

Sejarah Perkembangan, Pengertian Dasar Rekam Medis, dan PORMIKI

Dr. Rano Indradi, 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, bidang rekam medis akhirnya berkembang tidak hanya sebagai pengelola berkas saja tetapi lebih luas sebagai pengelola informasi kesehatan. Para profesional bidang rekam medis dan manajemen informasi kesehatan (RMIK) juga telah memiliki organisasi profesi yang mewadahi aspirasi dan arah perkembangan selanjutnya, yaitu PORMIKI (Perhimpunan Profesional Perekam Medis dan Informasi Kesehatan Indonesia).

Dalam perkembangannya, kompetensi yang harus dimiliki oleh seorang perekam medis tidak hanya sekedar 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 yang terbaik 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 handal 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.

Dengan menguasai pengertian dasar rekam medis maka akan menjadi pijakan dasar dalam mempelajari modul-modul berikutnya. Bagaimana mungkin akan bisa mengelola dengan baik sesuatu 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? Secara garis besar, 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.

Setelah mempelajari Modul 1 ini Anda diharapkan mampu menjelaskan sejarah perkembangan rekam medis dan perubahan paradigma dalam profesi perekam medis, pengertian dasar rekam medis, serta sejarah; visi; tujuan; dan tata organisasi PORMIKI.

KEGIATAN BELAJAR 1

Sejarah Perkembangan dan Paradigma Baru Rekam Medis

SEJARAH PERKEMBANGAN 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 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. Tabel berikut ini menunjukkan beberapa contoh praktik pendokumentasian tersebut di beberapa negara berikut 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), Sansekerta dan relief pahatan arca
Iran/Irak (Persia)	900 M	Catatan pada kertas

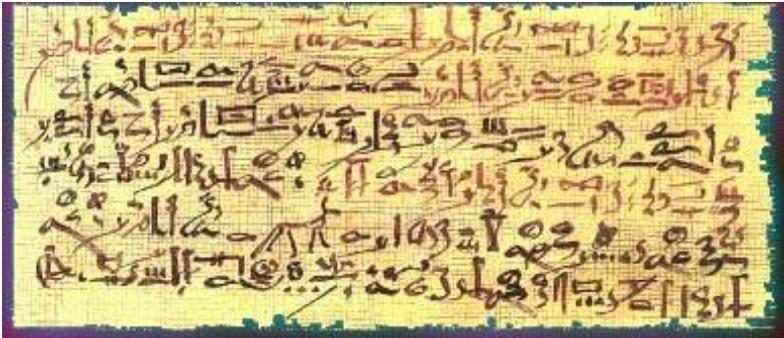
Keterangan : SM = sebelum masehi, M = masehi

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 samudra. Misalnya, banyak suku kuno di masa lampau yang melakukan praktik *trephinasi (brain surgery)*. Praktik kedokteran primitif ini dilakukan dengan melubangi kening pasien sakit jiwa dengan peralatan ‘bedah’ sehingga roh jahat bisa keluar dari badan yang sakit. Tidak diketahui berapa jumlah kesembuhan pasien dengan cara demikian. Namun garis sayatan pada tengkorak yang diteliti menunjukkan adanya tanda penyembuhan. Berarti, setelah dilakukan tindakan itu pasien masih mampu bertahan hidup antara mingguan hingga bulanan. Apapun maksudnya, namun praktik *trephinasi* ini amat menarik karena meskipun di masa itu suku-suku belum saling berkomunikasi namun terdapat kesamaan berpikir dan bertindak berdasarkan kendali naluri (*instinct*). Hal ini terungkap dari bentuk dokumentasi mereka terhadap praktik ‘kedokteran’ yang mereka lakukan terhadap pasien mereka.

Temuan dokumentasi tersebut juga menceritakan riwayat tabib/pendeta Spanyol kuno yang mampu melakukan amputasi beberapa jari tangan. Hal ini terlukis dalam dinding gua batu yang diduga terjadi pada 7.000 SM (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.

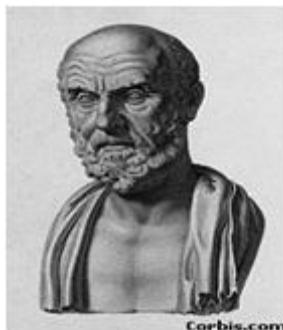
Para tabib Mesir kuno juga melakukan pendokumentasian praktik kesehatannya bersamaan dengan lahir dan majunya ilmu kedokteran. Salah satu tabib Mesir kuno yang amat tersohor bernama Thoth dan diagungkan sebagai dewa, serta Imhotep (3.000-2.500 SM) yang dikenal sebagai Bapak Pengobatan (*patron of medicine*). 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 diketemukan umumnya tanpa diketahui nama penulisnya (anonim). *Papyrus* ini kemudian sering diberi nama sesuai pemiliknya, misalnya Edwin Smith (1862), 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 Maseshi di Fayum, Lahun (Mesir).

Hippocrates (460SM) seperti tampak di bawah ini, adalah seorang tabib tersohor dari Yunina 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!



Bangsa Cina telah mendokumentasikan praktik pengobatan tradisional dari para tabibnya (sinshe) pada gulungan kertas, kayu, dan bambu. Catatan ini bersisi praktik tradisional akupunktur dan ramuan tumbuhan atau

binatang. Para sinthe 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.



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, ibu kota pemerintahan selalu berubah dari dinasti ke dinasti. Di setiap ibu kota pemerintahan, pastilah berdiri rumah sakit besar. Selain berfungsi sebagai tempat merawat orang-orang yang sakit (RS), 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.

RS 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. RS ini melayani masyarakat selama tujuh abad, dan bagiannya hingga kini masih ada.

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 (lihat gambar di bawah ini). Biasanya hasil karya itu menggunakan bahasa Jawa Kuno (Kawi), bahasa Bali termasuk Sansekerta, 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 yang ada kebanyakan tidak membahas tentang 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 pengraciknya yang terkadang merupakan keluarga bangsawan atau kerabat keraton (Jawa).

Pada pahatan relief candi Borobudur (peninggalan dinasti Syailendra abad ke-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) sekalipun.

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 ke 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 (priyai, kaum terpelajar, terpendang, dan pedagang).

2. Paradigma Baru Profesi MIK

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. Perhatikan kronologis penyesuaian nama profesi pengelolaan rekam medis dan manajemen informasi kesehatan, sebagai berikut di bawah ini!

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 sekedar mengurus DOKUMEN rekam medis.

Organisasi profesi ini di Amerika berganti namanya dari *American Medical Record Association* (AMRA) menjadi *American Health Information Management Association* (AHIMA) pada tahun 1994. 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, di tingkat 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 (sekarang Kementerian Pendidikan Nasional).

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 4 hal utama, yaitu perkembangan kedokteran (medis), manajemen pelayanan kesehatan, hukum kesehatan (peraturan perundangan yang terkait rekam medis), dan 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, berkembangnya teknologi diagnosis dan tindakan kedokteran, serta berkembangnya 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 antarsaryankes; hingga globalisasi pelayanan kesehatan juga sangat berpengaruh pada cara pengelolaan manajemen informasi kesehatan mulai dari cara pencatatannya, penyimpanan, pengolahan hingga penggunaannya.

Dalam bidang hukum kesehatan, sepanjang tahun 1960-an hingga 2010 telah banyak disusun dan diterbitkan berbagai peraturan perundangan terkait pelayanan kesehatan, baik secara langsung mengatur rekam medis maupun

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 pra sejarah menjalankan praktik MIK sesuai dengan tingkat peradabannya masing-masing, namun baru di awal abad ke-20 praktik MIK mulai berkembang maju. Dan, menjadi sangat berubah di akhir abad ke-20 seiring dengan munculnya revolusi dunia teknologi informasi dan komunikasi (TIK).

Pesatnya perkembangan bidang kedokteran, manajemen pelayanan kesehatan, hukum kesehatan, dan teknologi informasi & 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”.

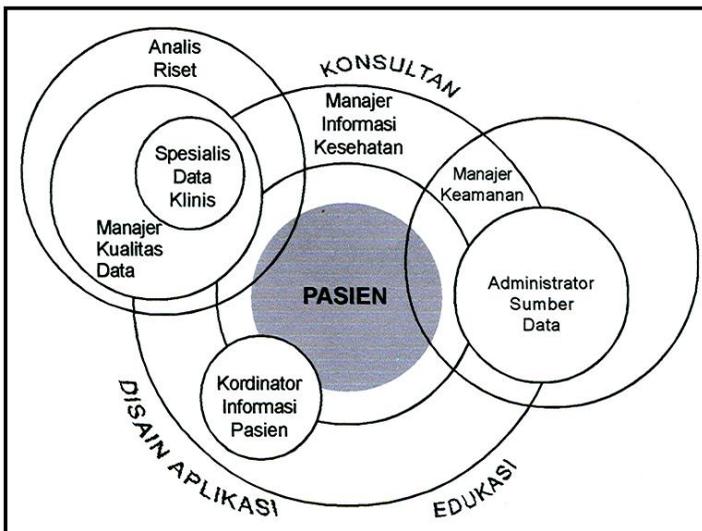
Perbandingan Paradigma MIK Lama (Tradisional) dan MIK Baru (Modern)

	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>

	MIK tradisional	MIK modern
Model produk	<p>Dalam bentuk fisik rekam medis (formulir, buku, dokumen).</p> <p>Jadi aktivitas petugas adalah menyimpan, mencari, 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 kewaspada 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>
Isi	<p>Umumnya isi atau data rekam medis terangkum dalam bentuk formulir.</p> <p>Aktivitas petugas banyak terbagi dan terbatas oleh disain 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 antar muka (<i>interface</i>) untuk kenyamanan dan kemudahan pengelolaan informasi rekam medis (umumnya dalam bentuk elektronik).</p>

	MIK tradisional	MIK modern
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 pen jagaan privasi yang meliputi keseluruhan bagian dari organisasi.</p> <p>Pengawasan, penelusuran jejak penggunaan informasi, dan penilaian risiko menjadi bagian yang penting dalam organisasi.</p>

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



Dari skema di atas tampak jelas bahwa seorang perekam medis sudah bukan hanya sebagai pengelola berkas rekam medis saja namun ada 7 peran penting yang menjadi dasar strategi profesional MIK dalam berkarier dan mengembangkan diri, yaitu:

- a. **Manajer Informasi Kesehatan (*health information manager*)**: dalam peran ini ia 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*)**: dalam peran ini ia bertanggung jawab terhadap fungsi manajemen data dalam berbagai aplikasi, termasuk kode klinis, keluaran manajemen, penanganan registrasi khusus dan *data base* untuk keperluan riset.
- c. **Koordinator informasi pasien (*patient information coordinator*)**: dalam peran ini ia 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*)**: dalam peran ini ia 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*)**: dalam peran ini ia bertanggung jawab dalam mengatur keamanan informasi secara elektronik, termasuk pelaksanaan audit kinerja.
- f. **Administrator sumber data (*data resource administrator*)**: dalam peran ini ia 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*)**: dalam peran ini ia 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), Sanssekerta 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:
 - 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.
 - 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.



RANGKUMAN

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 jaman 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 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 ke dalam buku register.

Pesatnya perkembangan bidang kedokteran, manajemen pelayanan kesehatan, hukum kesehatan, dan teknologi informasi & 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. semi tradisional
 - C. semi modern
 - 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 antar pembaca. Beberapa pengertian yang perlu disepakati meliputi berikut ini.

<p>Administrator Informasi Kesehatan (AIK)</p>	<p>Administrator Informasi Kesehatan (AIK) adalah sebutan bagi tenaga kesehatan profesional di bidang rekam medis dan informasi kesehatan</p>
<p>Rekam medis</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rekam medis adalah segala bentuk catatan/ rekaman dalam pelayanan kesehatan yang memenuhi unsur-unsur persyaratan sesuai peraturan perundangan yang berlaku. 2. Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. (Permenkes no.269/Menkes/Per/III/2008). 3. Rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. (UU No.29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 46 ayat 1).
<p>Pasien</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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). 2. 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).

	<p>3. 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. (Permenkes No.269/Menkes/ Per/III/2008)</p> <p>4. Pasien adalah setiap orang yang mendapat layanan kesehatan oleh tenaga kesehatan profesional sesuai peraturan perundangan yang berlaku,</p>
Pasien yang kompeten	<p>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)</p>
Departemen Rekam Medis	<p>Departemen Rekam Medis adalah unit/bagian/instalasi/ atau apapun penyebutan lainnya dalam suatu sana pelayanan kesehatan yang merupakan pengelola dan penanggung jawab terlaksananya pelayanan rekam medis.</p>
Tenaga kesehatan	<p>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 2009 tentang Kesehatan)</p> <p>Tenaga kesehatan yang diatur dalam Pasal 2 ayat (2) sampai dengan ayat (8) Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan terdiri dari:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. tenaga medis meliputi dokter dan dokter gigi; 2. tenaga keperawatan meliputi perawat dan bidan; 3. tenaga kefarmasian meliputi apoteker, analis farmasi dan asisten apoteker; 4. tenaga kesehatan masyarakat meliputi epidemiolog kesehatan, ventomolog kesehatan, mikrobiolog kesehatan, penyuluh kesehatan, administrator kesehatan dan sanitarian; 5. tenaga gizi meliputi nutrisisionis dan dietisien;

	<ol style="list-style-type: none"> 6. tenaga keterampilan fisik meliputi fisioterapis, okupasi terapis dan terapis wicara; 7. tenaga keteknisian medis meliputi radiografer, radioterapis, teknisi gigi, teknisi elektro medis, analis kesehatan, refraksionis optisien, orthotik prostetik, teknisi transfusi dan perekam medis.
Fasilitas pelayanan kesehatan	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)
Sarana pelayanan kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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) 2. Sarana pelayanan kesehatan: menurut UU Praktik Kedokteran yang dimaksud Sarana Pelayanan Kesehatan adalah tempat penyelenggaraan upaya pelayanan kesehatan yang dapat digunakan untuk praktik kedokteran atau kedokteran gigi. Sarana tersebut meliputi balai pengobatan, pusat kesehatan masyarakat, rumah sakit umum, rumah sakit khusus dan praktik dokter (sesuai dengan UU Kesehatan). (Manual Rekam Medis, Konsil Kedokteran Indonesia, 2006)

B. PENGERTIAN REKAM MEDIS

Meskipun peraturan perundang-undangan mewajibkan setiap petugas kesehatan menuliskan/merekam apapun 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.

Maka 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, SpPD
Klinik Mahindra Husada - Semarang

Ny. Saras S, 37 thn
Papahan, Tasikmadu, Karanganyar.
19 April 2010

Anamnesis: panas 3 hr, menetap, mual/muntah -, BAK/BAB -, 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, RR: 26x/mnt, t: 38,70C

Perintah: periksa lab darah rutin, serologi widal, serologi DHF, lab urin rutin, lab feses rutin.

Diagnosis: observasi febris

Tindakan: injeksi ampisilin 1mg i.m

----- ttd
Resep : Ampisilin 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 obat habis.

Dengan demikian, rekam medis dapat didefinisikan sebagai:

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.

1. **Rekam Medis Rawat Jalan** minimal memuat data tentang:
 - a. identitas pasien;
 - b. tanggal dan waktu;
 - c. hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
 - d. hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
 - e. diagnosis;
 - f. rencana penatalaksanaan;
 - g. pengobatan dan/atau tindakan;
 - h. pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien;
 - i. untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik;
 - j. persetujuan tindakan bila diperlukan.

2. **Rekam Medis Rawat Inap** minimal memuat data tentang:
 - a. identitas pasien;
 - b. tanggal dan waktu;
 - c. hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
 - d. hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
 - e. diagnosis;
 - f. rencana penatalaksanaan;

- g. pengobatan dan/atau tindakan;
 - h. persetujuan tindakan bila diperlukan;
 - i. catatan observasi klinis dan hasil pengobatan;
 - j. ringkasan pulang (*discharge summary*);
 - k. nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberi pelayanan kesehatan;
 - l. pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu;
 - m. untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.
3. **Rekam Medis Rawat Darurat** minimal memuat data tentang:
- a. identitas pasien;
 - b. kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan;
 - c. identitas pengantar pasien;
 - d. tanggal dan waktu;
 - e. hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
 - f. hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
 - g. diagnosis;
 - h. pengobatan dan/atau tindakan;
 - i. ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut;
 - j. nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
 - k. sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain;
 - l. pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
4. **Rekam Medis Dalam Kondisi Bencana** minimal memuat data seperti rekam medis rawat darurat ditambah dengan:
- a. jenis bencana dan lokasi di mana pasien ditemukan;
 - b. kategori kegawatan dan nomor pasien bencana massal;
 - c. identitas yang menemukan pasien.
5. Rekam medis untuk pelayanan dokter spesialis atau dokter gigi spesialis dapat dikembangkan sesuai kebutuhan

6. 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".

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).

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

Dengan kemajuan dan kemudahan teknologi saat ini, maka bisa saja dokter melakukan tindakan operasi sambil merekam semua hal yang dilakukannya dalam sebuah media *voice recorder* sebagai bentuk dari laporan operasinya. Untuk bisa memenuhi persyaratan sebagai rekam medis, maka hal-hal berikut ini juga harus direkam dalam media *voice recorder* tersebut, misalnya:

1. *voice recorder* harus sudah disiapkan dalam posisi merekam sebelum memulai tindakan operasi,
2. dokter mengucapkan informasi berikut ini agar terekam dalam *voice recorder*.

"Saat ini hari [*sebutkan hari*] tanggal [*sebutkan tanggal*] jam [*sebutkan jam*] WIB. Saya [*sebutkan nama lengkap dengan gelar*] sedang berada dalam ruang operasi RS [*sebutkan nama RS*] untuk melaksanakan operasi [*sebutkan nama operasinya*] terhadap pasien [*sebutkan nama pasien*] dengan nomor rekam medis [*sebutkan nomor rekam medisnya*].

Pasien telah ditidurkan di meja operasi dengan premedikasi [sebutkan obatnya]. Dilakukan [...dan seterusnya sebutkan apapun yang dilakukan, yang dilihat, dan sebagainya].

Operasi selesai. Alat dihitung lengkap.

Saat ini hari [sebutkan hari] tanggal [sebutkan tanggal] jam [sebutkan jam] WIB, saya [sebutkan nama lengkap dengan gelar] mengakhiri tindakan operasi [sebutkan nama operasinya] terhadap pasien [sebutkan nama pasien] dengan nomor rekam medis [sebutkan nomor rekam medisnya] di ruang operasi RS [sebutkan nama RS].

- proses perekaman kemudian dihentikan, hasil rekaman di-*save* dan alat perekam (*voice recorder*) kemudian dimatikan.

Dengan isi rekaman seperti tersebut di atas, maka seandainya rekaman tersebut diputar kembali dan didengarkan oleh orang lain (tentu saja yang berhak mengetahui isi rekaman tersebut) maka pendengar bisa mengetahui dan memahami tentang apa, siapa, di mana, bagaimana, kapan, kenapa, berapa, dan sebagainya berkaitan dengan kejadian yang direkam. Hal yang sama juga berlaku seandainya rekaman yang dimaksud dalam bentuk video.

Hasil rekaman suara seperti dalam contoh di atas dapat diserahkan kepada petugas yang berkompeten untuk didengarkan dan diketik menjadi laporan operasi menurut format yang telah ditentukan. Hasil ketikan tersebut kemudian akan diserahkan kepada dokter pelaksana operasi untuk dibaca dan diperiksa seandainya terdapat kekurangan atau hal yang belum sesuai dengan apa yang terekam. Setelah semua kekurangan diperbaiki maka laporan yang telah diketik tersebut ditandatangani oleh dokter yang bersangkutan. Dalam contoh ini, petugas yang berkompeten tersebut disebut sebagai transkripsionis medis (*medical transcriptionist*).

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 01.20.30.40
NAMA PASIEN : <i>Ca</i>	LA	PERKAWINAN : Sudah menikah		
NAMA AYAH / SUAMI :		UMUR : 57 - 11 - 7		
NAMA IBU :		AGAMA : ISLAM		
NAMA ISTRI :		GOL. DARAH : 0		
ALAMAT LENGKAP & NOMOR TELEPON: CARA BAYAR : Uang (Bayar Sendiri) -			KASUS POLISI : 1. YA 2. TIDAK	
TANGGAL LAHIR : 14/12/1949	TEMPAT LAHIR : PODIYAKARTA	NO. PESERTA PHB :	NO. ASURANSI LAIN :	
PEKERJAAN PASIEN / AYAH / SUAMI / ISTRI : Profesional		PNS, JAWAB : NY MERTINI BALUYU		
PENDIDIKAN PASIEN : S-1		PENDIDIKAN AYAH : Beluk Tahu		
PENDIDIKAN IBU : Beluk Tahu		PENDIDIKAN SUAMI / ISTRI : Beluk Tahu		
CARA MASUK RS / KIRIMAN DARI : Datang Sendiri	1. DOKTER LUAR	2. PARAMEDIS	3. RSU KABUPATEN	
	4. PUSKESMAS	5. DATANG SENDIRI	6. RS LAIN / KLINIK	
DIRAWAT YANG KE : 4	TANGGAL MASUK : 21/11/2007	JAM : 11:32:11	RUANG : KUSUMA	KELAS : VIP --- Bedah Orthopedi
DIAGNOSIS MASUK : <i>Hipotrofi Callus OS calcanei Sin</i>			KODE :	
NAMA PERAWAT RUANGAN YANG MENERIMA : <i>Mb</i>	NAMA PETUGAS TPP RAWAT INAP : Registrasi Khusus	NAMA DOKTER YANG MERAWAT : Tedjo Rukmo, Sp.BD, FICS		
TANGGAL KELUAR : 23-11-07	KEADAAN KELUAR RS : 1. SEMBUH <i>2</i> 2. BELUM SEMBUH 3. BELUM SEMBUH 4. MATI < 48 JAM 5. MATI > 48 JAM			
CARA KELUAR RS : <i>2</i>	1. BIZINKAN	2. PULANG PAKSA	3. LARI	4. PINDAH / RUJUK RS LAIN
DIAGNOSIS UTAMA : <i>Hipotrophi Callus OS calcanei Sin</i>			KODE :	
DIAGNOSIS LAIN : 1. - 2. - 3. -		KOMPLIKASI : 1. 2. 3.		KODE : 1. 1. 2. 2. 3. 3.
PENYEBAB LUAR CEDERA / KERACUNAN / MORFOLOGI NEOPLASMA :				
OPERASI / TINDAKAN : 1. <i>Efnis</i> 2.	GOL. OPERASI / TINDAKAN : <i>2</i>	TANGGAL OPERASI / TINDAKAN : 22.11.07	KODE OPERASI / TINDAKAN : 1. 2.	
INFEKSI NOSOKOMIAL :		PENYEBAB INFEKSI NOSOKOMIAL :		
IMUNISASI YANG PERNAH DIDAPAT :		1. BCG 4. DT	2. DPT 5. FOLIO	3. TIF 6. CAMPAK 7. LAIN :
PENGOBATAN RADIO TERAPI / KED. NUKLIR :			TRANSFUSI DARAH : CC	
SEBAB KEMATIAN :				
DOKTER YANG MEMULAKAN :		TANDA TANGAN <i>2</i>		

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) yang 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.

Medical Record Institute sebagai salah satu lembaga yang diacu untuk referensi bidang rekam medis menyebutkan:

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), written 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 Pasal 2 ayat (2) sampai dengan ayat (8) Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan terdiri dari:

1. tenaga medis meliputi dokter dan dokter gigi;
2. tenaga keperawatan meliputi perawat dan bidan;
3. tenaga kefarmasian meliputi apoteker, analis farmasi dan asisten apoteker;
4. tenaga kesehatan masyarakat meliputi epidemiolog kesehatan, ventomolog kesehatan, mikrobiologi kesehatan, penyuluh kesehatan, administrator kesehatan dan sanitarian;
5. tenaga gizi meliputi nutrisisionis dan dietisien;
6. tenaga keterampilan fisik meliputi fisioterapis, okupasi terapis dan terapis wicara;

7. tenaga keteknisian medis meliputi radiografer, radioterapis, teknisi gigi, teknisi elektromedis, analis kesehatan, refraksionis optisien, orthotik prostetik, teknisi transfusi dan perekam 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 apa yang dilakukannya terhadap pasien.

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/ atau bidan di tempat praktik pribadinya.

Pada prinsipnya, yang wajib mendokumentasikan pelayanan kesehatan adalah pemberi layanan. 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 (atau 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).

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 transaksi terapeutik (pemberian 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*).

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 x 24 jam setelah pulang dari perawatan inapnya.

Berkaitan dengan tempat, rekam medis wajib dibuat di manapun 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). Jadi,

kegiatan bakti sosial pengobatan massal atau pengobatan gratis juga wajib membuat rekam medis sesuai kaidah peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Secara ringkas dapat disebutkan bahwa:

Rekam medis wajib dibuat sesegera mungkin setiap kali terjadi layanan kesehatan di manapun dan dalam bentuk 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 detil 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 kamu lakukan & segera lakukan yang kamu tulis.

C. KOMPONEN REKAM MEDIS

Dokumen rekam medis pada umumnya terdiri dari beberapa komponen berikut ini.

1. Formulir rekam medis.
2. Pengikat lembar (*paper clip/ paper fastener*) untuk menyatukan lembar-lembar kertas.
3. Pembatas bagian (*divider*) untuk menjadi tanda batas antar episode pelayanan.
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 di mana 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 atau transaksi terapeutik***".

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 antar tenaga kesehatan,

d. *Pengelompokan 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 disain 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 sangat 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.
- 3) 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.

- 4) 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.
- 5) 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.
- 6) 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.
- 7) 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.
- 8) 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 keajegan penggunaan terminologi. Misalnya, jika menggunakan istilah umur, jangan gonta-ganti dengan istilah usia. Jika menggunakan istilah jenis kelamin maka jangan gonta-ganti dengan istilah sex dan istilah laki dan perempuan jangan gonta-ganti dengan istilah pria dan wanita.
- 9) Cantumkan keterangan secukupnya tentang arti istilah, singkatan, dan simbol yang digunakan.
- 10) Keajegan 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 & Keluar") diletakkan di sisi tepi kanan. Dengan menjaga keajegan lokasi maka pengisian dan pencarian bagian dari suatu formulir akan lebih mudah.

11) 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 dan penyakit saat ini, dan sebagainya.

- (a) **Aspek fisik formulir**, meliputi pemikiran tentang bahan, bentuk, ukuran, warna.
 - (1) 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).
 - (2) jika berupa formulir kertas, hendaknya semua formulir memiliki ukuran yang sama dan standar, biasanya A4.
 - (3) 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.
 - (4) warna dasar formulir hendaknya putih atau warna muda lainnya untuk menjaga nilai kontras antara warna dasar formulir dengan warna tintanya.
- (b) **Aspek anatomik formulir**, meliputi pemikiran tentang bagian kepala (*heading*), pendahuluan (*introduction*), perintah (*instruction*), isi (*body*), dan bagian penutup (*close*).
 - (1) **bagian kepala (*heading*)** meliputi judul (nama) formulir, subjudul, 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 penjilidan, penyimpanan, pelipatan, dan penataan formulir.
 - (2) **bagian pendahuluan (*introduction*)** berisi keterangan tambahan mengenai formulir. Jika memang bagian *heading* sudah cukup menggambarkan fungsi dan tujuan formulir

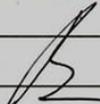
tersebut maka tidak perlu lagi ditambahkan bagian *introduction* ini.

- (3) **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.
 - (4) **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.
 - (5) **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).
- (c) Aspek pengisian formulir:
- (1) upayakan sesedikit mungkin pengisian formulir dengan cara menulis langsung. Upayakan pengisian dengan cara memilih, memberi tanda, dan sebagainya.
 - (2) 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.
 - (3) sediakan area (spasi) yang cukup untuk setiap item isian dan sesuai dengan cara pengisiannya (ditulis atau diketik).
 - (4) 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 dari berbagai macam formulir yang masing-masing memiliki fungsi tersendiri. Formulir yang digunakan dalam pelayanan rekam medis antara lain adalah sebagai berikut (Contoh formulir-formulir bisa dilihat di bagian lampiran buku ini):

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

RS Mahindra Husada Semarang		RINGKASAN RIWAYAT MASUK DAN KELUAR RS		NOMOR REKAM MEDIS 01.20.38.48	
					
NAMA PASIEN : Lk		PERKAWINAN : Sudah menikah			
NAMA AYAH / SUAMI :		UMUR : 57 - 11 - 7			
NAMA IBU :		AGAMA : ISLAM			
NAMA ISTRI :		GOL. DARAH : 0			
ALAMAT LENGKAP & NOMOR TELEPON :					KASUS POLISI :
CARA BAYAR : Uang (Bayar Sendiri) -					1. YA 2. TIDAK
TANGGAL LAHIR :	TEMPAT LAHIR :	NO. PESERTA PHB :	NO. ASURANSI LAIN :		
14/12/1949	YOGYAKARTA				
PEKERJAAN PASIEN / AYAH / SUAMI / ISTRI : Profesional		PNS. JAWAB : NY MERTINI WALUYO			
PENDIDIKAN PASIEN : S-1		PENDIDIKAN AYAH : Belum Tahu			
PENDIDIKAN IBU : Belum Tahu		PENDIDIKAN SUAMI / ISTRI : Belum 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 :	UNIT :
4	21/11/2007	11:32:11	KUSUMA	VIP ---	Bedah Orthopedi
DIAGNOSIS MASUK : <i>Hipotrapi Callus Os calcanei Sin</i>					KODE :
NAMA PERAWAT RUANGAN YANG MENERIMA :		NAMA PETUGAS TPP RAWAT INAP :		NAMA DOKTER YANG MERAWAT :	
<i>Mb</i>		Registrasi Kusuma		Tedjo Rukmoyo, 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					
CARA KELUAR RS : 1. DILIZINKAN 2. PULANG PAKSA 3. LARI 4. PINDAH / RUJUK RS LAIN					
DIAGNOSIS UTAMA : <i>Hipotrapi Callus Os calcanei Sin</i>					KODE :
DIAGNOSIS LAIN : -					KOMPLIKASI :
1. -					1. 1.
2. -					2. 2.
3. -					3. 3.
PENYEBAB LUAR CEDERA / KERACUNAN / MORFOLOGI NEOPLASMA :					
OPERASI / TINDAKAN :					
1. <i>Etnisi</i>		GOL. OPERASI / TINDAKAN : <i>gump</i>		TANGGAL OPERASI / TINDAKAN : 22.11.07	
2.				KODE OPERASI / TINDAKAN : 1. 2.	
INFEKSI NOSOKOMIAL :			PENYEBAB INFEKSI NOSOKOMIAL :		
IMUNISASI YANG PERNAH DIDAPAT :			1. BCG 2. DPT 3. TFT 4. DT 5. FOLIO 6. CAMPAK 7. LAIN :		
PENGOBATAN RADIO TERAPI / KED. NUKLIR :				TRANSFUSI DARAH :	
				CC	
SEBAB KEMATIAN :					
DOKTER YANG MEMULANGKAN :				TANDA TANGAN : 	

LEMBAR MASUK & KELUAR PASIEN

DI ISI OLEH TU RAWAT INAP, NAMA			Dirawat di RS yang ke 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			DIISI OLEH DOKTER					
NO.Registrasi			STATUS PERKAWINAN			INFESI NOSOKOMIAL					
No.REKAMMEDIS			1. Kawin 4. Duda 2. Belum kawin 5. Cerai 3. Janda			<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> 1. Inf kencing tak bergejala <input type="checkbox"/> 2. Inf kencing bergejala <input type="checkbox"/> 3. Inf sal cerna <input type="checkbox"/> 4. Inf sal nafas bawah <input type="checkbox"/> 5. Inf sal nafas atas <input type="checkbox"/> 6. Influka operasi <input type="checkbox"/> 7. Inf luka bakar <input type="checkbox"/> 8. Inf lain pada kulit <input type="checkbox"/> 9. Inf organ reproduksi <input type="checkbox"/> 10. Inf bakterimia <input type="checkbox"/> 11. Inf lainnya <input type="checkbox"/> 12. Inf tidak diketahui <input type="checkbox"/> 13. Decubitus					
NAMA			JENIS KELAMIN 1. Laki-laki 2. Perempuan								
ALAMAT			PENDIDIKAN								
Jl. Rv. Kelurahan			PEKERJAAN (12 - 13)								
Kecamatan			UMUR WAKTU MASUK (14-16)								
Kab / Kotamadya			UNTUK BAYI								
Propinsi			th bln hr								
SUKU BANGSA (10) 1. Indonesia 2. Asing		AGAMA KEPERCAYAAN (11) 1. Islam 4. Hindu 2. Protestan 5. Budha 3. Khatolik 6. Lain-lain		DIKIRIM OLEH :							
Nama Ayah/Suami		Umur		Kasus Polisi		TANGGAL	TGL	BLN	IHN		
Pendidikan				1. Ya 2. Tidak		MASUK	JAM				
Pekerjaan						(20 - 21)					
Nama Ayah/Suami		Umur		Kasus Polisi		KELUAR					
Pendidikan				1. Ya 2. Tidak		(22)	JAM				
Pekerjaan											
(18) 1. Umum 2. Melahirkan 3. Bayi lahir hidup			LAMANYA DIRAWAT (23 - 25)						PENYEBAB		
DIISI OLEH DOKTER									INFESI NOSOKOMIAL		
(19) SMF(19) 1. Peny Dalam 5. Kes Anak 8. Syaraf 2. Bedah 6. THT 9. Kes Jiwa 3. Kab & Kaud 7. Mata 10. Rehab Medik 4. Kulit dank Kelamin 11. ICU/CCU			Dokter jaga SMF/Ruang						<input type="checkbox"/> 1. Staphylococcus <input type="checkbox"/> 2. Streptococcus <input type="checkbox"/> 3. Pneumococcus <input type="checkbox"/> 4. E C OLI <input type="checkbox"/> 5. Klebsiela <input type="checkbox"/> 6. Pseudomonas <input type="checkbox"/> 7. Proteus <input type="checkbox"/> 8. Lain-lain <input type="checkbox"/> 9. Tidak diketahui		
Ruang	Kelas		Sebab dirawat								
(.....)											
Tanda tangan dan nama jelas											
DIAGNOSIS (JANAN DISINGKAT)	a. Penyakit utama cedera atau keadaan lain yang menjadi alasan dirawat (26-29)										
	b. Penyakit yang mendasari ad. A(32-35) jika berbeda dari a)										
	c. Komplikasi/ penyakit lain-lain(36-39)										
	d. Diagnosis tambahan (sebutkan akut/kronis) (40-43)										
OPERASI DADAKAN	Operasi / tindakan I (44-47)										
	Operasi / tindakan II (48-51)										
CATATAN :											
DIAGNOSIS HISTOPALOGI											
.....											
.....											
KEADAAN KELUAR (52)			CARA KELUAR								
1. Sembuh	4. Meninggal sebelum 24 jam		1. Atas persetujuan	4. Meninggal							
2. Perbaikan	5. Meninggal sesudah 24 jam		2. Pulang paksa	5. Lain-lain							
3. Lain-lain			3. Pindah RS lain								
TANDA TANGAN DAN NAMA DOKTER :											
UNTUK YANG MENINGGAL - KETERANGAN KEMATIAN HARUS DIISI DIHALAMAN SEBELAH											

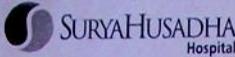
RS MAHINDRA HUSADA

RM.1b

LEMBARAN MASUK & KELUAR PASIEN

I	a. Penyakit tersebut dalam ruang a, disebabkan oleh (atau akibatnya)	Lamanya (kira-kira) Mulai sakit hingga meninggal dunia
b. peyakit – penyakit lain (bila ada) yang menjadi lantaran timbulnya sebab kematian tersebut pada a. dengan menyebut penyakit yang menjadi pokok pangkal terakhir	b. Penyakit tersebut dalam ruang b, disebabkan oleh (atau akibatnya) c. ....	..... ..... .....
II	Disamping penyakit-penyakit tsb Di atas, terdapat pula penyakit..........	..........
Penyakit-penyakit lain yang berarti dan mempengaruhi Pula kematian itu, tetapi tidak ada hubungannya dengan penyakit- penyakit tersebut dalam I. a. b. c	..........	..........
KETERANGAN KHUSUS UNTUK		
I. MATI KARENA RUDAPAKSA (vialanth death)		
a. Macam rudapaksa	a. Bunuh diri-Pembunuhan kecelakaan	
b. Cara kejadian rudapaksa	b.	
c. Sifat jelas (kerusakan tubuh)	c.	
II. KELAHIRAN MATI (stillbirth)		
a. Apakah ini janin lahir mati :	.....	ya / tidak
b. Sebab kelahiran mati :	.....
III. PERSALINAN – KEHAMILAN		
a. Apakah ini peristiwa persalinan :	.....	ya / tidak
b. Apakah ini peristiwa kehamilan :	.....	ya / tidak
IV. OPERASI		
a. Apakah disini dilakukan operasi :	.....	ya / tidak
b. Jenis operasi :	.....	ya / tidak
Palembang,		
Dokter yang memberikan keterangan sebab kematian :		
(.....)		
Tanda tangan dan nama jelas		

2) **Formulir "Persetujuan Perawatan"**: ditandatangani oleh pasien atau walinya pada saat masuk perawatan. Isi formulir ini terdiri dari 2 bagian. Bagian pertama merupakan pernyataan persetujuan dirawat dan bagian ke-2 (biasanya di bagian bawahnya) merupakan pernyataan persetujuan pelepasan dan penggunaan informasi dalam rekam medis tersebut untuk keperluan tertentu.



**FORMULIR PENDAFTARAN PASIEN RAWAT INAP
(PERNYATAAN/PERSETUJUAN RAWAT INAP)**



No. Rekam Medis / Tgl. Jam : Tgl. Jam Wita

Data Pasien

Nama :

Tanggal Lahir / Umur :

Alamat pasien :

Pekerjaan :

Nomor Telepon :

Dokter :

Kelas perawatan : *Gambuh/*Legong/*Pendet/*Baris/*Janger (*) Coret yang tidak perlu

Penanggung Jawab Pasien / Biaya

Nama / Umur :

Hubungan dengan pasien :

Alamat :

No. KTP :

Nomor Telepon :

Pekerjaan :

Penanggung Jawab Biaya

HC IKS Pribadi Asuransi Lain

Nomor Asuransi :

Nama Perusahaan/Asuransi :

Alamat Perusahaan/Asuransi :

Kontak Person :

Kelentuan Pendaftaran dan Peraturan RSU Surya Husadha :

- Pasien dan atau penanggung jawab pasien harus mengetahui terlebih dahulu tarif yang berlaku di RSU Surya Husadha baik secara lisan maupun tertulis dan melunasinya sebelum meninggalkan Rumah Sakit sesuai dengan jenis perawatan dan tindakan yang didapat.
 - Mentaati waktu berkunjung :
Siang : 11.00 - 14.00 Wita
Malam : 18.00 - 21.00 Wita
 - Kecuali apabila ada instruksi Dokter karena kondisi pasien yang tidak memungkinkan adanya kunjungan penunggu pasien **max 2 (dua)** orang kecuali pasien dalam keadaan kritis/gawat. Penunggu pasien akan menerima identitas penunggu berupa **Kartu Khusus Penunggu**. Kartu tersebut harap digunakan selama berada di Lingkungan RSU Surya Husadha. Penunggu pasien diharapkan turut menjaga **Lingkungan Rumah Sakit Bebas Rokok**.
 - Anak - anak sehat berumur < 12 tahun, tidak diijinkan untuk masuk keruang perawatan.
 - Untuk menghindari adanya obat palsu yang banyak beredar di Apotek/Toko Obat yang tidak bisa dipertanggung jawabkan dan pemakaian obat-obatan diluar standar yang telah ditetapkan oleh RSU Surya Husadha, maka seluruh pasien akan diwajibkan memakai obat - obatan, alkes dan cairan yang tersedia di RSU Surya Husadha.
 - Untuk pasien yang menggunakan jaminan atau tanggungan perusahaan / asuransi, maka surat jaminan dari perusahaan / asuransi sudah harus diserahkan dalam waktu 1 x 24 jam (hari kerja) setelah pasien masuk Rumah Sakit. Apabila dalam jangka waktu tersebut surat jaminan perusahaan belum diserahkan maka pasien akan diberlakukan sebagai pasien umum (bukan pasien dengan jaminan perusahaan / asuransi).
 - Pasien dan Penunggu Pasien diharapkan tidak membawa atau menyimpan uang (dalam jumlah besar), handphone, perhiasan dan barang berharga lainnya di Ruang Rawat Inap ataupun diareal RSU Surya Husadha, Manajemen RSU Surya Husadha tidak bertanggung jawab atas kehilangan barang - barang tersebut.
 - Bersedia mematuhi seluruh ketentuan dan prosedur dan peraturan lainnya yang berlaku di RSU Surya Husadha.
 - Apabila perawatan sudah mencapai Rp. 3.000.000,- (tiga juta rupiah), akan dibuatkan perincian sementara untuk ditagihkan ke pasien.
- Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya telah membaca, mengetahui, mengerti sepenuhnya dan menyatakan menyetujui semua syarat dan peraturan RSU Surya Husadha, seperti yang tercantum diatas.

Demikian pernyataan / persetujuan rawat inap ini saya buat dengan sebenarnya untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Denpasar, Penanggung Jawab Biaya Petugas Pendaftaran

(.....) (.....) (.....)

RSU SURYA HUSADHA
 Jl. Pulau Serangan No. 7 Denpasar
 Telp. (0361) 233787 Fax. (0361) 231177
 E-mail : info@suryahusadha.com Website : www.suryahusadha.com



SURYA HUSADHA
Hospital

Jl. P. Serangan No. 7 Denpasar - Bali
Telp. (0361) 233787 Fax. (0361) 231177

DP C.11 - 27 rev. 00



CERTIFICATE NO.18298

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Tanggal Lahir / Umur :

Jenis Kelamin :

Jenis Pasien : SHHC IKS Umum

Nomor Asuransi :

Alamat :

Hubungan dengan Penderita : pasien sendiri /

Dengan ini memberikan ijin kepada pihak RSU Surya Husadha untuk menerangkan kondisi penyakit saya / suami / istri / anak / kepada pihak perusahaan tempat saya bekerja untuk kelancaran pelayanan administrasi.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa ada unsur paksaan dari pihak manapun.

Denpasar,
Yang Membuat Pernyataan

(.....)

- 3) **Formulir korespondensi:** memuat informasi tentang pasien, misalnya surat rujukan, permintaan informasi, dan sebagainya.
- 4) **Formulir "Resume Medis":** merupakan lembar yang meringkas 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.

PEKAMAN TANDA™ VITAL



BIMC
HOSPITAL

VITAL SIGNS RECORD

SURNAME	MRN
GIVEN NAMES	
D.O.B.	SEX
DOCTOR'S NAME	

CM07

Ward: _____ Please use patient ID label when available

DATE	TIME		
TEMPERATURE	40		40
	39.5		39.5
	39		39
	38.5		38.5
	38		38
	37.5		37.5
	37		37
	36.5		36.5
	36		36
	35.5		35.5
	35		35
34.5		34.5	
BLOOD PRESSURE	240		240
	230		230
	220		220
	210		210
	200		200
	190		190
	180		180
	170		170
	160		160
	150		150
	140		140
PULSE	130		130
	120		120
	110		110
	100		100
	90		90
	80		80
	70		70
	60		60
	50		50
	40		40
	30		30
20		20	
10		10	
RESP			
O ₂ SATS			
O ₂ TYPE			
BOWELS			
PAIN SCALE	10		
	5		
	0		
Pain at Movement / Cough	Rest		
	X		
		(Verbal Numerical Rating Scale)	(Verbal Descriptor Scale)
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	no pain mild moderate severe very severe worst pain possible
COMMENTS			

VITAL SIGNS RECORD

- 6) **Formulir "Perjalanan Penyakit & Perintah Dokter"**: memuat catatan kondisi pasien yang didapatkan dari hasil pemeriksaan harian oleh dokter dan juga perintah/rencana tindakan untuk pasien tersebut. Informasi dalam formulir ini dijadikan acuan oleh perawat dan tenaga kesehatan lainnya untuk menindaklanjuti semua program perawatan yang telah direncanakan.

RS MAHINDRA HUSADA

RM.3

FORMULIR PERJALANAN PENYAKIT, PERINTAH DOKTER DAN CATATAN PERAWAT
(Kegiatan harian)

Nama pasien : Ruang Rawat : No. RM :
Umur : Jenis kelamin L/P Dokter : Tgl Masuk RS :

Tanggal	Perjalanan penyakit	Instruksi Dokter (Di isi dan di paraf oleh Dokter)	Paraf Nama	Catatan perawat (Di isi dan diparaf olehDokter)	Paraf Nama
Catatan	Formulir di isi oleh setiap dokter dan perawat yang bertanggung jawab atau yang bertugas merawat pasien				
	Setiap pencatatan disertai tanggal dan waktu pelaksanaan kegiatan, tanda tangan (paraf) dan nama jelas				

- 7) **Formulir "Asuhan Keperawatan"**: digunakan untuk mencatat semua aktivitas yang dilakukan oleh perawat berkaitan dengan tugas-tugas keperawatan terhadap pasien.

RSUP SANGLAH DENPASAR		RM. 4/RJ		
 RENCANA PERAWATAN		Ruangan/Kelas	NAMA : _____ L/P	
			UMUR : _____	
		No.RM/ID Pasien	_____	_____
TGL/ JAM	DIAGNOSA PERAWATAN	TUJUAN	RENCANA TINDAKAN PERAWATAN	PARAF/ NAMA TERANG

RSUP SANGLAH DENPASAR		RM 6e/RJ	
 PERSIAPAN/ RESUME KEPERAWATAN	Ruangan/Kelas	NAMA : _____	
		UMUR : _____	
		No. RM/ID Pasien	
Dirawat sejak: .....s/d.....			
Diagnosa		Medis	
pulang:..... saat			
Status pulang: <input type="checkbox"/> Atas ijin dokter		<input type="checkbox"/> Dirujuk	
<input type="checkbox"/> Meninggal dunia		<input type="checkbox"/> Atas permintaan sendiri	
Keadaan umum saat pulang:			
Suhu: .....°C	Nadi: .....x/mnt	Tensi: .....mmHg	
Pernafasan: .....x/mnt		BB: .....Kg	
Kesadaran:.....			
Pasien dirujuk ke: () Dokter pribadi		<input type="checkbox"/> Rumah Sakit	
		<input type="checkbox"/> Lain-lain	
Alat bantu yang masih terpasang saat pulang:			
<input type="checkbox"/> Tidak ada		<input type="checkbox"/> Infus	
<input type="checkbox"/> Kateter		<input type="checkbox"/> NGT	
<input type="checkbox"/> Oksigen		<input type="checkbox"/> Lain-lain	
Mobilisasi saat pulang: <input type="checkbox"/> Jalan			
<input type="checkbox"/> Tongkat		<input type="checkbox"/> Kursi roda	
<input type="checkbox"/> Brankard			
Masalah Keperawatan selama dirawat:			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
Tindakan Keperawatan yang telah dilakukan selama dirawat:			
1.		6.	
2.		7.	
3.		8.	
4.		9.	
5.		10.	
Masalah Keperawatan yang perlu ditindaklanjuti di rumah:			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
Penyuluhan Kesehatan yang diberikan:			
<input type="checkbox"/> Cara pemberian makan/minum		<input type="checkbox"/> Cara pemberian obat	
<input type="checkbox"/> Cara perawatan luka		<input type="checkbox"/> Cara melakukan teknik relaksasi	
<input type="checkbox"/> Cara batuk efektif		<input type="checkbox"/> Cara melakukan fisioterapi	
<input type="checkbox"/> Cara pengaturan diet		<input type="checkbox"/> Cara menjemur bayi kuning	
<input type="checkbox"/> Cara pengenceran/pemberian susu		<input type="checkbox"/> Memandikan bayi	
<input type="checkbox"/> Merawat bayi		<input type="checkbox"/> Merawat tali pusat	
<input type="checkbox"/> Perawatan tali pusat		<input type="checkbox"/> Tali pusat	

RM 6e/RI

RSUP SANGLAH DENPASAR

Pasien/keluarga mengatakan pengertiannya tentang penjelasan yang diberikan: Ya Tidak

Setelah diberikan penyuluhan, pasien/keluarga dapat mendemonstrasikan cara:

1.	6.
2.	7.
3.	8.
4.	9.
5.	10.

Mencocokkan gelang ibu pada bayi Ya Tidak

Nomor gelang ibu pada bayi:

Disaksikan orang tua bayi saat mencocokkan: Ya Tidak

Obat yang dibawa saat pulang:

1.	4.
2.	5.
3.	6.

Yang disertakan waktu pulang: RO USG ECG Echo CT/Scan PA (Foto copy) Lab

Surat Keterangan: Sakit/Opname Surat Istirahat Surat Kontrol

tgl/bln/thn.....Jam.....

Surat Kelahiran Surat Kematian

Rujukan Kartu Immunisasi Surat Tanda Bukti selesai Administrasi

Pulang ke alamat :

Nama Penjemput :

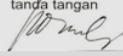
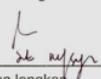
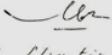
Hubungan dengan pasien :

Tanda tangan
Pasien/Keluarga
Denpasar,
Nama Perawat

		Date:			Date:			Date:			
		AM	PM	ND	AM	PM	ND	AM	PM	ND	
 <p>BIMC HOSPITAL NURSING CARE PLAN</p>		CM09									
		SURNAME						MRN			
		GIVEN NAMES									
		D.O.B.						SEX			
		DOCTOR'S NAME									
Please use patient ID label when available											
Test and Investigation	Bloods										
	X-Ray										
	ECG										
	Cultures										
	Other										
Consult / Referral	Comment if applicable										
Mental status	Alert										
	Oriented										
	Drowsy										
	Confused										
	Unconscious										
	Resistive to care, aggressive or agitated										
Assessment	Frequency	Day 1	Day 2	Day 3							
	TRP&BP										
	O2 Sats										
	Pain scale										
	GMR/Accu Check										
	Other/s:										
Treatment	O2 therapy										
	Medication: given as per Doctor's order										
	Other/s:										
Hydration, IV Therapy & Nutrition	IV therapy		Resite due:								
	Fluid restriction:										
	Normal diet										
	Special diet :										
Hygiene	Independent										
	Sponge										
	Assist sponge										
	Shower with chair: Full <input type="checkbox"/>			Assist <input type="checkbox"/>							
	Assist shower										
	Other/s e.g. oral care:										
Elimination	IDC /SPC										
	Voiding spontaneously										
	Bowel activity										
Pressure area care	Frequency:		Type:								
Wound management	Dressing/s										
	Frequency:										
	Items used and method										
Education	Reinforce and explain care given										
Discharge plans	Approximate length of stay:										
	Destination on D/C :										
	Follow up required: Yes <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>							
	Day&date:										
	Type of D/C e.g., evac, transfer:										
	Other:										

NURSING CARE PLAN

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

RS MAHINDRA HUSADA		NO. RM. 1 20 38 48
PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS	Nama : _____ Unit : <u>IKN/IKM</u> Lantai : <u>02</u>	Umur : <u>38</u> Ruang : <u>Rn</u> Kelas : <u>B</u>
PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS		
Saya, yang bertanda tangan di bawah ini : Nama : _____ Umur/Kelamin : _____ tahun, Laki-laki* / Perempuan** Alamat : _____ Bukti diri/KTP : _____ Menyatakan dengan sesungguhnya telah memberikan		
PERSETUJUAN		
Untuk dilakukan tindakan medis berupa ** <u>Efan</u> . Terhadap diri saya sendiri ³⁾ / Anak ⁴⁾ / Istri ⁵⁾ / Suami ⁶⁾ / Ayah ⁷⁾ / Ibu saya ⁸⁾ , dengan Nama : _____ Umur/Kelamin : _____ tahun, Laki-laki* / Perempuan* Alamat : _____ Dirawat di : _____ Nomor RM : 1 20 38 48		
yang tujuan, sifat, dan perlunya tindakan medis tersebut diatas, serta resiko yang dapat ditimbulkannya dan upaya mengatasinya telah cukup dijelaskan oleh dokter dan telah saya mengerti sepenuhnya.		
Demikian persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.		
dokter tanda tangan  _____ Nama lengkap	Tgl. <u>21</u> Bulan <u>okt</u> tahun <u>2017</u> Yang membuat pernyataan tanda tangan  _____ Nama lengkap	
Saksi dari Rumah Sakit, Perawat Bangsal/Rawat Jalan tanda tangan  _____ Nama lengkap	Saksi dari keluarga tanda tangan  _____ Nama lengkap	

** Isi dengan jenis tindakan medis yang akan dilakukan
 * Lingkari dan coret yang lain



RUMAH SAKIT BETHESDA
Jln. Jendral Sudirman 70
YOGYAKARTA

RM25

No. Rekam Medis

No Registrasi

Nama :

Tanggal Lahir ; Umur

Jenis Kelamin Ruang/Klinik:.....

INFORMED CONSENT
(PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN)

PEMBERIAN INFORMASI

Dokter Pelaksana Tindakan	
Pemberi Informasi	
Penerima Informasi*)	

*) Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali/ keluarga terdekat.

No	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	PARAP Diisi pasien/kel
1	Diagnosis dan keadaan kesehatan pasien		
2	Nama dan tujuan tindakan		
3	Alternatif tindakan lain dan masing masing risikonya		
4	Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi		
5	Prognosis thd tindakan		
6	Perkiraan biaya tindakan		
7	Lain-lain		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi (Dokter yang memberikan tindakan)			TTD Dokter
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri parap di kolom kanannya dan telah memahaminya			TTD Pasien*)

PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Yang betanda tangan di bawah ini saya nama:..... Umur:..... Th, Laki-laki/ perempuan, alamat :

Dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukan tindakan : terhadap saya/..... saya bernama : Umur : Th, Laki-laki/ perempuan alamat :

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang timbul.

Saya juga menyadari bahwa oleh karena Ilmu Kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan sangat tergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Kuasa.

Yogyakarta, tanggal....., Pukul.....

Saksi I Saksi II

Yang Menyatakan :

(.....) (.....) (.....)
 Pasien/Wali hub kel..... Hub Kel. Perawat/bidan:.....

PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN



RUMAH SAKIT BETHESDA
Jln. Jendral Sudirman 70
YOGYAKARTA

RM25.01

No. Rekam Medis
 No Registrasi
 Nama :
 Tanggal Lahir ; Umur
 Jenis Kelamin Ruang/Klinik:

INFORMED CONSENT
 (PENOLAKAN TINDAKAN KEDOKTERAN)

PEMBERIAN INFORMASI	
Dokter Pelaksana Tindakan	
Pemberi Informasi	
Penerima Informasi*)	
*) Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali/ keluarga terdekat.	

No	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	PARAP Diisi pasien/kel
1	Diagnosis dan keadaan kesehatan pasien		
2	Nama dan tujuan tindakan		
3	Alternatif tindakan lain dan masing masing risikonya		
4	Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi		
5	Prognosis tid tindakan		
6	Perkiraan biaya tindakan		
7	Lain-lain		

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi (Pemberi informasi/pelaksana tindakan) TTD Dokter

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri parap di kolom kanannya dan telah memahaminya TTD Pasien*)

PENOLAKAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Yang betanda tangan di bawah ini saya nama: Umur: Th, Laki-laki/ perempuan, alamat :

Dengan ini menyatakan **MENOLAK** untuk dilakukan pengobatan/tindakan kedokteran/rawat inap**):
 terhadap saya/ saya bernama :
 Umur : Th. Laki-laki/perempuan **)alamat :

Saya memahami akan risiko dan serta kemungkinan yang timbul akibat tidak dilakukannya pengobatan/rawat inap/tindakan kedokteran/rawat inap**) yang dianjurkan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas.

Yogyakarta, tanggal, Pukul

Saksi I Saksi II

Yang Menyatakan :

(.....) (.....) (.....)
 Pasien/Wali hub kel..... Hub Kel. Perawat/bidan:.....

****): coret yg tidak diperlukan**

PENOLAKAN TINDAKAN KEDOKTERAN

JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	PARAP Diisi pasien/kel
Diagnosis dan keadaan kesehatan pasien	<ul style="list-style-type: none"> • Temuan klinis dan hasil pemeriksaan medis hingga saat tersebut • Diagnosis (bila belum ditegakkan sekurang-kurangnya diagnosis kerja atau diagnosis banding) • Indikasi atau keadaan klinis pasien yg membutuhkan dilakukannya tindakan kedokteran • Prognosis bila dilakukan tindakan dan bila tidak dilakukan tindakan 	
Nama dan tujuan tindakan	<ul style="list-style-type: none"> • Nama tindakan • Tujuan tindakan kedokteran yg dapat berupa tujuan preventif,diagnostik, terapeutik, ataupun rehabilitatif <ul style="list-style-type: none"> • Tata cara pelaksanaan tindakan , apa yg akan dialami pasien selama dan sesudah tindakan , efek samping atau ketidak nyamanan yang mungkin terjadi. 	
Alternatif tindakan lain dan masing masing risikonya	<ul style="list-style-type: none"> • Kelebihan dan kekurangan tindakan dibandingkan dengan yang direncanakan • risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi pada masing-masing alternatif tindakan ,termasuk risiko bila tidak dilakukan tindakan • perluasan tindakan yang mungkin dilakukan untuk mengatasi ekadaan darurat akibat risiko dan komplikasi tersebut atau keadaan tak terduga lainnya. 	
Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi	<p>Penjelasan tentang risiko dan komplikasi tindakan kedokteran adalah semua risiko dan komplikasi yg dpt terjadi mengikuti tindakan yg dilakukan, kecuali :</p> <ul style="list-style-type: none"> • risiko dan komplikasi yg sudah menjadi pengetahuan umum • risiko dan komplikasi yg sangat jarang terjadi atau yg dampaknya sangat ringan • risiko dan komplikasi yg tidak dpt dibayangkan sebelumnya (unforeseeable) 	
Prognosis thd tindakan	<p>Penjelasan prognosis meliputi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prognosis tentang hidup-matinya (ad-vitam) • Prognosis tentang fungsinya (ad-function) • Prognosis tentang kesembuhan (ad-sanationem) 	
Lain-lain		

PERSETUJUAN TITIKAN MEDIK



BIMC
HOSPITAL
OPERATION CHECK AND
CONSENT FORM

SURNAME	MRN
GIVEN NAMES	
D.O.B.	SEX
DOCTOR'S NAME	

Please use patient ID label when available

Doctor to complete
The doctor has discussed the patient's present condition and the various ways it may be treated.
The patient has consented to the following:

Please print operation/procedure in full and indicate side if applicable

The doctor has also told me that:

- An anaesthetic, medications, or blood transfusion may be needed and these have some risks;
- Additional procedures or treatments may be needed if the doctor finds something unexpected;
- Complications may occur;
- The procedure/treatment may not give the expected result, even though the procedure/treatment is carried out with due professional care.
- I understand that undergoing the procedure/treatment carries risks. I have had the opportunity to ask questions. I am satisfied with the explanation and the answers to my questions.

I request and consent to the procedure/treatment described above.
I understand that the consultant in charge may not perform the procedure.
I accept the risk involved in the procedure/treatment.
I also consent to anaesthetics, medicines or other treatments which could be related to this procedure/treatment.
If the doctor finds something unexpected during the procedure/treatment, I also consent to the doctor treating it.
I consent to blood transfusion if needed: YES NO
If a needlestick/sharps injury occurs to staff during any operation I give my permission for blood to be taken and tested for HIV and other blood borne disorders.
I do not agree to having: _____

Name of excluded procedure/treatment

Patient/guardian to sign:
My signature below indicates my acknowledgement that I have read and agree to the above.

Signature of patient	Print name	Date
Signature of person consenting if not the patient	Relationship to the patient	Print name (guardian) Date

Doctor to sign:
I have informed this patient/guardian as detailed above, including the nature, likely results and relevant foreseeable risks of the procedure/treatment.

Signature of doctor	Date
Print name or stamp	

Interpreter to sign:
I confirm that I have accurately interpreted the contents of this form and the related conversations between the patient and doctor.

Signature:	Name:	Date:

OPERATION CHECK AND CONSENT FORM

- 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 ditandatangani oleh dokter yang melakukan operasi dan (bila perlu) asisten yang membantu pelaksanaan operasi.

RS MAHINDRA HUSADA				NO. RM. 20 35 48			
LAPORAN OPERASI / TINDAKAN		Nama :		Umur : 89 th.			
		Unit :		Lantai :		Ruang : VIP Kelas :	
Nama ahli bedah			Nama Asisten			Nama Perawat	
Nama ahli Anestesi					Jenis Anestesi SA / TETA		
Jaringan yang di-eksisi/-insisi Tulang				Dikirim untuk Pemeriksaan PA <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak			
Nama / Macam Operasi / Tindakan Ebon							
Tanggal Operasi / Tindakan 22.11.07		Jam Operasi / Tindakan Dimulai 09.00		Jam Operasi / Tindakan Selesai 09.30		Lama Operasi / Tindakan 30'	
Diagnosis Pra Bedah Hipertofi Callus Os Calcanei Sr							
Diagnosis Pasca Bedah _____							
Tindakan pembedahan 1. Ebon 2. _____ 3. _____ 4. _____				Klasifikasi			
				<input type="checkbox"/> Emergensi		<input type="checkbox"/> Canggih		☒ Khusus
<input checked="" type="checkbox"/> Elektif		<input type="checkbox"/> Poliklinik		<input type="checkbox"/> Sedang		<input type="checkbox"/> Kecil	
<input type="checkbox"/> O D C							
Laporan Operasi / Tindakan (Jika perlu dapat dilanjutkan di halaman sebaliknya).							
<p>1) Sa. GA, masalah decubita 4x, prep & druping</p> <p>2) Dilakukan insisi pd. patela medialis total ± 5cm, sampai logitudinal</p> <p>3) Lunas dipredakan luas dan lurus.</p> <p>4) Fasia dibuka tempat callus hipertofi.</p> <p>5) Ebon total. uk : 2x1 cm</p> <p>6) Control Bleeding.</p> <p>7) Tutup luka OP</p> <p>8) OP Selesai</p>							
						Dokter yang mengerjakan	
						 _____ Nama lengkap	

- 10) **Formulir "Laporan Persalinan & Identifikasi Bayi"**: digunakan untuk mencatat seluruh kegiatan dan kondisi selama proses persalinan, termasuk mencatat hal-hal detil 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 Keluar.
- 2) Lembar Persetujuan Perawatan (dan persetujuan penggunaan informasi medis).
- 3) Lembar korespondensi.
- 4) Lembar Ringkasan Keluar.
- 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.

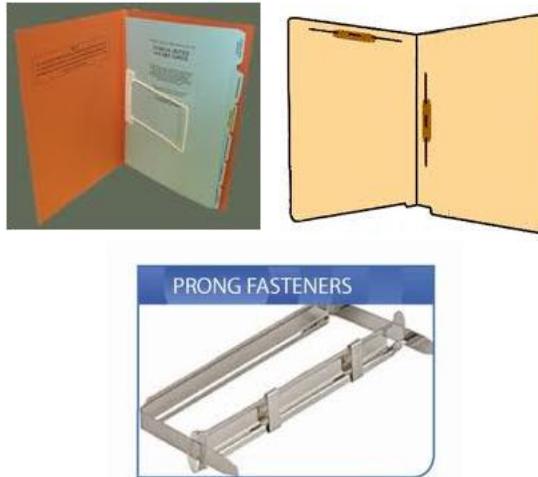
Perlu ditegaskan kembali bahwa **urutan di atas** merupakan **urutan berkas rekam medis setelah pasien pulang** dan bukan merupakan urutan berkas rekam medis selama pasien sedang dirawat di bangsal rawat inap.

h. Pengikat lembar (clip/fastener)

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.



i. *Pembatas bagian (divider/ tab)*

Divider atau tab 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 keluar 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 pertanda (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 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 subdivider untuk memisahkan kunjungan rawat jalan (RJ) ke spesialis tertentu, misalnya "Klinik Hipertensi", "Klinik Jantung", "Klinik Kandungan", dan sebagainya.



j. Map rekam medis (folder)

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

k. Disain 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.

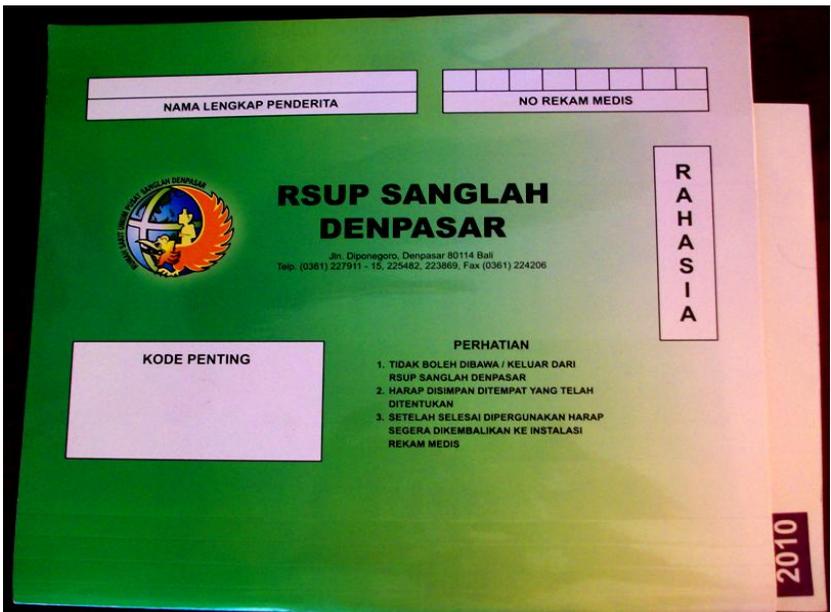
l. Fungsi folder rekam medis

- 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 disain *folder* rekam medis:



Informasi medis tidak boleh dicantumkan pada *folder*.



1-32-57-61

TAHUN KUNJUNGAN :

2007
2008
2009
2010
2011

DEPARTEMEN KESEHATAN RI
RSUP DR. SARDJITO YOGYAKARTA
1962

DEPARTEMEN KESEHATAN RI.
INSTALASI CATATAN MEDIS
RSUP DR. SARDJITO
YOGYAKARTA

CATATAN PENTING

PERHATIAN :
UNTUK KELANCARAN PELAYANAN PASIEN,
SELAIN INSTALASI CATATAN MEDIS TIDAK BOLEH
MEMBAWA DAN MENYIMPAN REKAM MEDIS

D. 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).

2. 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:

- a. 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;
- b. nomor rekam medis dan nomor identitas lainnya (misalnya nomor asuransi);
- c. alamat lengkap (nama jalan/gang/blok, nomor rumah, wilayah, kota, dan kode pos);
- d. tanggal lahir (tanggal, bulan, tahun) dan kota tempat kelahiran;
- e. jenis kelamin (perempuan atau laki-laki);
- f. status pernikahan (belum menikah, menikah, janda, duda);
- g. nama dan alamat keluarga terdekat yang sewaktu-waktu dapat dihubungi
- h. tanggal dan waktu saat terdaftar di tempat penerimaan pasien rawat inap/rawat jalan/gawat darurat;
- i. 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 pertanggungjawaban pembiayaan pasien.

Mengenai lembar-lembar formulir yang berisi pernyataan pasien tentang pemberian izin 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):

- a. lembaran pengesahan untuk melepaskan informasi;
- b. lembar sertifikat kelahiran atau kematian;
- c. lembar korespondensi yang berkaitan dengan permintaan informasi dari rekam medis;
- d. lembar klaim yang dapat dihubungkan dengan pasien (*patient-identifiable*);
- e. lembar telaah kualitas data untuk penjagaan mutu layanan dan manajemen utilisasi;
- f. lembar tanda identitas pasien (nomor rekam medis, tanda biometrik, dan sebagainya);
- g. 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.

3. 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.

- a) formulir anamnesis, berisi:
 - 1) riwayat penyakit/operasi/trauma yang pernah diderita;
 - 2) riwayat dan kondisi penyakit yang sedang dikeluhkan saat ini;
 - 3) riwayat penyakit serupa atau yang terkait dalam keluarga.
- b) formulir pemeriksaan fisik, berisi:
 - 1) keadaan umum;
 - 2) tanda vital: tekanan darah, suhu, pernafasan;
 - 3) 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 & aliran darah (kardiovaskular), sistem pernafasan (respirasi), sistem pencernaan (digesti), sistem perkemihan (urinaria), sistem kelamin (reproduksi), sistem saraf (*nervous*), sistem kelenjar (endokrin).
- c) formulir konsultasi (terhadap tenaga kesehatan sebidang yang dianggap lebih mampu atau terhadap spesialis bidang lain yang dianggap terkait);
- d) formulir pemeriksaan laboratorium;
- e) formulir pemeriksaan radiologi;
- f) formulir pemeriksaan/tindakan penunjang lainnya (misalnya fisioterapi, terapi wicara, terapi okupasi, kejiwaan/ psikiatri, dan sebagainya);
- g) formulir laporan hasil suatu tindakan (misalnya laporan operasi, laporan persalinan, laporan kematian, laporan pemasangan/pelepasan alat bantu, dan sebagainya);
- h) formulir perintah atau rencana tindakan dokter;
- i) formulir catatan perkembangan kondisi pasien (*progress notes*);
- j) formulir ringkasan masuk dan keluar;
- k) formulir resume medis;
- l) dan sebagainya.

E. BENTUK 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, maka 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 di lembar 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 di kelompok 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, ketidakajegan (inkonsisten), atau tidak dicantumkannya 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.

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 Bab 5 (Rekam Kesehatan Elektronik) buku ini.

4. Manfaat & 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 (1) tujuan primer dan (2) tujuan sekunder.

a. Tujuan Primer

Bagi pasien adalah sebagai berikut.

- 1) Mencatat jenis pelayanan yang telah diterima.
- 2) Bukti pelayanan.
- 3) Memungkinkan tenaga kesehatan dalam menilai dan menangani kondisi risiko.
- 4) Mengetahui biaya pelayanan.

Bagi pihak pemberi layanan kesehatan adalah sebagai berikut.

- 1) Membantu kelanjutan pelayanan (sarana komunikasi).
- 2) Menggambarkan keadaan penyakit dan penyebab (sebagai pendukung diagnostik kerja).
- 3) Menunjang pengambilan keputusan tentang diagnosis dan pengobatan.
- 4) Menilai dan mengelola risiko perorangan pasien.
- 5) Memfasilitasi pelayanan sesuai dengan pedoman praktik klinis.
- 6) Mendokumentasi faktor risiko pasien.
- 7) Menilai dan mencatat keinginan serta kepuasan pasien.
- 8) Menghasilkan rencana pelayanan.
- 9) Menetapkan saran pencegahan atau promosi kesehatan.
- 10) Sarana pengingat para klinisi.

- 11) Menunjang pelayanan pasien.
- 12) Mendokumentasikan pelayanan yang diberikan

Bagi pihak manajemen pelayanan pasien adalah sebagai berikut.

- 1) Mendokumentasikan adanya kasus penyakit gabungan dan praktiknya.
- 2) Menganalisis kegawatan penyakit.
- 3) Merumuskan pedoman praktik penanganan risiko.
- 4) Memberikan corak dalam penggunaan pelayanan.
- 5) Dasar penelaahan dalam penggunaan sarana pelayanan (utilisasi).
- 6) Melaksanakan kegiatan menjaga mutu.

Bagi pihak penunjang pelayanan pasien adalah sebagai berikut.

- 1) Alokasi sumber.
- 2) Menganalisis kecenderungan dan mengembangkan dugaan.
- 3) Menilai beban kerja.
- 4) Mengomunikasikan informasi berbagai unit kerja.

Bagi pihak pengelola pembayaran dan penggantian biaya pelayanan pasien adalah sebagai berikut.

- 1) Mendokumentasikan unit pelayanan yang memungut biaya pemeriksaan.
- 2) Menetapkan biaya yang harus di bayar.
- 3) Mengajukan klaim asuransi.
- 4) Mempertimbangkan dan memutuskan klaim asuransi.
- 5) Dasar dalam menetapkan ketidakmampuan dalam pembayaran (mis. kompensasi pekerja).
- 6) Menangani pengeluaran.
- 7) Melaporkan pengeluaran.
- 8) Menyelenggarakan analisis aktuarial (tafsiran pra penetapan asuransi).

b. Tujuan sekunder

- 1) Edukasi
 - (a) Mendokumentasikan pengalaman profesional di bidang kesehatan.
 - (b) Menyiapkan sesi pertemuan dan presentasi.
 - (c) Bahan pengajaran.

- 2) Regulasi
 - (a) Bukti pengajuan perkara ke pengadilan (litigasi).
 - (b) Membantu pemasaran pengawasan (*surveillance*).
 - (c) Menilai kepatuhan sesuai standar pelayanan.
 - (d) Sebagai dasar pemberian akreditasi bagi profesional dan rumah sakit.
 - (e) Membandingkan organisasi pelayanan kesehatan.
- 3) Riset
 - (a) Mengembangkan produk baru.
 - (b) Melaksanakan riset klinis.
 - (c) Menilai teknologi.
 - (d) Studi keluaran pasien.
 - (e) Studi efektivitas serta analisis manfaat dan biaya pelayanan pasien.
 - (f) Mengidentifikasi populasi yang berisiko.
 - (g) Mengembangkan registrasi dan pangkalan data (*data base*).
 - (h) Menilai manfaat dan biaya sistem rekaman.
- 4) Pengambilan kebijakan

Mengalokasikan sumber-sumber.
Melaksanakan rencana strategis.
Memonitor kesehatan masyarakat.
- 5) Industri
 - (a) Melaksanakan riset dan pengembangan.
 - (b) Merencanakan strategi pemasaran.

Dari sudut pandang yang lain, penggunaan rekam medis dapat pula dikelompokkan berdasarkan penggunanya. 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
 - Dokter gigi
 - Ahli gizi

- Teknisi laboratorium
- Perawat
- Bidan
- Fisioterapis
- Terapis wicara
- Okupasi terapis
- Optometris
- Ahli farmasi
- Psikolog
- Radiografer
- Terapis lain
- Pekerja sosial
- Petugas kamar jenazah

Penerima pelayanan (konsumen)

- Pasien
- Keluarga

2) Pengguna perorangan sekunder:

Manajer Pelayanan dan Penunjang Pasien

- Pimpinan instansi pelayanan kesehatan
- Keuangan
- Ketua komite menjaga mutu
- Profesional manajemen informasi kesehatan (administrator rekam medis/kesehatan = MIK)
- Tenaga di unit pelayanan
- Ketua program telaahan utilisasi
- Ketua program risiko pelayanan

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 :

- (a) 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 penyalahgunaan zat
- (b) Manajemen dan Telaahan Pelayanan
 - Tim menjaga mutu
 - Tim manajemen risiko
 - Tim utilisasi
- (c) Pihak Pengganti Biaya Rawat
 - kantor pasien
 - Asuransi Bag. Kepegawaian
- (d) Riset
 - Unit registrasi penyakit (mis. kanker)
 - Organisasi yang mengelola data (mis. 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
- (e) Edukasi
 - Program pendidikan kesehatan berjenjang yang terkait
 - Fakultas kedokteran
 - Fakultas/Program (D3) Keperawatan
 - Fakultas Kesehatan Masyarakat

- (f) Akreditasi
 - Institusi terkait
 - Profesi terkait
 - Departemen Kesehatan/Pemda
- (g) 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*)

5. 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.

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, sering 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 antar tenaga 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. Konsep dan prosedur pemberian/pelepasan informasi kesehatan ini akan dibahas secara lebih mendalam pada modul berikutnya.

6. 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 & lama; dan 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 III "Pengelolaan Rekam Medis" dalam subbab "Pengolahan Statistik Pelayanan Kesehatan".

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.

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.

7. 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 dikeluarkanlah 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 mempengaruhi 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 mempengaruhi 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 PP 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.

8. 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:

- a. berapa jumlah pasien dengan penyakit batu ginjal yang datang dan dirawat di fasyankesnya selama 3-5 tahun terakhir.
- b. berapa jumlah pasien dengan penyakit batu ginjal tersebut yang membutuhkan tindakan operasi.

- c. berapa perkiraan/prediksi jumlah pasien dengan penyakit batu ginjal pada tahun-tahun mendatang
- d. 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.

F. ALFRED

Selain untuk digunakan untuk keperluan manajemen pelayanan pasien, pemantauan kualitas pelayanan kesehatan, kesehatan masyarakat/ komunitas, dan 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- DRG) maka ketepatan diagnosis dan keakuratan kode diagnosis sangat berpengaruh terhadap nilai klaim pembiayaan yang diajukan.

4. *Research*

Banyak penelitian, baik bidang medis maupun non-medis, 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. Konsep dan proses penggunaan informasi dalam rekam medis untuk penelitian akan dibahas lebih lanjut pada bab III "Pengelolaan Rekam Medis" dalam subbab "Kerahasiaan & Keamanan Rekam Medis".

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. Konsep dan proses penggunaan informasi dalam rekam medis untuk pendidikan akan dibahas lebih lanjut pada bab III "Pengelolaan Rekam Medis" dalam subbab "Kerahasiaan & Keamanan Rekam Medis".

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:
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 untuk:

- 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, sering 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 antartentaga 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

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 yang berlaku saat ini untuk mengatur tentang rekam medis, yaitu
 - A. Permenkes Nomor 749a Tahun 1989
 - B. Permenkes Nomor 269 Tahun 2008
 - C. Permenkes Nomor 290 Tahun 2008
 - D. Permenkes Nomor 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, yaitu
- A. hasil anamnesis dengan pasien
 - B. hasil pemeriksaan
 - C. hasil konsultasi dengan tenaga kesehatan lainnya
 - D. semua hal tersebut di atas (jawaban a, b, dan c) benar
- 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 keluar
 - 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. untuk menyatukan lembar-lembar rekam medis agar tidak tercerai berai

- C. untuk membatasi satu episode pelayanan rawat inap dengan episode berikutnya atau satu bagian tertentu dengan bagian lainnya
- D. untuk memberi petunjuk tahun kunjungan pasien yang bersangkutan
- 8) Fungsi folder rekam medis meliputi hal-hal berikut ini
- 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. semua hal tersebut di atas (jawaban A, B, dan C) benar
- 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 di mana informasi dicatat dalam berkas rekam medis menurut kelompok masalah pasien, disebut
- A. rekam medis berbasis sumber (*source-oriented medical record/ SOMR*)
 - B. rekam medis berbasis masalah (*problem-oriented medical record/ POMR*)
 - C. rekam medis terintegrasi (*integrated medical record*)
 - D. rekam medis 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

PORMIKI - Perhimpunan Profesional Perekam Medis dan Informasi Kesehatan Indonesia

A. SEJARAH PORMIKI

Jika IDI adalah organisasi profesi dokter, PPNI adalah organisasi profesi perawat, dan IBI adalah organisasi profesi bidan, maka organisasi profesi untuk perekam medis dan manajemen informasi kesehatan yaitu **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 *Bulletin 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 (PPPBB) dan Kemepdikbud, berdasarkan usulan dari Prof. Anton Moelyono selaku Ketua PPPBB pada saat itu, akhirnya ditetapkan nama organisasi rekam medis tersebut adalah "**Perhimpunan Profesional Perekam 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*).

B. 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 propinsi. Jika memungkinkan dengan jumlah anggota mencukupi, dapat dibentuk Dewan Pimpinan Cabang (DPC) pada tingkat kabupaten.

Hingga saat buku ini disusun, PORMIKI sudah mempunyai 14 (empat belas) Dewan Pimpinan Daerah (DPD) di seluruh Indonesia dan 4 (empat) DPD formatur, yaitu:

- a. DPD PORMIKI DKI Jakarta
- b. DPD PORMIKI Jawa Barat
- c. DPD PORMIKI Jawa Tengah
- d. DPD PORMIKI DI Yogyakarta
- e. DPD PORMIKI Jawa Timur
- f. DPD PORMIKI Bali
- g. DPD PORMIKI Sumatra Selatan
- h. DPD PORMIKI Sumatra Utara
- i. DPD PORMIKI Sumatra Barat
- j. DPD PORMIKI Sulawesi Selatan

- k. DPD PORMIKI Kalimantan Barat
- l. DPD PORMIKI Nusa Tenggara Barat
- m. DPD PORMIKI Kalimantan Timur
- n. DPD PORMIKI Jambi
- o. DPD PORMIKI Lampung (formatur)
- p. DPD PORMIKI Nusa Tenggara Timur (formatur)
- q. DPD PORMIKI Riau (formatur)
- r. DPD PORMIKI Kalimantan Selatan (formatur)

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 Perkam Medis dan Informasi Kesehatan, dan konsultasi pengalaman antar sesama praktisi rekam medis dan informasi kesehatan.

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

- a. *Anggota mahasiswa*, yaitu mahasiswa yang sedang menempuh pendidikan D III, D IV, S1, atau S2 bidang rekam medis dan manajemen informasi kesehatan.
- b. *Anggota biasa*, yaitu tenaga profesi rekam medis dan informasi kesehatan yang memiliki ijazah D III, D IV, S1, atau S2 bidang rekam medis dan manajemen informasi kesehatan.
- c. *Anggota luar biasa*, yaitu tenaga di luar profesi Perkam 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 diselingsi 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.

Sejak berdirinya pada tahun 1989, hingga saat ini (2011) 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, AMd.PerKes.

Periode 2003-2006 : Siswati, AMd.PerKes, SKM.

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

Periode 2009-2012 : Elise Garmelia, Amd.PerKes, SKM



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 14 propinsi dan 4 propinsi lagi saat ini sedang dalam proses formatur. 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 handal di Indonesia
 - B. Rekam medis yang handal di Indonesia
 - C. Perkam medis yang handal di Indonesia
 - D. Rekam Kesehatan Elektronik yang handal di Indonesia

- 3) Keanggotaan PORMIKI terdiri dari
 - A. Anggota biasa
 - B. Anggota luar biasa
 - C. Anggota kehormatan
 - D. Jawaban A+B+C benar

- 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

Being a Medical Record Clerk. 2nd ed. 2000. Kathryn McMiller. New Jersey, Prentice Hall Health Medical Clerical Series.

Developing Health Management Information Systems - A Practical Guide for Developing Countries. 2004. WHO Regional Office for the Western Pacific.

Essentials of Health Information Management - Principles and Practices. 2005. Michelle A. Green & Mary Jo Browie, Thomson Delmar Learning.

Health Information: Management of a Strategic Resource, 3rd edition. 2007. Abdelhak, Mervat [et al.], Missouri, Saunders Elsevier.

Health Information Management - Concepts, Principles, and Practice. 2002. LaTour, Kathleen M., and Shirley E, editors. Chicago, AHIMA.

Health Information Management in Hospitals - Principles and Organization for Health Record Services. 1994. Skurka, M.F. Indiana, American Hospital Publishing Inc.

Health Information Management Technology - An applied approach. 2002. John, Merida L. Chicago, Illinois, AHIMA.

Health Information Management. 1994. Huffman, Edna K. Illinois, Psycians Record Company.

<http://www.ahima.org>

<http://www.ifhima.org>

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

Medical Record Manual - a Guide for Developing Countries, Revised and Updated. 2006. WHO-Western Pasicif Region.

Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan. 2010. Hatta, Gemala R, editor. Jakarta, UI Press.