



DASAR PENGELOLAAN REKAM MEDIS I



**DIII REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS DIAN NUSWANTORO**

TIM DOSEN RMIK:

1. Dr. Bambang Shofari MMR
2. Enny Rachmani, SKM, M.Kom
3. Retno Astuti S, SS, MM
4. Sylvia Anjani, M.Kes

DASAR PENGELOLAAN REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN I

Copyright

Title book: Dasar Pengelolaan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

Author book: Bambang Shofari (Alm), Enny Rachmani, Retno Astuti S, Sylvia Anjani.

© 2018, RMIK Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro. Semarang

Percetakan UDINUS

enny.rachmani@dsn.dinus.ac.id

ALL RIGHTS RESERVED. This book contains material protected under International and Federal Copyright Laws and Treaties. Any unauthorized reprint or use of this material is prohibited. No part of this book may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopying, recording, or by any information storage and retrieval system without express written permission from the author / publisher

Dedicated to:

dr.Bambang Shofari, MMR (alm) atas jerih payahnya mengembangkan keilmuan rekam medis dan informasi kesehatan di Jawa Tengah khususnya di Universitas Dian Nuswantoro Semarang.

Table of contents

Preface	1
Chapter 1.....	2
SISTEM KESEHATAN NASIONAL	2
A. PENGERTIAN SKN	2
B. MAKSUD DAN KEGUNAAN SKN	4
C. LANDASAN SKN	4
D. PERKEMBANGAN DAN MASALAH SKN.....	5
Upaya Kesehatan	6
Penelitian dan Pengembangan Kesehatan	7
Sumber daya manusia kesehatan;	8
Sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan;	8
Manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan; dan.....	9
Pembiayaan Kesehatan.....	10
E. ASAS SKN.....	11
DASAR PEMBANGUNAN KESEHATAN	11
F. DASAR SKN	13
Chapter 2.....	16
DASAR PENYELENGGARAAN REKAM MEDIS.....	16
A. Dasar hukum penyelenggaraan di Indonesia.....	16
B. Kewajiban membuat rekam medis.	18
C. Penyimpanan rekam medis :.....	19
D. Kepemilikan, pemanfaatan, tanggung jawab.	20
Kepemilikan Rekam Medis.....	20
Pemanfaatan rekam medis	20
Tanggung Jawab.....	21
Kerahasiaan Rekam Medis.....	21
Peminjaman rekam medis :	21
E. Isi rekam medis.	22
Rekam Medis Pasien Rawat Jalan	22
Rekam Medis Pasien Rawat Inap	22
Rekam Medis Pasien Gawat Darurat	23
Ringkasan Pulang (discharge summary) atau resume medis.....	24
Ketentuan tentang kelengkapan isi rekam medis yaitu :.....	25
Pelepasan informasi data rekam medis.....	26
Informed consent.....	27

Chapter 3.....	29
SISTEM PELAYANAN REKAM MEDIS (RM).....	29
F. SISTEM DI TEMPAT PENDAFTARAN	29
Sistem Penamaan Dalam Dokumentasi Rekam Medis.....	29
Sistem Pengindeksan Pasien Di Pendaftaran.....	38
Sistem penomoran dalam pendaftaran.....	39
G. SISTEM DI TEMPAT PENYIMPANAN	42
Sistem Penyatuan Dan Pemusatan DRM	43
Sistem Penyimpanan Drm.....	45
SISTEM PENGENDALIAN DRM YANG TELAH DISIMPAN.....	48
H. SISTEM RETENSI DAN PEMUSNAHAN DRM	50
Sistem Penilaian nilai guna rekam medis.....	53
I. SISTEM REKAM MEDIS DI ASSEMBLING.....	57
Sistem Perakitan formulir rekam medis.....	57
Sistem Pengendalian ketidak-lengkapan isi data rekam medis.....	59
Chapter 3.....	61
PENGELOLAAN REKAM MEDIS DI PUSKESMAS.....	61
A. Pendahuluan	61
Definisi Puskesmas.....	61
Fungsi Puskesmas	61
B. Unit Rekam Medis di Puskesmas	61
Pendaftaran Pasien Puskesmas	62
Sistem Penomoran di Puskesmas	65
Koding/Indeksing	66
Filing.....	67

Preface

Segala Puji Kehadirat Allah SWT atas perkenaan-Nya maka Revisi Buku Ajar Sistem dan Prosedur Pelayanan Rekam Medis 1 ini dapat dilaksanakan. Revisi ini perlu dilakukan mengingat perkembangan di lapangan yang menuntut penyesuaian materi buku ajar sehingga lebih memperjelas pemahaman mahasiswa.

Dalam revisi ini ditambahkan materi tentang Sistem Kesehatan Nasional serta Pengelolaan Rekam Medis di Puskesmas. Besar harapan agar revisi ini sudah dapat menyesuaikan dengan perkembangan yang terjadi.

Tidak lupa doa dan terima kasih disampaikan kepada Almarhum Dr.Bambang Shofari, MMR yang telah memprakarsai tersusunnya bahan ajar ini dan menyumbang materi-materi dalam bahan ajar ini.

Segala masukan dan kritik membangun sangat diharapkan agar bahan ajar ini semakin sempurna dan ke depan dapat dimanfaatkan sebaik-baiknya oleh masyarakat luas.

Penyusun

Chapter 1.

SISTEM KESEHATAN NASIONAL

A. PENGERTIAN SKN

Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Sistem Kesehatan Nasional, yang selanjutnya disingkat SKN adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Pengelolaan kesehatan adalah proses atau cara mencapai tujuan pembangunan kesehatan melalui pengelolaan upaya kesehatan, penelitian dan pengembangan kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, manajemen, informasi dan regulasi kesehatan serta pemberdayaan masyarakat, ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan, serta pengaturan hukum kesehatan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Komponen pengelolaan kesehatan yang disusun dalam SKN, dikelompokkan dalam subsistem:

1. Upaya kesehatan;
2. Penelitian dan pengembangan kesehatan;
3. Pembiayaan kesehatan;
4. Sumber daya manusia kesehatan;
5. Sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan;
6. Manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan; dan
7. Pemberdayaan masyarakat.

SKN menjadi acuan dalam penyusunan dan pelaksanaan pembangunan kesehatan yang dimulai dari kegiatan perencanaan sampai dengan kegiatan monitoring dan evaluasi. Pelaksanaan SKN ditekankan pada peningkatan perilaku dan kemandirian masyarakat, profesionalisme sumber daya manusia kesehatan, serta upaya promotif dan preventif tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif. Profesionalisme sumber daya

manusia kesehatan dibina oleh Menteri, hanya bagi tenaga kesehatan dan tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya dan manajemen kesehatan. Pelaksanaan SKN harus memperhatikan:

1. Cakupan pelayanan kesehatan berkualitas, adil, dan merata;
2. Pemberian pelayanan kesehatan yang berpihak kepada rakyat;
3. Kebijakan kesehatan masyarakat untuk meningkatkan dan melindungi kesehatan masyarakat;
4. Kepemimpinan dan profesionalisme dalam pembangunan kesehatan;
5. Inovasi atau terobosan ilmu pengetahuan dan teknologi yang etis dan terbukti bermanfaat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan secara luas, termasuk penguatan sistem rujukan;
6. Pendekatan secara global dengan mempertimbangkan kebijakan kesehatan yang sistematis, berkelanjutan, tertib, dan responsif gender dan hak anak;
7. Dinamika keluarga dan kependudukan;
8. Keinginan masyarakat;
9. Epidemiologi penyakit;
10. Perubahan ekologi dan lingkungan; dan
11. Globalisasi, demokratisasi dan desentralisasi dengan semangat persatuan dan kesatuan nasional serta kemitraan dan kerja sama lintas sektor.

Pembangunan kesehatan adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen Bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. SKN perlu dilaksanakan dalam konteks pembangunan kesehatan secara keseluruhan dengan mempertimbangkan determinan sosial, antara lain kondisi kehidupan sehari-hari, tingkat pendidikan, pendapatan keluarga, distribusi kewenangan, keamanan, sumber daya, kesadaran masyarakat, serta kemampuan tenaga kesehatan dalam mengatasi masalah-masalah tersebut. SKN disusun dengan memperhatikan pendekatan revitalisasi pelayanan kesehatan dasar (*primary health care*) yang meliputi cakupan pelayanan kesehatan yang adil dan merata, pemberian pelayanan kesehatan berkualitas yang berpihak kepada kepentingan dan harapan rakyat, kebijakan kesehatan masyarakat untuk meningkatkan dan melindungi

kesehatan masyarakat, kepemimpinan, serta profesionalisme dalam pembangunan kesehatan. SKN juga disusun dengan memperhatikan inovasi atau terobosan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan secara luas, termasuk penguatan sistem rujukan. Pendekatan pelayanan kesehatan dasar secara global telah diakui sebagai pendekatan yang tepat dalam mencapai kesehatan bagi semua dengan mempertimbangkan kebijakan kesehatan yang responsif gender.

B. MAKSUD DAN KEGUNAAN SKN

Penyusunan SKN ini dimaksudkan untuk menyesuaikan SKN 2009 dengan berbagai perubahan dan tantangan eksternal dan internal, agar dapat dipergunakan sebagai pedoman dalam pengelolaan kesehatan baik oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat termasuk badan hukum, badan usaha, dan lembaga swasta. Tersusunnya SKN ini mempertegas makna pembangunan kesehatan dalam rangka pemenuhan hak asasi manusia, memperjelas penyelenggaraan pembangunan kesehatan sesuai dengan visi dan misi Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan Tahun 2005-2025 (RPJP-K), memantapkan kemitraan dan kepemimpinan yang transformatif, melaksanakan pemerataan upaya kesehatan yang terjangkau dan bermutu, meningkatkan investasi kesehatan untuk keberhasilan pembangunan nasional. SKN ini merupakan dokumen kebijakan pengelolaan kesehatan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

C. LANDASAN SKN

Landasan SKN meliputi:

- a. landasan idiil;
- b. landasan konstitusional; dan
- c. landasan operasional.

Landasan idiil yaitu Pancasila.

Landasan konstitusional, yaitu Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, khususnya Pasal 28A "Setiap orang berhak untuk hidup serta berhak mempertahankan hidup dan kehidupannya", Pasal 28B ayat (2) "Setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh, dan berkembang serta berhak atas perlindungan dari

kekerasan dan diskriminasi.”, Pasal 28C ayat (1) ”Setiap orang berhak mengembangkan diri melalui pemenuhan kebutuhan dasarnya, berhak mendapat pendidikan dan memperoleh manfaat dari ilmu pengetahuan dan teknologi, seni dan budaya, demi meningkatkan kualitas hidupnya dan demi kesejahteraan umat manusia”, Pasal 28H ayat (1) ”Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”, Pasal 28H ayat (3) ”Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat”, Pasal 34 ayat (2) ”Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan”, dan Pasal 34 ayat (3) ” Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak”.

Landasan Operasional meliputi Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan ketentuan peraturan perundangundangan lainnya yang berkaitan dengan penyelenggaraan SKN dan pembangunan kesehatan.

D. PERKEMBANGAN DAN MASALAH SKN

Pembangunan kesehatan yang dilaksanakan secara berkesinambungan dan terjadinya peningkatan kinerja sistem kesehatan telah berhasil meningkatkan status kesehatan masyarakat antara lain:

1. Penurunan Angka Kematian Bayi (AKB) dari 46 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 1997 menjadi 34 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 (SDKI 2007); dan menjadi 19 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (capaian MDG's 2015)
2. Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dari 318 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1997 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 (SDKI 2007); dan menjadi 110 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (capaian MDG's 2015).
3. Peningkatan Umur Harapan Hidup (UHH) dari 68,6 tahun pada tahun 2004 menjadi 70,1 tahun pada tahun 2015 (Badan Pusat Statistik 2015).
4. Penurunan prevalensi kekurangan gizi pada balita dari 29,5% pada akhir tahun 1997 menjadi sebesar 18,4% pada tahun 2007 (Risesdas 2007), 17,9 %

(Riskesdas 2010); namun mengalami peningkatan menjadi 21,2% pada tahun 2013 (Riskesdes 2013).

5. Terjadinya peningkatan *contraceptive prevalence rate* (CPR) dari 61,4% (SDKI 2007) menjadi 59,7% (Riskesdes 2013).

Upaya percepatan pencapaian indikator kesehatan dalam lingkungan strategis baru, harus terus diupayakan dengan perbaikan SKN.

Upaya Kesehatan

1. Perkembangan upaya kesehatan secara nasional telah mengalami peningkatan, antara lain;
2. Waktu tempuh rumah tangga menuju fasilitas kesehatan di rumah sakit pemerintah tertinggi pada 16-30 menit (34,4%) dan terendah > 60 menit (18,5%). Pola ini hampir sama dengan waktu tempuh menuju rumah sakit swasta dimana tertinggi pada 16 – 30 menit (37,3%) dan terendah > 60 menit (12,4%). Sedangkan pada fasilitas kesehatan di puskesmas atau pustu, praktek dokter atau klinik, praktek bidan atau rumah bersalin, poskesdes atau poskestren, polindes dan posyandu terbanyak pada waktu tempuh \leq 15 menit (Riskesdes 2013).
3. Peningkatan jumlah Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) semakin meningkat, dari 9.510 unit tahun 2012 menjadi 9.767 unit pada tahun 2016 (Profil Kesehatan 2016).
4. Secara keseluruhan, kesehatan ibu membaik dengan turunnya Angka Kematian Ibu (AKI);
5. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan meningkat dari 75,4% (Riskesdas 2007) menjadi 80,9% pada tahun 2013 (Riskesdes 2013).
6. Akses terhadap air bersih sebesar 67% rumah tangga dan sebesar 65,5% rumah tangga mempunyai akses pada sanitasi yang baik (Indikator Capaian MDG's 2015);
7. Pada tahun 2013 proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap air minum layak adalah 59,8% yang berarti telah meningkat bila dibandingkan tahun 2010 mencapai 45,1%, sedangkan akses sanitasi dasar yang layak pada tahun 2013 adalah 66,8% juga meningkat dari 55,5% dari tahun 2010 (Depkes 2013).

8. Kontribusi penyakit menular terhadap kesakitan dan kematian semakin menurun.

Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

Perkembangan penelitian dan pengembangan kesehatan telah mengalami peningkatan, antara lain:

1. berbagai hasil penelitian, pengembangan, penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan telah dimanfaatkan oleh pihak industri dan masyarakat, diantaranya yaitu produksi vaksin flu burung, dan lain sebagainya;
2. keberhasilan dalam pelaksanaan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) dan riset-riset di bidang kesehatan lainnya yang hasilnya telah dijadikan indikator kemajuan pembangunan kesehatan baik secara nasional maupun lokal atau daerah;
3. telah dimulainya penyelenggaraan program saintifikasi jamu sejak awal tahun 2010 dalam rangka pemanfaatan sumber daya tumbuh-tumbuhan dari alam sebagai bagian dari pemeliharaan dan pengobatan penyakit.

Meskipun perkembangan penelitian dan pengembangan kesehatan telah mengalami peningkatan sebagaimana dimaksud di atas, namun masih terdapat beberapa permasalahan antara lain:

1. masih rendahnya penguasaan dan penerapan teknologi kesehatan oleh sumber daya manusia Indonesia khususnya oleh tenaga kesehatan; masih rendahnya sumbangan hasil penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan bagi pembangunan kesehatan;
2. masih rendahnya sumbangan hasil penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan bagi pembangunan kesehatan;
3. masih lemahnya sinergi kebijakan pemanfaatan hasil penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan bagi pembangunan kesehatan;
4. terbatasnya sumber daya manusia yang mempunyai kompetensi dalam menjalankan profesi peneliti kesehatan;
5. terbatasnya kemampuan adopsi dan adaptasi teknologi dan produk teknologi kesehatan;

6. masih rendahnya kemampuan masyarakat untuk memanfaatkan hasil penelitian dan mengembangkan teknologi dan produk teknologi kesehatan;
7. masih lemahnya dukungan penyelenggaraan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan;
8. hasil penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan termasuk hasil penelitian kebijakan dan hukum kesehatan belum banyak dimanfaatkan sebagai dasar perumusan kebijakan dan perencanaan program dalam pengelolaan kesehatan.

Sumber daya manusia kesehatan;

Masalah strategis sumber daya manusia kesehatan yang dihadapi dewasa ini dan di masa depan adalah:

1. pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan belum dapat memenuhi kebutuhan sumber daya manusia untuk pembangunan kesehatan terutama di daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan serta daerah bermasalah kesehatan;
2. perencanaan kebijakan dan program sumber daya manusia kesehatan masih lemah dan belum didukung dengan tersedianya sistem informasi terkait sumber daya manusia kesehatan yang memadai;
3. masih kurang serasinya antara kebutuhan dan pengadaan berbagai jenis sumber daya manusia kesehatan, kualitas hasil pendidikan sumber daya manusia kesehatan dan pelatihan kesehatan pada umumnya masih belum merata;
4. dalam pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan, pemerataan sumber daya manusia kesehatan berkualitas masih kurang, pengembangan karier, sistem penghargaan, dan sanksi belum sebagaimana mestinya, regulasi untuk mendukung sumber daya manusia kesehatan masih terbatas; dan
5. pembinaan dan pengawasan mutu sumber daya manusia kesehatan masih kurang, dan dukungan sumber daya kesehatan pendukung masih kurang.

Sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan;

Pasar sediaan farmasi masih didominasi oleh produksi domestik, sementara itu bahan baku impor mencapai 85% dari kebutuhan. Di Indonesia terdapat 9.600 jenis tanaman berpotensi mempunyai efek pengobatan, dan baru 300 jenis tanaman yang telah

digunakan sebagai bahan baku. Upaya perlindungan masyarakat terhadap penggunaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan telah dilakukan secara komprehensif. Sementara itu Pemerintah telah berusaha untuk menurunkan harga obat, namun masih banyak kendala yang dihadapi.

Penggunaan obat rasional belum dilaksanakan di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan masih banyak pengobatan yang dilakukan tidak sesuai dengan formularium. Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) digunakan sebagai dasar penyediaan obat di pelayanan kesehatan publik. Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) tersebut telah disusun sejak tahun 1980 dan direvisi secara berkala.

Lebih dari 90% obat yang diresepkan di Puskesmas merupakan obat esensial generik. Namun tidak diikuti oleh fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, antara lain di rumah sakit pemerintah kurang dari 76%, rumah sakit swasta 49%, dan apotek kurang dari 47%. Hal ini menunjukkan bahwa konsep obat esensial generik belum sepenuhnya diterapkan.

Manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan; dan

Perencanaan pembangunan kesehatan antara pusat dan daerah belum sinkron. Begitu pula dengan perencanaan jangka panjang/menengah masih belum menjadi acuan dalam menyusun perencanaan jangka pendek. Demikian juga dengan banyak kebijakan yang belum disusun berbasis bukti dan belum bersinergi baik perencanaan di tingkat pusat dan/atau di tingkat daerah. Sistem informasi kesehatan menjadi lemah setelah menerapkan kebijakan desentralisasi. Data dan informasi kesehatan untuk perencanaan tidak tersedia tepat waktu. Sistem Informasi Kesehatan Nasional (Siknas) yang berbasis fasilitas sudah mencapai tingkat kabupaten/kota namun belum dimanfaatkan secara optimal. Surveilans yang belum dilaksanakan secara baik dan menyeluruh. Hukum kesehatan belum tertata secara sistematis dan harmonis serta belum mendukung pembangunan kesehatan secara utuh. Peraturan perundang-undangan bidang kesehatan pada saat ini belum cukup, baik jumlah, jenis, maupun efektifitasnya. Pemerintah belum sepenuhnya dapat menyelenggarakan pembangunan kesehatan yang efektif, efisien, dan bermutu sesuai dengan prinsip-prinsip tata pemerintahan yang baik (*good governance*).

Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan terus meningkat dari tahun ke tahun. Pada tahun 2010 Kementerian Kesehatan RI memiliki alokasi anggaran sebesar 25,27 trilyun rupiah dengan realisasi 22,49 trilyun rupiah dan persentase realisasi sebesar 89,01%, jumlah tersebut meningkat dari tahun ke tahun, dan pada tahun 2016 menjadi 65,66 trilyun rupiah dengan realisasi sebesar 57,01 trilyun rupiah dan persentase realisasi sebesar 86,82%. Akan tetapi untuk persentase realisasi terus menurun dari 94,49% pada tahun 2014 menjadi 86,62% pada tahun 2016. Dari keseluruhan alokasi anggaran Kementerian Kesehatan yang sebesar 65,66 trilyun rupiah, sebanyak 25,50 trilyun rupiah atau sebesar 38,8% nya merupakan dana untuk peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) pada Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Dana tersebut diwujudkan melalui anggaran belanja bantuan sosial (Bansos) Kementerian Kesehatan. Selain itu, 41% anggaran Kementerian Kesehatan lainnya dialokasikan untuk belanja barang, 11% lainnya merupakan belanja pegawai, dan sisanya sebesar 9% digunakan untuk belanja modal.

JKN diselenggarakan untuk memberikan perlindungan kesehatan dalam bentuk manfaat pemeliharaan kesehatan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Manfaat JKN terdiri atas dua jenis, yaitu manfaat medis dan manfaat nonmedis. Manfaat medis berupa pelayanan kesehatan yang komprehensif (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif) sesuai dengan indikasi medis yang tidak terikat dengan besaran iuran yang dibayarkan. Manfaat non-medis meliputi akomodasi dan ambulans. Manfaat akomodasi untuk layanan rawat inap sesuai hak kelas perawatan peserta. Manfaat ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan antar fasilitas kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.

Manfaat JKN mencakup pelayanan pencegahan dan pengobatan termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis. Untuk pelayanan pencegahan (promotif dan preventif), peserta JKN akan mendapatkan pelayanan penyuluhan kesehatan perorangan yang meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat; imunisasi dasar yang meliputi *Baccile Calmett Guerin* (BCG), *Difteri Pertusis Tetanus* dan Hepatitis B (DPT-HB), Polio dan Campak; keluarga berencana yang meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi dan tubektomi; skrining kesehatan diberikan secara selektif yang

ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu, jenis penyakit kanker, bedah jantung, hingga dialisis (gagal ginjal).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKN, peserta dalam program JKN meliputi setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran atau yang iurannya dibayar pemerintah. Peserta program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terdiri atas dua kelompok yaitu Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan dan peserta bukan PBI jaminan kesehatan. Peserta PBI jaminan kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu. Peserta bukan PBI jaminan kesehatan adalah pekerja penerima upah dan anggota keluarganya, pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya, serta bukan pekerja dan anggota keluarganya.

Kebersertaan program JKN yang dimulai pada 1 Januari 2014 terdiri dari peserta PBI JKN (pengalihan dari program Jamkesmas), anggota TNI dan PNS di lingkungan Kementerian Pertahanan dan anggota keluarganya, anggota POLRI dan PNS di lingkungan POLRI dan anggota keluarganya, peserta asuransi kesehatan sosial dari PT. Askes (Persero) beserta anggota keluarganya, peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) dari PT. (Persero) Jamsostek dan anggota keluarganya, peserta Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) yang telah berintegrasi, dan peserta mandiri (pekerja bukan penerima upah dan pekerja penerima upah). Sampai dengan Desember 2016, cakupan kepesertaan program JKN berjumlah 171.939.254 peserta. Bila dibandingkan dengan tahun 2014, jumlah peserta BPJS Kesehatan meningkat sebesar 22,40% yaitu dari 133.423.653 jiwa pada tahun 2014 menjadi 171.939.254 jiwa pada tahun 2016.

E. ASAS SKN

Untuk menjamin efektifitas SKN, maka setiap pelaku pembangunan kesehatan harus taat pada asas yang menjadi landasan bagi setiap program dan kegiatan pembangunan kesehatan.

DASAR PEMBANGUNAN KESEHATAN

Sesuai dengan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025 (RPJP-N), pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat

kesehatan yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan mengacu pada dasar:

Perikemanusiaan;

Pembangunan kesehatan harus berlandaskan pada prinsip perikemanusiaan yang dijiwai, digerakkan, dan dikendalikan oleh keimanan dan ketaqwaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa. Tenaga kesehatan harus berbudi luhur, memegang teguh etika profesi, dan selalu menerapkan prinsip perikemanusiaan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan serta memiliki kepedulian sosial terhadap lingkungan sekitar.

Pemberdayaan dan kemandirian;

Setiap orang dan masyarakat bersama dengan Pemerintah dan Pemerintah Daerah berperan, berkewajiban, dan bertanggung jawab untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga, masyarakat, dan lingkungannya. Pembangunan kesehatan harus mampu meningkatkan dan mendorong peran aktif masyarakat. Pembangunan kesehatan dilaksanakan dengan berlandaskan pada kepercayaan atas kemampuan dan kekuatan sendiri, kepribadian bangsa, semangat solidaritas sosial, gotong royong, dan penguatan kesehatan sebagai ketahanan nasional.

Adil dan merata; dan

Dalam pembangunan kesehatan setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, tanpa memandang suku, agama, golongan, dan status sosial ekonominya. Setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh dan kembang, serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi.

pengutamaan dan manfaat.

Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan mengutamakan kepentingan umum daripada kepentingan perorangan atau golongan. Upaya kesehatan yang bermutu diselenggarakan dengan memanfaatkan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta harus lebih mengutamakan pendekatan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pembangunan kesehatan diselenggarakan berlandaskan pada dasar kemitraan atau sinergisme yang dinamis dan tata penyelenggaraan yang baik, sehingga secara berhasil guna dan bertahap dapat memberi manfaat yang sebesar-besarnya bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat, beserta lingkungannya. Pembangunan kesehatan diarahkan agar memberikan perhatian khusus pada penduduk rentan, antara lain: ibu, bayi, anak, manusia usia lanjut, dan masyarakat miskin. Perlu

diupayakan pembangunan kesehatan secara terintegrasi antara pusat dan daerah dengan mengedepankan nilai-nilai pembangunan kesehatan, yaitu: berpihak pada rakyat, bertindak cepat dan tepat, kerja sama tim, integritas yang tinggi, dan transparansi serta akuntabilitas.

F. DASAR SKN

Dalam penyelenggaraan, SKN harus mengacu pada dasar-dasar atau asas-asas sebagai berikut:

perikemanusiaan;

Setiap pengelolaan dan pelaksanaan SKN harus dilandasi atas perikemanusiaan yang berdasarkan pada Ketuhanan Yang Maha Esa dengan tidak membedakan golongan agama dan bangsa. Setiap tenaga pengelola dan pelaksana SKN harus berbudi luhur, memegang teguh etika profesi, dan selalu menerapkan prinsip perikemanusiaan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

keseimbangan;

Setiap pengelolaan dan pelaksanaan SKN harus dilaksanakan dengan memperhatikan keseimbangan antara kepentingan individu dan masyarakat, antara fisik dan mental, serta antara material dan spiritual.

manfaat;

Setiap pengelolaan dan pelaksanaan SKN harus memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi kemanusiaan dan perikehidupan yang sehat bagi setiap warga negara.

perlindungan;

Setiap pengelolaan dan pelaksanaan SKN harus dapat memberikan perlindungan dan kepastian hukum kepada pemberi dan penerima pelayanan kesehatan.

keadilan;

Setiap pengelolaan dan pelaksanaan SKN harus dapat memberikan pelayanan yang adil dan merata kepada semua lapisan masyarakat dengan pembiayaan yang terjangkau tanpa memandang suku, agama, golongan, dan status sosial ekonominya.

penghormatan hak asasi manusia;

Sesuai dengan tujuan pembangunan nasional dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, yaitu untuk meningkatkan kecerdasan bangsa dan kesejahteraan rakyat, maka setiap pengelolaan dan pelaksanaan SKN harus

berdasarkan pada prinsip hak asasi manusia. Pasal 28 H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 antara lain mengamanatkan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dengan tanpa membedakan suku, agama, golongan, jenis kelamin, dan status sosial ekonomi. Begitu juga bahwa setiap anak dan perempuan berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi.

sinergisme dan kemitraan yang dinamis;

SKN akan berfungsi baik untuk mencapai tujuannya apabila terjadi Koordinasi, Integrasi, Sinkronisasi, dan Sinergisme (KISS), baik antar pelaku, antar subsistem SKN, maupun dengan sistem serta subsistem lain di luar SKN. Dengan tatanan ini, maka sistem atau seluruh sektor terkait, seperti pembangunan prasarana, keuangan, dan pendidikan perlu berperan bersama dengan sektor kesehatan untuk mencapai tujuan nasional. Pembangunan kesehatan harus diselenggarakan dengan menggalang kemitraan yang dinamis dan harmonis antara pemerintah dan masyarakat, termasuk swasta dengan mendayagunakan potensi yang dimiliki masing-masing. Kemitraan tersebut diwujudkan dengan mengembangkan jejaring yang berhasil guna dan berdaya guna, agar diperoleh sinergisme yang lebih mantap dalam rangka mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

komitmen dan tata pemerintahan yang baik (*good governance*);

Agar SKN berfungsi baik, diperlukan komitmen yang tinggi, dukungan, dan kerjasama yang baik dari para pelaku untuk menghasilkan tata penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang baik (*good governance*). Pembangunan kesehatan diselenggarakan secara demokratis, berkepastian hukum, terbuka (transparan), rasional, profesional, serta bertanggung jawab dan bertanggung gugat (akuntabel).

legalitas;

Setiap pengelolaan dan pelaksanaan SKN harus didasarkan pada ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Dalam menyelenggarakan SKN, diperlukan dukungan regulasi berupa adanya berbagai peraturan perundang-undangan yang responsif, memperhatikan kaidah dasar bioetika dan mendukung penyelenggaraan SKN dan penerapannya (*law enforcement*) dalam menjamin tata tertib pelayanan kesehatan untuk kepentingan terbaik bagi masyarakat.

antisipatif dan proaktif;

Setiap pelaku pembangunan kesehatan harus mampu melakukan antisipasi atas perubahan yang akan terjadi, yang di dasarkan pada pengalaman masa lalu atau pengalaman yang terjadi di negara lain. Dengan mengacu pada antisipasi tersebut, pelaku pembangunan kesehatan perlu lebih proaktif terhadap perubahan lingkungan strategis baik yang bersifat internal maupun eksternal.

gender dan nondiskriminatif; dan

Dalam penyelenggaraan SKN, setiap penyusunan rencana kebijakan dan program serta dalam pelaksanaan program kesehatan harus responsif gender. Kesetaraan gender dalam pembangunan kesehatan adalah kesamaan kondisi bagi laki-laki dan perempuan untuk memperoleh kesempatan dan hak-haknya sebagai manusia, agar mampu berperan dan berpartisipasi dalam kegiatan pembangunan kesehatan serta kesamaan dalam memperoleh manfaat pembangunan kesehatan. Keadilan gender adalah suatu proses untuk menjadi adil terhadap laki-laki dan perempuan dalam pembangunan kesehatan. Setiap pengelolaan dan pelaksanaan SKN tidak membedakan perlakuan terhadap perempuan dan laki-laki.

kearifan lokal.

Penyelenggaraan SKN di daerah harus memperhatikan dan menggunakan potensi daerah yang secara positif dapat meningkatkan hasil guna dan daya guna pembangunan kesehatan, yang dapat diukur secara kuantitatif dari meningkatnya peran serta masyarakat dan secara kualitatif dari meningkatnya kualitas hidup jasmani dan rohani.

Dengan demikian kebijakan pembangunan daerah di bidang kesehatan harus sejalan dengan SKN, walaupun dalam praktiknya, dapat disesuaikan dengan potensi dan kondisi serta kebutuhan masyarakat di daerah terutama dalam penyediaan pelayanan kesehatan dasar bagi rakyat.

Chapter 2.

DASAR PENYELENGGARAAN REKAM MEDIS

A. Dasar hukum penyelenggaraan di Indonesia.

Landasan hukum yang mendasari penyelenggaraan rekam medis di Indonesia yaitu :

1. UU KESEHATAN No. 23 tahun 1992 (Lembaga Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3495); pada pasal 53, disebutkan bahwa setiap tenaga kesehatan berhak memperoleh perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya, untuk itu maka setiap tenaga kesehatan dalam melakukan tugasnya berkewajiban untuk memenuhi standar profesi dan menghormati hak pasien. Yang dimaksud standar profesi adalah pedoman yang harus dipergunakan sebagai petunjuk dalam menjalankan profesi secara baik (ayat: 2). Standar profesi ini dibuat oleh organisasi profesi dan disahkan oleh pemerintah. Sedangkan tenaga kesehatan yaitu tenaga yang berhadapan dengan pasien seperti dokter dan perawat. Yang dimaksud dengan hak pasien antara lain ialah hak terhadap informasi, hak untuk memberikan persetujuan, hak atas rahasia kedokteran dan hak atas pendapat kedua (*second opinion*).
2. Keputusan Menteri Kesehatan no. 034/Birhup/1972 tentang Perencanaan dan Pemeliharaan Rumah Sakit disebutkan bahwa guna menunjang terselenggaranya Rencana Induk yang baik, maka setiap rumah sakit diwajibkan : (a) mempunyai dan merawat statistik yang *up-to-date* (terkini) dan (b) membina *medical record* yang berdasarkan ketentuan-ketentuan yang telah ditetapkan.
3. Peraturan Menteri Kesehatan No. 269/Menkes/Per/III/2008 tentang rekam medis. Dalam peraturan tersebut telah ditetapkan pasal demi pasal yang mengatur penyelenggaraan rekam medis.
4. Surat Keputusan Direktorat Jendral Pelayanan Medik No. 78 tahun 1991 tentang penyelenggaraan rekam medik. Surat keputusan ini menjelaskan rincian penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit (baca lampiran).
5. PP No. 10 Tahun 1966 tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran. Peraturan Pemerintah ini mengatur kewajiban menyimpan kerahasiaan ini rekam medis (baca lampiran).

6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 159b/Menkes/Per/II/1988 tentang Rumah Sakit;
7. Permenkes No 585 tahun 1989 tentang Persetujuan Tindakan Medik. Peraturan ini mengatur keharusan meminta persetujuan pasien terhadap tindakan medis yang akan diterimanya dengan memberi penjelasan secara lengkap terhadap akibat dan risiko yang ditimbulkannya (baca lampiran).
8. SE Direktorat Jendral Pelayanan Medik No: HK.00.06.1.5.01160 tentang Petunjuk Teknis Pengadaan Formulir Rekam Medis Dasar dan Pemusnahan Arsip Rekam Medis. Surat edaran ini mengatur tata cara pengabdian dan pemusnahan rekam medis (baca lampiran).
9. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaga Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 2014 Tentang Kewajiban Rumah Sakit Dan Kewajiban Pasien
11. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaga Negara republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia nomor 4437) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2005 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (lembaga Negara Republik Indonesia tahun 2005 Nomor108, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4548);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 10 Tahun 1996 tentang Tenaga kesehatan (lembaran Negara republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 21, ttambahan Lembaran Negara Republik Indonesia nomor 2803);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga kesehatan (lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 39, ttambahan Lembaran Negara Republik Indonesia nomor 3637);
14. Peraturan pemerintaha Nomor 38 Tahun 2007 tentang Urusan Pembagian Pemerintahan Antara pemerintahan Daerah Privinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 28,Tambahan Lembaran Negara republik Indonesia Nomor 4737);

15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 920/Menkes/Per/XII/1986 tentang Upaya Pelayanan Kesehatan Swasta Di Bidang Medik;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/Per/XII/2005 tentang Organisasi Tenaga Kerja dan Departemen Kesehatan;

B. Kewajiban membuat rekam medis.

Kewajiban tenaga kesehatan terhadap pembuatan rekam medis lebih lanjut dirinci dalam Peraturan Pemerintah No. 32/1996 tentang Tenaga Kesehatan yaitu bagi tenaga kesehatan jenis tertentu dalam melaksanakan tugas profesi berkewajiban untuk :

- (a) menghormati hak pasien,
- (b) menjaga kerahasiaan identitas dan data kesehatan pribadi pasien,
- (c) memberikan informasi yang berkaitan dengan kondisi dan tindakan yang akan dilakukan,
- (d) meminta persetujuan terhadap tindakan yang akan dilakukan, dan
- (e) membuat dan memelihara rekam medis.

Tenaga yang berhak dan berkewajiban membuat rekam medis di rumah sakit yaitu:

- (a) Dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang bekerja di rumah sakit atau Puskesmas tersebut.
- (b) Dokter tamu pada rumah sakit atau Puskesmas tersebut.
- (c) Residen (mahasiswa kedokteran, peserta program pendidikan dokter spesialis) yang sedang melaksanakan kepaniteraan klinik.
- (d) Tenaga paramedis perawatan dan paramedis non keperawatan yang langsung terlibat di dalam pelayanan-pelayanan kepada pasien di rumah sakit meliputi antara lain: perawat, perawat gigi, bidan, tenaga laboratorium klinik, gizi, anastesia, penata rontgen, rehabilitasi medik dan sebagainya.
- (e) Dalam hal dokter luar negeri yang melakukan alih teknologi kedokteran dalam bentuk tindakan atau konsultasi kepada pasien, yang membuat rekam medis adalah dokter yang ditunjuk oleh Direktur Rumah Sakit.

Tanggung jawab perekam medis dalam penyelenggaraan rekam medis meliputi :

- (a) Pencatatan identitas pasien ke dalam form Kartu Identitas Berobat (KIB), Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP) dan formulir rekam medis;

- (b) Pencatatan register pendaftaran yaitu catatan tentang pendaftaran pasien baru dan lama yang datang berobat di tempat pendaftaran rawat jalan (TPPR) dan tempat pendaftaran rawat inap.
- (c) Pencatatan register pelayanan yaitu catatan tentang pendafatan pasien yang melakukan pelayanan di setiap unit pelayanan (unit rawat jalan, unit gawat darurat, unit rawat inap dan pemeriksaan penunjang);
- (d) Penyediaan dokumen rekam medis (DRM) baru atau lama utk keperluan pelayanan pasien, penelitian dan lain lain;
- (e) Evaluasi konsistensi dan penelitian kelengkapan isi DRM;
- (f) Pemberian kode penyakit, operasi dan kematian yaitu memberikan kode penyakit, operasi dan kematian berdasarkan International Classification of Disease and Health Problem revisi 10 (ICD – 10) dan ICD9-CM;
- (g) Pengindeksan penyakit, operasi, kematian dan dokter yaitu suatu indeks dalam bentuk daftar penyakit, operasi, kematian dan dokter yang dapat digunakan sebagai petunjuk untuk menemukan kembali informasi penyakit, operasi, kematian dan dokter;
- (h) Penyimpanan, perlindungan dan penjagaan atas kerahasiaan isi DRM;
- (i) Meretensi, mengabadikan dan memusnahkan DRM;
- (j) Pembuatan abstrak rekam medis;
- (k) Pembuatan laporan/informasi data rekam medis dan statistik rumah sakit;
- (l) Analisis dan pelaporan data rekam medis;
- (m) Analisis kuantitatif, kualitatif dan statistik.
- (n) Tata Cara Penyelenggaraan Rekam Medis

c. Penyimpanan rekam medis:

Penyimpanan rekam medis dilakukan dengan cara sentralisasi dan desentralisasi. Yang dimaksud **sentralisasi** adalah penyimpanan rekam medis dipusatkan di satu folder/unit rekam medis/*medical record*. Yang dimaksud **desentralisasi** adalah penyimpanan rekam medis di masing-masing unit pelayanan. Rumah sakit yang belum mampu melakukan penyimpanan rekam medis dengan sistem sentralisasi, dapat menggunakan sistem desentralisasi.

Rekam medis rumah sakit disimpan sekurang-kurangnya 5 Tahun, dihitung dari tanggal terakhir berobat.

Dalam hal rekam medis yang berkaitan dengan kasus-kasus tertentu dapat disimpan lebih dari 5 Tahun.

Penyimpanan rekam medis dapat dilakukan sesuai dengan perkembangan teknologi penyimpanan, antara lain dengan mikrofilm.

Tata cara memusnahkan rekam medis :

Rekam medis yang sudah memenuhi syarat untuk dimusnahkan dilaporkan kepada Direktur Rumah Sakit.

Direktur rumah sakit membuat surat keputusan tentang pemusnahan rekam medis dan menunjuk Tim Pemusnah Rekam Medis.

Tim Pemusnah Rekam Medis melaksanakan pemusnahan dan membuat Berita Acara Pemusnahan yang disahkan Direktur Rumah Sakit.

Berita Acara dikirim kepada Pemilik Rumah Sakit dengan tembusan kepada Direktur Jenderal Pelayanan Medik.

D. Kepemilikan, pemanfaatan, tanggung jawab.

Kepemilikan Rekam Medis.

Berkas rekam medis merupakan milik sarana pelayanan kesehatan sedangkan isi rekam medis merupakan milik pasien. Apabila pasien meminta isi rekam medis maka dapat diberikan dalam bentuk ringkasan rekam medis. Ringkasan rekam medis dapat diberikan, dicatat atau dicopy oleh pasien atau orang yang diberi kuasa atau atas persetujuan tertulis pasien atau keluarga pasien yang berhak untuk itu.

Pemanfaatan rekam medis

1. pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien;
2. alat bukti dalam proses penegakan hukum, disiplin kedokteran dan kedokteran gigi dan penegakan etika kedokteran dan etika kedokteran gigi;
3. keperluan pendidikan dan penelitian;
4. dasar pembayar biaya pelayanan kesehatan; dan
5. data statistik kesehatan.
6. Pemanfaatan rekam medis untuk keperluan pendidikan dan penelitian yang menyebutkan identitas pasien harus mendapat persetujuan secara tertulis dari pasien atau ahli warisnya dan harus dijaga kerahasiaannya.
7. Pemanfaatan rekam medis untuk keperluan pendidikan dan penelitian tidak diperlukan persetujuan pasien, bila dilakukan untuk kepentingan negara.

Tanggung Jawab

Pimpinan sarana pelayanan kesehatan bertanggung jawab atas hilang, rusak, pemalsuan, dan/atau penggunaan oleh orang atau badan yang tidak berhak terhadap rekam medis.

Kerahasiaan Rekam Medis

Informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan pasien harus dijaga kerahasiaannya oleh dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan tertentu, petugas pengelola dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan.

Informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan dapat dibuka dalam hal:

1. untuk kepentingan kesehatan pasien;
2. memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakan hukum atas perintah pengadilan;
3. permintaan dan/atau persetujuan pasien sendiri;
4. permintaan institusi/lembaga berdasarkan ketentuan perundang-undangan; dan
5. untuk kepentingan penelitian, pendidikan, dan audit medis, sepanjang tidak menyebutkan identitas pasien.
6. Permintaan rekam medis untuk tujuan tersebut diatas harus dilakukan secara tertulis kepada pimpinan sarana pelayanan kesehatan.

Untuk melindungi kerahasiaan tersebut dibuat ketentuan-ketentuan sebagai berikut :

- (a) Hanya petugas rekam medis yang diizinkan masuk ruang penyimpanan berkas rekam medis.
- (b) Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi rekam medis untuk badan-badan atau perorangan, kecuali yang telah ditetapkan oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (c) Selama penderita dirawat, rekam medis menjadi tanggung jawab perawat ruangan dan menjaga kerahasiaannya.

Peminjaman rekam medis :

- (a) Peminjaman rekam medis untuk keperluan pembuatan makalah, riset, dan lain-lain oleh seorang dokter/tenaga kesehatan lainnya sebaiknya dikerjakan di kantor rekam medis.

- (b) Mahasiswa kedokteran dapat meminjam rekam medis jika dapat menunjukkan surat pengantar dari dokter ruangan.
- (c) Dalam hal pasien mendapat perawatan lanjutan di rumah sakit/institusi lain, berkas rekam medis tidak boleh dikirimkan, akan tetapi cukup diberikan resume akhir pelayanan.

E. Isi rekam medis.

Data-data yang harus dimasukkan dalam Medical Record dibedakan untuk pasien yang diperiksa di unit rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat. Setiap pelayanan apakah itu di rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat dapat membuat rekam medis dengan data-data sebagai berikut:

Rekam Medis Pasien Rawat Jalan

Data pasien rawat jalan yang dimasukkan dalam medical record sekurang-kurangnya antara lain:

1. Identitas Pasien
2. Tanggal dan waktu.
3. Anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, riwayat penyakit).
4. Hasil Pemeriksaan fisik dan penunjang medis.
5. Diagnosis
6. Rencana penatalaksanaan
7. Pengobatan dan atau tindakan
8. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
9. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik dan
10. Persetujuan tindakan bila perlu.

Rekam Medis Pasien Rawat Inap

Data pasien rawat inap yang dimasukkan dalam medical record sekurang-kurangnya antara lain:

1. Identitas Pasien
2. Tanggal dan waktu.
3. Anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, riwayat penyakit).
4. Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang medis.
5. Diagnosis

6. Rencana penatalaksanaan / TP (treatment planning)
7. Pengobatan dan atau tindakan
8. Persetujuan tindakan bila perlu
9. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
10. Ringkasan pulang (discharge summary)
11. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan.
12. Pelayanan lain yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan tertentu dan
13. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik

Rekam Medis Pasien Gawat Darurat

Data untuk pasien gawat darurat yang harus dimasukkan dalam medical record sekurang-kurangnya antara lain:

1. Identitas Pasien
2. Kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan
3. Identitas pengantar pasien
4. Tanggal dan waktu.
5. Hasil Anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, riwayat penyakit).
6. Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang medis.
7. Diagnosis
8. Pengobatan dan/atau tindakan
9. Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut.
10. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan.
11. Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain dan
12. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Khusus isi rekam medis pasien akibat bencana maka ditambahkan

1. jenis bencana dan lokasi dimana pasien ditemukan;
2. kategori kegawatan dan nomor pasien bencana asal dan
3. identitas orang yang menemukan pasien;

Rekam medis untuk pelayanan dokter spesialis dan dokter gigi spesialis dapat dikembangkan sesuai kebutuhan.

Rekam medis yang dibuat dalam pelayanan di ambulance atau pengobatan masal sama seperti rekam medis gawat darurat dan rekam medis disimpan di sarana kesehatan. Rekam medis harus segera dibuat dan dilengkapi oleh dokter dan dokter gigi setelah memberikan pelayanan.

Ringkasan Pulang (discharge summary) atau resume medis

Harus dibuat oleh dokter atau dokter gigi yang melakukan perawatan pasien. Isi ringkasan pulang sekurang-kurangnya memuat:

1. identitas pasien;
2. diagnosis masuk dan indikasi pasien dirawat;
3. ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnosis akhir, pengobatan dan tindak lanjut; dan
4. nama dan tanda tangan dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan kesehatan.

Contoh Data Identitas Pasien antara lain:

- Nama :
- Jenis Kelamin :
- Tempat Tanggal lahir :
- Umur :
- Alamat :
- Pekerjaan :
- Pendidikan :
- Golongan Darah :
- Status pernikahan :
- Nama orang tua :
- Pekerjaan Orang tua :
- Nama suami/istri :

Ketentuan tentang kelengkapan isi rekam medis yaitu :

Ketentuan umum

1. Setiap tindakan atau konsultasi yang dilakukan terhadap pasien, selambat-lambatnya dalam waktu 2x24 jam harus ditulis dalam lembaran (formulir) rekam medis.
2. Semua pencatatan harus ditandatangani oleh dokter/tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangannya dan ditulis nama terangnya serta diberi tanggal.
3. Pencatatan yang dibuat oleh mahasiswa kedokteran dan mahasiswa lainnya ditandatangani dan menjadi tanggung jawab dokter yang merawat atau oleh dokter yang membimbingnya.
4. Pencatatan yang dibuat oleh residens harus diketahui oleh dokter pembimbingnya.
5. Dokter yang merawat dapat memperbaiki kesalahan penulisan dan melakukannya pada saat itu juga serta dibubuhi paraf.
6. Penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan.

Kelengkapan isi rekam medis.

Dokumen rekam medis pasien rawat jalan, rawat inap dan pasien gawat darurat, minimal memuat informasi pasien tentang :

1. Identitas pasien.
2. Anamnesis : yang berisi keluhan utama, riwayat sekarang, riwayat penyakit yang pernah diderita dan riwayat keluarga tentang penyakit yang mungkin diturunkan/ kontak.
3. Pemeriksaan yang meliputi pemeriksakaan fisik, laboratorium dan khusus lainnya.
4. Diagnosis yang meliputi diagnosis awal/masuk/kerja, diferensial diagnosis, diagnosis utama, diagnosis komplikasi dan diagnosis lainnya.
5. Pengobatan/tindakan.
6. Persetujuan tindakan/pengobatan.
7. Catatan konsultasi.
8. Catatan perawat dan tenaga kesehatan lain.
9. Catatan observasi klinik dan hasil pengobatan.

10. Resume akhir dan evaluasi pengobatan.

Pengorganisasian.

Menurut Permenkes no. 749a tahun 1989 tentang Rekam Medis/Medical Records, pengorganisasian dalam penyelenggaraan rekam medis berikut ini.

Pasal 17: Pengelolaan rekam medis dilaksanakan sesuai dengan tatakerja organisasi sarana pelayanan kesehatan.

Pasal 18: Pimpinan sarana pelayanan kesehatan wajib melakukan pembinaan terhadap petugas rekam medis untuk meningkatkan keterampilan.

Pasal 19: Pengawasan terhadap penyelenggaraan rekam medis dilakukan oleh Direktur Jenderal.

Dalam penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit, terdapat kegiatan-kegiatan sebagai berikut :

- a. Penerimaan pasien.
- b. Pencatatan.
- c. Pengelolaan data medis.
- d. Penyimpanan rekam medis.
- e. Pengambilan kembali rekam medis (*retrival*).
- f. Pembinaan dan pengawasan.

Direktur rumah sakit wajib

- a. Melakukan pembinaan terhadap petugas yang berkaitan dengan rekam medis serta pengetahuan dan keterampilan mereka.
- b. Membuat prosedur kerja tetap penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit masing-masing.
- c. Di dalam melakukan pembinaan dan pengawasan Direktur Rumah Sakit dapat membentuk dan atau dibantu Komite Rekam Medis.

Sanksi, menurut Permenkes no. 749a tahun 1989 tentang Rekam Medis/Medical Records, pada pasal 20 disebutkan bahwa pelanggaran terhadap ketentuan-ketentuan dalam peraturan ini dapat dikenakan sanksi administratif dimulai dari teguran lisan sampai pencabutan izin.

Pelepasan informasi data rekam medis

Peminjaman rekam medis untuk keperluan pembuatan makalah, riset, dan lain-lain oleh seorang dokter/tenaga kesehatan lainnya sebaiknya dikerjakan di kantor rekam medis. Mahasiswa kedokteran dapat meminjam rekam medis jika dapat menunjukkan surat pengantar dari dokter ruangan. Dalam hal pasien mendapat perawatan lanjutan di rumah sakit/institusi lain, berkas rekam medis tidak boleh dikirimkan, akan tetapi cukup diberikan resume akhir pelayanan.

Penyampaian informasi rekam medis kepada orang atau badan yang diberi kuasa pasien, misalnya pihak asuransi yang menanggung biaya pengobatan, diperlukan surat kuasa pasien atau yang bertanggungjawab terhadap pasien tersebut (bila pasien tak kuasa membuat surat kuasa). Surat kuasa ini dapat disediakan oleh sarana kesehatan atau rumahsakit yang bersangkutan. Selanjutnya pemegang kuasa harus menunjukkan identitas diri dan kemudian harus memperoleh ijin dari pimpinan sarana kesehatan setelah disetujui oleh komite medis dan rekam medis. Untuk data sosial boleh disampaikan tanpa perlu memperoleh ijin pimpinan sarana kesehatan.

Apabila diperlukan untuk pengadilan, maka bukti pelayanan yang terrekam dan tercatat dalam formulir rekam medis harus dianggap sebagai dokumen resmi kegiatan pemberi pelayanan yang dapat dipertanggung jawabkan kebenarannya. Pimpinan sarana kesehatan dapat memberikan salinan rekam medisnya atas permintaan pengadilan. Bila diminta aslinya harus ada permintaan secara tertulis dan pada saat diserahkan harus ada tanda terima dari pengadilan pada setiap lembar rekam medis yang diserahkan dengan tanda bukti penerimaan. Bila dijumpai keraguan terhadap isi DRM pengadilan dapat memerintahkan saksi ahli untuk menanyakan arti dan maksud yang terkandung di dalamnya.

Informed consent

Khusus mengenai tindakan medis atau informed consent yang diatur dalam Permenkes no 585 tahun 1989 tentang Persetujuan Tindakan Medis, disebutkan bahwa persetujuan tindakan medis yang diberikan pasien atau keluarganya diberikan secara tertulis, lisan atau tindakan isyarat bila telah memperoleh informasi tentang tindakan medis yang akan diterimanya. Informasi tersebut meliputi (a) diagnosis dan alasan tindakan yang akan dilakukan, (b) kemungkinan yang terjadi apabila tindakan tersebut tak dilakukan, (c) kemungkinan yang terjadi apabila tindakan tersebut dilakukan, (d) prognosis penyakitnya, dan (e) pengobatan dan cara pengobatannya.

Chapter 3.

SISTEM PELAYANAN REKAM MEDIS (RM)

F. SISTEM DI TEMPAT PENDAFTARAN

Pelayanan rekam medis mempunyai beberapa pendaftaran yaitu pendaftaran rawat jalan, pendaftaran rawat inap dan pendaftaran gawat darurat. Dalam pelaksanaan proses pendaftaran terdapat beberapa sistem pelayanan rekam medis yang digunakan yaitu:

Sistem Penamaan Dalam Dokumentasi Rekam Medis.

Nama dalam arti bahasa yaitu kata yang digunakan untuk menyebut dan memanggil orang, barang, binatang; dapat pula berarti gelar, sebutan, kemasyhuran, kehormatan. Sistem penamaan dalam pelayanan rekam medis adalah tata-cara penulisan nama seseorang yang bertujuan untuk membedakan satu pasien dengan pasien lain dan untuk memudahkan dalam pengindeksan Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP). Penulisan nama dan nomor rekam medis dilakukan pada setiap lembar formulir rekam medis. Hal ini dimaksudkan bila salah satu formulir rekam medis tercecer, maka akan dengan mudah dikembalikan pada foldernya.

Nama orang dibedakan menjadi :

- (a) nama orang Indonesia;
- (b) nama orang Cina, Korea, Vietnam dan sejenisnya;
- (c) nama orang India, Jepang, Muangthai dan sejenisnya;
- (d) nama orang Arab, Persia, Turki dan sejenisnya;
- (e) nama orang Eropa, Amerika dan sejenisnya.

Penulisan nama ke dalam formulir RM harus memenuhi persyaratan penulisan untuk diindeks dan memenuhi kelengkapan nama seseorang. Berikut ini cara menulis dan mengindeks nama pada formulir rekam medis.

Menulis nama orang Indonesia.

Nama Tunggal.

Nama orang dapat terdiri dari satu kata, dua kata atau lebih. Nama orang yang hanya terdiri dari satu kata, diindeks sebagaimana nama itu disebut.

Contoh :

Nama	Diindeks & ditulis
Sumarto	Sumarto
Suryadi	Suryadi
Raharjo	Raharjo
Mintorogo	Mintorogo

Nama Majemuk.

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

Contoh :

Nama	Diindeks & ditulis
Amir Hamzah	Amir Hamzah
Guna Jaya	Guna Jaya
Dwipa Yana	Dwipa Yana

Nama Keluarga.

Nama orang Indonesia yang mempergunakan nama keluarga, yang diutamakan nama keluarganya.

Contoh :

Nama	Diindeks & ditulis
Danan Hadisubroto	Hadisubroto Danan
Anton Wirjosukartoi	Wirjosukarto Anton
Sumantri Brojonegoro	Brojonegoro Sumantri
Basuki Mangunwijoyo	Mangunwijoyo Basuki
Masruri Joyokusumo	Joyokusumo Masruri

Bukan Nama Keluarga.

Di Indonesia nama keluarga belum dikenal secara luas. Banyak nama orang Indonesia yang terdiri lebih dari satu atau dua kata, akan tetapi nama itu adalah nama sebenarnya, bukan nama keluarga. Hal ini akan membingungkan petugas. Untuk menghindari hal tersebut, maka untuk nama orang Indonesia yang terdiri lebih dari satu atau dua kata, kata terakhir dijadikan kata tangkap utama, atau dianggap sebagai nama keluarga.

Contoh :

Nama	Diindeks & ditulis
Bagus Basudewo	Basudewo Bagus
Memet Anton Witular	Witular Memet Anton
Agus Mulyono	Mulyono Agus
Didi Sukardi	Sukardi Didi
Tinton Suprpto	SuprptoTinton
Gunawan Bimo Susetyo	Susetyo Gunawan Bimo

Nama Marga, Suku, Clan.

Nama orang Indonesia yang mempergunakan nama marga, suku dan clan, yang diutamakan nama marga, suku, dan nama clan (kaum).

Contoh :

Nama	Diindeks & ditulis
Walfaret Limbong	Limbong Walfaret
Abdul Muslim Harahap	Harahap Abdul Muslim
Dede Marga Simatupang	Simatupang Dede Marga
Abdul Haris Nasution	Nasution Abdul Haris
Arnold Mononutu	Mononutu Arnold
Cornel Simanjuntak	Simanjuntak Cornel

Nama Wanita yang mempergunakan nama laki-Laki.

Banyak wanita Indonesia yang mempergunakan nama laki-laki. Nama laki-laki itu mungkin nama ayahnya, nama suaminya, atau mungkin namanya sendiri (bukan nama ayah dan suami). Tanpa memperhatikan apakah nama laki-laki yang dipergunakan itu nama suaminya, nama ayahnya atau namanya sendiri, bagi wanita Indonesia yang mempergunakan nama laki-laki diindeks & ditulis nama laki-laki dijadikan kata tangkap utama dalam mengindeks.

Contoh :

Nama	Diindeks & ditulis
Neno Warisman	Warisman Neno
Erni Johan	Johan Erni
Heni Purwonegoro	Purwonegoro Heni
Sumanti Suprpto	Suprpto Sumanti

Kartini Kartono	Kartono Kartini
Mimien Raharjo	Raharjo Mimien

Nama Permandian.

Orang-orang Kristen biasanya menggunakan nama permandian atau nama baptis. Bagi orang Indonesia yang mempergunakan nama permandian atau nama baptis, maka nama tersebut diindeks & ditulis menurut nama terakhir.

Contoh :

Nama	Diindeks & ditulis
Florensius Suhardi	Suhardi Florensius
Franciscus Xaverius	Muntoro Franciscus
Muntoro	Xaverius
Ignatius Hadi Sukarto	Sukarto Hadi Ignatius
Francisca Sundari Suwandi	Suwandi Sundari Francisca
Paulina Suwarsih	Suwarsih Paulina

Nama Gelar.

Gelar dapat dibedakan menjadi :

Gelar Kesarjanaan, misalnya

B.Sc.	= Bachelor of Science.	Prof.	= Profesor.
B.A	= Bachelor of Art.	Ir	= Insinyur.
B.St	= Bachelor of Statistic	M.P.H.	= Master of Public Health.
Drs.	= Doktorandus.	M.Sc	= Master of Science.
Dra	= Doktoranda.	M.D	= Dokter of Medicine.
S.H.	= Sarjana Hukum.	DR	= Doktor
Dr	= Dokter.	Ph. D	= Doctor of Philosophy.

Gelar Kepangkatan, misalnya :

Mayor	Direktur
Letnan Kolonel	Direktur Utama
Kolonel	Direktur Jendral
Mayor Jendral	Gubernur
Letnan Jendral	Bupati

Jendral

Manager

Gelar Keagamaan, misalnya :

Pendeta

Haji

Pastur/Romo

Kyai Haji

Monsinyur

Biksu

Gelar Kebangsawanan, misalnya:

R = Raden

Kanjeng

R.M = Raden Mas

Pangeran

R.A = Raden Ajeng

Tubagus

B.R = Bendoro Raden

Andi

B.R.A = Bendoro Raden Ayu/Ajeng

Daeng

B.R.M = Bendoro Raden Mas

Teuku

K.G.P.H = Kanjeng Gusti Pangeran Harjo.

Lord

Sultan,

SirGelar Adat, misalnya :

Ratu

Sutan

Gusti

Datuk

Gelar Kekeluargaan, misalnya :

Tn. = Tuan

Nn = Nona

Ny = Nyonya

Nama-nama yang diikuti dengan gelar-gelar seperti di atas dalam menulis gelar-gelar tersebut ditempatkan dibelakang tanda kurung.

Contoh :

Nama

R.R. Murbandini

R.M. Sahid

K.G.P.H Jatikusuma

Drs. Ir. Ginanjar Kartasmita

Dra. Pratiwi Kusuma

Prof. Dr. Emil Kurdiatmoko

Dra. Florensia Nunik Wilopo

K.G.P.H Mangkubumi S.H

Diindeks & ditulis

Murbandini (R.R)

Sahid (R.M)

Jatikusuma (K.G.P.H)

Kartasmita, Ginanjar (Drs. Ir)

Kusuma Pratiwi (Dra)

Kurdiatmoko Emil (Prof. Dr)

Wilopo Nunik Florensia (Dra)

Mangkubumi (K.G.P.H., S.H)

Drs. Andi Lala	Lala (Andi, Drs)
Daeng Lalo	Lalo (Daeng)
Haji Abubakar Abdulkadir	Abdulkadir Abubakar (Haji)
Sir Stanford Raffles	Raffles Starford (Sir)
Syamsudin Sutan Bendaharo	Syamsudin (Sutan Bendaharo)
Rusli Datuk Temenggung	Rusli (Datuk temenggung)
Gubernur Ismail	Ismail (Gubernur)
Bupati Pairin Marwoco	Marwoco Pairin (Bupati)
Letjen Jatikusumo	Jatikusumo (Letjen)
Mayor Rusman Romali	Romali Rusman (Mayor)
Ny. Sulastri Sukendar	Sukendar Sulastri (Ny)
Nn. Sumantini S.H	Sumantini (Nn. S.H)

Nama Singkatan

Nama Singkatan yang tidak Diketahui Kepanjangannya

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

Contoh :

Nama	Diindeks & ditulis
A. Mintorogo	Mintorogo, A.
A.S Mardiatmoko	Mardiatmoko, A.S.
A. Bambang Gunarso	Gunarso Bambang, A.
Akhmad B. Sugianto	Sugianto Akhmad, B.
Drs. Sigit P. Mulyanto	Mulyanto Sigit, P. (Drs)

Nama Singkatan yang Diketahui Kepanjangannya

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

Contoh :

Nama	Diindeks & ditulis
I.R. Rais	Rais Idwan Ridwan
M. Sy. Harahap	Harahap Muslim Syamsul
S. Ranuwijaya	Ranuwijaya Slamet

A. Saichu	Saichu Akhmad
A.M. Ghani	Ghani Abdul Muntolib
B.M. Diah	Diah, Burhanuddin Mochammad
Wulandari S.	Sulardiyanto Wulandari

Menulis Nama Orang Cina, Korea, Vietnam, dan sejenisnya.

Nama asli

Nama asli orang Cina, Korea, Vietnam, dan sejenisnya, Diindeks & ditulis sebagaimana aslinya.

Contoh :

Nama	Diindeks & ditulis
Pak Tjung Hui	Pak Tjung hui
Lee Thek Cheng	Lee Thek Cheng
Mien Hua Ho	Mien Hua Ho
Kim Ill Sung	Kim Ill Sung
Wong Peng Sun	Wong Peng Sun
Le Duc To	Le Duc To
Tan Guan Po	Tan Guan Po
Tranh Van Dong	Tranh Van Dong
Ho Chi Min	Ho Chi Min

Nama Orang Cina Yang Digabung Dengan Nama Orang Eropa

Sering dijumpai nama-nama orang Cina yang digabung dengan nama-nama orang Eropa. Dalam kasus semacam ini, nama Cina lebih diutamakan, baru menyusul nama Eropa.

Contoh :

Nama	Diindeks & ditulis
Johny Ong	Ong Johny
Robert Liem	Liem Robert
Sylvia Tan	Tan Sylvia

Menulis Nama Orang India, Jepang, Muang Thai, dan sejenisnya.

Dalam kaitan dengan nama-nama orang India, Jepang, Muang Thai dan sejenisnya, kata akhir dijadikan kata tangkap utama dalam indeks, tanpa memperhatikan apakah kata akhir itu nama keluarga atau nama clan.

Contoh :

Nama	Diindeks & ditulis
Bumibol Adulyadey	Adulyadey, Bumibol
Charrom Ratanatsin	Ratanatsin, Charrom
Mahatma Gandhi	Gandhi, Mahatma
Tusiro Kobayashi	Kobayashi, Tusiro
Pandit Nehru	Nehru, Pandit
Koichi Kishi	Kishi, Koichi

Menulis Nama Orang Arab, Persia, Turki, dan sejenisnya.

Nama-nama orang Arab, Persia, Turki, dan sejenisnya diindeks & ditulis berdasarkan ketentuan sebagai berikut :

Nama Arab, Persia, Turki dan sejenisnya yang diikuti nama keluarga, nama keluarga dijadikan kata pengenal utama.

Contoh :

Nama	Diindeks & ditulis
Abdullah Majid	Majid, Abdullah
Awab Sungkar	Sungkar, Awab
Muhammad Walid	Walid, Muhammad
Jacob Mohammad Soleh	Soleh, Jacob Mohammad

Nama orang Arab, Persia, Turki dan sejenisnya, yang menggunakan kata-kata bin, binti, ibn, ibnu, maka bagian nama yang didahului oleh kata-kata tersebut dijadikan sebagai kata pengenal utama.

Contoh :

Nama	Diindeks & ditulis
Sajid in Ali	Ali, Sajid bin
Ali bin Umar	Umar, Ali bin
Jacob bin Muhammad	Muhammad, Jacob bin

Arifin bin Said	Said, Arifin bin
Gozali bin Abubakar	Abubakar, Gozali bin

Nama orang Arab, Persia, Turki dan sejenisnya, yang sesudah kata *bin*, *binti* dan sebagainya terdapat dua nama atau lebih, maka nama yang demikian Diindeks & ditulis dengan mempergunakan kata akhir sebagai kata pengenalan utama.

Contoh :

Nama	Diindeks & ditulis
Jacob bin Muhammad Soleh	Soleh, Jacob bin Muhammad
Awab bin Abdullah Majid	Majid, Awab bin Abdullah

Nama orang Arab, Persia, Turki dan sejenisnya, yang sesudah kata *bin* diiringi dengan dua nama (kata) yang mempergunakan kata *bin* juga, maka nama yang demikian Diindeks & ditulis seperti contoh di bawah ini.

Contoh :

Nama	Diindeks & ditulis
Gozali bin Umar bin Majid	Majid, Umar bin Gozali
Jacob bin Muhammad bin Soleh	Soleh, Muhammad bin Jacob

Menulis Nama Orang Eropa, Amerika dan sejenisnya.

Nama orang Eropa, Amerika dan sejenisnya diindeks & ditulis dengan mempergunakan ketentuan sebagai berikut :

Nama orang Eropa, Amerika, dan sejenisnya diindeks & ditulis berdasarkan **nama keluarga**, seperti contoh di bawah ini.

Contoh :

Nama	Diindeks & ditulis
George Robert Terry	Terry, George Robert
Henry Mill	Mill, Henry
Richard D. Dallas	Dallas, Richard D.
James F. Bender	Bender, James F

Nama orang Eropa, Amerika dan sejenisnya yang mempunyai kata sandang misalnya : Van, Van den, Van der, Von, da, de, la, Diindeks & ditulis sebagai berikut :

Contoh :

Nama	Diindeks & ditulis
-------------	-------------------------------

Albert van der Molen	Molen, Albert van der
Joost van den Vondel	Vondel, Joost van den
H.J. van Mook	Van Mook, H.J
Mike de la Guzman	De la Guzman Mike
Du Monchy	Du Monchy
Florence D'Harnocourt	D'Harnocourt, Florence
Pastario di Bilameo	Di Bilameo, Pastario
Rodney MacGregor	MacGregor, Rodney

Sistem Pengindeksan Pasien Di Pendaftaran

Indeks dalam arti bahasa yaitu daftar kata atau istilah penting yang terdapat dalam buku tersusun menurut abjad yang memberi informasi tentang halaman tempat kata atau istilah tersebut ditemukan. Indeks dalam pelayanan rekam medis berarti daftar kata atau istilah penting yang disusun menurut tata cara tertentu untuk tujuan pencarian kembali kata atau istilah tersebut. Indeks rekam medis meliputi (1) Indeks Utama Pasien; (2) Indeks Penyakit (rawat jalan dan rawat inap); (3) Indeks Operasi; (4) Indeks Kematian dan (5) Indeks Dokter. Pelayanan rekam medis di pendaftaran hanya menggunakan Indeks Utama Pasien.

Indeks Utama Pasien disebut juga *Master Patient Index* (MPI) yaitu indeks yang berisi data pokok mengenai identitas pasien untuk mengidentifikasi semua pasien yang pernah berobat. Indeks ini sering dalam wujud kartu maka disebut Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP).

Data identitas pasien tersebut meliputi : nomor rekam medis, nama pasien, tanggal lahir (umur), jenis kelamin, alamat lengkap, nama orang tua/wali, alamat orang tua/wali dan tahun terakhir berobat. Selain berwujud kartu, penggunaan indeks pasien telah banyak menggunakan komputer.

KIUP diindeks secara alfabetik (abjad) yaitu berdasarkan nama pasien dengan cara menulis 3 huruf pertama nama pasien pada pojok kanan KIUP. KIUP disimpan berdasarkan urutan abjad tersebut di dalam kotak indeks.

Manfaat KIUP yaitu

(a) untuk mencari kembali data identitas pasien terutama no. rekam medis, bila pasien yang pernah berobat datang kembali tanpa membawa Kartu Identitas Berobat (KIB);

- (b) untuk mencari kembali data identitas pasien terutama no. rekam medis guna keperluan retensi (penyusutan) DRM;
- (c) sebagai alat bantu penyusunan laporan kunjungan pasien.

Sistem penomoran dalam pendaftaran.

Sistem penomoran dalam pelayanan rekam medis yaitu tata-cara penulisan nomor yang diberikan kepada pasien yang datang berobat sebagai bagian dari identitas pribadi pasien yang bersangkutan. Dikatakan sebagai bagian identitas pribadi karena dengan menyebut atau menulis nomor rekam medis tertentu maka dapat diketahui siapa pemiliknya.

Nomor rekam medis memiliki berbagai kegunaan atau tujuan yaitu

- (a) sebagai petunjuk pemilik folder DRM pasien yang bersangkutan,
- (b) untuk pedoman dalam tata-cara penyimpanan (penjajaran) DRM dan
- (c) sebagai petunjuk dalam pencarian DRM yang telah tersimpan di filing.

Nomor rekam medis terdiri dari 6 angka (digit) yang terbagi menjadi 3 kelompok, masing-masing kelompok terdiri dari dua angka. Dengan demikian maka dijumpai kelompok angka awal, tengah dan akhir. Enam angka tersebut mulai dari 00.00.00 s/d 99.99.99. Contoh untuk membedakan kelompok angka tersebut, misalnya 48.12.06: kelompok awal angka 48; kelompok tengah angka 12 dan kelompok angka akhir 06.

Admission Numbering System.

Ketika pasien datang berobat, petugas rekam medis harus **memberikan nomor rekam medis dan mencatatnya ke dalam beberapa formulir rekam medis** yaitu

- (a) Kartu Identitas Berobat (KIB),
- (b) KIUP,
- (c) formulir data dasar pasien,
- (d) formulir masuk – keluar pasien,
- (e) buku register pendaftaran pasien, selanjutnya oleh petugas pada pelayanan pasien berikutnya, nomor rekam medis tersebut akan dicatat pada setiap lembar formulir.

Ada tiga sistem pemberian nomor penderita masuk (*Admission Numbering System*) :

- (1) pemberian nomor cara seri (*Serial Numbering System = SNS*),
- (2) pemberian nomor cara unit (*Unit Numbering System = UNS*) dan
- (3) pemberian nomor cara seri unit (*Serial Unit Numbering System = SUNS*).

Pemberian Nomor Cara Seri.

Pemberian nomor cara seri atau dikenal dengan *Serial Numbering System* adalah suatu sistem penomoran dimana setiap penderita yang berkunjung ke rumah sakit atau Puskesmas selalu mendapatkan nomor baru. **Keuntungan** dengan menggunakan sistem ini adalah petugas mudah mengerjakan sedangkan **kerugiannya** adalah (a) membutuhkan waktu lama dalam mencari DRM lama, karena 1 pasien dapat memperoleh lebih dari 1 nomor rekam medis, (b) informasi pelayanan klinisnya menjadi tidak berkesinambungan yang dapat merugikan pasien.

Pada sistem ini, KIB dan KIUP praktis tak diperlukan karena seorang pasien dapat memiliki lebih dari KIB dan KIUP. Bila pasien datang berobat untuk kunjungan berikutnya petunjuk yang digunakan yaitu buku register dengan cara menanyakan nama dan tanggal terakhir berobat.

Meskipun dengan cara ini pelayanan di pendaftaran akan lebih cepat, akan tetapi cara ini akan menggunakan banyak formulir rekam medis. Hal ini dikarenakan setiap kali pasien datang bertambah pulalah folder DRM pasien yang bersangkutan, sehingga akan terjadi pemborosan formulir rekam medis. Selain itu akan akan mempercepat penuhnya rak filing untuk penyimpanan DRM, karena setiap pasien datang akan memiliki folder DRM baru untuk disimpan pada rak yang sesuai dengan metode penyimpanan dan penjajarannya.

Pemberian Nomor Cara Seri Unit

Pemberian nomor cara seri unit atau dikenal dengan *Serial Unit Numbering System* adalah suatu sistem pemberian nomor dengan menggabungkan sistem seri dan sistem unit. Dimana setiap pasien datang berkunjung ke rumah sakit atau Puskesmas diberikan nomor baru dengan DRM baru. Kemudian setelah selesai pelayanan, berdasarkan nomor rekam medis pada DRM tersebut dicari di KIUP untuk memastikan pasien tersebut pernah berkunjung atau tidak. Bila ditemukan dalam KIUP berarti pasien tersebut pernah berkunjung dan memiliki DRM lama. Selanjutnya DRM lama dicari di filing, setelah diketemukan DRM baru dan lama dijadikan satu, sedang nomor rekam medis yang digunakan patokan adalah nomor rekam medis lama. Nomor rekam medis baru milik pasien tersebut dicoret diganti nomor rekam medis lama selanjutnya nomor baru itu dapat digunakan oleh pasien lain. DRM yang telah dijadikan satu tersebut dikembalikan sesuai dengan nomor rekam medis lama.

Kelebihan dari sistem ini yaitu pelayanan menjadi lebih cepat karena tidak memilah antara pasien baru atau lama semua pasien yang datang seolah-olah dianggap sebagai pasien baru.

Kekurangannya yaitu (a) petugas menjadi lebih repot setelah selesai pelayanan, (b) informasi klinis pada saat pelayanan dilakukan tidak ada kesinambungan.

Pemberian Nomor Cara Unit.

Pemberian nomor cara unit atau dikenal dengan *Unit Numbering System* adalah suatu sistem penomoran dimana sistem ini memberikan satu nomor rekam medis pada pasien berobat jalan maupun pasien rawat inap dan gawat darurat serta bayi baru lahir. Setiap pasien yang berkunjung mendapatkan satu nomor pada saat pertama kali pasien datang ke rumah sakit atau Puskesmas, dan digunakan selamanya pada kunjungan berikutnya. Dengan demikian maka, DRM pasien tersebut hanya tersimpan di dalam satu folder (berkas) dibawah satu nomor.

Kelebihan pada *unit numbering system* adalah informasi klinis dapat berkesinambungan karena semua data dan informasi mengenai pasien dan pelayanan diberikan berada dalam satu folder DRM. Dengan demikian maka KIUP sebagai indeks utama pasien yang disimpan di tempat pendaftaran dan KIB yang diberikan pasien akan sangat diperlukan. KIUP dan KIB pada setiap pasien hanya ada 1 untuk 1 pasien.

Kekurangannya adalah pelayanan pendaftaran pasien yang pernah berkunjung (berobat) atau sebagai pasien lama akan lebih lama dibanding dengan cara SNS. Kekurangan ini dapat diatasi dengan sistem pelayanan yang terpisah antara loket pasien baru dan pasien lama. Pada loket pasien lama dapat dipisah lagi antara pasien lama yang membawa KIB dan tak membawa KIB. Bagi pasien yang tak membawa KIB, petunjuk yang digunakan untuk mencari DRM lamanya adalah KIUP yaitu dengan cara menanyakan nama pasien yang bersangkutan, kemudian dicari nomor rekam medisnya di dalam KIUP.

Sistem pemberian nomor yang baik dan dianjurkan yaitu sistem unit, karena memiliki kelebihan yaitu :

- semua rekam medis penderita memiliki satu nomor dan terkumpul dalam satu folder.

- secara tepat memberikan informasi kepada klinisi dan manajemen, satu gambaran yang lengkap mengenai riwayat penyakit dan pengobatan seorang penderita.
- menghilangkan kerepotan mencari dan mengumpulkan rekam medis seorang pasien yang terpisah-pisah dalam sistem seri.
- menghilangkan kerepotan mengambil rekam medis lama, untuk disimpan ke nomor baru dalam sistem seri unit.

Sehubungan dengan sistem pelayanan di rumah-sakit atau Puskesmas merupakan suatu sistem yang saling terkait, maka untuk mempercepat proses pelayanan di UGD dan kamar bersalin, maka pemberian nomor rekam medis dapat dialokasikan terlebih dahulu. Pengalokasian nomor rekam medis didasarkan pada banyak sedikitnya pasien yang dilayani sehingga antara pelayanan kesehatan yang satu dengan yang lain dapat berbeda. Contoh alokasi nomor rekam medis :

unit pelayanan bayi lahir : 00.00.00 s/d 09.99.99 = 100.000 nomor RM,

unit pelayanan gawat darurat : 10.00.00 s/d 49.99.99 = 400.000 nomor RM dan

unit pelayanan pasien yang lewat TPRJ : 50.00.00 s/d 99.99.99 = 500.000 nomor RM.

Dengan demikian unit pelayanan yang bersangkutan tidak perlu setiap kali pelayanan menanyakan dan meminta nomor rekam medis kepada Unit Rekam Medis untuk memperoleh nomor bagi pasien yang dilayani. Namun demikian, agar nomor tersebut tetap terkendali maka unit pelayanan maupun Unit Rekam Medis harus memiliki catatan penggunaan nomor RM.

G. SISTEM DI TEMPAT PENYIMPANAN

Berdasarkan Permenkes No 269 tahun 2008 tentang Rekam medis, DRM harus disimpan dengan tata-cara tertentu. Selain itu, karena DRM termasuk arsip seperti pada ketentuan yang ditunjuk dalam UU No. 7/1971 dan UU no 43/2009 tentang Ketentuan-ketentuan Pokok Kearsipan, maka DRM pun harus dikelola dan dilindungi sehingga aman dan terjaga kerahasiaannya. Perlindungan tersebut meliputi tempat atau alat yang digunakan untuk menaruh, meletakkan, menyimpan arsip sehingga aman; perbuatan melindungi, menjaga informasi yang dihasilkan dan yang diterima; keselamatan arsip dari bahaya atau kerusakan dan pencurian oleh orang yang tak bertanggung jawab dan usaha penyimpanan, pengamanan dan pengawetan arsip.

Sehubungan dengan DRM berisi data individual yang bersifat rahasia, maka setiap lembar formulir DRM harus dilindungi dengan cara dimasukkan ke dalam folder atau map sehingga setiap folder berisi data dan informasi hasil pelayanan yang diperoleh pasien secara individu (bukan kelompok atau keluarga). Untuk kepentingan penyimpanan, folder DRM tak sama dengan folder atau map pada umumnya. Pada folder DRM memiliki “lidah” yang digunakan untuk menulis nomor rekam medis dan menempelkan kode warnanya. Ketika folder disimpan, “lidah” tersebut ditonjolkan keluar sehingga akan tampak nomor rekam medis kode warna diantara folder-folder DRM.

Penyimpanan DRM bertujuan

- (a) mempermudah dan mempercepat ditemukan kembali DRM yang disimpan dalam rak filing,
- (b) mudah mengambil dari tempat penyimpanan,
- (c) mudah pengembaliannya
- (d) melindungi DRM dari bahaya pencurian, bahaya kerusakan fisik, kimiawi dan biologi.

Dengan demikian maka diperlukan sistem penyimpanan dengan mempertimbangkan jenis sarana dan peralatan yang digunakan, tersedianya tenaga ahli dan kondisi organisasi.

Syarat DRM dapat disimpan yaitu apabila pengisian data hasil pelayanan pada lembar formulir rekam medis telah terisi dengan lengkap dan telah dirakit sedemikian rupa sehingga riwayat penyakit seorang pasien urut secara kronologis (baca perakitan formulir rekam medis dan pengendalian DRM tak lengkap).

Sistem Penyatuan Dan Pemusatan DRM

Ditinjau dari pemusatan atau penyatuan DRM, maka cara penyimpanannya dibagi menjadi 2 cara yaitu :

Sentralisasi

Sistem Penyimpanan DRM secara sentral yaitu suatu sistem penyimpanan dengan cara menyatukan formulir – formulir rekam medis milik seorang pasien ke dalam satu kesatuan (folder). DRM rawat jalan, gawat darurat dan rawat inap milik seorang pasien menjadi satu dalam satu folder (map).

Kelebihan cara ini yaitu:

- (a) Data dan informasi hasil – hasil pelayanan dapat berkesinambungan karena menyatu dalam 1 folder sehingga riwayatnya dapat dibaca seluruhnya.
- (b) Mengurangi terjadinya duplikasi dalam pemeliharaan dan penyimpanan rekam medis.
- (c) Mengurangi jumlah biaya yang dipergunakan untuk peralatan dan ruangan.
- (d) Tata kerja dan peraturan mengenai kegiatan pencatatan medis mudah distandarisasi.
- (e) Memungkinkan peningkatan efisiensi kerja petugas penyimpanan, karena DRM milik seorang pasien berada dalam satu folder.
- (f) Mudah menerapkan sistem *unit record*.

Kekurangannya :

- (a) Petugas menjadi lebih sibuk karena harus menangani unit rawat jalan dan unit rawat inap.
- (b) Filing (tempat penyimpanan) DRM harus jaga 24 jam karena sewaktu-waktu diperlukan untuk pelayanan di UGD yang buka 24 jam.
- (c) Tempat penerimaan pasien harus bertugas selama 24 jam, karena KIUP akan digunakan sewaktu waktu bila pasien datang tak membawa KIB, padahal KIUP tersimpan di TPPRJ.

Desentralisasi.

Sistem Penyimpanan DRM secara desentralisasi yaitu suatu sistem penyimpanan dengan cara memisahkan milik seorang pasien antara DRM rawat jalan, DRM gawat darurat dan rawat DRM rawat inap pada folder tersendiri dan atau ruang atau tempat tersendiri. Biasanya DRM pasien rawat jalan disimpan di satu tempat penyimpanan atau di Poliklinik masing-masing, sedangkan DRM pasien gawat darurat dan rawat inap disimpan di unit rekam medis.

Kelebihan:

- (a) Efisiensi waktu, sehingga pasien mendapat pelayanan lebih cepat.
- (b) Beban kerja yang dilaksanakan petugas lebih ringan.

Kekurangannya :

- (a) Terjadi duplikasi dalam pembuatan rekam medis, yaitu data dan informasi pelayanan pada satu pasien dapat tersimpan lebih dari 1 folder.
- (b) Biaya yang diperlukan untuk peralatan dan ruangan lebih banyak.

- (c) Cara sentralisasi lebih baik daripada desentralisasi. Tetapi pada pelaksanaannya sangat tergantung pada situasi dan kondisi masing-masing rumah sakit yaitu :
- (d) Karena terbatasnya tenaga yang terampil, khususnya yang menangani pengelolaan rekam medis.
- (e) Kemampuan dana rumah sakit.

Sistem Penyimpanan Drm

Dokumen rekam medis yang disimpan ke dalam rak penyimpanan tidak ditumpuk melainkan disusun berdiri sejajar satu dengan yang lain. Penjajaran DRM mengikuti urutan nomor rekam medis dengan 3 cara yaitu:

- (a) sistem nomor langsung (*straight numerical filing=SNF*),
- (b) sistem angka akhir (*terminal digit filing = TDF*),
- (c) sistem angka tengah (*middle digit filing = MDF*).

Straight numerical filing=SNF

Sistem penjajaran dengan nomor langsung yaitu suatu sistem penyimpanan DRM dengan mensejajarkan folder DRM berdasarkan urutan langsung nomor rekam medisnya pada rak penyimpanan. Misalnya keempat rekam medis berikut ini akan disimpan berurutan dalam satu rak, yaitu 46-50-23, 46-50-24, 46-50-25.

Kelebihan:

- (a) Bila akan sekaligus mengambil 50 buah rekam medis dengan nomor yang berurutan dari rak untuk keperluan pendidikan, penelitian atau untuk di inaktifkan akan sangat mudah.
- (b) Mudah melatih petugas-petugas yang harus melaksanakan pekerjaan penyimpanan tersebut.

Kekurangan:

- (a) Petugasnya harus memperhatikan seluruh angka nomor rekam medis sehingga mudah terjadi kekeliruan menyimpan. Makin besar angka yang diperhatikan, makin besar kemungkinan membuat kesalahan. Hal yang menyebabkan kesalahan tersebut adalah tertukarnya urutan nomor, misalnya rekam medis nomor 46-54-24 tersimpan pada tempat penyimpanan nomor 46-55-24. Keadaan ini seringkali tidak dapat dihindarkan pada saat menyimpan rekam medis karena sibuknya petugas menyimpan dan menyediakan DRM.

- (b) Terjadinya konsentrasi DRM pada rak penyimpanan untuk nomor besar, yaitu rekam medis dengan nomor terbaru, sehingga beberapa petugas yang bekerja bersamaan akan berdesak-desakan disatu tempat.
- (c) Pengawasan kerapian penyimpanan sangat sukar dilakukan, karena tidak mungkin memberikan tugas bagi seseorang staf untuk bertanggungjawab pada rak-rak penyimpanan tertentu.

Terminal digit filing = TDF.

Sistem penjajaran dengan sistem angka akhir atau TDF yaitu suatu sistem penyimpanan DRM dengan mensejajarkan folder DRM berdasarkan urutan nomor rekam medis pada 2 angka kelompok akhir. Untuk mejalankan sistem ini, terlebih dahulu disiapkan rak penyimpanan dengan membaginya menjadi 100 seksi (*section*) sesuai dengan 2 angka kelompok akhir tersebut, mulai dari seksi 00; 01; 02 dan seterusnya sampai seksi 99. Kemudian cara menyimpannya pada setiap seksi diisi folder DRM dengan nomor rekam medis dengan 2 angka kelompok akhir yang sama sebagai digit pertama (*primary digit*) sebagai patokan. Selanjutnya secara berturut-turut (dibelakangnya) dengan berpatokan pada 2 angka kelompok tengah sebagai digit kedua (*secondary digit*) dan patokan berikutnya pada 2 angka kelompok akhir sebagai digit ketiga (*tertiary digit*). Contoh nomor-nomor dengan 6 angka, yang dikelompokkan menjadi 3 kelompok masing-masing terdiri dari 2 angka. Angka pertama adalah kelompok 2 angka yang terletak paling kanan, angka kedua adalah kelompok 2 angka yang terletak di tengah dan angka ke tiga adalah kelompok 2 angka yang terletak paling kiri.

48	12	06
angka ketiga (<i>tertiary digits</i>)	angka kedua (<i>secondary digits</i>)	angka pertama <i>primary digits</i>

Pada waktu menyimpan, petugas harus melihat angka-angka pertama dan membawa rekam medis tersebut ke daerah rak penyimpanan untuk kelompok angka-angka pertama yang bersangkutan. Pada kelompok angka pertama ini dokumen rekam medis disesuaikan urutan letaknya menurut angka kedua, kemudian rekam medis disimpan di dalam urutan sesuai dengan kelompok angka ketiga, sehingga dalam setiap kelompok penyimpanan nomor-nomor pada kelompok angka ketigalah (*tertiary digits*), yang selalu berlainan. Lihat contoh berikut ini.

Seksi 02	Seksi 26	Seksi 30
35-04-02	98-05-26	98-99-30
47-52-02	99-05-26	99-99-30
48-52-02	00-06-26	Seksi 31
49-52-02	01-06-26	00-00-31
50-52-02	02-06-26	01-00-31
		02-00-31

Kelebihan sistem TDF:

- (a) Penambahan jumlah dokumen rekam medis selalu tersebar secara merata ke 100 kelompok (*section*) di dalam rak penyimpanan.
- (b) Petugas-petugas penyimpanan tidak akan terpaksa berdesak-desak di satu tempat dimana rekam medis harus disimpan di rak.
- (c) Petugas-petugas dapat diserahi tanggung jawab untuk sejumlah section tertentu misalnya ada 4 petugas masing-masing diserahi : section 00 – 24, section 25 – 49, section 50 – 74, section 75 – 99.
- (d) Pekerjaan akan terbagi rata mengingat setiap petugas rata-rata mengerjakan jumlah rekam medis yang hampir sama setiap harinya untuk setiap section sehingga mudah mengingat letak DRM.
- (e) Rekam medis yang tidak aktif dapat diambil dari rak penyimpanan dari setiap *section*, pada saat ditambahnya rekam medis baru di *section* tersebut.
- (f) Jumlah rekam medis untuk setiap *section* terkontrol dan bisa dihindarkan timbulnya rak-rak kosong
- (g) Dengan terkontrolnya jumlah rekam medis, membantu memudahkan perencanaan peralatan penyimpanan (jumlah rak).
- (h) Kekeliruan menyimpan (*misfile*) dapat di cegah, karena petugas penyimpanan hanya memperhatikan 2 angka saja dalam memasukkan rekam medis ke dalam rak, sehingga jarang terjadi kekeliruan membaca angka.

Kekurangan:

- (a) Latihan dan bimbingan bagi petugas penyimpan dalam hal sistem angka akhir, mungkin lebih lama dibandingkan latihan menggunakan sistem nomor langsung, tetapi umumnya petugas dapat di latih dalam waktu yang tidak terlalu lama.
- (b) Membuthkan biaya awal lebih besar karena harus menyiapkan rak penyimpanan terlebih dahulu.

Midle Digit Filing (MDF) = cara angka tengah.

Sistem penjajaran dengan sistem angka tengah atau MDF yaitu suatu sistem penyimpanan DRM dengan mensejajarkan folder DRM berdasarkan urutan nomor rekam medis pada 2 angka kelompok tengah. Cara menjalankannya sama dengan TDF, yang membedakan yaitu pada saat menyimpan DRM. Dalam hal ini angka yang terletak ditengah-tengah menjadi angka pertama, pasangan angka yang terletak paling kiri menjadi angka kedua, dan kelompok angka paling kanan menjadi angka ketiga.

Lihat contoh di bawah ini

58-78-96	99-78-96
58-78-97	99-78-97
58-78-99	99-78-98
59-78-00	99-78-99
59-78-00	00-79-00
59-78-01	00-79-01

Kelebihan dan kekurangannya sama dengan TDF.

SISTEM PENGENDALIAN DRM YANG TELAH DISIMPAN.

Pelacakan DRM keluar

Dokumen rekam medis yang telah disimpan selalu akan digunakan kembali untuk keperluan pelayanan, penelitian dan lain – lain. Agar DRM yang keluar dari rak filing (penyimpanan) tersebut dapat dikendalikan sehingga mudah diketahui keberadaan dan penggunaannya, maka setiap pengambilan DRM harus disipi tracer.

Tracer atau kartu petunjuk yaitu kartu yang digunakan untuk pengganti DRM yang diambil untuk digunakan berbagai keperluan. Setiap DRM akan diambil, maka pada tracer HARUS DICATAT :

- (a) nomor rekam medis dan nama pasien yang bersangkutan,
- (b) tanggal pengambilan
- (c) akan digunakan oleh siapa,
- (d) untuk apa dan
- (e) dimana (unit pelayanan apa).

Setelah dicatat, DRM boleh diambil apabila tracer telah dislipkan terlebih dahulu pada DRM yang akan diambil. Dengan demikian, apabila DRM yang bersangkutan akan

digunakan untuk keperluan lainnya sedang DRM tersebut tidak berada di tempat penyimpanan maka dapat ditelusuri DRM yang dimaksud itu.

Tracer selain bermanfaat sebagai petunjuk keberadaan DRM, bermanfaat pula untuk menghitung tingkat penggunaan DRM per periode waktu (misalnya perbulan). Caranya: dengan mengumpulkan tracer kemudian hitung berapa DRM yang digunakan pada bulan itu dibagi jumlah seluruh DRM pada bulan yang bersangkutan kali 100%, lihat rumus berikut ini.

$$\frac{\sum \text{DRM yang digunakan}}{\sum \text{seluruh DRM}} \times 100\%$$

Selain tingkat penggunaan DRM secara umum tersebut, dapat pula dihitung tingkat penggunaan berdasarkan tujuan penggunaan atau unit pengguna dengan cara yang sama. Tingkat penggunaan DRM tersebut bermanfaat untuk mengukur aktifitas filing yang digunakan untuk perencanaan tenaga dan sarana penyimpanan DRM.

Pencegahan salah letak DRM (*misfiled*) dengan kode warna.

Penyimpanan DRM seringkali terjadi kesalahan letak. Hal ini terjadi karena banyaknya DRM yang harus diambil dan disimpan setiap hari. Untuk mengatasi hal tersebut, maka pada sistem penjajaran TDF atau MDF, dapat diberi kode warna sesuai dengan 2 angka kelompok yang digunakan patokan penyimpanan (untuk TDF 2 angka kelompok akhir dan untuk MDF dengan 2 angka kelompok tengah). Kode warna yang dimaksud adalah setiap angka diberi tanda warna tertentu yaitu:

Angka	Warna
1	Purple = ungu
2	Yellow = kuning
3	Dark Green = hijau tua
4	Orange = oranye
5	Light Blue = biru muda
6	Brown = coklat
7	Cerise = kemerahan
8	Light Green = hijau muda
9	Red = merah

0 Dark Blue = biru tua

Contoh

Seksi 02	Kode warna	Seksi 26	Kode warna	Seksi 30	Kode warna
35-04-02	Biru tua / kuning	98-05-26	Kuning/coklat	98-99-30	Hijau tua/biru tua
47-52-02		99-05-26		99-99-30	
49-52-02		01-06-26		00-00-31	Hijau tua/ungu
50-52-02		02-06-26		01-00-31	

Warna – warna tersebut ditempelkan di bawah nomor rekam medis yang bersangkutan.

H. SISTEM RETENSI DAN PEMUSNAHAN DRM

Landasan hukum yang digunakan dalam penyelenggaraan sistem pengabdian dan pemusnahan yaitu (1) Permenkes 269 tahun 2008 tentang Rekam Medis, (2) Surat Edaran Direktorat Jenderal Pelayanan Medik No. HK.00.06.1.5.01160 tahun 1995 tentang Petunjuk Teknis Pengadaan Formulir dasar Rekam Medis dan Pemusnahan Rekam Medis di Rumah-sakit. Tujuan utamanya yaitu mengurangi beban penyimpanan DRM dan mengabadikan formulir-formulir rekam medis yang memiliki nilai guna. Untuk itu, maka dilakukan kegiatan

- (a) penyisiran DRM,
- (b) retensi DRM,
- (c) penilaian nilai guna rekam medis,
- (d) pengabdian dan pemusnahan formulir-formulir rekam medis.

Penyisiran DRM.

Penyisiran DRM yaitu suatu kegiatan pengawasan rutin terhadap kemungkinan kesalahan letak DRM dan mengembalikannya pada letaknya sesuai dengan sistem peajaran yang digunakan. Ketika kegiatan ini dilakukan, bersamaan itu pula dilakukan pencatatan DRM yang sudah saatnya diretensi.

Retensi DRM.

Retensi atau penyusutan DRM yaitu suatu kegiatan memisahkan antara DRM yang masih aktif dengan DRM yang dinyatakan non aktif atau in-aktif. Tujuannya adalah mengurangi beban penyimpanan DRM dan menyiapkan kegiatan peninalain nilai guna rekam medis untuk kemudian diabadikan atau dimusnahkan. Kegiatan retensi dilakukan oleh petugas penyimpanan (filing) secara periodik misalnya setiap bulan, tribulan atau tahunan tergantung banyaknya DRM yang disimpan. Dokumen rekam

medis yang telah diretensi harus disimpan pada ruang terpisah dari DRM aktif dengan cara mengurutkan sesuai urutan tanggal terakhir berobat selanjutnya dikelompokkan berdasarkan penyakitnya.

Sebelum melakukan retensi perlu disusun jadwal retensi. Berdasarkan Surat Edaran Dirjen Pelayanan Medik tentang Pemusnahan Rekam Medis jadwal retensi tersebut sebagai berikut :

No	KELOMPOK	AKTIF		INAKTIF	
		RJ	RI	RJ	RI
1	Umum	5 TH	5 TH	2 TH	2 TH
2	Mata	5 TH	10 TH	2 TH	2 TH
3	Jiwa	10 TH	5 TH	5 TH	5 TH
4	Orthopaedi	10 TH	10 TH	2 TH	2 TH
5	Kusta	15 TH	15 TH	2 TH	2 TH
6	Ketergantungan obat	15 TH	15 TH	2 TH	2 TH
7	Jantung	10 TH	10 TH	2 TH	2 TH
8	Paru	5 TH	10 TH	2 TH	2 TH

Keterangan : RJ = rawat jalan; RI = rawat inap.

Penjelasan (contoh):

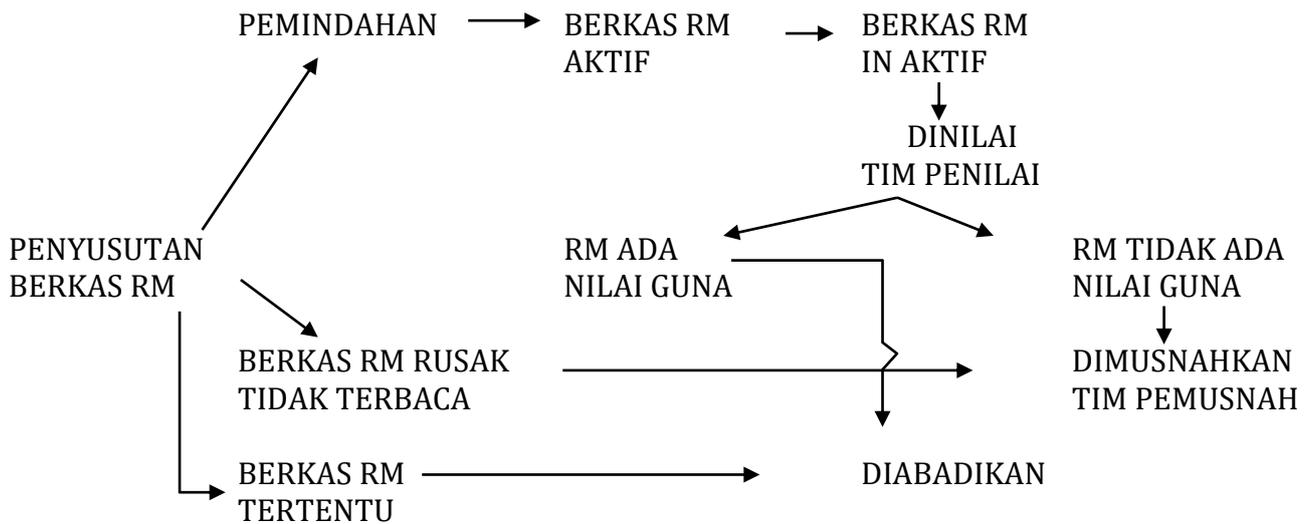
Kelompok umum:

Kelompok penyakit umum pada pasien rawat jalan dan rawat inap setelah 5 tahun tak datang berobat karena meninggal atau sebab lain sudah harus diretensi untuk disimpan pada ruang filing in-aktif. Penyimpanan pada ruang inaktif tersebut selama 2 tahun baru kemudian dilakukan pengabdian atau pemusnahan. Misalnya seorang pasien mulai berobat pada tanggal 1 Januari 1990 kemudian sejak tanggal 17 Agustus 1995 tak datang lagi berobat karena meninggal atau sebab lain, maka pada tanggal 17 Agustus 1995 DRM tersebut sudah boleh diretensi. Kemudian pada tanggal 17 Agustus 1997 formulir-formulir DRM tersebut dipisahkan antara yang diabadikan dan dimusnahkan

Kelompok penyakit mata.

DRM dengan penyakit mata pada pasien rawat jalan setelah 5 tahun tak datang berobat karena meninggal atau sebab lain sudah harus diretensi untuk disimpan pada ruang filing in-aktif. Sedangkan pasien rawat inap setelah 10 tahun baru dapat diretensi. Selanjutnya masing-masing disimpan sebagai dokumen in-aktif selama 2 tahun.

Untuk DRM anak-anak rumah-sakit atau sarana pelayanan kesehatan lain dapat membuat ketentuan tersendiri. Selain itu, sesuai dengan kebutuhan rumah-sakit atau sarana pelayanan kesehatan yang bersangkutan dapat pula membuat ketentuan lain untuk kepentingan : (a) riset dan edukasi, (b) kasus-kasus terlibat hukum (legal aspek) minimal 23 tahun setelah ada ketetapan hukum, (c) Perkosaan, (d) HIV, (e) penyesuaian kelamin, (f) pasien orang asing, (g) kasus adopsi, (h) bayi tabung, (i) cangkok organ, (j) plastik rekontruksi.



**DAFTAR DOKUMEN REKAM MEDIS YANG DIPINDAHKAN
DARI AKTIF KE IN AKTIF**

No urut	Tanggal pemindahan	Nomor rekam medis	Tanggal terakhir berobat	Diagnosis	Kode Diagnosis	Jumlah lembar	Formulir rekam medis tak lengkap

Tempat, tanggal pemindahan
Kepala Unit Rekam medis
Rumah-sakit_____

Sistem Penilaian nilai guna rekam medis

Penilaian nilai guna rekam medis yaitu suatu kegiatan penilaian terhadap formulir-formulir rekam medis yang masih perlu diabadikan atau sudah boleh dimusnahkan. Penilaian nilai guna ini dilakukan oleh Tim Pemusnah DRM yang ditetapkan oleh direktur rumah-sakit atau pimpinan sarana pelayanan kesehatan. Tim Pemusnah DRM mempunyai tugas membantu direktur rumah sakit dalam penyelenggaraan pemusnahan rekam medis dengan memperhatikan nilai guna sesuai peraturan yang berlaku.

Tim tersebut terdiri dari :

- (a) Komite Rekam Medis atau Komite Medis sebagai ketua,
- (b) petugas rekam medis senior sebagai sekretaris,
- (c) anggota dari unsur tata usaha, perawat senior dan tenaga lain yang terkait.

Tata cara penilaian formulir rekam medis : berkas rekam medis yang dinilai adalah berkas rekam medis yang telah 2 tahun inaktif.

Indikator yang digunakan untuk menilai berkas rekam medis inaktif yaitu

- (a) Seringnya rekam medis digunakan untuk pendidikan dan penelitian
- (b) Mempunyai nilai guna primer yaitu : Administrasi, Hukum, Keuangan, Iptek.
- (c) Mempunyai nilai guna primer yaitu : pembuktian dan sejarah.

Dokumen rekam medis yang telah dilakukan penilaian terhadap nilai guna kemudian dibuat daftar pertelaahan sebagai berikut:

DAFTAR PERTELAAHAN NILAI GUNA REKAM MEDIS

No urut	Tanggal penilaian	Nomor rekam medis	Diagnosis	Kode Diagnosis	Kasus/kepentingan Tertentu		Jenis Kasus tertentu
					YA	TIDAK	

Tempat, tanggal penilaian

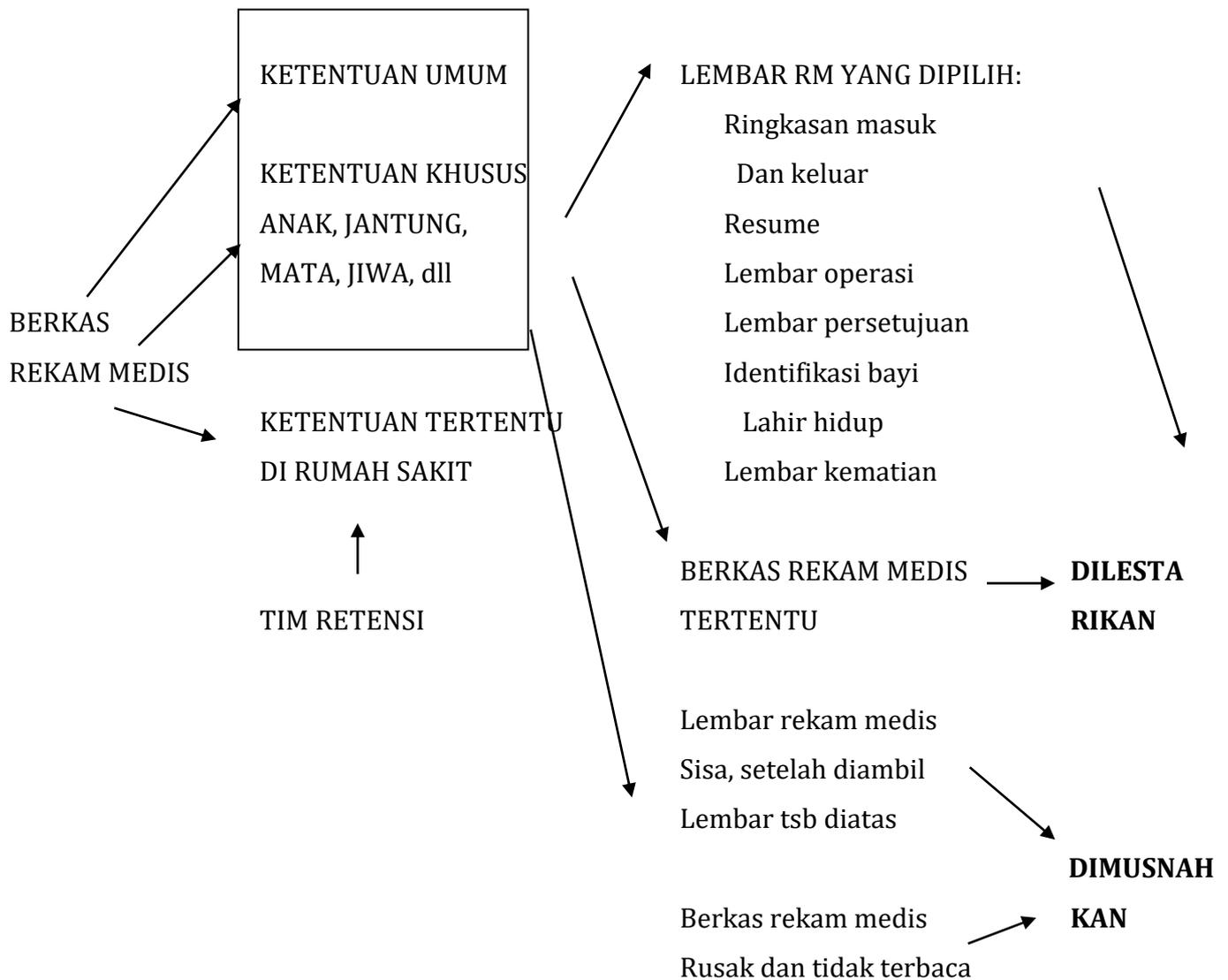
Prosedur penilaian berkas rekam medis

Memisahkan formulir rekam medis yang harus diabadikan yaitu :

1. Ringkasan masuk dan keluar
2. Resume penyakit.
3. Lembar operasi (termasuk laporan persalinan),
4. Identifikasi bayi lahir,
5. Lembar persetujuan tindakan medis (*informed consent*)
6. Lembar kematian (laporan sebab kematian, biasanya sudah menyatu pada formulir ringkasan masuk-keluar)
7. Berkas rekam medis tertentu, sesuai dengan kepentingan pelayanan meliputi
8. Indeks,
9. Register,
10. Formulir rekam medis tertentu yang ditetapkan oleh direktur rumah-sakit.

Mengumpulkan formulir-formulir rekam medis sisanya termasuk berkas rekam medis rusak tidak terbaca disiapkan untuk dimusnahkan.

Secara skematis dapat digambarkan sebagai berikut :



Pengabdian dan pemusnahan rekam medis.

Setelah dilakukan penilaian terhadap nilai guna rekam medis dari DRM in aktif, Tim Pemusnah Rekam kemudian mengabdikan formulir rekam medis yang harus diabadikan sesuai dengan nilai gunanya dan memusnahkan formulir yang sudah tak ada nilai gunanya. Rangkaian kegiatan tersebut meliputi :

1. Membuat daftar pertelaahan yaitu suatu daftar telaah nilai guna rekam medis dengan mengelompokkan DRM berdasar jenis penyakit (diagnosis) dan kepentingan husus (tertentu) sesuai dengan kasusnya dan kebijakan rumah-sakit.

2. Membuat Berita Acara Pemusnahan Rekam Medis yang ditandatangani ketua dan sekretaris dan diketahui direktur rumah sakit. Berita Acara Pemusnahan Rekam Medis yang asli disimpan di rumah-sakit, lembar keduanya dikirim kepada pemilik rumah-sakit (untuk rumah-sakit milik Departemen Kesehatan RI ke Dirjen. Pelayanan Medik).
3. Melaksanakan pemusnahan dengan cara : (a) dibakar dengan menggunakan incenerator atau dibakar biasa, (b) dicacah, dibuat bubuk. Bila dilaksanakan oleh Pihak ke III harus disaksikan Tim Pemusnah dengan dibuat berita acara tersendiri.
4. Khusus untuk formulir rekam medis yang sudah rusak atau sudah tidak terbaca dapat langsung dimusnahkan dengan terlebih dahulu membuat pernyataan diatas kertas segel oleh direktur rumah-sakit.

Contoh berita acara pemusnahan :

BERITA ACARA PEMUSNAHAN REKAM MEDIS

RUMAH-SAKIT _____

No. :

**DOKUMEN REKAM MEDIS
YANG AKAN DIMUSNAHKAN**

**PERSETUJUAN PEMUSNAHAN
DOKUMEN REKAM MEDIS**

Tanggal pemusnahan	Lokasi pemusnahan	Cara pemusnahan	Jumlah DRM (terlampir)	Pelaksana pemusnahan

Disetujui untuk dilaksanakan

Ketua Tim Pemusnah Direktur Rumah Sakit

Sekretaris
Tim Pemusnah

Berita acara pemusnahan dilampiri dengan daftar DRM yang dimusnahkan.

DAFTAR DOKUMEN REKAM MEDIS YANG DIMUSNAHKAN

No	Nomor rekam medis	Diagnosis	Kode Diagnosis	Jumlah Lembar	Kasus/kepentingan Tertentu		Jenis Kasus tertentu
					YA	TIDAK	

Tempat, tanggal pemusnahan

Tim Pemusnah Rekam Medis

Rumah-sakit_____

I. SISTEM REKAM MEDIS DI ASSEMBLING

Sistem Perakitan formulir rekam medis.

Perakitan formulir rekam medis yaitu suatu kegiatan merakit kembali formulir – formulir dalam folder DRM sedemikian rupa sehingga bila dibaca dari halaman depan ke belakang runtut sesuai dengan riwayat penyakit pasien. Kegiatan ini dilakukan oleh petugas assembling sebelum disimpan oleh petugas filing. Urutan formulir rawat jalan dan gawat darurat yaitu :

- (a) Ringkasan Riwayat Pasien Rawat Jalan
- (b) Catatan pelayanan rawat jalan/gawat darurat
- (c) Formulir konsultasi
- (d) Hasil Pemeriksaan Penunjang
- (e) Informed consent
- (f) Evaluasi sosial
- (g) Evaluasi psikolog
- (h) Data dasar medis
- (i) Data dasar nurse/keperawatan

- (j) Catatan lanjutan medis
- (k) Salinan resep
- (l) Catatan lanjutan nurse

Urutan formulir rawat inap yaitu :

- (a) Ringkasan riwayat masuk keluar,
- (b) Surat persetujuan dirawat.
- (c) Formulir perjalanan penyakit/instruksi/tindakan/terapi,
- (d) Daftar pengobatan/form catatan pemberian obat,
- (e) Grafik S,N,T (observasi),
- (f) Permintaan pemeriksaan penunjang dan hasil pemeriksaan penunjang,
- (g) Resume keluar (hidup/mati),
- (h) Formulir spesialisasi sesuai jenis spesialisasinya,
- (i) Keseimbangan cairan,
- (j) Laporan Anastesi,
- (k) Laporan Operasi,
- (l) Laporan persalinan dan identifikasi bayi,
- (m) Laporan identifikasi bayi lahir,
- (n) Konsultasi,
- (o) Informed Consent,
- (p) Salinan resep,
- (q) Sebab kematian,
- (r) Surat Pulang Paksa,
- (s) Formulir asuhan keperawatan, meliputi:
- (t) Formulir pengkajian data dan diagnosa keperawatan,
- (u) Formulir rencana keperawatan,
- (v) Formulir tindakan keperawatan,
- (w) Formulir evaluasi keperawatan,
- (x) Formulir perencanaan pulang.

Dokumen rekam medis yang telah dirakit seperti urutan di atas memudahkan pembacaan historis penyakit yang berguna untuk

- (a) media komunikasi antar dokter dalam pelayanan pasien yang bersangkutan,
- (b) dilakukan penilaian nilai guna rekam medis ketika akan dipilah antara yang akan diabadikan dan dimusnahkan.

Sistem Pengendalian ketidak-lengkapan isi data rekam medis.

Pencatatan hasil pelayanan ke dalam formulir rekam medis seringkali tidak lengkap, padahal salah satu syarat untuk disimpan DRM harus sudah terisi dengan lengkap. Oleh karena itu diperlukan sistem pengendalian ketidak lengkapan isi rekam medis.

Sistem pengendalian ketidak lengkapan isi rekam medis yaitu suatu sistem yang bertujuan mengendalikan DRM yang dikembalikan ke unit pencatat data rekam medis untuk dilengkapi isi datanya per lembar formulir sehingga dapat diketahui dimana DRM tersebut berada dan kapan diserahkan serta kapan di kembalikan ke assembling lagi. Dengan demikian, maka apabila ternyata DRM yang sedang dilengkapi tersebut dibutuhkan untuk pelayanan segera dapat diambil terlebih dahulu untuk pelayanan.

Pengendalian tersebut diawali dengan kegiatan penelitian isi data rekam medis pada setiap lembar formulir rekam medis yang telah diserahkan ke unit rekam medis. Kegiatan tersebut dilakukan oleh petugas assembling. DRM yang isinya tak lengkap dipisahkan dengan DRM yang telah lengkap. Ketidak lengkapan isi tersebut dicatat pada (a) Kartu Kendali dan (b) kertas kecil.

Setelah pencatatan data yang tidak lengkap, kartu kendali (KK) disimpan di fungsi assembling sedang kertas kecil ditempelkan pada halaman depan folder DRM. Penempelan kertas kecil tersebut dimaksudkan untuk memudahkan petugas yang bertanggung jawab segera dapat menemukan ketidak lengkapan data rsm dalam folder DRM. Folder DRM tersebut diserahkan ke unit pencatat data untuk dilengkapi dengan menggunakan buku ekspedisi (serah-terima dokumen). Kartu kendali disimpan berdasarkan tanggal diserahkannya DRM tak lengkap.

Batas waktu melengkapi isi rekam medis yaitu selambat-lambatnya 2 x 24 jam sejak DRM diserahkan ke unit pencatat data oleh petugas assembling. Bila batas waktu dilampaui DRM akan diserahkan ke bagian filing untuk disimpan tersendiri. Oleh bagian filing akan diulangi lagi tata-cara tersebut dengan batas waktu 14 x 24 jam setelah waktu penyerahan DRM tak lengkap. Selebihnya waktu tersebut dapat dikatakan DRM yang "bandel". Oleh karena itu di bagian filing dapat membuat laporan tingkat kebandelan DRM (*deliquent medical record(DMR)*) dan bagian assembling dapat membuat

laporan *incomplete medical records (IMR)* (baca pembahasan tentang analisis kuantitatif dan kualitatif).

Chapter 3.

PENGELOLAAN REKAM MEDIS DI PUSKESMAS

A. Pendahuluan

Definisi Puskesmas

Menurut Permenkes Nomor 75/2014, Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama. Yang diutamakan ialah upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

Sebagai gambaran contoh, Kota Semarang memiliki 37 puskesmas induk yang tersebar di 16 kecamatan dan 177 kelurahan. 11 puskesmas diantaranya menyelenggarakan rawat jalan, rawat inap, serta gawat darurat. Sedangkan 26 puskesmas hanya menyelenggarakan rawat jalan. Selain itu, Kota Semarang juga memiliki 33 puskesmas pembantu (pustu).

Fungsi Puskesmas

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, bahwa fungsi puskesmas :

Pelayanan kesehatan masyarakat yang lebih mengutamakan pelayanan promotif dan preventif, dengan kelompok masyarakat serta sebagian besar diselenggarakan bersama masyarakat yang bertempat tinggal di wilayah kerja puskesmas.

Pelayanan medik dasar yang lebih mengutamakan pelayanan kuratif dan rehabilitatif dengan pendekatan individu dan keluarga yang pada umumnya melalui upaya rawat jalan dan rujukan.

B. Unit Rekam Medis di Puskesmas

Seharusnya, unit rekam medis (URM) di puskesmas terdiri atas subunit-subunit rekam medis yang lengkap, seperti yang diselenggarakan di rumah sakit. Idealnya, URM mencakup subunit-subunit sebagai berikut;

1. Bagian Pencatatan/Perekaman Data Rekam Medis terdiri atas :

Tempat/Loket Pendaftaran Pasien, baik rawat jalan, rawat inap, maupun gawat darurat

2. Unit Rawat Jalan, seperti Balai Pengobatan Umum, Klinik Gigi, Klinik Kesehatan Ibu dan Anak dan Keluarga Berencana, Klinik Gizi, Klinik Kesehatan Lingkungan, serta Ruang Imunisasi
3. Unit Rawat Inap dan Pelayanan Obstetri Neonatus Essensial Dasar
4. Instalasi Gawat Darurat/Ruangan Tindakan
5. Apotek
6. Laboratorium Sederhana

Sedangkan bagian pengolahan data puskesmas seharusnya terdiri atas :

1. Assembling yang akan merakit formulir rekam medis dan mengurutkan serta menganalisis dokumen rekam medis pasien pulang.
2. Koding dan Indeksing yang akan memberi kode diagnosa utama pasien dan menghasilkan laporan morbiditas dan mortalitas pasien di wilayah kerja puskesmas ybs. Saat ini koding dikerjakan oleh dokter puskesmas.
3. Filing yang akan menyimpan, menyediakan, memelihara, serta menyusutkan dokumen rekam medis
4. Analising dan Reporting atau Sistem Informasi Manajemen Puskesmas yang sering disingkat Simpus untuk pelaporan kegiatan dan pelayanan puskesmas ke dinas kesehatan.

Pendaftaran Pasien Puskesmas

Adapun tugas pokok dan fungsi, serta prosedur pelayanan pendaftaran rekam medis dari petugas masing-masing subunit URM puskesmas adalah sebagai berikut :

Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (TPPRJ)

1. Melayani pendaftaran pasien (baru dan lama).
2. Mengalokasikan nomor rekam medis dengan buku pengendalian nomor rekam medis untuk pasien baru.
3. Mengisi identitas pasien dalam KIUP dan KIB untuk pasien baru.

4. Menyerahkan KIB kepada pasien baru dengan pesan harus selalu dibawa pada saat pasien yang bersangkutan datang berobat kembali. Selanjutnya, menyimpan KIUP untuk digunakan melacak nomor rekam medis pasien tersebut yang kembali berobat tanpa membawa KIB..
5. Mengarahkan pasien ke unit pelayanan yang sesuai dengan keluhannya.
6. Merakit formulir rekam medis setiap kali ada pasien yang datang berobat.
7. Mengisi bon pinjam yang diselipkan pada tracer untuk permintaan DRM pasien lama pada petugas filing.
8. Menyerahkan formulir rekam medis yang baru dirakit bersama-sama dengan bon pinjam dan tracer kepada petugas filing untuk digabungkan dengan DRM pasien lama.
9. Mengisi register rawat jalan.
10. Mencocokkan antara jumlah kunjungan pasien rawat jalan ke puskesmas dengan pendapatan di bagian kasir setelah loket tutup.

Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Inap (TPPRI)

1. Melayani pendaftaran pasien (baru dan lama) dengan menerima *admission note* atau surat rujukan terlebih dulu.
2. Mengalokasikan nomor rekam medis dengan buku pengendalian nomor rekam medis untuk pasien baru.
3. Mengisi identitas pasien dalam KIUP dan KIB untuk pasien baru.
4. Menyerahkan KIB kepada pasien baru dengan pesan harus selalu dibawa pada saat pasien tersebut datang berobat kembali. Selanjutnya, menyimpan KIUP untuk digunakan melacak nomor rekam medis pasien yang bersangkutan jika kembali berobat tanpa membawa KIB..
5. Mengisi bon pinjam yang diselipkan pada tracer untuk permintaan DRM pasien lama pada petugas filing.
6. Merakit formulir rekam medis setiap kali ada pasien yang datang berobat rawat inap.
7. Mengarahkan pasien ke kamar/tempat tidur menurut kebutuhannya.
8. Menjelaskan tarif dan fasilitas kamar/tempat tidur menurut kebutuhan pasien.

9. Membuatkan surat persetujuan dirawat inap dan menjelaskan *general consent* untuk pasien.
10. Menyerahkan formulir rekam medis rawat inap yang baru dirakit, bersama-sama dengan bon pinjam dan tracer untuk pasien lama, kepada petugas filing untuk digabungkan dengan DRM pasien lama.
11. Pasien dan formulir rekam medis rawat inap (untuk pasien baru) ataupun DRM (untuk pasien lama) diantarkan ke bangsal rawat inap puskesmas.
12. Mengisi register rawat inap.
13. Mencocokkan antara jumlah kunjungan pasien rawat inap pulang dari puskesmas dengan pendapatan di bagian kasir setelah loket tutup.

Tempat Pendaftaran Pasien Gawat Darurat (TPPGD)

1. Melayani pendaftaran pasien (baru dan lama) yang semua dianggap sebagai pasien baru dulu.
2. Mengalokasikan nomor rekam medis dengan buku pengendalian nomor rekam medis (untuk pasien baru dan lama).
3. Mengisi identitas pasien dalam KIUP dan KIB jika sudah teridentifikasi benar-benar pasien baru setelah kegawatdaruratannya teratasi.
4. Menyerahkan KIB kepada pasien baru dengan pesan harus selalu dibawa pada saat datang berobat kembali. Selanjutnya, menyimpan KIUP untuk digunakan melacak nomor rekam medis pasien yang bersangkutan jika kembali berobat tanpa membawa KIB..
5. Mengarahkan pasien ke kamar/tempat tidur menurut kebutuhannya.
6. Merakit formulir rekam medis setiap kali ada pasien gawat darurat yang datang berobat.
7. Menyerahkan formulir rekam medis gawat darurat yang baru dirakit kepada perawat UGD.
8. Setelah kegawatdaruratan pasien dapat teratasi, maka melacak status pasien sebagai pasien baru atau lama. Jika pasien lama, maka nomor rekam medis yang digunakan adalah yang lama, sedangkan yang baru dikembalikan pada TPPGD.
9. Mengisi register gawat darurat.

10. Mencocokkan antara jumlah kunjungan pasien gawat darurat ke puskesmas dengan pendapatan di bagian kasir setelah loket tutup.

Sistem Penomoran di Puskesmas

Umumnya puskesmas sudah menerapkan *Unit Numbering System* (Cara Unit). Yakni, 1 nomor rekam medis digunakan oleh 1 (satu) orang kepala keluarga untuk seumur hidupnya selama berobat di suatu puskesmas. Nomor rekam medis seorang kepala keluarga di puskesmas juga digunakan untuk semua anggota keluarganya yang tinggal serumah, baik keluarga inti (ayah, ibu, serta anak) maupun keluarga lain (kakek, nenek, dan lain-lain).

Dengan demikian, seorang kepala keluarga sebagai pasien baru akan diberi Kartu Identitas Berobat (KIB) atau Kartu Tanda Pengenal Kepala Keluarga (KTPK). Sedangkan setiap anggota keluarganya masing-masing akan mendapat Kartu Tanda Pengenal Anggota Keluarga (KTPA). KIB/KTPK/KTPA ini fungsinya untuk melacak nomor rekam medis dan dokumen rekam medis pasien lama.

Adapun untuk membedakan nomor rekam medis antara kepala keluarga dengan anggota keluarganya, juga antara anggota keluarga yang satu dengan yang lainnya, maka diberi 2 digit nomor kode kepala/anggota keluarga di depan nomor rekam medis, misalnya :

00 untuk kepala keluarga

01 untuk istri kepala keluarga

02 untuk anak pertama

03 untuk anak kedua, dan seterusnya.

Sedangkan untuk anggota keluarga non inti diberikan kode sebagai berikut :

91 untuk kakek

92 untuk nenek, dan seterusnya.

Selanjutnya, nomor rekam medis yang ideal terdiri atas 6 digit nomor rekam medis itu sendiri, dengan 2 digit kode keluarga di depan 6 digit nomor rekam medis tersebut. Sedangkan bagian belakang digit terakhir nomor rekam medis biasanya juga diberi 2 digit nomor sebagai kode wilayah kelurahan, seperti :

00 Mijen

01 Ngadirgo

02 Wonolopo, dan seterusnya.

Berikut ini adalah contoh nomor rekam medis pasien puskesmas :

00 - 12 34 56 - 00

00 (pertama) : kepala keluarga (pasien berinisial A)

12 34 56 : nomor rekam medis (pasien berinisial A)

00 (terakhir) : Kelurahan Mijen (lokasi tempat tinggal pasien A).

Selanjutnya, pemberian nomor rekam medis bagi seorang pasien dikendalikan dengan buku pengendalian nomor rekam medis. Tujuannya supaya tidak terjadi duplikasi nomor rekam medis. Duplikasi nomor rekam medis artinya 1 nomor rekam medis digunakan oleh 2 atau lebih pasien kepala keluarga. Ataupun 1 pasien kepala keluarga menggunakan lebih dari 1 nomor rekam medis.

Adapun pemberian nomor rekam medis dengan buku pengendalian nomor rekam medis diberikan secara urut (*Straight Numerical Filing*). Contoh : nomor rekam medis yang terakhir keluar adalah 00 - 12 34 56 - 00, maka nomor yang digunakan untuk pasien kepala keluarga baru berikutnya dengan wilayah kelurahan yang sama, yakni Kelurahan Mijen adalah 00 - 12 34 57 - 00. Penomoran ini terkait dengan sistem penjajaran DRM di filing supaya mudah dilacak sewaktu-waktu dibutuhkan, khususnya untuk pengobatan pasien.

Koding/Indeksing

Koding di puskesmas sering kali masih dilakukan oleh dokter. Ada panduan kodifikasi penyakit di puskesmas. Selanjutnya, diagnosa penyakit dan kode penyakitnya akan diinput oleh petugas analising/reporting puskesmas di Simpus untuk dilaporkan kepada dinas kesehatan kota/kabupaten.

Idealnya, dibuatkan indeks penyakit, indeks dokter dan indeks kematian. Akan lebih mudah jika indeks-indeks tersebut dibuat secara elektronik. Kebutuhan laporan morbiditas dan mortalitas bulanan yang dibutuhkan oleh pihak puskesmas ataupun dinas kesehatan akan lebih mudah dihasilkan jika Simpus bisa menghasilkan indeks-indeks tersebut.

Dengan laporan bulanan yang dihasilkan, maka mempermudah dan mempercepat pengambilan keputusan, khususnya untuk upaya preventif dan promotif penanggulangan suatu kasus penyakit. Mengingat wilayah kerja puskesmas cukup luas,

yakni mencakup beberapa kelurahan. Misalnya, Wilayah Kerja Puskesmas Mijen meliputi 10 kelurahan dan 1 luar wilayah.

Filing

Sistem Penjajaran

Straight Numerical Filing (SNF)

Adalah sistem penjajaran dokumen rekam medis secara langsung atauurut nomor rekam medis. Contohnya, nomor rekam medis 12 34 56 dijajarkan sebelum 12 34 57. Dilanjutkan dengan nomor 12 34 58, 12 34 59, dan seterusnya.

100 nomor rekam medis pertama tentunya masih mudah dilacak. Akan tetapi, selebihnya tentu nomor rekam medis akan sulit untuk dilacak jika sewaktu-waktu dibutuhkan. Prinsip retrievable tidak tercapai untuk menjamin keselamatan seorang pasien. Hal ini disebabkan tidak semua digit nomor rekam medis menunjukkan lokasi DRM, sehingga menyebabkan kejadian missfile (salah letak). Jadi, sebenarnya sistem penjajaran yang masih banyak diterapkan di filing puskesmas ini sudah tidak dianjurkan lagi.

Terminal Digit Filing (TDF)

Adalah sistem penjajaran folder dokumen rekam medis berdasarkan urutan nomor rekam medis pada 2 angka kelompok akhir. Misalnya : 12 34 56, maka 56 merupakan angka primer yang menunjukkan kotak rak file; 34 adalah angka sekunder yang menunjukkan urutan letak DRM; 12 merupakan angka tertier sebagai petunjuk kelompok DRM yang bersangkutan.

Sedangkan puskesmas umumnya menjajarkan DRM berdasarkan wilayah kelurahan. Hal ini menjadi tidak efektif karena petugas filing tidak bisa memprediksi penambahan jumlah kotak yang dibutuhkan untuk setiap kelurahan. Hal ini bisa diantisipasi dengan membagi nomor rekam medis (00 00 00 – 99 99 99) menurut banyaknya kelurahan yang menjadi wilayah kerja masing-masing puskesmas. Contohnya adalah sebagai berikut :

Kelurahan

Mijen : 00-00-00 s/d 09-99-99

Ngadirgo	: 10-00-00 s/d 19-99-99
Wonolopo	: 20-00-00 s/d 29-99-99
Wonoplumbon	: 30-00-00 s/d 39-99-99
Jatibarang	: 40-00-00 s/d 49-99-99
Jatisari	: 50-00-00 s/d 59-99-99
Tambangan	: 60-00-00 s/d 69-99-99
Cangkiran	: 70-00-00 s/d 79-99-99
Kedungpane	: 80-00-00 s/d 89-99-99
Bubakan	: 90-00-00 s/d 98-99-99
Luar Wilayah	: 99-00-00 s/d 99-99-99

Solusi ini bisa digunakan untuk mencegah kejadian missfile. Selain karena DRM mudah dan cepat dilacak, sistem penjajaran TDF juga bisa menerapkan berbagai sarana pendukung/alat bantu. Alat bantu itu berupa buku ekspedisi untuk bukti serah terima DRM. Outguide atau pengganti DRM keluar berupa tracer yang ditemplei bon pinjam. Kemudian kode warna juga bisa digunakan untuk mencegah kejadian missfile. Selain itu, petugas juga bisa memprediksikan kebutuhan rak file menurut pertambahan jumlah DRM baru dengan menerapkan sistem penjajaran ini.

Sistem Penyimpanan

Puskesmas menyimpan DRM seorang pasien secara *family folder*. Yakni, 1 folder akan diberi nomor rekam medis seorang kepala keluarga, tetapi folder tersebut menyimpan DRM semua anggota keluarganya juga.

Selanjutnya, untuk suatu puskesmas yang memiliki unit pelayanan kesehatan berupa rawat inap, maka *family folder* akan disimpan dengan 2 cara, yakni sentralisasi dan desentralisasi.

Sentralisasi

Adalah penyimpanan DRM rawat jalan, gawat darurat, serta rawat inap menjadi satu folder pada satu rak filing. Sentralisasi cocok jika diterapkan dengan *Unit Numbering System*. Jadi, KIB/KTPK/KTPA digunakan untuk mengidentifikasi nomor rekam medis setiap seorang pasien datang berobat. Jika pasien lupa membawa KIB/KTPK/KTPA, maka petugas pendaftaran harus bisa melacak nomor rekam medis dari KIUP.

Tujuan adanya sistem penyimpanan sentralisasi dengan *Unit Numbering System* adalah kesinambungan informasi medis untuk menjamin keselamatan seorang pasien. Selain itu, tercapai efisiensi sarana kerja dan keseragaman standarisasi prosedur kerja.

Desentralisasi

Banyak puskesmas rawat inap yang masih menerapkan sistem penyimpanan desentralisasi. Yakni, memisahkan antara penyimpanan DRM rawat jalan dan rawat inap seorang pasien pada 2 folder yang terpisah di 2 rak file yang berbeda. Sedangkan DRM gawat darurat dijadikan satu dengan folder DRM rawat jalan.

Tentunya, sistem penyimpanan ini tidak efisien karena membutuhkan 2 jenis rak file, yaitu rak file rawat jalan dan rak file rawat inap. Tujuannya adalah untuk mendekatkan jarak antara rak file dengan subunit pendaftaran. Sedangkan prinsip terpenting isi DRM untuk menjamin keselamatan pengobatan seorang pasien tidak dapat sepenuhnya tercapai. Hal tersebut karena ada pemisahan dokumentasi riwayat kesehatan seorang pasien selama dirawat di rawat jalan, gawat darurat, atau rawat inap secara terpisah.

Here you don't need to write any text anymore. You can delete this text even. It is actually the last 'blank' piece of paper (two pages) of your book (if you delete this text of course).

