dilakukan pengambilan kembali di buat bon peminjaman (rangkap 3).

Menyimpan bon peminjaman pada RM Out Guide dan pada kotak Bon peminjaman di unit BM atau di tempat yang meminjamnya.

KKP
Unmas

BAB X

ANALISIS DATA

Sasaran Pembelajaran : Menjelaskan sistem rekam medis

Materi Pembelajaran/ Topik kajian : Sistem rekam kesehatan

Strategi/ Metode Pembelajaran :

1. Analisis data
2. Analisis data Kuantitatif dan Kualitatif
3. Penyajian informasi

Indikator Penilaian : Menjelaskan sistem rekam medis

10.1 Analisis Kuantitatif

Kegiatan analisis kuantitatif dimaksudkan untuk menilai kelengkapan dan keakuratan rekam kesehatan (RK) rawat inap dan rawat jalan yang dimiliki oleh sarana pelayanan kesehatan.

Analisis kuantitatif RK rawat inap dapat dilaksanakan disaat pasien masih berada disarana pelayanan kesehatan RS ataupun sesudah pasien pulang. Keuntungan dari penelaah RK saat pasien masih di RS yaitu terjaganya kualitas kelengkapan data/informasi klinis dan pergesahannya (adanya nama lengkap, tanda tangan tenaga kesehatan/pasien/wali, waktu pemberian pelayanan, identitas pasien dan lainnya) dalam RK.

Analisis kuantitatif rawat jalan juga dilakukan sesudah pasien menyelesaikan kunjungan ke unit rawat jalan. Telaah rekam kesehatan/medis dilaksanakan dengan mengevaluasi kelengkapan berbagai jenis formulir dan data/informasi (manual kertas maupun elektronik) :

- Semua laporan yang dianggap penting, bentuk entry data atau tampilan layar (pada RKE)
- Semua laporan dan bentuk entry data atau tampilan layar, termasuk keakuratan informasi identitas pasien
- Semua jenis perizinan yang diperlukan pasien, ragam otorisasi atau pengesahan yang telah ditandatangani pasien atau wali pasien yang berwenang.
- Pelaksanaan semua konsultasi medis yang diinstruksikan oleh dokter dan laporan konsultan.
- Ringkasan riwayat pulang (resume) lengkap

- Untuk pasien bedah, kelengkapan semua laporan anastesi, laporan patologi dan catatan perkembangan
- Untuk pasien yang meninggal dunia saat dirawat dan di autopsi memiliki laporan awal dan akhir proses autopsi.

Informasi yang hilang atau belum lengkap harus dilaporkan secara manual dengan mengisi lembar kekurangan atau melalui komputerisasi. Selain menganalisis lembaran tersebut, ada metode lain dalam mengembangkan analisis kuantitatif secara lebih terfokus dan berdaya guna.

10.1.1 Analisis Kuantitatif yang terintegrasi

Dalam metode ini analisis kuantitatif di titikberatkan pada 4(empat) kriteria yaitu :

1. Menelaah kelengkapan data sosial pasien, meliputi informasi tentang identitas pasien
2. Menelaah kelengkapan bukti rekaman yang ada
3. Menelaah tanda bukti keabsahan rekaman dari tenaga kesehatan maupun tenaga lain yang terlibat dalam pelayanan kepada pasien sehingga informasi dapat dipertanggungjawabkan secara hukum
4. Menelaah tata cara mencatat yang meliputi adanya tanggal, keterangan waktu, menulis pada baris yang tetap serta menerapkan cara koreksi yang benar.

10.2 Analisis Kualitatif

Tujuan analisis kualitatif adalah demi terciptanya isi Rekam Medis yang terhindar dari masukan yang tidak taat asas (konsisten) maupun pelanggaran terhadap rekaman yang berdampak pada hasil yang tidak akurat dan tidak

lengkap. Pelaksanaan analisis kualitatif dapat dilakukan dengan sampel acak (random sampling) dan ditelaah secara restrospektif. Bila jumlah praktisi analisis kualitatif memadai maka analisis kualitatif dapat diberlakukan bagi setiap berkas pasien yang kembali, khususnya dari ruang rawat inap. Hal ini disebabkan data/informasi yang ada dalam rekam medis rawat inap lebih luas dan lengkap dibanding rawat jalan.

Analisis kualitatif dapat dibagi menjadi 2 pendekatan yaitu Analisis Kualitatif administratif (AKLA) dan Analisis Kualitatif medis (AKMed).

10.2.1 Analisis Kualitatif Administratif

Enam informasi unsur administratif perawatan yaitu :

1. Kejelasan masalah dan kondisi/diagnosis
2. Masukan konsisten
3. Alasan pelayanan
4. Persetujuan tindakan kedokteran (informed consent)
5. Telaah rekaman: mutakhir, tulisan terbaca, singkatan baku, menghindari sindiran, pengisian tidak senjang, tinta, catatan jelas.
6. Biaya perawatan pasien khususnya ada informasi medis yang memerlukan biaya pergantian pembayaran.

Dalam analisis kualitatif administratif setiap kriteria harus diberikan definisi operasional serta contoh untuk memperjelas maksud. Definisi operasional dapat dikembangkan dari berbagai masukan seperti dari pengalaman; berdasarkan standar kelengkapan rekaman arahan profesi ataupun dari aturan pemerintah. Dengan adanya definisi operasional yang terurai dalam formulir analisis maka pihak yang akan menelaah mempunyai keseragaman persepsi.

10.2.2 Analisis Kualitatif Medis

Analisis Kualitatif medis adalah kegiatan analisis rekaman medis yang bertujuan untuk mengetahui sejauh apa kualitas pelayanan medis. Untuk itu perlu dibahas standar kualitas pelayanan medis yang terkait. Standar pelayanan medis yang digunakan dalam kuesioner analisis kualitatif medis dapat dicari melalui buku teks atau melalui produk yang dikeluarkan oleh pemerintah ataupun organisasi profesi. Cara analisis kualitatif medis ini untuk mewujudkan sistem 3E yaitu early warning, early detection, early treatment atau peringatan dini, deteksi dini, pengobatan dini.

Semakin tertibnya kelengkapan informasi tentang tindak lanjut pasien, semakin tinggi kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan. Khususnya dalam menangani kondisi pasien antenatal, semakin cepat terdeteksinya risiko, semakin cepat rujukan diupayakan dan semakin tinggi kemungkinan hidup seseorang.

Ringkasan :

Kegiatan analisis kuantitatif dimaksudkan untuk menilai kelengkapan dan keakuratan rekam kesehatan (RK) rawat inap dan rawat jalan yang dimiliki oleh sarana pelayanan kesehatan.

Analisis kualitatif adalah demi terciptanya isi Rekam Medis yang terhindar dari masukan yang tidak taat asas (konsisten) maupun pelanggaran terhadap rekaman yang berdampak pada hasil yang tidak akurat dan tidak lengkap.

BAB XI

ICD (International Classification of Diseases)

Sasaran Pembelajaran : Menjelaskan Prinsip-prinsip ICD_x

Materi Pembelajaran/ Topik kajian : ICD

Strategi/ Metode Pembelajaran :

1. Sejarah ICD
2. Defenisi ICD
3. Penggunaan ICD
4. Menentukan kode

Indikator Penilaian : Menjelaskan prinsip-prinsip ICD_x

11.1 Sejarah ICD

Sistem Klasifikasi yang digunakan pada saat ini adalah International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) revisi ke-10, yang pada mulanya dibuat untuk klasifikasi penyebab kematian. Sudah sejak tahun 1532 pastoran di London menyimpan rekam pasien meninggal.

ICD dimulai dari terbitan Bertillon Classification of Diseases pada tahun 1893. Pada tahun 1990, pemerintah Prancis menyelenggarakan pertemuan internasional untuk memutakhirkan klasifikasi Bertillon tentang International List of Causes of Death dengan maksud untuk menggolongkan pengembangan suatu sistem umum yang bisa menjelaskan sebab mortalitas. Sejak ICD revisi ke-6 yang pertama diterbitkan pada tahun 1946 oleh WHO, mulailah ICD digunakan juga untuk klasifikasi morbiditas, dengan publikasi baru yang berjudul "*International Classification of Diseases, Injuries and Cause of Death*".

Pada mulanya, ICD direvisi dengan interval 10 tahunan untuk menampung perubahan-perubahan di dunia kedokteran. Hal ini dianggap terlalu singkat dalam penerapannya. ICD di revisi ke-10 yang sampai saat ini merupakan revisi paling akhir, disebarluaskan dan digunakan secara internasional oleh WHO sejak tahun 1992.

ICD-10 berbeda dari ICD-9 dalam beberapa hal walau secara keseluruhan mempunyai kemiripan isi. Pertama, ICD-10 menggunakan kode penomoran alfanumerik sedangkan ICD-9 menggunakan numerik dan yang kedua ICD -10 mempunyai

WHO menerapkan prosedur untuk memutakhirkan ICD-10 secara refuler, bahkan pada musim gugur tahun 2006 telah dibahas rencana pembuatan revisi ke-11 untuk masa mendatang.

ICD-10 telah disiapkan sedemikian rupa dengan kemungkinan untuk menampung penambahan kode penyakit baru sehingga revisi dalam waktu singkat

dapat dihindarkan. Sistem pengodean dalam ICD-10 menggunakan penomoran kode alfanumerik. Di dalam ICD-10 setiap bab dimulai dengan abjad. Dari 26 huruf abjad A-Z yang tersedia, 25 huruf sudah digunakan pada edisi 1992. Huruf U yang disiapkan untuk penambahan temuan atau riset penyakit yang baru sebelum revisi berikutnya dilakukan dilibatkan pada edisi 2004.

Pemutakhiran ICD-10 dilakukan setiap tahun semenjak tahun 1996. Dimulai pada tahun 2000, diselenggarakan panel WHO untuk pengkajian dan perubahan semua usulan penyesuaian ICD-10 yang datang dari banyak institusi di segenap penjuru dunia. Konsultasi para anggota panel dilaksanakan beberapa kali yang akhirnya menghasilkan ICD-10 edisi ke-2 pada tahun 2004. Edisi baru ini menampung ratusan pemutakhiran (*updates*) yang meliputi dimasukkannya kode penyakit SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*) pada kode U, dengan kode: U 04.9. Akibatnya bab ICD-10 edisi ke-2 menjadi 22 bab. Penambahan bab ini dilakukan untuk memastikan agar klasifikasi ini memenuhi kebutuhan masa kini. Perbaikan juga telah dilaksanakan aturan dan pedoman pengodean mortalitas, sehingga menjadi lebih mudah untuk diimplementasikan bagi peningkatan komparabilitas statistik mortalitas internasional.

Penambahan kode yang menampung perubahan dan tambahan istilah diagnosis untuk Volume 3, Indeks Abjad "Cumulative update" dari kurun waktu tahun 1996-2005 menghasilkan isi buku secara elektronik sebanyak 1,27 MB. (The WHO FIC Update dan Revise Coding: [//www.who.org](http://www.who.org). List of Official ICD-10 updates). Dengan demikian ICD-10 edisi ke-2 (2005) ini menjadi komprehensif dibanding edisi pertama. Tersedia juga ICD-10 on CD-ROM yang merupakan versi elektronik ketiga volume ICD-10 yang mudah digunakan. Terbitan ICD-10 edisi ke-2 tahun 2005 menggunakan struktur yang sama dengan edisi pertama. Dalam edisi ke-2 terdapat huruf "U" untuk menampung munculnya SARS (*Severe Acute*

Respiratory Syndrome) serta untuk memenuhi kebutuhan solusi sementara bagi pengodean masalah kesehatan utama terkait.

Proses perubahan ICD dari revisi ke-9 ke revisi ke-10 memengaruhi banyak aspek sistem data mortalitas, termasuk revisi pada instruction manual, piranti lunak medis dan analisisnya.

Di negara lain, di antaranya Amerika Serikat, Kanada, Australia, Singapura dan Thailand, telah dibuat modifikasi klinis bagi daftar tabulasi pada volume I. Di Amerika Serikat modifikasi ini disebut ICD-Clinical Modification (ICD-CM). Bahkan kini ICD-9 CM (versi Amerika Serikat – 1979) yang mempunyai prosedur tindakan telah diganti dengan ICD-10-PCS (*Procedure Coding System*) (1998). ICD -10 PCS ini merupakan sistem kode prosedur tindakan yang digunakan untuk mengumpulkan data, menentukan pembayaran dan mendukung rekam kesehatan elektronik pasien rawat inap dengan prosedur tindakan di AS. ICD-10 PCS terdiri dari 16 seksi, 7 karakter dan 31 sistem tubuh. Sedangkan pada ICD-10 CM tidak terdapat klasifikasi untuk prosedur tindakan. ICD-10-PCS (1998) dibuat oleh Centers for Medicare and Medicaid Services dan 3M Health Information System sejak 1993.

Klasifikasi di Kanada menggunakan ICD-10-CA yang disertai International Classification for health Intervention (ICHI) sebagai klasifikasi prosedur. Sedangkan di Australia digunakan ICD-AM (Australia Modification), untuk memenuhi kebutuhan yang lebih rinci dari sistem pelaporan data morbiditas. Sistem ini tidak mengubah ICD-10 tetapi memperkayanya dengan memberi tambahan pada digit ke-5 dan seterusnya.

Pelayanan kesehatan di USA mengembangkan daftar rinci yang berlaku secara nasional tentang penyebab kematian dengan judul Each Cause List (ICD-10) dan bisa diperoleh melalui server CDC/FTP.

Australia memodifikasi ICD-9-CM sejak 1995 dan sejak tahun 2006 telah menggunakan revisi ICD-10-AM edisi ke-5. Sejak 2005 WHO telah mengeluarkan International Classification for Health Intervention (ICHI) sebagai klasifikasi prosedur dengan versi uji beta (beta trial). Klasifikasi ICHI ini dibuat berdasarkan ICD-10-AM dari Australia. Klasifikasi ICHI menggantikan buku International Classification of Procedures in Medicine (ICOPIM) yang dibuat tahun 1979 dan dihentikan penggunaannya tahun 1989. Walaupun begitu sejak 1980-an hingga kini, Indonesia masih menggunakan ICOPIM sebagai kode operasi di RS (lihat sistem klasifikasi pembedahan).

11.2 Fungsi dan penggunaan ICD

Fungsi ICD sebagai sistem klasifikasi penyakit dan masalah terkait kesehatan digunakan untuk kepentingan informasi statistik morbiditas dan mortalitas.

Penggunaan ICD:

Dalam menggunakan ICD, perlu diketahui dan dipahami bagaimana cara pencarian dan pemilihan nomor kode yang diperlukan. Pengkodean dijalankan melalui penahanan mencari istilah pada ICD volume 3, kemudian mencocokkan kode yang ditemukan dengan yang ada di volume 1.

11.3 Menentukan Kode

Ada sembilan langkah dasar dalam menentukan kode :

1. Tentukan tipe pernyataan yang akan dikode, dan buka volume 3 Alphabetical Index (kamus). Bila pernyataan adalah istilah penyakit atau cedera atau kondisi lain, gunakanlah ia sebagai “lead-term” untuk dimanfaatkan sebagai panduan menelusuri istilah yang dicari pada seksi I

indeks (volume 3). Bila pernyataan adalah penyebab luar (external cause) dari cedera (bukan nama penyakit) yang ada di Bab XX (vol.1). Lihat dan cari kodenya pada seksi II di indeks (vol 3)

2. "Lead term" untuk penyakit dan cedera biasanya merupakan kata benda yang memaparkan kondisi patologisnya. Sebaiknya jangan menggunakan istilah kata benda anatomi, kata sifat atau kata keterangan sebagai kata panduan. Walaupun demikian, beberapa kondisi ada yang tercantum di dalam indeks sebagai "lead term"
3. Baca dengan seksama dan ikuti petunjuk catatan yang muncul dibawah istilah yang akan dipilih pada volume 3
4. Baca istilah yang terdapat dalam tanda kurung "()" sesudah lead term (kata dalam kurung = modifier, tidak akan mempengaruhi kode). Istilah lain yang ada di bawah lead term (dengan tanda (-) minus = idem = ident) dapat mempengaruhi nomor kode, sehingga semua kata-kata diagnostik harus diperhitungkan)
5. Ikuti secara hati-hati setiap rujukan silang dan perintah see dan see also yang terdapat dalam indeks
6. Lihat daftar tabulasi (volume I) untuk mencari nomor kode yang paling tepat. Lihat kode tiga karakter di indeks dengan tanda minus pada posisi keempat yang berarti bahwa isian untuk karakter keempat itu ada di dalam volume I dan merupakan posisi tambahan yang tidak ada dalam indeks (volume 3). Perhatikan juga perintah untuk membubuhi kode tambahan serta aturan cara penulisan dan pemanfaatannya dalam pengembanaan indeks penyakit dan dalam sistem pelaporan morbiditas dan mortalitas
7. Ikuti pedoman Inclusion dan Exclusion pada kode yang dipilih atau bagian bawah suatu bab, blok, kategori atau subkategori.
8. Tentukan kode yang anda pilih

9. Lakukan analisis kuantitatif dan kualitatif data diagnosis yang dikode untuk pemastian kesesuaiannya dengan pernyataan dokter tentang diagnosis utama di berbagai lembar formulir rekam medis pasien, guna menunjang aspek legal rekam medis yang dikembangkan.

Ringkasan :

Pada mulanya, ICD direvisi dengan interval 10 tahunan untuk menampung perubahan-perubahan di dunia kedokteran. Hal ini dianggap terlalu singkat dalam penerapannya. ICD di revisi ke-10 yang sampai saat ini merupakan revisi paling akhir, disebarluaskan dan digunakan secara internasional oleh WHO sejak tahun 1992

TUGAS/ LATIHAN 1

Nama :

No.Stb. :

Fakultas/ Jurusan :

1) Jelaskan secara singkat sejarah perkembangan rekam medis.

Jawab :

Blank lined paper with a large 'UNLOCK' watermark.

2) Jelaskan konsep dasar dari rekam medis.

Jawab :

Blank lined paper with a large, faint watermark reading "KINDERGARTEN" diagonally across the page.

TUGAS/ LATIHAN 2

Nama :

No.Stb. :

Fakultas/ Jurusan :

1) Jelaskan defenisi rekam medis.

Jawab :

Blank lined paper with a large 'UNLOCK' watermark.

Jawab :

Blank lined paper with a large, faint, diagonal watermark reading "UNIVERSITY" across the center.

TUGAS/ LATIHAN 3

Nama :

No.Stb. :

Fakultas/ Jurusan :

1) Jelaskan aspek hukum rekam medis.

Jawab :

Blank lined paper with a large, faint watermark reading "UNLOCK" diagonally across the page.

Jawab :

Blank lined paper with a large, faint, diagonal watermark reading "UNIVERSITY OF TORONTO" across the center.

TUGAS/ LATIHAN 4

Nama :

No.Stb. :

Fakultas/ Jurusan :

1) Jelaskan hak pada rekam medik (Pasien, petugas kesehatan, sarana pelayanan).

Jawab :

Blank lined paper with a large 'UNLOCK' watermark.

2) Jelaskan kewajiban pada rekam medik (Pasien, petugas kesehatan, sarana pelayanan).

Jawab :

Blank handwriting practice paper with horizontal lines and a large, faint watermark reading "KIDSONES" diagonally across the page.

TUGAS/ LATIHAN 5

Nama :

No.Stb. :

Fakultas/ Jurusan :

1) Jelaskan alur rekam medis.

Jawab :

Blank lined paper with a large, faint watermark reading "UNLOCK" diagonally across the page.

Jawab :

Blank lined paper with a faint 'UNIVERSITY' watermark.

TUGAS/ LATIHAN 6

Nama :

No.Stb. :

Fakultas/ Jurusan :

1) Jelaskan isi rekam medis rawat inap.

Jawab :

[illegible]

Jawab :

Blank lined paper with a faint 'UNIVERSITY' watermark.

Jawab :

Blank handwriting practice paper with horizontal dotted lines and a large, faint watermark reading 'UNPONS'.

Jawab :

Blank handwriting practice paper with horizontal dotted lines and a large, faint watermark reading 'UNIVERSITY' diagonally across the page.

TUGAS/ LATIHAN 7

Nama :

No.Stb. :

Fakultas/ Jurusan :

1) Jelaskan fungsi dan tugas Puskesmas.

Jawab :

[illegible]

Jawab :

Blank handwriting practice paper with horizontal dotted lines and a large, faint watermark reading 'Wonders'.

TUGAS/ LATIHAN 8

Nama :

No.Stb. :

Fakultas/ Jurusan :

- 1) Buatlah minimal 10 contoh Sistem Identifikasi Pasien Secara *Alphabetical*.

Jawab :

Blank lined paper with a large, faint, diagonal watermark reading "UNLOCK" across the center.

1) Jelaskan mengenai sistem penomoran rekam medis.

Jawab :

[illegible]

2) Jelaskan tentang Pengembalian dan Penyimpanan rekam medis.

Jawab :

Blank lined paper with a large, faint, diagonal watermark reading "UNIVERSITY" across the center.

TUGAS/ LATIHAN 10

Nama :

No.Stb. :

Fakultas/ Jurusan :

1) Jelaskan mengenai analisis kuantitatif.

Jawab :

Blank lined paper with a large 'UNLOCK' watermark.

2) Jelaskan tentang analisis kualitatif.

Jawab :

Blank lined paper with a large, faint watermark reading "KIDZ" diagonally across the page.

.....

.....

TUGAS/ LATIHAN 11

Nama :

No.Stb. :

Fakultas/ Jurusan :

1) Jelaskan sejarah ICD

Jawab :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2) Terangkan mengenai langkah-langkah dalam menentukan kode.

Jawab :

Blank lined paper with a large, faint, diagonal watermark reading "UNIVERSITY" across the center.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdelhak, Mervat et al. 2001. *Health Information: Management of a Strategic Resource*, 2 edition. Philadelphia:W.B. Saunders Copany.
- Azwar, Azrul. Pelayanan Dokter Keluarga. Jakarta: Yayasan Penerbitan Ikatan Dokter Indonesia, 1995
- Amatayakul, Margret K. 2004, *Elektronik Health Records. A Practical Guide for Professionals and Organizations*, Chicago; AHIMA
- Clark, Jean S. *Documentation for Acute Care*, Chicago:AHIMA, 2004.
- Depkes RI, 1982. *Pedoman Klasifikasi Jenis Pembedahan di Indonesia*, Jakarta: Ditjen Yanmed.
- , 1993. *Kode Etik Kedokteran Indonesia*. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.
- , 1997, *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*, Jakarta: Ditjen Yanmed
- , 1997. *Standar Pelayanan Rumah Sakit, Edisi II*. Departemen Kesehatan. Jakarta.
- Hatta, Gemella, 2004. *Menjaga Kualitas Rekam Medis dalam Menunjang Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan*, Jakarta.
- , 1985. *Beberapa Aspek Hukum dan Administrasi dari catatan Medis/Kesehatan*. Jakarta
- , 1985. *Pedoman Penyelenggaraan Kegiatan Catatan Medis (Medical Record) di RSAB Harapan Kita Bantuan*, UI-Press.
- , 2002. *Determinan dan Pengembangan Model Rekam Kesehatan*

Antenatal Informatif Universitas Indonesia

_____, 2009. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan, Jakarta: Universitas Indonesia.

Hodgetts, RM and Cascio, DM (1983) : Modern health care administration, Academic Press, New York.

Homan, Cheryl V. Functions of the Health Record." AHIMA.

Journal of AHIMA, 2006. *The Value of Personal Health Records. A Joint Position Statement for Consumers of Health Care.*

McCain, Mary Cole, 2002. Paper-Based Health Record. Health Information Management-Concepts, AHIMA.

Surat Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara No.135/Kep//Menpan/12/2002 tentang Jabatan Fungsional Perkam Medis.

WHO.2002 Medical Record Manual – A Guide for Developing Countries. Suisse.

_____, 1978. *International Classification of Procedure in Medicine ICPIM*, WHO, Geneva.

_____, 1992. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). Rev. Vol 1-3*, WHO, Geneva.

_____, 2001. *International Classification of Functioning, Disability and Health*, WHO, Geneva