

Sejarah Perkembangan, Paradigma, Pengertian Dasar Rekam Medis, dan Profesi Perekam Medis

dr. Rano Indradi S., M.Kes.



PENDAHULUAN

A. DESKRIPSI SINGKAT

Rekam medis sebagai bentuk dari pendokumentasian layanan kesehatan telah ada dan berkembang bersama dengan praktik layanan kesehatan itu sendiri. Namun demikian, saat ini telah disepakati bahwa tidak setiap catatan adalah rekam medis. Ada batasan tertentu agar suatu catatan atau rekaman dapat disebut sebagai rekam medis dan diperlakukan sebagai rekam medis. Apalagi dengan perkembangan teknologi informasi yang telah merambah bidang pelayanan kesehatan menjadikan bentuk rekam medis menjadi sangat beragam sehingga dikenal istilah rekam medis multimedia (*multimedia medical record*). Dalam perkembangannya sebagai suatu profesi, perekam medis akhirnya berkembang tidak hanya sebagai pengelola berkas saja tetapi lebih luas sebagai pengelola informasi kesehatan, baik secara manual maupun elektronik. Para profesional bidang rekam medis dan manajemen informasi kesehatan (RMIK), atau disebut juga Perekam Medis dan Informasi Kesehatan (PMIK) juga telah memiliki organisasi profesi yang mewadahi aspirasi dan arah perkembangan profesi ini, yaitu PORMIKI (Perhimpunan Profesional Perekam Medis dan Informasi Kesehatan Indonesia).

Dalam perkembangannya, kompetensi yang harus dimiliki oleh seorang perekam medis tidak hanya sekadar dalam hal mengelola berkasnya tetapi justru lebih ke arah kemampuan untuk mengelola informasi yang terekam dalam kegiatan pelayanan kesehatan, baik secara manual maupun elektronik. Hasil catatan dan rekaman ini tidak semata-mata untuk disimpan, tetapi justru harus diolah menjadi informasi dan pengetahuan sehingga dapat dimanfaatkan untuk pengambilan keputusan oleh pelaksana pelayanan

kesehatan, untuk keperluan pendidikan penelitian dan pengembangan, serta untuk berbagai keperluan pihak ketiga yang berwenang (misalnya asuransi dan hukum). Dengan demikian, diharapkan melalui pengelolaan rekam medis dan manajemen informasi kesehatan yang andal akan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

B. RELEVANSI

Modul 1 ini penting untuk dipelajari dan dikuasai, karena pemahaman tentang sejarah perkembangan rekam medis dan perubahan dalam paradigma profesi perekam medis sangat penting sebagai dasar untuk menumbuhkan minat, rasa memiliki, dan rasa mencintai yang besar terhadap profesi perekam medis dan manajemen informasi kesehatan.

Penguasaan pengertian dasar rekam medis akan menjadi pijakan dasar dalam mempelajari modul-modul berikutnya. Bagaimana mungkin akan bisa mengelola dengan baik sesuatu yang tidak diketahui atau tidak memahami sifat dasar dari yang dikelola? Bagaimana mungkin akan bisa mengelola rekam medis dengan baik jika tidak memahami falsafah, komponen, isi dan struktur, serta manfaat dan penggunaan rekam medis?

Karena setiap profesi memiliki organisasi profesinya masing-masing sebagai wadah para profesional anggotanya untuk berkembang, maka selain memahami rekam medis perlu juga memahami organisasi profesi perekam medis, yaitu PORMIKI. Dengan demikian, setiap perekam medis diharapkan untuk terus mengembangkan keilmuan dan keterampilan profesinya sesuai dengan kesepakatan dan aturan yang dirumuskan oleh PORMIKI.

C. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah mempelajari Modul 1 ini Anda diharapkan mampu menjelaskan sejarah rekam medis (RM), paradigma RM, pengertian dasar RM, dan profesi perekam medis.

KEGIATAN BELAJAR 1

Sejarah Rekam Medis (RM) dan Paradigma Baru RM

SEJARAH REKAM MEDIS

1. Sejarah Rekam Medis dan Manajemen Informasi Kesehatan (RMIK)

Pencatatan, perekaman, atau pendokumentasian pemberian layanan kesehatan beserta hasil-hasilnya telah dilakukan sejak sekitar 25.000 tahun SM. Hal ini tampak dari berbagai bentuk “catatan” yang dibuat oleh berbagai peradaban di berbagai negara dalam berbagai media sesuai dengan perkembangan jaman peradaban terkait. Berbagai bentuk praktik pendokumentasian layanan kesehatan ini menunjukkan bahwa perkembangan praktik rekam medis berjalan seiring dengan perkembangan praktik kedokteran.

Tabel berikut ini menunjukkan beberapa contoh praktik pendokumentasian tersebut di beberapa negara beserta temuan bentuk dokumentasinya.

Temuan bentuk-bentuk pendokumentasian layanan kesehatan

Bangsa	Tahun	Temuan bentuk pendokumentasian
Spanyol	25.000 – 3000 SM	Lukisan di gua batu tentang amputasi jari dan trephinasi
Indian (Peru)	10.000 SM	Tengkorak berlubang akibat praktik trephinasi
Mesir	3.000 SM	Hieroglyph/papyrus
Babylonia (Irak kuno)	3.000 – 2.000 SM	Replika organ binatang, lempengan tanah liat dan batu dengan tulisan berbentuk paku (<i>cuneiform</i>)
Cina	2.737 SM	Catatan pada bambu, daun palem yang dipernis (<i>lacquer</i>); model manusia dari tembaga, gading, kertas
Yunani	1.100 SM	Catatan pada pahatan di kuil pengobatan dan kertas
India	500 SM	Catatan pada kertas
Romawi	160 M	Catatan pada kertas
Indonesia	800 M	Catatan pada kulit kayu/daun lontar dengan bahasa Kawi (Jawa kuno), Sanskerta dan relief pahatan arca
Iran/Irak (Persia)	900 M	Catatan pada kertas

Keterangan : SM = sebelum masehi, M = masehi

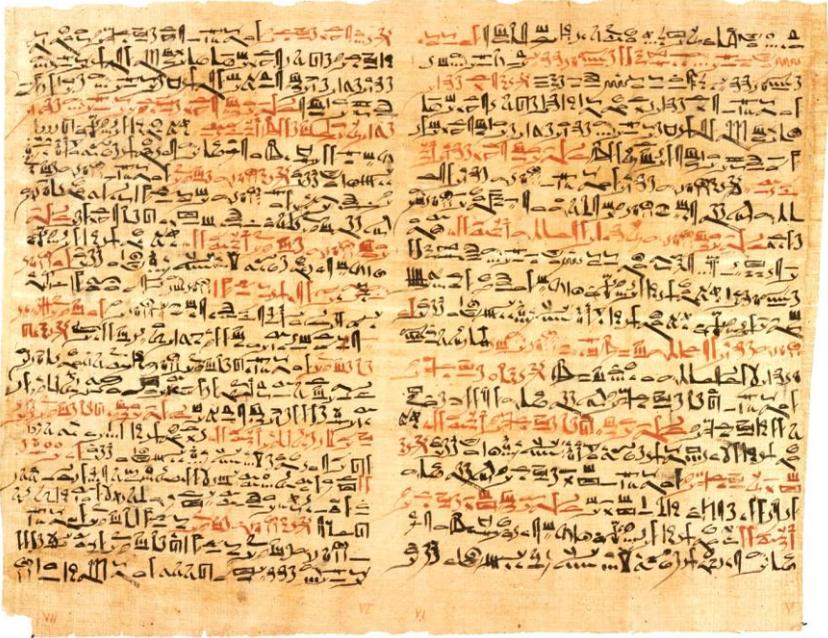
Temuan bentuk-bentuk dokumentasi tersebut menggambarkan adanya kesamaan atau kemiripan praktik kedokteran pada masa tersebut di berbagai belahan benua, meskipun masing-masing tempat tersebut terpisah oleh rentang waktu, jarak yang jauh, serta geografis samudera. Misalnya, banyak suku kuno di masa lampau yang melakukan praktik *trepthinasi (brain surgery)*. Praktik kedokteran primitif ini dilakukan dengan melubangi kening pasien sakit jiwa dengan peralatan ‘bedah’ sehingga roh jahat bisa ke luar dari badan yang sakit. Tidak diketahui berapa jumlah kesembuhan pasien dengan cara demikian. Ditemukannya garis sayatan pada tengkorak yang diteliti menunjukkan pasien masih hidup selama beberapa minggu atau bulan. Meskipun praktik *trepthinasi* ini masih belum jelas maksud dan tujuannya, namun berbagai catatan yang ditemukan di berbagai wilayah tersebut menunjukkan adanya dorongan naluri yang menghasilkan kesamaan berpikir dan bertindak.

Temuan dokumentasi tersebut juga menceritakan riwayat tabib/pendeta Spanyol kuno yang melakukan pemotongan/amputasi beberapa jari tangan. Hal ini terlukis dalam dinding gua batu yang diperkirakan terjadi pada 7.000 SM (periode jaman batu tua sekitar 25.000 SM).

Adanya bukti dokumentasi yang bernilai sejarah tinggi tentang praktik kedokteran kuno itu telah menguak tabir budaya dan keunikan praktik kedokteran di masa silam yang amat bermanfaat bagi referensi kedokteran modern.

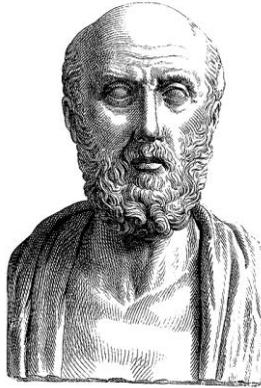
Para tabib Mesir kuno juga melakukan pendokumentasian praktik kesehatannya bersamaan dengan lahir dan majunya ilmu kedokteran. Salah satu tabib Mesir kuno yang amat tersohor bernama Thoth dan diagungkan sebagai dewa, serta Imhotep (3.000-2.500 SM) yang dikenal sebagai Bapak Pengobatan (*patron of medicine*). Kedua tabib Mesir Kuno itu banyak menulis buku tentang kesehatan dalam bentuk gulungan *papyrus*, semacam kertas berserat yang berasal dari tumbuhan di tepi sungai Nil, dengan tulisan berbentuk simbol gambar yang dinamakan *hieroglyph*.

Kumpulan *papyrus* medis yang ditemukan umumnya tanpa diketahui nama penulisnya (anonim). *Papyrus* ini kemudian sering diberi nama sesuai pemilikinya, misalnya Edwin Smith *Papyrus*, seperti tampak pada gambar di bawah ini.



Papyrus ini juga berfungsi sebagai sarana komunikasi dan sumber edukasi kedokteran/kesehatan yang amat berharga. Selain itu, terdapat papyrus Kahun yang isinya mengenai kebidanan (1835 SM) yang ditemukan Flinders Petris tahun 1889 Masehi di Fayum, Lahun (Mesir).

Hippocrates (460 SM) seperti tampak di bawah ini, adalah seorang tabib tersohor dari Yunani dan dikenal sebagai *Bapak Kedokteran*, telah mendokumentasikan praktik kedokterannya dengan mencatat secara teliti hasil pengamatannya terhadap kondisi pasien. Hippocrates secara sistematis telah mencatat tahapan riwayat sakit para pasiennya. Dia juga menata, mengumpulkan dengan rapi, mengelompokkan jenis penyakit dengan sederhana serta menganalisis kondisi pasien dengan kecermatan yang tinggi. Semua hal ini merupakan tahapan teknologi dasar dari praktik pendokumentasian dalam rekam medis dan manajemen informasi kesehatan masa kini!



Hippocrates (460 SM)

Bangsa Cina telah mendokumentasikan praktik pengobatan tradisional dari para tabibnya (*sinshe*) pada gulungan kertas, kayu, dan bambu. Catatan ini berisi praktik tradisional akupunktur dan ramuan tumbuhan atau binatang. Para *sinshe* ini juga mendokumentasikan ‘tanda sakit’ pasien pada model tubuh manusia (*dummy*) yang terbuat dari tembaga atau gading. Praktik pendokumentasian melalui *dummy* juga dilakukan oleh bangsa Babylonia.



Ibnu Sina

Gambar di atas menunjukkan Ibnu Sina, tabib modern Asia Timur pada masa kejayaan Islam, menulis banyak buku tentang ilmu kesehatan dari hasil pendokumentasian layanan terhadap pasien-pasiennya.

Pada era keemasan Islam, di setiap ibu kota pemerintahan, dapat dipastikan berdiri rumah sakit besar. Selain berfungsi sebagai tempat merawat orang-orang yang sakit, rumah sakit juga menjadi tempat bagi para

dokter muslim mengembangkan ilmu medisnya. Konsep yang dikembangkan umat Islam pada era keemasan itu hingga kini juga masih banyak memberikan pengaruh.

Rumah sakit terkemuka pertama yang dibangun umat Islam berada di Damaskus pada masa pemerintahan Khalifah Al-Walid dari Dinasti Umayyah pada 706 M. Namun, rumah sakit terpenting yang berada di pusat kekuasaan Dinasti Umayyah itu bernama Al-Nuri. Rumah sakit itu berdiri pada 1156 M, setelah era kepemimpinan Khalifah Nur Al-Din Zinki pada 1156 M. Pada masa itu, RS Al-Nuri sudah menerapkan rekam medis (*medical record*). Inilah RS pertama dalam sejarah yang menggunakan rekam medis. Sekolah kedokteran Al-Nuri juga telah meluluskan sederet dokter terkemuka, salah satunya adalah Ibn Al-Nafis, ilmuwan yang menemukan sirkulasi paru-paru. Rumah sakit ini melayani masyarakat selama tujuh abad, dan hingga kini masih ada beberapa bagian dari bangunannya.

Di Indonesia terdapat sekitar 250 manuskrip (naskah) yang kebanyakan berasal dari Bali, di antaranya berisi tentang ramuan pengobatan. Manuskrip ini dicatat dalam daun lontar yang berukuran 3,5 hingga 4,5 cm sepanjang 35 – 50 cm. Biasanya hasil karya itu menggunakan bahasa Jawa Kuno (Kawi), bahasa Bali termasuk Sanskerta, dan lazimnya naskah tanpa mencantumkan nama penulis (anonim). Selain daun lontar, ada beberapa sarana perekam lainnya yang digunakan dalam tulis-menulis, seperti kayu, kulit kayu, kulit binatang, dan bambu.



Manuskrip daun lontar

Manuskrip yang ada kebanyakan tidak membahas kesehatan perseorangan pasien tetapi cenderung tentang khasiat jejamuan bagi kesehatan yang bersifat umum. Misalnya, tentang resep kecantikan, racikan untuk mencegah atau mengobati penyakit yang berkaitan dengan kesehatan yang banyak disimpan, diwariskan, dan dirahasiakan secara turun temurun oleh peraciknya yang terkadang merupakan keluarga bangsawan atau kerabat keraton (Jawa).

Pada pahatan relief candi Borobudur (peninggalan dinasti Syailendra abad 8) terdapat pula cerita “riwayat medis” yang menceritakan tentang Sang Budha yang sedang sakit dan diobati dengan tumbuhan mujarab tertentu. Dari relief itu dapat diasumsikan bahwa praktik pendokumentasian layanan kesehatan sudah terjadi sejak masa silam meski dalam bentuk cerita (mitos).

Memasuki abad ke-20 di era menjelang kemerdekaan, tenaga kesehatan Belanda dan dokter Indonesia pribumi masa itu (lulusan sekolah kedokteran Stovia dari Batavia) dan staf kesehatannya telah melakukan praktik pendokumentasian layanan kesehatan secara sederhana. Umumnya, rekaman kesehatan ditulis dalam buku register. Rekaman kesehatan rumah sakit tersebut dibuat terutama bila yang dirawat adalah pejabat kolonial, tentara dan warga Belanda lainnya atau penduduk kelas tertentu (priyayi, kaum terpelajar, terpandang, dan pedagang).

2. Paradigma Baru Profesi Perkam Medis

Sesuai dengan perkembangan berbagai aspek dalam praktik profesi pengelolaan rekam medis dan manajemen informasi kesehatan, penyebutan nama profesi ini juga telah mengalami beberapa kali penyesuaian.

Pada tahun 1970-an profesi *medical record librarianship* berubah dari sebutan seorang profesional “pustakawan” menjadi “administrator”. Penyebutan profesi ini di Australia diubah menjadi “*medical record administration*” pada tahun 1976. Kemudian, pada tahun 1991 disesuaikan lagi menjadi *manajemen informasi kesehatan*. Penyesuaian ini berkaitan dengan berkembangnya lingkup tugas utama profesi ini yaitu melakukan pengelolaan (manajemen) INFORMASI kesehatan yang berasal dari berbagai sumber informasi aktivitas pelayanan kesehatan, bukan sekadar mengurus DOKUMEN rekam medis.

Pada tahun 1994, organisasi profesi ini di Amerika berganti namanya dari *American Medical Record Association* (AMRA) menjadi *American Health Information Management Association* (AHIMA). Jadi, yang semula menggunakan kata '*Medical Records (MR)*' menjadi '*Health Information Management (HIM)*'.

Memasuki tahun 2000, secara internasional terbentuk kesepakatan untuk mengubah penggunaan sebutan gelar profesi:

- a. Dari *Registered Record Technician* (RRT) menjadi *Registered Health Information Technician* (RHIT)
- b. Dari *Registered Record Administrator* (RRA) menjadi *Registered Health Information Administrator* (RHIA)

Dalam hal ini kita melihat lagi bahwa ada pengembangan lingkup aktivitas profesi dari *Record* menjadi *Health Information*.

Pada awal tahun 2011, federasi organisasi profesi ini di tingkat internasional, yaitu *International Federation of Health Record Organization* (IFHRO) akhirnya juga mengubah dan menyesuaikan namanya menjadi *International Federation of Health Information Management Association* (IFHIMA). Jadi, ditingkat global internasional telah terjadi pergeseran paradigma yang memperluas dan menegaskan bahwa lingkup profesi ini bukan sekedar mengelola berkas rekam medis melainkan mengelola informasi kesehatan dari berbagai sumber dalam berbagai bentuk dan media untuk berbagai kebutuhan dalam pelayanan kesehatan.

Di Indonesia, kita telah lama mengenal berbagai istilah yang merupakan penyebutan dari “benda” berkas rekam medis (*medical record*). Ada yang menyebutnya sebagai ‘**lis**’ (dari bahasa Belanda ‘*lijst*’ = daftar, ‘**status**’, atau ‘**catatan medis/CM**’. Penyebutan ini kemudian berubah menjadi ‘**rekam medis/RM**’ pada sekitar tahun 1989 sesuai masukan dari Prof. Dr. Anton Mulyono yang saat itu menjabat sebagai Kepala Pusat Pembinaan dan Pengembangan Bahasa pada Departemen Pendidikan dan Kebudayaan RI.

Sejak PORMIKI (Perhimpunan Profesional Perekam Medis dan Informasi Kesehatan Indonesia) didirikan tahun 1989, organisasi ini telah menggunakan kata “informasi” sesudah kata “perekam medis”. Pemilihan nama organisasi ini telah sesuai dengan perkembangan lingkup profesinya hingga saat ini.

Dalam perkembangannya, praktik pendokumentasian layanan kesehatan dan pengelolaan informasi yang dihasilkannya sangat dipengaruhi oleh empat (4) hal utama, yaitu perkembangan kedokteran (medis), manajemen pelayanan kesehatan, hukum kesehatan (peraturan perundangan yang terkait rekam medis), serta teknologi informasi & komunikasi (TIK). Perkembangan dan perubahan dari salah satu atau bersama-sama lingkup tersebut ternyata akan mengubah perilaku profesi ini dalam mengelola informasi kesehatan.

Dalam dunia kedokteran, perkembangan tentang pemahaman timbulnya penyakit, perkembangan teknologi diagnosis dan tindakan kedokteran, serta perkembangan teknologi farmasi telah mengubah pula cara

pendokumentasian, pengklasifikasian, pengkodean, dan pengolahan statistik kesehatan.

Perubahan pola manajemen dalam pelayanan kesehatan, baik dalam hal perubahan bentuk organisasi sarana pelayanan kesehatan (saryankes), manajemen pembiayaan kesehatan, pola ketenagaan, kerja sama antar saryankes, hingga globalisasi pelayanan kesehatan juga sangat berpengaruh pada cara pengelolaan manajemen informasi kesehatan mulai dari cara pencatatan, penyimpanan, pengolahan hingga penggunaannya.

Dalam bidang hukum kesehatan, telah banyak disusun dan diterbitkan berbagai peraturan perundangan terkait pelayanan kesehatan, baik yang secara langsung mengatur rekam medis maupun yang secara tidak langsung berdampak pada pengelolaan rekam medis dan informasi kesehatan.

Masuknya teknologi informasi dan komunikasi dalam dunia pelayanan kesehatan telah banyak mengubah pola layanan kesehatan. Sejak dari pendaftaran pasien, pendokumentasian, pengolahan, penyimpanan, pemusnahan, hingga penggunaan teknologi untuk membantu menegakkan diagnosis dan melakukan tindakan, juga merupakan faktor besar yang sangat berpengaruh terhadap perkembangan bentuk dan pola pelayanan informasi kesehatan saat ini.

Meskipun para praktisi kesehatan di dunia telah semenjak masa prasejarah menjalankan praktik MIK sesuai dengan tingkat peradabannya masing-masing, namun baru di awal abad 20 praktik MIK mulai berkembang maju, dan menjadi sangat berubah di akhir abad 20 seiring dengan munculnya revolusi dunia teknologi informasi dan komunikasi (TIK).

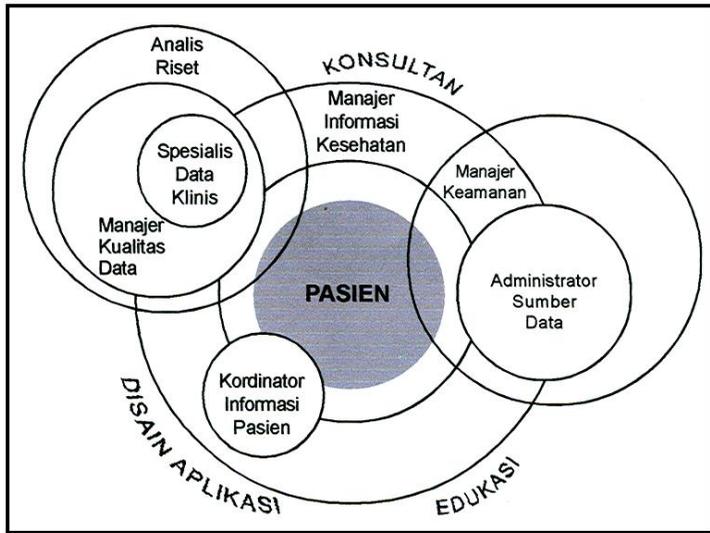
Pesatnya perkembangan bidang kedokteran, manajemen pelayanan kesehatan, hukum kesehatan, serta teknologi informasi dan komunikasi mendorong pergeseran paradigma dalam profesi Manajemen Informasi Kesehatan (MIK). Pada saat ini bisa kita temui ada dua (2) model praktik MIK yaitu “tradisional” dan “modern”. Praktik MIK tradisional berbasis pada pengelolaan kertas sebagai dokumen rekam medis, sedangkan praktik MIK modern berbasis pada pengelolaan informasi dalam rekam medis dari berbagai sumber dalam berbagai bentuk (teks, gambar, grafik, suara, video, dan kombinasinya) dan berbagai media (manual maupun elektronik). Di antara kedua bentuk tersebut (tradisional dan modern) kita bisa mendapatkan bentuk peralihan dari tradisional ke modern yang dikenal sebagai bentuk “hibrid”.

Perbandingan Paradigma MIK Lama (Tradisional) dan MIK Baru (Modern)

	MIK tradisional	MIK modern
Fokus	<p>Berfokus pada ruang atau unit kerja (bagian, seksi, departemen) (<i>department based</i>).</p> <p>Dengan demikian, aktivitasnya lebih mengarah pada mengelola kertas, dokumen, atau sarana kerja lainnya.</p>	<p>Berfokus pada pengelolaan informasi yang terdapat dalam rekam medis dari berbagai sumber dalam berbagai bentuk dan media, untuk memenuhi berbagai kebutuhan informasi oleh berbagai pihak yang berwenang (<i>information based</i>).</p> <p>Jadi, aktivitasnya berfokus pada konten dari rekam medis tanpa mengabaikan konteks atau bentuk fisiknya.</p>
Model produk	<p>Dalam bentuk fisik rekam medis (formulir, buku, dokumen).</p> <p>Jadi, aktivitas petugas adalah menyimpan, mencari, dan merawat berkas rekam medis.</p>	<p>Dalam bentuk item data, pemodelan data, relasi data, basis data, baik secara manual maupun elektronik.</p> <p>Jadi aktivitas petugas adalah melacak data, merangkum, menyusun/ memodelkan, dan membuat basis data agar bisa diolah menjadi informasi sesuai yang dibutuhkan.</p>
Tampilan	<p>Data ditampilkan dalam bentuk agregat, misalnya rekapitulasi dan statistik deskripsi.</p> <p>Tugas menganalisis data, informasi, atau laporan yang tersusun biasanya dilaksanakan oleh unit lain, misalnya unit penjaminan kualitas (<i>quality assurance</i>), manajemen risiko, atau oleh manajemen utilitas.</p>	<p>Setiap item data terkait dengan sumber informasi lainnya (bank informasi, baik <i>on-line</i> maupun <i>off-line</i>) sehingga membentuk informasi yang komprehensif, akurat, tepat waktu, dan relevan dengan kebutuhan, termasuk untuk menunjang pengambilan keputusan klinis dan manajemen (<i>clinical and management decision support system</i>), sistem pengingat, dan pewaspada klinik (<i>clinical reminder and alert system</i>), serta penelusuran referensi dan bank pengetahuan (<i>reference and knowledge management</i>).</p> <p>Umumnya aktivitas ini dilakukan dengan bantuan komputer melalui sistem basis data elektronik dengan perangkat lunak yang sesuai.</p> <p>Jadi, aktivitas menganalisis data dan informasi menjadi kompetensi dan kekuatan utama yang harus dimiliki oleh profesi MIK modern.</p>

	MIK tradisional	MIK modern
Isi	<p>Umumnya isi atau data rekam medis terangkum dalam bentuk formulir.</p> <p>Aktivitas petugas banyak terbagi dan terbatas oleh desain formulir rekam medis umumnya masih berbentuk formulir kertas.</p>	<p>Isi atau data rekam medis disusun dan dirancang dalam bentuk basis data yang disesuaikan dengan rencana berbagai kebutuhan pengolahannya.</p> <p>Aktivitas petugas berfokus pada perancangan basis data, pengolahannya, dan pengembangan antarmuka (<i>interface</i>) untuk kenyamanan dan kemudahan pengelolaan informasi rekam medis (umumnya dalam bentuk elektronik).</p>
Aspek hukum (Pelepasan informasi)	<p>Lebih banyak berfokus pada pemikiran tentang prosedur pelepasan informasi dari rekam medis.</p> <p>Sebagai pihak yang memberikan/ melepaskan informasi, petugas rekam medis menjadi pihak yang dianggap bertanggung jawab untuk menentukan dan mengatur prosedur pemberian informasi kesehatan dari rekam medis.</p>	<p>Dengan berorientasi pada manajemen informasi maka tanggung jawab dalam hal menjaga rahasia dan pelepasan informasinya tidak diserahkan semata-mata kepada satu pihak saja (petugas rekam medis) tetapi menjadi tanggung jawab bersama antara yang mengirim (melepaskan) dan yang menerima informasi.</p> <p>Dengan demikian, pemikiran tentang pelepasan informasi kesehatan ini menjadi bahan pemikiran untuk perancangan program penjagaan privasi yang meliputi keseluruhan bagian dari organisasi. Pengawasan, penelusuran jejak penggunaan informasi, dan penilaian risiko menjadi bagian yang penting dalam organisasi.</p>

Perubahan paradigma dalam profesi MIK ini telah merumuskan tujuh (7) peran profesional MIK seperti tampak dalam skema di bawah ini.



Dari skema di atas tampak jelas bahwa seorang perekam medis bukan sekedar sebagai pengelola berkas rekam medis saja namun ada tujuh (7) peran penting yang menjadi dasar strategi profesional MIK dalam berkarir dan mengembangkan diri, sebagai berikut.

- a. **Manajer Informasi Kesehatan (*health information manager*):** bertanggung jawab untuk memberikan arahan tentang fungsi MIK bagi seluruh cakupan di organisasinya. Ia dapat menduduki posisi lini ataupun staf serta bekerja sama dengan pimpinan informasi puncak maupun dengan para pengguna sistem informasi. Kesemuanya adalah demi kemajuan sistem, metode, penunjang aplikasi, perbaikan kualitas data, kelancaran akses data, kerahasiaan, sekuritas, dan penggunaan data.
- b. **Spesialis data klinis (*clinical data specialist*):** bertanggung jawab terhadap fungsi manajemen data dalam berbagai aplikasi, termasuk kode klinis, ke luaran manajemen, penanganan registrasi khusus dan *data base* untuk keperluan riset.
- c. **Koordinator informasi pasien (*patient information coordinator*):** bertugas membantu konsumen menangani informasi kesehatan pribadinya, termasuk penelusuran riwayat kesehatan pribadi hingga tentang pelepasan informasi kesehatannya. Ia juga membantu konsumen dalam memahami berbagai pelayanan yang ada di instansi pelayanan

kesehatannya dan menjelaskan cara mendapatkan akses ke sumber informasi kesehatan.

- d. **Manajer kualitas data (*data quality manager*):** bertanggung jawab untuk melaksanakan fungsi manajemen data serta aktivitas perbaikan mutu secara berkesinambungan demi keutuhan integritas data organisasi; termasuk membuat kamus data; mengembangkan kebijakan, juga memonitor kualitas data dan audit.
- e. **Manajer keamanan informasi (*security manager*):** bertanggung jawab dalam mengatur keamanan informasi secara elektronik, termasuk pelaksanaan audit kinerja.
- f. **Administrator sumber data (*data resource administrator*):** bertugas menangani sumber data organisasi termasuk bertanggung jawab atas tempat penyimpanan data. Ia juga melakukan manajemen data dan menangani pelayanan informasi secara lintas kontinum, melengkapi akses atas informasi yang dibutuhkan serta menjamin integritas data jangka panjang.
- g. **Analisis riset (*research analyst*):** bertugas membantu pimpinan memperoleh informasi dalam mengambil keputusan dan pengembangan strategi dengan menggunakan berbagai perangkat analisis data dan basis data (*data base*).



LATIHAN

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Sebutkan contoh temuan yang menjelaskan bahwa rekam medis sudah ada dan berkembang bersama perkembangan praktik pengobatan/kedokteran!
- 2) Sebutkan contoh papyrus yang dikenal sebagai catatan kedokteran dan papyrus yang berisi catatan praktik kebidanan!
- 3) Siapa yang dikenal sebagai "Bapak Kedokteran" dan apa yang telah dikerjakannya sehubungan dengan rekam medis?
- 4) Sebutkan 4 aspek utama yang sangat berpengaruh terhadap perkembangan pengelolaan rekam medis!
- 5) Jelaskan perbedaan fokus dalam paradigma Manajemen Informasi Kesehatan (MIK) tradisional dan MIK modern!

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Beberapa contoh temuan yang menjelaskan bahwa rekam medis sudah ada dan berkembang bersama perkembangan praktik pengobatan/kedokteran, antara lain:
 - a. Lukisan di gua batu di Spanyol yang menceritakan tentang amputasi jari dan trephinasi (25.000 SM - 3.000 SM)
 - b. Catatan di kuil pengobatan dan kertas di Yunani (1.100 SM)
 - c. Catatan pada kulit kayu/daun lontar dengan bahasa Kawi (Jawa kuno), Sanskerta dan relief pahatan arca di Indonesia (800 M)
- 2) Papyrus Edwin Smith (1862) berisi catatan kedokteran dan papyrus Kahun berisi catatan praktik kebidanan (1835).
- 3) Hippocrates dikenal sebagai "Bapak Kedokteran". Hippocrates secara sistematis telah mencatat tahapan riwayat sakit para pasiennya. Dia juga menata, mengumpulkan dengan rapi, mengelompokkan jenis penyakit dengan sederhana serta menganalisis kondisi pasien dengan kecermatan yang tinggi.
- 4) Aspek-aspek yang sangat berpengaruh terhadap perkembangan pengelolaan rekam medis yaitu:
 - a. aspek kedokteran/medis
 - b. aspek manajemen pelayanan kesehatan
 - c. aspek hukum kesehatan (peraturan perundangan yang terkait rekam medis), dan
 - d. aspek teknologi informasi & komunikasi (TIK)
- 5) Perbedaan fokus dalam paradigma Manajemen Informasi Kesehatan (MIK) tradisional dan MIK modern, yaitu:
 - a. Paradigma MIK tradisional berfokus pada ruang atau unit kerja (bagian, seksi, departemen) (*department based*). Dengan demikian, aktivitasnya lebih mengarah pada mengelola kertas, dokumen, atau sarana kerja lainnya.
 - b. Paradigma MIK modern berfokus pada pengelolaan informasi yang terdapat dalam rekam medis dari berbagai sumber dalam berbagai bentuk dan media, untuk memenuhi berbagai kebutuhan informasi oleh berbagai pihak yang berwenang (*information based*). Jadi, aktivitasnya berfokus pada konten dari rekam medis tanpa mengabaikan konteks atau bentuk fisiknya.



Pencatatan, perekaman, atau pendokumentasian pemberian layanan kesehatan beserta hasil-hasilnya telah dilakukan sejak sekitar 25.000 SM. Hal ini tampak dari berbagai bentuk “catatan” yang dibuat oleh berbagai peradaban di berbagai negara dalam berbagai media sesuai dengan perkembangan zaman peradaban terkait. Berbagai bentuk praktik pendokumentasian layanan kesehatan ini menunjukkan bahwa perkembangan praktik rekam medis berjalan seiring dengan perkembangan praktik kedokteran.

Di Indonesia terdapat sekitar 250 manuskrip (naskah) yang kebanyakan berasal dari Bali, di antaranya berisi tentang ramuan pengobatan. Manuskrip ini dicatat dalam daun lontar. Biasanya hasil karya itu menggunakan bahasa Jawa Kuno (Kawi), bahasa Bali termasuk Sanskerta, dan lazimnya naskah tanpa mencantumkan nama penulis (anonim). Selain daun lontar, ada beberapa sarana perekam lainnya yang digunakan dalam tulis menulis, seperti kayu, kulit kayu, kulit binatang, dan bambu.

Memasuki abad 20 di era menjelang kemerdekaan, tenaga kesehatan Belanda, dan dokter Indonesia pribumi masa itu (lulusan sekolah kedokteran Stovia dari Batavia) dan staf kesehatannya telah melakukan praktik pendokumentasian layanan kesehatan secara sederhana. Umumnya, rekaman kesehatan ditulis ke dalam buku register.

Pesatnya perkembangan bidang kedokteran, manajemen pelayanan kesehatan, hukum kesehatan, dan teknologi informasi, dan komunikasi mendorong pergeseran paradigma dalam profesi Manajemen Informasi Kesehatan (MIK). Pada saat ini bisa kita temui ada 2 (dua) model praktik MIK yaitu “tradisional” dan “modern”. Praktik MIK tradisional berbasis pada pengelolaan kertas sebagai dokumen rekam medis, sedangkan praktik MIK modern berbasis pada pengelolaan informasi dalam rekam medis dari berbagai sumber dalam berbagai bentuk (teks, gambar, grafik, suara, video, dan kombinasinya) dan berbagai media (manual maupun elektronik). Di antara kedua bentuk tersebut (tradisional dan modern) kita bisa mendapatkan bentuk peralihan dari tradisional ke modern yang dikenal sebagai bentuk “hibrid”.

**TES FORMATIF 1** _____

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Dalam sejarahnya, perkembangan rekam medis didasari oleh kebutuhan utama terhadap
 - A. hukum
 - B. dokumentasi
 - C. keuangan
 - D. tradisi

- 2) Tokoh di bawah ini dikenal sebagai "Bapak Kedokteran" adalah
 - A. Avicena
 - B. Kahun
 - C. Hippocrates
 - D. Edwin Smith

- 3) Papyrus Mesir menggunakan huruf
 - A. Hieroglyph
 - B. Sansekerta
 - C. Arab
 - D. Kawi

- 4) Manuskrip yang ditemukan di Indonesia ditulis di atas bahan
 - A. kertas
 - B. plastik
 - C. batu
 - D. daun lontar

- 5) Tabib modern Asia Timur yang menulis banyak buku tentang ilmu kesehatan dari hasil pendokumentasian layanan terhadap pasien-pasiennya, yaitu
 - A. Hippocrates
 - B. Ibnu Sina
 - C. Khalifah Nur Al-Din Zinki
 - D. Ibn Al-Nafis

- 6) Organisasi profesi perekam medis di Indonesia, yaitu
 - A. RHIA
 - B. IFHIMA
 - C. AHIMA
 - D. PORMIKI

- 7) Federasi organisasi profesi perekam medis tingkat internasional, yaitu
- A. RHIA
 - B. IFHIMA
 - C. AHIMA
 - D. PORMIKI
- 8) Paradigma MIK tradisional bersifat pada
- A. *department based*
 - B. *information based*
 - C. *financial based*
 - D. *management based*
- 9) Menurut paradigma MIK modern, profesi perekam medis dan manajemen informasi kesehatan lebih berfokus pada pengelolaan
- A. berkas rekam medis
 - B. sarana kerja rekam medis
 - C. informasi dalam rekam medis
 - D. keuangan yang dihasilkan dari rekam medis
- 10) Bentuk peralihan dari paradigma MIK tradisional ke modern disebut
- A. hibrid
 - B. semitradisional
 - C. semimodern
 - D. tradisional-modern

Cocokkanlah jawaban Anda dengan Kunci Jawaban Tes Formatif 1 yang terdapat di bagian akhir modul ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian, gunakan rumus berikut untuk mengetahui tingkat penguasaan Anda terhadap materi Kegiatan Belajar 1.

$$\text{Tingkat penguasaan} = \frac{\text{Jumlah Jawaban yang Benar}}{\text{Jumlah Soal}} \times 100\%$$

Arti tingkat penguasaan: 90 - 100% = baik sekali

80 - 89% = baik

70 - 79% = cukup

< 70% = kurang

Apabila mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih, Anda dapat meneruskan dengan Kegiatan Belajar 2. **Bagus!** Jika masih di bawah 80%, Anda harus mengulangi materi Kegiatan Belajar 1, terutama bagian yang belum dikuasai.

KEGIATAN BELAJAR 2

Pengertian Dasar Rekam Medis

A. FALSAFAH DAN PENGERTIAN RM

Dalam membaca dan mempergunakan modul ini, perlu kesamaan pengertian dalam beberapa hal agar tidak timbul kesalahan persepsi antara penulis dan pembaca atau antara pembaca.

Beberapa pengertian perlu disepakati, antara lain berikut ini.

1. Perekam Medis adalah seorang yang telah lulus pendidikan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan (Permenkes No.55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis, Bab I Pasal 1 ayat 2).
2. Rekam Medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain kepada pasien pada fasilitas pelayanan kesehatan (Permenkes No. 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis Bab I Pasal 1 ayat 2, Permenkes No.269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis Bab I Pasal 1 ayat 1, UU No.29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 46 ayat 1).
3. Rekam medis adalah bukti tertulis (kertas/elektronik) yang merekam berbagai informasi kesehatan pasien seperti temuan hasil asesmen, rencana asuhan, perincian pelaksanaan asuhan dan pengobatan, catatan perkembangan pasien terintegrasi, serta ringkasan keputusannya yang dibuat oleh profesional pemberi asuhan (PPA). (Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit – SNARS 2017)
4. Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung di Rumah Sakit. (UU No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit)
5. Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada dokter atau dokter gigi. (UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran dan Permenkes No.269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis)

6. Pasien yang kompeten adalah pasien dewasa atau bukan anak menurut peraturan perundang-undangan atau telah/pernah menikah, tidak terganggu kesadaran fisiknya, mampu berkomunikasi secara wajar, tidak mengalami kemunduran perkembangan (retardasi) mental dan tidak mengalami penyakit mental sehingga mampu membuat keputusan secara bebas. (Permenkes No.290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran)
7. Pasien adalah setiap orang yang mendapat layanan kesehatan oleh tenaga kesehatan profesional sesuai peraturan perundangan yang berlaku,
8. Departemen Rekam Medis adalah unit/bagian/instalasi/atau apa pun penyebutan lainnya dalam suatu sana pelayanan kesehatan yang merupakan pengelola dan penanggung jawab terlaksananya pelayanan rekam medis,
9. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan (UU No.36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, Bab I Pasal 1).
10. Fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat. (UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan)
11. Sarana pelayanan kesehatan adalah tempat penyelenggaraan upaya pelayanan kesehatan yang dapat digunakan untuk praktik kedokteran atau kedokteran gigi. (UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran)

1. Pengertian Rekam Medis

Meskipun peraturan perundang-undangan mewajibkan setiap petugas kesehatan menuliskan/merekam apa pun layanan yang mereka berikan kepada pasiennya, namun perlu diingat bahwa:

TIDAK SETIAP CATATAN YANG DIBUAT DALAM PELAYANAN KESEHATAN DAPAT DISEBUT SEBAGAI REKAM MEDIS.

Seandainya seorang dokter setelah menyuntik pasiennya dengan Ampisilin lalu menuliskan ke selembar kertas kosong:

- injeksi ampisilin 1 mg.

Catatan tersebut belum bisa disebut sebagai rekam medis karena baru menyatakan satu hal saja, yaitu "apa yang dilakukan".

Catatan tersebut belum bisa menceritakan kembali siapa yang melakukan, siapa yang diberi perlakuan, apa yang dilakukan, kapan terjadinya, di mana kejadiannya, mengapa itu dilakukan, bagaimana melakukannya, apa hasilnya (bila ada), dan sebagainya.

Jadi, untuk bisa disebut sebagai rekam medis, catatan dalam contoh di atas harus dilengkapi agar bisa "menceritakan" kembali apa, siapa, di mana, bagaimana, kapan, kenapa, berapa, dan sebagainya, misalnya :

dr. M.Rafael RM, Sp.PD(K)

Klinik Mahindra Husada
Semarang

Ny. Saras S, 37 thn

19 April 2010

Anamnesis : panas 3 hr, menetap, mual/muntah -, BAK/BAB dbn, gangguan kesadaran -, belum minum obat, tidak habis pulang dari bepergian luar kota.
 Riwayat kesh yll : blm pernah sakit spt ini, blm pernah operasi, blm pernah dirawat.
 Riwayat alergi : -
 Pemeriksaan fisik : T: 130/85 mmHg, N: 88x/mnt reg ckp kuat, RR: 26x/mnt, t: 38,7°C
 Program : periksa lab darah rutin, serologi widal, serologi DHF, lab urin rutin, lab feses rutin.
 Diagnosis : observasi febris
 Tindakan : injeksi parasetamol 500 mg i.m
 ----- ttd
 Resep : Amoxicillin 500 mg no.XV
 S. t.i.d p.c
 ----- ttd
 Parasetamol 500 mg no.XV
 S. t.i.d p.c
 ----- ttd
 Multivit no.V
 S. 1 dd I kap p.c
 ----- ttd

Saran : istirahat, makan lunak, kontrol setelah ada hasil lab.

Dengan demikian, rekam medis dapat didefinisikan:

REKAM MEDIS ADALAH BERKAS YANG BERISI CATATAN DAN DOKUMEN TENTANG IDENTITAS PASIEN, PEMERIKSAAN, PENGOBATAN, TINDAKAN DAN PELAYANAN LAIN YANG TELAH DIBERIKAN KEPADA PASIEN.

(Permenkes no.269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis; Bab I Pasal 1 ayat 1, UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran; Pasal 46 ayat 1)

Dalam buku *Medical Records Manual - a Guide for Developing Countries* dari WHO (2006) disebutkan bahwa:

The medical record “must contain sufficient data to identify the patient, support the diagnosis or reason for attendance at the health care facility, justify the treatment and accurately document the results of that treatment” (Huffman, 1990).

Rekam medis harus berisi data yang cukup agar dapat digunakan untuk mengidentifikasi pasien, menunjang penentuan diagnosis atau menyatakan alasan utama pasien datang ke tempat pelayanan kesehatan, mengesahkan alasan pemberian tindakan dan mendokumentasikan semua hasilnya secara akurat.

Permenkes 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis dalam bab II Pasal 2 mengatur sebagai berikut.

a. **Rekam Medis Rawat Jalan** minimal memuat data tentang:

- 1) identitas pasien;
- 2) tanggal dan waktu;
- 3) hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
- 4) hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
- 5) diagnosis;
- 6) rencana penatalaksanaan;
- 7) pengobatan dan/atau tindakan;
- 8) pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien;
- 9) untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik;
- 10) persetujuan tindakan bila diperlukan.

- b. **Rekam Medis Rawat Inap** minimal memuat data tentang:
- 1) identitas pasien;
 - 2) tanggal dan waktu;
 - 3) hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
 - 4) hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
 - 5) diagnosis;
 - 6) rencana penatalaksanaan;
 - 7) pengobatan dan/atau tindakan;
 - 8) persetujuan tindakan bila diperlukan;
 - 9) catatan observasi klinis dan hasil pengobatan;
 - 10) ringkasan pulang (*discharge summary*);
 - 11) nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberi pelayanan kesehatan;
 - 12) pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu;
 - 13) untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.
- c. **Rekam Medis Rawat Darurat** minimal memuat data tentang:
- 1) identitas pasien;
 - 2) kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan;
 - 3) identitas pengantar pasien;
 - 4) tanggal dan waktu;
 - 5) hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
 - 6) hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
 - 7) diagnosis;
 - 8) pengobatan dan/atau tindakan;
 - 9) ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut;
 - 10) nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
 - 11) sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain;
 - 12) pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

- d. **Rekam Medis Dalam Kondisi Bencana** minimal memuat data seperti rekam medis rawat darurat ditambah dengan:
 - 1) jenis bencana dan lokasi di mana pasien ditemukan;
 - 2) kategori kegawatan dan nomor pasien bencana massal;
 - 3) identitas yang menemukan pasien.
- e. Rekam medis untuk pelayanan dokter spesialis atau dokter gigi spesialis dapat dikembangkan sesuai kebutuhan
- f. Rekam medis untuk pelayanan dalam ambulans atau pengobatan massal minimal memuat data seperti rekam medis rawat darurat.

Undang-undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pada Bab VIII Pasal 29 ayat 1 (h) menyebutkan bahwa "Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban menyelenggarakan rekam medis. Dalam penjelasan dari butir ayat tersebut tercantum bahwa "yang dimaksud dengan penyelenggaraan rekam medis dalam ayat ini adalah dilakukan sesuai dengan standar yang secara bertahap diupayakan mencapai standar internasional".

2. Bagaimana Bentuk Rekam Medis?

REKAM MEDIS DAPAT BERUPA DOKUMEN DALAM MEDIA TRADISIONAL (MISALNYA KERTAS) MAUPUN DALAM BENTUK ELEKTRONIK.

(Permenkes No. 269/Menkes/Per/III/2008, Bab II Pasal 2 ayat 1).

REKAM MEDIS ADALAH BUKTI TERTULIS (KERTAS/ ELEKTRONIK) ...

(Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit – SNARS 2017)

Dengan ketentuan tersebut di atas maka seandainya rekam medis tersimpan dalam media elektronik harus juga mencantumkan informasi lengkap tentang episode pelayanan yang direkam tersebut.

Contoh bentuk rekam medis lainnya misalnya hasil foto radiologi (foto rontgen). Dalam setiap hasil foto selalu tercantum identitas pasien, dokter yang meminta foto tersebut, tanggal pelaksanaan foto, tempat pelaksanaan foto, dan informasi pendukung lainnya. Dengan demikian, foto tersebut dapat "menceritakan" kembali tentang apa, siapa, di mana, bagaimana, kapan, kenapa, berapa, dan sebagainya berkaitan dengan kejadian yang direkam.

Demikian pula dengan hasil USG (*Ultrasonografi*), CT-Scan (*Computer-aided Tomography Scan*), MRI (*Magnetic Resonance Imaging*), ECG (*Electrocardiography*), EEG (*Electroencephalography*), EMG (*Electromyography*), dan sebagainya.

Hal yang sama juga berlaku untuk lembar-lembar hasil pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya. Jadi, pada prinsipnya:

REKAM MEDIS DAPAT BERUPA CATATAN/ TULISAN, GRAFIK, FOTO, SUARA, VIDEO, ATAU KOMBINASI DARI BENTUK-BENTUK TERSEBUT DALAM BERBAGAI MEDIA.

Contoh bentuk rekam medis seperti tampak berikut ini.

RS Mahindra Husada Semarang		RINGKASAN RIWAYAT MASUK DAN KELUAR RS		NOMOR REKAM MEDIS
NAMA PASIEN :	LA	PERKAWINAN :	Sudah menikah	
NAMA AYAH / SUAMI :		UMUR :	57 - 11 - 7	
NAMA IBU :		AGAMA :	ISLAM	
NAMA ISTRI :		GOL. DARAH :	O	
ALAMAT LENGKAP & NOMOR TELEPON :			KASUS POLISI :	
CARA BAYAR : Uson (Bayar Sendiri) -			1. YA 2. TIDAK	
TANGGAL LAHIR :	TEMPAT LAHIR :	NO. PESERTA PHB :	NO. ASURANSI LAIN :	
14/12/1949	YOSYAKARTA			
PEKERJAAN PASIEN / AYAH / SUAMI / ISTRI : Professional		PNS. JAWAB : NY PERTINI WALUYO		
PENDIDIKAN PASIEN : S-1		PENDIDIKAN AYAH : Beluk Tahu		
PENDIDIKAN IBU : Beluk Tahu		PENDIDIKAN SUAMI / ISTRI : Beluk Tahu		
CARA MASUK RS / KIRIMAN DARI :	1. DOKTER LUAR	2. PARAMEDIS	3. RSU KABUPATEN	
Datang Sendiri	4. PUSKESMAS	5. DATANG SENDIRI	6. RS LAIN / KLINIK	
DIRAWAT YANG KE :	TANGGAL MASUK :	JAM :	RUANG :	KELAS :
4	21/11/2007	11:32:11	KUSUMA	VIP ---
DIAGNOSIS MASUK : Hipotrophi Callus Os calcanei Sin				KODE :
NAMA PERAWAT RUANGAN YANG MENERIMA :		NAMA PETUGAS TPP RAWAT INAP :		NAMA DOKTER YANG MERAWAT :
Mb		Registrasi Insuka		Tejo Hekoyo, Sp.BG, FICS
TANGGAL KELUAR :	KEADAAN KELUAR RS : 1. SEMBUH 2. MEMBAIK 3. BELUM SEMBUH 4. MATI < 48 JAM 5. MATI > 48 JAM			
23-11-07	1. DIZINKAN 2. PULANG PAKSA 3. LARI 4. PINDAH / RUJUK RS LAIN			
CARA KELUAR RS :	1. DIZINKAN 2. PULANG PAKSA 3. LARI 4. PINDAH / RUJUK RS LAIN			
DIAGNOSIS UTAMA :				KODE :
Hipotrophi Callus Os calcanei Sin				
DIAGNOSIS LAIN :		KOMPLIKASI :		KODE :
1. -		1.		1. 1.
2. -		2.		2. 2.
3. -		3.		3. 3.
PENYEBAB LUAR CEDERA / KERACUNAN / MORFOLOGI NEOPLASMA :				
OPERASI / TINDAKAN :				
1. Etnisi		GOL. OPERASI / TINDAKAN :		TANGGAL OPERASI / TINDAKAN :
2.		2. ampe		22. 11. 07
3.		3.		3.
4.		4.		4.
5.		5.		5.
6.		6.		6.
7.		7.		7.
8.		8.		8.
9.		9.		9.
10.		10.		10.
INFEKSI NOSOKOMIAL :				
PENYEBAB INFEKSI NOSOKOMIAL :				
IMUNISASI YANG PERNAH DIDAPAT :				
1. BCG 2. DPT 3. TET 4. DT 5. FOLIO 6. CAMPAK 7. LAIN :				
PENGobatan RADIO TERAPI / KED. NUKLIR :				TRANSFUSI DARAH :
				CC
SEBAB KEMATIAN :				
DOKTER YANG MEMULANGKAN :			TANDA TANGAN :	

3. Siapa yang Membuat Rekam Medis?

Permenkes No.269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis; Bab I Pasal 1 ayat (1) dan UU No.29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 46 ayat (1) menyatakan bahwa:

REKAM MEDIS ADALAH BERKAS YANG BERISI CATATAN DAN DOKUMEN TENTANG IDENTITAS PASIEN, PEMERIKSAAN, PENGOBATAN, TINDAKAN DAN PELAYANAN LAIN YANG TELAH DIBERIKAN KEPADA PASIEN.

Dalam buku *Documenting Medical Record – a handbook for doctor* dari Universitas Queensland (*Health Information System Knowledge*) disebutkan:

Rekam medis adalah kumpulan fakta yang saling terkait dengan kehidupan seorang pasien beserta riwayat kesehatannya, termasuk riwayat penyakit yang pernah diderita dan semua tindakan/operasi yang pernah dilakukan, ditulis oleh tenaga-tenaga kesehatan profesional yang bersama-sama berkontribusi memberi pelayanan kesehatan terhadap pasien tersebut.

(Medical records is a compilation of pertinent facts of a patient's life and health history, including past and present illness(es) and treatment(s), writtten by the health professionals contributing to that patient's care.)

Kalau kita cermati pernyataan tersebut di atas, tidak disebutkan bahwa rekam medis ditulis, diisi, atau dibuat oleh seorang dokter tapi oleh setiap tenaga kesehatan profesional yang bersama-sama memberi pelayanan kesehatan kepada pasien tersebut. Di Indonesia, jenis tenaga kesehatan diatur dalam UU Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, pada Pasal 11 disebutkan bahwa tenaga kesehatan dikelompokkan menjadi:

- a. tenaga medis;
- b. tenaga psikologi klinis;
- c. tenaga keperawatan;
- d. tenaga kebidanan;
- e. tenaga kefarmasian;
- f. tenaga kesehatan masyarakat;
- g. tenaga kesehatan lingkungan;
- h. tenaga gizi;
- i. tenaga keterampilan fisik;
- j. tenaga keteknisian medis;
- k. tenaga teknik biomedika;
- l. tenaga kesehatan tradisional; dan
- m. tenaga kesehatan lain.

- Pererekam medis termasuk dalam kelompok keteknisian medis.

Jadi, setiap tenaga kesehatan tersebut di atas bisa ikut mengisi atau membuat rekam medis dari seorang pasien jika memang tenaga kesehatan tersebut terlibat dalam pelayanan kesehatan terhadap pasien yang bersangkutan. Masing-masing tenaga kesehatan menuliskan dalam lembar yang telah disediakan tentang hal yang dilakukannya terhadap pasien, atau dalam lembar terintegrasi.

Dengan demikian, dokumen rekam medis pada akhirnya bisa merupakan kumpulan fakta (bukan "sekedar" cerita) yang ditulis/direkam oleh berbagai tenaga kesehatan tentang seorang pasien yang mereka kelola bersama. Rekam medis bisa juga merupakan hasil tulisan/rekaman dari seorang tenaga kesehatan saja, misalnya rekam medis yang dibuat oleh dokter/dokter gigi/bidan di tempat praktik pribadinya.

Pada prinsipnya, yang wajib mendokumentasikan pelayanan kesehatan adalah pemberi layanan. Hal yang dimaksud dengan mendokumentasikan di sini yaitu menulis/merekam hingga menandatangani isian tersebut. Jika karena suatu hal (misalnya karena kesibukan) tenaga kesehatan tersebut (misalnya dokter X) tidak sempat menulis (mengetik) rekam medis yang menjadi tanggung jawabnya (misalnya laporan tindakan, ringkasan pelayanan, resume medis, dan sebagainya), maka orang lain boleh membantu menyelesaikan rekam medisnya (menulis atau mengetik), tetapi yang menandatangani tetap tenaga kesehatan yang bertanggung jawab terhadap isi rekam medis tersebut (dalam contoh ini yaitu dokter X).

4. Kapan Rekam Medis dibuat?

Berbagai peraturan perundang-undangan yang berlaku menyatakan bahwa:

REKAM MEDIS WAJIB DIBUAT SESEGERA MUNGKIN DAN DILENGKAPI ISINYA SETELAH PASIEN MENERIMA SUATU BENTUK LAYANAN KESEHATAN.

Artinya, setiap kali terjadi layanan kesehatan maka wajib dibuat rekam medis oleh yang memberi layanan. Kondisi ini berlaku baik untuk layanan rawat inap, rawat jalan, maupun rawat darurat.

Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien tidak terbatas hanya pada pelayanan kuratif (pengobatan) saja, tapi juga meliputi pelayanan promotif (peningkatan kualitas kesehatan), preventif (pencegahan), dan

rehabilitatif (pemulihan). Jadi, rekam medis juga wajib dibuat untuk pasien yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) untuk pelayanan konsultasi (gizi; tumbuh kembang anak; keluarga berencana; dan sebagainya), imunisasi, pemeriksaan kehamilan, pemeriksaan status kesehatan (*check-up*), dan sebagainya.

Berkaitan dengan waktu, untuk rekam medis pelayanan rawat darurat dan rawat jalan umumnya segera dibuat, dilengkapi, dan diselesaikan setelah selesai pelayanan terhadap pasien (pada hari itu juga). Untuk rekam medis pelayanan rawat inap umumnya dilengkapi dan diselesaikan 2 × 24 jam setelah pulang dari perawatan inapnya (sesuai dengan kebijakan pimpinan setempat).

Berkaitan dengan tempat, rekam medis wajib dibuat di mana pun terjadi transaksi terapeutik, baik di dalam gedung sebagai kegiatan rutin (rumah sakit, puskesmas, puskesmas pembantu, klinik, balai pengobatan, rumah bersalin, dokter/bidan/perawat praktik pribadi dan sebagainya) maupun di luar gedung sebagai kegiatan sewaktu (rumah sakit tenda/lapangan, layanan pengobatan massal, layanan khitanan massal, layanan pemasangan susuk KB massal, layanan operasi katarak gratis, dan sebagainya). Permenkes nomor 269 tahun 2008 tentang Rekam Medis Pasal 3 ayat (4) dan (6) juga menyebutkan bahwa rekam medis tetap harus dibuat pada pelayanan saat bencana, dalam ambulans, atau pengobatan massal.

- Secara ringkas dapat disebutkan bahwa:

REKAM MEDIS WAJIB DIBUAT SESEGERA MUNGKIN SETIAP KALI TERJADI LAYANAN KESEHATAN DI MANA PUN DAN DALAM BENTUK LAYANAN APAPUN.

Maksud dari "sesegera mungkin" di sini bertujuan untuk menghindari kemungkinan lupa. Semakin lama jarak waktu antara kejadian dengan pembuatan rekam medis akan semakin besar kemungkinan lupa terhadap detail dari kejadiannya. Dengan dibuat sesegera mungkin maka rekam medis diharapkan dapat bersifat akurat, yaitu sesuai dengan apa yang terjadi.

Anjuran umum untuk pembuatan rekam medis adalah:

segera tulis yang dilakukan & segera lakukan yang ditulis.

B. KOMPONEN REKAM MEDIS

Dokumen rekam medis pada umumnya terdiri atas beberapa komponen, seperti berikut ini.

1. Formulir rekam medis.
2. Pengikat lembar (*paper clip/ paper fastener*) untuk menyatukan lembar-lembar kertas.
3. Pembatas bagian (*divider*).
4. Map rekam medis (*folder*).

1. Formulir Rekam Medis

a. Pengertian formulir rekam medis

Formulir dapat didefinisikan sebagai "secarik kertas yang memiliki ruang untuk diisi". Hal ini tentu sangat mudah dipahami apabila kita "hanya" membicarakan formulir yang terbuat dari kertas saja. Pada kenyataannya saat ini, banyak juga digunakan formulir elektronik yaitu pengguna mengisi langsung ke dalam formulir tersebut pada saat ditayangkan di layar komputer. Cara pengisiannya bisa dengan mengetikkan isian, memilih isian yang tersedia, atau memberi tanda (misalnya tanda centang) di tempat yang telah disediakan.

Jadi, dengan mengingat perkembangan ini, maka formulir dapat didefinisikan sebagai "dokumen atau media yang digunakan untuk mencatat atau merekam terjadinya suatu peristiwa atau transaksi". Dengan demikian, formulir rekam medis didefinisikan sebagai

"dokumen atau media yang digunakan untuk mencatat atau merekam terjadinya peristiwa pelayanan kesehatan".

b. Tujuan penggunaan formulir rekam medis

Berkaitan dengan pengertian formulir rekam medis seperti telah dijelaskan di atas, maka tujuan penyediaan dan penggunaan formulir rekam medis adalah:

- 1) memudahkan proses pengumpulan data;
- 2) mempercepat proses pelayanan;
- 3) meningkatkan keakuratan data;
- 4) menstandarkan informasi;

- 5) memperjelas pembagian data (data medis, keuangan, administrasi, dan operasional); dan
- 6) menunjang proses pengolahan informasi.

c. *Manfaat formulir rekam medis*

Penggunaan formulir rekam medis mengacu pada beberapa manfaatnya, antara lain:

- 1) untuk mencatat/ merekam data transaksi pelayanan kesehatan;
- 2) untuk menetapkan dan menunjukkan tanggung jawab yang timbul dalam suatu transaksi pelayanan kesehatan;
- 3) untuk mengurangi aspek lupa dengan merancang formulir yang mampu "memandu" pengguna dalam proses pengisiannya; dan
- 4) sebagai media komunikasi antartentor kesehatan pemberi layanan.

d. *Pengelompokkan formulir rekam medis*

- 1) Formulir yang diisi, digunakan, dan disimpan dalam organisasi sendiri.
- 2) Formulir yang diisi dan dikirimkan kepada pihak di luar organisasi.
- 3) Formulir yang diterima dari pihak di luar organisasi.

e. *Perancangan formulir rekam medis*

Untuk mendesain formulir rekam medis yang baik harus memahami prinsip dan standar yang jelas serta ditunjang dengan pengetahuan desain grafis yang memadai.

Beberapa pedoman dasar dalam perancangan formulir rekam medis adalah sebagai berikut.

- 1) Pahami **fungsi dan cara penggunaan** formulir tersebut nantinya, ini merupakan kunci awal dari keseluruhan proses perancangan formulir. Tanpa memahami bagaimana formulir tersebut nantinya berfungsi, maka kemungkinan kegagalan menjadi lebih besar.
- 2) Perancang harus menggunakan **sudut pandang sebagai pengguna**, jadi selama merancang formulir tersebut selalu mengingat dan mencoba berperan "bagaimana saat pengguna mengisi/menggunakan formulir ini nantinya". Hal ini penting untuk diperhatikan, karena nantinya yang akan menggunakan formulir tersebut bukan sang perancang tetapi pengguna.

Formulir yang nantinya digunakan/diisi oleh dokter tentu berbeda rancangannya dengan formulir yang nantinya digunakan/ diisi oleh

pasien/awam. Yang dimaksud "berbeda" di sini misalnya dalam hal penggunaan bahasa, istilah, singkatan, cara pengisian, dan sebagainya.

- 3) Prinsip **sederhana, secukupnya, dan seimbang**. Komponen-komponen yang akan dicantumkan dalam formulir tersebut hendaknya bisa memenuhi kebutuhan informasi yang nantinya akan dihasilkan dari formulir tersebut. Itulah sebabnya mengapa perancang perlu memahami fungsi dan cara penggunaan formulir tersebut nantinya (lihat pedoman ke-1) untuk bisa mengetahui informasi apa yang nantinya akan dihasilkan tersebut.

Komponen data yang dicantumkan hendaknya hanya yang dibutuhkan saja, bukan yang diinginkan. Dengan demikian, isi formulir tersebut bisa lengkap sesuai dengan yang dibutuhkan, bukan lengkap semua ditanyakan tapi belum tentu diproses/dibutuhkan. Dengan demikian, akan tercapai prinsip sederhana dan secukupnya.

Keseluruhan isi formulir tersebut kemudian ditata secara seimbang dalam hal estetika dan cara pengisiannya, sehingga diharapkan keseluruhan item yang diharapkan diisi akan bisa terisi dengan tepat dalam waktu yang singkat.

Penerapan prinsip sederhana, secukupnya, dan seimbang ini diharapkan akan menghasilkan formulir yang lengkap, fungsional, hemat waktu pengisian, hemat tenaga waktu mengisi, dan hemat materi (kertas atau media) yang digunakan.

- 4) Gunakan **terminologi (tata bahasa) yang sesuai dan terstandar**. Yang dimaksud dengan "terminologi" di sini adalah bahasa, istilah, singkatan, dan simbol. Terminologi yang digunakan dalam formulir harus sesuai dengan pemahaman terminologi tersebut oleh pengguna formulir. Selain sesuai juga harus terstandar, artinya ada keajekan penggunaan terminologi. Misalnya, jika menggunakan istilah umur, jangan berganti-ganti dengan istilah usia. Jika menggunakan istilah jenis kelamin maka jangan berganti-ganti dengan istilah sex dan istilah laki dan perempuan jangan berganti-ganti dengan istilah pria dan wanita.

Cantumkan keterangan secukupnya tentang arti istilah, singkatan, dan simbol yang digunakan.

Keajekan lokasi juga perlu diperhatikan, misalnya untuk semua lembar formulir item identitas pasien selalu dicantumkan di pojok kanan atas.

Identitas jenis formulir (misalnya Formulir "Ringkasan Masuk & Ke luar") diletakkan di sisi tepi kanan. Dengan menjaga keajekan lokasi maka pengisian dan pencarian bagian dari suatu formulir akan lebih mudah.

- 5) **Kelompokkan & urutkan item secara logis, rasional, dan alamiah.** Mengingat salah satu fungsi formulir rekam medis sebagai media komunikasi, maka hal-hal yang dikomunikasikan dalam formulir juga perlu ditata agar proses komunikasi dapat berjalan secara logis, rasional, dan alamiah mendekati sebagaimana proses komunikasi yang dilakukan secara langsung. Item-item dalam formulir dapat dikelompokkan, misalnya menjadi kelompok data personal, data keluarga, riwayat kesehatan keluarga, riwayat kesehatan yang lalu (termasuk riwayat operasi), riwayat imunisasi, keluhan utama, penyakit saat ini, dan sebagainya.
- 6) **Aspek fisik formulir**, meliputi pemikiran tentang bahan, bentuk, ukuran, warna, yaitu
 - (a) jika berupa formulir kertas, hendaknya menggunakan kertas dengan kualitas yang baik dan tahan lama. Formulir rekam medis tidak boleh menggunakan kertas buram (baik yang berwarna coklat maupun yang putih).
 - (b) jika berupa formulir kertas, hendaknya semua formulir memiliki ukuran yang sama dan standar, biasanya A4.
 - (c) setiap lembar formulir harus mencantumkan identitas pasien, minimal berupa item "Nama Pasien" dan "Nomor Rekam Medis". Jika formulir tersebut bolak-balik maka item identitas pasien ini harus dicantumkan pada kedua sisi formulir tersebut.
 - (d) warna dasar formulir hendaknya putih atau warna muda lainnya untuk menjaga nilai kontras antara warna dasar formulir dengan warna tintanya.
- 7) **Aspek anatomik formulir**, meliputi pemikiran tentang bagian kepala (*heading*), pendahuluan (*introduction*), perintah (*instruction*), isi (*body*), dan bagian penutup (*close*).
 - (a) **bagian kepala (*heading*)** meliputi judul (nama) formulir, sub judul, nama institusi (rumah sakit, puskesmas, dan sebagainya), logo, nomor kode dan revisi, nomor halaman, dan informasi pelengkap lainnya. *Heading* ini bisa ditempatkan di bagian atas atau sisi kanan formulir. Semua formulir dalam suatu institusi hendaknya memiliki

posisi dan komposisi *heading* yang sama. Posisi *heading* mempertimbangkan aspek penjumlahan, penyimpanan, pelipatan, dan penataan formulir.

- (b) **bagian pendahuluan (*introduction*)** berisi keterangan tambahan mengenai formulir. Jika memang bagian *heading* sudah cukup menggambarkan fungsi dan tujuan formulir tersebut maka tidak perlu lagi ditambahkan bagian *introduction* ini.
 - (c) **bagian perintah (*instruction*)** berisi penjelasan singkat tentang jumlah lembar, cara pengisian, cara pengiriman. Bagian ini biasanya diatur penempatannya agar jelas, singkat, dan tidak mengganggu alur pembacaan dan pengisian formulir.
 - (d) **bagian isi (*body*)** merupakan inti dari suatu formulir. Di bagian inilah data dicatat. Penggunaan metode pengelompokan (*grouping*), urutan (*sequence*), bentuk & ukuran huruf (*font*), warna area (*color*), batas tepi (*margin*), spasi (*space*), garis (*lines*) dan cara pengisian sangat berperan terhadap hasil pengisian formulir.
 - (e) **bagian penutup (*close*)** merupakan bagian akhir dari suatu formulir namun memiliki arti yang sama pentingnya dengan bagian-bagian sebelumnya. Pada bagian ini tercantum tanda tangan, nama terang, keterangan tempat, tanggal (dan jam bila diperlukan).
- 8) **Aspek pengisian formulir :**
- (a) upayakan sesedikit mungkin pengisian formulir dengan cara menulis langsung. Upayakan pengisian dengan cara memilih, memberi tanda, dan sebagainya.
 - (b) upayakan menggunakan metode *upper left caption (ULC)* untuk menandai dan memberi keterangan pada setiap item yang harus diisi. Penggunaan ULC biasanya bisa memperjelas dan menambah luas area pengisian.
 - (c) sediakan area (spasi) yang cukup untuk setiap item isian dan sesuai dengan cara pengisiannya (ditulis atau diketik).
 - (d) Cantumkan keterangan cara pengisian yang jelas. Keterangan ini umumnya ditempatkan sebelum item yang akan diisi.

f. Jenis-jenis formulir rekam medis

Dokumen rekam medis terdiri atas berbagai macam formulir yang masing-masing memiliki fungsi tersendiri. Contoh formulir yang digunakan dalam pelayanan rekam medis antara lain adalah sebagai berikut (contoh formulir rekam medis yang lebih lengkap dapat dilihat dan diunduh di pearltrees.ranocenter.com):

- 1) **Formulir "Ringkasan Masuk & Ke luar"**, memuat data identifikasi pasien, alasan dirawat, diagnosis akhir perawatan, tindakan yang diberikan, kode diagnosis dan tindakan, serta tanda tangan dokter penanggung jawab.

		<h2 style="margin: 0;">LEMBAR MASUK DAN KELUAR</h2>							
		No. Rekam Medis	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>						
Nama pasien : Tanggal lahir : Umur Alamat : Telepon : Agama : Pendidikan : Pekerjaan : Suku :	Kelas : Kamar : Jenis kelamin : L / P Status perkawinan: Pindah kelas :Kamar : Dirawat yang <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">5</td> </tr> </table> Alasan dirawat :	1	2	3	4	5			
1	2	3	4	5					
Nama ayah : Umur : Pekerjaan : Nama ibu : Umur : Pekerjaan :	Kasus polisi : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Dikirim oleh :								
Nama penanggung jawab : Alamat : Telepon : Hubungan dengan penderita :	DPJP : DPJP utama : Lamanya dirawat :								
Tanggal masuk RS : Pukul : Tanggal keluar RS : Pukul : Diagnosis sementara : Diagnosis akhir : Diagnosis lain / tambahan : Komplikasi :	Sebab keluar : Kode ICD : Kode ICD : Kode ICD :								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Nama operasi / tindakan</th> <th style="width: 10%;">Tanggal</th> <th style="width: 20%;">Nama operator</th> <th style="width: 20%;">No. Kode</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 40px;"> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Nama operasi / tindakan	Tanggal	Nama operator	No. Kode					Catatan khusus (alergi dsb) Jakarta, Tanda tangan dokter yang merawat (.....)
Nama operasi / tindakan	Tanggal	Nama operator	No. Kode						
Keadaan keluar : 1. Sembuh 2. Perbaikan 3. Meninggal sebelum 48 jam 4. Meninggal sesudah 48 jam 5. Lain - lain	Cara keluar : 1. Atas persetujuan 2. Pulang paksa 3. Melarikan diri 4. Pindah ke RS lain 5. Meninggal 6. Lain - lain								
NO. /Rev /FRI/20									

- 2) **Formulir "Persetujuan Perawatan"**, diisi dan ditanda tangani oleh pasien atau walinya pada saat masuk perawatan.



RS. MAHINDRA HUSADA

FORMULIR PENDAFTARAN RAWAT INAP

No. Register :	Kode : K / P / U / A	No. Rekam Medis
		<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
A. IDENTITAS PASIEN		
Nama pasien	:	L / P
Tempat & tanggal lahir	:	Agama :
Alamat rumah (sesuai KTP)	:	No RT RW
	Kelurahan :	Kec Kota / wilayah :
		Telepon
Pendidikan	:	
Pekerjaan	:	
Alamat kantor	:	
Warga negara	:	HP
Pasien pemah dirawat di RS Mahindra Husada, tanggal : bulan : tahun : ..		
B. IDENTITAS PENANGGUNG JAWAB		
Nama (sesuai KTP)	:	
Alamat rumah (sesuai KTP)	:	
	Kelurahan :	Kec
	Kota / wilayah :	Telepon
Alamat kantor	:	
Pekerjaan	:	
Hubungan dengan pasien sebagai : pasien		
C. KELAS PERAWATAN YANG DIMINTA :		
Diisi oleh petugas penerimaan pasien		
Jenis ruang	:	kelas : kamar : bed : telepon :
Tanggal masuk	:	jam : dokter pengirim :
Asal pasien	: <input type="checkbox"/> IGD <input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Rujukan	<input type="checkbox"/> Dr. Mahindra Husada <input type="checkbox"/> Dr. Luar / rekanan <input type="checkbox"/> Dr. Kerja sama
Status pasien	: <input type="checkbox"/> Rumah sakit <input type="checkbox"/> Pribadi <input type="checkbox"/> Rekanan	
Biaya perawatan	: <input type="checkbox"/> Pribadi <input type="checkbox"/> Perusahaan / asuransi	
Kode perusahaan / asuransi	:	Nama perusahaan / asuransi :
Surat jaminan	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	DPJP :
SURAT PERNYATAAN		
Yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia mematuhi peraturan rawat inap Rumah Sakit Mahindra Husada dan bertanggung jawab atas seluruh biaya perawatan.		
Semarang...		Petugas penerimaan pasien
Penanggung jawab pasien		
(.....)		(.....)
Nama lengkap dan tanda tangan		Nama lengkap dan tanda tangan
Distribusi : Pulih - Keuangan		

- 3) **Formulir korespondensi** memuat informasi tentang pasien, misalnya surat rujukan, permintaan informasi, dan sebagainya.
- 4) **Formulir "Resume Medis/Ringkasan Ke luar (*Discharge Summary*)"** merupakan lembar yang meringkas seluruh aspek penting yang didapatkan selama satu episode pelayanan, meliputi identitas pasien, keluhan utama, hasil pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi, dan sebagainya), hasil konsultasi, terapi/tindakan yang telah diberikan, diagnosis utama, kondisi waktu pulang, saran, dan tanda tangan serta nama terang dokter yang bertanggung jawab.

RS MAHINDRA HUSADA

RM.2

RESUME MEDIK

SMF :

RESUME MEDIK (Di isi oleh dokter)	Ruang :	Kelas :	Nomor Rekam Medik :
	Nama :	No. Registrasi :	
	Alamat :	Umur L/P :	
Dokter Pengirim :	Tgl masuk :		
Dokter yang merawat :	Tgl keluar :		
Dokter konsulen :	Tgl meninggal :		
Diagnosa masuk :	Diagnosa keluar :		
anamnese :			
Pemeriksaan (Fisik/Lab dll) :			
Diagnosa (akhir) :			
Pengobatan/tindakan :			
Diagnosis :			
Pengobatan lanjutan :			
Anjuran :			
Infeksi Nosokomial :	<input type="checkbox"/> ya	<input type="checkbox"/> tidak	
Asal pasien :			
Keadaan waktu keluar :	<input type="checkbox"/> sembuh	<input type="checkbox"/> meninggal < 48 jam	<input type="checkbox"/> lain-lain
	<input type="checkbox"/> Perbaikan	<input type="checkbox"/> meninggal > 48 jam	
Palembang,			
Dokter Konsulen		Dokter yang merawat	
Yang bertanggung jawab			
(.....)		(.....)	
Tanda tangan dan nama jelas		Tanda tangan dan nama jelas	

- 5) **Formulir "Grafik Tanda Vital"** merupakan lembar yang digunakan untuk mencatat semua tanda vital pasien (suhu badan, nadi, nafas, tekanan darah, pemasukan cairan/makanan, pengeluaran cairan, tinja, dan sebagainya), baik dalam bentuk angka maupun grafik. Pemantauan semua tanda vital ini dilaksanakan dan dicatat setiap hari pada waktu-waktu yang telah ditentukan.



CATATAN PERKEMBANGAN PASIE

 No. Rekam Medis :

Nama pasien :
 Tanggal lahir : Umur :Tahun
 Jenis kelamin : Laki-laki / Perempuan.
 Klinik / Ruang :

Tanggal/ jam	Catatan Perawat	Tanda tangan dan nama perawat

No. /Rev /FRI /20.....



RINGKASAN KEPERAWATAN

No. Rekam Medis

Nama pasien : L / P Kelas : Kamar :
 Tanggal lahir : Umur : Tanggal keluar :
 Tanggal masuk : DPJP :
 Diagnosis medis : DPJP utama :

Alasan pulang : Sembuh Pindah rumah sakit Pulang paksa Meninggal
 Mobilisasi saat pulang : Mandiri Dibantu sebagian Dibantu penuh
 Alat bantu : Tongkat Kursi roda Brancard Lain - lain
 Alat kesehatan yang terpasang :
 IV Catheter Double lumen roda Tracheastube CVP Lain - lain

DIISI OLEH PERAWAT / BIDAN

Keadaan pasien saat pulang : Suhu :°c Nadi :x/mnt Pernafasan :x/mnt Tensi :mmHg
 Diet / nutrisi : Oral NGT Diet khusus : jelaskan :
 Batasan cairan :
 BAB : Normal Ileostomi/kolostomi Inkontinensia alvi
 BAK : Normal D. Catheter Tgl. Pemasangan terakhir :
 Inkontinensia urin Retensi urin

DIISI OLEH BIDAN (KHUSUS KEBIDANAN)

Kontraksi uterus : Baik Tidak baik Tinggi fundus uteri :
 Vulva : Bersih Bengkak Kotor
 Luka perinium : Kering Basah
 Lochea : Banyak Sedikit Warna : Bau :
 Luka / luka operasi : Bersih Kering Ada cairan dari luka, jelaskan :

Edukasi / penyuluhan kesehatan yang sudah diberikan :

- Penyakit dan pengobatannya Mengatasi nyeri
 Perawatan di rumah Perawatan luka
 Perawatan ibu dan bayi Keluarga berencana
 Persiapan lingkungan dan fasilitas untuk perawatan di rumah

Masalah keperawatan selama dirawat :

1.
2.
3.

Anjuran perawatan khusus setelah pulang :

1.
2.
3.

OBAT YANG DITERUSKAN

Tulis nama obat, dosis dan jumlah obat yang dibawa pulang

- | | | |
|---------|----------|----------|
| 1. | 6. | 11. |
| 2. | 7. | 12. |
| 3. | 8. | 13. |
| 4. | 9. | 14. |
| 5. | 10. | 15. |

BARANG DAN HASIL PEMERIKSAAN DISERAHKAN PADA KELUARGA

- | | | | |
|---------------------------------------|---|------------------------------|------------------------------------|
| 1. Hasil laboratorium | : | | Lembar |
| 2. Foto Ro / CT scan / MSCT / MRI-MRA | : | | Lembar |
| 3. Hasil USG | : | | Lembar |
| 4. Ringkasan pulang | : | <input type="checkbox"/> Ada | <input type="checkbox"/> Tidak ada |
| 5. Surat keterangan sakit | : | | Lembar |
| 6. Asuransi | : | <input type="checkbox"/> Ada | <input type="checkbox"/> Tidak ada |
| 7. Buku bayi | : | <input type="checkbox"/> Ada | <input type="checkbox"/> Tidak ada |
| 8. Kartu golongan darah | : | <input type="checkbox"/> Ada | <input type="checkbox"/> Tidak ada |
| 9. Surat keterangan lahir | : | <input type="checkbox"/> Ada | <input type="checkbox"/> Tidak ada |
| 10. Surat kontrol | : | <input type="checkbox"/> Ada | <input type="checkbox"/> Tidak ada |
| 11. Bayi diserahkan oleh | : | | |
| 12. Lain - lain | : | | |

RENCANA KONTROL SELANJUTNYA

Ruang perawatan :

No.	Tanggal	Hari	Jam	Nama dokter	No. Klinik
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

Jakarta,

Diserahkan oleh
PPJP

Diterima oleh
pasien/keluarga

Diketahui oleh
Ka. Ruang/Wakaru/P.J. Shift

(.....)
Tanda tangan dan nama PPJP

(.....)
Tanda tangan dan nama pasien

(.....)
Tanda tangan dan nama jelas

8) **Formulir "Persetujuan Tindakan"** merupakan formulir yang berisi pernyataan bahwa pasien setuju (menolak) terhadap suatu rencana tindakan (*informed consent*).



PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN
(INFORM CONSENT)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : L / P
 Umur : tahun
 Alamat rumah :
 Telepon : HP
 Bukti diri / KTP :

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya telah memberikan

PERSETUJUAN

Untuk dilakukan tindakan kedokteran berupa **.....
 Terhadap diri saya sendiri* / istri* / suami* / anak* / orang tua saya*, yaitu

Nama : L / P
 Umur : tahun
 Alamat rumah :
 Bukti diri / KTP :
 Kelas : kamar

Yang tujuan, sifat dan perlunya tindakan kedokteran tersebut diatas, serta risiko yang dapat ditimbulkan telah cukup dijelaskan oleh dokter dan telah saya mengerti sepenuhnya.

Demikian pernyataan persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

Jakarta, Jam

<p>Saksi-saksi Perawat</p> <p>(.....) Tanda tangan dan nama perawat</p>	<p>Dokter yang memberikan penjelasan</p> <p>(.....) Tanda tangan dan nama dokter</p>	<p>Yang memberikan persetujuan</p> <p>(.....) Tanda tangan dan nama jelas</p>
---	--	---

Saksi dari pihak pasien

(.....)
Tanda tangan dan nama jelas

** Is dengan tindakan kedokteran yang akan dilakukan
 * Lingkari yang benar

NO. /Rev /FRI/20

- 9) **Formulir "Laporan Operasi"** digunakan untuk mencatat dan melaporkan kondisi pasien sebelum, selama, dan setelah mendapat tindakan/operasi. Dalam formulir ini harus dijelaskan diagnosis/kondisi sebelum dan sesudah operasi, jenis anestesi yang digunakan, indikasi (alasan dilakukannya tindakan), prosedur operasi, dan catatan khusus (bila diperlukan). Formulir ditanda tangani oleh dokter yang melakukan operasi dan (bila perlu) asisten yang membantu pelaksanaan operasi.

Nama Dokter Spesialis		Asisten		Perawat	
Nama Spesialis anastesi		Jenis anastesi			
Diagnosis pre operasi :					
Diagnosis pasca operasi :					
Jenis operasi :				Dikirim untuk P.A Ya Tidak	
Jaringan yang di eksisi / insisi:					
Tanggal operasi		Jam operasi dimulai	Jam operasi selesai	Lama operasi	
LAPORAN OPERASI :					
(.....) Tanda tangan dan nama dokter					
No. / Rev / FRI / 20					

- 10) Formulir "Laporan Persalinan & Identifikasi Bayi" digunakan untuk mencatat seluruh kegiatan dan kondisi selama proses persalinan, termasuk mencatat hal-hal detail yang berkaitan dengan identifikasi bayi yang dilahirkan.

- 11) **Formulir "Anamnesis & Pemeriksaan Fisik"** digunakan untuk mencatat semua hasil anamnesis/allo- anamnesis dan pemeriksaan fisik. Perlu diperhatikan bahwa tanggal dan jam perlu dicantumkan agar bisa merunut kembali perjalanan kondisi pasien.
- 12) **dan beberapa formulir lain.**

g. *Penataan formulir rekam medis*

Keseluruhan formulir rekam medis hendaknya ditata menurut urutan tertentu yang telah disepakati berdasarkan keputusan pimpinan sarana pelayanan yang bersangkutan. Dengan demikian, akan didapatkan urutan formulir yang standar dalam setiap map rekam medis (*folder*). Formulir ditata seutuhnya setelah pasien pulang atau meninggal.

Urutan yang disarankan oleh WHO (*“Medical Records Manual - a guide for developing countries”*, 2006) adalah sebagai berikut :

- 1) Lembar Ringkasan masuk dan ke luar.
- 2) Lembar Persetujuan perawatan (dan persetujuan penggunaan informasi medis).
- 3) Lembar korespondensi.
- 4) Lembar Ringkasan ke luar.
- 5) Lembar *Admission notes* (catatan saat masuk perawatan), berisi riwayat kesehatan keluarga, riwayat kesehatan yang lalu, penyakit saat ini, hasil pemeriksaan fisik, alasan dirawat (diagnosis masuk), dan rencana tindakan selanjutnya.
- 6) Lembar perjalanan penyakit harian (*clinical progress notes*).
- 7) Lembar asuhan keperawatan.
- 8) Laporan operasi (jika ada).
- 9) Lembar pencatatan tenaga kesehatan lainnya, misalnya fisioterapi.
- 10) Laporan hasil pemeriksaan patologi, termasuk hematologi, histologi, mikrobiologi, dan sebagainya.
- 11) Laporan lainnya, misalnya *x-ray*.
- 12) Lembar perintah tindakan dan terapi harian.
- 13) Lembar-lembar khusus observasi keperawatan.

Perlu ditegaskan kembali bahwa urutan di atas merupakan urutan berkas rekam medis setelah pasien pulang dan bukan merupakan urutan berkas rekam medis selama pasien sedang dirawat di bangsal rawat inap.

Rumah sakit sebaiknya menyepakati susunan lembar-lembar rekam medis yang diberlakukan di rumah sakit tersebut, dan urutan ini bisa saja berbeda dengan rumah sakit lainnya.

2. Pengikat Lembar (*Clip/Fastener*)



Staples

Paper clip

Keseluruhan formulir rekam medis seorang pasien ditata dan disimpan dalam map rekam medis (selanjutnya disebut *folder*). Untuk menjaga agar rapi dan tidak tercerai-berai, berkas rekam medis tersebut hendaknya disatukan dengan menggunakan pengikat lembar (*clip/fastener*). Tidak dianjurkan untuk menggunakan staples karena mudah berkarat (sehingga dapat merusak lembar rekam medisnya) dan menyulitkan saat ada tambahan lembar lagi.

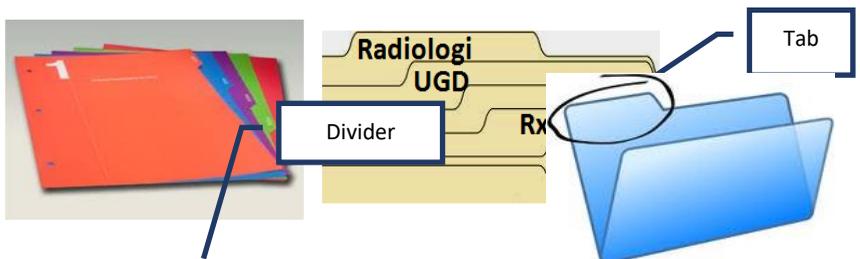
Pengikat lembar dengan 2 lubang (*two-prong clip*) sangat umum digunakan. Sangat dianjurkan untuk menggunakan *clip/fastener* yang terbuat dari plastik dan bukan dari besi/metal. Bahan besi/metal dapat melukai jari dan mudah berkarat.



3. Pembatas Bagian (Divider/Tab)

Divider/tab/pembatas bagian digunakan untuk membatasi satu episode pelayanan rawat inap dengan episode berikutnya atau satu bagian tertentu dengan bagian lainnya. Satu episode pelayanan rawat inap berawal dari saat pasien masuk dan berakhir saat pasien ke luar rumah sakit. Seorang pasien yang telah lebih dari satu kali menjalani rawat inap, maka seluruh berkas rekam medisnya akan terkumpul dalam satu *folder*. Dengan menggunakan *divider* maka akan menjadi lebih jelas batas antara satu episode rawat inap dengan episode berikutnya.

Divider memiliki ukuran yang lebih lebar dibandingkan lembar formulir rekam medis. *Divider* juga umumnya memiliki petanda (tab) yang dapat diberi keterangan tentang episode rawat inap (RI), misalnya "RI ke-1", "RI ke-2", dan seterusnya. Tab ini bisa juga berwarna agar lebih mudah dilihat dan diingat, misalnya bagian formulir gawat darurat ditandai dengan tab merah, bagian laboratorium ditandai dengan tab biru, dan sebagainya. Seluruh berkas rawat jalan ditempatkan di belakang *divider* dengan keterangan "Rawat Jalan". Jika diperlukan, bisa juga ditambahkan *sub divider* untuk memisahkan kunjungan rawat jalan (RJ) ke spesialis tertentu, misalnya "Klinik Hipertensi", "Klinik Jantung", "Klinik Kandungan", dan sebagainya.



Map rekam medis (folder)

Semua formulir rekam medis hendaknya ditata dalam map rekam medis (*folder*). *Folder* hendaknya dibuat dari bahan karton manila atau bahan yang lebih kuat, misalnya *cardboard*.

a. Desain folder

Folder rekam medis minimal memuat informasi sebagai berikut.

- 1) Identitas sarana pelayanan kesehatan.

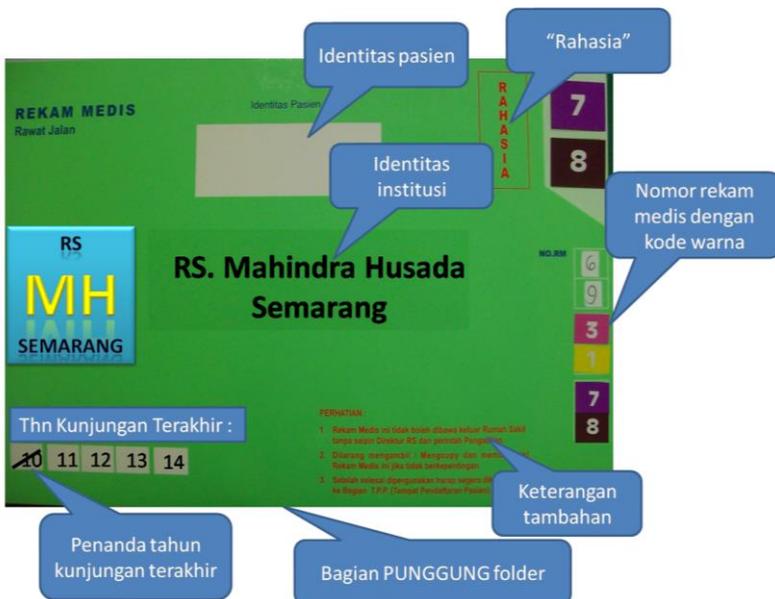
- 2) Tulisan "CONFIDENTIAL" atau "RAHASIA" atau keduanya.
- 3) Nama pasien.
- 4) Nomor rekam medis.
- 5) Tahun kunjungan terakhir.

Pada saat menyimpan folder di rak/lemari, maka sebaiknya folder disimpan dengan "punggung" di bagian bawah sehingga lebih kuat menahan beban isi *folder* dan bisa lebih awet.

b. Fungsi folder rekam medis

- 1) Menyatukan semua lembar rekam medis seorang pasien sehingga menjadi satu riwayat utuh.
- 2) Melindungi lembar-lembar rekam medis di dalamnya agar tidak mudah rusak, robek, terlipat, dan sebagainya,
- 3) Mempermudah penyimpanan, pencarian, dan pemindahan berkas rekam medis.

Berikut ini adalah contoh desain *folder* rekam medis :



Informasi medis tidak boleh dicantumkan pada *folder*

C. ISI DAN STRUKTUR REKAM MEDIS

Seperti telah diuraikan terdahulu bahwa rekam medis dapat bermanfaat untuk berbagai pihak dan berbagai keperluan. Agar rekam medis dapat mencapai manfaat seperti itu maka perlu ada pengaturan mengenai isi (konten) dan bentuk (struktur/konteks) dari rekam medis.

Secara umum telah ada semacam "kesepakatan" mengenai isi dan struktur rekam medis. Hal ini tentu berkembang dari waktu ke waktu mengikuti perkembangan aspek kedokteran, manajemen pelayanan kesehatan, peraturan perundangan yang terkait, dan tentu saja teknologi informasi dan komunikasi.

1. Isi Rekam Medis

Isi rekam medis dibagi menjadi data administratif dan data klinis. Keseluruhan isi ini masih dipengaruhi pula oleh bentuk pelayanan kesehatan (misalnya rumah sakit, puskesmas, klinik, dan praktik pribadi), klasifikasi jenis pelayanan (umum atau khusus), serta status kepemilikan sarana pelayanan kesehatan (milik swasta, pemerintah pusat/daerah, dan sebagainya).

a. *Data Administratif*

Data administratif meliputi data demografi, keuangan (*financial*) dan data/informasi lain yang berhubungan dengan pasien, misalnya tentang pernyataan pasien untuk menerima atau menolak suatu rencana medis, pernyataan pasien tentang pemberian hak kuasa (otorisasi), dan juga pernyataan tentang kerahasiaan (konfidensialitas) informasi medis pasien.

Lembar data administratif ini biasanya ditempatkan sebagai lembar awal dalam berkas rekam medis pasien.

Data demografi setidaknya mencakup informasi tentang hal-hal berikut ini.

- 1) Nama lengkap (nama sendiri dan nama keluarga yaitu nama ayah/suami/marga/she). Aturan penulisan nama lengkap ini disusun tersendiri dan menjadi acuan dalam penulisan nama lengkap pasien dalam lembar-lembar rekam medis.
- 2) Nomor rekam medis dan nomor identitas lainnya (misalnya nomor asuransi)

- 3) Alamat lengkap (nama jalan/gang/blok, nomor rumah, wilayah, kota, dan kode pos)
- 4) Tanggal lahir (tanggal, bulan, tahun) dan kota tempat kelahiran.
- 5) Jenis kelamin (perempuan atau laki-laki).
- 6) Status pernikahan (belum menikah, menikah, janda, duda).
- 7) Nama dan alamat keluarga terdekat yang sewaktu-waktu dapat dihubungi.
- 8) Tanggal dan waktu saat terdaftar di tempat penerimaan pasien rawat inap/rawat jalan/gawat darurat.
- 9) Nama dan identitas lain dari sarana pelayanan kesehatan, misalnya rumah sakit (umumnya tercantum pada bagian atas formulir).

Data demografi ini selain sebagai sumber informasi untuk menghubungi dan mengenali pasien, dapat juga digunakan sebagai basis data untuk kebutuhan statistik, riset dan perencanaan manajemen.

Selain data demografi, data administratif lainnya adalah data keuangan (*financial*). Data finansial umumnya berisi data nomor asuransi yang digunakan untuk pertanggungjanaan pembiayaan pasien.

Mengenai lembar-lembar formulir yang berisi pernyataan pasien tentang pemberian ijin terhadap rencana tindakan medis, rencana penempatan dalam suatu kelas ruang perawatan dan izin penggunaan informasi dalam rekam medisnya untuk berbagai keperluan, biasanya formulir ini sudah disediakan oleh sarana pelayanan kesehatan dan tinggal diisi dan ditandatangani oleh pasien atau walinya. Aturan mengenai pengisian dan penandatanganan formulir-formulir pernyataan ini mengikuti peraturan perundang-undangan yang telah ditetapkan oleh pemerintah.

Umumnya data administratif adalah data yang dapat dihubungkan dengan pasien dan digunakan bagi kepentingan administratif, regulasi, pelaksanaan pelayanan kesehatan, dan pembayaran.

Jadi, data administratif tercatat dan terbagi dalam lembar-lembar formulir rekam medis, meliputi (namun tidak terbatas pada):

- 1) lembaran pengesahan untuk melepaskan informasi;
- 2) lembar sertifikat kelahiran atau kematian;
- 3) lembar korespondensi yang berkaitan dengan permintaan informasi dari rekam medis;
- 4) lembar klaim yang dapat dihubungkan dengan pasien (*patient-identifiable*);

- 5) lembar telaah kualitas data untuk penjagaan mutu layanan dan manajemen utilisasi;
- 6) lembar tanda identitas pasien (nomor rekam medis, tanda biometrik, dan sebagainya);
- 7) lembar protokol klinis (*clinical protocols*), jalur klinis (*clinical pathways*), pedoman praktik dan pengetahuan lain (*clinical practice guidelines*) yang tidak melekat secara langsung dengan data pasien.

b. Data Klinis

Data klinis dapat diartikan sebagai data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan, pengobatan, perawatan, dan tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan penunjang medis terhadap pasien. Dari runtutan "cerita" dalam lembar-lembar yang berisi data klinis inilah akan dapat diambil informasi untuk berbagai kebutuhan, terutama yang berkaitan langsung dengan pelayanan terhadap pasien.

Data klinis didapatkan dan segera dicatat sejak dari melihat pasien (inspeksi), mewawancarai pasien (*auto anamnesa*) atau wakil/pendampingnya (*allo anamnesa*), pemeriksaan fisik (secara meraba/palpasi, mengetuk/ perkusi, mendengarkan/auskultasi), dan berbagai pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi, gizi, konsultasi spesialis bagian lain, dan sebagainya).

Masing-masing data tersebut di atas dicatat dalam lembar-lembar formulir yang telah tersedia. Jadi, data klinis umumnya terdapat dalam lembar formulir berikut ini.

- 1) Formulir anamnesis, berisi:
 - (a) riwayat penyakit/ operasi/ trauma yang pernah diderita;
 - (b) riwayat dan kondisi penyakit yang sedang dikeluhkan saat ini;
 - (c) riwayat penyakit serupa atau yang terkait dalam keluarga.
- 2) Formulir pemeriksaan fisik, berisi:
 - (a) keadaan umum;
 - (b) tanda vital: tekanan darah, suhu, pernafasan;
 - (c) pemeriksaan terhadap organ/sistem yang terkait langsung atau secara tidak langsung dengan kondisi saat ini. Pemeriksaan ini bisa meliputi dari kepala, leher, dada, perut, anggota gerak atas/bawah, sistem rangka dan otot (*musculoskeletal*), sistem jantung dan aliran darah (kardiovaskular), sistem pernafasan (respirasi), sistem

- pencernaan (digesti), sistem perkemihan (urinaria), sistem kelamin (reproduksi), sistem saraf (nervous), sistem kelenjar (endokrin)
- 3) Formulir konsultasi (terhadap tenaga kesehatan sebidang yang dianggap lebih mampu atau terhadap spesialis bidang lain yang dianggap terkait).
 - 4) Formulir pemeriksaan laboratorium.
 - 5) Formulir pemeriksaan radiologi.
 - 6) Formulir pemeriksaan/tindakan penunjang lainnya (misalnya fisioterapi, terapi wicara, terapi okupasi, kejiwaan/psikiatri, dan sebagainya).
 - 7) Formulir laporan hasil suatu tindakan (misalnya laporan operasi, laporan persalinan, laporan kematian, laporan pemasangan/pelepasan alat bantu, dan sebagainya).
 - 8) Formulir perintah atau rencana tindakan dokter.
 - 9) Formulir catatan perkembangan kondisi pasien (*progress notes*).
 - 10) Formulir ringkasan masuk dan ke luar.
 - 11) Formulir resume medis/ringkasan ke luar/*discharge summary*.

c. Bentuk/Model Rekam Medis

Dengan berbagai perkembangan saat ini, terutama dalam bidang teknologi informasi dan komunikasi (TIK) maka bentuk rekam medis dapat berupa lembar-lembar kertas maupun berupa berkas elektronik.

Berdasarkan konsep pemasukan/pencatatan datanya, maka rekam medis dapat dibagi dalam 3 kelompok, yaitu:

- 1) rekam medis berbasis sumber (*source-oriented medical record/SOMR*)
- 2) rekam medis berbasis masalah (*problem-oriented medical record/POMR*)
- 3) rekam medis terintegrasi (*integrated medical record*)

1) Rekam medis berbasis sumber (*source-oriented medical record/SOMR*)

Model SOMR ini merupakan model yang paling populer digunakan. Sebagian besar sarana pelayanan kesehatan (terutama rumah sakit) di Indonesia menggunakan model ini.

Berkas rekam medis model SOMR disusun berdasarkan sumber atau asal usul dari data tersebut. Misalnya, hasil pemeriksaan fisik terkumpul dalam lembar pemeriksaan fisik. Hasil-hasil laboratorium dikelompokkan dalam kelompok laboratorium, catatan perkembangan yang dibuat dokter dikelompokkan dalam lembar-lembar sejenis, dan

seterusnya. Masing-masing kelompok sumber tersebut disusun tersendiri dan menurut urutan tanggal sesuai dengan masa perawatan pasien dalam satu episode terkait. Dengan demikian, seluruh informasi dari episode perawatan ke-1 tersusun dan terkumpul dalam kelompok berkas episode ke-1, seluruh informasi dari episode perawatan ke-2 tersusun dan terkumpul dalam kelompok berkas episode ke-2, dan seterusnya.

Jadi, untuk memperoleh gambaran kondisi pasien pada suatu tanggal, harus mencari informasi dari kelompok-kelompok sumber data pada tanggal tersebut. Misalnya, untuk mengetahui kondisi pasien pada tanggal 19 April 2004, maka kita harus mencari data pasien dilembar anamnesis tanggal 19 April, data pemeriksaan fisik tanggal 19 April, data hasil laboratorium tanggal 19 April, dan data penunjang lainnya yang dihasilkan pada tanggal 19 April. Masing-masing data ini harus dicari dikelompok sumber data tersebut.

2) **Rekam medis berbasis masalah (*problem-oriented medical record/ POMR*)**

Dalam model POMR ini, informasi dicatat dalam berkas rekam medis menurut kelompok masalah pasien. Jadi, kunci utama dalam model ini yaitu adanya daftar masalah (*problem list*). Setiap masalah diberi nomor kode khusus. Setiap laporan dan informasi klinis yang berkaitan dengan suatu masalah akan ditempatkan pada nomor masalah yang sama.

Selain daftar masalah, POMR juga dilengkapi dengan data pendukung tentang pasien, rencana pelayanan awal (*initial care plan*) dan catatan perkembangan (*progress notes*).

Secara umum, isi dari berkas rekam medis model POMR serupa dengan model SOMR yaitu memiliki informasi tentang:

- (a) keluhan utama;
- (b) riwayat penyakit saat ini;
- (c) riwayat sosial;
- (d) riwayat medis;
- (e) hasil pemeriksaan fisik;
- (f) hasil pemeriksaan penunjang diagnostik;
- (g) dan sebagainya.

Pelayanan yang direncanakan diberi nomor sesuai dengan nomor masalah. Lembar catatan perkembangan digunakan untuk

mendokumentasikan tentang cara mengatasi tiap masalah dalam daftar masalah dan reaksi atau hasil terhadap pengobatan.

Setiap catatan perkembangan diberi nomor yang sesuai dengan masalah terkait. Selain catatan perkembangan, rencana pengobatan dan instruksi dokter juga selayaknya diberi kode nomor sesuai dengan masalah yang terkait dengan isian tersebut. Dengan demikian, akan mudah mengikuti alur perjalanan dan perkembangan kondisi tiap masalah.

Kesalahan, tidak teratur (inkonsisten), atau tidak dicantumkan nomor masalah pada isian yang terkait akan menyebabkan kesulitan merunut kembali riwayat penanganan masalah tersebut.

3) **Rekam medis terintegrasi (*integrated medical record/IMR*)**

Model IMR merupakan teknik pendokumentasian data dari berbagai sumber secara saling berkaitan dan tersusun urut. Dengan metode ini maka dapat dilakukan penelusuran pemberian pelayanan dan pengobatan pasien dengan lebih mudah. Namun demikian, masih cukup sulit untuk membandingkan informasi yang berhubungan antara satu masalah dengan lainnya dalam model IMR ini.

Model rekam medis terintegrasi umumnya digunakan untuk mencatat perkembangan kondisi pasien. Saat ini berkembang model formulir “Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT)”, yaitu dokter (medis) dan tenaga kesehatan nonmedis lainnya (misalnya perawat, fisioterapis, dietisien, dan sebagainya) mencatat perkembangan kondisi pasien dari sudut pandang profesi masing-masing di lembar tersebut.

Dalam hal bentuk rekam medis, berkaitan dengan perkembangan teknologi informasi dan komunikasi saat ini, maka bentuk rekam medis elektronik telah semakin luas digunakan. Masing-masing bentuk rekam medis, baik berbasis kertas maupun berbasis elektronik memiliki kelebihan dan keterbatasan. Hal ini akan dibahas lebih lanjut dalam modul 5 dari buku ini, yaitu tentang Rekam Medis Elektronik.

D. MANFAAT DAN PENGGUNAAN REKAM MEDIS

Rekam medis yang dibuat dengan berbagai aturan dan batasan ini tentu bukan sekedar catatan biasa. Secara singkat dapat dikatakan bahwa rekam medis dibuat terutama untuk kepentingan pelayanan terhadap pasien. Namun demikian, selain untuk kepentingan pasien, rekam medis juga dapat dimanfaatkan untuk berbagai hal lain sejauh tidak melanggar peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Tujuan penggunaan rekam medis dapat dikelompokkan menjadi tujuan primer dan tujuan sekunder.

1. Tujuan Primer

Bagi pasien

- a. Sebagai bukti pelayanan yang telah diterima.
- b. Sebagai dokumentasi dan sumber informasi tentang kondisi dan riwayat kesehatannya.
- c. Sebagai sumber informasi terkait biaya pelayanan kesehatannya.
- d. Bagi pihak pemberi layanan kesehatan.
- e. Membantu kelanjutan pelayanan sesuai dengan pedoman praktik klinis (sarana komunikasi).
- f. Menggambarkan keadaan penyakit dan penyebab (sebagai pendukung diagnostik kerja).
- g. Menunjang pengambilan keputusan tentang diagnosis dan pengobatan.
- h. Mendokumentasikan, menilai, dan mengelola risiko perorangan pasien.
- i. Menilai dan mencatat keinginan, kebutuhan serta kepuasan pasien.
- j. Menetapkan saran pencegahan atau promosi kesehatan.
- k. Mendokumentasikan pelayanan yang diberikan.
- l. Sarana pengingat para klinisi.

Bagi pihak manajemen pelayanan pasien

- a. Sebagai dokumentasi kasus penyakit dan praktik pelayanannya.
- b. Sebagai dasar menganalisis kegawatan penyakit.
- c. Sebagai sumber informasi perumusan pedoman praktik penanganan risiko.
- d. Sebagai dasar untuk memberikan corak dalam penggunaan pelayanan.
- e. Sebagai dasar penelaahan penggunaan sarana pelayanan (revi utilisasi).
- f. Sebagai dasar melaksanakan kegiatan menjaga mutu

Bagi pihak penunjang pelayanan pasien

- a. Sebagai dasar mengalokasikan sumber daya.
- b. Sebagai bahan analisis kecenderungan (tren) dan prediksi.
- c. Sebagai bahan menilai beban kerja.
- d. Sebagai media untuk mengkomunikasikan informasi ke berbagai unit kerja.

Bagi pihak pengelola pembayaran dan penggantian biaya pelayanan pasien

- a. Sebagai bentuk dokumentasi unit pelayanan yang memungut biaya pemeriksaan.
- b. Sebagai dasar untuk menetapkan biaya yang harus dibayar.
- c. Sebagai dasar mempertimbangkan dan memutuskan pengajuan klaim asuransi.
- d. Sebagai dasar dalam menetapkan ketidakmampuan dalam pembayaran (misal, kompensasi pekerja).
- e. Menyelenggarakan analisis aktuarial (tafsiran pra penetapan asuransi).

2. Tujuan Sekunder

a. *Edukasi*

- 1) Sebagai dokumentasi pengalaman profesional di bidang kesehatan.
- 2) Sebagai bahan menyiapkan sesi pertemuan, presentasi, dan pengajaran.

b. *Regulasi*

- 1) Bukti pengajuan perkara ke pengadilan (litigasi).
- 2) Membantu pemasaran pengawasan (*surveillance*).
- 3) Menilai kepatuhan sesuai standar pelayanan.

- 4) Sebagai dasar pemberian akreditasi bagi profesional dan rumah sakit.
- 5) Membandingkan organisasi pelayanan kesehatan (*benchmarking*).

c. *Riset*

- 1) Mengembangkan produk baru.
- 2) Melaksanakan riset klinis.
- 3) Menilai teknologi.
- 4) Studi ke luaran pasien.
- 5) Studi efektivitas serta analisis manfaat dan biaya pelayanan pasien.
- 6) Mengidentifikasi populasi yang berisiko.
- 7) Mengembangkan registrasi dan pangkalan data (*data base*).
- 8) Menilai manfaat dan biaya sistem rekaman.

d. *Pengambilan kebijakan*

- 1) Mengalokasikan berbagai sumber daya.
- 2) Melaksanakan rencana strategis.
- 3) Memonitor kesehatan masyarakat.

e. *Industri*

- 1) Melaksanakan riset dan pengembangan.
- 2) Merencanakan strategi pemasaran.

Dari sudut pandang yang lain, penggunaan rekam medis dapat pula dikelompokkan berdasarkan penggunaannya. Pengguna atau pemakai rekam medis adalah pihak-pihak yang memasukkan data, memverifikasi, mengoreksi, menganalisis atau memperoleh informasi dari rekaman tersebut, baik secara langsung ataupun melalui perantara.

Pengguna rekam medis ini bisa perorangan (primer dan sekunder) maupun kelompok atau institusi.

- 1) Pengguna perorangan primer
 - Pemberi pelayanan (*provider*)
 - Dokter dan tenaga kesehatan lainnya sesuai UU no.36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.

Penerima pelayanan (konsumen)

- Pasien dan/keluarga/walinya.

- 2) Pengguna perorangan sekunder
Manajer Pelayanan dan Penunjang Pasien
- Pimpinan instansi pelayanan kesehatan.
 - Bagian Keuangan.
 - Ketua komite menjaga mutu.
 - Profesional manajemen informasi kesehatan (MIK).
 - Tenaga di unit pelayanan.
 - Ketua program *review* utilisasi.
 - Ketua program risiko pelayanan.
 - Ketua tim kendali mutu dan kendali biaya (TKMKB).

Pengganti biaya rawatan

- Instansi penanggung.
- Asuransi.

Lainnya

- Pihak penanggung (akreditor).
- Pengacara.
- Riset pelayanan kesehatan dan investigator klinis.
- Wartawan bidang pelayanan kesehatan.
- Pembuat kebijakan dan hukum.

- 3) Pengguna kelompok institusi:

Pemberian pelayanan rawat jalan dan inap

- Gabungan usaha (aliansi), asosiasi, jaringan, sistem pemberi pelayanan/jasa.
- Pusat bedah ambulatori.
- Bank darah (darah, jaringan, organ).
- Panti asuh/rumah tetirahan.
- Pelayanan *hospice*.
- Beragam jenis rumah sakit.
- Praktik klinik swasta (besar, kecil).
- Fasilitas kesehatan jiwa.
- Pusat kesehatan masyarakat.
- Program penanggulangan penyalahgunaan zat.

Manajemen dan Telaahan Pelayanan

- Tim menjaga mutu.
- Tim manajemen risiko.
- Tim utilisasi.
- Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB)

Pihak Pengganti Biaya Rawat

- Kantor pasien.
- Asuransi.

Riset

- Unit registrasi penyakit (misal, kanker).
- Organisasi yang mengelola data (misal milik pemerintah atau swasta).
- Pengembang dan pembuat teknologi pelayanan kesehatan dan perlengkapan (perusahaan mesin dan peralatan, perusahaan farmasi, penjual perangkat lunak dan keras untuk sistem rekaman pasien).
- Pusat-pusat riset.

Edukasi

- Program pendidikan kesehatan berjenjang yang terkait.
- Fakultas kedokteran.
- Fakultas/ Program (D3) Keperawatan, Kebidanan, dan sebagainya.
- Fakultas Kesehatan Masyarakat.

Akreditasi

- Institusi terkait.
- Profesi terkait.
- Departemen Kesehatan/Pemerintah Daerah.

Pemegang Kebijakan

- Pemerintah Pusat.
- Pemerintah Daerah.

Dari penjelasan di atas, dapat disederhanakan bahwa secara umum rekam medis dapat digunakan untuk:

- Manajemen pelayanan pasien.
- Pemantauan kualitas pelayanan kesehatan.
- Kesehatan publik/komunitas.
- Perencanaan dan pemasaran fasilitas pelayanan kesehatan.
- ALFRED (*Administration, Legal, Finance, Research, Education, Documentation*).

f. Manajemen pelayanan pasien

Seperti telah disebutkan di atas bahwa rekam medis dibuat terutama untuk kepentingan pelayanan kesehatan kepada pasien, baik pelayanan promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif. Penggunaan rekam medis untuk kepentingan manajemen pelayanan pasien meliputi penggunaan rekam medis untuk hal-hal sebagai berikut.

1) Dokumentasi

Rekam medis digunakan untuk mendokumentasikan semua hal yang telah diberikan/dilakukan terhadap pasien. Yang dimaksud "mendokumentasikan" ini bisa secara manual (tulisan/ coretan tangan) maupun secara elektronik. Yang dimaksud "semua hal" di sini sejak dari menerima pasien, menanyakan identitas dan segala hal tentang pasien (anamnesis), melakukan pemeriksaan fisik & penunjang, melakukan tindakan, merencanakan/menginstruksikan rencana tindakan, melaporkan hasil dari suatu pemeriksaan/tindakan, hingga meringkas semua hal tersebut menjadi resume pada akhir episode pelayanan yang bersangkutan.

2) Komunikasi

Pada saat memberi layanan kepada pasien, seorang tenaga kesehatan, misalnya dokter, seringkali harus berkomunikasi dengan tenaga kesehatan lainnya. Misalnya, saat dokter meminta untuk dilakukan pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan radiologi, perintah atau rencana perawatan, konsultasi ke dokter yang lebih senior atau ke bidang spesialisasi tertentu, dan sebagainya.

Semua bentuk komunikasi ini dituliskan dalam lembar-lembar rekam medis pasien yang bersangkutan. Dengan demikian, rekam medis digunakan sebagai media komunikasi antart tenaga kesehatan yang secara bersama-sama memberikan pelayanan kepada pasien tersebut.

3) Informasi

Rekam medis juga digunakan sebagai sumber informasi yang harus siap setiap saat jika dibutuhkan oleh dokter atau tenaga kesehatan yang merawat pasien untuk memberikan informasi yang berkaitan dengan kondisi pasiennya kepada pihak yang berwenang untuk mendapat informasi tersebut.

Dengan merujuk kepada catatan/rekaman dalam lembar-lembar rekam medis tersebut, maka kemungkinan salah informasi dapat dihindarkan. Konsep dan prosedur pemberian/pelepasan informasi kesehatan ini akan dibahas secara lebih mendalam pada modul berikutnya.

g. Pemantauan kualitas pelayanan kesehatan

Pemberian layanan kesehatan merupakan aktivitas yang harus dilakukan sesuai dengan standar profesi dan peraturan perundangan yang berlaku. Pihak manajemen penyedia fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) perlu

memantau dan mengevaluasi kualitas pelayanan kesehatan yang dilaksanakan di dalam fasyankes yang disediakan.

Pemantauan ini dilakukan dengan cara mengolah dan "membaca" angka-angka statistik sebagai indikator kualitas pelayanan kesehatan, misalnya angka tingkat kematian, angka tingkat efisiensi penggunaan fasilitas, angka tingkat kunjungan baru dan lama, serta masih banyak lagi indikator yang lainnya.

Angka-angka statistik tersebut di atas didapatkan dari proses menelaah, merangkum, dan mengindeks berkas rekam medis setiap pasien pada setiap akhir episode pelayanan. Pembahasan mengenai konsep dan prosedur penggunaan rekam medis untuk kebutuhan pengolahan statistik pelayanan kesehatan akan dibahas lebih lanjut pada bab IV "Pengolahan Data dan Sistem Pelaporan Rumah Sakit".

Dapat dibayangkan di sini seandainya cara pembuatan atau pengisian rekam medis tidak benar, maka bagaimana mungkin rekam medis akan dapat digunakan sebagai sumber data yang valid untuk pengolahan statistik guna pemantauan kualitas pelayanan kesehatan dan berbagai kebutuhan lainnya.

Dalam bagian penjelasan dari UU no.44 tahun 2009 bab IX Pasal 39 ayat 2 disebutkan bahwa "Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis." Jadi, penggunaan rekam medis untuk pemantauan kualitas pelayanan kesehatan memiliki payung hukum yang kuat.

h. Kesehatan masyarakat/komunitas

Dalam penjelasan UU no.4 tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular disebutkan :

"Penyakit-penyakit menular seperti cacar, typhus, kholera, pes dan lain-lainnya jika timbul kasus segera diberantas. Penyakit endemis (penyakit rakyat) seperti malaria, T.B.C., frambusia, trakhoma, dan lain-lainnya harus dilenyapkan selekas-lekasnya."

Memperhatikan pentingnya dilakukan upaya-upaya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 tersebut, maka khususnya untuk menanggulangi penyakit menular yang dapat menimbulkan wabah dike luaranlah Undang-Undang Nomor 6 Tahun 1962 tentang Wabah; yang kemudian diubah/disempurnakan dengan Undang-Undang Nomor 7 Tahun 1968 tentang Perubahan Pasal 3 Undang- Undang Nomor 6 Tahun 1962 tentang Wabah.

Masalah wabah dan penanggulangannya tidaklah berdiri sendiri, tetapi merupakan bagian dari upaya kesehatan secara nasional yang mempunyai kaitan dengan sektor lainnya di luar kesehatan, serta tidak terlepas dari keterpaduan pembangunan nasional.

Pesatnya perkembangan teknologi dan ilmu pengetahuan akan memengaruhi lingkungan, cara hidup, dan perkembangan pola penyakit termasuk penyakit yang dapat menimbulkan wabah, dengan demikian, suatu jenis penyakit yang semula tidak merupakan masalah, dapat menjadi masalah atau sebaliknya. Yang dimaksud dengan pola penyakit adalah keadaan atau situasi penyakit yang memberi kejelasan mengenai jenis penyakit dan sifat-sifat epidemiologis penyakit, yaitu tentang distribusi, frekuensi, waktu kejadian, serta semua faktor penentu yang memengaruhi jalannya penyakit. Pola penyakit tersebut juga dapat dipengaruhi oleh perkembangan lalu lintas internasional dan perubahan lingkungan hidup.

Wabah yang menimbulkan malapetaka yang menimpa umat manusia dari dulu sampai sekarang maupun masa mendatang tetap merupakan ancaman terhadap kelangsungan hidup dan kehidupan. Selain wabah membahayakan kesehatan masyarakat, karena dapat mengakibatkan sakit, cacat dan kematian, juga akan mengakibatkan hambatan dalam pelaksanaan pembangunan nasional. Penjelasan di atas juga diperkuat dalam Peraturan Pemerintah No. 40 Tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular yang juga menyinggung mengenai penggunaan data pelayanan kesehatan.

Jadi, data yang terekam dalam pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan, jika terkait dengan penyakit yang berpotensi wabah, maka akan digunakan juga untuk memantau perkembangan penyakit tersebut di masyarakat. Dengan demikian, rekam medis juga digunakan untuk memantau kesehatan komunitas dan digunakan juga untuk merencanakan pola penanggulangan suatu masalah kesehatan di suatu komunitas/masyarakat.

Melalui pengolahan data dalam rekam medis kita bisa mengetahui kejadian dan perkembangan dari suatu penyakit di masyarakat, misalnya demam berdarah dengue, malaria, tuberkulosis paru, flu burung, SARS, HIV/AIDS, dan sebagainya.

i. Perencanaan dan pemasaran fasilitas pelayanan kesehatan

Suatu fasilitas pelayanan kesehatan tentu ingin terus berkembang. Pada saat pihak manajemen mempertimbangkan untuk mengembangkan dan memasarkan suatu fasilitas baru, maka tentu hal tersebut tidak diputuskan begitu saja tanpa dasar pertimbangan yang matang.

Pihak manajemen membutuhkan informasi untuk mendukung proses pengambilan keputusannya. Misalnya, pihak manajemen bermaksud mengembangkan fasilitas pelayanan dengan menyediakan alat pemecah batu ginjal tanpa operasi. Sebelum membeli alat tersebut, pihak manajemen mungkin membutuhkan informasi sebagai berikut.

- 1) Berapa jumlah pasien dengan penyakit batu ginjal yang datang dan dirawat di fasyankes selama 3-5 tahun terakhir?
- 2) Berapa jumlah pasien dengan penyakit batu ginjal tersebut yang membutuhkan tindakan operasi?
- 3) Berapa perkiraan/prediksi jumlah pasien dengan penyakit batu ginjal pada tahun-tahun mendatang?
- 4) dan sebagainya.

Dengan dukungan berbagai informasi tersebut, maka pihak manajemen akan dapat mengambil keputusan yang lebih tepat, apakah akan menyediakan fasilitas alat pemecah batu ginjal tanpa operasi atau tidak.

Semua informasi dalam ilustrasi di atas akan didapatkan oleh pihak manajemen dari hasil pengolahan data dalam rekam medis. Jadi, dalam hal ini rekam medis digunakan untuk menunjang perencanaan dan pemasaran fasilitas pelayanan kesehatan.

E. ALFRED

Selain digunakan untuk keperluan manajemen pelayanan pasien, pemantauan kualitas pelayanan kesehatan, kesehatan masyarakat/komunitas, serta perencanaan dan pemasaran fasilitas pelayanan kesehatan, rekam medis juga seringkali digunakan untuk beberapa kebutuhan lain yang seringkali dirangkum dalam akronim ALFRED (*Administration, Legal, Finance, Research, Education, Documentation*).

1. Administration

Rekam medis digunakan untuk kebutuhan administrasi dalam pelayanan kesehatan. Sejak pasien diterima, baik rawat jalan, rawat darurat, maupun rawat inap, hingga pasien pulang. Semua proses pencatatan ini kelak akan sangat dibutuhkan pada saat menelusuri kembali riwayat kedatangan pasien tersebut.

2. *Legal*

Rekam medis digunakan sebagai bukti telah terjadinya proses pelayanan kesehatan. Rekam medis akan dihadirkan dalam proses persidangan untuk menyelesaikan kasus mediko-legal (kasus medis yang bermuatan hukum) guna menelusuri kembali kejadian suatu pelayanan kesehatan melalui runtutan "cerita" yang tercatat/terekam di dalamnya.

Itulah sebabnya maka rekam medis harus segera dibuat setelah melakukan suatu pelayanan kesehatan. Konsep "**Tulis yang dilakukan dan lakukan yang ditulis**" merupakan salah satu kunci agar rekam medis dapat melaksanakan fungsi legal/hukumnya.

3. *Finance*

Rekam medis digunakan untuk menghitung biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada pasien. Hal ini terutama apabila sistem penagihan biaya pelayanannya berdasarkan item pelayanan yang telah diberikan. Jika menggunakan sistem penagihan biaya pelayanan berdasarkan diagnosis (seperti sistem INA-CBG), maka ketepatan diagnosis dan keakuratan kode diagnosis sangat berpengaruh terhadap nilai klaim pembiayaan yang diajukan.

4. *Research*

Banyak penelitian, baik bidang medis maupun nonmedis, yang dilakukan dengan menggunakan rekam medis sebagai sumber datanya. Dalam hal penggunaan informasi dalam rekam medis untuk penelitian, tetap harus memperhatikan etika dan peraturan perundangan yang berlaku.

5. *Education*

Dalam proses pendidikan tenaga kesehatan, baik kelompok tenaga medis, paramedis, penunjang medis, keteknisian medis, maupun keterampilan fisik, banyak digunakan informasi dalam rekam medis sebagai bahan pendidikan. Penggunaan informasi dalam rekam medis untuk pendidikan harus memperhatikan etika dan peraturan perundangan yang berlaku.

6. *Documentation*

Aspek "*documentation*" dalam akronim ALFRED di sini sama dengan aspek "dokumentasi" dalam hal penggunaan rekam medis untuk manajemen pelayanan pasien seperti telah dibahas terdahulu.



LATIHAN

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan pengertian dari rekam medis!
- 2) Jelaskan fungsi *folder* rekam medis!
- 3) Dalam pelayanan rekam medis digunakan berbagai macam formulir rekam medis. Jelaskan tujuan penggunaan formulir rekam medis!
- 4) Jelaskan manfaat dan penggunaan rekam medis untuk manajemen pelayanan pasien!
- 5) Jelaskan manfaat rekam medis dalam pemantauan dan pengendalian kesehatan masyarakat!

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Pengertian rekam medis *adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.*

(Permenkes No.269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis; Bab I Pasal 1 ayat 1, UU no.29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran; Pasal 46 ayat 1)

Dalam buku *Medical Records Manual - a Guide for Developing Countries* dari WHO (2006) disebutkan bahwa:

The medical record "must contain sufficient data to identify the patient, support the diagnosis or reason for attendance at the health care facility, justify the treatment and accurately document the results of that treatment" (Huffman, 1990).

Rekam medis harus berisi data yang cukup agar dapat digunakan untuk mengidentifikasi pasien, menunjang penentuan diagnosis atau menyatakan alasan utama pasien datang ke tempat pelayanan kesehatan, mengesahkan alasan pemberian tindakan dan mendokumentasikan semua hasilnya secara akurat.

- 2) Fungsi *folder* rekam medis:
 - a. menyatukan semua lembar rekam medis seorang pasien sehingga menjadi satu riwayat utuh;

- b. melindungi lembar-lembar rekam medis di dalamnya agar tidak mudah rusak, robek, terlipat, dan sebagainya;
 - c. mempermudah penyimpanan, pencarian, dan pemindahan berkas rekam medis.
- 3) Tujuan penggunaan formulir rekam medis:
- a. memudahkan proses pengumpulan data;
 - b. mempercepat proses pelayanan;
 - c. meningkatkan keakuratan data;
 - d. menstandarkan informasi;
 - e. memperjelas pembagian data (data medis, keuangan, administrasi, dan operasional), dan
 - f. menunjang proses pengolahan informasi.
- 4) Manfaat dan penggunaan rekam medis untuk manajemen pelayanan pasien meliputi penggunaan rekam medis sebagai berikut.

a. Dokumentasi

Rekam medis digunakan untuk mendokumentasikan semua hal yang telah diberikan/dilakukan terhadap pasien. Yang dimaksud "mendokumentasikan" ini bisa secara manual (tulisan/coretan tangan) maupun secara elektronik. Yang dimaksud "semua hal" di sini sejak dari menerima pasien, menanyakan identitas, dan segala hal tentang pasien (anamnesis), melakukan pemeriksaan fisik & penunjang, melakukan tindakan, merencanakan/menginstruksikan rencana tindakan, melaporkan hasil dari suatu pemeriksaan/tindakan, hingga meringkas semua hal tersebut menjadi resume pada akhir episode pelayanan yang bersangkutan.

b. Komunikasi

Pada saat memberi layanan kepada pasien, seorang tenaga kesehatan, misalnya dokter, acap kali harus berkomunikasi dengan tenaga kesehatan lainnya. Misalnya, saat dokter meminta untuk dilakukan pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan radiologi, perintah atau rencana perawatan, konsultasi ke dokter yang lebih senior atau ke bidang spesialisasi tertentu, dan sebagainya.

Semua bentuk komunikasi ini dituliskan dalam lembar-lembar rekam medis pasien yang bersangkutan. Dengan demikian, rekam medis digunakan sebagai media komunikasi antartenanta kesehatan yang secara bersama-sama memberikan pelayanan kepada pasien tersebut.

c. Informasi

Rekam medis juga digunakan sebagai sumber informasi yang harus siap setiap saat jika dibutuhkan oleh dokter atau tenaga kesehatan yang merawat pasien untuk memberikan informasi yang berkaitan dengan kondisi pasiennya kepada pihak yang berwenang untuk mendapat informasi tersebut.

Dengan merujuk kepada catatan/rekaman dalam lembar-lembar rekam medis tersebut, maka kemungkinan salah informasi dapat dihindarkan.

- 5) Manfaat rekam medis dalam pemantauan dan pengendalian kesehatan masyarakat dapat menggunakan data yang terekam dalam pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Jika terkait dengan penyakit yang berpotensi wabah, maka akan digunakan juga untuk memantau perkembangan penyakit tersebut di masyarakat. Dengan demikian, rekam medis juga digunakan untuk memantau kesehatan komunitas dan digunakan juga untuk merencanakan pola penanggulangan suatu masalah kesehatan di suatu komunitas/masyarakat.

Melalui pengolahan data dalam rekam medis kita bisa mengetahui kejadian dan perkembangan dari suatu penyakit di masyarakat, misalnya demam berdarah dengue, malaria, tuberkulosis paru, flu burung, SARS, HIV/AIDS, dan sebagainya.



RANGKUMAN

Menurut Permenkes No.269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis; Bab I Pasal 1 ayat 1, dan UU No.29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran; Pasal 46 ayat 1, rekam medis dapat didefinisikan sebagai: *berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.*

Dalam Permenkes No.269/Menkes/Per/III/2008, Bab II Pasal 2 ayat 1 juga disebutkan bahwa *rekam medis dapat berupa dokumen dalam media tradisional (misalnya kertas) maupun dalam bentuk elektronik.*

Rekam medis dibuat di setiap tempat pelayanan kesehatan, baik rumah sakit, klinik, rumah bersalin, pengobatan massal, pelayanan kesehatan dalam kondisi bencana, maupun tempat praktik pribadi di rumah.

Dalam pelayanan kesehatan digunakan berbagai macam formulir rekam medis untuk memandu pengguna mendokumentasikan hal-hal yang dilakukannya terhadap pasien. Penggunaan formulir juga untuk menyeragamkan format data yang direkam agar lebih mudah dalam pengolahannya kemudian.

Selain formulir, dalam pelayanan rekam medis juga banyak digunakan berbagai komponen lain, misalnya pengikat lembar (*clip/fastener*), pembatas bagian (*divider/tab*), dan map rekam medis (*folder*).

Keseluruhan isi rekam medis dapat dibagi menjadi bagian data administratif dan data medis.

Rekam medis dibuat untuk berbagai kebutuhan, meliputi:

1. manajemen pelayanan pasien;
2. pemantauan kualitas pelayanan kesehatan;
3. kesehatan masyarakat/komunitas;
4. perencanaan dan pemasaran fasilitas pelayanan kesehatan.

Untuk lebih memudahkan mengingat manfaat dan penggunaan rekam medis, bisa digunakan akronim ALFRED, yaitu *Administration, Legal, Finance, Research, Education, dan Documentation*.



TES FORMATIF 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) yang berlaku saat ini untuk mengatur tentang rekam medis, yaitu Permenkes Nomor
 - A. 749a Tahun 1989
 - B. 269 Tahun 2008
 - C. 290 Tahun 2008
 - D. 575 Tahun 1989
- 2) Rumah sakit yang WAJIB menyelenggarakan rekam medis, yaitu
 - A. rumah sakit pendidikan
 - B. rumah sakit milik pemerintah
 - C. rumah sakit tipe A dan tipe B
 - D. semua rumah sakit
- 3) Rekam medis dibuat/ditulis oleh
 - A. dokter
 - B. dokter dan perawat

- C. dokter, perawat, dan bidan
 - D. semua tenaga kesehatan yang terlibat dalam pelayanan terhadap pasien
- 4) Hal-hal berikut ini termasuk hal yang wajib tercantum dalam rekam medis, *kecuali* hasil
- A. anamnesis dengan pasien
 - B. pemeriksaan
 - C. konsultasi dengan tenaga kesehatan lainnya
 - D. dari pengobatan dengan herbal
- 5) Formulir rekam medis yang berisi ringkasan dari seluruh aspek penting yang didapatkan selama satu periode pelayanan, meliputi identitas pasien, keluhan utama, hasil pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi, dan sebagainya), hasil konsultasi, terapi/tindakan yang telah diberikan, diagnosis utama, kondisi waktu pulang, saran, dan tanda tangan serta nama terang dokter yang bertanggung jawab, yaitu formulir
- A. ringkasan masuk dan ke luar
 - B. resume medis
 - C. resume keperawatan
 - D. laporan tindakan
- 6) Formulir *informed consent* digunakan untuk menyatakan persetujuan pasien
- A. terhadap rencana tindakan
 - B. untuk dirawat inap
 - C. untuk menanggung biaya perawatan
 - D. untuk menanggung risiko akibat pulang atas permintaan sendiri
- 7) Fungsi "divider" atau "tab" pada *folder* rekam medis, yaitu
- A. melindungi lembar-lembar rekam medis agar tidak mudah rusak
 - B. menyatukan lembar-lembar rekam medis agar tidak tercerai berai
 - C. membatasi satu episode pelayanan rawat inap dengan episode berikutnya atau satu bagian tertentu dengan bagian lainnya
 - D. memberi petunjuk tahun kunjungan pasien yang bersangkutan
- 8) Fungsi *folder* rekam medis (RM) meliputi hal-hal berikut ini, *kecuali*
- A. menyatukan semua lembar rekam medis seorang pasien sehingga menjadi satu riwayat utuh
 - B. melindungi lembar-lembar rekam medis di dalamnya agar tidak mudah rusak, robek, terlipat, dan sebagainya

- C. mempermudah penyimpanan, pencarian, dan pemindahan berkas rekam medis
 - D. memudahkan pembuatan jadwal retensi RM
- 9) Hal-hal berikut ini termasuk data demografis dalam rekam medis, *kecuali*
- A. nama
 - B. nomor rekam medis
 - C. diagnosis
 - D. tanggal kunjungan
- 10) Model rekam medis yang informasinya dicatat dalam berkas rekam medis menurut kelompok masalah pasien, disebut rekam medis
- A. berbasis sumber (*source-oriented medical record/ SOMR*)
 - B. berbasis masalah (*problem-oriented medical record/ POMR*)
 - C. terintegrasi (*integrated medical record*)
 - D. elektronik (*electronic medical record/EMR*)

Cocokkanlah jawaban Anda dengan Kunci Jawaban Tes Formatif 2 yang terdapat di bagian akhir modul ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian, gunakan rumus berikut untuk mengetahui tingkat penguasaan Anda terhadap materi Kegiatan Belajar 2.

$$\text{Tingkat penguasaan} = \frac{\text{Jumlah Jawaban yang Benar}}{\text{Jumlah Soal}} \times 100\%$$

Arti tingkat penguasaan: 90 - 100% = baik sekali
80 - 89% = baik
70 - 79% = cukup
< 70% = kurang

Apabila mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih, Anda dapat meneruskan dengan Kegiatan Belajar 3. **Bagus!** Jika masih di bawah 80%, Anda harus mengulangi materi Kegiatan Belajar 2, terutama bagian yang belum dikuasai.

KEGIATAN BELAJAR 3

Profesi Perkam Medis

A. PENGERTIAN PROFESI PEREKAM MEDIS

Dalam Permenkes No. 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perkam Medis, Bab I Pasal 1 ayat 1 disebutkan bahwa “**Perekam Medis adalah seorang yang telah lulus pendidikan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan**”.

Berdasarkan latar belakang pendidikan formalnya, maka perekam medis dikualifikasikan sebagai berikut:

1. Lulusan Diploma 3 (D3): Ahli Madya Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (RMIK).
2. Lulusan Diploma 4 (D4) dan Sarjana (S1): Sarjana Terapan dan Sarjana RMIK.
3. Lulusan Magister: Magister RMIK.

Hingga saat ini, telah terdapat sekitar 45 perguruan tinggi yang menyelenggarakan program studi D3, D4, maupun S1 RMIK di Indonesia. Perguruan tinggi penyelenggara program studi RMIK tersebut tergabung dalam Asosiasi Perguruan Tinggi Rekam Medis dan Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (APTIRMIKI).



Seperti juga tenaga kesehatan lainnya, perekam medis harus memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Kerja (SIK) untuk dapat melakukan pekerjaannya. Pengurusan STR dan SIK telah diatur juga dalam Permenkes No. 55 Tahun 2013 tersebut. Setelah memiliki SIK, perekam medis dapat melakukan pekerjaannya di fasilitas pelayanan kesehatan

(fasyankes) seperti puskesmas, klinik, rumah sakit, dan fasyankes lainnya, baik itu Ahli Madya, Sarjana Terapan, Sarjana, maupun Magister RMIK memiliki kewenangan yang berbeda dalam melaksanakan pekerjaannya. Lingkup kewenangan ini diatur dalam Permenkes No.55 Tahun 2013 Pasal 13.

Kewenangan Ahli Madya (D3) RMIK, antara lain meliputi :

1. melaksanakan kegiatan pelayanan pasien dalam manajemen dasar RMIK;
2. melaksanakan evaluasi isi rekam medis;
3. melaksanakan sistem klasifikasi klinis dan kodifikasi penyakit yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis sesuai terminologi medis yang benar;
4. melaksanakan kegiatan indeks dengan mengumpulkan data penyakit, kematian, tindakan, dan dokter;
5. melaksanakan sistem pelaporan pelayanan kesehatan;
6. merancang struktur isi dan standar data kesehatan;
7. melaksanakan evaluasi kelengkapan isi diagnosis dan tindakan kedokteran;
8. melaksanakan pengumpulan, validasi, dan verifikasi data sesuai ilmu statistik rumah sakit;
9. melakukan pencatatan dan pelaporan data surveilans;
10. mengelola kelompok kerja dan manajemen unit kerja RMIK;
11. mensosialisasikan setiap program pelayanan RMIK;
12. melaksanakan hubungan kerja sesuai dengan kode etik profesi;
13. melakukan pengembangan diri terhadap kemajuan iptek.

Kewenangan sarjana terapan (D4) RMIK antara lain meliputi:

1. mengidentifikasi masalah-masalah teknologi informasi yang berkaitan dengan pelayanan RMIK;
2. merancang sistem evaluasi isi rekam medis manual dan elektronik;
3. merancang struktur isi dan standar data kesehatan;
4. memvalidasi kelengkapan diagnosis dan tindakan medis;
5. memvalidasi indeks penyakit, kematian, tindakan, dan dokter;
6. memvalidasi dan verifikasi data sesuai dengan jenis formulir survei;
7. mengevaluasi sistem klasifikasi klinis dan kodifikasi penyakit dan tindakan medis;
8. memonitor kinerja mutu pelayanan RMIK berkaitan dengan iptek;

9. menganalisis dan mengevaluasi pengelolaan manajemen unit kerja;
10. menyelesaikan masalah secara prosedural baik manual maupun elektronik;
11. melaksanakan hubungan kerja sesuai dengan kode etik profesi.

Kewenangan sarjana (S1) RMIK antara lain meliputi :

1. mengidentifikasi permasalahan iptek terkait RMIK;
2. merancang dan mengembangkan sistem jaringan rekam medis manual dan elektronik;
3. menganalisis kegiatan manajemen RMIK;
4. menciptakan inovasi alternatif solusi pengelolaan RMIK;
5. melakukan pengawasan pengelolaan informasi kesehatan;
6. merancang dan mengembangkan struktur isi dan standar data kesehatan;
7. memvalidasi kelengkapan diagnosis dan tindakan medis;
8. memvalidasi indeks penyakit, kematian, tindakan, dan dokter;
9. mengevaluasi sistem klasifikasi klinis dan kodifikasi penyakit dan tindakan medis;
10. melakukan komunikasi kemitraan peneliti dalam bidang manajemen RMIK;
11. melakukan analisis data berbasis iptek;
12. memberikan kontribusi pada kegiatan riset bidang pelayanan RMIK;
13. melaksanakan hubungan kerja sesuai dengan kode etik profesi.

Kewenangan magister (S2) RMIK, antara lain meliputi :

1. mengembangkan desain rekam medis elektronik (RME);
2. mengembangkan desain modul penelitian bersama dengan kelompok profesi lain;
3. menganalisis tren penyakit dan mendistribusikan sesuai dengan otorisasi akses dan keamanan data;
4. mengembangkan kerja sama dengan tim epidemiologi dalam mendesain rancangan survei penyakit;
5. mengembangkan sistem informasi kesehatan masyarakat berbasis *website*;
6. mengembangkan sistem evaluasi pelayanan RME yang dipublikasikan.

Bentuk-bentuk pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan yang dilakukan oleh perekam medis bisa meliputi:

1. pelayanan rekam medis berbasis kertas (*paper based document*);
2. pelayanan rekam medis manual dan registrasi komputersisasi;
3. pelayanan manajemen rekam medis dan informasi kesehatan;
4. pelayanan sistem informasi kesehatan terpadu;
5. pelayanan manajemen informasi kesehatan elektronik dengan menggunakan perangkat informatika kesehatan.

Dalam melaksanakan pekerjaannya, perekam medis memiliki hak :

1. memperoleh perlindungan hukum sesuai standar profesi perekam medis;
2. memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari klien dan/atau keluarganya;
3. melaksanakan tugas sesuai dengan kompetensi;
4. menerima imbalan jasa profesi; dan
5. memperoleh jaminan perlindungan terhadap risiko kerja yang berkaitan dengan tugasnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Selain memiliki hak-hak tersebut di atas, perekam medis juga terikat dengan kewajibannya, yaitu:

1. menghormati hak pasien/klien;
2. menyimpan rahasia pasien/klien sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
3. memberikan data dan informasi kesehatan berdasarkan kebutuhan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
4. membantu program pemerintah dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat; mematuhi standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional.

B. SEJARAH PORMIKI

Organisasi profesi untuk perekam medis dan manajemen informasi kesehatan adalah **PORMIKI (Perhimpunan Profesional Perekam Medis dan Informasi Kesehatan Indonesia)**. PORMIKI didirikan di Jakarta pada tanggal 18 Februari 1989 oleh Panitia Kerja Pembinaan dan Pengembangan Sistem Pencatatan Medis Rumah Sakit (PPSPM), suatu panitia kerja di bawah Dinas Kesehatan DKI Jakarta (1981 – 1989) yang antara lain bertugas untuk membina manajemen rekam medis rumah sakit di Jakarta.

Pembentukan PORMIKI didukung penuh oleh Ketua Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia (PB IDI) pada waktu itu, dr. Azrul Azwar, MPH, serta Ketua Persatuan Sarjana Administrasi Jakarta Raya (PERSADI Jaya) pada waktu itu, Ir. drs. Razak Manan. Sebagai ketua umum pertama PORMIKI adalah ketua formatur pembentukan PORMIKI yaitu dra. Gemala Hatta, MRA.

Secara historis, pada tanggal 17 Desember 1981 Kepala Dinas Kesehatan DKI Jaya mengeluarkan suatu SK pembentukan Panitia Kerja (Panker) Pembinaan dan Pengembangan Sistem Pencatatan Medis Rumah Sakit (PPSPM) dengan No. 431/DKK.075.8/1981 dengan masa yang tidak terbatas. Ketua Panker ini adalah dra. Gemala Hatta, MRA dari RSAB Harapan Kita, Jakarta, sedangkan anggota-anggotanya berasal dari 10 rumah sakit yang berada di lingkungan DKI Jaya serta beberapa pejabat Dinas Kesehatan DKI Jaya.

Kegiatan PPSPM meliputi penyelenggaraan pelatihan rekam medis tingkat dasar dan lanjutan selama masing-masing dua setengah bulan, membuat Buletin *Medical Record* yang disebut BMR dan juga Majalah Informasi Kesehatan (MIK). Sebagai sarana KIE (komunikasi, informasi dan edukasi), BMR dan MIK ini diterbitkan setiap 3 bulan sekali dan sempat melahirkan 28 kali terbitan dengan nomor penerbitan International Serial Standar Number (ISSN) melalui Pusat Dokumentasi Ilmiah Nasional RI dan juga memiliki nomor penerbitan dari Departemen Penerangan RI dengan SK Men. Pen. RI No. 1032/SK/DITJEN PPG/STT/1985 tanggal 31 Desember 1985.

Didorong oleh PERSADI Jaya yang melihat bahwa rekam medis adalah bagian administrasi, maka akhirnya anggota PPSPM secara bulat menyetujui pendirian organisasi rekam medis. Selanjutnya, PPSPM mengundang berbagai unsur pemerintah, antara lain, Kementerian Kesehatan, BKKBN, RS ABRI, RS swasta, RS pemerintah, RS BUMN, serta organisasi profesi seperti IDI dan PERSADI Jaya pada tanggal 18 Februari 1989. Setelah berkonsultasi dengan Ketua Pusat Pembinaan dan Pengembangan Bahasa (PPPB) dan Kemendikbud, berdasarkan usulan dari Prof. Anton Moelyono selaku Ketua PPPB pada saat itu, akhirnya ditetapkan nama organisasi rekam medis tersebut adalah "**Perhimpunan Profesional Perkam Medis dan Informasi Kesehatan Indonesia**" yang kemudian disingkat menjadi **PORMIKI**.



Dengan telah berdirinya PORMIKI maka Kanwil Dinas Kesehatan DKI Jaya pada saat itu menganggap bahwa PORMIKI sudah cukup sebagai mitra atau partner pemerintah dalam pengembangan berbagai masalah tentang rekam medis. Akhirnya pada tanggal 5 April 1989, Panitia Kerja PPSPM mendapat SK penghentian dari Kepala Dinas Kesehatan DKI Jakarta Nomor: 0994/- 1.84.4.

Pada tahun 1992, bersamaan dengan pelaksanaan kongres PORMIKI ke-1 yang dihadiri oleh menteri kesehatan RI pada waktu itu, yaitu dr. Adhyatma, MPH, dan juga dihadiri oleh mantan presiden IFHRO (*International Federation of Health Records Organizations*) yaitu Prof. Phyllis J. Watson, MEd, MRA, PORMIKI dinyatakan secara resmi terdaftar sebagai anggota IFHRO (*country member*) ke-15.

IFHRO saat ini telah berganti nama menjadi IFHIMA (*International Federation of Health Information Management Association*).

C. TATA ORGANISASI PORMIKI

1. Visi PORMIKI

Visi PORMIKI saat ini sebagaimana ditetapkan dalam kongres ke-4 di Bali tahun 2003 yaitu "Manajemen Informasi Kesehatan yang Handal di Indonesia"

2. Tujuan Organisasi PORMIKI

Tujuan organisasi PORMIKI mencakup 3 (tiga) hal yaitu:

- a. membantu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui peningkatan sistem kesehatan nasional dengan membina dan mengembangkan sistem rekam medis dan informasi kesehatan;

- b. mengembangkan ilmu rekam medis dan sistem informasi kesehatan;
- c. memperjuangkan kepentingan organisasi serta meningkatkan profesi anggota.

PORMIKI dipimpin oleh seorang ketua umum di tingkat Dewan Pimpinan Pusat (DPP) yang berkedudukan di ibu kota negara, Jakarta. Dewan Pimpinan Daerah (DPD) dibentuk di ibu kota provinsi. Jika memungkinkan dengan jumlah anggota mencukupi, dapat dibentuk Dewan Pimpinan Cabang (DPC) pada tingkat kabupaten.

Hingga saat buku ini disusun, PORMIKI sudah mempunyai 26 Dewan Pimpinan Daerah (DPD) di 26 provinsi.

Setiap orang yang berprofesi dalam bidang rekam medis dan manajemen informasi kesehatan selayaknya menjadi anggota PORMIKI. Dengan menjadi anggota PORMIKI maka mereka akan dapat menambah pengetahuan, keterlibatan dalam pertemuan/diskusi berkala yang membahas tentang berbagai kemajuan profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan, serta konsultasi pengalaman antar sesama praktisi rekam medis dan informasi kesehatan.

Keanggotaan PORMIKI terdiri atas empat macam, yaitu anggota mahasiswa, anggota biasa, anggota luar biasa, dan anggota kehormatan.

- a. *Anggota mahasiswa*, yaitu mahasiswa yang sedang menempuh pendidikan D3, D4, S1, atau S2 bidang rekam medis dan manajemen informasi kesehatan.
- b. *Anggota biasa*, yaitu tenaga profesi rekam medis dan informasi kesehatan yang memiliki ijazah D3, D4, S1, atau S2 bidang rekam medis dan manajemen informasi kesehatan.
- c. *Anggota luar biasa*, yaitu tenaga di luar profesi Perekam Medis dan Informasi kesehatan yang berminat mengembangkan rekam medis dan informasi kesehatan.
- d. *Anggota kehormatan* adalah anggota biasa dan anggota luar biasa yang dianggap telah berjasa mengembangkan rekam medis dan informasi kesehatan.

Informasi lengkap mengenai PORMIKI dapat diakses melalui web resmi PORMIKI di www.pormiki.or.id

Sebagaimana suatu organisasi, PORMIKI memiliki Anggaran Dasar (AD) dan Anggaran Rumah Tangga (ART) sebagai perangkat organisasi.

Kongres PORMIKI dilaksanakan setiap 3 tahun sekali dengan diselingi satu kali rapat kerja nasional (rakernas) di antara dua kongres. Kongres PORMIKI yang telah dilaksanakan yaitu:

- a. kongres ke-1 PORMIKI tahun 1992 di Jakarta,
- b. kongres ke-2 PORMIKI tahun 1995 di Yogyakarta,
- c. kongres ke-3 PORMIKI tahun 1999 di Surabaya,
- d. kongres ke-4 PORMIKI tahun 2003 di Denpasar,
- e. kongres ke-5 PORMIKI tahun 2006 di Semarang,
- f. kongres ke-6 PORMIKI tahun 2009 di Bandung.
- g. kongres ke-7 PORMIKI tahun 2012 di Pontianak.
- h. kongres ke-8 PORMIKI tahun 2015 di Makassar.
- i. kongres ke-9 PORMIKI tahun 2018 di Medan.

Sejak berdirinya pada tahun 1989, hingga saat ini (2017) DPP PORMIKI telah mengalami pergantian ketua umum sebagai berikut.

Periode 1989-1992 : Dra. Gemala Hatta, MRA.

Periode 1992-1995 : Dra. Gemala Hatta, MRA.

Periode 1995-1999 : Dra. Gemala Hatta, MRA, MKes.

Periode 1999-2003 : Siswati, A.Md.PerKes.

Periode 2003-2006 : Siswati, A.Md.PerKes, SKM.

Periode 2006-2009 : Lily Widjaya, A.Md.PerKes, SKM, MM.

Periode 2009-2012 : Elise Garmelia, A.Md.PerKes, SKM

Periode 2012-2015 : Elise Garmelia, A.Md.PerKes, SKM

Periode 2015-2018 : Eman Sulaeman, A.Md.Perkes, SKM

Periode 2015-2018 : Tedy Hidayat, S.ST.RMIK, M.MRS



LATIHAN

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Apa kepanjangan dari PORMIKI?
- 2) Kapan PORMIKI berdiri?
- 3) Apa tujuan dibentuknya PORMIKI?
- 4) Siapa ketua umum PORMIKI yang pertama?
- 5) Siapa saja yang bisa menjadi anggota PORMIKI?

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Kepanjangan dari PORMIKI yaitu Perhimpunan Profesional Perkam Medis dan Informasi Kesehatan Indonesia.
- 2) PORMIKI dinyatakan berdiri pada tanggal 18 Februari 1989.
- 3) Tujuan organisasi PORMIKI mencakup 3 (tiga) hal yaitu:
 - a. membantu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui peningkatan sistem kesehatan nasional dengan membina dan mengembangkan sistem rekam medis dan informasi kesehatan;
 - b. mengembangkan ilmu rekam medis dan sistem informasi kesehatan;
 - c. memperjuangkan kepentingan organisasi serta meningkatkan profesi anggota.
- 4) Ketua umum DPP PORMIKI yang pertama adalah dra. Gemala Hatta, MRA
- 5) Orang-orang yang bisa menjadi anggota PORMIKI, yaitu:
 - a. setiap orang yang berprofesi dalam bidang rekam medis dan manajemen informasi kesehatan;
 - b. mahasiswa yang sedang menempuh pendidikan D III, D IV, S1, atau S2 bidang rekam medis dan manajemen informasi kesehatan;
 - c. tenaga di luar profesi Perkam Medis dan Informasi kesehatan yang berminat mengembangkan rekam medis dan Informasi kesehatan;
 - d. dan mereka yang dianggap telah berjasa mengembangkan rekam medis.

**RANGKUMAN**

PORMIKI (Perhimpunan Profesional Perkam Medis dan Informasi Kesehatan Indonesia) yang berdiri tanggal 18 Februari 1989 di Jakarta, merupakan organisasi profesi bidang rekam medis dan manajemen informasi kesehatan di Indonesia.

PORMIKI telah menjadi anggota IFHIMA (dahulu IFHRO), yaitu federasi manajemen informasi kesehatan internasional (*International Federation of Health Information Management Association*) sebagai anggota ke-15 (*country member*).

Dengan visi "Manajemen Informasi Kesehatan yang Handal di Indonesia", saat ini Dewan Pimpinan Daerah (DPD) PORMIKI telah terbentuk di 26 provinsi.

PORMIKI menyelenggarakan kongres 3 tahun sekali sebagai wadah tertinggi organisasi untuk menetapkan keputusannya. Rapat kerja nasional (rakernas) diselenggarakan di antara 2 kongres.



TES FORMATIF 3

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) PORMIKI didirikan pada tanggal
 - A. 17 Desember 1981
 - B. 31 Desember 1985
 - C. 18 Februari 1989
 - D. 5 April 1989

- 2) Visi PORMIKI yaitu
 - A. Manajemen Informasi Kesehatan yang andal di Indonesia
 - B. Rekam medis yang andal di Indonesia
 - C. Perekam medis yang andal di Indonesia
 - D. Rekam Kesehatan Elektronik yang andal di Indonesia

- 3) Keanggotaan PORMIKI terdiri atas anggota berikut ini, *kecuali*
 - A. anggota biasa
 - B. anggota luar biasa
 - C. anggota kehormatan
 - D. relawan

- 4) *Website* resmi PORMIKI yaitu
 - A. *www.pormiki.com*
 - B. *www.pormiki.co.id*
 - C. *www.pormiki.or.id*
 - D. *www.pormiki.net*

- 5) Kongres PORMIKI ke-1 dilaksanakan di
 - A. Jakarta
 - B. Bandung
 - C. Yogyakarta
 - D. Denpasar

Cocokkanlah jawaban Anda dengan Kunci Jawaban Tes Formatif 3 yang terdapat di bagian akhir modul ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian, gunakan rumus berikut untuk mengetahui tingkat penguasaan Anda terhadap materi Kegiatan Belajar 3.

$$\text{Tingkat penguasaan} = \frac{\text{Jumlah Jawaban yang Benar}}{\text{Jumlah Soal}} \times 100\%$$

Arti tingkat penguasaan: 90 - 100% = baik sekali

80 - 89% = baik

70 - 79% = cukup

< 70% = kurang

Apabila mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih, Anda dapat meneruskan dengan modul selanjutnya. **Bagus!** Jika masih di bawah 80%, Anda harus mengulangi materi Kegiatan Belajar 3, terutama bagian yang belum dikuasai.

Kunci Jawaban Tes Formatif

Tes Formatif 1

- 1) B.
- 2) C.
- 3) A.
- 4) D.
- 5) B.
- 6) D.
- 7) B.
- 8) A.
- 9) C.
- 10) A.

Tes Formatif 2

- 1) B.
- 2) D.
- 3) D.
- 4) D.
- 5) B.
- 6) A.
- 7) C.
- 8) D.
- 9) C.
- 10) B.

Tes Formatif 3

- 1) C.
- 2) A.
- 3) D.
- 4) C.
- 5) A.

Selamat, Anda telah selesai mempelajari Modul 1 (Sejarah perkembangan, pengertian dasar rekam medis, dan PORMIKI). Sebelum melanjutkan tahap belajar Anda ke Modul 2 (Aspek etika dan hukum dalam profesi RMIK), untuk menambah pemahaman dan wawasan Anda, silakan membaca buku-buku yang tercantum dalam daftar pustaka modul ini dan mengakses alamat *website* yang juga tercantum di situ.

Anda juga disarankan untuk mengakses dan menjadi anggota grup, *website*, atau blog yang membahas hal-hal seputar rekam medis dan manajemen informasi kesehatan, misalnya RanoCenter (www.ranocenter.net) atau grup RanoCenter di Facebook (<http://snipr.com/rc-on-fb>). Dengan menjadi anggota grup tersebut Anda akan bisa mengikuti perkembangan seputar rekam medis dan manajemen informasi kesehatan terkini.

Anda juga diharapkan untuk aktif mengikuti tutorial yang diselenggarakan serta berbagai seminar dan pelatihan bidang rekam medis dan manajemen informasi kesehatan agar mempercepat dan mempertajam pemahaman Anda dalam bidang yang sedang dipelajari.

Daftar Pustaka

- Abdelhak, M. [et al.]. (2007). *Health information: Management of a strategic resource* (3rd ed.). Missouri: Saunders Elsevier.
- Green, M.A., & Browie, M.J. (2005). *Essentials of health information management: Principles and practices*. Thomson Delmar Learning.
- Hatta, Gemala R. (2014). *Refleksi dari lampau hingga kini*. Dalam: Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan., editor. Jakarta: UI Press.
- Huffman, E.K. (1994). *Health information management*. Illinois: Psycians Record Company.
- John, M.L. (2002). *Health information management technology - An applied approach*. Chicago, Illinois: AHIMA.
- LaTour, K.M., & Shirley, E. (Eds). (2002). *Health information management - Concepts, principles, and practice*. Chicago: AHIMA.
- McMiller, K. (2000). *Being a medical record clerk* (2nd ed.). New Jersey: Prentice Hall Health Medical Clerical Series.
- Skurka, M.F. (1994). *Health information management in hospitals - Principles and organization for health record services*. Indiana: American Hospital Publishing Inc.
- WHO. (2004). *Developing health management information systems: A practical guide for developing countries*. Regional Office for the Western Pacific.
- WHO. (2006). *Medical record manual - A guide for developing countries, revised, and updated*. Western Pacific Region.

<http://www.ahima.org>

<http://www.ifhima.org>

<http://www.pormiki.or.id>

<http://www.apfirmik.or.id>

<http://www.ranocenter.weebly.com>

<http://www.facebook.com/groups/ranocenter>