



UMSIDA Press
Universitas Muhammadiyah Sidoarjo
Jl. Mojopahit No 666B
Sidoarjo, Jawa Timur



Umi Khoirun Nisak, SKM., M. Epid

Pengantar Rekam Medis dan Informasi Kesehatan



Buku Ajar PENGANTAR REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN



Umi Khoirun Nisak., SKM., M. Epid

**BUKU AJAR
PENGANTAR REKAM MEDIS DAN
MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN**

Oleh
Umi Khoirun Nisak., S.KM., M. Epid



Diterbitkan oleh
UMSIDA PRESS

BUKU AJAR

**PENGANTAR REKAM MEDIS DAN
MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN**

Penulis :

Umi Khoirun Nisak., S.KM., M. Epid.

ISBN : 978-623-7578-07-9

Editor :

Septi Budi Sartika, M.Pd

M. Tanzil Multazam , S.H., M.Kn.

Copy Editor :

Fika Megawati, S.Pd., M.Pd.

Design Sampul dan Tata Letak :

Mochamad Nashrullah, S.Pd

Penerbit :

UMSIDA Press

Redaksi :

Universitas Muhammadiyah Sidoarjo

Jl. Mojopahit No 666B

Sidoarjo, Jawa Timur

Cetakan pertama, Juni 2019

© Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dengan suatu
apapun tanpa ijin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur atas kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, berkah, karunia, dan hidayah-Nya kepada penulis sehingga dengan izin-Nya penulis dapat menyelesaikan buku yang berjudul Pengantar Rekam Medis dan Manajemen Informasi Kesehatan.

Penyusunan dan pembahasan buku ini mengacu pada kurikulum, GBPP dan silabus Mata Kuliah Pengantar Rekam Medis dan Manajemen Informasi Kesehatan di Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan. Buku ini berisi materi-materi khusus tentang konsep dasar rekam medis dan manajemen informasi kesehatan disusun bagi praktisi dan akademisi. Penulis berharap buku ini dapat menambah wacana buku ilmu pengetahuan pada bidang kesehatan, khususnya bagi mahasiswa dan praktisi rekam medis dan manajemen informasi kesehatan.

Dalam kesempatan ini, penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah banyak membantu, serta dukungan luar biasa yang diberikan kepada penulis sehingga buku ini dapat terselesaikan.

Penulis menyadari bahwa buku ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun dari pembaca dan semua pihak sehingga buku ini kelak menjadi lebih sempurna dan bermanfaat.

Sidoarjo, Juni 2019

Umi Khoirun Nisak

DAFTAR ISI

	Halaman
COVER	i
PRAKATA	ii
DAFTAR ISI.	iii
BAB 1 SEJARAH PERKEMBANGAN DAN PARADIGMA BARU REKAM MEDIS	1
1.1 Sejarah Rekam Medis Dan Manajemen Informasi Kesehatan (Rmik)	1
BAB 2 KONSEP DASAR REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN	19
2.1 Pengertian dokumen rekam medis	19
2.2 Tujuan dan kegunaan dokumen rekam medis	24
2.3 Kepemilikan Dokumen Rekam Medis	40
2.4 Pegguna Dokumen Rekam Medis (<i>users of health records</i>)	41
BAB 3 PROFESI PEREKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN	46
3.1 Pengertian Profesi dan Profesional	46
3.2 Profesi Perekam Medis atau Manajemen Informasi Kesehatan	
3.3 Konsep dasar Organisasi Profesi	50
3.4 Organisasi Profesi PORMIKI	52
3.5 Organisasi Profesi IFHIMA	56
BAB 4 ISI DAN STRUKTUR REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN	58
4.1 Pengantar Isi dan Struktur Rekam Medis dan Informasi Kesehatan	58
4.2 Standar Dokumen Rekam Medis	86

4.3 <i>Acute Care</i> Dokumen Rekam Medis	97
4.4 <i>Ambulatory Care</i> Dokumen Rekam Medis	104
DAFTAR PUSTAKA	108
BIODATA PENULIS	109
RINGKASAN	110

BAB 1
SEJARAH PERKEMBANGAN REKAM MEDIS

1.1 Sejarah Rekam Medis dan Manajemen Informasi Kesehatan (RMIK)

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

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

Tabel 1.1 Temuan bentuk-bentuk pendokumentasian layanan kesehatan

Bangsa	Tahun	Temuan bentuk pendokumentasian
Spanyol	25.000-3000 SM	Lukisan di gua batu tentang amputasi jari dan trephinasi
Indian (Peru)	10.000 SM	Tengkorak berlubang akibat praktik trephinasi
Mesir	3.000 SM	<i>Hieroglyph/papyrus</i>
Babylonia (Irak kuno)	3.000-2.000 SM	Replika organ binatang; lempengan tanah liat dan

Bangsa	Tahun	Temuan bentuk pendokumentasian
		batu dengan tulisan berbentuk paku (<i>cuneiform</i>)
Cina	2.737 SM	catatan pada bamboo, daun palem yang dipernis (<i>lacquer</i>); model manusia dari tembaga, gading, kertas
Yunani	1.100 SM	Catatan pada pahatan di kuil pengobatan dan kertas
India	500 SM	Catatan pada kertas
Romawi	160 M	Catatan pada kertas
Indonesia	800 M	Catatan pada kulit kayu/daun lontar dengan bahasa Kawi (Jawa Kuno), Sansekerta dan relief pahatan arca
Iran/Irak (Persia)	900 M	Catatan pada kertas

Keterangan : SM = sebelum masehi, M = masehi

Temuan bentuk-bentuk dokumentasi tersebut menggambarkan adanya kesamaan atau kemiripan praktik kedokteran pada masa tersebut di berbagai belahan benua, meskipun masing-masing tempat tersebut terpisah oleh rentang waktu, jarak yang jauh, serta geografis samudra. Misalnya, banyak suku kuno di masa lampau yang melakukan praktik *trephinasi (brain surgery)*. Praktik kedokteran primitive ini dilakukan dengan melubangi kening pasien sakit

jiwa dengan peralatan 'bedah' sehingga roh jahat bias keluar dari badan yang sakit. Tidak diketahui berapa jumlah kesembuhan pasien dengan cara demikian. Namun garis sayatan pada tengkorak yang diteliti menunjukkan adanya tanda penyembuhan. Berarti, setelah dilakukan tindakan itu pasien masih mampu bertahan hidup antara mingguan hingga bulanan. Apapun maksudnya, namun praktik *trephinasi* ini amat menarik karena meskipun di masa itu suku-suku belum saling berkomunikasi namun terdapat kesamaan berpikir dan bertindak berdasarkan Kendal naluri (*instinc*). Hal ini terungkap dari bnetuk dokumentasi mereka terhadap praktik 'kedokteran' yang mereka lakukan terhadap pasien mereka.

Temuan dokumentasi tersebut juga menceritakan riwayat tabib/pendeta Spanyol kuno yang mampu melakukan amputasi beberapa jari tangan. Hal ini terlukis dalam dinding gua batu yang diduga terjadi pada 7.000 SM (zaman batu tua sekitar 25.000 SM). Adanya bukti dokumentasi yang bernilai sejarah tinggi tentang praktik kedokteran kuno itu telah menguak tabir budaya dan keunikan praktik kedokteran di masa silam yang amat bermanfaat bagi referensi kedokteran modern.

Para tabib Mesir kuno juga melakukan pendokumentasian praktik kesehatannya bersamaan dengan lahir dan majunya ilmu kedokteran. Saah satu tabib Mesir kuno yang amat tersohor bernama Thoth dan diagungkan sebagai dewa, serta Imhotep (3.000-2.500 SM) yang dikenal sebagai Bapak Pengobatan (*patron of medicine*). Kedua tabib Mesir Kuno itu banyak menulis buku tentang kesehatan dalam bentuk gulungan *papyrus*, semacam kertas berserat

yang berasal dari tumbuhan di tepi sungai Nil, dengan tulisan berbentuk symbol gambar yang dinamakan *hieroglyph*.

Kumpulan papyrus medis yang ditemukan umumnya tanpa diketahui nama penulisannya (anonim). Papyrus ini kemudian sering diberi nama sesuai pemiliknya, misalnya Edwin Smith (1862), seperti tampak pada gambar di bawah ini.

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

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

Bangsa china telah mendokumentasikan praktik pengobatan tradisional dari para tabibnya (sinshe) pada gulungan kertas, kayu, dan bamboo. Catatan ini berisi praktik tradisional akupunktur dan ramuan tumbuhan atau binatang. Para sinshe ini juga mendokumentasikan 'tanda sakit' pasien

pada model tubuh manusia (*dummy*) yang terbuat dari tembaga atau gading. Praktik pendokumentasian melalui *dummy* juga dilakukan oleh bangsa Babylonia.

Gambar diatas menunjukkan Ibnu Sina, tabib modern Asia Timur pada masa kejayaan Islam, menulis banyak buku tentang ilmu kesehatan dari hasil pendokumentasian layanan terhdap pasien-pasiennya. Pada era keemasan Islam, ibu kota pemerintahan selalu berubah dari dinasti ke dinasti. Di setiap ibu kota pemerintahan, pastilah berdiri rumah sakit besar. Selain berfungsi sebagai tempat merawat orang-orang yang sakit (RS), rumah sakit juga menjadi tempat bagi para dokter Muslim mengembangkan ilmu medisnya. Konsep yang dikembangkan umat Islam pada era keemasan itu hingga kini juga masih banyak memberikan pengaruh.

RS terkemuka pertama yang dibangun umat Islam berada di Damaskus pada masa pemerintahan Khalifah Al-Walid dari Dinasti Umayyah pada 706 M. namun, rumah sakit terpenting yang berada di pusat kekuasaan Dinasti Ummayah itu bernama Al-Nuri. Rumah sakit itu berdiri pada 1156 M, setelah era kepemimpinan Khalifah Nur Al-Din Zinki pada 1156 M.

Pada masa itu, RS Al-Nuri sudah menerapkan rekam medis (*medical record*). Inilah RS pertama dalam sejarah yang menggunakan rekam medis. Sekolah Kedokteran Al-Nuri juga telah meluluskan sederet dokter terkemuka, salah satunya adalah Ibn Al-Nafis – ilmuwan yang menemukan sirkulasi paru-paru. RS ini melayani masyarakat selama tujuh abad, dan bagiannya hingga kini masih ada.

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

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

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

Memasuki abad ke-20 di era menjelang kemerdekaan, tenaga kesehatan Belanda dan dokter Indonesia pribumi masa itu (lulusan sekolah kedokteran Stovia dari Batavia) dan staf kesehatannya telah melakukan praktik

pendokumentasian layanan kesehatan secara sederhana. Umumnya, rekaman kesehatan ditulis ke dalam buku register. Rekaman kesehatan rumah sakit tersebut dibuat terutama bila yang dirawat adalah pejabat colonial, tentara dan warga Belanda lainnya atau penduduk kelas tertentu (priyayi, kaum terpelajar, terpandang, dan pedagang).

Bukan sekedar mengelola berkas rekam medis melainkan mengelola informasi kesehatan dari berbagai sumber dalam berbagai bentuk dan media untuk berbagai kebutuhan dalam pelayanan kesehatan

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

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

Dalam perkembangannya, praktik pendokumentasian layanan kesehatan dan pengelolaan informasi yang dihasilkannya sangat dipengaruhi oleh 4 hal utama, yaitu

perkembangan kedokteran (medis), manajemen pelayanan kesehatan, hukum kesehatan (peraturan perundangan yang terkait rekam medis), dan teknologi informasi & komunikasi (TIK). Perkembangan dan perubahan dari salah satu atau bersama-sama lingkup tersebut ternyata akan mengubah perilaku profesi ini dalam mengelola informasi kesehatan

Dalam dunia kedokteran, perkembangan tentang pemahaman timbulnya penyakit, berkembangannya teknologi diagnosis dan tindakan kedokteran. Serta berkembangnya teknologi farmasi telah mengubah pula cara pendokumentasian, pengklasifikasian, pengkodean dan pengolahan statistik kesehatan.

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

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

Masuknya teknologi informasi dan komunikasi dalam dunia pelayanan kesehatan telah banyak mengubah pola

layanan kesehatan sejak dari pendaftaran pasien, pendokumentasian, pengelolaan, penyimpanan, pemusnahan hingga penggunaan teknologi untuk membantu menegakkan diagnosis dan melakukan tindakan, juga merupakan faktor besar yang sangat berpengaruh terhadap perkembangan bentuk dan pelayanan informasi kesehatan saat ini.

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

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

Berikut adalah perbandingan Paradigma MIK lama (tradisional) dan MIK Baru (modern):

Tabel 1.2 Perbandingan Pradigma MIK lama dan Baru

	MIK tradisional	MIK modern
Fokus	<p>Berfokus pada ruang atau unit kerja (bagian, seksi, departemen) <i>(department based)</i></p> <p>Dengan demikian aktifitasnya lebih mengarah pada mengelola kertas, dokumen, atau sarana kerja lainnya.</p>	<p>Berfokus pada pengelolaan informasi yang terdapat dalam rekam medis dari berbagai sumber dalam berbagai bentuk dan media, untuk memenuhi berbagai kebutuhan informasi oleh berbagai pihak yang berwenang <i>(information based)</i></p> <p>Jadi, aktifitasnya berfokus pada konten dari rekam medis tanpa mengabaikan konteks atau bentuk fisiknya.</p>

	MIK tradisional	MIK modern
Model produk	<p>Dalam bentuk fisik rekam medis (formulir, buku, dokumen)</p> <p>Jadi aktivitas petugas adalah menyimpan, mencari, merawat berkas rekam medis</p>	<p>Dalam bentuk teori data pemodelan, data relasi data, basis data, baik secara manual maupun elektronik.</p> <p>Jadi aktivitas petugas adalah mencari data merangkum, menyusun, memodelkan, dan membuat basis data agar bisa diolah menjadi informasi sesuai yang dibutuhkan.</p>
Tampilan	<p>Data ditampilkan dalam bentuk agregat, misalnya rekapulasi dan statistik deskripsi.</p> <p>Tugas menganalisis data, informasi, atau laporan yang tersusun biasanya dilaksanakan oleh unit</p>	<p>Setiap item data terkait dengan sumber informasi lainnya (bank informasi, baik <i>on-line</i> maupun <i>off-line</i>) sehingga membentuk informasi yang</p>

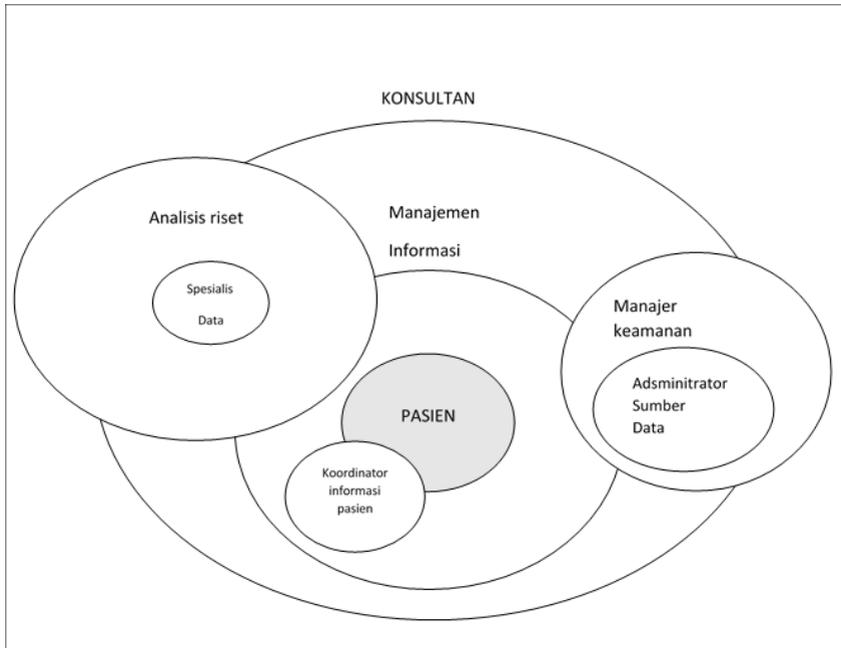
	MIK tradisional	MIK modern
	lain misalnya unit penjaminan kualitas (quality assurance), manajemen risiko, atau oleh manajemen utilitas.	komprehensif, akurat, tepat waktu dan relevan dengan kebutuhan, termasuk untuk menunjang pengambilan keputusan klinis dan manajemen (<i>clinical and management decision support system</i>) sistem pengingat dan pengawasan klinik (<i>clinical reminder and alert system</i>), serta penelusuran referensi dan bank pengetahuan (<i>reference and knowledge management</i>) Umumnya aktivitas ini dilakukan dengan

	MIK tradisional	MIK modern
		<p>bantuan komputer melalui sistem basis data elektronik dengan perangkat lunak yang sesuai. Jadi, aktivitas menganalisis data dan informasi menjadi kompetensi dan kekuatan utama yang harus dimiliki oleh profesi MIK modern.</p>
Isi	<p>Umumnya isi atau data rekam medis terangkum dalam bentuk formulir</p> <p>Aktivitas petugas banyak terbagi dan terbatas oleh disain formulir rekam medis umumnya berbentuk formulir kertas</p>	<p>Isi atau rekam medis disusun dan dirancang dalam bentuk basis data yang disesuaikan dengan rencana berbagai kebutuhan pengelolannya</p> <p>Aktivitas petugas berfokus pada</p>

	MIK tradisional	MIK modern
		perancangan basis data pengolahannya, dan desain antar muka (<i>interface</i>) untuk kenyamanan dan kemudahan pengelolaan informasi rekam medis (umumnya dalam bentuk elektronik)
Aspek hukum (pelepasan informasi)	Lebih banyak berfokus pada pemikiran tentang prosedur pelepasan informasi dari rekam medis sebagai pihak yang memberikan/melepaskan informasi petugas rekam medis menjadi pihak yang dianggap bertanggung jawab untuk menentukan dan mengatur prosedur pemberian informasi kesehatan dan rekam medis	Denagn berorientasi pada manajemen informasi maka tanggung jawab dalam hal menjaga rahasia dan pelepasan informasinya tidak diserahkan semata mata kepada satu pihak saja (petugas rekam medis) tetapi menjadi tanggung

	MIK tradisional	MIK modern
		<p>jawab bersama antara yang mengirim (melepaskan) dan yang menerima informasi</p> <p>Dengan demikian pemikiran tentang pelepasan informasi kesehatan ini menjadi bahan pemikiran untuk perancangan program penjagaan privasi yang meliputi keseluruhan bagian dari organisasi</p> <p>Pengawasan, penelusuran jejak penggunaan informasi, dan penilaian risiko menjadi bagian yang penting dalam organisasi.</p>

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



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

- a. **Manajer Informasi Kesehatan (*health information manager*)** dalam peran ini ia bertanggung jawab untuk memberikan arahan tentang fungsi MIK bagi seluruh cakupan di organisasinya. Ia menduduki posisi lini ataupun staf serta bekerja sama dengan pimpinan informasi puncak maupun dengan para pengguna sistem informasi. kesemuannya adalah demi kemajuan

sistem, metode , penunjang aplikasi, perbaikan kualitas data, kelancaran akses data, kerahasiaan, sekuritas dan penggunaan data

- b. **Spesialis data klinis (*clinical data spesialis*)**. dalam peran ini ia bertanggung jawab terhadap fungsi manajemen, data dalam berbagai aplikasi, termasuk kode klinis , keluaran manajemen , penanganan registrasi khusus dan *data base* untuk keperluan riset.
- c. **Koordinator informasi pasien (*patient information coordinator*)**. dalam peran ini ia bertugas membantu konsumen menangani informasi kesehatan pribadinya, termasuk penelusuran riwayat kesehatan pribadi hingga tentang pelepasan informasi kesehatannya. Ia juga membantu konsumen dalam memahami berbagai pelayanan yang ada di instansi pelayanan kesehatannya dan menjelaskan cara mendapatkan akses ke sumber informasi kesehatan.
- d. **Manajer kualitas data (*data quality manager*)** dalam peran ini ia bertanggung jawab untuk melaksanakan fungsi manajemen data serta aktivitas perbaikan mutu secara berkesinambungan demi keutuhan integritas data organisasi, termasuk membuat kamus data, mengembangkan kebijakan, juga memonitor kualitas data dan audit.
- e. **Manajer keamanan informasi (*security manager*)** dalam peran ini ia bertanggung jawab dalam mengatur keamanan informasi secara elektronik, termasuk pelaksanaan audit kinerja.

- f. **Administrator sumber data (*data resource administrator*)** dalam peran ini ia bertugas menangani sumber data organisasi termasuk bertanggung jawab atas tempat penyimpanan data. Ia juga melakukan manajemen data dan menangani pelayanan informasi secara lintas kontinum . melengkapi akses atas informasi yang dibutuhkan serta menjamin integritas data jangka panjang.
- g. **Analisis riset (*research analyst*)** dalam peran ini ia bertugas membantu pimpinan memperoleh informasi dalam mengambil keputusan dan pengembangan strategi dengan menggunakan berbagai perangkat analisis data dan basis data (*data base*)

BAB 2

KONSEP DASAR REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN

2.1 Pengertian dokumen rekam medis

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

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

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

- Injeksi ampisilin 1 mg.

Maka catatan tersebut belum bisa disebut sebagai rekam medis karena baru menyatakan satu hal saja, yaitu “apa yang dilakukan”. Catatan tersebut belum bisa menceritakan kembali siapa yang melakukan, siapa yang diberi perlakuan, apa yang dilakukan, kapan terjadinya, dimana kejadiannya, mengapa itu dilakukan, bagaimana melakukannya, apa hasilnya (bila ada), dan sebagainya.

Jadi, untuk bisa disebut sebagai rekam medis, catatan dalam contoh di atas harus dilengkapi agar bisa “menceritakan” kembali apa, siapa, dimana, bagaimana, kapan, kenapa, berapa, dan sebagainya.

Dengan demikian, rekam medis dapat didefinisikan sebagai:

REKAM MEDIS ADALAH BERKAS YANG BERISI CATATAN DAN DOKUMEN TENTANG IDENTITAS PASIE, PEMERIKSAAN,

PENGOBATAN, TINDAKAN DAN PELAYANAN LAIN YANG TELAH DIBERIKAN KEPADA PASIEN.

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

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

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

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

1. **Rekam Medis Rawat Jalan** minimal memuat data tentang:
 - a. Identitas pasien;
 - b. Tanggal dan waktu;
 - c. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
 - d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medic;
 - e. Diagnosis;
 - f. Rencana penatalaksanaan;
 - g. Pengobatan dan/atau tindakan;
 - h. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien;

- i. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik;
 - j. Persetujuan tindakan bila diperlukan.
2. **Rekam Medis Rawat Inap** minimal memuat data tentang:
- a. Identitas pasien;
 - b. Tanggal dan waktu;
 - c. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
 - d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
 - e. Diagnosis;
 - f. Rencana penatalaksanaan;
 - g. Pengobatan dan/atau tindakan;
 - h. Persetujuan tindakan bila diperlukan;
 - i. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan;
 - j. Ringkasan pulang (*discharge summary*);
 - k. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberi pelayanan kesehatan;
 - l. Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu;
 - m. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.
3. **Rekam Medis Rawat Darurat** minimal memuat data tentang:
- a. Identitas pasien;
 - b. Kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan;
 - c. Identitas pengantar pasien;

- d. Tanggal dan waktu;
 - e. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
 - f. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medic;
 - g. Diagnosis;
 - h. Pengobatan dan/atau tindakan;
 - i. Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut;
 - j. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
 - k. Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain;
 - l. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
4. **Rekam Medis Dalam Kondisi Bencana** minimal memuat data seperti rekam medis rawat darurat ditambah dengan:
- a. Jenis bencana dan lokasi dimana pasien ditemukan;
 - b. Kategori kegawatan dan nomor pasien bencana missal;
 - c. Identitas yang menemukan pasien.
5. Rekam medis untuk pelayanan dokter spesialis atau dokter gigi spesialis dapat dikembangkan sesuai kebutuhan.
6. Rekam medis untuk pelayanan dalam ambulans atau pengobatan missal minimal memuat data seperti rekam medis rawat darurat.

A. Dokumen Rekam Medis

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

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

1. Formulir Rekam Medis

a. *Pengertian formulir rekam medis*

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

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

sebagai “***dokumen atau media yang digunakan untuk mencatat atau merekam terjadinya peristiwa pelayanan kesehatan atau transaksi terapeutik***”.

B. Tujuan dan kegunaan dokumen rekam medis

a. Tujuan Penggunaan Formulir Rekam Medis

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

- 1) Memudahkan proses pengumpulan data,
- 2) Mempercepat proses pelayanan,
- 3) Meningkatkan keakuratan data,
- 4) Menstandarkan informasi,
- 5) Memperjelas pembagian data (data medis, keuangan, administrasi, dan operasional), dan
- 6) Menunjang proses pengolahan informasi.

b. Manfaat formulir rekam medis

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

- 1) Untuk mencatat/merekam data transaksi pelayanan kesehatan,
- 2) Untuk menetapkan dan menunjukkan tanggung jawab yang timbul dalam suatu transaksi pelayanan kesehatan,
- 3) Untuk mengurangi aspek lupa dengan merancang formulir yang mampu “memandu” pengguna dalam proses pengisiannya, dan

- 4) Sebagai media komunikasi antar tenaga kesehatan,
- c. *Pengelompokkan formulir rekam medis*
- 1) Formulir yang diisi, digunakan, dan disimpan dalam organisasi sendiri.
 - 2) Formulir yang diisi dan dikirimkan kepada pihak di luar organisasi.
 - 3) Formulir yang diterima dari pihak luar organisasi.

d. *Perancangan formulir rekam medis*

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

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

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

nantinya digunakan/diisi oleh pasien/awam. Yang dimaksud “berbeda” disini misalnya dalam hal penggunaan bahasa, istilah, singkatan, cara pengisian, dan sebagainya.

- 4) Prinsip **sederhana, secukupnya, dan seimbang**. Komponen-komponen yang akan dicantumkan dalam formulir tersebut hendaknya bisa memenuhi kebutuhan informasi yang nantinya akan dihasilkan dari formulir tersebut. Itulah sebabnya mengapa perancang perlu memahami fungsi dan cara penggunaan formulir tersebut nantinya (lihat pedoman ke-1) unyuk bisa mengetahui informasi apa yang nantinya akan dihasilkan tersebut.
- 5) Komponen data yang dicantumkan hendaknya hanya dibutuhkan saja, bukan yang diinginkan. Dengan demikian isi formulir tersebut bisa lengkap sesuai dengan yang dibutuhkan, bukan lengkap semua ditanyakan tapi belum tentu diproses/dibutuhkan. Dengan demikian akan tercapai prinsip sederhana dan secukupnya.
- 6) Keseluruhan isi formulir tersebut kemudian ditata secara seimbang dalam hal estetika dan cara pengisiannya. Sehingga diharapkan keseluruhan item yang diharapkan diisi akan bisa terisi dengan tepat dan waktu yang singkat.
- 7) Penerapan prinsip sederhana, secukupnya, dan seimbang ini diharapkan akan menghasilkan formulir yang lengkap, fungsional, hemat waktu pengisian,

hemat tenaga waktu mengisi, dan hemat materi (ertas atau media) yang digunakan.

- 8) **Gunakan terminology (tata bahasa) yang sesuai dan terstandar.** Yang dimaksud dengan “terminologi” disini adalah bahasa, istilah, singkatan, dan simbol. Terminologi yang digunakan dalam formulir harus sesuai dengan pemahaman terminologi tersebut oleh pengguna formulir. Selain sesuai juga harus terstandar, artinya ada keajegan penggunaan teminologi. Misalnya, jika menggunakan istilah umur, jangan gonta-ganti dengan istilah usia. Jika menggunakan istilah jenis kelamin maka jangan gonta-ganti dengan istilah sex dan istilah laki dan perempuan jangan gonta-ganti dengan istilah pria dan wanita.
- 9) Cantumkan keterangan secukupnya tentang arti istilah, singkatan, dan symbol yang digunakan.
- 10) Keajegan lokasi juga perlu diperhatikan, misalnya untuk semua lembar formulir item identitas pasien selalu dicantumkan di pojok kanan atas. Identitas jenis formulir (misalnya formulir “Ringkasan Masuk & Keluar”) diletakkan di sisi tepi kanan. Dengan menjaga keajegan lokasi maka pengisian dan pencarian bagian dari suatu formulir akan lebih mudah.
- 11) **Kelompokkan & urutkan item secara logis, rasional, dan alamiah.** Mengingat salah satu fungsi formulir rekam medis sebagai media komunikasi, maka hal-hal yang dikomunikasikan dalam formulir juga perlu ditata agar proses komunikasi dapat berjalan secara logis, rasional, dan alamiah mendekati sebagaimana proses

komunikasi yang dilakukan secara langsung. Item-item dalam formulir dapat dikelompokkan, misalnya menjadi kelompok data personal, data keluarga, riwayat kesehatan keluarga, riwayat kesehatan yang lalu (termasuk riwayat operasi), riwayat imunisasi, keluhan utama dan penyakit saat ini, dan sebagainya.

(a) **Aspek fisik formulir**, meliputi pemikiran tentang bahan, bentuk, ukuran, warna.

(1) Jika berupa formulir kertas, hendaknya menggunakan kertas dengan kualitas yang baik dan tahan lama. Formulir rekam medis tidak boleh menggunakan kertas buram (baik yang berwarna coklat maupun yang putih).

(2) Jika berupa formulir kertas, hendaknya semua formulir memiliki ukuran yang sama dan standar, biasanya A4.

(3) Setiap lembar formulir harus mencantumkan identitas pasien, minimal berupa item "Nama Pasien" dan "Nomor Rekam Medis". Jika formulir tersebut bolak-balik, maka item identitas pasien ini harus dicantumkan pada kedua sisi formulir tersebut.

(4) Warna dasar formulir hendaknya putih atau warna muda lainnya untuk menjaga nilai kontras antara warna dasar formulir dengan warna tintanya.

(b) **Aspek anatomik formulir**, meliputi pemikiran tentang bagian kepala (*heading*), pendahuluan

(*introduction*), perintah (*instruction*), isi (*body*), dan bagian penutup (*close*).

- (1) **Bagian kepala (*heading*)** meliputi judul (nama) formulir, subjudul, nama institusi (rumah sakit, puskesmas, dan sebagainya), logo, nomor kode dan revisi, nomor halaman, dan informasi pelengkap lainnya. *Heading* ini bisa ditempatkan di bagian atas atau sisi kanan formulir. Semua formulir dalam suatu institusi hendaknya memiliki posisi dan komposisi *heading* yang sama. Posisi *heading* mempertimbangkan aspek penjilidan, penyimpanan, pelipatan, dan penataan formulir.
- (2) **Bagian pendahuluan (*introduction*)** berisi keterangan tambahan, mengenai formulir. Jika memang bagian *heading* sudah cukup menggambarkan fungsi dan tujuan formulir tersebut maka tidak perlu lagi ditambahkan bagian *introduction* ini.
- (3) **Bagian perintah (*instruction*)** berisi penjelasan singkat tentang jumlah lembar, cara pengisian, cara pengiriman. Bagian ini biasanya diatur penempatannya agar jelas, singkat, dan tidak mengganggu alur pembacaan dan pengisian formulir.
- (4) **Bagian isi (*body*)** merupakan inti dari suatu formulir. Di bagian inilah data dicatat. Penggunaan metode pengelompokkan

(*grouping*), urutan (*sequence*), bentuk & ukuran huruf (*font*), warna area (*colour*), batas tepi (*margin*), spasi (*space*), garis (*lines*) dan cara pengisian sangat berperan terhadap hasil pengisian formulir.

- (5) **Bagian penutup (*close*)** merupakan bagian akhir dari suatu formulir namun memiliki arti yang sama pentingnya dengan bagian-bagian sebelumnya. Pada bagian ini tercantum tanda tangan, nama terang, keterangan tempat, tanggal (dan jam bila diperlukan).

(c) Aspek pengisian formulir

- (1) Upayakan sesedikit mungkin pengisian formulir dengan cara menulis langsung. Upayakan pengisian dengan cara memilih, memberi tanda, dan sebagainya.
- (2) Upayakan menggunakan metode *upper left caption (ULC)* untuk menandai dan memberi keterangan pada setiap item yang harus diisi. Penggunaan ULC biasanya bisa memperjelas dan menambah luas area pengisian.
- (3) Sediakan area (spasi) yang cukup untuk setiap item isian dan sesuai dengan cara pengisiannya (ditulis atau diketik).
- (4) Cantumkan keterangan cara pengisian yang jelas. Keterangan ini umumnya ditempatkan sebelum item yang akan diisi.

a. Tujuan Rekam Kesehatan

Ada banyak pendapat tentang tujuan kegunaan rekam kesehatan. Salah satu cara untuk mengingatnya secara mudah digunakan akronim mnemonik¹ 'ALFRED' yang berarti mempunyai nilai untuk kepentingan administrative, hukum (legal), financial, riset, edukasi, dan dokumentasi (Hatta, 1985).

Selanjutnya, dengan majunya teknologi informasi, kegunaan rekam kesehatan dapat dilihat dalam 2 kelompok besar (Dick et al., 1997, hlm. 77-79) Pertama, yang paling berhubungan langsung dengan pelayanan pasien (primer). Kedua, yang berkaitan dengan lingkungan seputar pelayanan pasien namun tidak berhubungan langsung secara spesifik (sekunder).

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

1. *Pasien*, rekam kesehatan merupakan alat bukti utama yang mampu membenarkan adanya pasien dengan identitas yang jelas dan telah mendapatkan berbagai pemeriksaan dan pengobatan di saran pelayanan kesehatan dengan segala hasil serta konsekuensi biayanya.
2. *Pelayanan pasien*, rekam kesehatan mendokumentasikan pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan, penunjang medis dan tenaga lain

¹ Akronim yaitu singkatan kata yang dibentuk dengan penggabungan huruf atau suku pertama dari kata lain; mnemonic merupakan sesuatu cara yang dapat membantu ingatan (*memory*). Kata itu berasal dari Dewi Pengingat mitos Yunani yang bernama Mnemosyne.

yang bekerja dalam berbagai fasilitas pelayanan kesehatan. Dengan demikian rekaman itu membantu pengambilan keputusan tentang terapi, tindakan, dan penentuan diagnosis pasien. Rekam kesehatan juga sebagai sarana komunikasi antar tenaga lain yang sama-sama terlibat dalam menangani dan merawat pasien. Rekaman yang rinci dan bermanfaat menjadi alat penting dalam menilai dan mengelola risiko manajemen. Selain itu rekam kesehatan setiap pasien juga berfungsi sebagai tanda bukti sah yang dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Oleh karena itu rekam medis yang lengkap harus setiap saat tersedia dan berisi data/informasi tentang pemberian pelayanan kesehatan secara jelas.

3. *Manajemen pelayanan*, rekam kesehatan yang lengkap memuat segala aktivitas yang terjadi dalam manajemen pelayanan sehingga digunakan dalam menganalisis berbagai penyakit, menyusun pedoman praktik, serta untuk mengevaluasi mutu pelayanan yang diberikan

- b. Manfaat dan penggunaan rekam medis

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

melanggar peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Tujuan penggunaan rekam medis dapat dikelompokkan menjadi (1) tujuan primer dan (2) tujuan sekunder.

a. Tujuan primer

Bagian pasien adalah sebagai berikut.

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

Bagi pihak pemberi layanan kesehatan adalah sebagai berikut.

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

- 10) Sarana pengingat para klinisi.
- 11) Meunjang pelayanan pasien.
- 12) Mendokumentasikan pelayanan yang diberikan.

Bagi pihak manajemen pelayanan pasien adalah sebagai berikut.

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

Bagi pihak penunjang pelayanan pasien adalah sebagai berikut.

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

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

- 1) Mendokumentasikan unit pelayanan yang memungut biaya pemeriksaan.
- 2) Menetapkan biaya yang harus di bayar.
- 3) Mengajukan klaim asuransi.

- 4) Mempertimbangkan dan memutuskan klaim asuransi.
- 5) Dasar dalam menetapkan ketidakmampuan dalam pembayaran (mis.kompensasi pekerja).
- 6) Menangani pengeluaran.
- 7) Menyelenggarakan analisis actuarial (tafsiran pra penetapan asuransi).

b. Tujuan sekunder

- 1) Edukasi
 - (a) Mendokumentasikan pengalaman profesional di bidang kesehatan.
 - (b) Menyiapkan sesi pertemuan dan presentasi.
 - (c) Bahan pengajaran.
- 2) Regulasi
 - (a) Bukti pengajuan perkara ke pengadilan (litigasi).
 - (b) Membantu pemasaran pengawasan (*surveillance*).
 - (c) Menilai kepatuhan sesuai standar pelayanan.
 - (d) Sebagai dasar pemberian akreditasi bagi profesional dan rumah sakit.
 - (e) Membandingkan organisasi pelayanan kesehatan.
- 3) Riset
 - (a) Mengembangkan produk baru.
 - (b) Melaksanakan riset klinis.
 - (c) Menilai teknologi.
 - (d) Studi keluaran pasien.

- (e) Studi efektivitas serta analisis manfaat dan biaya pelayanan pasien.
- (f) Mengidentifikasi populasi yang berisiko.
- (g) Mengembangkan registrasi dan pangkalan data (*data base*).
- (h) Menilai manfaat dan biaya system rekaman.
- 4) Pengambilan kebijakan
 - (a) Mengalokasikan sumber-sumber.
 - (b) Melaksanakan rencana strategis.
 - (c) Memonitor kesehatan masyarakat.
- 5) Industri
 - (a) Melaksanakan riset dan pengembangan.
 - (b) Merencanakan strategi pemasaran.

Dari sudut pandang yang lain, penggunaan rekam medis dapat pula dikelompokkan berdasarkan penggunaannya.

PENGUNAAN DAN PENGUNGKAPAN INFORMASI KESEHATAN

Pengungkapan informasi kesehatan seseorang pasien kepada pihak lain hanya dapat dilakukan apabila :

1. Dengan persetujuan atau otorisasi pasien, misalnya informasi kesehatan untuk kepentingan asuransi kesehatan, perusahaan, pemberi kerja dan lain-lain. Dalam hal ini harus diingat prinsip minimal, relevan dan cukup, yaitu bahwa informasi kesehatan yang diberikan harus minimal tetapi harus relevan dengan yang dibutuhkan serta cukup dalam menjawab pertanyaan.
2. Dengan perintah undang undang, misalnya :
 - a. UU wabah dan UU karantina

- b. UU acara pidana: visum et repertum, surat/dokumen, keterangan ahli di persidangan, keterangan ahli didepan penyidik/penuntut umum.
- 3. Untuk kepentingan pasien , misalnya pada waktu konsultasi medis antar tenaga kesehatan/medis, terutama dalam hal pasien berada dalam keadaan darurat dan tidak bisa memberikan persetujuan.

Masalah dapat saja timbul pada saat keluarga pasien meminta informasi kesehatan pasien. Pada umumnya keluarga inti terutama pada budaya timur dianggap secara implied memiliki hak akses atas informasi kesehatan, namun menjadi tidak berlaku apabila pasien secara eksplisit melarangnya. Pengecualian juga dapat diberlakukan, yaitu pada informasi tentang psikoterapi, informasi yang dikumpulkan dalam rangka untuk kepentingan penyelidikan/pengadilan, informasi yang dapat membahayakan jiwa atau fisik pasien atau orang lain, yang dapat disimpan dengan lebih ketat sebagai rahasia bahkan kadang juga bagi pasien itu sendiri.

Dalam upaya surat menyurat , pengiriman dokumen atau hal lain sebagaimana diuraikan diatas yang membutuhkan biaya maka biaya tersebut dapat dibebankan kepada peminta informasi.

Diamerika, dikeluarkan suatu peraturan yang bersifat nasional/federal tentang hal-hal yang berkaitan dengan hak prifasi dalam HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability ACT), namun tidak meniadakan peraturan negara bagian yang lebih ketat, sehingga profesional MIK harus hati hati untuk memahami peraturan mana yang harus diikuti.

HIPPA menguraikan syarat otorisasi yang sah yaitu yang mengandung unsur (DHSS 2000, P.82811) :

1. Deskripsi informasi yang dapat digunakan dan diungkapkan secara spesifik dan mudah dimengerti
2. Nama atau identitas spesifik lainnya dari seseorang, atau jabatan seseorang, yang berwenang untuk meminta penggunaan atau pengungkapan IK
3. Nama atau identitas spesifik lainnya dari seseorang atau jabatan seseorang yang kepadanya *covered entity* (institusi penanggung) dapat meminta penggunaan atau pengungkapan
4. Batas waktu berlaku atau kejadian yang berkaitan dengan si individu atau tujuan penggunaan dan pengungkapan
5. Pernyataan hak individu untuk mencabut otoritas dalam bentuk tulisan dan pengecualian dari hak pencabutan, bersama dengan deskripsi bagaimana individu tersebut dalam mencabutnya
6. Pernyataan bahwa informasi yang digunakan atau diungkapkan oleh peminta otoritas dapat diungkapkan kembali oleh si penerima informasi dan informasi tidak lagi terlindung oleh peraturan tersebut
7. Tanda tangan dari si individu dan anggota ditanda tangannya
8. Bila otoritas ditandatangani oleh wali si individu , maka perlu dideskripsi otoritas wali tersebut untuk bertindak atau nama si individu

Sebuah otoritas dianggap tidak sah bila bila tidak terdapat salah satu saja unsur yang disebutkan di atas atau bila terdapat kesalahan sebagai berikut :

1. Batas waktu berlaku telah habis atau kejadian yang dikaitkan dengan habisnya masa berlaku telah terjadi
2. Otorisasi belum lengkap diisi berkaitan dengan unsur yang telah disebutkan atas
3. Otorisasi telah diketahui oleh *covered entity* sudah dicabut
4. Otorisasi melanggar ketentuan “compound authorization”
5. Ada salah satu saja informasi yang terdapat dalam otorisasi yang diketahui palsu oleh *covered entity*

PENGGUNAAN REKAM MEDIS DALAM PROSES PERADILAN

Sebagaimana disebutkan diatas UU praktik kedokteran memberikan peluang untuk mengungkapkan informasi kesehatan untuk memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakan hukum. Dalam hal ini perlu digaris bawahi kata-kata “dalam rangka penegakan hukum yang berarti bahwa permintaan akan informasi kesehatan tersebut harus diajukan dengan mengikuti aturan yuridis-formiel.

Pasal 43 undang-undang nomer 8 tahun 1981 tentang hukum acara pidana mengisyaratkan bahwa rekam medis tidak dapat disita tanpa persetujuan sarana kesehatan atau orang yang bertanggung jawab atas rekam medis tersebut

“pernyataan surat atau tulisan lain dari mereka yang berkewajiban menurut undang-undang untuk merahasiakannya,

sepanjang tidak menyangkut rahasia negara, hanya dapat dilakukan atas persetujuan mereka atau atas ijin khusus ketua pengadilan negeri setempat kecuali undang-undang menentukan lain”

Pada umumnya dapat dikatakan bahwa penggunaan informasi kesehatan untuk kepentingan peradilan dapat dilakukan baik pada pemeriksaan oleh penyelidik penuntun umum maupun disidang peradilan. Namun demikian untuk menjaga agar dokumen rekam medis tidak hilang maka sebaliknya rekam medis hanya dikeluarkan dari sarana pelayanan kesehatan pada saat pemeriksaan di sidang pengadilan. Sebagai fotocopy rekam medis disahkan pimpinan sarana kesehatan dapat diserahkan atau permintaan resmi penyelidik atau penuntut umum. Rekam medis asli dapat ditunjukkan untuk membuktikan orisinalitas rekam medis tersebut.

Selain itu pemberi layanan kesehatan dapat menetapkan sebagian informasi kesehatan sebagai rahasia dan tidak menyampaikan ke petugas penuntut umum, sepanjang informasi tersebut tidak relevan dengan perkaranya. Hak menjaga kerahasiaan informasi tertentu tersebut dilindungi oleh pasal 43,120, dan 170 KUHP.

2.3 Kepemilikan Dokumen Rekam Medis

Kepemilikan informasi kesehatan dalam bentuk fisik dalam bentuk medium dipegang oleh rumah sakit, fasilitas pelayanan kesehatan, atau dokter yang menyimpan rekam medis pasien tersebut, termasuk hasil foto roentgen, hasil laboratorium,

hasil konsultasi dan dokumen lain yang berkaitan dengan perawatan langsung terhadap pasien. Akan tetapi tidak berarti bahwa pasien atau pihak lain yang berwenang tidak memiliki hak hukum untuk mengakses informasi kesehatan tersebut.

Beberapa negara bagian di amerika memiliki ketentuan dalam memberikan hak kepada pasien untuk mengakses informasi kesehatannya. Saat ini, peraturan privasi HIPAA menegaskan bahwa pasien memiliki hak akses untuk meninspeksi dan untuk mendapatkan salinan dari informasi kesehatan pribadinya yang dilindungi selama dalam pemeliharaan.

Banyak ketentuan negara bagian, begitu juga HIPAA, memberikan hak akses dengan batasan tertentu. Sebagai contoh, HIPAA membatasi akses pada catatan psikoterapi dan informasi yang dikumpulkan sebagai antisipasi dari atau untuk digunakan dalam peradilan sipil, pidana, maupun administratif.

Di indonesia baik pasal 47 ayat 1 UU praktik kedokteran maupun permenkes 269/2008 menyatakan bahwa “berkas rekam medis adalah milik sarana kesehatan sedangkan isi rekam medis milik pasien”. Pasal 52 UU praktik kedokteran bahkan menyatakan bahwa “memperoleh isi rekam medis adalah salah satu hak pasien”. Namun demikian tidak ada peraturan yang menjelaskan bagaimana atau tatacara penyerahan isi rekam medis tersebut kepada pasien.

Dengan dinyatakannya secara hukum bahwa sarana kesehatan sebagai pemilik berkas rekam medis sekaligus pengemban kewajiban menjaga isinya sebagai rahasia, serat menyadari betapa pentingnya peran rekam medis sebagai bukti pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien, maka sarana kesehatan diperlakukan ketentuan rekam medis tidak boleh

hilang ataupun dibawah keluar dari saran kesehatan tersebut kecuali atas izin pimpinan sarana kesehatan. Profesional MIK bertanggung jawab atas keberadaan dan keutuhan rekam medis serta menjaganya dari kemungkinan pencurian atau pembocoran IK kepada yang tidak berhak.

Adapun mengenai tatacara penyerahan informasinya dikenal terdapat dua pendapat yaitu:

1. Pasien menerima surat keterangan yang berisikan informasi kesehatannya. Apabila pendapat ini yang dilaksanakan maka sarana kesehatan harus dapat memastikan bahwa informasi kesehatan yang diberikan sudah cukup lengkap dan akurat.
2. Pasien menerima foto copy rekam medisnya. Apabila pendapat ini yang dilaksanakan maka sarana kesehatan harus membubuhkan stempel, paraf dan tanggal disetiap lembar foto copy tersebut.

2.4 Pegguna Dokumen Rekam Medis (*users of health records*)

Pegguna atau pemakai rekam medis adalah pihak-pihak yang memasukkan data, memverifikasi, mengoreksi, menganalisis atau memperoleh informasi dan rekaman tersebut, bil secara langsung ataupun melalui perantara.

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

- 1) Peggunaan perorangan primer:
Pemberi pelayanan (*provider*)

- Dokter
- Dokter gigi
- Ahli gizi
- Teknisi laboratorium
- Perawat
- Bidan

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

Penerima pelayanan (konsumen)

- Pasien
- Keluarga

2) Pengguna perorangan sekunder:

Manajer pelayanan dan penunjang pasien

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

Pengganti biaya rawatan

- Instansi penanggung
- Asuransi

Lainnya

- Pihak pengganggu (akreditor)
- Pengacara

- Riset pelayanan kesehatan dan investigator klinis
 - Wartawan bidang pelayanan kesehatan
 - Pembuat kebijakan dan hukum
- 3) Penggunaan kelompok institusi :
- (a) Pemberian pelayanan rawat jalan dan inap
 - Gabungan usaha (aliansi), asosiasi, jaringan, sistem pemberi pelayanan/jasa
 - Pusat bedah ambulatory
 - Bank darah (darah, jaringan, organ)
 - Panti asuh/rumah tetirahan
 - Beragam jenis rumah sakit
 - Praktik klinik swasta (besar, kecil)
 - Fasilitas kesehatan jiwa
 - Pusat kesehatan masyarakat
 - Program penyalahgunaan zat
 - (b) Manajemen dan telaahan pelayanan
 - Tim menjaga mutu
 - Tim manajemen risiko
 - Tim utilisasi
 - (c) Pihak pengganti biaya rawat
 - Kantor pasien
 - Asuransi bag.kepegawaian
 - (d) Riset
 - Unit registrasi penyakit (misalnya kanker)
 - Organisasi yang mengelola data (mis. Milik pemerintah atau swasta)
 - Pengembangan dan pembuat teknologi pelayanan kesehatan dan perlengkapan (perusahaan mesin dan peralatan, perusahaan farmasi, penjual perangkat

- lunak dan keras untuk sistem rekaman pasien)
 - Pusat-pusat riset
- (e) Edukasi
- Program pendidikan kesehatan berjenjang yang terkait
 - Fakultas kedokteran
 - Fakultas/program (D3) keperawatan
 - Fakultas kesehatan masyarakat
- (f) Akreditasi
- Institusi terkait
 - Profesi terkait
 - Departemen kesehatan/pemda
- (g) Pemegang kebijakan
- Pemerintah pusat
 - Pemerintah daerah

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

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

BAB 3

PROFESI PEREKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN

3.1 Pengertian Profesi Dan Profesional

Pengertian profesional yaitu seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan tinggi dari sejumlah subjek ilmu dan teknologi yang terspesialisasi minimal wajib dikuasai agar ia dapat menjalankan profesinya dengan baik terhadap klien.

Unsur-unsur keprofesian, antara lain:

- a. Pengetahuan dan keterampilan (*Knowledge and Skill*);
- b. Sikap dan perilaku (*Attitude and Behavior*);
- c. Persepsi (*Perception*);
- d. Pengalaman dan pengalaman (*Practice*).

Ciri-ciri profesional:

- a. Pengetahuan teknik khusus;
- b. Nilai pedoman perilaku kode etik;
- c. Sifat altruistik (mementingkan kepentingan orang lain tanpa memajukan interes pribadi);
- d. Memiliki prestise sosial;
- e. Fungsi vital dalam kehidupan sosial
- f. Memiliki otonomi;
- g. Menjadi anggota profesi dan asosiasi yang mencerminkan identitas profesi;
- h. Hubungan khusus dengan penerima jasa profesi tersebut;
- i. Memiliki dasar intelektual yang luas;
- j. Mempunyai pengakuan yang sah menurut hukum.

3.2 Profesi Perkam Medis atau Manajemen Informasi Kesehatan

Dalam surat Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 135 tahun 2002, Perkam Medis adalah seseorang yang diberi tugas, tanggung jawab, wewenang secara penuh oleh pejabat yang berwenang untuk melakukan kegiatan pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan di unit pelayanan kesehatan. Seiring dengan berkembangnya ilmu pengetahuan teknologi kedokteran, keseimbangan alam pengelolaan, pengintegrasian dan analisis data menjadi sumber informasi yang cepat, tepat dan akurat sangat dibutuhkan untuk menampilkan informasi kesehatan yang berkualitas.

Perkam medis merupakan profesi yang memfokuskan kegiatannya pada pelayanan kesehatan dan pengelolaan sumber informasi pelayanan kesehatan. Dalam melakukan tugasnya seorang Administrator Informasi Kesehatan (Perkam Medis) harus mengetahui, memahami dan mengimplementasi apa yang harus dilakukan dan yang dilarang, sesuai hukum dan etika profesi yang ditetapkan oleh organisasi profesinya (PORMIKI).

Profesional yaitu seorang yang telah menyelesaikan pendidikan tinggi dari sejumlah subjek ilmu dan teknologi yang terspesialisasikan minimal wajib dikuasai agar ia dapat menjelaskan profesinya dengan baik terhadap klien.

Unsur-unsur Keprofesian

- Pengetahuan dan keterampilan (knowledge and skill)

- Attitude and behaviour
- Persepsi
- Pengamatan dan pengalaman

Ciri-ciri profesional

- Pengetahuan teknik khusus
- Nilai pedoman perilaku-kode etik
- Sifat altruistik
- Menjadi anggota profesi dan asosiasi yang mencerminkan identitas profesi
- Memiliki dasar intelektual yang luas
- Mempunyai pengakuan yang sah menurut hukum

Profesi Rekam Medis

Dalam PP No 32 Tahun 1996 Profesi rekam medis adalah tenaga kesehatan yang masuk dalam rumpun keteknisian medis.

Dalam SK Kemenpan RB No 135/Kep//M.PAN/12/2002 tentang jabatan fungsional perekam medis, adalah:

Orang yang mengumpulkan, menyimpan, mengolah, menyampaikan data dan informasi kegiatan pelayanan kesehatan pasien yang berkualitas tinggi dengan memperhatikan aspek hukum dan etika profesi untuk menjamin fungsi-fungsi RM dan informasi Kesehatan.

Paradigma perekam medis MIK yaitu ?

1. Pengelolaan sistem RM
2. Pengelolaan statistik kesehatan
3. Menyajikan data dan informasi kesehatan
4. Melakukan analisa kuantitatif dan kualitatif, Tugas, Tanggungjawab, wewenang dan hak penuh.

Profesi Perkam Medis (Administrator Informasi Kesehatan)

- (a) Dalam peraturan pemerintah nomor 32 tahun 1996 Profesi Perkam Medis adalah tenaga kesehatan yang masuk dalam rumpun Keteknisian Medis.
- (b) Dalam Surat Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dengan nomor 135/Kep/M.PAN/12/2002 tertanggal 3 Desember 2002 tentang Jabatan Fungsional Perkam Medis dan Angka Kreditnya disebutkan bahwa Perkam Medis adalah orang yang mengumpulkan, menyimpan, mengolah, menyampaikan data dan informasi kegiatan pelayanan kesehatan pasien yang berkualitas tinggi dengan memperhatikan aspek hukum dan etika profess untuk menjamin fungsi-fungsi rekam medis dan informasi kesehatan.
- (c) Tugas, tanggung jawab, wewenang, dan hak penuh dalam;
 - 1) Pengelolaan sistem rekam medis;
 - 2) Pengelolaan statistik kesehatan;
 - 3) Menyajikan data dan informasi kesehatan;
 - 4) Melkukan analisa kuantitatif dan kualitatif.

Definisi perkam medis dan informasi kesehatan adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan formal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan sehingga memiliki kompetensi yang diakui oleh pemerintah an profesi serta mempunyai tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak secara penuh untuk

melakukan kegiatan pelayanan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.

Profesional MIK adalah:

- (a) Administrator informasi kesehatan yang berkewajiban untuk mengumpulkan, mengintegrasikan, dan menganalisis data pelayanan kesehatan primer dan sekunder, mendiseminasi informasi, menata sumber informasi bagi kepentingan riset, perencanaan, memberikan jasa dan evaluasi pelayanan kesehatan lintas multi layanan sistem pelayanan kesehatan yang terintegrasi.
- (b) Seseorang yang telah menerima pelatihan profesional pada jenjang pendidikan (baik yang dikeluarkan oleh asosiasi ataupun S-I) pada bidang manajemen data kesehatan dan alur informasi sistem pelayanan kesehatan.

3.3 Konsep dasar Organisasi Profesi

Organisasi adalah kerja sama beberapa kegiatan dari lebih satu orang untuk mencapai tujuan yang sama. Organisasi rumah sakit tergantung pada jenis kepemilikannya, misalnya, milik swasta atau pemerintah. Di Indonesia, rumah sakit dibagi rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Rumah sakit umum terbagi atas 4 kelas yakni kelas A,B,C, dan kelas D. Kebutuhan unit kerja rekam medis (MIK) biasanya tergantung dari jenis dan kelas rumah sakit diatas. Struktur organisasi manajemen rekam medis biasanya berbentuk unit kerja yang dituangkan

dalam subbagian atau instalasi. Sebagian besar unit kerja rekam medis di Indonesia belum menjalankan MIK secara komprehensif, yang artinya rekam medis masih dikelola secara manual, belum berbentuk sistem jaringan (LAN, *local area network*) dengan unit kerja lain.

Visi, misi, dan nilai organisasi

Organisasi kesehatan masa kini membutuhkan manajemen yang efektif di mana setiap anggota dan pihak terkait yang terlibat dalam organisasi memahami sepenuhnya tujuan organisasi. Visi, misi, nilai, kebijakan dan prosedur merupakan alat organisasi yang efektif untuk diinformasikan dalam komunikasi antar anggota dalam mencapai tujuan yang diharapkan.

Setiap organisasi perlu menyusun visi, misi, dan nilai dalam mencapai tujuan strategis sebagai dasar program dan kegiatan yang akan dilaksanakan.

1. Visi adalah ungkapan tentang gambaran ideal organisasi di masa mendatang.

Contoh:

(a) Manajemen informasi kesehatan yang andal di Indonesia tahun 2010

(visi PORMIKI, hasil Kongres V di Bali, 2003).

(b) Unit Kerja Manajemen Informasi Kesehatan yang bermutu dan profesional di Indonesia tahun 2010.

2. Misi adalah ungkapan realistik tentang apa yang dilakukan organisasi pada saat ini demi mencapai tujuan organisasi. Pada organisasi kesehatan, pernyataan misi biasanya menggambarkan kegiatan

atau pelayanan bagi pelanggan di suatu organisasi atau institusi kesehatan. Misi mengacu pada tugas dan fungsi organisasi agar lebih realistik.

Contoh untuk rumah sakit:

- (a) Memberikan pelayanan MIK yang bermutu, efektif dan efisien;
 - (b) Memberikan pelayanan MIK sesuai dengan etik profesi;
 - (c) Menjadikan MIK sebagai sumber data pelayanan dan riset;
 - (d) Mewujudkan upaya perlindungan hukum dalam penyelenggaraan pelayanan MIK.
3. Nilai merupakan pernyataan tentang cara yang ditetapkan bagi anggota dalam mendukung jenis perilaku organisasi yang dikehendaki, misalnya:
- (a) Kode etik praktik MIK.
 - (b) Hak publik atas kerahasiaan dan tingginya kualitas data informasi kesehatan.
 - (c) Disiplin, bertanggung jawab, kerja sama.

3.4 Organisasi Profesi PORMIKI

PORMIKI (Perhimpunan Profesional Perekam Medis dan Informasi Kesehatan Indonesia)

PORMIKI didirikan di Jakarta pada tanggal 18 Februari 1989 oleh Panitia Kerja Pembinaan dan Pengembangan Sistem Pencatatan Medis Rumah Sakit (PPSPM),

Pada tahun 1992, bersamaan dengan pelaksanaan kongres PORMIKI ke-1, PORMIKI dinyatakan secara resmi terdaftar

sebagai anggota IFHRO (International Federation of Health Records Organizations) (country member) ke-15

Perhimpunan Profesional Perkam Medis dan Informasi Kesehatan Indonesia (PORMIKI) memiliki Dewan Pemimpin Pusat yang berkedudukan di ibu kota Negara, Jakarta. Dewan Pimpinan Daerah tersebar di ibu kota propinsi dengan kemungkinan pembentukan Dewan Pimpinan Cabang pada kabupaten propinsi yang telah memiliki cukup banyak anggota.

Kongres dilakukan tiap 3 tahun sekali dengan diselingi satu kali rapat kerja nasional (rakernas) diantara dua kongres. Organisasi memiliki AD dan ART sebagai perangkat organisasi. Demi memantapkan tertibnya organisasi maka setiap menjelang kongres dipersiapkan compendium kebijakan organisasi. Kongres PORMIKI dilaksanakan setiap tiga tahun sekali. Kongres pertama PORMIKI berlangsung tahun 1992 di Jakarta. Saat itu mantan presiden IFHRO yang berasal dari Australia Prof. Phyllis J. Watson, MEd, MRA menyampaikan secara langsung ke-9 paket modul diatas sebagai bahan pengajaran manajemen rekam medis di Indonesia kepada Menteri Kesehatan RI waktu itu yaitu dr.Adhyatma, MPH (alm). Kongres ke-2 PORMIKI tahun 1995 berlangsung di Yogyakarta dengan mendatangkan dua profesor ilmu hukum dari Erasmuis Universiteit dari Belanda dan pakar kode klasifikasi dari Australia. Kongres ke-3 pada tahun 1999 berlangsung di Surabaya. Kongres ke-4 pada tahun 2003 berlangsung di Denpasar. Kongres ke-5 diadakan pada tahun 2006 di Semarang dan bertepatan dengan ulang tahun PORMIKI ke-17. Selain itu

DPP PORMIKI dipercaya sebagai penyelenggara konferensi I IFHRO South East Asia Region (21-24 Oktober 2008) yang diadakan di Bali.

Adapun tujuan organisasi PORMIKI mencakup 3 (tiga) hal yaitu²

- (1) Membantu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui peningkatan sistem sistem kesehatan nasional dengan membina dan mengembangkan sistem rekam medis dan informasi kesehatan;
- (2) Mengembangkan ilmu rekam medis dan sistem informasi kesehatan;
- (3) Memperjuangkan kepentingan organisasi serta meningkatkan profesi anggota.

Peraturan yang ada

Pemerintah RI telah mengeluarkan beberapa keputusan/peraturan yang terkait dengan rekam medis. Pada tanggal 2 Desember 1989 dikeluarkan Surat Keputusan (SK) Menteri Kesehatan RI No. 749a/SK/Menkes/XII/89 tentang Rekam Medis (*Medical Record*) di Rumah Sakit. Pada tanggal 12 Maret 2008 diganti dengan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis. Kedua SK tersebut menjadi payung bagi pengelolaan manajemen rekam medis di Indonesia, serta ini menjadi tanggung

² Hasil Kongres IV PORMIKI, Denpasar, Bali 3-4 September 2003.

jawab Kementerian Kesehatan dan organisasi profesi terkait maupun pemerintah daerah.

Tujuan Organisasi PORMIKI

- a. membantu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui peningkatan sistem kesehatan nasional dengan membina dan mengembangkan sistem rekam medis dan informasi kesehatan
- b. mengembangkan ilmu rekam medis dan sistem informasi kesehatan
- c. memperjuangkan kepentingan organisasi serta meningkatkan profesi anggota.

Pengembangan Organisasi mengembangkan organisasinya sampai ke tingkat daerah di 14 provinsi yaitu Sumatera Utara, Sumatera Barat, Sumatera Selatan, Jambi, Kalimantan Barat, Kalimantan Timur, Sulawesi Selatan, Bali, NTB, Jawa Tengah, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Timur dan DI Yogyakarta.

Kerjasama dengan Depkes

Menghasilkan peraturan yang berkaitan dengan karir tenaga Perkam Medis dengan keluarnya SK MenPan no. 135/Kep/M.Pan/12/2002 tentang Jabatan Fungsional Perkam Medis dan Angka Kreditnya.

Ketua Umum DPP PORMIKI

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

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

Periode 1995-1999 : Dra. Gemala Hatta, MRA, MKes.
Periode 1999-2003 : Siswati, AMd.PerKes.
Periode 2003-2006 : Siswati, AMd.PerKes, SKM.
Periode 2006-2009 : Lily Widjaya, Amd.PerKes, SKM, MM.
Periode 2009-2012 : Elise Garmelia, Amd.PerKes, SKM
Periode 2012-2015 : Elise Garmelia, AMd.Perkes, SKM
Periode 2015-2018 : Eman Sulaeman, AMd.Perkes, SKM
Periode 2018-2021 :Tedy Hidayat, S.ST.RMIK, M.MRS

Keanggotaan PORMIKI

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

3.5 Organisasi Profesi IFHIMA

IFHIMA adalah organisasi nirlaba yang berafiliasi dengan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) sebagai sebuah organisasi nonpemerintah (LSM).

Ada perwakilan di WHO bekerja sama dengan WHO pada proyekproyek tertentu dari perhatian atau kepentingan kepada WHO di bidang Rekam kesehatan dan sistem informasi.

IFHIMA terdiri dari lima wilayah:

- a. Amerika,
- b. Eropa,
- c. MediteraniaTimur,
- d. Afrika,
- e. Asia Tenggara, dan Pasifik Barat.

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

IFHIMA didirikan pada tahun 1968 sebagai forum untuk mempertemukan organisasi- organisasi nasional yang berkomitmen untuk perbaikan dalam penggunaan Rekam kesehatan di negara mereka.

TUJUAN IFHIMA

1. Mempromosikan pengembangan dan penggunaan catatan kesehatan / informasi manajemen di semua negara
2. Memajukan pengembangan dan penggunaan rekam kesehatan internasional / standar informasi manajemen
3. Menyediakan untuk pertukaran informasi tentang persyaratan / informasi kesehatan rekor manajemen program pendidikan dan pelatihan

4. Memberikan kesempatan untuk pendidikan dan komunikasi antara orang yang bekerja di bidang rekam kesehatan /MIK di semua negara
5. Mempromosikan penggunaan teknologi dan rekam kesehatan elektronik (RKE)

BAB 4

ISI DAN STRUKTUR REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN

4.1 Pengantar isi dan struktur Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.

Perkembangan teknologi dipengujung Abad ke 20 menghantarkan komputerisasi rekam kesehatan atau 'elektronik' sebagai pengganti rekam kesehatan 'kertas'. Hal ini disebabkan kian meningkatnya permintaan beragam jenis informasi yang semakin tidak dapat terlaksana dengancepat dan benar bila tetap menggunakan format bentuk fisik yang terbuat dari kertas.

Bentuk fisik rekam kesehatan dipengaruhi oleh isi dan struktur. Isi rekam kesehatan terkait dengan tujuan kegunaan informasi yang menyebabkan formulirnya didesain secara spesifik sedangkan struktur rekam kesehatan terkait dengan bentuk (*setting*) sarana pelayanan kesehatan yang menggunakannya. Selain itu hal yang penting untuk diperhatikan dalam mengisi rekam kesehatan adalah dilaksanakannya persyaratan pendokumentasian sesuai dengan teknologi format rekaman yang dipilih.

Dalam bagian ini akan diterangkan beberapa contoh rekam kesehatan yang digunakan, konsep formulir dengan desain format kertas (*paper-based*) atau format elektronik serta kekuatan dan kelemahan kedua format tersebut.

Isi Rekam Kesehatan

Hippocrates (460-377 SM) yang dikenal sebagai Bapak Kedokteran memperkenalkan keenam doktrinnya yang dikenal sebagai *Sumpah Hippocrates*, yaitu berbuat baik; jangan

melakukan hal merugikan pasien; hormati kehidupan manusia; sadari keterbatasan kemampuan kita; berakhlak dan berbudi luhur; dan jaga kerahasiaan pasien.

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

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

Dalam 'rekam kertas' ataupun 'komputerisasi', isi rekam kesehatan dibagi dalam data administratif dan data

klinis, sedangkan isi (data/informasi) rekam kesehatan dipengaruhi oleh bentuk pelayanan kesehatan (pelayanan rumah sakit atau pusat kesehatan masyarakat) ; bentuk klasifikasi jenis pelayanan (umum/khusus); serta bentuk status kepemilikan sarana pelayanan kesehatan (swasta atau pemerintah pusat/daerah).

Data Administratif

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

Dalam pelayanan kesehatan, informasi demografi diperlukan dalam mengisi informasi dasar identitas diri pasien. Informasi ini dicatat dalam lembaran pertama rekam kesehatan rawat inap yang disebut *ringkasan masuk dan keluar* (format kertas/komputer) (Lampiran 1.1 – 1.3) maupun pada lembar pertama rawat jalan yang dikenal dengan nama *ringkasan riwayat klinik*. Isi data demografi bersifat permanen (kekal) dan setidaknya mencakup informasi tentang:

- a. Nama lengkap (nama sendiri dan nama keluarga yaitu nama ayah/suami/marga/she). Tuliskan nama keluarga, beri tanda koma, baru nama sendiri. Artinya, semua nama dimuka tanda koma adalah nama keluarga. Tuliskan demikian untuk menyamakan identitas pasien dari pihak yang tidak berwenang namun saat memanggil nama pasien disesuaikan dengan kebiasaan yang diinginkan.

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

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

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

Dari tabel 4.1 tampak bahwa formulir izin, otorisasi dan pernyataan merupakan bagian dari basis data (*data base*) rekam kesehatan pelayanan akut. Formulir tersebut dimaksudkan sebagai pemberian izin dari diri pasien/wakil kepada pihak

peremberi pelayanan kesehatan. Formulir cukup ditandatangani oleh pasien/wali dengan tanggal pemberian izin. Terkadang, adakalanya dokter juga diminta untuk menandatangani formulir pemberian izin namun hanya dalam kapasitasnya sebagai pihak saksi yang menerima persetujuan izin untuk tindakan medis kedokteran dan kedokteran gigi (*informed consent*) dari pasien.

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

Meskipun data administratif termasuk konfidensial namun data administratif tidak menjadi bagian resmi (legal) rekam kesehatan.³ Hal ini beda dengan data klinis. Dengan demikian tidak perlu disertakan kepengadilan bila ada kasus permintaan pengadilan (subpoena⁴) dengan bukti rekaman medis (kecuali bila memang ada permintaan tersendiri).

Contoh data administratif yaitu :

- Lembaran pengesahan untuk melepaskan informasi;
- Formulir pengesahan (otoritas) pelaksanaan pelayanan;
- Beberapa formulir pemberian izin (*consent*), seperti *implied* dan *expressed consents* (lihat bab Aspek Etik dan Hukum);
- Lembar hak kuasa (persetujuan dirawat disaraa pelayanan kesehatan);

³ Lihat glosari untuk penjelasan rekamkesehatan gigi.

⁴ Subpoema adalah perintah untuk datang ke pengadilan pada waktu dan tempat yang ditetapkan untuk memberikan kesaksian tentang suatu hal.

- Lembar pulang paksa;
- Sertifikat kelahiran atau kematian;
- Formulir pembebasan sarana pelayanan kesehatan dari tuntutan kehilangan atau kerusakan barang pribadi pasien;
- Korespondensi yang berkaitan dengan permintaan rekaman;
- Kejadian tentang riwayat atau audit;
- Klaim yang dapat dihubungkan dengan pasien;
- Menelaah kualitas data yang dapat dihubungkan dengan pasien (menjaga mutu, manajemen utilisasi)
- Tanda identitas pasien (nomor rekam medis, biometrik);
- Protokol klinis (*clinical protocols*), jalur klinis (*clinical pathways*), pedoman praktik dan pengetahuan lain (*clinical practice guidelines*) yang tidak melekat dengan data pasien.

Data klinis

Pada dasarnya data klinis diartikan sebagai data hasil pemeriksaan, pengobatan, perawatan yang dilakukan oleh praktisi kesehatan dan penunjang medis terhadap pasien rawat inap maupun rawat jalan (termasuk darurat). Data/informasi klinis yang terakumulasi dalam rekam kesehatan merupakan basis data (*data base*) yang dibedakan dalam jenis data yang diinginkan dan fungsi kegunaannya sehingga menghasilkan beragam data/informasi (tabel 4.1).

Tabel 4.1 Basis Data Rekam Kesehatan Pelayanan Akut

Jenis	Fungsi
Pendaftaran (registrasi)	<i>Informasi demografi pasien</i>
Riwayat kepenyakit (medis)	Kondisi kesehatan lampau dan kini
Riwayat	Hasil pemeriksaan kondisi fisik pasien

Jenis	Fungsi
pemeriksaan fisik	oleh tenaga kesehatan dan penunjang
Observasi klinis	Riwayat kronologis tentang penyakit/pengobatan pasien yang direkam oleh dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya.
Perintah dokter	Instruksi dokter ke pihak-pihak lain yang terlibat dalam perawatan pasien, termasuk perintah medikasi, diagnostik dan prosedur terapeutik.
Laporan dan hasil prosedur diagnostik dan terapeutik	Hasil rontgen, mamogram, <i>ultrasound</i> , <i>scan</i> , tes laboratorium dan lainnya.
Laporan konsultasi	Hasil konsultasi tentang kondisi pasien oleh tenaga lain selain dokter pasien.
Ringkasan riwayat pulang (resume)	Ringkasan masa perawatan pasien dirumah sakit .
Instruksi untuk pasien	Instruksi tindak lanjut perawatan pasien yang harus dijalankan pihak yang merawat pasien disarana pelayanan itu
Izin, otorisasi (pemberian hak kuasa) dan pernyataan	<i>Persetujuan pasien terhadap pelayanan atau jasa yang diberikan, izin mengeluarkan informasi, pernyataan informasi telah diterima</i>

Keterangan: Data administratif pada baris pertama dan akhir ditandai dengan tulisan miring. Data klinis ditandai dengan tulisan tegak

Semua keluaran dari formulir pemeriksaan tabel 6.1 menghasilkan data klinis, kecuali tentang izin, otorisasi

(pemberian hak kuasa) dan pernyataan yang dikategorikan sebagai data administratif. Setiap masukan data/informasi klinis wajib mencantumkan nama lengkap tenaga kesehatan dan penunjang medis terkait secara tanggal pemberian pelayanan kesehatan terhadap pasien.

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

Kepala MIK dapat memberikan masukan tentang isi dan data letak formulir (lay out) atau tat grafika. Selain itu kepala MIK sebagai pihak yang juga memahami ilmu kesehatan, terminologi medis, aplikasi komputer, alur data pasien, melaksanakan pengawasan⁵ serta mengartikan kebutuhan informasi, juga mampu sebagai perancang formulir rekam kesahatan pada sarana pelayanan kesehatan.

Pada institusi pelayanan kesehatan yang besar, dapat dibentuk tim pembuatan formulir yang terdiri dari beberapa perwakilan yang berasal dari unit kerja MIK, unit pelayanan terkait pihak sistem informasi, pihak pengadaan barang/formulir,⁶ anggota tim mutu⁷ dan lainnya sesuai kebutuhan. Tim ini membantu pekerjaan administratif dan

⁵ Dalam kapasitasnya sebagai manajer sistem informasi. Ia juga melakukan pengawasan agar sistem informasi dalam MIK berjalan baik dan benar. Lhat bag. II Bab

⁴ tentang peranan profesional MIK

⁶ Manajer pengadaan bertanggung jawab tentang jumlah formulir kertas yang akan dipesan.

⁷ Anggota tim mutu memberikan masukan tentang isu mutu

aplikasi informasi informasi pasien serta terkait pula dalam pemilihan teknologi pengumpulan data.

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

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

Permintaan data/informasi diatas tetap berlaku baik pada sistem rekaman yang ditulis pada kertas maupun dalam bentuk media elektronik (RKE). Pembedanya hanyalah pada cara pengumpulan, pengesahan dan teknologi sekuritasnya. (lihat lampiran 1.1-1.3 tentang contoh formulir rawat inap ringkasan masuk dan keluar dalam bentuk kertas maupun *print out* komputer).

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

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

Selain data klinis diatas, terdapat beragam sumber data tentang ihwal pasien⁸ (*patient-identifiable source data*) yang disimpan dalam basis data terpisah atau pada lokasi lain namun diringkaskan dalam rekam kesehatan legal dalam bentuk interpretasi klinis, catatan atau laporan dari sumber lain (*derivative*). Contohnya adalah:

- Potret untuk memperjelas identifikasi pasien
- Rekaman audio asli yang digunakan dalam pendiktean korespondensi
- Film diagnostik dan pencitraan.
- Elektrokardiogram
- Prosedur medis dalam bentuk video dan konsultasi telemedis.

⁸ Clark, documentation for acute care.

Data klinis yang terdapat dalam rekam kesehatan meliputi (lihat tabel 6.1)

Riwayat Medis Masa Lalu

Berisi ringkasan latar belakang penyakit terdahulu yang perlu diketahui dokter dan cenderung dijawab oleh pasien secara subjektif (lihat tabel 6.2) meliputi komponen (contoh lampiran 2).

Tabel 3.2 Informasi Lazim Terdapat Pada Riwayat Medis yang Lengkap

Butiran riwayat medis	Keluhan dan gejala
Keluhan utama	Sifat dan lamanya gejala yang menyebabkan pasien mencari bantuan medis sesuai dengan apa yang dikatakan pasien
Penyakit sekarang	Gambaran lengkap tentang perkembangan pasien mulai dari munculnya gejala pertama hingga situasi sekarang
Penyakit terdahulu	Ringkasan sakit sejak masa kecil hingga terkini dan kondisi seperti terkena penyakit menular, kehamilan (bagi perempuan), alergi obat, kecelakaan, operasi, pernah dirawat inap, serta medikasi saat ini.
Data sosial dan riwayat pribadi	Status pernikahan, diet, tidur, kebiasaan olah raga, minum kopi, alkohol, merokok, pemakaian obat-obatan,

Butiran riwayat medis	Keluhan dan gejala
	pekerjaan, kondisi rumah dan lingkungan, rutinitas harian dan lainnya.
Riwayat sakit keluarga	Penyakit keluarga termasuk turunan atau kedekatan kontak dengan pihak keluarga yang sakit, alergi, kanker, penyakit menular, psikiatri, metabolik, endokrin,
Telaahan sistem tubuh	Pencegahan sistem tubuh untuk mengungkapkan gejala subjektif masa lalu dan kini dari keadaan:
1	<i>Umum</i> : berat badan, tinggi badan, demam, kelemahan, kelelahan
2	<i>Kulit</i> : keluhan yang ada seperti erupsi, kering, kuning, pucat, perubahan warna pada kulit, kuku, jerawat, dan lainnya
3	<i>Kepala</i> : pusing (lamanya, tingkatan rasa sakit, sifat sakit, lokasi)
4	<i>Mata</i> : kaca mata, lensa kontak, pemeriksaan mata terakhir, glaukoma, katarak, kelelahan pada mata, nyeri, diplopia, merah, air mata, peradangan kabur
5	<i>Telinga</i> : pendengaran, cairan atau keluaran, tinitus, dengung, nyeri
6	<i>Hidung</i> : pilek, mimisan, keluaran hidung, tersumbat, tetes hidung, nyeri sinus

Butiran riwayat medis	Keluhan dan gejala
7	<i>Mulut dan tenggorokkan:</i> kondisi gigi dan gusi, pemeriksaan gigi terakhir, sakit, merah, parau, sulit menelan
8	<i>Sistem pernapasan:</i> nyeri dada, bunyi desis, batuk, sulit bernapas, sputum(warna dan banyaknya), muntah darah, asma, bronkitis, emphysema, pneumonia,TBC, pleurisy, pemeriksaan rontgen terakhir.
9	<i>Sistem syaraf :</i> pingsan, gelap pandang, seizure,lumpuh, tingling, tremor, kehilangan kesadaran,
10	<i>istem muskulokeletal :</i> nyeri atau kaku sendi, arteritis, gout, nyeri punggung, nyeri otot, kejang , pembengkakkan, merah, aktivitas motor terbatas
11	<i>Sistem kardiovaskuler :</i> nyeri dada, demam reumatik, denyut jantung cepat, palpitasi, tekanan darah tinggi, edema. Vertigo, lemah, seperti kehilangan kesadaran(<i>faitness</i>), vricose vein,, tromboflebitis.
12	<i>Sistem pencernaan:</i> selera makanan, haus, mual, muntah darah, pendarahan pada rektum, perubahan kondisi usus , diare, sembelit, indigestion, food intolerance, flatus , wasir, jaundice.

Butiran riwayat medis	Keluhan dan gejala
13	<i>Sistem kandung kemih:</i> sering atau nyeri saat kencing, kencing saat tidur, nanah pada kencing, darah pada kencing, besar (<i>incontinence</i>) , infeksi pada kandung kemih.
14	<i>sistem alat reproduksi:</i> (a) pada laki-laki: penyakit venerial, nyeri (<i>sore</i>) , keluaran dari penis, hernia, nyeri pada testis atau ada penggumpalan (<i>Imasses</i>) : (b) pada perempuan: usia saat haid pertama, siklus dan lama haid, menorgia, gejala menopause, kontrasepsi, kehamilan, persalinan, aborsi, pemeriksaan pap smear terakhir
15	<i>Sistem endorkin:</i> penyakit tiroid, intolerance terhadap panas atau dingin, terlalu banyak keringat, haus, lapar atau kencing
16	<i>Sistem hematologi:</i> anemia, mudah <i>brusing</i> atau berdarah, transfusi terakhir
17	<i>Kelainan psikiatri :</i> pusing, mimpi buruk, kelainan kejiwaan, kecemasan yang berlebihan, (<i>anxientty disorder</i>), suasana hati yang tidak ajeg (<i>mood disorder</i>)

- Keluhan utama: gambaran subjektif yang mempertegas alasan diperlukannya pengobatan medis.
- Penyakit saat ini: gambaran subjektif tentang perkembangan penyakit pasien.
- Riwayat pasien terdahulu: gambaran subjektif tentang penyakit sebelumnya, termasuk informasi medikasi sekarang dan alergi.
- Data sosial dan riwayat pribadi: gambaran subjektif tentang pekerjaan, status pernikahan, kebiasaan, cara dan gaya hidup.
- Riwayat sakit keluarga: gambaran subjektif yang pernah diderita antara anggota keluarga terdekat
- Telaahan sistem tubuh: gambaran subjektif tentang gejala lain atau penyakit yang terdapat pada sistem tubuh.

Pemeriksaan fisik

Sesudah pasien memeberikan masukan yang bersifat subjektif tentang riwayat madisnya, dokter akan memeriksa keadaan fisik pasien secara objektif (tabel 6.1-6.3). informasi pemeriksaan fisik yang objektif ini harus tersedia dalam rekam kesehatan pasien dalam waktu 24 jam sejak pasien terdaftar sebagai pasien masuk. Tanpa informasi ini pembedahan tidak dapat terlaksana (McCain,2002, hlm. 144).⁹

⁹McCain,Mary,2002,paper-based health Record dalam Health Information Management: concepts, principles and practice, edited by kathleen LaTour dan shirley eichenwald. Chicago: American health Information Management Association.

Lihat lampiran tentang lembar pemeriksaan fisik untuk cara tradisional 'rekam kesehatan kertas' (lampir 3.1) dan yang dihasilkan dari hasil RKE (lampiran 3.2).

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

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

Tabel 4.3 informasi yang lazim terdokumentasi dalam laporan pemeriksaan fisik

Butiran	Isi
Kondisi umum	Kondisi kesehatan yang tampak, tanda-tandater tekan (distress), postur tubuh, berat badan, tinggi badan, warna kulit, baju dan kebersihan diri, ekspresi wajah, tindak tanduk, suasana hati, status kesadaran, bicara.
Tanda kehidupan (vital)	Pulsa, pernapasan, tekanan darah, tengkorak, wajah.

Butiran	Isi
Kulit	Warna, vaskularitas, lesi, edema, kelembapan, suhu, terkstur, ketebalan, mobilitas dan turgor, kuku.
Kepala	Rambut, kulit kepala, tengkorak.
Mata	Akuitas visual dan pandang, posisi dan kesejajaran garis mata, alis, kelopak mata, aparatus lacrimal, konjungtiva, sclera, iris, ukuran, bentuk, ekualitas, reaksi pada cahaya, akomodasi terhadap pupil, gerakan ekstraokular, pemeriksaan optal moskopik
Telinga	aurikel, kanal, selaput timpani, pendengaran, keluaran.
Hidung dan sinus	Saluran pernapasan, lendir, septum, kelembutan sinus, keluaran, pendarahan, penciuman.
Mulut	Napas, bibir, gigi, gusi, lidah, saluran kelenjar ludah.
Kerongkongan	Tonsil (anak tekak) pharynx, palatum, uvula, tetes hidung (post nasal drip)
Leher	Kaku kuduk, tiroid, trakea, saluran (vessel), lymph node, kelenjar ludah.
Toraks (anterior, posterior)	Bentuk, simetris, respirasi.
Buah dada	Kekenyalan (masses), kelembutan, cairan dari puting susu.
Paru paru	Bising nafas (fremitus), suara nafas,

Butiran	Isi
	suara bunyi (adventitious), friksi, suara bicara, suara bisik.
Jantung	Lokasi dan kualitas dari aplikal impuls, trill, pulsasi, nada (rhythem), suara murmur, rabaan terasa friksi, tekanan jugular vena dan pulsa, pulsa arteri karotid.
Perut	Bentuk, pertalsis, luka parut, rigiditas, kelembutan, kejang, kekenyalan, cairan, hernia, bunyi usus, bruit, organ teraba.
Organ alat kelamin pria	Luka parut, lesi, keluaran, penis, skrotum, epididimis, farikokel, hidrokkel.
Organ reproduksi perempuan	Alat kelamin luar, kelenjar skeni dan bartolin, vagina, serviks, uterus, adneksa.
Rektum	Cela (fissure), fistula, wasir, tonus sphinecter, kekenyalan, masses, prostad, vesikel atau kantung seminal dan tinja.
Sistem muskulokeletal	Tulng belakang dan ekstremitas, deformitas, pembengkakan, merah, kelembutan (tendernss), kisaran gerak.
Limpatik	Servikal teraba, aksilari, nodus inguinal, lokasi, ukuran, konsistensi, morbilitas dan kelembutan.
Pembuluh darah	Pulsa, warna, tempratur, dinding pembuluh darah, vena.

Butiran	Isi
Sistem syaraf	Syaraf cranial, koordinasi refleks, bisep, trisep, lutut, achilles, perut, cremasterik, babinski, romberg, gaya jalan (gait), sensori, vibratori.
Diagnosis	Penetapan nama penyakit pasien yang dipercaya sebagai penyebab dan mengandung sifat alamiahnya suatu kondisi patologis.

Observasi klinis

Pelaksanaan rekaman observasi klinis menggunakan berbagai format termasuk catatan perkembangan (CP), laporan konsultasi dan catatan penunjang. CP dapat diisi dengan menggunakan satu jenis formulir yang ditulis secara kronologis oleh berbagai tenaga kesehatan/lainnya yang ada (*source oriented record*)

CP format kertas/RKE yang terintegrasi (disebut juga *interdisciplinary progress notes*) dewasa ini banyak diterapkan sebagai hasil kerja kolektif berbagai pihak, seperti oleh dokter, perawat (termasuk perawat anestesi), tenaga kesehatan lain termasuk ahli gizi, terapis kesehatan, manajer kasus, ahli farmasi dan bahkan pekerja sosial yang terlibat dalam perawatan langsung atau konsultasi kepada pasien. Dengan demikian, gambaran kronologis tentang kondisi pasien dan reaksi pengobatan dapat dipantau secara seksama. Selain itu CP juga digunakan sebagai alat pembenaran, pengambilan

keputusan dan tindak lanjut perawatan pasien disarana akut (RS) karena isinya mendokumentasikan kelayakan serta pengoordinasian pelayanan yang diberikan (lihat lampiran 4.1-4.2 tentang CP terintergrasi). Pada fasilitas kesehatan jiwa, CP merupakan hasil konsultasi utama pasien.

Hal yang perlu diperhatikan yaitu bahwa setiap pengisi tidak boleh meninggalkan celah kosong dalam baris penulisan. Hal ini untuk mencegah masuknya informasi asing yang tidak dikehendaki dan tercatatnya informasi secara kronologis.

Informasi yang terdapat dalam CP meliputi:

- Status kesehatan pasien saat masuk dan pulang
- Temuan dalam pemeriksaan fisik
- Observasi tanda kehidupan, termasuk rasa nyeri (dapat dipantau pada grafik, *flowchart* atau dengan PDA¹⁰).
- Catatan kronologis tentang rawatan pasien, termasuk
- Hasil laboratorium, prosedur pencitraan (*imaging*) termasuk interpretasi dan rencana tindak lanjut.
- Permintaan konsultasi dan alasannya
- Catatan pemberian edukasi kepada pasien maupun keluarganya.

Catatan Perkembangan (CP) yang Ditulis oleh Dokter

Dokter yang bertanggung jawab terhadap pasien disebut sebagai dokter utama dan akan memeriksa kondisi awal masa perawatan pasien. Selanjutnya data riwayat medis

¹⁰ Personal digital assistance (PDA) atau alat komputer lainnya. Misalnya untuk memantau tingkatan kadar gula darah dari waktu ke waktu.

dan pemeriksaan fisik dirangkum sebagai informasi pertama pada lembar CP. Dokter utama yang bertanggung jawab terhadap pasien mengambil berbagai keputusan klinis dan mencatatnya dalam lembar CP sambungan.

Tergantung pada bentuk rekaman yang digunakan, setiap cabang keilmuan dapat memiliki bagian tersendiri dalam rekam kesehatannya (*source oriented record*) atau menggabungkan observasi dari setiap pemberi pelayanan kesehatan secara kronologis dan terintegritasi (*integrated oriented record*).

Demikian pula dalam CP, dokter utama yang merawat pasien mencatat perkembangan pasien sehari-hari sebagai hasil kunjungannya ke ruang perawatan atau bila terjadi reaksi intervensi terapeutik. Dokter utama wajib memeriksa laporan dan hasil tes diagnostik yang diterima dari konsultan yang diminta untuk memberikan pendapat/saran. Dokter utama juga bertanggung jawab untuk membuat interpretasi bagi perawat serta keadaan pasien menjelang kepulangannya.

Pendokumentasian dalam Keperawatan

Dokumentasi keperawatan adalah suatu sistem pencatatan dan pelaporan informasi tentang kondisi (status) kesehatan pasien serta semua kegiatan asuhan keperawatan yang menggunakan pendekatan proses keperawatan. Meliputi pengkajian, perumusan diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Oleh karena itu substansi dokumen keperawatan harus mencerminkan solusi dari tiap tahapan proses keperawatan.

Perawat memberikan catatan kronologis tentang tanda kehidupan (vital) pasien (tenakan darah, detak jantung, pernafasan, suhu badan) maupun mengenai tingkatan ketidak

nyamanan pasien dalam perawatan. Perawat juga membuat catatan medikasi khusus (pemberian obat), jenis obat, cara dan waktu pemberian serta melaksanakan pengkajian terhadap pasien (assesment).

Tujuan dari lembar kajian keperawatan data atau informasi pribadi dan klinis pasien (nursing assesment) adalah untuk memperoleh data atau informasi pribadi dan klinis pasien sesudah masuk ke unit perawatan kebanyakan rumah sakit mengembangkan dan menggunakan instrumen penilaian keperawatan tersebut untuk mengumpulkan data kondisi fisik pasien dan status psikososial saat masuk.

Rencana asuhan keperawatan (care plan) adalah sarana multi disiplin dalam mengorganisasikan pelayanan diagnostik dan terapeutik yang akan diberikan kepada pasien. Tujuan lembaran ini adalah untuk menjamin efikasi dan efisiensi pelayanan kepada pasien dan kualitas keluaran. Perawat membuat bagan alur (flow chard) serta membuat rekaman tentang pasien yang pindah ruang atau bagian.

Perintah dokter tentang diagnostik dan terapeutik

Perintah dokter adalah intruksi dokter kepada tenaga profesional lain dipelayanan kesehatan yang sama-sama terlibat dalam menyembuhkan pasien.¹¹ tenaga profesional lain tersebut melaksanakan perintah dokter tentang prosedur diagnostik, terapeutik, pelayanan keperawatan, memformulasi dan memberikan medikasi serta memberikan pelayanan nutrisi kepada pasien. Perintah dokter sering berubah dan dibuat mutakhir sesuai dengan respon pasien terhadap pengobatan sebelumnya. Perintah dokter juga bisa dikeluarkan untuk

¹¹ Perintah dokter

‘mengurung pasien’ atau ‘membatasi gerak pasien’. Misalnya pada kasus tertentu (pasien gaduh, gelisah, kelainan jiwa, kasus NAPZA).

Instruksi melalui telepon atau melalui sarana komunikasi lain hanya boleh diterima oleh pihak yang berwenang. Selanjutnya dalam waktu 24 jam dokter memberi instruksi sudah harus membaca dan memeriksa kebenaran titipan informasi yang ditulis oleh pihak lain serta menandatangani instruksi tersebut.¹²

Laporan dan hasil prosedur diagnostik dan terapeutik

Produk yang dihasilkan menjadi bagian yang kekal (permanen) dari rekam kesehatan (tabel 6.4) dan terbagi dalam dua jenis yaitu :

- a. Laporan diagnostik seperti
 - Hasil tes laboratorium (darah, urin dan sampel lain), hasil pemeriksaan dapat diperoleh melalui alat elektronik otomatis
 - Pemeriksaan patologis berupa pengambilan sampel jaringan ataupun pengambilan jaringan atau organ dalam pembedahan. Hasil pemeriksaan harus dianalisis secara patologis oleh ahli patologi.
 - Scan radiologi dan pencitraan (imaging) X-ray yang berasal dari bagian tubuh manusia dan organ spesifik. Hasil pemeriksaan harus dianalisis secara tertulis oleh ahli radiologi.

¹² Lihat penjelasan lain pada tulisan Gemala Hatta, 2004. Husada.

b. Laporn operasi

- Merupakan prosedur pembedahan terhadap pasien.
- Isinya merupakan informasi mengenai :
 - Diagnosis pre dan pasca operasi
 - Deskripsi tentang prosedur pembedahan
 - Deskripsi tentang seluruh temuan normal dan tidak normal
 - Deskripsi tentang kejadian yang unik dan tidak lazim dalam pembedahan
 - Jumlah ikatan, tekukan jahitan (*ligature* dan *suture*) dan jumlah pak, *drain*, spons yang digunakan
 - Deskripsi tentang spesimen yang diambil
 - Nama ahli bedah(operator) dan asisten yang membantu
 - Tanggal dan lama proses pembedahan

Laporan Konsultasi

Isi laporan konsultasi adalah hasil semua konsultasi yang berasal dari berbagai pandangan klinis tenaga kesehatan atau pihak tertentu yang diminta sarannya oleh dokter yang merawat pasien, selain dokter pribadi atau dokter utama yang menangani pasien. Pihak konsulen mnegambil kesimpulan setelah bersangkutan mendapat keterangan dari dokter yang merawat pasien, menelaah informasi dalam rekam kesehatan dan memeriksa pasien. Laporan konsultasi menjadi bagian dari rekam kesehatan yang bersifat permanen (lihat tabel 4.1)

Laporan konsultasi biasanya memuat informasi (clark jean S, ed 2004, hlm. 97)

- Nama dokter yang menghendaki dilakukannya konsultasi dan alasannya
- Tanggal dan waktu konsultasi pemeriksaan pasien
- Temuan terkait hasil pemeriksaan
- Pendapat konsulen, diagnosis dan kesannya
- Rekomendasi untuk tes diagnostik dan atau perawatan
- Tanda tangan, profesinya dan spesialisasi konsulen.

Ringkasan Riwayat Pulang

Informasi yang terdapat dalam ringkasan riwayat pulang (resume atau *discharge summary*) merupakan ringkasan dari seluruh masa perawatan dan pengobatan pasien sebagaimana yang telah diupayakan oleh para tenaga kesehatan dan pihak terkait. Lembar ini harus ditandatangani oleh dokter yang merawat pasien. Lazimnya informasi yang terdapat didalamnya adalah mengenai jenis perawatan yang diterima pasien. Reaksi tubuh terhadap pengobatan, kondisi saat pulang serta tindak lanjut pengobatan setelah pulang perawatan.

Kegunaan dari ringkasan riwayat pulang adalah untuk:

- Menjaga kelangsungan perawatan dikemudian hari dengan memberikan tembusannya kepada dokter utama pasien, dokter yang merujuk dan konsultan yang membutuhkan.
- Memberikan informasi untuk menunjang kegiatan komite telaahan staf medis
- Memberikan informasi kepada pihak ketiga yang berwenang
- Memberikan informasi kepada pihak pengirim pasien ke RS.

Instruksi untuk Pasien

Sebelum pasien pulang, tenaga profesional dibidang kesehatan atau pihak terkait yang turut ambil dalam pengobatan pasien dapat melakukan tindakan sebagai berikut :

- Memberikan keterangan secara jelas dan menyeluruh kepada pasien tentang apa yang harus dilakukan pasien kembalinya kerumah
- Tenaga profesional mencatat informasi apa yang telah disampaikan serta menandatangani dan memberikan nama jelasnya dalam formulir khusus yang menjadi bagian dari rekam kesehatan
- Sebaiknya pasien atau wali juga ikut menandatangani sebagai penguat bahwa pasien telah mengerti atas penerangan yang diberikan. Bila diperlukan pasien dapat diberikan materi edukasi seperti browsur, selebaran (leaflet) buku saku.

Izin, otorisasi dan pernyataan

Bagian ini merupakan data bagi kepentingan administratif dan mencakup beberapa hal seperti persetujuan pasien tentang pemberian pelayanan. Biasanya disaat pasien masuk rumah sakit diminta untuk menandatangani lembar hak kuasa.

Selain itu ada hal-hal lain yang perlu diperhatikan seperti :

- Bila pasien meninggal saat dalam perawatan maka dokter yang merawat pasien wajib mencatat keadaan menjelang kematian pasien dalam ringkasan riwayat pulang (resume)
- Bila pasien di autopsi, wajib dibuat laporan autopsi sesudah ringkasan riwayat pulang (resume) selesai

dikerjakan. Autopsi biasanya dilakukan bila ada pertanyaan tentang penyebab kematian atau bila informasi dibutuhkan untuk kepentingan edukasi atau hukum. Dengan laporan autopsi akan diketahui dengan pasti penyebab kematian.

Format Rekam Kesehatan

Rekam kesehatan dapat berbentuk (format) kertas maupun dikelola secara elektronis. Untuk format rekam kesehatan kertas dikenal tiga pendekatan sebagai berikut.

Rekam Kesehatan Berdasarkan Sumber (RKS) (source-oriented health record)

Rekam kesehatan dengan format kertas yang paling populer adalah rekam kesehatan berdasarkan sumber (RKS). Sesuai dengan konsep 'sumbernya' maka lembaran yang datang ke unit kerja MIK dicermati asal usul sumbernya dan dikelompokkan dalam kesatuannya. Misalnya, hasil laboratorium dikelompokkan dalam kelompok laboratorium.

Kesulitan dalam sistem RKS yaitu bahwa pembaca yang berwenang harus mencari tanggal yang sama dari setiap klinik untuk memperoleh gambaran lengkap tentang kondisi pasien. Dengan kata lain, dengan mengikuti alur kejadian pengobatan pasien.

Rekam Kesehatan Berdasarkan Masalah (RKM) (problem-oriented health record)

Format rekam kesehatan berdasarkan kertas yang kedua dikenal dengan nama rekam kesehatan berdasarkan

masalah (RKM). Pada dasarnya RKM terdiri dari empat komponen. Kunci konsep ini atau sebagai komponen *utamanya* terletak pada daftar masalah pasien (problem list). Keberadaan daftar masalah memudahkan para pemberi pelayanan kesehatan dalam mencari informasi tentang masalah pasien dan gambaran kesehatannya. Setiap masalah kesehatan pasien diberi nomor kode khusus dan setiap laporan dan informasi klinis yang berkaitan dengan masalah akan ditempatkan pada nomor masalah yang sama. Informasi dalam daftar masalah menggambarkan kesehatan masa lalu, sekarang, kondisi sosial, psikologi, masalah medis

Komponen *kedua* berupa seperangkat data pasien sebagai basis (pangkalan) data yang meliputi riwayat penyakit terdahulu dan sekarang, adanya pemeriksaan fisik dan hasil temuan laboratorium.

Komponen *ketiga* adalah rencana awal suatu pelayanan (initial care plan) yang meliputi tiga unsur yaitu diagnostik (Dx) yang berisi rencana mengumpulkan lebih banyak informasi. Unsur kedua yaitu terapeutik (Rx) yang berisi rencana pengobatan dan unsur ketiga yaitu edukasi kepada pasien yang berisi rencana untuk memberitahu pasien tentang apa yang harus dilakukannya.

Komponen *keempat* tentang catatan perkembangan (*progress note*) yang menjelaskan tiga hal yaitu apa yang telah terjadi dengan pasien; apa yang direncanakan untuk pasien dan bagaimana pasien bereaksi terhadap terapi. Dalam metode penulisan catatan sistematis yang dikenal dengan sebutan SOAP (lihat lampiran 13 tentang catatan perkembangan SOAP).kepanjangan dari SOAP adalah S yaitu mencatat mengenai perkembangan secara *subjektif*, diikuti dengan huruf O yakni mencatat temuan secara objektif ,seperti hasil

laboratorium, hasil uji dan observasi serta temuan dari pemeriksaan fisik. Huruf A berasal dari kata *analisis*, artinya mengkaji dan menilai berdasarkan temuan dan observasi. Huruf P dimaksudkan sebagai *perencanaan (plan)*, artinya, catatan harus menggambarkan tentang rencana pelayanan selanjutnya atau merevisi pelayanan yang telah diberikan. Rencana awal pelayanan ini berfungsi sebagai petunjuk kepada masalah. Pelayanan yang direncanakan diberi nomer sesuai dengan nomor masalahnya (lihat lampiran 13- catatan perkembangan SOAP).

Rekam kesehatan yang Terintegasi (integrated health record format)

Format rekam kesehatan berdasarkan kertas lainnya adalah rekam kesehatan yang terintegrasi (RKI). Bentuk RKI yang digunakan pada fasilitas pelayanan akut ini menggabungkan dokumentasi yang datang dari berbagai sumber secara saling berkaitan dan mengikuti urutan berbalik arah (*reverse chronological order*). Kegunaan bentuk RKI ini adalah memudahkan pemberian pelayanan kesehatan untuk mengikuti pemberian pelayanan dan pengobatan pasien. Kelemahannya adalah sulit untuk membandingkan informasi yang berhubungan (lihat lampiran 4.1-4.2 tentang contoh catatan perkembangan pada RKI¹³).

4.2 Standart Dokumen Rekan Medis

Isi rekam kesehatan pada unit khusus

¹³ *Ibid.*, hlm 209.

Rekam kesehatan pada unit khusus adalah adanya lembar rekam kesehatan tertentu yang tidak terdapat pada setiap rekam kesehatan pasien. Misalnya lembaran rekam kesehatan dari unit kebidanan (lihat lampiran 9) , pelayanan bayi baru lahir (neonatal), unit gawat darurat, pelayanan diunit psikiatri, pelayanan yang berkaitan dengan rehabilitasi, diantaranya fisioterapi, okupasi terapi dan terapi wicara: pelayanan *hospice*: serta perawatan jangka panjang (menahun). Demikian pula isi rekam kesehatan tergantung pada jenis pelayanan serta lamanya masa perawatan. Misalnya rekam kesehatan gawat darurat berbeda dengan rekam kesehatan untuk perawatan jangka panjang(misalnya pada RS jiwa). (lihat tentang isi rekam kesehatan gawat darurat dibawah ini)

Isi Rekam Kesehatan untuk Rawat Jalan

Isi rekam kesehatan selain untuk rawat inap sebagaimana tersebut diatas (tabel 6.1) juga digunakan untuk kepentingan rawat jalan. Informasi dasar dalam rekam kesehatan rawat jalan disarana pelayanan kesehatan (rumah sakit”)n setidaknya meliputi

- Identitas demografi pasien
- Daftar masalah (*problem list*) yang meringkas seluuhrh masalah medis dan pembedahan yang dalam jangka panjang berdampak klinis secara bermakna
- Daftar medikasi memuat informasi jenis medikasi yang sedang dijalanni pasien
- Informasi tentang kondisi pasien sekarang dan lampau.
- Riwayat medis tentang temuan tenaga kesehatan atas status kesehatan pasien.

- Laporan pemeriksaan fisik berisi hasil temuan tenaga kesehatan saat melakukan pemeriksaan terhadap pasien.
- Data imunisasi dan laporan tentang vaksinasi pasien
- Catatan perkembangan yang memberikan ringkasan secara kronologis tentang kondisi sakit pasien dan pengobatan yang diberikan;
- Perintah dokter yang mencatat instruksi dokter terhadap pihak lain yang juga sama-sama merawat pasien.

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

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

Isi Rekam Medis (Kesehatan) Gawat Darurat

Dalam fasilitas rawat jalan, terdapat Unit Gawat Darurat(UGD) yang bertugas untuk menerima pasien yang membutuhkan perawatan segera (*emergency*) dan korban kecelakaan (*casualty*). penekanan pada UGD adalah menolong pasien secepatnya demi menyelamatkan nyawanya. Oleh karena itu sering kali data/informasi dalam rekam kesehatan gawat darurat kurang diperhatikan selengkapny.

Contoh isi rekam medis (atau rekam kesehatan) gawat darurat, terdiri dari berbagai informasi yang setidaknya meliputi unsur data sebagai berikut (McCain,2002.hlm. 150.)

- Informasi demografi pasien (ringkasan riwayat klinik) termasuk identitas pasien (nama sendiri dan nama ayah/suami/marga)
- Kondisi saat pasien tiba dirumah sakit
- Saat tiba di rumah sakit menggunakan sarana transportasi apa (misalnya ambulans, kendaraan pribadi, becak, ojek, taxi, kendaraan polisi dan lainnya.)
- Nama orang atau pihak tertentu (seperti kantor, sekolah, fakultas dan lainnya)
- Riwayat yang berhubungan, termasuk keluhan utama dan munculnya injuri atau penyakit
- Temuan fisik yang bermakna
- Hasil laboratorium, radiologi dan EKG
- Pelayanan yang diberikan
- Ringkasan sebelum pasien meninggalkan pelayanan UGD(terminasi pelayanan)
- Kondisi pasien saat pulang atau dirujuk
- Diagnosi saat meninggalkan UGD
- Instruksi kepada pasien/wali tentang pelayanan selanjutnya dan tindak lanjut
- Tanda tangan dan gelar yang memberikan pelayanan kepada pasien.

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

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

Lembaran gawat darurat (tergantung pada bentuk rekaman UGD yang digunakan), dapat diteruskan kepada pihak selanjutnya yang akan merawat pasien. Bila pasien baru¹⁴ datang ke unit gawat darurat namun pulang setelah pemeriksaan maka kepadanya cukup diberikan lembaran pemeriksaan gawat darurat dengan nomor urut UGD (nomor sementara) yang bukan menjadi omor rekam medis (nomor sementara). Bila kemudian pasien kembali (dengan kondisi yang sama atau tidak) diteruskan ke rawat inap maka lembar lama di UGD digabungkan dengan lembar rawat inap sekarang dan ia memperoleh nomor rekam medis (kesehatan) yang berlaku untuk selamanya (permanen).

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

¹⁴ Pasien baru adalah pasien yang sebelumnya tidak pernah terdaftar sebagai sarana pelayanan kesehatan tersebut

selain disiapkan surat kematian dengan penyebabnya, prosedur selanjutnya adalah seperti penanganan pasien rawat inap

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

Rekam Kesehatan untuk Korban Bencana (Disaster)

Pembeda utama antara pasien biasa dan gawat darurat dengan bencana terletak pada 'bencana' itu. Terlebihnya, penanganan pasien kasus bencana adalah murni kegawatdaruratan yang bersifat *life saving* atau segera wajib dilakukan pertolongan dan atau tindakan medis demi menyelamatkan nyawa pasien.

Dengan demikian pasien korban bencana senantiasa dikategorikan sebagai bagian dari pelayanan gawat darurat dan termasuk dalam pelayanan rawat jalan (*out patient service*).

Yang dikategorikan sebagai kasus bencana adalah kejadian yang diakibatkan oleh kondisi yang tidak lazim. Misalnya bencana akibat alam (seperti banjir, tsunami, kebakaran hutan, badai angin, halilintar, gempa bumi, tanah atau es longsor); gejala kelalalian manusia (arus pendek listrik, kebakaran lingkungan); penyebaran penyakit (epidemi, pandemi), akibat unsur teknis (kecelakaan lalu lintas darat, laut, udara) dan lainnya. Ciri khas bencana adalah sama yakni peristiwa datang secara tidak terduga dikala orang tidak siap. Hal yang pasti, dalam sekejap jumlah korban yang

mebutuhkan berbagai pertolongan pada saran pelayanan kesehatan eningkat dengan amat tajam. Untuk menampung korban yang amat banyak, sering didirikan tempat pos kesehatan darurat dengan relawannya.

Dalam kejadian bencana, ada pasien korban bencana yang hanya memerlukan pelayanan rawat jalan atau rawat inap bila kondisinya serius. Selain itu ada banyak korban yang meninggal ditempat kejadian atau dalam perjalanan kerumah sakit. Bahkan ada pasien yang memustuskan pulang paksa dengan berbagai alasan.

Bila pasien korban bencana yang telah diperiksa tenaga kesehatan harus dirawat inap maka petugas TTP segera menyiapkan lembar ringkasan masuk dan keluar dan selanjutnya pasien menjadi pasien rawat inap.

Bila informasi dilakukan melalui sarana teknologi RKE, prinsip dasar data tetap sama hanya media penulisannya yang berbeda yaitu melalui komputerisasi. Dewasa ini penanganan RKE dapat digabungkan dengan berbagai fasilitas elektronik lainnya seperti *personal digital assistance* (PDA) ataupun alat digital lainnya sesuai perkembangan teknologi.

Data kasus bencana memiliki informasi tambahan yang setidaknya menerangkan:

- Nama (bila ada identitas penunjuk seperti KTP, melalui keluarga/ kawan, pasien dapat berbicara sendiri)
- Lokasi wilayah pengambilan korban dan waktu tiba disarana pelayanan kesehatan.
- Kondisi korban saat tiba dan waktu tiba di sarana pelayanan kesehatan.
- Mencatat nomor pasien korban bencana yang diberikan dari tempat bencana (*triage tag number*) dan menghubungkannya dengan nomor rekam medis

(rekam kesehatan) atau identitas lainnya, baik yang lama atau yang baru diperoleh dari tempat penerimaan pasien (TPP) gawat darurat sarana pelayanan kesehatan.

- Sebagai tambahan, disarankan agar dilengkapi dengan rekam medis gigi (*dental chart*) yang sesuai dengan standar internasional.

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

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

Tempat pertolongan pertama bencana yang lebih teratur (pos komando bencana) hendaknya membuat sistem pelacakan (*tracking*) dan pemetaan arus pasien (*chatting*). Hal ini juga dapat dilakukan disarana pelayanan kesehatan yang kedatangan pasien bencana, terlebih bila dalam jumlah besar.

Isi Rekam Medis (kesehatan) untuk Perawatan Satu Hari

Ada kalanya pasien tidak sampai dirawat lebih dari satu hari (<24 jam). Untuk itu cukup dibuat lembar rekam medis yang hanya diperuntukkan bagi perawatan satu hari (*one day care* atau *short form medical/health record*)

Adapun isinya setidaknya meliputi informasi tentang:

- Identitas lengkap pasien (nama sendiri dan nama keluarga)
- Tanggal dan waktu pasien masuk dan pulang
- Alasan pasien masuk keunit rawat inap
- Temuan medis yang signifikan
- Kondisi/ kesimpulan waktu pulang
- Prosedur pengobatan
- Instruksi kepada pasien dan atau keluarga
- Diagnosis waktu pulang
- Nomer kode klasifikasi diagnosis (sesuai dengan standar kode klasifikasi yang ditetapkan departemen kesehatan atau sesuai dengan pengembangan keilmuan)
- Nama dan tanda dokter utama yang merawat pasien.

Isi Rekam Kesehatan Jiwa

Rekam kesehatan psikiatri atau rekam kesehatan jiwa (mental) dikenal sebagai rekam kesehatan perilaku (*behavioral health record*). Didalamnya terdapat data diagnostik dan penilaian terhadap informasi psikologi dan pelayanan psikiatri. Data yang terdapat di dalamnya meliputi diagnosis waktu masuk, alasan pasien masuk rawatan dan nama-nama yang membuat keputusan agar pasien dirawat. Selain itu rencana tujuan perawatan (*goal oriented*) juga harus ditegaskan. Informasi yang diperoleh dari keluarga dan lingkungan juga harus disertakan dalam rekaman. Persyaratan lain seperti evaluasi psikiatri termasuk riwayat masa lalu, status kejiwaan, riwayat penyakit sekarang, kecerdasan dan fungsi memori. Catatan perkembangan (CP) juga harus mencatat setidaknya setiap minggu selama dua bulan pertama dan setidaknya sekali sebulan sesudahnya. Harus dibuat ringkasan riwayat pulang (resume) di akhir perawatan. Perlu diperhatikan khusus terhadap upaya penahanan pasien gaduh gelisah yang membahayakan dirinya sehingga bila perlu dilakukan fiksasi dan isolasi maupun penggunaan terapi lainnya (misalnya elektrokonvulsif). Fasilitas psikiatri juga menangani kasus kecanduan alkohol, NAPZA.

Perhatikan akan kerahasiaan (kofidensial) harus benar benar ditegaskan dalam menangani berkas rekam kesehatan jiwa.

Isi Rekam Kesehatan untuk Keterapian Fisik

Pelayanan fisioterapi, okupasi terapi dan terapi wicara merupakan kegiatan yang berkaitan dengan pelayanan

rehabilitasi keterampilan fisik yang meliputi berbagai upaya agar pasien mampu melakukan berbagai aktivitas dalam kehidupan sehari-harinya.

Rekam kesehatan fisioterapi dapat tersebar pada berbagai sarana pelayanan kesehatan akut hingga menahun (*long term care*). Isi rekam kesehatan fisioterapi harus menggambarkan data tentang rencana pengobatan pasien dan membantu pasien dalam mencapai tujuan itu dengan meningkatkan kekuatan otot, respirasi dan sirkulasi secara efisien. Informasi tentang pasien fisioterapi harus jelas, seperti yang mengalami beragam kecacatan (*disabled*), cacat bawaan (*congenital*), trauma dan sakit pengobatan yang diberikan harus mencantumkan tentang jenis latihan, manipulasi, terapi pemanasan, sinar dan penggunaan listrik serta pengobatan pijatan (*massage*). Dalam rekam kesehatan fisioterapi juga harus dicantumkan kemajuan pasien.

Dalam rekam kesehatan okupasi terapi harus dicantumkan kelompok tim yang sama-sama membantu mengembalikan kemampuan pasien menjadi normal kembali sehingga mampu melaksanakan aktivitas fungsional seperti makan, berpakaian, menyiapkan makanan, produktivitas dan aktivitas waktu luang.

Dalam rekam kesehatan terapi wicara maupun terapi khusus lainnya juga harus dicantumkan kelompok tim rehabilitasi yang sama-sama membantu penyembuhan pasien. Sebagaimana juga rekam kesehatan dari kelompok keterampilan fisik lainnya. Rekam kesehatan terapi wicara juga menjelaskan kemajuan pasien yang mengalami kesulitan dalam wicara hingga akhir penyembuhannya. Termasuk pemberian medikasi yang diberikan oleh tenaga medis.

Rekam Kesehatan Perawatan Jangka Panjang (Menahun)

Pasien dalam kategori ini adalah pasien yang membutuhkan pelayanan dengan perawatan waktu panjang seperti jiwa, kusta, TBC, termasuk pelayanan rehabilitasi keterapian fisik, seperti rekaman kesehatan dalam pelayanan jangka panjang juga tergantung pada lamanya pasien dirawat. Fokus pada pelayanan jenis ini adalah tercapainya tujuan perawatan yang dilaksanakan dalam tahapan perencanaan. Pencapaian tujuan perawatan jangka panjang (menahun) dapat terlihat diakhir perawatan dalam hal mana pasien diharapkan mampu melaksanakan aktivitas harian, penggunaan medikasi dan pelayanan lainnya.

Rekaman perawatan jangka panjang dengan format kertas dipisahkan, hanya yang terbaru disimpan di unit perawatan, sedangkan bagian lainnya yang dianggap kurang dipentingkan dikembalikan ke unit kerja rekam kesehatan (MIK). Oleh karena itu isinya harus senantiasa ditelaah agar tetap berkualitas dan lembaran tidak ada yang hilang.

4.3 Acute Care Dokumen Rekam Medis.

Dalam acute care dokumen rekam medis dibagi menjadi dua bagian yaitu :

- Data klinis
- Data administratif

Data klinis

Pada dasarnya data klinis diartikan sebagai data hasil pemeriksaan, pengobatan, perawatan yang dilakukan oleh praktisi kesehatan dan penunjang medis terhadap pasien rawat inap maupun rawat jalan (termasuk darurat). Data/informasi klinis yang terakumulasi dalam rekam kesehatan merupakan basis data (*data base*) yang dibedakan dalam jenis data yang diinginkan dan fungsi kegunaannya sehingga menghasilkan beragam data/informasi (tabel 4.6).

Tabel 4.6 Basis Data Rekam Kesehatan Pelayanan Akut

Jenis	Fungsi
Pendaftaran (registrasi)	<i>Informasi demografi pasien</i>
Riwayat kepenyakit (medis)	Kondisi kesehatan lampau dan kini
Riwayat pemeriksaan fisik	Hasil pemeriksaan kondisi fisik pasien oleh tenaga kesehatan dan penunjang
Observasi klinis	Riwayat kronologis tentang penyakit/pengobatan pasien yang

Jenis	Fungsi
	direkam oleh dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya.
Perintah dokter	Instruksi dokter ke pihak-pihak lain yang terlibat dalam perawatan pasien, termasuk perintah medikasi, diagnostik dan prosedur terapeutik.
Laporan dan hasil prosedur diagnostik dan terapeutik	Hasil rontgen, mamogram, <i>ultrasound</i> , <i>scan</i> , tes laboratorium dan lainnya.
Laporan konsultasi	Hasil konsultasi tentang kondisi pasien oleh tenaga lain selain dokter pasien.
Ringkasan riwayat pulang (resume)	Ringkasan masa perawatan pasien dirumah sakit .
Instruksi untuk pasien	Instruksi tindak lanjut perawatan pasien yang harus dijalankan pihak yang merawat pasien disarana pelayanan itu
Izin, otorisasi (pemberian hak kuasa) dan pernyataan	<i>Persetujuan pasien terhadap pelayanan atau jasa yang diberikan, izin mengeluarkan informasi, pernyataan informasi telah diterima</i>

Keterangan: Data administratif pada baris pertama dan akhir ditandai dengan tulisan miring.

Data klinis ditandai dengan tulisan tegak

Semua keluaran dari formulir pemeriksaan tabel 4.6 menghasilkan data klinis, kecuali tentang izin, otorisasi (pemberian hak kuasa) dan pernyataan yang dikategorikan sebagai data administratif. Setiap masukan data/informasi klinis wajib mencantumkan nama lengkap tenaga kesehatan dan penunjang medis terkait secara tanggal pemberian pelayanan kesehatan terhadap pasien.

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

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

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

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

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

Permintaan data/informasi diatas tetap berlaku baik pada sistem rekaman yang ditulis pada kertas maupun dalam bentuk media elektronik (RKE). Pembedanya hanyalah pada cara pengumpulan, pengesahan dan teknologi sekuritasnya. Data rekam kesehatan juga sering diisi oleh tenaga pelayanan kesehatan lainnya, sesuai dengan kebijakan setempat, seperti oleh psikologi ahli gizi ataupun pekerja sosial. Selain itu spesialis lain juga berperan serta dalam mengisi rekam kesehatan:

- Ahli farmasi memberikan informasi formulasi medikasi intravenous dan zat nutrisi pada pemberian suntikan (parental).
- Teknologis medis dan bakteriologis memberikan informasi tentang hasil tes darah analisis laboratorium.
- Audiologis memberikan informasi tentang hasil tes pendengaran.
- Tenaga teknisi memberikan rekaman hasil grafik elektrokardiogram dan elektroencephalogram.

- Patologis memberikan hasil pemeriksaan spesimen dalam pemeriksaan diagnostik ataupun pembedahan.
- Radiologis memberikan hasil pemeriksaan radiologi (X-ray), *computed tomography* pencitraan (CT scan), *magnetic resonance imaging* (MRI) serta radiologis ahli kedokteran nuklir yang melaporkan hasil terapi radiasi.

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

- Potret untuk memperjelas identifikasi pasien
- Rekaman audio asli yang digunakan dalam pendiktean korespondensi
- Film diagnostik dan pencitraan.
- Elektrokardiogram
- Prosedur medis dalam bentuk vidio dan konsultasi telemedis.

Data Administratif

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

Dalam pelayanan kesehatan, informasi demografi diperlukan dalam mengisi informasi dasar identitas diri pasien. Informasi ini dicatat dalam lembaran pertama rekam kesehatan rawat inap yang disebut *ringkasan masuk dan keluar* (format

kertas/komputer) maupun pada lembar pertama rawat jalan yang dikenal dengan nama *ringkasan riwayat klinik*. Isi data demografi bersifat permanen (kekal) dan setidaknya mencakup informasi tentang:

- Nama lengkap (nama sendiri dan nama keluarga yaitu nama ayah/suami/marga/she). Tuliskan nama keluarga, beri tanda koma, baru nama sendiri. Artinya, semua nama dimuka tanda koma adalah nama keluarga. Tulisan demikian untuk menyamakan identitas pasien dari pihak yang tidak berwenang namun saat memanggil nama pasien disesuaikan dengan kebiasaan yang diinginkan.
- Nomor rekam kesehatan pasien dan nomor identitas lain(asuransi).
- Alamat lengkap pasien (nama jalan/gang, nomor rumah, wilayah, kota yang dihuni saat ini dan kode pos bila diketahui).
- Tanggal lahir pasien (tanggal, bulan, tahun) dan kota tempat kelahiran.
- Jenis kelamin (perempuan atau laki-laki).
- Status pernikahan (sendiri, janda, duda, cerai).
- Nama alamat keluarga terdekat yang sewaktu-waktu dapat dihubungi.
- Tanggal dan waktu terdaftar ditempat penerimaan pasien rawat inap/ rawat jalan/ gawat darurat.
- Nama rumah sakit (tertera pada kop formulir; nama, alamat, telepon, kota).

Tujuan dari pengumpulan informasi demografi ini adalah untuk menginformasikan identitas pasien secara lengkap. Rumah sakit dan organisasi pelayanan kesehatan yang terkait juga

menggunakan informasi demografi pasien sebagai basis data statistik, riset dan sumber perencanaan.

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

Dari tabel 4.1 tampak bahwa formulir izin, otorisasi dan pernyataan merupakan bagian dari basis data (*data base*) rekam kesehatan pelayanan akut. Formulir tersebut dimaksudkan sebagai pemberian izin dari diri pasien/wakil kepada pihak pemberi pelayanan kesehatan. Formulir cukup ditandatangani oleh pasien/wali dengan tanggal pemberian izin. Terkadang, adakalanya dokter juga diminta untuk menandatangani formulir pemberian izin namun hanya dalam kapasitasnya sebagai pihak saksi yang menerima persetujuan izin untuk tindakan medis kedokteran dan kedokteran gigi (*informed consent*) dari pasien.

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

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

Contoh data administratif yaitu :

- Lembaran pengesahan untuk melepaskan informasi;
- Formulir pengesahan (otoritas) pelaksanaan pelayanan;
- Beberapa formulir pemberian izin (*consent*), seperti *implied* dan *expressed consents* (lihat bab Aspek Etik dan Hukum);
- Lembar hak kuasa (persetujuan dirawat disaraa pelayanan kesehatan);
- Lembar pulang paksa;
- Sertifikat kelahiran atau kematian;
- Formulir pembebasan sarana pelayanan kesehatan dari tuntutan kehilangan atau kerusakan barang pribadi pasien;
- Korespondensi yang berkaitan dengan permintaan rekaman;
- Kejadian tentang riwayat atau audit;
- Klaim yang dapat dihubungkan dengan pasien;
- Menelaah kualitas data yang dapat dihubungkan dengan pasien (menjaga mutu, manajemen utilisasi)
- Tanda identitas pasien (nomor rekam medis, biometrik);
- Protokol klinis (*clinical protocols*), jalur klinis (*clinical pathways*), pedoman praktik dan pengetahuan lain (*clinical practice guidelines*) yang tidak melekat dengan data pasien.

4.4 Ambulatory Care Dokumen Rekam Medis

Ambulatory care didalamnya mencakup :

- Perawatan rawat jalan berbasis rumah sakit
 - Layanan tambahan
 - Menyelenggarakan pusat layanan rawat jalan
 - Bagian gawat darurat
 - Fasilitas operasi rawat jalan
- Satelit unit perawatan rawat jalan
- Fasilitas perawatan rawat jalan yang berdiri bebas
- Situs layanan rawat jalan

Perawatan rawat jalan berbasis rumah sakit

- Layanan tambahan : rujukan dari praktek dokter untuk pemeriksaan Lab, Ro, dan pelayanan penunjang diagnostik lainnya. Sesudah keluar hasil pemeriksaannya kemudian pasien kembali ke dokter tersebut.
- Menyelenggarakan pusat rawat jalan : pelayanan dasar seperti klinik umum dan spesialis. Pasien mendaftar mungkin merupakan pasien rujukan dari dokter luar rumah sakit, kemudian si pasien kembali membawa hasil pemeriksaan ke dokter yang merujuk tersebut.
- Bagian gawat darurat : umumnya semua rumah sakit yang besar mempunyai UGD. Prosedur sederhana dapat dilakukan disini seperti pemeriksaan Lab. Ro
- Fasilitas operasi rawat jalan :
 - a. Memberikan pelayanan bedah yang bukan merupakan rawat inap. Mungkin berlokasi dirumah sakit disebut sebagai fasilitas berdasarkan rumah sakit atau satelit dari rumah sakit yang secara fisik terpisah dari rumah sakit yang disebut fasilitas yang berdiri sendiri.
 - b. Free standing ambulatory surgency centers (ASC) umumnya untuk mencari untung (profit) dimiliki oleh dokter secara pribadi atau milik investor.

Satelit unit perawatan rawat jalan

- a. Unit yang terpisah dari RS, dan memberikan
 1. Asuhan dasar
 2. Asuhan yang luas atau

3. Pelayanan khusus untuk populasi dengan tujuan tertentu seperti KB , kesehatan olahraga, asuhan ibu dan anak, preventive care, dll.
- b. Permintaan RM dari SAC unit sama dengan unit satelit lain seperti unit rawat jalan RS tsb.Adanya aturan khusus untuk unit satelit seperti flow informasi antara RS dan Unit Satelit. Sistem ini harus diimplementasikan untuk memastikan indeks pasien RJ dan RI dan RM nya dapat dibaca. Beberapa fasilitas asuhan kesehatan mengirim RM pasien melalui fax.

Fasilitas perawatan rawat jalan yang berdiri bebas

- a. Praktek Bersama: Kumpulan 3 dokter dan dokter gigi yang bergabung ruang gedung, alat, RM, sumber daya, pengeluaran dan pemasukan. Kelompok ini bisa hanya dokter gigi saja, kebidanan saja, atau multi spesialisasi, dan memberikan pelayanan secara luas
- b. Health Maintenance Organizations HMO ialah suatu organisasi yang bertanggung jawab memberikan pelayanan asuhan kesehatan yang menyeluruh,berdasarkan prabayar untuk membantu orang-orang pada suatu populasi. Anggota membayar fix premi yang telah ditetapkan untuk biaya dari seluruh pelayanan yang dapat diterimanya
- c. Preferred Provider Organizations(PPO)
 1. Beda dengan HMO pembayaran sesuai dengan pelayanan yang diberikan.
 2. Paket ini sudah termasuk biaya dokter, rumah sakit, dab biaya lainnya.

3. Untuk itu perlu review utilisasi baik untuk RJ maupun RI.
 4. RM pasien tersebar dibanyak tempat sesuai dengan tempat dimana anggota tersebut berobat. PPOs mendapat data/informasi dari provider sesuai pelayanan yang diberikan.
- d. Neighborhood Health Center(Community health Center)
- Masyarakat di daerah miskin biasanya tidak pergi ke tempat pelayanan medis karena kurang mampu, tidak adanya dokter,atau ada barrier atau masalah bahasa, kebudayaan.
 - Tim ini terdiri dari Dokter peny.dalam, dokter anak,perawat,dan pekerja sosial. Untuk selanjutnya ditekankan pada pendidikan dan tindakan pertolongan pertama.
- e. Urgent Care Center (Convenience Care Center)
- Setiap hari buka 12- 16 jam, 7 hari seminggu, memberikan asuhan yang tidak emergensi atau operasi sederhana seperti batuk pilek, keseleo.
 - UCC meminta pembayaran tunai/ kartu kredit dan pasien mengurus sendiri untuk penggantian oleh asuransi.

Situs layanan rawat jalan

Pelayanan yang diberikan bukan di rumah sakit seperti dikantor, kampus, sekolah, dan penjara. Klinik kesehatan industri menekankan pentingnya kesehatan dan keselamatan kerja(K3)

Pengobatan yang dilakukan mulai dari pertolongan pertama hingga Medical Check Up, kasus seperti pemeriksaan fisik karyawan baru, penanganan stress.

DAFTAR PUSTAKA

- AHIMA. 2013. Health Information Management Technology
4th edition
- Huffman, E. 2001. Health information management. Berwyn,
Ill: Physicians' Record Co.
- Hatta, Gemala. 2014. Pedoman manajemen informasi
kesehatan di sarana pelayanan kesehatan. Jakarta :
Universitas Indonesia Press
- TAN, J. 2010. Adaptive Health Management Information
Systems. [S.L.]: Jones & Bartlett Learning.
- Farenholz Cheryl G, Russo Ruthann, 2013. Documentation for
Health Records, Chicago, Illinois: AHIMA.
- Green, Jo Boie. 2011. Essentials of Health Information
Management: Principles and Practices Second Edition.
Delmar: Cengage Learning
- Indradi S Rano. 2016. Rekam Medis. Tangerang Selatan:
Universitas Terbuka
- WHO. 2004. Developing Health Management Information
System- A Practical Guide For Developing Countries.
Who Regional Officers for Western Pacific

BIODATA PENULIS



Umi Khoirun Nisak., S.KM., M. Epid. dilahirkan di Sidoarjo, 12 April 1988. Pada tahun 2010, penulis mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat dari Universitas Airlangga Surabaya. Penulis melanjutkan Magister Epidemiologi dengan peminatan Manajemen Surveilans Epidemiologi dan Informasi Kesehatan (MSEIK). Tahun 2018, penulis secara resmi mendakatkan gelar M. Epid. Penulis mengawali karirnya di RS Swasta dan Salah satu RS pemerintah di Surabaya. Saat ini Penulis bekerja menjadi Dosen di prodi D-IV Manajemen Informasi Kesehatan Fakultas Ilmu Kesehatan di Universitas Muhammadiyah Sidoarjo.

Ringkasan

1. Daftar isi

- a. BAB 1 : Sejarah Perkembangan Dan Paradigma Baru Rekam Medis
- b. BAB 2 : Konsep Dasar Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan
- c. BAB 3 : Profesi Perekam Medis Dan Informasi Kesehatan
- d. BAB 4 : Isi Dan Struktur Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan

2. Batang tubuh BAB serta CP-MK

BAB	Pokok bahasan	CP-MK
1	Sejarah Perkembangan Dan Paradigma Baru Rekam Medis	Ketepatan mahasiswa menjelaskan : <ol style="list-style-type: none">1. Sejarah Rekam Medis Dan Manajemen Informasi Kesehatan (Rmik)2. Perkembangan Dokumen Rekam Medis di Indonesia
2	Konsep Dasar Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan	Ketepatan mahasiswa dalam menjelaskan : <ol style="list-style-type: none">1. Pengertian dokumen rekam medis2. Tujuan dan kegunaan dokumen rekam medis3. Kepemilikan Dokumen Rekam Medis4. Pegguna Dokumen Rekam Medis (users of health records)5. Pengertian dokumen

BAB	Pokok bahasan	CP-MK
		rekam medis 6. Tujuan dan kegunaan dokumen rekam medis
3	Profesi Perekam Medis Dan Informasi Kesehatan	Ketepatan mahasiswa dalam menjelaskan : 1. Pengertian Profesi dan Profesional 2. Profesi Perekam Medis atau Manajemen Informasi Kesehatan 3. Konsep dasar Organisasi Profesi 4. Organisasi Profesi PORMIKI 5. Organisasi Profesi IFHIMA
4	Isi Dan Struktur Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan	Ketepatan mahasiswa dalam menjelaskan : 1. Pengantar Isi dan Struktur Rekam Medis dan Informasi Kesehatan 2. Standar Dokumen Rekam Medis 3. Acute Care Dokumen Rekam Medis 4. Ambulatory Care Dokumen Rekam Medis