

**MANAJEMEN
INFORMASI KESEHATAN**
(Pengelolaan Dokumen Rekam Medis)
Edisi Revisi

deepublish / publisher

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i. Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv. Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

Irmawati Mathar | Isna Bayin Igayanti

MANAJEMEN
INFORMASI KESEHATAN
(Pengelolaan Dokumen Rekam Medis)
Edisi Revisi

 deepublish

Cerdas, Bahagia, Mulia, Lintas Generasi.

**MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN
(PENGELOLAAN DOKUMEN REKAM MEDIS)
EDISI REVISI**

Irmawati Mathar & Isna Bayin Igayanti

Desain Cover :

Herlambang Rahmadhani

Sumber :

<https://www.shutterstock.com>

Tata Letak :

Gofur Dyah Ayu

Ukuran :

x, 146 hlm, Uk: 14x20 cm

ISBN :

No ISBN

Cetakan Pertama :

Bulan 2021

Hak Cipta 2021, Pada Penulis

Isi diluar tanggung jawab percetakan

Copyright © 2021 by Deepublish Publisher

All Right Reserved

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau
memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini
tanpa izin tertulis dari Penerbit.

PENERBIT DEEPUBLISH

(Grup Penerbitan CV BUDI UTAMA)

Anggota IKAPI (076/DIY/2012)

Jl.Rajawali, G. Elang 6, No 3, Drono, Sardonoharjo, Ngaglik, Sleman

Jl.Kaliurang Km.9,3 – Yogyakarta 55581

Telp/Faks: (0274) 4533427

Website: www.deepublish.co.id

www.penerbitdeepublish.com

E-mail: cs@deepublish.co.id

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkah dan karunianya sehingga penulisan bahan ajar *Manajemen Informasi Kesehatan (Pengelolaan Dokumen Rekam Medis) Edisi Revisi* dapat terselesaikan.

Penulis mencoba menyusun buku ini untuk membantu pembaca utamanya mahasiswa perekam medis dalam melakukan praktik perekam medis serta memahami tugas dan tanggung jawabnya dalam memberikan pelayanan rekam medis di fasilitas pelayanan kesehatan.

Dalam buku ini, pembaca akan memperoleh pengetahuan dan pemahaman bagaimana pekerjaan seorang perekam medis mulai dari tempat pendaftaran pasien rawat inap, rawat jalan, IGD, pengolahan berkas rekam medis, *assembling*, koding sampai ke pada tahap pemusnahan rekam medis.

Penyusunan buku ini masih jauh dari kesempurnaan, karenanya penulis membutuhkan kritik dan saran atau sumbang pemikiran untuk perbaikan buku ini.

Segala yang baik dalam buku ini datang dari Allah Swt. Semoga buku ini bermanfaat dalam pelaksanaan pelayanan perekam medis di fasilitas pelayanan kesehatan.

Madiun, 2 Juli 2021

Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA.....	v
DAFTAR ISI.....	vi
BAB I SISTEM REGISTRASI DAN	
IDENTIFIKASI PASIEN	1
1.1 Tujuan Pembelajaran	1
1.2 Pencatatan Rekam Medis	1
1.3 Tata Cara Identifikasi dan Registrasi Penulisan Nama Pasien dalam Formulir Rekam Medis	2
1.4 Tata Cara Sistem Penomoran Rekam Medis	21
1.5 Catatan Penting	23
BAB II PELAYANAN REKAM MEDIS DI	
RAWAT JALAN (TPPRJ)	25
2.1 Tujuan Pembelajaran	25
2.2 Jenis Pasien dan Perlengkapan Pelayanan Rekam Medis Pasien di Rawat Jalan Rumah Sakit	25
2.3 Tata Cara Menerima dan Mendaftar Pasien yang Akan Berobat di Rawat Jalan.....	31
2.4 Catatan Penting	35

BAB III	PELAYANAN REKAM MEDIS DI IGD.....	36
3.1	Tujuan Pembelajaran:	36
3.2	Pelayanan Rekam Medis di IGD	36
3.3	Tugas Perekam Medis di IGD	38
3.4	Isi Dokumen yang Digunakan di IGD:.....	39
3.5	Tata Cara Menerima dan Mendaftar Pasien yang Akan Berobat di Instalasi Gawat Darurat (IGD)	40
3.6	Catatan Penting	41
BAB IV	PELAYANAN REKAM MEDIS DI RAWAT INAP (TPPRI).....	42
4.1	Tujuan Pembelajaran	42
4.2	Pelayanan Rekam Medis di Rawat Inap	42
4.3	Tata Cara Menerima dan Mendaftar Pasien di Rawat Inap (TPPRI)	43
4.4	Catatan Penting	49
BAB V	ASSEMBLING (PERAKITAN).....	50
5.1	Tujuan Pembelajaran	50
5.2	Definisi dan Fungsi <i>Assembling</i>	50
5.3	Tata Cara <i>Assembling</i>	52
BAB VI	KODING DAN INDEKSING.....	56
6.1	Tujuan Pembelajaran	56
6.2	Pengertian Koding	56
6.3	Standar dan Etik Pengodean	57
6.4	Sistem Coding INA CBGs'	59
6.5	Indeks	62
6.6	Alat Bantu Koding dan Indeksing	67

6.7	Tata Cara Kegiatan Koding dan Indeksing dalam Pelayanan Rekam Medis:.....	68
6.8	Langkah Penentuan Kodefikasi Penyakit dan Tindakan.....	69
6.9	Kode Mortalitas	72
6.10	Contoh Kasus.....	72
BAB VII	FILING.....	73
7.1	Tujuan Pembelajaran	73
7.2	Pengertian dan Fungsi Filing	73
7.3	Tata Cara Kegiatan Filing dalam Pelayanan Rekam Medis.....	74
7.4	Cara Penyimpanan	77
7.5	Penjajaran Rekam Medis	79
7.6	Prosedur <i>Filing</i>	80
7.7	Catatan Penting.....	80
BAB VIII	FORMULIR REKAM MEDIS	82
8.1	Tujuan Pembelajaran	82
8.2	Aspek Desain Formulir Rekam Medis	82
8.3	Daftar Rekam Medis Pasien Rawat Jalan maupun Rawat Inap	87
8.4	Rekam Medis Pasien Rawat Jalan.....	90
8.5	Rekam Medis Pasien Rawat Inap.....	91
8.6	Rekam Medis Pasien IGD.....	100
8.7	Isi Rekam Medis Pasien Rawat Inap di Pelayanan Akut.....	102
8.8	Formulir Rekam Kesehatan pada Unit khusus.....	108

BAB IX	RETENSI REKAM MEDIS	114
9.1	Tujuan Pembelajaran	114
9.2	Retensi	114
9.3	Tujuan dan Dasar Hukum Retensi	115
9.4	Langkah-Langkah dalam Retensi Rekam Medis	119
9.5	Catatan Penting	127
BAB X	REKAM MEDIS ELEKTRONIK	128
10.1	Tujuan Pembelajaran	128
10.2	Dokumentasi Secara Elektronik	128
10.3	Manfaat Rekam Medis Elektronik	129
10.4	Komponen Rekam Medis Elektronik	133
10.5	Aspek Hukum Rekam Medis Elektronik	135
10.6	Konsep Rekam Medis Elektronik	137
10.7	Pemakaian Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit	139
	DAFTAR PUSTAKA	143
	TENTANG PENULIS.....	145

x
deepublish / publisher

BAB I

SISTEM REGISTRASI DAN IDENTIFIKASI PASIEN

1.1 Tujuan Pembelajaran

- Memahami definisi identifikasi dan registrasi.
- Memahami manfaat identifikasi pasien.
- Memahami tata cara identifikasi pasien.
- Memahami cara penulisan nama dalam formulir rekam medis.
- Memahami sistem penomoran dalam pelayanan rekam medis.

1.2 Pencatatan Rekam Medis

Mencatat rekam medis merupakan hal yang harus diperhatikan. keamanan informasi pasien sangat penting. Menurut Dirjen Yanmed (2006:45) yang membuat atau mengisi rekam medis adalah dokter dan tenaga kesehatan lainnya seperti:

1. Dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis yang melayani pasien di rumah sakit.
2. Dokter tamu yang merawat pasien di rumah sakit.
3. Residen yang sedang melaksanakan kepaniteraan klinik.
4. Tenaga paramedis perawat dan paramedis nonperawat yang langsung terlibat di dalam memberikan pelayanan kepada pasien di Rumah Sakit, antara lain: perawat, perawat gigi, bidan, tenaga laboratorium klinik, gizi, anestesi, penata *rontgen*, rehabilitasi medis dan lain sebagainya.

Dalam hal dokter luar negeri melakukan alih teknologi kedokteran yang berupa tindakan atau konsultasi kepada pasien yang membuat rekam medis adalah dokter yang ditunjuk oleh Direktur Rumah Sakit.

Rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan dengan ketentuan sebagai berikut sebagaimana ditetapkan oleh Dirjen Yanmed (2006:45), yaitu:

1. Setiap tindakan konsultasi yang dilakukan terhadap pasien, selambat-lambatnya dalam waktu 1×24 jam harus ditulis dalam lembaran rekam medis.
2. Semua pencatatan harus ditanda tangani oleh dokter atau tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangannya dan ditulis nama terangnya serta diberi tanggal.
3. Pencatatan yang dibuat oleh mahasiswa kedokteran dan mahasiswa lainnya ditanda tangani dan menjadi tanggung jawab dokter yang merawat atau oleh dokter pembimbingnya.
4. Catatan yang dibuat oleh residen harus diketahui oleh dokter pembimbingnya.
5. Dokter yang merawat dapat memperbaiki kesalahan penulisan dan melakukannya pada saat itu juga serta diberikan paraf.
6. Penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan termasuk penggunaan *tip ex*.

1.3 Tata Cara Identifikasi dan Registrasi Penulisan Nama Pasien dalam Formulir Rekam Medis

Sejak awal pasien masuk rumah sakit dilakukan proses identifikasi pasien. Salah identifikasi dapat berakibat fatal pada pelayanan terhadap pasien. identifikasi pasien dilakukan untuk

membedakan pasien yang satu dengan yang lainnya sehingga dapat menghindari kesalahan tindakan medis, pemberian obat, pemeriksaan penunjang dan sebagainya.

Identifikasi berasal dari kata *identify* yang artinya meneliti, menelaah. Identifikasi adalah kegiatan yang mencari, menemukan, mengumpulkan, meneliti, mendaftarkan, mencatat data dan informasi dari “kebutuhan” lapangan. dengan kata lain bahwa dengan identifikasi kita dapat mengetahui identitas seseorang dan dengan identitas tersebut kita dapat mengenal seseorang dengan membedakan dari orang lain.

Seperti yang dikemukakan sebelumnya proses identifikasi dilakukan pada awal pasien datang yang kemudian identitas tersebut akan selalu konfirmasi setiap proses di rumah sakit, seperti saat sebelum memberikan obat, darah dan lainnya atau sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan. Sebelum memberikan pengobatan dan tindakan atau prosedur.

Identifikasi dilakukan agar tidak terjadi kesalahan identifikasi pasien yang nantinya bisa berakibat fatal jika pasien menerima prosedur medis yang tidak sesuai dengan kondisi pasien, misalnya salah pemberian obat, salah pengambilan darah bahkan salah tindakan medis.

Beberapa manfaat dari adanya proses identifikasi pasien baik berupa pemasangan label identitas pada wadah atau tempat tidur pasien atau melalui pemasangan gelang identitas di pergelangan tangan pasien, adalah sebagai berikut:

1. Mencegah salah pasien, artinya mencegah petugas melakukan kesalahan pada pasien dikarenakan salah identitas tidak sesuai dengan yang dimaksud/atau pasien yang diinstruksikan oleh dokter tidak sesuai. Kesalahan bisa dalam pemberian obat, tindakan medis, pengambilan

- sampel darah, penukaran hasil tes urine, salah transfusi darah yang akan berdampak fatal untuk kesehatan pasien.
2. Mencegah tertukarnya identitas pasien, misalnya untuk bayi kembar baru lahir.
 3. Memudahkan dokter untuk mengevaluasi kondisi pasien setiap harinya.

Identifikasi pasien menggunakan dua identitas dari minimal tiga identitas unik, yaitu:

1. Nama sesuai KTP/e-KTP
2. Nomor rekam medis
3. Tanggal lahir sesuai KTP/e-KTP/Akta Kelahiran

Untuk mengadakan identifikasi kita memerlukan 3 hal:

1. Dapat mengenali fisik dengan cara melihat wajah atau fisik pasien secara umum kemudian membandingkan dengan foto pasien tersebut.
2. Dapat memperoleh keterangan pribadi pasien melalui:
 - Nama
Nama yang disebutkan oleh pasien atau keluarga pasien atau yang menemani pasien sesuai dengan KTP pasien yang dimiliki.
 - Alamat
Alamat yang disebutkan oleh pasien atau keluarga pasien atau yang menemani pasien sesuai dengan KTP yang dimiliki.
 - Agama
Agama yang disebutkan oleh pasien atau keluarga pasien atau yang menemani pasien sesuai dengan yang tertera pada KTP.

- Tempat/tanggal lahir
Tempat dan tanggal lahir meliputi tanggal, bulan dan tahun kelahiran yang disebutkan sesuai dengan yang tertera pada KTP.
 - Tanda tangan
Tanda tangan pasien harus jelas ditambahkan dengan nama lengkap pasien.
 - Nama orang tua/suami/istri, dsb.
Nama orang tua/suami/istri/anak harus benar.
3. Melakukan pengenalan fisik dengan keterangan pribadi, dari penggabungan tersebut biasanya yang paling dapat dipercaya berupa: KTP, paspor, SIM dsb. Oleh karenanya setiap lembar dan setiap pengisian formulir harus jelas identitas pasiennya terutama nama dan nomor rekam medisnya. Sedangkan pada bayi baru lahir perlu dibuat prosedur sesuai kebutuhan/peraturan yang berlaku. Identifikasi pasien tidak boleh menggunakan nomor kamar pasien atau identitas pasien yang tidak dikenal namun identifikasi dapat dilakukan oleh petugas dengan melihat jenis kelamin, perkiraan umur, nomor rekam medis.

1.3.1 Cara identifikasi pasien rawat jalan

Identifikasi pasien yang diterima di poliklinik dilakukan dengan cara:

1. Petugas pelayanan menanyakan langsung kepada pasien mengenai identitas pasien yang terdiri dari nama lengkap pasien, tanggal lahir dan nomor rekam medis pasien jika pasien tersebut sudah pernah berobat. Petugas melakukan pertanyaan tersebut dengan memperhatikan sikap pasien serta mencocokkan dengan KTP yang dimiliki pasien.

2. Apabila pasien tidak bisa diajak berkomunikasi (tidak sadar, atau kondisi yang sangat kurang baik) maka petugas menanyakan kepada keluarga pasien atau yang menemani pasien datang.
3. Setelah selesai menanyakan identitas pasien, maka petugas mencocokkan nama lengkap pasien dan tanggal lahir pasien atau nomor rekam medis pasien dengan gelang yang dikenakan pasien dengan data yang ada di formulir (Misalnya jika pasien telah melakukan pemeriksaan maka melihat identitas pasien pada formulir hasil pemeriksaan dengan gelang yang dikenakan pasien apakah sama atau berbeda).
4. Identifikasi perlu untuk pasien yang mengalami disabilitas sensoris dengan melibatkan keluarga pasien atau yang menemani pasien

1.3.2 Cara identifikasi pasien rawat inap

Berikut cara identifikasi pasien rawat inap:

1. Identifikasi segera dilakukan pada saat pasien baru masuk di unit perawatan tersebut.
2. Petugas mengecek dan memastikan jika semua pasien yang ada di rawat inap menggunakan gelang identitas pasien sesuai prosedur yang ditetapkan pada fasilitas pelayanan kesehatan.
3. Jika pasien berpindah tempat tidur, atau ruangan maka segera menyesuaikan identitas sebelumnya.
4. Jika akan dilakukan tindakan medis atau pemberian terapi, maka petugas harus mengidentifikasi pasien dengan melihat gelang dan memastikan bahwa sudah benar pasien tersebut yang akan menjalani pemeriksaan atau menerima tindakan medis atau menerima terapi. Misalnya saja pasien

yang mengalami osteoporosis di bagian tulang belakang, pasien akan menjalani pemberian terapi sinar di bagian punggung, sebelum dilakukan pemberian terapi maka dilakukan identifikasi gelang yang dikenakan pasien sama data instruksi tindakan dari dokter.

5. Petugas kemudian mencocokkan kesesuaian antara identitas pasien yaitu nama pasien dan nomor rekam medis pasien pada formulir, pada hasil laboratorium atau suatu wadah yang diberi label untuk hasil laboratorium dengan identitas yang tertera pada gelang yang dikenakan pasien. Misalnya pasien melakukan tes urine untuk maka untuk wadah urine pasien diberikan label sesuai dengan identitas yang ada di gelang.
6. Setiap akan dilakukannya tindakan/pemeriksaan atau pemberian terapi, petugas selalu mengidentifikasi nama lengkap dan nomor rekam medis pasien dan ketika petugas melakukan identifikasi tersebut petugas harus selalu melibatkan keluarga pasien atau yang mendampingi pasien dalam menyebutkan nama lengkap secara jelas untuk menghindari kesalahan tindakan atau pemberian terapi.
7. Identifikasi perlu untuk pasien yang mengalami disabilitas sensoris.
8. Petugas melakukan identifikasi untuk pasien rawat inap yang dalam keadaan tersedasi atau dibius sebelum operasi.
9. Untuk pasien yang kesadarannya menurun, petugas melakukan identifikasi dengan melibatkan keluarga pasien atau yang menemani pasien .
10. Untuk pasien yang mengalami gangguan psikis, petugas melakukan identifikasi dengan melibatkan keluarga pasien atau yang menemani pasien.

1.3.3 Tata cara identifikasi pasien dalam pemberian obat

Petugas sebelum memberikan obat kepada pasien, ada hal-hal yang perlu diketahui agar tidak terjadi kesalahan yaitu:

1. Melihat apakah obat yang akan diberikan sudah benar dan sesuai dengan resep/instruksi dokter.
2. Melihat dosis obat yang tercatat apakah sudah sesuai dengan yang akan diberikan kepada pasien.
3. Melihat cara pemberian obat apakah sudah sesuai dengan yang seharusnya. Misalnya pemberian obat melalui injeksi ke dalam cairan infus bukan melalui oral.
4. Melihat waktu pemberian apakah sudah tepat, sesuai dengan instruksi dokter. Misalnya obat yang diberikan cukup satu hari sekali pada saat setelah makan siang untuk pasien rawat inap.
5. Melihat identitas pasien apakah sudah benar, pasien tersebut yang akan diberikan obat.
6. Melihat kebenaran informasi pemberian obat dengan pasien yang akan menerima obat.

1.3.4 Tata Cara identifikasi Pasien sebelum transfusi darah

Tata cara identifikasi pasien untuk tindakan transfusi darah, maka ada hal-hal yang perlu dilakukan yaitu:

1. Menggunakan *checklist* pemberian transfusi darah.
2. Mencocokkan kesesuaian antara kantong darah dengan instruksi dokter pada formulir rekam medis pasien.
3. mencocokkan kesesuaian antara kantong darah dengan *form* permintaan transfusi darah pasien.
4. mencocokkan kesesuaian antara kantong darah dengan kartu label yang akan ditempelkan.
5. mencocokkan antara kantong darah dengan identitas pasien.

6. menanyakan ke pasien mengenai identitas dan golongan darah.
7. mencatat tanggal dan waktu transfusi darah dilakukan.

1.3.5 Tata cara identifikasi pasien untuk pengambilan sampel darah untuk tes darah

1. Memperhatikan instruksi dokter yang tertera pada formulir rekam medis pasien (*form* instruksi dokter).
2. Memperhatikan dan mencocokkan kesesuaian antara identitas di gelang pasien yaitu nama lengkap dan nomor rekam medis dengan formulir laboratorium.
3. Setelah darah pasien diambil, segera memberikan label identitas pasien di wadah atau tabung darah.
4. Memberikan label yang tertera di tabung darah. Cara pelabelan tabung darah meliputi identitas pasien dan item pemeriksaan yaitu:
 - Nama lengkap pasien
 - Nomor rekam medis
 - Kamar/ruangan
 - Item pemeriksaan

1.3.6 Tata Cara pemasangan gelang identifikasi pasien

Berikut adalah tata cara petugas memasang gelang identifikasi pada seorang pasien:

1. Memeriksa identitas pasien dengan menanyakan langsung kepada pasien atau kepada keluarga pasien, lalu mencocokkan dengan gelang yang akan dipasangkan apakah sesuai dengan identitas pasien yaitu nama lengkap pasien dan nomor rekam medis pasien.
2. Jika sudah sesuai dengan identitas pasien dengan label yang tertera pada gelang, maka petugas memasang

- gelang identitas pasien ke salah satu pergelangan tangan pasien, yaitu pergelangan tangan kanan atau tangan kiri pasien. dan memastikan jika gelang identitas yang dipasangkan tersebut tidak mengganggu pasien, atau tidak membuat pasien merasa tidak nyaman.
3. Setelah itu petugas menjelaskan manfaat pemasangan gelang identitas tersebut kepada pasien.
 4. Jika pasien sudah proses untuk pulang dari rumah sakit, maka petugas terlebih dahulu melepaskan gelang identitas dari pergelangan tangan pasien.
 5. Jika pasien pindah ke ruang perawatan lain, perawat yang menerima memastikan bahwa gelang identitas yang dipakai di pergelangan pasien sesuai dengan rekam medis yang diterima.
 6. Jika pasien keberatan, menolak untuk dipasangkan gelang identitas, maka petugas menjelaskan manfaat gelang identitas tersebut kepada pasien yaitu bisa terjadi salah pemberian obat, salah tindakan medis, salah transfusi darah, salah pengambilan sampel darah, salah hasil lab urine dan sebagainya yang bisa berdampak fatal terhadap kondisi/keadaan pasien.

1.3.7 Tata Cara identifikasi untuk bayi baru lahir

Setiap fasilitas pelayanan kesehatan mempunyai tata cara, kebijakan sendiri dalam identifikasi bayi baru lahir. Petugas dapat melakukan identifikasi bayi baru lahir dengan cara:

1. Untuk seorang bayi baru lahir, petugas memasang gelas yang tertera identitas bayi tersebut. Identitas bayi tersebut diberi nama sesuai dengan ibunya namun ditambahkan di depannya tulisan bayi. Misalnya ibu Dewi melahirkan seorang bayi, maka bayi tersebut di gelang

- identitasnya diberi tulisan By Ny. Dewi dan ditambahkan nomor rekam medisnya.
2. Untuk bayi kembar baru lahir, petugas memasang gelang identitas dengan menuliskan nama ibu ditambah nomor urut kelahiran dan nomor rekam medis. Misalnya Untuk bayi ibu Dewi yang pertama lahir diberi identitas nama By Ny. Dewi 1, dan untuk bayi yang lahir setelah bayi pertama diberi By Ny. Dewi 2).
 3. Jika ada bayi kembar yang akan masuk secara bersamaan diruang perawatan, terlebih dahulu petugas memastikan apakah identitas bayi tersebut sudah benar dengan menanyakan pada orang tua bayi.
 4. Petugas memasang gelang identitas bayi secara langsung setelah pembuatan label agar tidak terjadi kesalahan identifikasi bayi. Apabila pada bayi tersebut ada tanda lahir maka dituliskan di dalam formulir data kelahiran bayi lahir.

Setelah melakukan identifikasi, kemudian seorang petugas rekam medis melakukan registrasi kepada Pasien, registrasi meliputi pencarian data pasien terdaftar atau input data pasien baru, memilih dokter tujuan, ada biaya layanan sampai *print* bukti layanan sebagai bukti untuk melanjutkan transaksi berikutnya.

Kata register dalam kamus besar bahasa indonesia artinya daftar. Seorang yang datang di sebuah instansi pelayanan sebelum mendapatkan pelayanan biasanya melakukan registrasi. Termasuk pasien yang ingin mendapatkan pelayanan di rumah sakit sebelumnya harus melakukan registrasi agar petugas mendapatkan data yang diperlukan.

Sebagian besar pelayanan registrasi telah dibuat berbasis komputer agar memudahkan dalam pengelolaan data menjadi sebuah informasi termasuk Manajemen informasi kesehatan. Di instansi pelayanan kesehatan, jenis register hendaknya di sesuaikan dengan fungsi Manajemen informasi kesehatan.

Menurut DEPKES, 1997 sistem registrasi merupakan pelayanan pertama kali yang diterima pasien saat tiba di rumah sakit. Di sinilah pasien mendapatkan kesan baik ataupun sebaliknya. Pasien pada saat diregistrasi, petugas hendaknya melayani pasien dengan baik, bersikap ramah, sopan sehingga pasien merasa senang dan nyaman serta merasa diperhatikan.

Dalam melakukan registrasi seorang petugas rekam medis hendaknya memperhatikan cara penulisannya di dalam formulir rekam medis. Berikut adalah cara pencatatan pasien pada saat registrasi.

1. Untuk nomor rekam medis: diisi berdasarkan dalam urutan nomor rekam medis yang sudah disiapkan, sesuai dengan aturan dari masing-masing rumah sakit.
2. Untuk nama pasien, dilakukan:
 - Apabila dengan wawancara, menyebutkan nama sebaiknya dengan di eja, ini dilakukan untuk menghindari kesalahan dalam penulisan nama.
 - Nama pasien harus lengkap bukan nama panggilan.
 - Nama pasien sendiri.
 - Bagi pasien wanita bersuami, ditulis dengan Nama sendiri baru diikuti nama suami, misalnya: Suwarsini binti Suwarto, dsb.
 - Nama Bayi: Bila bayi baru lahir hingga saat pulang, belum mempunyai nama maka penulisannya adalah misalnya: Diah Ayu,By.Ny.

- Nama marga ditulis dibelakang sendiri, misalnya: Ny. Angelina Lubis.
- Gelar ditulis dibelakang nama, misalnya: Suharto, Drs.
- Penulisan nama harus cetak atau kapital.
- Pencatatan harus menggunakan ejaan yang disempurnakan, dsb.

Tata cara penulisan nama pasien bertujuan untuk membedakan satu pasien dengan pasien yang lain dan untuk memudahkan dalam pengindeksan Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP). Penulisan nama dalam formulir rekam medis harus memenuhi persyaratan penulisan untuk diindeks dan memenuhi kelengkapan nama seseorang. Menurut Bambang Shofari, 1998 dalam bukunya Pengantar Sistem Rekam Kesehatan, cara menulis dan mengindeks nama dalam formulir rekam medis secara lengkap sebagai berikut:

1. Cara penulisan nama orang Indonesia.

a. Nama tunggal

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

Contoh:

Nama diindeks akan ditulis Ical: Ical

Hara: Hara

b. Nama majemuk

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

Contoh:

Nama diindeks akan ditulis Hisyam Rasyidi: Hisyam Rasyidi

Saripa Asma: Saripa Asma

- c. Nama keluarga
Nama orang Indonesia yang menggunakan nama keluarga, yang diutamakan nama keluarganya. Contoh:
Nama diindeks akan ditulis Ismail Emil: Emil Ismail
Hasrina Hatta: Hatta Hasrina
2. Cara penulisan nama orang Cina, Korea, Vietnam dan sejenisnya.
Nama asli
- a. Nama asli orang Cina, Korea, Vietnam dan sejenisnya, diindeks dan ditulis sebagai nama aslinya.
Contoh:
Nama diindeks akan ditulis Kim Ti Sung: Kim Ti Sung
Tan Tek Sun: Tan Tek Sun
- b. Nama orang Cina yang digabung dengan nama orang Eropa, nama Cina lebih diutamakan, baru menyusul nama Eropa.
Contoh:
Nama diindeks akan ditulis Kennedy Tan: Tan Kennedy
Thomas Kim: Kim Thomas
3. Menulis nama orang India, Jepang, Thailand dan sejenisnya.
Kata akhir dijadikan kata tangkap utama dalam indeks, tanpa memperhatikan apakah kata akhir itu nama keluarga atau nama *clan*.
Contoh:
Nama diindeks akan ditulis Mahatma Gandhi: Gandhi,
Mahatma
Saburo Ichikawa: Ichikawa, Saburo

4. Menuliskan nama orang Arab, Persia, Turki dan sejenisnya.
 - a. Nama Arab, Persia, Turki dan sejenisnya yang diikuti nama keluarga, nama keluarga dijadikan kata pengenal utama.
Contoh:
Nama diindeks akan ditulis Sayyid Ibrahim: Ibrahim, Sayyid
Arfiansyah Mathar: Mathar, Arfiansyah
 - b. Nama orang Arab, Persia, Turki, yang menggunakan kata bin, binti, nama yang didahului kata itu dijadikan sebagai pengenal utama.
Nama diindeks akan ditulis Umar bin Khotob: Khotob, Umar bin
Usman bin Affan: Affan, Usman bin
5. Cara penulisan nama orang Eropa, Amerika, dan sejenisnya.
Nama orang Eropa, Amerika, diindeks dan ditulis berdasarkan nama keluarga, seperti contoh di bawah ini:
Nama diindeks akan ditulis Robertino Den Park = Park, Robertino Den
John Kennedy = Kennedy, John
6. Cara penulisan alamat sebaiknya ditulis alamat tinggal sekarang (sesuai dengan KTP) dengan mencatat nama jalan, nomor rumah, RT/RW, kelurahan, kecamatan, kabupaten atau kota madya dan kode pos.
7. Penulisan tempat dan tanggal lahir di isi selengkap mungkin.

8. Umur diisi sesuai isian/kolom yang disediakan, misalnya jika umurnya masih dalam hari maka penulisan diletakkan dalam kolom hari, jika umurnya bulan maka penulisan dalam kolom bulan tsb.
9. Jenis kelamin diisi yang jelas.
10. Pemilihan status perkawinan
 - a. Kawin
 - b. Belum Kawin/Tidak Kawin
 - c. Duda
 - d. Janda
11. Agama
 - a. Islam
 - b. Protestan
 - c. Katolik
 - d. Hindu
 - e. Budha
 - f. Lainnya (.....)
12. Pendidikan
 - a. Belum/Tidak tamat SD
 - b. Tamat SD
 - c. Tamat SLTP
 - d. Tamat SLTA
 - e. Tamat Akademi
 - f. Tamat Universitas/PT
13. Pekerjaan ditulis pekerjaan pasien dan alamat pekerjaan lengkap dengan nomor telepon.

14. Mengisi dengan jelas nomor KTP dengan lengkap dan jelas dengan melihat KTP pasien.
15. Menulis suku bangsa disesuaikan dengan sukunya.
16. Nama keluarga terdekat/nama penanggung jawab pasien.
Tuliskan nama dan alamat dengan lengkap serta hubungan keluarga dengan pasien (anak, istri, adik, dsb.).
17. Penanggung jawab biaya perawatan.
Tulis nama dan alamat jika perorangan tulis hubungan keluarga, jika instansi tulis nama instansi alamatnya.

Selanjutnya yang melaksanakan identifikasi pasien pada instansi pelayanan kesehatan adalah

1. Dokter
2. Perawat
3. Petugas administrasi
4. Petugas Rekam Medis
5. Petugas Farmasi
6. Petugas Laboratorium
7. Petugas Radiologi
8. Petugas Gizi
9. Petugas Fisioterapi

Adapun unit terkait yang melaksanakan identifikasi pasien

1. Rawat Jalan

- a. Pelayanan Medis
 - Pelayanan Rawat Jalan/Poliklinik
 - Pelayanan Gawat Darurat
- b. Pelayanan Penunjang Medis
 - Pelayanan Farmasi

- Pelayanan Laboratorium
- Pelayanan Radiologi
- Pelayanan Rekam Medis
- Pelayanan Fisioterapi

2. Pasien Rawat Inap

- a. Pelayanan Medis dan Keperawatan
 - Ruang Rawat Inap Dewasa
 - Ruang Rawat Inap Ibu
 - Ruang Rawat Inap Anak
 - Ruang Perawatan Perinatal dan Ruang Bayi
 - *Intensive Care Unit (ICU)*
 - Kamar Bersalin – Kamar Operasi
- b. Pelayanan Penunjang Medis
 - Pelayanan Laboratorium
 - Pelayanan Radiologi
 - Pelayanan Rekam Medis
 - Pelayanan Fisioterapi
 - Pelayanan Gizi

Apabila terdapat perbedaan identitas pasien yang tercantum di rekam medis/*form* laboratorium/wadah obat, dan lainnya dengan di gelang identitas pasien, maka petugas yang menemukan harus:

1. Petugas mencatat nama/nomor yang tertera di gelang dan nama/nomor yang tertera di media lain, menanyakan secara sopan kepada pasien ejaan penulisan namanya yang benar.
2. Segera melaporkan hal tersebut kepada kepala unit/kepala ruangan/penanggung jawab tim/*shift* jika terdapat

- perbedaan signifikan (perbedaan nomor rekam medis, perbedaan nama, bukan perbedaan suku kata/huruf).
3. Jika hanya terdapat perbedaan huruf, petugas dapat melakukan pemeriksaan ulang di rekam medis pasien atau menanyakan langsung ke bagian pendaftaran pasien.
 4. Perubahan penulisan nama dan nomor rekam medis merupakan kewenangan bagian pendaftaran dan kepala unit/kepala ruangan, dan dinyatakan dalam dokumen tertulis yang ditandatangani kepala unit masing-masing (pendaftaran dan rawat inap).

Namun tata cara penulisan nama di instansi pelayanan kesehatan mengikuti kebijakan yang berlaku. Pada umumnya tata cara penulisan nama pasien mengikuti kartu identitas pasien/KTP pasien. Begitupun dengan alamat dan tanggal lahir pasien. penulisan dengan cara tersebut untuk memudahkan agar pelayanan yang diberikan kepada pasien lebih efektif, lebih cepat. Berikut ini contoh penulisan nama pada saat registrasi yang umum dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan:

1. Untuk penulisan nama pasien baru, petugas meminta KTP pasien dan melihat kartu identitas pasien (KTP) lalu melakukan registrasi. Contoh:
 - Di KTP pasien tertera nama Adit Zikry maka petugas menuliskan nama atau menginput nama pada *form* pendaftaran pasien yaitu Adit Zikry.
 - Di KTP pasien tertera nama Jumrah, status sudah menikah, maka petugas menuliskan nama atau menginput nama pada *form* pendaftaran pasien yaitu Jumrah, Ny.
 - Di KTP pasien tertera nama Kayla M, status belum menikah, maka petugas menuliskan nama atau menginput nama pada *form* pendaftaran pasien yaitu Kayla M, Nn.

- Pada kartu berobat pasien juga dituliskan nama sesuai dengan KTP Pasien yaitu Adit Zikry.
 - Pada kartu indeks utama pasien (KIUP) juga dituliskan nama sesuai dengan KTP pasien Adit Zikry.
 - Pada indeks KIUP/indeks penyakit cukup dituliskan inisial yaitu: ADT.
2. Untuk penulisan nama pasien bayi, registrasi dilakukan dengan cara penulisan sebagai berikut:
- Nama bayi ditulis mengikut nama ibunya. Contoh:
Nama ibu adalah Saripa
Maka penulisan nama bayi pada saat registrasi adalah:
By. Ny. Saripa
 - Nama bayi pada saat registrasi juga bisa diinput atau ditulis cukup menuliskan nama ibunya. Contoh:
Nama ibu melahirkan: Saripa
Maka penulisan nama bayi saat registrasi adalah Saripa
Atau ditambahkan kata bayi di depan nama orang tua.
Contoh: Bayi Saripa.

Pada saat registrasi, menuliskan nama pasien hendaknya nama ditulis dengan Huruf cetak mengikuti ejaan yang disempurnakan. Hasil registrasi memberikan sebuah nomor registrasi pada setiap pasien baru maupun lama dan nomor rekam medis kepada pasien baru, melakukan registrasi dan penjadwalan pasien pada sebuah unit pelayanan. Data-data rekam medis dan registrasi akan menjadi acuan unit lain saat memberikan pelayanan. Khusus untuk rekam medis mampu memberikan data dan status terakhir pasien serta mampu memberikan data-data statistik sesuai kriteria yang diminta dengan cepat dan akurat.

1.4 Tata Cara Sistem Penomoran Rekam Medis

Selain dari sistem penamaan pasien, seorang petugas rekam medis juga penting untuk memperhatikan cara pemberian nomor rekam medis kepada pasien. sebelum diberlakukannya nomor rekam medis difasilitas pelayanan kesehatan, dahulu di rumah sakit, menyimpan Rekam Medis pasien itu berdasarkan nama pasien, nomor keluar atau *discharge number* dan kode diagnosis namun dengan penggunaan nama pasien dengan huruf sangat menyulitkan untuk mencari rekam medis pasien, maka digantilah dengan memberlakukan nomor bukan huruf untuk memudahkan dalam penyimpanan dan menghindari terjadinya kesalahan.

Yang dimaksud dengan sistem penomoran dalam pelayanan rekam medis yaitu tata cara penulisan nomor yang diberikan kepada pasien yang datang berobat sebagai bagian dari identitas pasien yang bersangkutan. Sistem penomoran rekam medis pasien bertujuan untuk:

1. Sistem penomoran pasien merupakan bagian dari identitas pasien karena berkaitan dengan rekam medis. Satu nomor rekam medis menunjukkan pemilik rekam medis yang bersangkutan.
2. Petunjuk folder rekam medis dalam menyimpan artinya dijadikan pedoman dalam tata cara penyimpanan rekam medis.
3. Memudahkan dalam pencarian rekam medis yang telah tersimpan di-*filig*. Karena nomor rekam medis yang tersimpan tercatat dalam buku register dan *tracer* yang akan membantu untuk mencari rekam medis, yang meminjam dan waktu peminjaman rekam medis dan membantu menyimpan kembali rekam medis.

Menurut Bambang Shofari, 1998 dalam Buku Rekam Kesehatan, ada tiga sistem pemberian nomor pasien (*Administrasion Numbering System*) adalah sebagai berikut:

1. Pemberian nomor cara *Serial Numbering System*

Yaitu sistem penomoran di mana setiap pasien yang berkunjung ke rumah sakit atau puskesmas selalu mendapatkan nomor baru.

- Keuntungan menggunakan sistem ini yaitu petugas lebih mudah mengerjakannya.
- Kerugiannya yaitu membutuhkan waktu lama untuk mencari atau mendapatkan rekam medis pasien lama karena satu pasien mendapatkan lebih dari satu nomor rekam medis sehingga informasi pelayanan klinisnya menjadi tidak berkesinambungan dan dapat merugikan pasien.

2. Pemberian nomor cara *Unit Numbering System*

Yaitu sistem penomoran di mana sistem ini memberikan satu nomor rekam medis pada pasien berobat jalan, pasien rawat inap, gawat darurat dan bayi baru lahir.

- Kelebihan sistem ini adalah informasi klinis dapat berkesinambungan, tetapi pengambilan data pasien akan lebih lama karena semua data dan informasi mengenai pasien dan pelayanan pendaftaran pasien pernah berkunjung (berobat) atau sebagai pasien lama hanya memiliki satu nomor.
- Kekurangan ini dapat di atasi dengan sistem pelayanan yang terpisah antara pendaftaran pasien lama atau baru.

3. Pemberian nomor cara *Serial Unit Numbering System*

Yaitu sistem penomoran dengan menggabungkan sistem seri dan sistem unit. Setiap pasien yang berkunjung pada sarana pelayanan kesehatan diberikan nomor baru, tetapi Rekam Medis terdahulu digabungkan dan disimpan jadi satu di bawah nomor yang paling baru. Adapun kekurangan dari pemberian nomor dengan sistem *serial unit numbering* yaitu petugas mengalami kerepotan setelah selesai pelayanan, dan informasi klinis tidak berkesinambungan.

1.5 Catatan Penting

1. Sebelum petugas melakukan registrasi pasien pada bagian pendaftaran baik itu di rawat jalan, rawat inap ataupun IGD, maka petugas hendaknya mengidentifikasi pasien dengan memperhatikan wajah pasien dan mencocokkan dengan kartu identitas/KTP yang dimiliki pasien.
2. Hal-hal yang harus diperhatikan petugas dalam penulisan nama pasien pada formulir rekam medis adalah:
 - Petugas menulis nama pasien dengan lengkap sesuai kartu identitas/KTP pasien dengan huruf cetak dan mengikuti ejaan yang disempurnakan.
 - Petugas menulis/menginput nama bayi pasien dengan cara nama ibu yang melahirkan bayi tersebut lengkap ditambah Ny, Nn sesuai dengan statusnya.
 - Jika petugas mau mencantumkan titel pasien maka diletakkan sesudah nama lengkap pasien. contoh: Hasyim Kamal, S.E.
 - Petugas tidak boleh menginput atau menuliskan nama pasien dengan menambahkan: Tuan, Saudara dan Bapak atau ibu atau lainnya.

Misalnya nama pasien Ahmad Khan maka tidak perlu ditambahkan di awal nama pasien tersebut dengan kata tuan yaitu: Tuan Ahmad Khan.

BAB II

PELAYANAN REKAM MEDIS DI RAWAT JALAN (TPPRJ)

2.1 Tujuan Pembelajaran

- Memahami cara pelayanan untuk pasien baru dan pasien lama di bagian rawat jalan
- Memahami fungsi alat yang digunakan dalam pelayanan rekam medis pasien
- Memahami alur pelayanan rekam medis untuk pasien rawat jalan

2.2 Jenis Pasien dan Perlengkapan Pelayanan Rekam Medis Pasien di Rawat Jalan Rumah Sakit

Rawat jalan atau disebut poliklinik merupakan pelayanan di mana pasien melakukan antrre untuk mendapatkan pelayanan. Ini sangat erat kaitannya dengan efektivitas pelayanan yang diberikan melalui registrasi pasien, pembayaran di kasir, transaksi pemberian obat dan penggunaan alat.

Menurut Hatta (2011) rekam medis adalah sarana pendokumentasian data/informasi utama di sarana pelayanan kesehatan, alat komunikasi dan penyimpanan informasi kesehatan. Salah satu tujuan utama dari rekam medis adalah untuk pelayanan pasien, di mana rekam medis mendokumentasikan pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan, penunjang medis dan tenaga lain yang bekerja dalam berbagai fasilitas pelayanan kesehatan. Dengan demikian

rekaman itu membantu pengambilan keputusan tentang terapi, tindakan, serta penentuan diagnosis pasien. Petugas rekam medis juga harus mengetahui bahwa rekam medis yang dapat dipertanggung jawabkan adalah rekam medis harus yang memiliki sifat:

1. Akurat dalam artian dapat memberikan informasi yang benar, yang sesuai dan tersusun dengan baik, dan tepat waktu (*timely*).
2. Mudah diperoleh, didapat dengan waktu yang relatif singkat.
3. Lengkap, pengisian harus dilaksanakan secara lengkap, jelas dan dapat dipertanggungjawabkan, dan dapat dimengerti.
4. Dapat dibaca dengan jelas, di mana setiap formulir rekam medis harus diisi dengan jelas, dan tulisan dapat mudah dibaca sehingga tidak membingungkan dalam memberikan kodifikasi penyakit dan tindakan medis.

Selain sifat tersebut rekam medis juga bersifat rahasia, karena hal ini menjelaskan hubungan yang khusus antara pasien dan dokter yang wajib dilindungi dari pembocoran sesuai kode etik kedokteran dan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Dilihat dari segi informasi rekam medis, informasi dapat dibedakan menjadi

1. Informasi yang bersifat rahasia

Rekam medis yang bersifat rahasia yang dimaksud adalah catatan yang berisi tentang keterangan tentang medis, yang meliputi:

a. Penyakit

Penyakit yang dimaksud di sini adalah hasil diagnosis dokter terhadap pasien yang mempunyai sifat rahasia,

yang hanya diketahui oleh keluarga pasien dan pasien serta dokter dan paramedis yang menangani dan mengetahui penyakit pasien harus menyimpan rahasia penyakit pasien.

b. Keluhan

Keluhan yang dimaksud di sini adalah semua keluhan yang dialami atau disampaikan oleh pasien kepada dokter, perawat, perekam medis atau tenaga medis yang menangani pasien yang mengetahui keluhan pasien hendaknya harus menyimpan rahasia tentang keluhan penyakit pasien tersebut.

c. Pemeriksaan

Pemeriksaan yang dimaksud di sini adalah semua pemeriksaan yang diinstruksikan oleh dokter atau tenaga medis terhadap seorang pasien, atau dengan pemeriksaan yang dilakukan atas permintaan pasien itu sendiri, dalam rangka untuk memastikan penyakit yang diderita pasien, baik itu pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan radiologi, X-Ray, *rontgen*, CT-Scan, hasil laboratorium: tes darah maupun urine, atau semua pemeriksaan yang dijalani oleh pasien harus dijaga kerahasiaannya oleh para tenaga medis, perekam medis yang mengetahui hasil pemeriksaan tersebut atau dokter yang menangani.

d. Pengobatan

Pengobatan yang dimaksud di sini adalah semua pengobatan yang dilakukan oleh dokter dan perawat terhadap pasien yang harus dijaga kerahasiaannya. Baik pengobatan sewaktu pasien dirawat di rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan atau pengobatan secara berkala yang dijalani oleh pasien.

Petugas rekam medis yang juga mengetahui pengobatan yang diterima pasien melalui data pasien yang

tersimpan di rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama harus menjaga kerahasiaan dari pengobatan yang diterima oleh pasien.

e. Tindakan

Tindakan yang dimaksud di sini adalah seluruh tindakan yang dilakukan oleh dokter atau perawat atau tenaga medis yang diberi tanggung jawab memberikan tindakan hendaknya menjaga kerahasiaan mengenai tindakan apa saja yang telah diberikan kepada pasiennya. Contohnya tindakan keperawatan yang biasa dilakukan oleh seorang perawat terhadap pasien adalah menghitung pernapasan, mengukur suhu badan, mengukur tekanan darah, mengambil darah perifer, pengumpulan urine selama 24 jam, mengganti balutan, mengangkat jahitan, memberi gliserin dengan spuit, memberikan obat melalui mulut, memberikan obat melalui vagina, pemberian obat melalui anus, pemeriksaan kadar gula dalam urine, pemberian obat melalui pernapasan instalasi zat asam (oksigen), mengambil darah vena, memberikan injeksi intracutan, pemberian injeksi subcutan, memberikan injeksi intramuskuler, dan tindakan lainnya.

f. Perkembangan

Perkembangan yang dimaksud di sini adalah perkembangan dari kondisi pasien atas penanganan masalah kesehatan yang dialami pasien. di sini dilakukan evaluasi mengenai kondisi pasien apakah mengalami keberhasilan atau kegagalan.

Semua tercatat dalam formulir catatan perkembangan pasien. catatan perkembangan tersebut juga harus dijaga kerahasiaannya oleh dokter, perawat atau tenaga medis yang mengevaluasi kondisi pasien dan tentunya petugas

rekam medis yang memeriksa kelengkapan catatan perkembangan pasien.

2. Informasi yang bersifat tidak rahasia

Rekam medis bersifat tidak rahasia yang dimaksud adalah catatan yang berisi keterangan yang tidak mengandung sifat medis, yang meliputi identitas pasien, biaya perawatan atau pengobatan atau pelayanan yang telah diterima dari fasilitas pelayanan kesehatan.

Sedangkan sumber hukum yang dapat dijadikan sumber acuan masalah kerahasiaan suatu informasi yang menyangkut rekam medis pasien dapat dilihat dalam Peraturan Pemerintah Nomor 10 Tahun 1966 yaitu mengenai Wajib Simpan Rahasia Kedokteran.

Dalam memberikan pelayanan kepada pasien, hendaknya petugas rekam medis mengetahui jenis pengunjung yang datang di rumah sakit. Di mana jenis pengunjung atau pasien ini terdiri dari:

1. Pasien baru
Pasien baru rawat jalan adalah pasien yang datang ke rumah sakit tetapi dapat menunggu.
2. Pasien lama
Pasien lama rawat jalan terbagi atas dua yaitu:
 - Pasien perjanjian adalah pasien yang sebelum datang ke rumah sakit tanpa disiapkan rekam medis terlebih dahulu, dengan kata lain rekam medis diambil di rak penjaan setelah pasien datang dan menyelesaikan administrasi keuangan.
 - Pasien nonperjanjian adalah pasien yang sebelum datang ke rumah sakit telah disiapkan rekam medisnya terlebih

dahulu, dengan kata lain rekam medis diambil dari rak penjajaran sebelum pasien datang dan menyelesaikan administrasi keuangan.

Petugas rekam medis di dalam melakukan tugasnya, hendaknya mengetahui setiap fungsi alat yang digunakan dalam mendukung pekerjaannya sebagai seorang perekam medis. Adapun jenis alat yang digunakan petugas rekam medis dalam pemberian pelayanan pasien di bagian rawat jalan rumah sakit adalah:

1. Formulir rekam medis rawat jalan baru.
Perlu petugas rekam medis mengetahui susunan formulir rekam medis rawat jalan terdiri dari:
 - Identitas pasien
 - Ringkasan riwayat poliklinik
 - Tanggal dan waktu
 - Anamnesa dan pemeriksaan fisik
 - Rencana penatalaksanaan
 - Hasil laboratorium
 - Hasil pemeriksaan lainnya
 - Salinan resep
 - Odontogram klinis
 - Lain-lain (konsultasi)
2. Buku register pendaftaran pasien rawat jalan.
3. Buku ekspedisi: buku yang digunakan untuk serah terima rekam medis agar jelas siapa yang menerimanya.
4. KIB/KTPP (Kartu Identitas Berobat/Kartu Tanda Pengenal Pasien), yaitu
 - Kartu identitas pasien yang diserahkan kepada petugas untuk digunakan kembali bila datang berobat lagi.

- KIB untuk memudahkan petugas TPPRJ untuk mencari REKAM MEDIS pasien lama.
- 5. KIUP (Kartu Indeks Utama Pasien), yaitu kartu indeks yang digunakan untuk mencari berkas RM apabila pasien lupa membawa KIB.
- 6. *Tracer*, yaitu kartu yang digunakan untuk petunjuk digunakannya (keluarnya) Rekam Medis dari rak *filig* sehingga dapat digunakan untuk peminjaman Rekam Medis ke *filig*.
- 7. Buku catatan penggunaan nomor rekam medis, yaitu buku yang berisi catatan penggunaan nomor rekam medis.

2.3 Tata Cara Menerima dan Mendaftar Pasien yang Akan Berobat di Rawat Jalan

2.3.1 Untuk pasien baru

1. Memberikan sapaan kepada pasien “Selamat pagi/siang/malam, ada yang bisa kami bantu?” sambil mengidentifikasi wajah pasien.
2. Menanyakan pasien yang datang untuk mengetahui apakah pasien tersebut pasien baru atau lama (Apakah Bapak/Ibu/Anda pernah berobat?) apabila jawaban pasien belum pernah, berarti sebagai pasien baru demikian sebaliknya jika pasien sudah pernah berobat berarti pasien tersebut mempunyai rekam medis yang tersimpan di bagian *filig*, namun jika pasien tersebut adalah pasien yang pernah berobat 6 tahun yang lalu dan baru datang lagi berobat, maka bisa jadi rekam medisnya sudah retensi.

3. Menanyakan surat rujukan
Bila pasien rujukan/berasal dari puskesmas atau klinik dokter, maka surat rujukan yang dibawa harus:
 - Ditempelkan pada formulir rekam medis pasien rawat jalan.
 - Membaca isinya kemudian pasien ditunjukkan kepada dokter siapa atau diagnosisnya apa, guna mengarahkan pasien menuju ke poliklinik yang sesuai.

4. Melakukan identifikasi sambil wawancara pasien atau keluarga pasien dan mencatatnya pada formulir rekam medis rawat jalan:
 - a. Nama lengkap pasien.
 - b. Status pasien (apakah sudah menikah atau belum menikah).
 - c. Tempat tanggal lahir pasien, mencatat dengan lengkap dan jelas.
 - d. Jenis kelamin.
 - e. Alamat lengkap pasien (nama jalan, nomor. rumah, RT/TW, kelurahan, kecamatan, kota/kab, kode pos dan nomor telepon atau nomor *handphone*).
 - f. Nama orang tua pasien.
 - g. Alamat orang tua (nama jalan, nomor rumah, RT/RW, kelurahan, kecamatan, kota/kabupaten kode pos dan nomor telepon) kalau alamatnya sama dengan pasien maka dapat dicatat dengan sda. (kepanjangan dari sama dengan di atas).
 - h. Pekerjaan.
 - i. Pendidikan.
 - j. Cara pasien datang ke rumah sakit (apakah pasien rujukan atau pasien datang atas kemauan sendiri).

- k. Cara pembayaran apakah menggunakan kartu peserta BPJS atau pasien umum.
- l. Mencatat tanggal berobat.
- m. Menanyakan tujuan poliklinik atau jika pasien tidak tahu, maka petugas menanyakan keluhan dari pasien, selanjutnya petugas mengarahkan sebaiknya ke poliklinik mana yang sesuai dengan keluhan pasien, selanjutnya mencatat nama poliklinik tersebut pada kolom poliklinik.
- n. Memberikan/mencatat nomor rekam medis baru, dengan cara:
- Setiap pasien baru mendapat/diberi nomor rekam medis baik yang rawat jalan/SKF rawat darurat maupun rawat inap pada saat pertama kali datang yang akan digunakan selamanya.
 - Petugas rekam medik melihat nomor terakhir pada buku penomoran/bank nomor atau pada dokumen rekam medik terakhir.
 - Petugas rekam medik memberi nomor pada rekam medis dengan melanjutkan nomor selanjutnya dari nomor terakhir atau dengan menambah satu nomor dari nomor terakhir.
 - Mencatat nama pasien dan nomor rekam medis pada kover atau sampul rekam medis.
 - Mencatat data (nama pasien, tempat/tanggal lahir, nomor rekam medis pada Kartu Identitas Berobat).
 - Menyerahkan KIB pada pasien serta mengingatkan pada pasien untuk selalu membawa KIB kalau kembali berobat serta menjelaskan pentingnya KIB.
 - Mempersilahkan pasien dan memberitahukan arah/petunjuk menuju poliklinik yang dituju.

- Mencatat nomor urut, nama, alamat, jenis kelamin, umur, jenis kunjungan, poli yang dituju.
- Mencatat cara pembayaran.
- Mencatat nomor rekam medis dan identitas pasien yang diperlukan pada buku register rawat jalan.
- Mencatat nama pasien, alamat, nomor RM, dua huruf awal nama pasien, tanggal berobat dan nama poliklinik yang dituju pada KIUP.
- Menyimpan KIUP pada tempat penyimpanan KIUP (lemari laci KIUP) disimpan secara alfabet.
- Mempersilahkan pasien menunggu di ruang tunggu poliklinik yang sesuai.
- Mengirimkan rekam medis ke poli klinik yang sesuai dengan menggunakan buku ekspedisi.

2.3.2 Pasien lama

Ada beberapa tata cara dalam memberikan pelayanan kepada pasien lama oleh seorang petugas rekam medis, antara lain sebagai berikut:

1. Menyambut/menyapa (“Selamat pagi/siang/malam, ada yang bisa kami bantu?”)
2. Menanyakan dan meminjam KIB dari pasien
 - Bila membawa KIB, maka catatlah nama dan nomor rekam medisnya pada *tracer* untuk dimintakan rekam medis lama ke bagian *filing*.
 - Bila tidak membawa KIB, maka tanyakanlah nama dan alamatnya untuk dicari di KIUP.
3. Mencatat nama dan nomor rekam medis yang ditemukan di KIUP pada *tracer* untuk dimintakan rekam medis lama ke bagian *filing*.

2.4 Catatan Penting

Ada hal yang hendaknya dilakukan oleh petugas rekam medis setelah pelayanan selesai, adalah sebagai berikut:

1. Bila pasien dirawat, maka lampirkan surat pengantar rawat inap disertai dengan:
 - Identitas pasien
 - Diagnosis awal
 - Terapi yang sudah diberikan
 - Perintah terapi dibangsal
2. Bila pasien di rujuk, maka lampirkan surat pengantar rujukan. Meliputi:
 - Surat rujukan
 - *Form* RM yang berisi ke mana pasien dirujuk dengan indikasi dan alasan
3. Mencocokkan jumlah pasien dengan jumlah pendapatan pendaftaran IRJ dengan kasir IRJ.
4. Membuat laporan harian tentang:
 - Alokasi nomor RM dan alokasi penggunaan *form*

BAB III

PELAYANAN REKAM MEDIS DI IGD

3.1 Tujuan Pembelajaran:

- Memahami cara pelayanan untuk pasien baru dan pasien lama di IGD rumah sakit.
- Memahami fungsi alat yang digunakan dalam pelayanan rekam medis pasien.
- Memahami alur pelayanan rekam medis untuk pasien IGD (di Instalasi Gawat Darurat).
- Memahami susunan rekam medis gawat darurat.

3.2 Pelayanan Rekam Medis di IGD

Untuk pelayanan di instalasi gawat darurat, sering kali tidak diperhatikan mengenai data/informasi dalam rekam medis karena fokus untuk memberikan tindakan kepada pasien gawat. Dalam Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 menjelaskan bahwa yang dimaksud dengan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Rumah sakit memberikan berbagai macam pelayanan termasuk pelayanan rekam medis yang isinya berupa rekam medis yang berguna untuk pasien. Dengan demikian rekam medis akan menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Menurut Azrul (1997) yang dimaksud gawat darurat (*emergency care*) adalah bagian dari pelayanan kedokteran yang dibutuhkan oleh penderita dalam waktu segera untuk menyelamatkan kehidupannya (*life saving*).

Instalasi Gawat Darurat disediakan untuk kebutuhan pasien yang dalam kondisi gawat darurat dan harus segera dibawa ke rumah sakit untuk mendapatkan penanganan darurat yang cepat. Pelayanan gawat darurat mempunyai aspek khusus karena mempertaruhkan kelangsungan hidup seseorang.

Untuk menuju pelayanan yang memuaskan dibutuhkan sarana dan prasarana yang memadai, meliputi ruangan, alat kesehatan utama, alat diagnostik dan alat penunjang diagnostik serta alat kesehatan untuk suatu tindakan medik.

Dalam pelayanan IGD, sistem pelayanan yang diberikan menggunakan sistem *triage*, di mana pelayanan diutamakan bagi pasien dalam keadaan darurat (*emergency*) bukan berdasarkan antrian. Salah satu komponen penilaian penting dalam perijinan dan akreditasi suatu rumah sakit adalah standarisasi Instalasi Gawat Darurat.

Penderita dari ruang IGD dapat dirujuk ke unit perawatan intensif, ruang bedah sentral, ataupun bangsal perawatan. Jika dibutuhkan, penderita dapat dirujuk ke rumah sakit lain. Jika pelayanan IGD dapat dicapai dengan optimal pada pasien secara cepat dan tepat serta terpadu dalam penanganan tingkat kegawatdaruratan maka mampu mencegah risiko kecacatan dan kematian.

Jika pasien yang datang di IGD langsung meninggal dunia sebelum menerima pelayanan atau tindakan di IGD, maka petugas rekam medis harus menyiapkan surat kematian beserta penyebab kematiannya dan untuk datanya cukup diberikan nomor identitas IGD sementara.

3.3 Tugas Perkam Medis di IGD

1. Melakukan perekaman dan pencatatan identitas.
Di mana petugas rekam medis mewancarai pasien atau pengantarnya dan mencatat identitas pasien di dalam rekam medis gawat darurat serta mencatat kegiatan di register rawat pasien gawat darurat.
2. Petugas rekam medis hendaknya mengetahui susunan rekam medis pasien rawat jalan dan gawat darurat. Berikut secara berurut susunan formulir dalam rekam medis untuk pasien yang dirawat di rawat jalan dan gawat darurat:
 - Ringkasan riwayat poliklinik
 - Lembaran poliklinik/catatan pasien gawat darurat
 - Kalau ada hasil laboratorium
 - Kalau ada hasil pemeriksaan lainnya
 - Lembaran pasien gigi dan mulut (odontogram)
 - Salinan resep obat, dll.
 - Lain-lain (konsultasi)
3. Setiap pergantian jaga mengontrol ketersediaan formulir dan catatan sebagai kelengkapan pelayanan rekam medis di IGD.
 - a. Rekam medis gawat darurat
 - b. Surat perintah rawat inap (*admission note*)
 - c. Surat permintaan pemeriksaan penunjang
 - d. Surat pengantar rujukan
 - e. Surat keterangan kematian, surat sakit
 - f. *Informed concent*
 - g. *Visum et repertum*
 - h. Buku register pasien gawat darurat
 - i. SHGD (Sensus Harian Gawat Darurat)
 - j. Resep

- k. Buku catatan pembayaran atau bukti tindakan
- l. Buku ekspedisi
4. Melakukan perekaman dan pencatatan identitas pasien, hasil pemeriksaan, diagnosis, pengobatan, dan tindakan yang dilakukan kepada pasien.
5. Apabila ada tindakan, sebelumnya petugas rekam medis memberikan informasi kepada pasien dan keluarga pasien, dan dimintakan persetujuan (*informed consent*). Dalam hal ini dapat tertulis atau tidak bergantung kasusnya.
6. Menentukan tindak lanjut dari hasil pemeriksaan, apakah di rawat inap, rujuk, kontrol, atau dinyatakan sembuh. Bila dinyatakan rawat inap, buat surat perintah rawat inap (*admission note*) beserta rekam medis rawat jalan pasien diantar oleh petugas ke TPPRI dengan buku ekspedisi. Apabila diperlukan pemeriksaan penunjang, buat surat permintaan pemeriksaan penunjang, kemudian dipersilakan menuju ke IPP dan apabila diperlukan, juga membuat surat keterangan sakit atau keterangan sehat.
7. Membuat surat rujukan dan jawaban rujukan.
8. Membuat SHGD berikut Rekam Medis Gawat Darurat ke bagian *assembling* untuk pasien yang diperbolehkan pulang atau pasien yang diputuskan untuk rawat jalan.
9. Bersama dengan kasir melakukan kontrol pendapatan jasa yang rawat jalan.

3.4 Isi Dokumen yang Digunakan di IGD:

1. Surat perintah rawat inap (*admission note*)
2. Surat permintaan pemeriksaan penunjang
3. Surat pengantar rujukan
4. Surat keterangan kematian, surat sakit
5. *Informed consent*

6. *Visum et repertum*
7. Buku register pasien gawat darurat
8. SHGD (Sensus Harian Gawat Darurat)
9. Resep
10. Buku catatan pembayaran atau bukti tindakan
11. Buku ekspedisi

3.5 Tata Cara Menerima dan Mendaftar Pasien yang Akan Berobat di Instalasi Gawat Darurat (IGD)

Sesuai dengan prinsip umum pelayanan IGD pasien gawat darurat harus ditangani paling lama 5 (lima) menit setelah sampai di IGD. Jadi untuk prosedur pelayanan pasien di instalasi gawat darurat, berbeda dengan tempat penerimaan pasien di rawat jalan dan rawat inap, di sini pasien ditolong terlebih dahulu baru menyelesaikan administrasinya karena pasien berada dalam kondisi gawat yang memerlukan penanganan yang lebih cepat. Berikut adalah pelayanan petugas rekam medis untuk pasien gawat darurat. Rumah sakit tidak boleh meminta uang terlebih dahulu pada saat menangani kasus gawat darurat.

3.5.1 Pasien baru

Tata cara pemberian pelayanan oleh petugas rekam medis untuk pasien baru di instalasi gawat darurat adalah sebagai berikut:

1. Pasien/keluarga mendaftarkan diri, identitas lengkap
2. Membuatkan rekam medis
3. Petugas rekam medis menyerahkan rekam medis tersebut kepada petugas IGD
4. Memberikan kartu kontrol ke keluarga pasien

3.5.2 Pasien lama

Tata cara pemberian pelayanan oleh petugas rekam medis untuk pasien baru di instalasi gawat darurat adalah sebagai berikut:

1. Pasien/keluarga pasien menyerahkan dan menginformasikan identitas lengkap pasien
2. Petugas rekam medis mencari dokumen di gudang rekam medis
3. Petugas rekam medis menyerahkan rekam medis tersebut kepada petugas IGD

Jika pasien yang sudah diseleksi dan membawa surat pengantar untuk dirawat dapat langsung dibawa ke ruangan penampungan sementara sambil menunggu tempat tidur kosong hari ruang perawatan. Petugas harus selalu memberitahukan ruang penampungan sementara mengenai situasi tempat tidur di ruang perawatan.

3.6 Catatan Penting

Setelah pemberian pelayanan pasien di IGD, hendaknya menghasilkan beberapa informasi penting yaitu sebagai berikut:

1. Identitas pasien
2. Jumlah kunjungan lama dan baru
3. Jumlah pasien berdasarkan kasus bedah, nonbedah, kebidanan, anak, dan psikiatrik
4. Jumlah pasien yang dirawat inap, dirujuk, pulang dan meninggal dunia
5. Jumlah pasien dan asal rujukan serta jumlah yang dirujuk
6. Petugas penanggung jawab di IGD
7. Jumlah pembayaran jasa IGD

BAB IV

PELAYANAN REKAM MEDIS DI RAWAT INAP (TPPRI)

4.1 Tujuan Pembelajaran

- Memahami cara pelayanan untuk pasien baru dan pasien lama di bagian rawat inap.
- Memahami fungsi alat yang digunakan dalam pelayanan rekam medis pasien.
- Memahami alur pelayanan rekam medis untuk pasien rawat inap .
- Memahami susunan formulir rekam medis rawat inap.

4.2 Pelayanan Rekam Medis di Rawat Inap

Pelayanan rekam medis yang diberikan merupakan sarana komunikasi antar tenaga lain yang sama terlibat dalam menangani dan merawat pasien baik pasien rawat jalan, rawat inap maupun IGD. Rekam medis yang akurat dan bermanfaat menjadi alat penting dalam menilai dan mengelola risiko manajemen. Oleh karena itu rekam medis yang lengkap harus setiap saat tersedia dan berisi data/informasi tentang pemberian pelayanan kesehatan secara jelas.

Menurut Notoatmodjo (2007:79), “Rawat inap adalah tempat di mana orang sakit dirawat oleh dokter, penderita yang harus tinggal di suatu tempat untuk dipelihara atau dijaga.”

4.3 Tata Cara Menerima dan Mendaftar Pasien di Rawat Inap (TPPRI)

Sebelum kita memberikan pelayanan kepada pasien yang ada dirawat inap kita perlu mengetahui jenis pasien yang ada di rawat inap terdiri dari:

1. Pasien baru

Pasien baru rawat inap adalah pasien yang datang ke rumah sakit tetapi dapat menunggu dan menginap.

2. Pasien lama

Pasien lama rawat jalan terdiri dari:

- Elektif adalah pasien yang masuk rawat inap dengan persiapan dan perencanaan suatu tindakan medis, dengan kata lain pasien datang ke rumah sakit dengan persiapan mental dan perencanaan biaya yang telah diketahui dan disiapkan.
- Nonelektif adalah pasien yang masuk rawat inap tanpa persiapan dan perencanaan suatu tindakan medis karena indikasi medis yang diketahui setelah pasien masuk rumah sakit dengan katagori berobat jalan, atau dengan kata lain pasien masuk rumah sakit karena perlu penanganan lebih lanjut setelah rawat jalan.
- Gawat darurat adalah pasien yang segera harus ditolong karena indikasi medis yang tiba-tiba (acut).

Pasien yang diterima di rawat inap bisa berasal dari instalasi gawat darurat dan bisa juga dari bagian poliklinik rumah sakit. Berikut ini ada beberapa tata cara penerimaan pasien yang berasal dari IGD dan poliklinik rumah sakit

4.3.1 Penerimaan pasien/keluarga dari IRJ/IGD

1. Menerima pasien bersama surat pengantar rawat inap atau *admission note*. Berdasar surat tersebut, dapat diketahui jenis penyakitnya sehingga dapat diarahkan ke bangsal mana pasien harus dirawat.
2. Menjelaskan tempat tidur dan kelas perawatan yang masih kosong berdasarkan catatan penggunaan tempat tidur (mutasi pasien).
3. Menjelaskan tarif pelayanan rawat inap dan fasilitas-fasilitas yang dapat dinikmati oleh pasien dan keluarga pasien.
4. Bersama pasien atau keluarganya menetapkan ruang dan kelas perawatan yang diinginkan pasien dan tersedianya TT.
5. Membuat surat persetujuan rawat inap.
6. Memberitahu bangsal rawat inap yang bersangkutan untuk menyiapkan ruangan.
7. Menyediakan kelengkapan formulir rawat inap sesuai dengan jenis penyakitnya agar dapat digunakan pelayanan klinis di unit rawat inap.

4.3.2 Penerimaan pasien yang diterima secara langsung di TPPRI

Dalam hal penerimaan pasien langsung di TPPRI, semua pasien harus dilakukan pemeriksaan terlebih dahulu oleh tenaga medis untuk menentukan jenis penyakitnya. Dalam pelayanan rekam medis semua pasien dianggap baru. Oleh karena itu identitas pasien dicatat pada KIB, KIUP dan buku register pendaftaran pasien rawat inap. Selain itu, dicatat pula identitas pasien dan keluarganya pada formulir rekam medis. Selanjutnya melakukan kegiatan sebagai berikut:

1. Memberikan penjelasan mengenai tempat tidur dan kelas perawatan yang masih kosong berdasarkan catatan penggunaan tempat tidur (mutasi pasien).
2. Menjelaskan tarif pelayanan rawat inap dan fasilitas-fasilitas yang dapat dinikmati oleh pasien dan keluarga pasien.
3. Bersama pasien atau keluarganya menetapkan ruang dan kelas perawatan yang diinginkan pasien dan tersedianya TT.
4. Memberitahu bangsal rawat inap yang bersangkutan untuk menyiapkan ruangan.
5. Menyediakan kelengkapan formulir rawat inap sesuai dengan jenis penyakitnya agar dapat digunakan pelayanan klinis di unit rawat inap. Dari segi kelengkapan formulir rawat inap maka yang perlu diketahui petugas rekam medis adalah susunan formulir menjadi satu rekam medis pasien rawat inap.

Susunan perakitan formulir rekam medis pasien rawat inap :

Tabel 4.1
Kelengkapan Formulir Rekam Medis TPPRI

RM 1	:	Ringkasan Masuk dan Keluar
RM 2	:	General Consent
RM 3	:	Rencana Pelayanan dan Pemberian Pendidikan Kepada Pasien/Keluarga
RM 3.1	:	Informasi dan Edukasi Pasien dan Keluarga Terintegrasi
RM 5	:	IGD
RM 5.2	:	Surat Masuk Rumah Sakit
RM 5.3	:	Transfer Antar Ruangan
RM 5.4	:	Assesment Keperawatan IGD
RM 7	:	Assesment Pasien

RM 8	:	Rencana Penatalaksanaan Medis
RM 9	:	Catatan Perkembangan Kesehatan Pasien
RM 9.1	:	CPPT
RM 10	:	Pengkajian Awal Pemeriksaan
RM 10.1	:	Assesment Keperawatan
RM 10.3	:	Kontrol Istimewa
RM 10.5, 10.5.1	:	Rencana Pemulangan Pasien
RM 10.6	:	Assesment Ulang Nyeri
RM 10.8	:	Pengkajian Pasien Jatuh Khusus Dewasa
RM 12	:	Pengkajian Gizi Awal Pasien Rawat Inap
RM 13.1	:	Catatan Pemberian Obat
RM 13. 2	:	Formulir Rekonsiliasi Obat
RM 14	:	Pemantauan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
RM 14.4	:	Lembar Observasi Cairan
RM 15	:	Pengkajian Pasien Kritis / Terminal / Akan Meninggal
RM 17. 2	:	Monitoring Penggunaan Darah/ Produk Darah / Transfusi Darah
RM 23.4	:	Formulir Monitoring Efek Samping Obat (MESO) Komite Farmasi dan Terapi
RM 27	:	Lembar Ringkasan Pemulangan (<i>Discharge Summary</i>)
RM 29	:	Persetujuan Tindakan Medis/ Operasi
RM 29.1	:	Persetujuan Tindakan Anestesi/Sedasi
RM 29.3	:	Lembar Verifikasi dan Penandaan Lokasi Prosedur Pasien Operasi
RM 29.6	:	Assesmen Pasca Bedah
RM 29.7	:	Laporan Operasi
RM 29.9	:	Daftar Keselamatan Operasi
RM 30.2	:	Monitoring Post Anestesi/Sedasi
RM 30.5	:	<i>Check List</i> Persiapan Anestesi/ Sedasi
RM 30.8	:	Persetujuan Tindakan/ Pengobatan Yang Beresiko Tinggi

Catatan Pemindahan Pasien Ke Ruang Tindakan
Pengkajian Keperawatan Anestesi Pada Fase Perioperatif
Monitoring Pasca Anestesi/Sedasi di Ruang Pulih Sadar (RR)
Evaluasi Pra Sedasi
Lembar Konsultasi
Hasil Laboratorium Darah
Hasil Laboratorium Radiologi
Hasil EKG

Susunan perakitan formulir rekam medis pasien rawat jalan:

Tabel 4.2
Kelengkapan Formulir Rekam Medis TPPRJ

RM 5.9.2	:	Assesmen Awal Rawat Jalan
RM 5.9.2.1	:	Assesmen Rawat Jalan Lanjutan

Jika pasien berasal dari Instalasi gawat darurat rumah sakit, kemudian dilanjutkan dengan perawatan di rawat inap, kemudian meninggal dunia, maka petugas rekam medis menyiapkan surat kematian dengan penyebabnya dan prosedur penanganan pasien tersebut sebelum tidak dapat tertolong lagi atau meninggal dunia.

- Mencatat kemudian menyerahkan Kartu Izin Berobat (KIB) kepada pasien.
- Menyimpan KIUP untuk selanjutnya diserahkan ke TPPRJ guna disimpan.
- Mencatat di buku register.
- Menyimpan buku register pendaftaran pasien rawat inap.
- Mencatat hasil pemeriksaan klinis ke formulir rekam medis rawat inap.
- Mencatat penggunaan nomor rekam medis pada buku catatan penggunaan nomor rekam medis.

4.3.3 Produser pelayanan rekam medis umum lainnya di TPPRI

1. Setiap hari (pagi hari) mengambil SHRI dan REKAM MEDIS rawat inap di setiap bangsal rawat inap untuk dicatat selanjutnya diserahkan ke fungsi *assembling*. Serah terima REKAM MEDIS menggunakan buku ekspedisi.
2. Mencatat mutasi pasien rawat inap pada buku catatan penggunaan TT berdasarkan SHRI dan informasi mutasi pasien rawat inap yang diperoleh setiap saat dari bangsal rawat inap. Catatan mutasi tersebut meliputi:
 - Nama, jenis kelamin dan umur pasien serta nomor rekam medis.
 - Tanggal masuk pasien dan tanggal keluar pasien.
 - Nama bangsal rawat inap ketika pasien masuk.
 - Nama bangsal rawat inap ketika pasien keluar.
 - Perpindahan pasien (pindahan dan dipindahkan) dari bangsal rawat inap satu ke yang lain (termasuk ke ruang intensif).
3. Membuat laporan kegiatan pendaftaran pasien rawat inap per bulan, meliputi:
 - Jumlah pasien masuk, jumlah pasien keluar hidup, jumlah pasien keluar mati.
 - Jumlah pasien yang melalui UGD, URJ dan datang langsung.
 - Jumlah pasien masuk per bangsal dan kelas perawatan.
 - Jumlah pasien rujukan dan asal rujukannya.
 - Membuat grafik kegiatan pendaftaran pasien rawat inap.
 - Mencatat penggunaan formulir rawat inap.
4. Memberi informasi tentang keberadaan pasien di bangsal rawat inap kepada pengunjung yang memerlukan.

4.4 Catatan Penting

Untuk pasien rawat inap atau rawat sehari, informasi lain yang diperlukan adalah dokter yang diinginkan, diagnosis, rencana pengobatan atau dokter lain yang menjadi tim medis. Pasien rujukan ke laboratorium dan radiologi agar melampirkan surat permintaan pemeriksaan atau tindakan yang berhubungan dengan diagnosisnya.

BAB V

ASSEMBLING (PERAKITAN)

5.1 Tujuan Pembelajaran

- Memahami fungsi *assembling* rekam medis.
- Memahami tata cara *assembling*.

5.2 Definisi dan Fungsi *Assembling*

Arti kata *assembling* adalah perakitan rekam medis dengan menganalisis kelengkapan berkas rekam medis.

Assembling rekam medis merupakan proses mengumpulkan kemudian mengurutkan berkas yang berisikan dokumen tentang identitas, diagnosis pengobatan, anamnesis, pemeriksaan, tindakan, pengobatan serta pelayanan lainnya yang diberikan kepada pasien (Watson:1992).

Assembling rekam medis yaitu satu fungsi unit rekam medis yang berfungsi sebagai peneliti kelengkapan isi dan perakitan rekam medis sebelum disimpan. *Assembling* rekam medis akan memberi gambaran fakta terkait keadaan pasien, riwayat penyakit dan pengobatan masa lalu serta saat ini yang ditulis oleh profesi kesehatan dalam pelayanan kepada pasien.

Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 337/mankes/SK/III/2007 tentang STANDAR PROFESI PEREKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN dalam kompetensi ke 3 “Manajemen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan” kompetensi perekam medis dan informasi kesehatan

di Indonesia adalah “mampu menyusun (*assembling*) rekam medis dengan baik dan benar berdasarkan ketentuan”.

Ada beberapa unsur pengendalian yang menjamin pelaksanaan sistem pelayanan rekam medis di *assembling*, yaitu:

1. Kartu kendali, fungsi kartu kendali
 - Mengendalikan rekam medis yang belum lengkap, pencatatan data rekam medis guna pengendalian rekam medis tidak lengkap dari pengodean penyakit, kode operasi, kode sebab kematian dan kode dokter.
 - Mengendalikan rekam medis tidak lengkap dikembalikan ke unit rekam medis.
 - Melacak kehilangan dokumen, misalnya melacak keberadaan rekam medis yang sedang dilengkapi.
 - Membuat indeks penyakit, operasi, kematian, dan indeks dokter.
 - Menghitung angka *Incomplete Medical Records* (IMR) yaitu membuat laporan ketidaklengkapan isi dokumen.
2. Digunakannya buku ekspedisi untuk serah terima rekam medis.
3. Buku catatan penggunaan nomor.
4. Buku catatan penggunaan formulir.
5. Lembar pemantauan kelengkapan REKAM MEDIS.
6. Analisa kuantitatif.
7. Alat tulis kantor (ATK) misalnya pembolong kertas (perforator), gunting, sablon, alat tulis sablon (rotring 0,8 mm).
8. Perlengkapan kantor furnitur (meja, kursi, rak kertas, rak sortir), alat komunikasi (telepon).
9. Perlengkapan lain untuk menjaga kebersihan seperti tempat sampah.

Fungsi dan peranan *assembling* dalam pelayanan rekam medis adalah sebagai perakit formulir rekam medis, peneliti isi data rekam medis, pengendali rekam medis tidak lengkap, pengendali penggunaan nomor rekam medis dan formulir rekam medis.

5.3 Tata Cara *Assembling*

Ada beberapa hal yang dilakukan oleh seorang perekam medis dalam melakukan *assembling*. Deskripsi kegiatan pokok dalam *assembling*:

1. Menyiapkan rekam medis yang baru dan kelengkapan formulir di dalamnya untuk keperluan unit yang membutuhkan.
2. Mencatat segala penggunaan rekam medis ke dalam buku kendali.
3. Mengalokasikan nomor rekam medis dan memberi tahu ke TPPRJ dan UGD.
4. Mengendalikan penggunaan nomor rekam medis agar tidak terjadi duplikasi dalam penggunaan nomor rekam medis.
5. Mencatat penggunaan nomor rekam medis kedalam buku penggunaan rekam medis.
6. Menerima pengembalian rekam medis dan sensus harian dari unit pelayanan rekam medis.
7. Mencocokkan jumlah dokumen dengan jumlah pasien.
8. Meneliti kelengkapan isi dokumen.

5.3.1 *Assembling* terhadap rekam medis pasien yang diterima

Menurut Bambang Shofari (2004), kegiatan *assembling* perekam medis terhadap Rekam Medis pasien yang diterima adalah:

1. Merakit kembali formulir rekam medis bersamaan dengan itu melakukan kegiatan penelitian terhadap kelengkapan data rekam medis pada setiap lembar formulir rekam medis sensus dengan kasusnya, misalnya bila pada formulir masuk-keluar pasien dijumpai:
 - Ada tindakan medis, maka harus ada laporan operasinya.
 - Ada kematian, maka harus ada laporan sebab kematian.
 - Ada bayi lahir maka harus ada laporan persalinan, laporan bayi lahir dan identitas bayi lahir.
 - Penyakit yang harus ditegakkan dengan pemeriksaan laboratorium, *rontgen*, maka harus ada laporan hasil pemeriksaannya.
2. Mencatat hasil penelitian tersebut ke dalam formulir
 - a. Kertas kecil untuk mencatat data yang tidak lengkap kemudian ditempelkan pada halaman depan folder rekam medis.
 - b. Kartu kendali (KK) yang isi datanya meliputi:
 - Tanggal diterimanya rekam medis
 - Nomor rekam medis
 - Nama pasien
 - Umur dan tanggal lahir pasien
 - Alamat pasien
 - Tanggal masuk pasien
 - Tanggal keluar pasien
 - Lama dirawat

- Keadaan keluar pasien (sembuh/meninggal/dirujuk/aps)
 - Diagnosis utama
 - Diagnosis kedua, kegiatan dan seterusnya
 - Diagnosis komplikasi
 - Tindakan medis/operasi
 - Sebab kematian
 - Dokter yang merawat
 - Ruang/bangsal perawatan
 - Kelas perawatan
 - Peserta askes/nonaskes
 - Ketidaklengkapan data rekam medis
3. Bila REKAM MEDIS telah lengkap, selanjutnya:
- a. Menyerahkan rekam medis dan Kartu Kendali ke bagian koding dan Indeksing
 - b. Menyerahkan sensus harian ke bagian rekam medis pada pagi hari
4. Bila REKAM MEDIS tidak lengkap, selanjutnya:
- a. Menempelkan kertas kecil pada halaman depan folder REKAM MEDIS.
 - b. Dengan menggunakan buku ekspedisi, menyerahkan REKAM MEDIS tidak lengkap kepada unit pencatat untuk diteruskan kepada petugas yang bertanggung jawab terhadap kelengkapan isi data rekam medis yang bersangkutan untuk dilengkapi.
 - c. Menyimpan KK berdasarkan isi data rekam medis yang bersangkutan untuk dilengkapi.
 - d. Mengambil kembali REKAM MEDIS tidak lengkap pada 2x24 jam setelah waktu penyerahannya.

5. Terhadap penggunaan nomor dan formulir rekam medis
 - a. Mengalokasikan nomor rekam medis TPPRJ, UGD dan kamar bersalin (untuk bayi baru lahir), bila TPPRI menerima pasien langsung juga diberi alokasi nomor rekam medis.
 - b. Mengendalikan penggunaan nomor rekam medis agar tidak terjadi duplikasi dengan melakukan pencatatan penggunaannya ke dalam buku catatan penggunaan nomor rekam medis oleh unit pengguna tersebut.
 - c. Mendistribusikan formulir, catatan dan laporan rekam medis ke unit-unit yang memerlukan untuk proses pencatatan dan pelaporan rekam medis.
 - d. Mengendalikan penggunaan formulir, catatan dan laporan tersebut dengan menggunakan buku pengendalian penggunaan formulir rekam medis.

BAB VI

KODING DAN INDEKSING

6.1 Tujuan Pembelajaran

- Mengetahui definisi koding.
- Mengetahui definisi indeksing.
- Memahami tata cara koding.
- Memahami jenis indeks.
- Memahami tata cara indeksing.

6.2 Pengertian Koding

Koding adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data. Kegiatan dan tindakan serta diagnosis yang ada di dalam rekam medis harus diberi kode dan selanjutnya di indeks agar memudahkan pelayanan pada penyajian informasi untuk menunjang fungsi perencanaan, manajemen dan riset bidang kesehatan.

Kode klasifikasi penyakit oleh WHO (World Health Organization) bertujuan untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit, cedera, gejala dan faktor yang memengaruhi kesehatan.

Kualitas data terkode merupakan hal penting bagi kalangan tenaga profesional Manajemen Informasi Kesehatan. Seorang perekam medis harus bisa membaca tulisan dokter dan mengetahui banyak istilah-istilah medis sehingga dapat memengaruhi kecepatan dan ketepatan koding. Karena

Kecepatan dan ketepatan koding dari suatu diagnosis sangat tergantung kepada pelaksana yang menangani rekam medis tersebut.

Ketepatan data diagnosis sangat krusial dibidang manajemen data klinis, penagihan kembali biaya, beserta hal-hal yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan. Perlunya kode yang tepat dan akurat berpengaruh besar terhadap klaim BPJS.

Jika seorang pasien menderita suatu penyakit dan dia memeriksakan kesehatannya ke sebuah rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan yang lain dan diberikan pelayanan dengan tindakan, pemberian obat dan pemeriksaan yang tepat, tidak berlebihan, terstandar maka diagnosis akan tepat sehingga kodefikasi penyakit dan tindakan akurat dan terdaftar sesuai dengan ICD 10 dan ICD 9 CM.

6.3 Standar dan Etik Pengodean

Seorang petugas rekam medis harus mampu melakukan kodefikasi secara akurat melalui penggunaan kode tindakan (ICD 9 CM) dan kode penyakit (ICD 10) secara tepat.

Pengisian kodefikasi sedapat mungkin menghindari point 9 (NOS = Not Other Spesified). Ada beberapa standar dan etik pengodean seorang *professional coder* yang dikembangkan AHIMA, sebagai berikut:

1. Akurat, lengkap dan konsisten untuk menghasilkan data yang berkualitas.

Akurat artinya pemakaian kode ICD 9 dan ICD 10 secara tepat.

Lengkap artinya data-data mengenai diagnosis dan pemeriksaan serta tindakan kepada pasien lengkap tercantum dalam Rekam Medis sehingga memudahkan perekam medis dalam melakukan koding. Kode penyebab

luar seperti *external cause* terkadang perlu dilakukan oleh petugas rekam medis, untuk melengkapi kode diagnosis sehingga kodefikasi akurat.

Konsisten artinya ketetapan kodefikasi penyakit dan tindakan secara akurat, terus menerus tepat dalam melakukan koding. Misalnya pemberian kode penyakit pada suatu kasus maka alasan penetapan kode penyakit terhadap penyakit tersebut harus kuat.

2. Pengode harus mengikut sistem klasifikasi yang sedang berlaku dengan memilih pengodean diagnosis dan tindakan yang tepat.
3. Pengodean harus ditandai dengan laporan kode yang jelas dan konsisten pada dokumentasi dokter dalam rekam medis pasien.
4. Pengode profesional harus berkonsultasi dengan dokter untuk klarifikasi dan kelengkapan pengisian data diagnosis dan tindakan.
5. Pengode profesional tidak mengganti kode pada *bill* pembayaran.
6. Pengode profesional harus sebagai anggota dari tim kesehatan, harus membantu dan mensosialisasikan kepada dokter dan tenaga kesehatan lain.
7. Perkam medis harus mampu berkolaborasi, berkoordinasi dengan tenaga medis lain untuk penegakan kodefikasi penyakit dan kodefikasi tindakan yang tepat, akurat.
8. Pengode profesional harus mengembangkan kebijakan pengodean di institusinya.
9. Pengode profesional harus secara rutin meningkatkan kemampuannya dibidang pengodean. Selalu berlatih untuk menganalisis diagnosis dokter, formulir-formulir rekam

medis yang di dalamnya ada tindakan medis dan diagnosis dokter.

10. Pengode profesional senantiasa berusaha memberi kode yang paling sesuai untuk pembayaran. Tindakan yang diberikan dan diagnosis yang ditentukan sedapat mungkin sesuai dengan kode yang diinput/kode yang diberikan. Jika pemberian kode tidak tepat, tidak sesuai dengan diagnosis dokter dan tindakan yang telah diberikan maka dapat menyebabkan kerugian rumah sakit atau sebaliknya.

6.4 Sistem Coding INA CBGs'

Di era JKN saat ini, pembayaran fasilitas pelayanan kesehatan di rumah sakit ditentukan melalui sistem INA CBGs'. Sebelum INA CBGs', dulu penentuan kode yang didasarkan pada ICD 9 CM dan ICD 10 disebut DRG's (Diagnostic Related Group). INA CBGs' merupakan kelanjutan dari sistem kodefikasi penyakit berdasarkan Indonesia Diagnosis Related Groups yang disebut INA DRG. Sistem baru ini dijalankan dengan menggunakan *grouper* dari *united nations university international institute* seluruh jenis perawatan pasien.

Dalam penentuan kode diagnosis untuk klaim INA CBGs' yang dilakukan petugas adalah memberikan kode sesuai aturan sistem koding ICD 10 dan ICD 9 CM untuk tindakan medis.

Peran petugas rekam medis dalam kodefikasi penyakit sangat menentukan tarif fasilitas pelayanan kesehatan yang diterima pasien. Pedoman tetap pada ICD 10 untuk diagnosis penyakit dan ICD 9 CM untuk tindakan atau prosedur.

Seperti yang dinyatakan sebelumnya bahwa kodefikasi penyakit sangat memengaruhi sistem pembiayaan fasilitas kesehatan, kesalahan kode berdampak pada tarif, tarif bisa menjadi lebih besar dan bisa menjadi lebih kecil.

Penulisan diagnosis harus jelas dan lengkap, karena diagnosis yang jelas dan lengkap akan memengaruhi *coder* dalam menentukan kode INA CBGs' dengan tepat. Jika kode INA CBGs' tidak tepat akan memengaruhi akan terjadi kesalahan tarif rumah sakit seperti yang telah dijelaskan sebelumnya.

Kodefikasi diagnosis dalam kaidah CBGs' harus ditentukan diagnosis utama dan diagnosis penyerta. Agar klaim INA CBGs' menumpuk seharusnya koding dilakukan dengan tepat waktu sesuai episode pelayanan.

Diagnosis penyerta terdiri dari komplikasi dan komorbiditas. Misalnya jika terdapat lebih dari satu diagnosis maka dipilih satu diagnosis yang paling banyak menggunakan *resources* (SDM, bahan habis pakai, peralatan medik, tes pemeriksaan dan pelayanan medis lainnya).

Dokter bertugas untuk menegakkan diagnosis primer dan sekunder terstandar, sesuai ICD 10 dan melakukan tindakan dan instruksi tindakan kepada perawat atau tenaga medis lain sesuai dengan ICD 9 CM. Dokter dan *coder* harus mampu berkomunikasi dengan baik serta berkolaborasi dengan tenaga medis lain agar dapat melakukan kodefikasi dengan tepat untuk klaim INA CBGs'. Maka dapat disimpulkan peran dokter dan *coder* sangat besar dalam proses klaim INA CBGs'.

Peningkatan akurasi koding oleh tenaga *coder* sangat penting oleh karenanya diperlukan pelatihan untuk meningkatkan kompetensi para *coder*.

Dengan demikian tarif INA-CBG's dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merujuk pada *data costing* (data biaya) rumah sakit (RS) pemerintah maupun RS swasta serta *data coding* kasus-kasus penyakit.

Perlu diingat kembali bahwa sejumlah aspek yang memengaruhi besar kecilnya biaya INA-CBG's, beberapa di antaranya yaitu:

1. Diagnosis utama atau diagnosa primer
2. Diagnosis sekunder berupa penyerta (*comorbidity*) atau penyulit (*complication*)
3. Tingkat keparahan
Tingkat keparahan. Dalam penerapan INA CBG's di fasilitas pelayanan kesehatan, tingkat keparahan penyakit dikategorikan menurut jenis layanan yang diterima dan komplikasi serta komorbidity pasien. Jenis-jenis *severity of illness* sebagai berikut:
 - a. Tingkat keparahan 0 adalah untuk pasien rawat jalan Pada level ini yang termasuk tingkat keparahan 0 adalah kategori seluruh kategori pasien yang mendapat pelayanan rawat jalan di sarana pelayanan kesehatan
 - b. Tingkat keparahan I adalah kategori ringan untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 1 (tanpa komplikasi maupun komorbidity) Kategori tingkat keparahan I adalah untuk pasien rawat inap dengan diagnosa penyakit tanpa komplikasi maupun komorbidity.
 - c. Tingkat keparahan II adalah kategori sedang untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 2 (dengan mild komplikasi dan komorbidity)
 - d. Tingkat keparahan III adalah kategori berat untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 3 dengan major komplikasi dan komorbidity. (Indawati, dkk, 2018)
4. Bentuk intervensi
5. Umur pasien

6.5 Indeks

Indeks adalah daftar istilah atau kata-kata penting yang tersusun secara alfabetis untuk memberi informasi tentang halaman atau kata tersebut ditemukan.

Menurut Diren Yanmed (2006:61) “Indeksing adalah membuat tabulasi sesuai dengan kode yang sudah dibuat kedalam indeks-indeks (dapat menggunakan kartu indeks atau komputerisasi).”

Indeks dalam dunia rekam medis, adalah daftar kata atau istilah penting yang disusun dengan tata cara/kebijakan suatu institusi penyelenggara kesehatan baik secara manual maupun elektronik, yang bertujuan agar memudahkan dalam pencarian kembali kata atau istilah tersebut.

Bentuk indeks digunakan pada manajemen informasi kesehatan ada beberapa jenis yaitu sebagai berikut:

1. Indeks Utama Pasien (*Master Patient Index*)

Indeks utama pasien atau disebut dengan KIUP (Kartu Identitas Utama Pasien) adalah suatu tabulasi kartu katalog yang berisikan nama semua pasien yang pernah berobat di rumah sakit. Informasi yang terdapat di dalam kartu ini dapat bervariasi antara setiap pelayanan kesehatan namun secara garis besar mencakup unsur:

- a. Halaman depan berisi:
 - Nama lengkap
 - Jenis kelamin
 - Umur
 - Alamat, tempat
 - Pekerjaan
 - Tanggal lahir pasien

b. Halaman belakang berisi:

- Tanggal masuk
- Tanggal keluar
- Hasil penunjang medis
- Dokter
- Nomor rekam medis

Untuk rumah sakit yang menggunakan sistem komputerisasi tabulasi daftar nama pasien dapat dilakukan dengan menggunakan komputer, dengan menggunakan sistem komputerisasi akan diperoleh kemudahan secara kecepatan-di dalam proses tabulasi data.

Kegunaan kartu indeks adalah kartu indeks penderita adalah kunci untuk menemukan rekam medis seorang penderita.

2. Indeks dokter

Indeks dokter adalah sebuah tabulasi data yang berisi nama lengkap dokter yang memberikan pelayanan medis kepada pasien. Indeks dokter merupakan catatan yang bersifat rahasia (*confidential record*). Kegunaan dari indeks dokter adalah untuk menilai pekerjaan dokter dan bukti pengadilan.

Indeks dokter menyediakan catatan tentang pasien yang telah dirawat bagi setiap staf medis yang bersifat rahasia (*confidential record*), informasi pada indeks dokter tersedia hanya bagi *the governing board, chief executive officer, dan committees of the medical staff* yang ditugaskan untuk menelaah kerja dokter.

Informasi pada Indeks dokter kadang juga dapat digunakan pada kasus-kasus malapraktik atau investigasi pajak penghasilan. Indeks dokter dibuat dengan kode dokter, kode dokter sebaiknya dibedakan antara dokter yang satu dengan yang lainnya.

Data yang diperlukan pada indeks dokter meliputi:

- a. Nama pasien
- b. Nomor rekam medis
- c. *Length of stay* (LOS)
- d. Biaya pengobatan
- e. Biaya perawatan
- f. Hasil perawatan (pulang, meninggal)

3. Indeks penyakit

Indeks penyakit adalah daftar tabulasi kode-kode penyakit yang disusun dalam masing-masing daftar sesuai dengan kode penyakitnya. (Budi, 2011).

Penggunaan indeks penyakit ini memudahkan untuk statistik data kesehatan seperti statistik penyakit terbanyak di rawat inap dalam kurun waktu sebulan. Atau statistik penyakit yang menjadi wabah di wilayah kerja puskesmas sehingga nantinya memudahkan untuk mengambil keputusan mengenai langkah-langkah yang akan ditempuh untuk menangani penyakit atau menurunkan angka kesakitan akibat penyakit tersebut di masyarakat.

Ketentuan penulisan indeks penyakit yaitu, satu jenis penyakit menggunakan satu kartu indeks, setiap nama penyakit diikuti dengan penulisan kode ICD (International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem) yang berlaku (revisi ke 10 sampai 3 digit). Pada umumnya indeks penyakit dapat memberikan rincian guna melengkapi beberapa keperluan yaitu:

- Laporan medis
- Penentuan statistik
- Permintaan informasi pasien secepat mungkin dan terperinci

- Untuk keperluan audit
- Untuk *quality control*
- *Clinical pathway*

Kegunaan indeks penyakit adalah sebagai berikut:

- Mempelajari kasus-kasus terdahulu dari satu penyakit untuk memperoleh pengertian tentang penanggulangan terhadap penyakit-penyakit/masalah-masalah kesehatan pada saat ini.
- Untuk statistik data penyakit.
- Untuk menguji teori-teori membandingkan data-data tentang penyakit/pengobatan.
- Untuk bahan penelitian bagi mahasiswa kesehatan.

4. Indeks tindakan

Indeks tindakan atau operasi yaitu indeks tentang tindakan medis yang diberikan kepada pasien yang disusun kedalam daftar tabulasi indeks sesuai dengan masing-masing kode tindakan medisnya. Isi indeks operasi memuat: nomor rekam medis, umur pasien, jenis kelamin, tanggal operasi, hasil operasi, nomor kode operasi, nama ahli bedah.

Menurut (Huffman, 1994) indeks tindakan atau operasi adalah sebuah daftar nomor kode bedah dan prosedur.

Ketentuan penulisan indeks operasi yaitu, satu jenis tindakan medis dimasukkan dalam satu daftar indeks tindakan medis, setiap nama tindakan atau operasi diikuti dengan penulisan kode tindakan (ICD-9CM).

Indeks tindakan atau operasi berguna untuk menelusuri nomor rekam medis dan nama pasien dengan jenis operasi yang sama, hal ini sering kali diminta oleh Komite Medik untuk audit medik, menyusun laporan jenis operasi berdasarkan umur, jenis

kelamin, wilayah/alamat, hasil pelayanan (sembuh, dirujuk, mati <48 jam dan 48 jam), dokter yang menangani dan bagaimana cara pembayaran pasien dalam memperoleh pelayanan tersebut. (Budi, 2011).

Kegunaan indeks tindakan adalah sebagai berikut:

- Menyuguhkan data penggunaan fasilitas rumah sakit untuk menyusun keperluan alat-alat baru, tempat tidur dan lain-lain.
- Menilai kualitas pelayanan yang diberikan rumah sakit.
- Mengumpulkan data pelayanan yang diperlukan dalam survei kemampuan rumah sakit.
- Menemukan rekam medis pasien yang diingat dokter hanya diagnosis/operasinya sedangkan nama/nomor rekam medisnya tidak.
- Menyediakan materi pendidikan untuk mahasiswa kedokteran, perawat dan lain-lain.
- Sebagai bahan audit untuk peningkatan mutu pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan.

5. Indeks kematian

Indeks kematian yaitu indeks tentang sebab kematian penyakit tertentu sebagai hasil pelayanan pasien di rawat jalan, gawat darurat atau rawat inap. Indeks ini tak dapat dipisahkan antara indeks kematian dengan rawat jalan dan rawat inap.

Informasi yang tetap dalam indeks kematian:

- Nama penderita
- Nomor rekam medis
- Jenis kelamin
- Umur
- Kematian: kurang dari sejam post operasi
- Dokter yang merawat

- Hari perawatan
- Wilayah

Manfaat Indeks Kematian:

- Menelusuri nomor rekam medis dan nama pasien dengan sebab kematian yang sama (untuk audit kematian).
- Menyusun laporan sebab kematian (mortalitas) berdasarkan umur, jenis kelamin, wilayah, mati <48 jam dan >48 jam, dokter yang menangani.

Kegunaan indeks kematian adalah menilai mutu pelayanan dasar, menambah dan meningkatkan peralatan/tenaga.

6.6 Alat Bantu Koding dan Indeksing

Ada beberapa alat bantu yang digunakan dalam melakukan koding dan indeksing yaitu:

1. Buku ICD revisi ke 10 volume 1, volume 2 dan volume 3 untuk memastikan kode penyakit dan masalah kesehatan.
2. Buku ICD 9 untuk memastikan kode operasi dan prosedur medis.
3. Buku ID-O untuk memastikan kode penyakit kanker (kode ini dikhususkan untuk rumah sakit yang ditunjuk sebagai rumah sakit dengan pelayanan khusus kanker).
4. Kamus kedokteran untuk menemukan arti istilah-istilah kedokteran.
5. Kamus bahasa Inggris untuk menemukan arti istilah-istilah dalam bahasa Inggris.

6.7 Tata Cara Kegiatan Koding dan Indeksing dalam Pelayanan Rekam Medis:

1. Menerima rekam medis yang sudah lengkap dan KK dari fungsi *assembling*.
2. Meneliti dan mencatat kode penyakit, operasi atau tindakan medis, sebab kematian pada KK dan lembar formulir rekam medis yang tertulis diagnosis penyakit, jenis operasi atau tindakan medis dan sebab kematian.
3. Menyusun atau membuat daftar kode penyakit sebagai alat bantu kode penyakit.
4. Mencatat data dan informasi rekam medis ke dalam formulir indeks penyakit, operasi atau tindakan medis, sebab kematian dan indeks dokter.
5. Menyimpan indeks penyakit, operasi atau tindakan medis, sebab kematian dan dokter sesuai urutan abjad dengan cara:
 - a. Sederhana yaitu berdasarkan urutan abjad indeks yang akan disimpan.
 - b. Tunjuk silang yaitu selain indeks disimpan berdasarkan diagnosis utama sesuai urutan abjad, bila dijumpai diagnosis komplikasi atau dilakukan tindakan operasi, maka diagnosis komplikasinya atau tindakannya diindeks pada indeks yang sesuai. Untuk mengetahui bahwa di antara diagnosis utama dan komplikasi tersebut ada kaitannya sedang indeksnya disimpan secara terpisah maka pada kolom tunjuk silang ditulis kode ICD 10 dan kode tindakan.
6. Menyerahkan rekam medis yang sudah lengkap dan kartu kendali ke fungsi *filing*.
7. Bila diminta untuk menyiapkan nomor rekam medis dengan penyakit, operasi atau tindakan medis, sebab

- kematian yang sama untuk keperluan tertentu, kegiatannya:
- a. Mencari jenis penyakit atau operasi atau sebab kematian yang diminta kemudian mencatat nomor rekam medis dan nama pasien sesuai kurun waktu yang diminta.
 - b. Menyerahkan catatan tersebut ke fungsi *filig* untuk disiapkan rekam medisnya.
8. Menyediakan indeks penyakit.
 9. Menyediakan indeks operasi, sebab kematian dan indeks dokter untuk keperluan tertentu, misalnya laporan morbiditas penyakit tertentu, laporan sebab kematian tertentu, laporan jenis operasi tertentu.
 10. Menyusun laporan jumlah dan jenis penyakit, operasi dan sebab kematian menurut golongan umur pada periode tertentu berdasarkan indeks.

6.8 Langkah Penentuan Kodefikasi Penyakit dan Tindakan

Untuk menegakkan sebuah diagnosis, ada beberapa langkah yang dilakukan oleh petugas pelayanan kesehatan, paramedis. Pada saat pasien datang memeriksakan keadaannya, ketika ditemukan ada tanda-tanda atau gejala dari suatu penyakit terlihat jelas maka dilanjutkan dengan *clinical pathway* setelah itu *treatment intervention*, kemudian dilanjutkan dengan asesmen pasien, di mana dokter sebelum menyimpulkan diagnosis maka perlu dilakukan asesmen. Setelah diagnosis diketahui maka tindakan selanjutnya untuk penanganan diagnosis penyakit pasien tersebut bisa terapi dan lainnya, kemudian setelah diagnosis awal maka dilakukan diagnosis akhir.

Berbeda jika pasien datang, dan paramedis merasa ragu dengan penyakit yang diderita pasien, maka langkah diawali

dengan pemeriksaan penunjang baik itu melalui pemeriksaan laboratorium, radiologi, *rontgen*, kemudian pasien tersebut diobservasi keadaannya. Setelah diobservasi didapatkan tanda utama. Tanda utama didapatkan ditambah dengan hasil pemeriksaan penunjang, maka diketahui diagnosis pasien, jika merasa ragu mengenai diagnosis dan tindakan selanjutnya yang akan diberikan untuk menangani pasien, maka pasien tersebut dirujuk.

Berikut ini adalah langkah dasar dalam menentukan kode penyakit meliputi:

1. Buka buku *Volume 3 Alphabetical Index* (kamus), tentukan tipe pernyataan yang akan di kode. Bila pernyataan adalah istilah penyakit atau cedera atau kondisi lain yang terdapat pada bab I-XIX dan XXI (volume 1), maka gunakanlah ia sebagai “*Lead-term*” untuk dimanfaatkan sebagai panduan menelusuri istilah yang dicari pada seksi I indeks (volume 3). Bila pernyataan adalah penyebab luar (*external cause*) dari cedera (bukan nama penyakit) yang ada di bab XX (volume i), maka lihat dan cari kodenya pada seksi II di indeks (volume 3).
2. “*Learn term*” (kata panduan) untuk penyakit dan cedera biasanya merupakan kata benda yang memaparkan kondisi patologisnya. Sebaliknya jangan menggunakan istilah kata benda anatomi, kata sifat atau kata keterangan sebagai kata panduan. Walaupun demikian beberapa kondisi ada yang diekspresikan sebagai kata sifat atau *eponym* (menggunakan nama penemu) yang tercantum di dalam indeks sebagai “*lead term*”.
3. Baca dengan seksama dan ikuti petunjuk catatan yang muncul di bawah istilah yang akan dipilih pada volume 3.

4. Baca istilah yang terdapat pada tanda kurung ”()” sesudah *learn term* (kata dalam tanda kurung = *modifier*, tidak akan memengaruhi kode). Istilah lain yang ada di bawah *lead term* (dengan tanda (-) minus = *idem* = *indent*) dapat memengaruhi nomor kode sehingga semua kata-kata yang diagnostik harus diperhitungkan).
5. Ikuti secara hati-hati setiap rujukan silang (*cross references*) dan perintah *see* dan *see also* yang terdapat dalam indeks.
6. Untuk mencari nomor kode yang paling tepat maka lihat daftar tabulasi (volume I). lihat kode 3 karakter di indeks dengan tanda minus pada posisi keempat berarti bahwa isian untuk karakter keempat itu ada di dalam volume 1 dan merupakan posisi tambahan yang tidak ada dalam indeks (volume 3). perhatikan juga perintah untuk membubuhi kode tambahan (*additional code*) serta aturan cara penulisan dan pemanfaatannya dalam pengembangan indeks penyakit dan dalam sistem pelaporan morbiditas dan mortalitas.
7. Ikuti pedoman *inclusion* dan *exclusion* pada kode yang dipilih atau bagian suatu bab (*chapter*), blok, kategori atau subkategori.
8. Tentukan kode yang dipilih.
9. Lakukanlah analisis kuantitatif dan kualitatif data diagnosis yang dikode untuk pemastian kesesuaian dengan pernyataan dokter tentang diagnosis utama di berbagai lembar formulir rekam medis pasien, guna menunjang aspek legal rekam medis yang dikembangkan.

6.9 Kode Mortalitas

World Health Assembly XX tahun 1967 mendefinisikan penyebab kematian adalah penyakit, keadaan sakit atau cedera yang dapat menimbulkan kematian dan kecelakaan atau kekerasan yang menimbulkan cedera yang mematikan.

6.10 Contoh Kasus

1. *Mortality General Principle*, dan berikan kode ICD-nya

I:

- (a)Gagal hati
- (b)Obstruksi saluran empedu
- (c)Icteric
- (d)Kanker pankreas

II: -

UCOD:

Kode ICD.....

BAB VII

FILING

7.1 Tujuan Pembelajaran

- Memahami tata cara menyimpan REKAM MEDIS (rekam medis).
- Memahami tata cara menyediakan rekam medis.
- Memahami pelacakan rekam medis di bagian *filing*.
- Memahami fungsi *filing* dalam melindungi arsip-arsip rekam medis terhadap kerusakan fisik, kimiawi dan biologi.

7.2 Pengertian dan Fungsi Filing

Filing adalah segala tindakan atau perbuatan atau kegiatan yang berhubungan dengan masalah pengumpulan, klasifikasi, penyimpanan, penempatan, pemeliharaan dan distribusi atas surat-surat, catatan-catatan, perhitungan-perhitungan, grafik-grafik, data ataupun informasi yang lain dan tindakan tersebut dilakukan dengan setepat tepatnya dalam rangka melakukan suatu proses manajemen serta catatan maupun surat tersebut dapat ditemukan kembali dengan mudah.

Salah satu unit rekam medis menunjang dalam pelayanan rekam medis adalah ruang penyimpanan (*filing*) di mana dokumen rekam medis baik rawat jalan, rawat inap maupun gawat darurat disimpan. Karena rekam medis bersifat rahasia dan mempunyai aspek hukum maka keamanan fisik menjadi tanggung jawab rumah sakit, sedangkan aspek isi dari rekam

medis merupakan milik pasien. Fungsi *filing* dalam pelayanan rekam medis yaitu:

1. Menyimpan rekam medis
2. Penyedia rekam medis untuk berbagai keperluan
3. Pelindung arsip-arsip rekam medis terhadap kerahasiaan isi data rekam medis
4. Pelindung arsip-arsip rekam medis terhadap bahaya kerusakan fisik, kimiawi dan biologi

7.3 Tata Cara Kegiatan Filing dalam Pelayanan Rekam Medis

Ada beberapa tata cara yang hendaknya dilakukan oleh seorang perekam medis dalam kegiatan *filing*, yaitu sebagai berikut:

1. Menerima KK dan rekam medis yang sudah lengkap dan sudah diberi kode dari fungsi K/I.
2. Menyimpan REKAM MEDIS yang sudah lengkap ke dalam rak penyimpanan sesuai dengan metode yang digunakan dan sesuai dengan kode warna pada nomor rekam medisnya.
3. Menggunakan halaman sebaliknya *tracer*. KK yang sudah tidak terpakai untuk digunakan sebagai formulir
4. Menyediakan rekam medis dengan langkah-langkah sebagai berikut:
 - a. Menerima *tracer* yang sudah dicatat terisi dari unit pengguna untuk pelayanan pasien atau pengguna lain untuk keperluan tertentu.
 - b. Mencari nomor rekam medis sesuai dengan permintaan pada *tracer* tersebut.
 - c. Menyelipkan *tracer* pada rekam medis yang sudah ditemukan.

- d. Mengambil REKAM MEDIS yang sudah ditemukan.
5. Mencatat penggunaan rekam medis pada buku catatan penggunaan REKAM MEDIS (bon pinjam REKAM MEDIS).
6. Menandatangani dan meminta tanda tangan menerima rekam medis pada buku catatan penggunaan REKAM MEDIS.
7. Melakukan penyisiran untuk mengembalikan REKAM MEDIS yang salah letak dengan langkah-langkah sebagai berikut:
 - a. Mencatat kode warna pada kelompok nomor atau *section* pada rak *filing*.
 - b. Bila dijumpai ada nomor atau warna yang tidak sesuai, REKAM MEDIS diambil kemudian dikembalikan pada letak yang sesuai.
8. Melakukan retensi REKAM MEDIS dengan langkah-langkah sebagai berikut:
 - a. Mencatat nomor-nomor rekam medis yang sudah waktunya retensi sesuai dengan ketentuan jadwal retensi. Data tersebut diperoleh dari KIUP, bila belum menggunakan KIUP dapat pula diperoleh dari buku register pendaftaran pasien rajal dan ranap.
 - b. Menulis pada *tracer* dengan keterangan bahwa REKAM MEDIS tersebut diretensi dan disimpan pada rak REKAM MEDIS inaktif.
 - c. Menyelipkan *tracer* pada REKAM MEDIS yang akan disimpan inaktif.
 - d. Mengambil REKAM MEDIS yang akan disimpan inaktif.
 - e. Menyimpan REKAM MEDIS inaktif berdasarkan urutan tanggal terakhir berobat dan dikelompokkan berdasarkan jenis penyakit untuk keperluan:

- Menentukan lamanya penyimpanan REKAM MEDIS inaktif.
 - Memudahkan ketika akan dinilai nilai gunanya.
9. Bersama tim pemusnah rekam medis melaksanakan kegiatan pemusnahan, dengan langkah-langkah sebagai berikut:
 - a. Mengambil REKAM MEDIS inaktif yang sudah saatnya dapat dimusnahkan (disimpan dalam keadaan inaktif minimal selama 2 tahun dihitung dari saat disimpan sebagai inaktif).
 - b. Mengelompokkan REKAM MEDIS yang akan dimusnahkan berdasarkan jenis penyakit.
 - c. Membantu dalam kegiatan penilaian nilai guna rekam medis yang dilakukan oleh tim pemusnah dengan cara membacakan isi lembar formulir rekam medis yang bersangkutan.
 - d. Membuat daftar pertelaahan (pertelaan) REKAM MEDIS.
 - e. Memisahkan lembar formulir rekam medis yang akan dilestarikan.
 - f. Menjadikan satu lembar-lembar formulir rekam medis yang akan dilestarikan tersebut sesuai nama pasien yang bersangkutan dalam satu folder.
 - g. Mengawetkan formulir rekam medis yang akan dilestarikan.
 - h. Menyimpan lembar formulir rekam medis yang akan dilestarikan sesuai dengan urutan abjad nama pasien.
 - i. Membakar REKAM MEDIS yang dimusnahkan dengan *incinerator* atau mencacah kertas dengan mesin pencacah.
 10. Menghitung tingkat penggunaan REKAM MEDIS per bulan atau per triwulan.

7.4 Cara Penyimpanan

Rekam medis berisi data individual yang bersifat rahasia, maka seperti yang telah dikemukakan sebelumnya setiap folder harus disimpan dan dilindungi dengan baik karena bertujuan untuk mempermudah dan mempercepat ditemukannya kembali dokumen yang disimpan dalam rak *filing*, mempermudah mengambil dari tempat penyimpanan serta melindungi rekam medis dari bahaya pencurian, kerusakan fisik, kimiawi dan biologis.

Sistem *filing* memiliki dua cara penyimpanan berkas dalam penyelenggaraan rekam medis. Masing-masing cara penyimpanan rekam medis dengan sistem *filing* memiliki beberapa kelebihan dan kekurangan di dalamnya. Sebelum menentukan sistem yang akan dipakai perlu terlebih dahulu mengetahui bentuk penyimpanan yang diselenggarakan dalam pengelolaan instalasi rekam medis.

Syarat rekam medis dapat disimpan yaitu apabila pengisian pada lembar formulir rekam medis telah terisi dengan lengkap dan telah dirakit sehingga riwayat pasien urut secara kronologis. Ditinjau dari pemusatan atau penyatuan rekam medis maka cara penyimpanannya dibagi menjadi dua yaitu:

1. Sentralisasi

Sistem penyimpanan secara sentralisasi yaitu, suatu sistem penyimpanan dengan cara menyatukan formulir rekam medis milik pasien kedalam satu kesatuan di mana rekam medis rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, milik seorang pasien menjadi satu dalam satu folder (map). adapun keuntungannya adalah:

- Data dan informasi hasil pelayanan dapat berkesinambungan karena menyatu dalam satu folder sehingga riwayatnya dapat dibaca seluruhnya.

- Mengurangi duplikasi data dalam pemeliharaan dan penyimpanan rekam medis.
- Mengurangi jumlah biaya yang digunakan untuk peralatan dan ruangan.
- Tata kerja dan persatuan mengenai kegiatan pencatatan medis mudah disentralisasikan.
- Memungkinkan peningkatan efisiensi kerja petugas penyimpanan karena Rekam Medis milik seorang pasien berada dalam satu folder.
- Mudah menerapkan sistem *unit record*.

Adapun kekurangan dari sistem ini adalah:

- Petugas rekam medis menjadi lebih sibuk karena harus menangani unit rawat jalan dan unit rawat inap.
- *Filing* (tempat penyimpanan) rekam medis harus jaga 24 jam karena sewaktu-waktu diperlukan untuk pelayanan UGD yang dibuka 24 jam.
- Tempat penerimaan pasien harus bertugas 24 jam, karena rekam medis digunakan sewaktu-waktu bila pasien datang untuk berobat.

2. Desentralisasi

Sistem penyimpanan secara desentralisasi yaitu suatu sistem penyimpanan dengan cara memisahkan formulir rekam medis milik pasien di mana rekam medis rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, milik seorang pasien dipisahkan pada folder (map) yang berbeda.

Keuntungannya:

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

Kekurangannya:

- Terjadinya duplikasi data dalam pembuatan rekam medis, yaitu data dan informasi pelayanan pada pasien dapat disimpan lebih dari satu folder.
- Biaya yang diperlukan untuk peralatan dan ruangan lebih banyak.

7.5 Penjajaran Rekam Medis

Penjajaran rekam medis merupakan rekam medis yang disimpan di dalam rak penyimpanan tidak ditumpuk melainkan disusun, berdiri sejajar satu dengan yang lain. Menurut Bambang Shofari, 1998 dalam bukunya *Pengantar Sistem Rekam Kesehatan*. Penjajaran rekam medis ada 3 cara yaitu:

1. Sistem Nomor Langsung (*Straight Numerical Filing*)
Sistem penyimpanan rekam medis dengan menjajarkan folder rekam medis berdasarkan urutan nomor rekam medis dari awal.
Contoh:
Seksi 01 Seksi 02 Seksi 03
01-11-89 02-05-45 03-99-97
01-11-90 02-05-46 03-99-98
2. Sistem Angka Tengah (*Middle Digit Filing*)
Sistem penyimpanan rekam medis dengan menjajarkan folder rekam medis berdasarkan urutan nomor rekam medis pada dua angka kelompok tengah.
Contoh:
Seksi 17 Seksi 70 Seksi 99
12-17-55 60-70-99 04-99-97
12-17-56 1-70-00 04-99-98

3. Sistem Angka Akhir (*Terminal Digit Filing*)
Sistem penyimpanan rekam medis dengan menjajarkan folder rekam medis berdasarkan urutan nomor rekam medis pada dua angka kelompok akhir.
Contoh:
Seksi 42 Seksi 89 Seksi 99
00-00-42 98-60-89 98-24-99
01-00-42 99-60-89 99-24-99

7.6 Prosedur *Filing*

Ada beberapa prosedur yang hendaknya dijalankan oleh seorang petugas rekam medis dalam melakukan *filing*. Di antaranya sebagai berikut:

1. Prosedur penerimaan rekam medis dan kartu kendali dari fungsi koding dan indeksing.
2. Prosedur penyimpanan rekam medis.
3. Prosedur pengambilan kembali rekam medis.
4. Prosedur penyisiran dan retensi rekam medis.
5. Prosedur penilaian nilai guna rekam medis.
6. Prosedur pengabdian formulir rekam medis.
7. Prosedur pemusnahan formulir rekam medis.

7.7 Catatan Penting

Bagian *filing* dalam melaksanakan fungsinya hendaknya memenuhi ketentuan pokok sebagai berikut:

1. Bahwa tidak satu pun rekam medis keluar dari ruang rekam medis tanpa kartu permintaan dan tidak hanya berlaku bagi orang luar tetapi juga bagi petugas rekam medis.

2. Seorang yang meminjam atau yang menerima rekam medis berkewajiban untuk mengembalikan dalam keadaan baik dan tepat waktu.
3. Rekam medis tidak dibenarkan diambil dari rumah sakit kecuali atas perintah pengadilan.
4. Rekam medis dapat dipinjam oleh dokter atau pegawai rumah sakit untuk dibawa ke ruang kerja selama jam kerja, maka rekam medis harus dikembalikan ke ruang rekam medis pada akhir jam kerja.
5. Rekam medis yang digunakan oleh beberapa orang perpindahan dari satu orang ke lain orang harus dilakukan dengan mengisi kartu pindah tangan. Kartu pindah tangan berisi tanggal, pindah tangan dari siapa, kepada siapa, untuk keperluan apa, dan digunakan oleh dokter siapa.

BAB VIII

FORMULIR REKAM MEDIS

8.1 Tujuan Pembelajaran

- Memahami aspek desain formulir rekam medis.
- Memahami isi rekam medis pasien rawat jalan.
- Memahami isi rekam medis pasien rawat inap.
- Memahami isi rekam medis pasien rawat IGD.

8.2 Aspek Desain Formulir Rekam Medis

Aspek desain formulir rekam medis yang perlu diperhatikan, antara lain:

1. Aspek anatomi

- a. Kepala (*heading*) memuat judul dan informasi mengenai formulir, nama dan alamat organisasi, nama dan nomor formulir, tanggal penerbitan dan halaman. Biasanya judul terletak pada bagian tengah atas. Hal ini untuk menunjukkan jenis dan kegunaannya. Judul dibuat sesingkat mungkin tetapi jelas. Nomor dapat digunakan untuk menunjukkan keunikan. Dapat diletakkan di pojok kiri bawah atau kanan bawah. Nomor formulir ini dapat juga digunakan untuk menunjukkan sumber dan jenisnya. Jika formulir terdiri lebih dari satu halaman, maka tiap-tiap halaman harus diberi nomor dan jumlah halaman, supaya bila ada halaman yang hilang dapat diketahui. Nomor dan jumlah halaman ini biasanya diletakkan pada sebelah kanan atas.

- b. Pendahuluan (*introduction*) memuat informasi pokok yang menjelaskan tujuan dari penggunaan formulir yang bersangkutan. Kadang-kadang tujuan ditunjukkan oleh judul. Kalau penjelasan lebih lanjut diperlukan, pernyataan yang jelas bias dimasukkan kedalam formulir untuk menjelaskan tujuan.
- c. Perintah (*instruction*) adalah perintah untuk mengetahui berapa *copy* yang diperlukan, dikirim kepada siapa, instruksi harus dibuat sesingkat mungkin. Perintah yang dimaksud adalah keterangan agar *user* dapat dengan segera mengetahui berapa lembar salinan yang diperlukan, siapa yang harus menyerahkan/mengirimkan formulir, kepada siapa lembar salinan dikirimkan, dan sebagainya. Instruksi tidak boleh diletakkan di antara ruang-ruang atau *entry*, karena hal ini membuat formulir terkesan berantakan dan mempersulit pengisian. Formulir yang baik harus bersifat *self instruction*, artinya harus berisi instruksi- instruksi yang jelas bagi pengisi untuk menuliskan data tanpa harus bertanya lagi.
- d. Badan (*body*) merupakan bagian dari badan formulir yang disediakan khusus untuk pekerjaan substantif formulir yang sesungguhnya dalam menyusun urutan data harus logis, sistematis, konsisten, sehingga mudah untuk dibaca dan dipahami. Pertimbangan lain yang harus diperhatikan dalam satu badan formulir meliputi:
- 1) *Margin* (batas pinggir)
 - a) *Margin* (batas pinggir)
 - b) *Margin* minimum untuk batas atas $2/16''=0,32\text{cm}$
 - c) *Margin* minimum untuk batas bawah $2/18''=0,28\text{cm}$
 - d) *Margin* minimum untuk batas sisi $2/18''=0,28\text{cm}$
- 2) *spacing*

- 2) *Spacing*
 - a) *Horizontal spacing* disediakan $1/12$ " untuk huruf "elite", $1/10$ untuk huruf "pica".
 - b) *Vertical spacing* terdapat enam garis vertikal setiap inci pada mesin ketik standar, elite atau pica. Berikan $1/16$ " atau kelipatannya, untuk setiap baris pengetikan.
 - c) Untuk spasi yang dibuat dengan tulisan tangan, berikan horizontal *spacing* $1/10$ " sampai $1/12$ " per karakter *vertical spacing* $1/4$ " $1/4$ " sampai $1/3$ ". Spasi antar baris dan spasi antar karakter pada formulir sampai $1/3$ ". Spasi antar baris dan spasi antar karakter pada formulir harus diperhatikan, terutama bila formulir akan diisi dengan data yang dicetak dengan mesin.
- 3) *Rules* atau garis *rules* adalah sebuah garis vertikal atau horizontal. Garis ini bisa langsung, terputus-putus atau paralel berdekatan yang melayani berbagai tujuan.
- 4) *Type style* atau jenis huruf, Jenis huruf penting dalam hal keterbacaan dan penonjolan untuk satu formulir yang paling baik adalah menggunakan sedikit mungkin jenis dan ukuran huruf. Item-item dengan tingkat kepentingan yang sama hendaknya dicetak dengan huruf yang sama di semua bagian formulir.
- 5) Cara pencatatan, cara pencatatan dapat dilakukan dengan tulisan tangan, atau komputer.
- 6) *Penutup (Close)*

komponen utama terakhir formulir kertas adalah *close* atau penutup, merupakan ruangan yang disediakan untuk tanda tangan autentikasi dan ketik persetujuan.

2. Aspek fisik

Dalam pembuatan formulir harus memperhatikan:

a. Warna

Pertimbangan harus diberikan kepada pengguna warna dan jenis tinta yang sesuai dengan kebutuhan dan keinginan dalam merancang desain formulir. Penggunaan warna membantu mengidentifikasi dengan cepat formulir yang digunakan. Warna yang baik adalah warna yang datanya mudah di baca, terutama bila menggunakan karbon. Warna yang baik adalah warna yang cerah.

b. Bahan

Yang harus diperhatikan dalam penelitian bahan adalah berat kertas dan kualitas kertas yang berkaitan dengan *permanency* atau penyimpanan.

c. Ukuran

Ukuran yang digunakan adalah ukuran praktis yang disediakan dengan kebutuhan isi formulir. Usahakan ukuran kertas yang digunakan berupa ukuran kertas yang standar dan banyak dijual. Jika kertas tidak standar, sebaiknya dibuat ukuran yang merupakan kelipatan yang tidak membuang kertas, seperti ukuran kertas standar dibagi 2,3,4, dst.

d. Bentuk

Menyarankan bentuk (vertikal, horizontal, dan persegi panjang). Beberapa faktor harus dipertimbangkan di dalam pemilihan kertas yang akan digunakan, yaitu:

- Lama formulir akan disimpan
- Penampilan dari formulir
- Banyak formulir tersebut ditangani
- Bagaimana penanganannya (halus, kasar, dilipat, atau dibawa-bawa oleh pemakainya)

- Kemudahan untuk digunakan
- Tahan lama untuk pengisian yang lama
- Lingkungan (minyak, kotor, panas, dingin, lembap)
- Metode untuk pengisian data di formulir (tulis tangan, mesin)
- Keamanan terhadap pudarnya data

3. Aspek isi

Dalam pembuatan desain formulir harus memperhatikan aspek isi yaitu:

a. Butir data atau *item*

Butir data atau *item* merupakan data apa saja yang perlu dimasukkan dalam mendesain formulir.

b. Pengurutan

Pengurutan menurut pengelompokan datanya apakah sudah sesuai atau belum.

c. *Caption*

Merupakan kejelasan kata pada suatu formulir. Merupakan kata-kata yang dicetak di formulir untuk menunjukkan siapa yang harus mengisi data dan apa yang harus diisikan.

d. Pengelompokan data

Data yang sudah ada dikelompokkan menurut jenisnya masing-masing.

e. Terminologi data

Ada tidaknya istilah bahasa medis yang tidak diketahui oleh orang awam yang perlu diberi keterangan dalam bahasa Indonesia.

8.3 Daftar Rekam Medis Pasien Rawat Jalan maupun Rawat Inap

Berikut adalah formulir-formulir rekam medis yang digunakan difasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan pelayanan yang diberikan kepada pasien:

- Ringkasan Masuk dan Keluar
- Resume Medis
- Sebab Kematian
- Asesmen Awal Medis
- Asesmen Awal Pasien Rawat Inap
- Asesmen Ulang Pasien Rawat Inap
- Asesmen Nyeri Lanjutan
- Asesmen Ulang Penilaian Risiko Jatuh dan Intervensi
- Asesmen Ulang Penilaian Risiko Jatuh pada Pasien Anak
- Asesmen Awal Kandungan
- Asesmen Awal Kebidanan
- Laporan Persalinan dan Kelahiran
- Asesmen Awal Medis Neonatus
- Pemberian Informasi Pasien Masuk Perawatan R.NICU
- Asesmen Pasien Terminal/Menjelang Akhir Hayat
- Asesmen Geriartri
- Asesmen Kekerasan Seksual
- Asesmen Pasien Anak Terlantar
- Asesmen Pasien dengan Masalah Napza, Alkoholisme dan Orang Terlantar
- Asesmen Pasien Isolasi dan Immunocomprimized
- Pengkajian Edukasi Pasien dan Keluarga
- Lembar Observasi dan Pemberian Cairan
- Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi
- Catatan Perkembangan Keperawatan

- Modifikasi Barthel Index
- Pemberian Informasi Pasien Masuk Perawatan Ruang ICU
- Persetujuan Pasien Masuk Perawatan ICU
- Lembar Observasi Intensif
- Formulir Kriteria Pasien Masuk dan Keluar ICU
- Checklist Kriteria Keluar ICU
- Alur Klinik/Clinical Pathway Stroke Infark
- Alur Klinik/Clinical Pathway PJK - Acute Myocardial Infarction
- Alur Klinik/Clinical Pathway Penyakit Ginjal
- Alur Klinik/Clinical Pathway Dyspepsia
- Alur Klinik/Clinical Pathway Diabetes Meilitus Tipe II Tanpa Komplikasi
- Lembar Konsultasi
- Persetujuan Tindakan Anestesi
- Status Anestesi
- Materi Edukasi Anestesi
- Pemantauan Pasca Anestesi di Ruang Pemulihan
- Pernyataan Pemberian Informasi Tindakan Kedokteran
- Persetujuan Tindakan Kedokteran
- Asesmen Pre Operasi
- Checklist Verifikasi Pasien Pre Operasi
- Checklist Keselamatan Pasien Pre Operasi
- Lokasi Side Marking Laki-Laki
- Lokasi Side Marking Perempuan
- Lembar Laporan Operasi/Tindakan
- Verifikasi Pasien Post Operasi
- Observasi Operasi Dengan Anestesi Lokal

- Checklist Verifikasi Pre Transfusi Darah Instruksi dan Pelaksanaan Pemberian Transfusi
- Rencana dan Tindakan Keperawatan Hemodialisis
- Pengkajian Harian Hemodialisis
- Persetujuan Testing Human Immunodeficiency Virus
- Jadwal Pemberian Obat
- Formulir Rujukan Khusus
- Formulir Rekonsiliasi Obat
- Pelaporan Efek Samping Obat
- Formulir Double Check High Alert dan Lasa
- Formulir Skrining Gizi Lanjut
- Hak Kewajiban Pasien dan Keluarga
- Persetujuan Umum/General Consent
- Formulir Persetujuan DPJP
- Transfer Pasien Intra Rumah Sakit
- Transfer Pasien Antar Rumah Sakit
- Formulir Penyimpanan Harta Benda Milik Pasien
- Formulir Permintaan Privasi
- Persetujuan Permintaan Pendapat Lain
- Formulir Permintaan Penerjemah
- Formulir Permintaan Pelayanan Rohani
- Formulir Pernyataan Pemberian Informasi Penundaan Pelayanan
- Persetujuan Penundaan Pelayanan
- Penolakan Tindakan Kedokteran
- Penolakan Tindakan Resuitasi
- Pernyataan Penolakan Rawat Inap atas Permintaan Sendiri
- Surat Pernyataan Biaya Perawatan
- Resume Pasien Pulang

- Surat Pengantar Rawat Inap
- Surat Permohonan Pendaftaran Rawat Inap
- Penerimaan Pasien Masuk Rujukan
- Formulir Identitas Pasien
- Surat Pengantar Rawat Inap

8.4 Rekam Medis Pasien Rawat Jalan

Isi rekam medis rawat jalan berdasarkan peraturan menteri kesehatan Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 sekurang-kurangnya berisi tentang:

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

Persetujuan tindakan atau disebut dengan *informed consent* diperoleh sebelum operasi, anestesi, penggunaan darah atau produk darah, transplantasi organ tubuh, hemodialisis dan tindakan medis serta pengobatan lain yang berisiko tinggi. Apabila pasien dan keluarganya telah memutuskan berpartisipasi dalam penelitian klinis, pemeriksaan klinis atau *clinical trial*, *informed consent* harus memberikan *informed consent*.

Informasi yang diberikan ketika mengambil keputusan akan mendasari *informed consent*. Berikut contoh isi formulir *general consent*:

8.5 Rekam Medis Pasien Rawat Inap

Data pasien rawat inap yang dimasukkan dalam *medical record* berdasarkan peraturan menteri kesehatan Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 sekurang-kurangnya memuat antara lain:

1. Identitas pasien

Merupakan elemen informasi sebagai pengidentifikasi personal, yang dikumpulkan sewaktu pendaftaran pasien atau pada saat kedatangan awal ke penyedia atau institusi pelayanan kesehatan. Elemen ini diperkirakan hanya diambil sekali atau diperbarui setiap tahun.

Pengidentifikasi personal adalah nama unik atau nomor identifikasi yang akan membedakan informasi antar individu untuk tujuan riset dan administratif. Nomor identifikasi unik adalah elemen yang paling penting untuk dicatat secara seragam (Gemala Hatta, 2009).

2. Tanggal dan waktu

Tanggal dan waktu di dalam formulir rekam medis harus jelas. Di mana berisi tanggal dan waktu mulai dirawat serta tanggal dan waktu selesai mendapatkan perawatan di rumah sakit (rawat inap).

3. Anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, riwayat penyakit)

Anamnesis dilakukan oleh dokter terhadap pasien atau keluarga pasien melalui percakapan untuk mengetahui keluhan

dan kondisi pasien secara mendalam dalam menegakkan diagnosis.

Adapun Tujuan Anamnesis:

- Agar dokter memperoleh gambaran tentang kondisi pasiennya. Dokter harus bisa menelaah dengan cermat informasi yang diberikan pasien. Langkah awal penegakan diagnosis adalah dengan anamnesis yang tepat.
- Terjalin hubungan yang baik antara dokter dengan pasiennya. Untuk mendapatkan informasi yang tepat mengenai kondisi pasien, seorang dokter terlebih dahulu hendaknya bisa mencairkan suasana agar pasien bisa terbuka dengan kondisi yang sebenarnya dialami pasien. ini sebagai langkah untuk mendapatkan informasi yang sesuai dengan diawali komunikasi efektif yang baik antara dokter dan pasien.

4. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis

Lembaran pemeriksaan fisik berisi tentang identitas pasien, tanggal pemeriksaan, tinggi badan (TB), berat badan (BB), suhu, nadi, respirasi dan tekanan darah, kesan, tindakan yang direncanakan, serta dibubuhi tanda tangan dokter.

Sistematika pencatatan:

- Kondisi umum
- Kulit
- Kepala, telinga, mata, hidung, tenggorokan
- Kelenjar getah bening
- Leher
- Payudara
- Dada
- Jantung
- Petur

- Genitalia
- Musculoskeletal
- Syaraf
- Rectum
- Vagina

5. Diagnosis

Diagnosis adalah identifikasi sifat-sifat penyakit atau kondisi atau membedakan satu penyakit atau kondisi dari yang lainnya. Penilaian dapat dilakukan melalui pemeriksaan fisik, tes laboratorium, atau sejenisnya, dan dapat dibantu oleh program komputer yang dirancang untuk memperbaiki proses pengambilan keputusan. Penegakan diagnosis memerlukan pemeriksaan penunjang seperti hasil laboratorium, tes urine, tes USG, *rontgen*, atau pemeriksaan penunjang yang lain yang dianggap perlu oleh seorang dokter.

Jika seorang pasien merasa ragu dengan hasil diagnosis dokter, seorang pasien bisa meminta kepada dokter untuk dilakukan pemeriksaan penunjang lainnya.

6. Rencana penatalaksanaan

Penulisan rencana penatalaksanaan dilakukan oleh dokter. Tujuan dilakukannya rencana penatalaksanaan antara lain untuk memperbaiki pola jalan pasien yang diperiksa. Misalnya pasien adalah seorang anak yang mengalami diare maka dokter melakukan rencana penanganan diare yang terbaik pada anak tersebut adalah dengan melakukan pengembalian cairan yang hilang dan pencegahan dehidrasi (kehilangan cairan) melalui pemberian oralit.

7. Pengobatan dan tindakan

Harus jelas persetujuan untuk pengobatan bila didapat pada waktu pasien masuk sebagai rawat inap atau didaftar pertama kali sebagai rawat jalan dan didokumentasikan di dalam rekam medis sesuai dengan ketentuan rumah sakit.

8. Persetujuan tindakan bila perlu

Persetujuan dari pasien untuk tindakan oleh dokter terhadap pasien dianggap penting. Jika pasien merasa tidak yakin dengan tindakan yang akan dilakukan oleh dokter yang merawatnya, maka pasien bisa menanyakan atau meminta pendapat dari dokter lain.

9. Persetujuan umum

Persetujuan umum merupakan pernyataan kesepakatan yang diberikan oleh pasien terhadap peraturan rumah sakit yang bersifat umum. Dalam persetujuan umum ini memuat antara lain:

- Persetujuan rawat inap
- Penanganan barang-barang milik pasien
- Hak dan kewajiban pasien
- Informasi rawat inap
- Persetujuan pelepasan informasi
- Informasi biaya
- Keinginan untuk privasi
- Hak dan kewajiban pasien

10. Catatan observasi pasien dan hasil pengobatan

Catatan observasi pasien merupakan lembaran yang berasal dari catatan dokter atau hasil pengamatan dokter, perawat terhadap kondisi klinis pasien. Isi lembar observasi pasien di antaranya memuat:

- Tingkat kesadaran pasien (GCS, KU, dan keluhan-keluhan yang dikatakan pasien)
- Hasil tensi pasien
- Jenis terapi dan hasil terapi yang diberikan kepada pasien
- Hasil pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan penunjang seperti: hasil *rontgen*, hasil USG, hasil CT-Scan, dan sebagainya.

Sedangkan formulir hasil pengobatan merupakan formulir yang berisi tentang hasil dari tindakan medis, perawatan para medis, pemeriksaan yang diterima oleh pasien apakah kondisi pasien bisa lebih baik dari sebelumnya.

11. Ringkasan pulang (*discharge summary*)

Ringkasan pulang atau disebut resume medis, merupakan kesimpulan atau ringkasan yang menjelaskan tentang penyakit yang diderita pasien, pemeriksaan, pengobatan, dan tindakan yang diterima dokter. Yang dimaksud resume medis dalam Petunjuk Teknik Depkes RI (1997) adalah ringkasan pelayanan yang diberikan oleh tenaga penyedia layanan kesehatan atau dokter, selama masa perawatan hingga pasien keluar dari rumah sakit baik dalam keadaan hidup maupun meninggal.

Menurut Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit, 1997, ringkasan dapat ditulis pada bagian akhir catatan perkembangan atau dengan lembaran tersendiri. Bagi rumah sakit-rumah sakit kecil hal ini ditentukan oleh kegunaan catatan tersebut. Pengecualian bagi resume medis ini terutama untuk pasien yang dirawat kurang dari 48 jam. Resume medis ini harus segera ditulis dan dibuat setelah pasien selesai dan pulang dalam perawatan oleh dokter dari rumah sakit dalam keadaan hidup.

Pemeriksaan pasien akan terlihat secara lengkap namun ringkas dalam resume medis dan dapat digunakan kembali untuk pengobatan atau kontrol kembali di mana pun pasien kembali berobat.

Isi resume medis sekurang-kurangnya memuat:

- Identitas pasien terdiri dari nama pasien, tempat tanggal lahir pasien jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat lengkap dan nomor rekam medis
- Anamnesis
- Riwayat perjalanan penyakit
- Diagnosis masuk dan indikasi pasien dirawat
- Cara penerimaan pasien berasal dari instalasi gawat darurat atau dari poliklinik yang memerlukan perawatan lebih lanjut di rawat inap
- Ruang rawat dan kelas
- Pembayaran melalui BPJS atau umum
- Nama penanggung jawab pembayaran
- Tanggal mulai masuk ruang rawat atau mulai dirawat meliputi waktu, tanggal, bulan dan tahun
- Tanggal keluar/sudah selesai perawatan meliputi waktu, tanggal, bulan dan tahun
- Lama dirawat (berapa hari pasien dirawat)
- Nama operasi/tindakan medis yang diterima pasien selama menjalani rawat inap
- Keterangan dipindahkan ruang rawat jika pasien pernah dipindahkan ruangnya dari satu ruangan rawat ke ruang perawatan lain
- Jenis anestesi yang diterima pasien (jika ada)
- Penyebab luar cedera dan keracunan
- Keadaan waktu pasien keluar: sembuh, membaik, belum sembuh, mati <48 jam, mati >48 jam

- Cara keluar: diizinkan pulang, pulang paksa, dirujuk, lari atau pindah ke rumah sakit lain
- Ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang ringkasan ini diambil dari catatan dalam formulir-formulir hasil pemeriksaan laboratorium maupun *rontgen* yang dilakukan kepada pasien yang diletakkan di rekam medis pasien secara kronologis
- Diagnosis akhir
- Pengobatan dan tindak lanjut pengobatan pada pasien adalah seluruh tindakan/penangan medis yang diberikan perawat/tenaga medis lain kepada pasien. Tindak lanjut di sini ditekankan bahwa tindakan apa akan diberikan selanjutnya kepada pasien misalnya pada penderita TBC, Setelah diberi OAT selama 2 bulan, respons pengobatan pasien harus dievaluasi.

Respons pengobatan dikatakan baik apabila gejala klinis berkurang, nafsu makan meningkat, berat badan meningkat, demam menghilang, dan batuk berkurang. Apabila respons pengobatan baik maka pemberian OAT dilanjutkan sampai dengan 6 bulan. Sedangkan apabila respons pengobatan kurang atau tidak baik maka pengobatan TB tetap dilanjutkan sambil mencari penyebabnya. Sistem *scoring* hanya digunakan untuk diagnosis, bukan untuk menilai hasil pengobatan.

- Kondisi pada saat pulang
Anjuran/rencana/kontrol selanjutnya. Alasan pulang (sembuh, pulang paksa, pindah rumah sakit lain, meninggal)
- Dokter yang merawat
- Tanda tangan dokter yang merawat

Apabila mutu resume medis kurang baik, dapat dilihat dari tidak adanya resume medis atau tidak lengkapnya pengisian resume medis, maka secara keseluruhan akan menyebabkan mutu rekam medis akan kurang baik, dan diikuti dengan mutu rumah sakit yang kurang baik. Akibat dari resume medis yang tidak ada atau tidak diisi dengan lengkap.

Karena resume medis mencerminkan ringkasan segala informasi yang penting, menyangkut pasien dan bisa dijadikan sebagai dasar untuk melakukan tindakan yang lebih lanjut. Misalnya jika pasien tidak bisa ditangani di RS tipe C dan di rujuk ke RS tipe A maka yang pertama dilihat jika pasien sudah diterima di RS tipe A adalah resume medis pasien yang berasal dari RS tipe C.

Tujuan pembuatan resume medis berdasarkan buku pedoman pengelolaan rekam medis rumah sakit tahun 1997, yaitu sebagai berikut:

- Untuk menjamin kontinuitas pelayanan medik dengan kualitas yang tinggi serta sebagai bahan yang berguna bagi dokter yang menerima pasien apabila pasien tersebut dirawat kembali di rumah sakit.
- Sebagai bahan penelitian staf medis di rumah sakit.
- Untuk memenuhi permintaan badan-badan resmi atau perorangan tentang perawatan seorang pasien, misalnya dari perusahaan asuransi (dengan persetujuan pimpinan).
- Sebagai bahan informasi bagi dokter yang bertugas, dokter yang mengirim dan konsultan. Hal ini menjadi semacam insentif bagi semua dokter yang diharuskan menulis resume medis.
- Untuk diberikan tembusannya kepada asisten ahli yang memerlukan catatan tentang pasien yang pernah mereka rawat.

Adapun kriteria/syarat-syarat resume medis harus singkat dan jelas di mana hanya menjelaskan informasi penting tentang penyakit, pemeriksaan yang dilakukan dan pengobatannya.

Resume harus ditulis segera setelah pasien keluar dan isinya menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut:

- Mengapa pasien masuk rumah sakit.
- Apakah hasil-hasil penting pemeriksaan laboratorium, *rontgen*, dan fisik.
- Apakah pengobatan medis maupun operasi yang diberikan (termasuk respons pasien, komplikasi dan konsultasi).
- Bagaimana keadaan pasien pada saat keluar.
- Apakah anjuran pengobatan/perawatan yang diberikan.

12. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan.

Pada Pasal 6 PERMENKES 269 tahun 2008 menyatakan dokter, dokter gigi, dan/atau tenaga kesehatan tertentu bertanggung jawab atas catatan dan/atau dokumen yang dibuat pada rekam medis.

13. Pelayanan lain yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan tertentu

Pelayanan lain yang diberikan oleh tenaga kesehatan tertentu merupakan pelayanan yang diberikan kepada pasien yang berasal dari tenaga kesehatan di bidang tertentu. Misalnya pemberian sinar terapi pada punggung pasien oleh tenaga fisioterapi, teknisi pelayanan darah, teknisi gigi.

14. Untuk kasus gigi dan dilengkapi dengan odontogram klinik

Isi formulir odontogram klinik biasanya berupa nama klinik, alamat klinik, nama dokter beserta nomor telepon. Sedangkan pada bagian bawah format biasanya adalah tanda tangan dokter pemeriksa. Ini merupakan standar minimal, di mana bisa dikembangkan lagi sesuai dengan keperluan masing-masing dokter gigi, asalkan tidak mengurangi isi yang sudah ada.

8.6 Rekam Medis Pasien IGD

Data pasien instalasi gawat darurat yang harus dimasukkan dalam *medical record*. Petugas rekam medis yang bertugas di instalasi gawat darurat harus mengetahui isi ringkasan medis pasien di instalasi gawat darurat, yang isinya terdiri dari:

- Identitas pasien yang terdiri dari: nomor rekam medis, nama pasien, tempat, tanggal lahir pasien, jenis kelamin, umur
- Tanggal dan waktu masuk di IGD
- Jenis kunjungan meliputi: datang sendiri, rujukan dari rumah sakit, puskesmas/dokter/klinik/lainnya
- Identitas pengantar pasien meliputi: nama lengkap, alamat, hubungan dengan pasien Keluarga atau orang lain atau polisi, nomor telepon
- Permintaan visum: ada/tidak, tanggal dan waktu visum
- Keadaan pasien saat tiba di IGD
- Anamnesis
- Riwayat penyakit
- Pemeriksaan fisik
- Pemeriksaan kesadaran pasien
- Pemeriksaan denyut nadi: berapa frekuensi per menit

- Pemeriksaan di bagian kepala, mata, telinga, hidung, mulut, gigi, tenggorokan, leher, dada
- Pemeriksaan pernapasan pasien
- Pemeriksaan jantung, paru-paru, hepar, lien, ginjal
- Suhu tubuh pasien
- Tekanan darah pasien
- Pemeriksaan pada bagian perut
- Pemeriksaan kandungan
- Pemeriksaan kemaluan
- Ekstremitas
- Pemeriksaan laboratorium
- Pemeriksaan radiologi
- Pemeriksaan khusus
- Diagnosis
- Tindakan yang dilakukan
- Terapi yang diberikan meliputi: suntikan, infus, transfusi, oral
- Tindak lanjut yang dilakukan (pulang, rawat inap, dirujuk)
- Catatan dokter
- Nama dan tanda tangan dokter yang merawat

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 isi rekam medis di IGD, sekurang-kurangnya antara lain:

1. Identitas pasien
2. Kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan
3. Identitas pengantar pasien
4. Tanggal dan waktu
5. Hasil anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, riwayat penyakit)
6. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis

7. Diagnosis
8. Pengobatan dan/atau tindakan
9. Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut
10. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
11. Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain, dan
12. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien

8.7 Isi Rekam Medis Pasien Rawat Inap di Pelayanan Akut

Isi rekam medis tidak terlepas dari data klinis, data klinis itu termasuk data pemeriksaan, perawatan atau pelayanan medis. Adapun rekaman data atau informasi klinis untuk pasien rawat inap di sarana pelayanan akut meliputi:

1. Riwayat medis masa lalu

Berisi ringkasan latar belakang penyakit terdahulu yang perlu diketahui dokter dan cenderung dijawab oleh pasien secara subjektif. Meliputi komponen: keluhan utama, penyakit saat ini, riwayat sakit terdahulu, data sosial dan riwayat pribadi, riwayat sakit keluarga, telaahan sistem tubuh.

2. Pemeriksaan fisik

Sesudah pasien memberikan masukan yang bersifat subjektif tentang riwayat medisnya, dokter akan memeriksa keadaan fisik pasien secara objektif. Informasi pemeriksaan fisik yang objektif ini harus tersedia dalam rekam kesehatan pasien dalam waktu 24 jam sejak pasien terdaftar sebagai pasien masuk. Tanpa informasi ini, pembedahan tidak dapat terlaksana.

3. Observasi klinis

Pelaksanaan rekaman observasi klinis menggunakan berbagai format termasuk catatan perkembangan, laporan konsultasi dan catatan penunjang.

4. Catatan perkembangan (CP)

Catatan perkembangan (CP) yang ditulis oleh dokter yang bertanggung jawab terhadap pasien disebut sebagai dokter utama dan akan memeriksa kondisi awal masa perawatan pasien. Selanjutnya data riwayat medis 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.

Hal yang perlu diperhatikan 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 catatan perkembangan (CP) meliputi:

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

5. 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. Perawatan mencatat tindakan dalam asuhan keperawatan.

6. Perintah dokter tentang diagnostik dan terapeutik

Perintah dokter adalah instruksi dokter kepada tenaga profesional lain di pelayanan kesehatan yang sama-sama terlibat dalam penyembuhan pasien. Tenaga profesional tersebut melaksanakan perintah dokter tentang prosedur diagnostik, terapeutik, pelayanan perawatan, memformulasi dan memberikan medikasi serta memberikan pelayanan nutrisi kepada pasien. Jika diberikan medikasi yang merupakan pelayanan akut, maka semuanya harus tercatat dalam daftar medikasi yang berisi:

- Nama
- Nama keluarga (ayah/suami/marga)
- Nomor rekam medis
- Tanggal, bulan, dan tahun kelahiran
- Nomor masalah
- Medikasi
- Dosis

Formulir perintah dokter berisi nama lengkap, umur, nomor rekam medis, jenis kelamin (identitas pasien), diagnosis, usia, berat badan, alergi obat, nama obat dosis yang setara, nama perawat pelaksana, perintah dokter. Isi perintah dokter ditujukan ke perawat pelaksana yang diberi tanggung jawab untuk

melakukan tindakan yang diinstruksikan oleh dokter. Misalnya untuk pasien rawat inap yang memerlukan perawatan, perawat bisa memberikan tindakan sesuai instruksi yang dokter berikan. Instruksi yang diberikan oleh dokter kepada perawat yang bertugas, bisa berupa instruksi tindakan keperawatan dan instruksi tindakan medis. Instruksi tindakan keperawatan bisa berupa:

- Pergantian perban oleh pasien yang telah mengalami kecelakaan dan harus memerlukan perawatan luka
- Pengaturan tirah baring pasien
- Perawat mengantarkan pasien untuk pemeriksaan *rontgen* atau ke ruangan *rontgen*
- Melakukan kompres
- Observasi cairan balance cairan
- Perawat melakukan pengambilan sampel darah dari pasien untuk keperluan laboratorium dan penegakan diagnosis
- Instruksi melakukan perawatan kepada pasien operasi baik sesudah maupun sebelum pasien di operasi
- Kumbah lambung
- Melakukan observasi TTV
- Melakukan personal hygiene
- Perawat melakukan kolaborasi dengan instalasi gizi
- Memberikan motivasi kepada pasien

Adapun yang dimaksud dengan instruksi tindakan medis adalah perawat diinstruksikan oleh dokter untuk melakukan:

- Pemberian obat oral kepada pasien
- Pemberian injeksi kepada pasien
- Pemasangan infus kepada pasien
- Pergantian infus
- NGT

- ETT
- DC
- O₂ kanul lebih dari 3 liter
- NRM
- Nebulizer
- Torakosintesis
- Hemodialisis oleh perawat HD

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

Instruksi tindakan medis dari dokter kepada perawat bisa dilakukan melalui telepon. Namun perawat perlu mencatat semua instruksi yang dikatakan dokter melalui telepon kedalam lembaran instruksi dokter dan ditambahkan keterangan vokal order dan ditambahkan nama dokter yang memberikan instruksi, sehingga jika terjadi suatu hal kepada pasien maka bukan perawat saja yang harus bertanggung jawab tapi juga dokter.

7. Laporan dan hasil prosedur diagnostik dan terapeutik

- a. Laporan diagnostik seperti:
 - Hasil tes laboratorium (darah, urine dan sampel lain)
 - Pemeriksaan patologis berupa pengambilan sampel jaringan ataupun pengambilan jaringan atau organ dalam pembedahan. Hasil pemeriksaan harus dianalisis secara tertulis oleh ahli patologi
 - Scan radiologi dan pencitraan (*imaging*) X-Ray yang berasal dari berbagai bagian tubuh manusia dan organ

spesifik. Hasil pemeriksaan harus dianalisis secara tertulis oleh ahli radiologi

b. Laporan operasi

- Diagnosis pre dan pasca operasi
- Deskripsi tentang prosedur pembedahan
- Deskripsi tentang seluruh temuan normal dan tidak normal
- Deskripsi tentang kejadian unik dan tidak lazim dalam pembedahan
- Jumlah ikatan, tekukan, jahitan dan jumlah pak, drain, spons yang digunakan
- Deskripsi tentang spesimen yang diambil
- Nama ahli bedah dan asisten yang membantu
- Tanggal dan lama proses pembedahan

8. 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.

Laporan konsultasi biasanya memuat informasi (Clark, Jean, S, ed 2004, hlm 970:

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

9. Ringkasan riwayat pulang

Informasi 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 ditanda tangani oleh dokter yang merawat pasien. Isinya terkait dengan:

- Jenis perawatan yang diterima pasien
- Reaksi tubuh terhadap pengobatan
- Kondisi saat pulang
- Tindak lanjut pengobatan setelah pulang perawatan

10. Instruksi untuk pasien

Berisi tentang keterangan secara jelas dan menyeluruh kepada pasien tentang apa yang harus dilakukan pasien sekembalinya ke rumah, ada tanda tangan dari tenaga profesional yang mencatat serta sebaiknya ada tanda tangan oleh pasien atau wali yang ikut sebagai penguat pasien mengerti atas instruksi yang diberikan.

11. Izin, otorisasi, dan pernyataan

Berisi tentang persetujuan pasien tentang pemberian pelayanan termasuk, jika pasien meninggal maka dokter yang merawat pasien wajib mencatat keadaan menjelang kematian pasien dalam riwayat pulang (*resume*), bila pasien autopsi, wajib membuat laporan autopsi.

8.8 Formulir Rekam Kesehatan pada Unit khusus

Formulir rekam kesehatan khusus merupakan formulir yang tidak semua pelayanan terdapat formulir tersebut hanya jika

dilakukan tindakan tertentu. Misalnya jika dilakukan operasi pada pasien maka harus ada formulir operasi.

Adapun macam formulir rekam kesehatan khusus di antaranya adalah:

1. Laporan anestesi

Pada pasien yang ingin menjalani suatu operasi atau tindakan lain, untuk meredam rasa sakit, dilakukan pemberian anestesi oleh dokter anestesi, pemberian anestesi ini dilakukan agar pasien saat menjalani operasi tidak merasakan sakit. Namun perlu diketahui tindakan ini juga memerlukan pencatatan.

Macam formulir yang diisi saat pemberian anestesi tergantung dari anestesi yang dilakukan, baik itu anestesi lokal, anestesi regional maupun anestesi umum.

- a. Anestesi lokal atau anestesi yang dilakukan untuk operasi kecil yang membuat hanya area yang ingin dioperasi menjadi mati rasa namun pasien pada saat operasi masih memiliki kesadaran.
- b. Anestesi regional yaitu anestesi yang dilakukan untuk memblok rasa nyeri di sebagian area tubuh. Area yang mengalami mati rasa lebih besar/lebih lebar dibandingkan pada anestesi lokal yang hanya pada bagian yang ingin dioperasi. Ada beberapa jenis anestesi regional, yakni blok saraf perifer, epidural dan spinal. Anestesi yang sering dilakukan adalah anestesi epidural untuk ibu yang ingin melahirkan secara normal, anestesi dilakukan untuk meredakan nyeri selama kontraksi.
- c. Anestesi umum. Anestesi yang diberikan kepada pasien yang ingin menjalani operasi yang membuat pasien sama sekali tidak sadar atau disebut dengan bius total. Pasien tidak merasakan dan tidak melihat sama sekali tindakan

pada saat operasi berlangsung. Misalnya seorang pasien yang akan menjalani operasi transplantasi ginjal.

Ada beberapa macam formulir yang diisi untuk tindakan pemberian anestesi, di antaranya:

- a. Formulir persetujuan tindakan anestesi adalah persetujuan pasien/keluarga pasien terhadap tindakan anestesi yang akan diberikan untuk pasien.

Isi formulir ini mencakup:

- Pernyataan dokter pelaksana anestesi di dalam formulir bahwasanya, dokter pelaksana anestesi telah menerangkan hal di bawah ini secara benar dan jelas dan sudah memberi kesempatan pada pasien/keluarga untuk bertanya dan berdiskusi
- Diagnosis
- Tindakan operasi
- Tindakan pembiusan
- Indikasi tindakan
- Tata cara
- Tujuan
- Risiko
- Komplikasi
- Prognosis
- Alternatif dan risiko
- Isi informasi yang diberikan
- Identitas pasien
- Pernyataan persetujuan pasien
- Nama keluarga pasien (istri/suami/anak/orang tua) jika diperlukan untuk permintaan persetujuan
- Nama dan tanda tangan dokter anestesi

- Nama dan tanda tangan saksi rumah sakit
 - Nama dan tanda tangan saksi pasien
- b. Formulir *monitoring* anestesi lokal diisi pada saat pemberian anestesi lokal dilakukan.
- Isi dari formulir ini mencakup:
- Identitas pasien (nama, tanggal lahir, nomor rekam medis, usia, jenis kelamin)
 - Tanggal
 - Jam mulai sedasi
 - Nama obat yang diberikan
 - Dosis
 - *Vital sign* (tanda-tanda vital) merupakan penentuan status kesehatan seseorang melalui ukuran statistik berbagai fisiologi. Misalnya untuk pasien yang secara medis mempunyai faktor risiko komplikasi kardiopulmal atau tidak stabil
 - Waktu (efek dari pemberian anestesi dalam waktu 5 detik, 10', 15' dan seterusnya)
 - Saturasi oksigen merupakan presentasi Hb dalam darah yang berikatan dengan oksigen dalam arteri. Nilai saturasi oksigen normal adalah antara 95-100%. Dalam istilah medis atau kedokteran oksigen saturasi (SO₂) disebut juga sebagai SATS
 - Kesadaran
 - Jam selesai operasi
 - Nama dan tanda tangan dokter anestesi
 - Nama dan tanda tangan perawat anestesi
- c. Riwayat kehamilan,
- Formulir riwayat kehamilan isinya mencakup:
- Tanggal dan tahun lahir anak
 - Usia kehamilan

- Jenis persalinan
 - Tempat persalinan/penolong
 - Penyulit
 - Jenis kelamin
 - BB/PB
 - Keadaan anak
 - Nifas
- d. Catatan persalinan, berisi tentang:
- Tempat persalinan
 - Cara persalinan: pervaginaan
 - Plasenta
 - Konfigurasi
 - Episiotomi
 - Tali pusat
 - Tanda tangan dan tanggal
- e. Identifikasi bayi, berisi tentang:
- Waktu kelahiran
 - Jenis kelamin
 - Keadaan (hidup/mati dalam persalinan/mati segera setelah lahir)
 - Keadaan setelah lahir
 - Jalan nafas
 - Nilai Apgar (detak jantung, pernapasan, tonus otot, reflek, warna tubuh)
 - Tanda tangan pemeriksa
 - Peredaran darah (spontan, resusitasi)
 - Tindakan
 - Petugas yang melakukan resusitasi
 - Pemberian obat (tanggal, waktu, obat, dosis, cara pemberian, paraf)
 - Hasil pemeriksaan laboratorium

- Test destrostik
 - Denyut jantung bayi
- f. Lembar persetujuan operasi berisi tentang persetujuan pasien terhadap dirinya sendiri untuk dilakukan operasi atau persetujuan keluarga pasien (istri/suami/anak/orang tua) untuk dilakukan operasi. Lembar formulir ini juga berisi tentang nama dan tanda tangan dokter dan paramedis yang melakukan operasi.

BAB IX

RETENSI REKAM MEDIS

9.1 Tujuan Pembelajaran

- Mengetahui dan memahami pengertian serta tujuan retensi rekam medis.
- Memahami dasar hukum retensi.
- Memahami tata cara retensi rekam medis.

9.2 Retensi

Retensi merupakan kegiatan penyusutan atau pengurangan arsip dengan cara menyortir/memilih arsip. Retensi atau penyusutan Rekam Medis adalah pengurangan jumlah formulir yang terdapat di dalam rekam medis dengan cara menyortir/memilih arsip dengan tanggal terakhir pasien tersebut dilayani atau 5 tahun setelah pasien tersebut meninggal.

Perlunya dilakukan retensi Rekam Medis dikarenakan beberapa faktor:

- Terbatasnya ruang penyimpanan berkas rekam medis, dengan rekam medis yang banyak yang disimpan dalam suatu ruangan dan *rollpack* atau rak *file*, maka perlu dilakukan penyusutan dan pemusnahan terhadap rekam medis tersebut tentunya menjalankan retensi tersebut sesuai dengan ketentuan/standar prosedur retensi yang berlaku
- Terbatasnya rak penyimpanan berkas rekam medis

- Adanya penambahan rekam medis pasien baru tidak seimbang dengan penyusutan berkas inaktif
- Kurangnya tenaga khusus untuk pemeliharaan/pengelolaan berkas RM inaktif
- Adanya rasa kekhawatiran akan kehilangan informasi medis/kesehatan

9.3 Tujuan dan Dasar Hukum Retensi

Retensi dilakukan bertujuan untuk:

1. Menjaga kerapian penyusunan berkas RM aktif
2. Memudahkan dalam retrieval berkas RM aktif. Artinya memudahkan untuk mencari dan menemukan kembali informasi penting yang ada dalam rekam medis.
3. Menjaga informasi medis yang masih aktif (yang masih mengandung nilai guna).
4. Mengurangi beban kerja petugas dalam penanganan berkas aktif dan inaktif.

Dalam melakukan retensi berkas rekam medis, tentunya memiliki dasar hukum. Ada beberapa dasar hukum yang mengatur tentang retensi Rekam Medis yaitu sebagai berikut:

1. SK Dirjen Yan Medik Nomor 78/YanMed/RSUmdik/YMU/1/91 tentang Penyelenggaraan Rekam Medis di Rumah Sakit (bab III D-E).
2. Surat Edaran Direktur Jendral Pelayanan Medik (Dirjen Yamed) Nomor HK.00.05.1.5.01160 tahun 1995 tentang Petunjuk Teknis Pengadaan Formulir RM Dasar dan Pemusnahan Arsip RM di Rumah Sakit.

Tabel 10.1
Jadwal Retensi Arsip (JRA)

No	Kelompok	Aktif		Inaktif	
		Rawat Jalan	Rawat Inap	Rawat Jalan	Rawat Inap
1	Umum	5 thn	5 thn	2 thn	2 thn
2	Mata	5 thn	10 thn	2 thn	2 thn
3	Jiwa	10 thn	5 thn	5 thn	5 thn
4	Ortopedi	10 thn	10 thn	2 thn	2 thn
5	Kusta	15 thn	15 thn	2 thn	2 thn
6	Ketergantungan Obat	15 thn	15 thn	2 thn	2 thn
7	Jantung	10 thn	10 thn	2 thn	2 thn
8	Paru	5 thn	10 thn	2 thn	2 thn

Dari tabel tersebut tampak ada hal yang perlu dipahami tentang rekam medis aktif dan inaktif. Demikian pula dengan masa retensi untuk Rekam Medis, dikenal ada 2 macam yaitu masa retensi aktif dan masa retensi inaktif.

Angka-angka yang tercantum dalam tabel Jadwal Retensi Arsip tersebut merupakan angka acuan minimal. Jadi rekam medis boleh saja disimpan lebih lama dari angka dalam tabel asalkan ruang *filing* (baik aktif maupun inaktif) masih cukup dayaampungnya.

Selain tabel JRA (jadwal retensi arsip) tersebut, rumah sakit juga bisa membuat kebijakan retensi sesuai dengan kebutuhan rumah sakit tersebut. Rumah sakit pendidikan umumnya akan meretensi (menyimpan) berkas rekam medisnya lebih lama, baik yang aktif maupun inaktif.

Rekam medis kasus hukum (medikolegal), misalnya kasus pembunuhan; penganiayaan; pemerkosaan; pengguguran kandungan, harus diretensi minimal 20 tahun sebagai berkas aktif. Kasus-kasus tertentu yang dianggap sangat bernilai, misalnya kasus HIV/AIDS; operasi pemisahan kembar siam;

operasi penyesuaian organ kelamin (*gender reassignment*); SARS; flu burung; dan sebagainya, umumnya akan disimpan selamanya karena memiliki nilai keilmuan kedokteran yang masih terus berkembang. Berkas-rekam medis seperti ini tidak dimusnahkan dan akan terus diretensi, atau disebut juga diabadikan.

Rekam medis aktif yaitu rekam medis yang masih digunakan untuk pelayanan pasien yang bersangkutan. Rekam medis inaktif yaitu rekam medis yang sudah tidak digunakan lagi untuk pelayanan pasien yang bersangkutan selama masa yang tercantum dalam tabel JRA di atas atau lebih dari itu.

Misalnya, untuk pasien gangguan jiwa dengan pelayanan rawat jalan (RJ) berkas rekam medisnya akan tetap disimpan di ruang *filing* sebagai berkas aktif sampai 10 tahun sejak terakhir digunakan untuk pelayanan. Jadi jika pasien gangguan jiwa tersebut datang berobat jalan terakhir tahun 2000 dan tidak pernah datang lagi (atau meninggal dunia) sampai tahun 2010, maka berkasnya sudah memenuhi masa retensi sebagai berkas aktif dan dapat dipindahkan ke tempat penyimpanan rekam medis inaktif.

Berkas pasien ini akan disimpan di ruang *filing* inaktif selama minimal 5 tahun (sesuai tabel JRA). Jika sudah melewati penyimpanan minimal 5 tahun di ruang *filing* inaktif dan pasien tetap tidak pernah datang lagi (atau memang sudah meninggal dunia) maka berkas pasien ini bisa disiapkan untuk dinilai dan (mungkin) dimusnahkan (sistem penilaian dan pemusnahan rekam medis akan dibahas kemudian).

Seandainya rekam medis sudah menjadi inaktif dan sudah dipindahkan ke ruang *filing* inaktif lalu pasien datang berobat lagi maka rekam medis akan diambil kembali dan setelah digunakan untuk pelayanan akan disimpan di ruang *filing* aktif lagi (lihat diagram dalam galeri yang terlampir dalam posting

ini). Jadi, hasil dari proses retensi adalah tersimpannya rekam medis aktif (di ruang *filing* aktif) dan rekam medis inaktif (di ruang *filing* inaktif) sesuai masa simpan yang telah ditentukan.

3. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (paragraf 3 pasal 46-47)
4. Manual Rekam Medis (Konsil Kedokteran Indonesia, bab V, item C, 2006)
5. Permenkes Nomor 269/MenKes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 Pasal 8 Ayat 1 menyatakan bahwa “Rekam medis pasien rawat inap di rumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 5 (lima) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan.”

Pasal 8 ayat 2 menyatakan bahwa:

“Setelah batas waktu 5 (lima) tahun dilampaui rekam medis dapat dimusnahkan, kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medis.”

Pasal 8 ayat 3 menyatakan bahwa:

“Ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medis sebagaimana yang dimaksud ayat 2 harus disimpan untuk jangka waktu 10 (sepuluh) tahun terhitung dari tanggal dibuatnya ringkasan tersebut.”

Pasal 9 ayat 1 menyatakan bahwa:

“Rekam medis pada sarana pelayanan kesehatan nonrumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka

waktu 2 (dua) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat.”

Pasal 9 ayat 2 menyatakan bahwa:

“Setelah batas waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilampaui, rekam medis dapat dimusnahkan.”

9.4 Langkah-Langkah dalam Retensi Rekam Medis

Ada beberapa langkah yang dilakukan oleh petugas rekam medis dalam retensi rekam medis:

1. Pemindahan rekam medis aktif menjadi rekam medis inaktif

Dalam melakukan kegiatan ini ditempuh beberapa tata cara sebagai berikut:

- a. Melihat tanggal kunjungan terakhir pasien datang periksa atau berobat di fasilitas pelayanan kesehatan (rumah sakit/puskesmas)
- b. Setelah 5 tahun dari kunjungan terakhir tersebut berkas dipisahkan diruang lain/terpisah dari rekam medis inaktif
- c. Rekam medis inaktif dikelompokkan sesuai dengan terakhir kunjungan

2. Penilaian rekam medis

Dalam melakukan penilaian rekam medis, yang perlu diperhatikan adalah:

- a. Rekam Medis yang dinilai adalah rekam medis yang telah 2 tahun inaktif
- b. Indikator yang digunakan dalam menilai rekam medis yang in aktif
- c. Rekam medis biasa digunakan untuk pendidikan dan penelitian

3. Pemilihan rekam medis

Dalam melakukan retensi tidak terlepas dalam pemilihan lembar rekam medis. Adapun lembar rekam medis yang dipilih dalam melakukan retensi adalah sebagai berikut:

- Ringkasan masuk dan keluar
- Resume
- Lembar operasi
- Identifikasi bayi
- Lembar persetujuan tindakan medis

Sebagian besar pelanggaran hukum yang berkaitan dengan *informed consent*, tidak sengaja dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap pasien. misalnya saja dokter meresepkan satu jenis obat kepada pasien padahal pasien tersebut memiliki alergi terhadap jenis obat tersebut. Terjadinya hal ini dikarenakan dokter tidak menanyakan sebelumnya apakah anda memiliki alergi terhadap obat-obat tertentu?

Persetujuan tindakan medis (*informed consent*) adalah pernyataan persetujuan (*consent*) atau izin dari pasien yang diberikan dengan bebas, rasional, tanpa *voluntary* tentang tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadapnya sesudah mendapatkan informasi yang cukup tentang tindakan kedokteran yang dimaksud. Persetujuan ini bisa dalam bentuk lisan maupun tertulis.

Pada hakikatnya *informed consent* adalah suatu proses komunikasi antara dokter dan pasien tentang kesepakatan tindakan medis yang akan dilakukan dokter terhadap pasien (ada kegiatan penjelasan rinci oleh dokter), sehingga kesepakatan lisan pun sesungguhnya sudah cukup. Penandatanganan formulir *informed consent* secara tertulis hanya merupakan pengukuhan atas apa yang telah disepakati sebelumnya. Formulir ini juga

merupakan suatu tanda bukti yang akan disimpan di dalam arsip rekam medis pasien.

Di Indonesia masalah *informed consent* sudah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 290/MENKES/PER/III/2008. namun dalam pelaksanaannya belum sebagaimana mestinya, masih ditemui kendala-kendala yang menyangkut bidang sosial-budaya dan kebiasaan. Selain itu karena menyangkut hak asasi manusia, *informed consent* sebenarnya telah diatur dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, pada pasal 45 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran atau Kedokteran Gigi.

Pernyataan Ikatan Dokter Indonesia (IDI) tentang *informed consent* dalam lampiran SKB IDI Nomor 319/P/BA/88 butir 33 berbunyi, “Setiap tindakan medis yang mengandung risiko cukup besar mengharuskan adanya persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh pasien, setelah sebelumnya pasien itu memperoleh informasi yang cukup kuat tentang perlunya tindakan medis yang bersangkutan serta risiko yang bersangkutan dengannya” (Departemen Kesehatan RI, 1997).

Tindakan dokter dalam pelayanan medis merupakan suatu upaya yang hasilnya belum pasti, akan tetapi akibat yang timbul dari tindakan itu dapat diketahui berdasarkan pengetahuan dan pengalaman dokter yang bersangkutan. Karenanya kemungkinan terjadinya kesalahan dalam tindakan merupakan tanggung jawab dokter, sedangkan suatu pembebasan terhadap kesalahan (kelalaian) kurang berhati-hati dianggap bertentangan dengan kesusilaan. *Informed consent* untuk pasien yang telah setuju mendapat pelaksanaan tindakan medik dari dokter terhadap dirinya dengan menyadari sepenuhnya atas segala risiko tindakan medik yang akan dilakukan oleh dokter. Pernyataan tersebut juga

dicantumkan bahwa dokter telah menjelaskan sifat, tujuan serta kemungkinan (risiko) akibat yang timbul dari tindakan tersebut kepada pasien atau keluarganya. Dokter yang bersangkutan juga harus menandatangani formulir Persetujuan Tindakan Medik.

Adapun tata cara pengisian persetujuan tindakan medis (*informed consent*)

- Setiap tindakan medik yang dilakukan terhadap pasien harus mendapat persetujuan dari pasien atau keluarga baik secara tertulis maupun lisan.
- Untuk tindakan yang berisiko harus mendapatkan persetujuan secara tertulis yang ditandatangani oleh pasien untuk mendapatkan persetujuannya. Persetujuan diberikan pada pasien setelah mendapatkan informasi yang jelas tentang perlunya tindakan medis serta risiko yang akan ditimbulkannya.

Menurut SK Dirjen Pelayanan Medik Nomor HK.00.06.6.5.1866 Kebijakan dan Prosedur tentang *Informed Consent* adalah sebagai berikut:

1. Pengaturan persetujuan atau penolakan tindakan medis harus dalam bentuk kebijakan dan prosedur yang ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit
2. Memperoleh informasi dan penjelasan merupakan hak pasien dan sebaliknya memberikan informasi dan penjelasan adalah hak dokter
3. Formulir *informed consent* dianggap benar jika memenuhi ketentuan sebagai berikut:
 - Persetujuan atau penolakan tindakan medis diberikan untuk tindakan medis yang dinyatakan secara spesifik

- Persetujuan atau penolakan tindakan medis diberikan tanpa paksaan (*voluntary*)
 - Persetujuan atau penolakan tindakan medis diberikan oleh seorang (pasien) yang sehat mental dan yang memang berhak memberikannya
 - Persetujuan atau penolakan tindakan medis diberikan setelah diberikan cukup informasi dan penjelasan yang diberikan
4. Isi informasi dan penjelasan yang diberikan Informasi dan penjelasan dianggap cukup jika paling sedikit enam hal pokok di bawah ini disampaikan dalam memberikan informasi dan penjelasan yaitu sebagai berikut:
- Informasi dan penjelasan tentang tujuan dan prospek keberhasilan tindakan medis yang akan dilakukan.
 - Informasi dan penjelasan tentang tata cara tindakan medis yang akan dilakukan.
 - Informasi dan penjelasan tentang risiko dan komplikasi yang mungkin akan terjadi.
 - Informasi dan penjelasan tentang alternatif tindakan lain yang tersedia dan serta risikonya dari masing-masing tindakan tersebut.
 - Informasi dan penjelasan tentang prognosis penyakit apabila tindakan tersebut dilakukan.
 - Diagnosis.
5. Kewajiban memberikan informasi dan penjelasan. Dokter yang akan melakukan tindakan medis mempunyai tanggung jawab utama memberikan informasi dan penjelasan yang diperlukan. Apabila berhalangan, informasi dan penjelasan yang diberikan dapat diwakili

pada dokter lain dengan sepengetahuan dokter yang bersangkutan.

6. Cara menyampaikan informasi

Informasi dan penjelasan disampaikan secara lisan. Informasi secara tertulis hanya dilakukan sebagai pelengkap penjelasan yang telah disampaikan secara lisan.

7. Pihak yang menyatakan persetujuan. Adapun pihak yang dimintai persetujuan terdiri dari:

- a. Pasien sendiri, yaitu apabila pasien telah berumur 21 tahun atau sudah menikah.
- b. Bagi pasien di bawah umur 21 tahun, persetujuan (*informed consent*) atau penolakan tindakan medis diberikan oleh mereka, menurut urutan hak sebagai berikut:
 - Ayah/ibu adopsi
 - Saudara-saudara kandung
- c. Bagi pasien di bawah umur 21 tahun atau tidak mempunyai orang tua atau orang tuanya berhalangan hadir. Persetujuan (*informed consent*) atau penolakan tindakan medis diberikan oleh mereka, menurut hak sebagai berikut:
 - Ayah/ibu adopsi
 - Saudara-saudara kandung
- d. Bagi pasien dewasa dengan gangguan mental, persetujuan (*informed consent*) atau penolakan tindakan medis diberikan oleh mereka menurut urutan hak sebagai berikut:
 - Ayah/ibu kandung
 - Wali yang sah
 - Saudara-saudara kandung

- e. Bagi pasien dewasa yang berada di bawah pengampunan (*curatelle*) persetujuan atau penolakan tindakan medis diberikan menurut urutan hak tersebut:
 - Wali
 - Curator
- f. Bagi pasien dewasa yang telah menikah/orang tua, persetujuan atau penolakan tindakan medis diberikan oleh mereka menurut urutan hak tersebut:
 - Suami/istri
 - Ayah/ibu kandung
 - Anak-anak kandung
 - Saudara-saudara kandung

8. Cara menyatakan persetujuan

Cara pasien menyatakan persetujuan dapat secara tertulis (*expressed*) maupun lisan. Persetujuan secara tertulis mutlak diperlakukan pada tindakan medis yang mengandung risiko tinggi, sedangkan persetujuan secara lisan diperlukan pada tindakan medis yang tidak mengandung risiko tinggi.

- 9. Semua jenis tindakan medis yang mengandung risiko harus disertai *informed consent*. Jenis tindakan medis memerlukan *informed consent* disusun oleh komite medik dan kemudian ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit.

Bagi rumah sakit yang belum mempunyai komite medik atau keberadaan komite medik belum lengkap, maka dapat mengacu pada jenis tindakan medis yang sudah ditetapkan oleh rumah sakit lain yang fungsi dan kelasnya sama.

10. Perluasan tindakan medis yang telah disetujui tidak dibenarkan dilakukan dengan alasan apapun juga, kecuali apabila perluasan tindakan medis tersebut terpaksa dilakukan untuk menyelamatkan jiwa pasien.
11. Pelaksanaan *informed consent* untuk tindakan medis tertentu, misalnya tubektomi/vasectomi dan caesarean section yang berkaitan dengan program keluarga berencana, harus merujuk pada ketentuan lain melalui konsultasi dengan perhimpunan profesi yang terkait.
12. Demi kepentingan pasien, *informed consent* tidak diperlukan bagi pasien gawat darurat dalam keadaan tidak sadar dan tidak didampingi oleh keluarga pasien yang berhak memberikan persetujuan/penolakan tindakan medis.
13. Format isian persetujuan tindakan medis (*informed consent*) atau penolakan tindakan medis, digunakan seperti pada contoh formulir terlampir, dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. Diketahui dan ditandatangani oleh dua orang saksi. Perawat bertindak sebagai salah satu saksi.
 - b. Formulir asli dalam rekam medis pasien.
 - c. Formulir harus sudah diisi dan ditandatangani 24 jam sebelum tindakan medis dilakukan.
 - d. Dokter harus ikut membubuhkan tandatangan sebagai bukti bahwa telah diberikan informasi dan penjelasan secukupnya.

- e. Sebagai ganti tanda tangan, pasien atau keluarganya yang buta huruf harus membubuhkan cap jempol ibu jari tangan kanan (MenKes, 2008).

Selanjutnya rekam medis tertentu disimpan di ruang rekam medis inaktif dan lembar rekam medis sisa, rekam medis rusak, tidak terbaca disiapkan untuk dimusnahkan.

Perlu diketahui tim penilai rekam medis dibentuk dengan SK Direktur beranggotakan Komite Rekam Medis/Komite Medis, petugas rekam medis senior, perawat senior dan tenaga lain yang terkait.

9.5 Catatan Penting

Persiapan retensi meliputi:

1. Membuat ketetapan mulai tahun berapa retensi akan dilakukan.
Contoh:
 - Rekam medis rawat jalan tahun 2008 dilakukan retensi berkas tahun 2015 (7 tahun)
 - Rekam medis rawat inap tahun 2005 dilakukan retensi berkas tahun 2017 (12 tahun)
2. Dibuat tim penilaian yang terlibat di dalamnya: kepala bagian rekam medis, panitia rekam medis, perawat senior, petugas terkait, komite medis.
3. Dibuat tim pemusnahan.
4. Disiapkan *form* rincian mengenai berkas yang dimusnahkan terdiri dari: nomor rekam medis, tahun, jangka waktu, diagnosis akhir.
5. Disiapkan berita acara pemusnahan berkas rekam medis.

BAB X

REKAM MEDIS ELEKTRONIK

10.1 Tujuan Pembelajaran

- Memahami definisi rekam medis elektronik.
- Memahami manfaat rekam medis elektronik.
- Memahami dokumentasi elektronik.
- Memahami sistem data klinis rekam medis elektronik.
- Memahami komponen rekam medis elektronik.
- Memahami aspek hukum rekam medis elektronik.
- Memahami konsep rekam medis elektronik.

10.2 Dokumentasi Secara Elektronik

Rekam Medis elektronik merupakan catatan Rekam Medis pasien seumur hidup pasien dalam format elektronik tentang informasi kesehatan seseorang yang dituliskan oleh satu atau lebih petugas kesehatan secara terpadu dalam tiap kali pertemuan antara petugas kesehatan dengan klien. Rekam Medis elektronik bisa diakses dengan komputer dari suatu jaringan dengan tujuan utama menyediakan atau meningkatkan perawatan serta pelayanan kesehatan yang efisien dan terpadu (Potter & Perry, 2009).

Dalam rekam kesehatan elektronik juga harus mencakup mengenai data personal, demografis, sosial, klinis dan berbagai *event* klinis selama proses pelayanan dari berbagai sumber data (multi media) dan memiliki fungsi secara aktif memberikan dukungan bagi pengambilan keputusan medis (Shortliffe, 2001).

Sistem pengelolaan rekam medis melalui aplikasi elektronik sangat mendukung dokumentasi rekam medis secara cepat dan akurat sehingga dapat dipertanggungjawabkan. Rekam medis elektronik berbasis informasi dengan menerapkan teknologi informasi kesehatan atau dikatakan berbasis komputer (*computer based information*). Rekam medis elektronik termasuk di dalamnya kodefikasi penyakit.

Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 269 Tahun 2008 pada pasal 2 yaitu:

- a. Rekam medis harus dibuat secara lengkap tertulis dan jelas atau secara elektronik.
- b. Penyelenggaraan rekam medis dengan menggunakan teknologi informasi elektronik diatur lebih lanjut dengan peraturan sendiri.

Dengan adanya peraturan tersebut, maka elektronik rekam medis harus dirancang untuk mendukung sistem informasi kesehatan, memberikan kemudahan dalam kelengkapan data yang akurat jadi rekam medis elektronik dapat diakses melalui komputer dari suatu jaringan. Implementasinya penggunaan teknologi rekam medis juga memerlukan kesiapan petugas kesehatan termasuk perawat dan juga kesiapan pasien ketika berhadapan dengan teknologi sistem informasi ini (Heinzer, 2010).

10.3 Manfaat Rekam Medis Elektronik

Beberapa negara telah menjalankan rekam medis elektronik namun di Indonesia masih sebagian rumah sakit yang menjalankan dikarenakan tenaga kesehatan belum terlalu mengetahui bagaimana prosedur menjalankan rekam medis elektronik. Berikut manfaat dari rekam medis elektronik:

1. Dapat memudahkan penelusuran dan pengiriman informasi dan membuat penyimpanan lebih ringkas. Sehingga data dapat ditampilkan dengan cepat sesuai kebutuhan. Hal ini untuk efektif dan efisiensi pelayanan kesehatan sehingga dapat menurunkan angka kesalahan kerja medis guna Peningkatan keselamatan pasien (*patient safety*).
2. Penyimpanan data dengan kapasitas yang besar, sehingga dokter dan staf medis mengetahui rekam medis dari kondisi pasien berupa riwayat kesehatan sebelumnya, tekanan darah, obat yang telah diminum dan tindakan sebelumnya sehingga tindakan lanjutan dapat dilakukan dengan tepat dan berpotensi menghindari *medical error*.

Selain manfaat yang diberikan rekam medis elektronik, juga mempunyai kekurangan dari sistem rekam medis elektronik yaitu sebagai berikut:

1. Investasi awal yang diperlukan lebih besar daripada rekam medik kertas untuk pengadaan perangkat keras, lunak, dan biaya penunjang.
2. Waktu yang harus disediakan oleh *key person* dan perawat dalam mempelajari sistem dan merancang ulang alur kerja memerlukan waktu yang lama.
3. Konversi rekam medik kertas ke rekam medik elektronik memerlukan waktu, sumber daya, tekad dan kepemimpinan.
4. Risiko kegagalan pada sistem komputer.
5. Problem dalam pemasukan data oleh petugas kesehatan (Thede, 2008; Moody, 2004)

Adapun kelebihan dari sistem rekam medis elektronik adalah:

1. Ketepatan waktu dalam pengambilan keputusan medik, sehingga mutu pelayanan atau asuhan akan semakin baik.

2. Kemudahan penyajian data sehingga penyampaian informasi akan lebih efektif. Menyebarkan dan berbagi informasi (*shareable*), mutakhir, akurat, cepat diperoleh dari sumbernya, tersedia dari mana saja, setiap waktu.
3. Pembentukan *database* yang memungkinkan penelitian, simulasi dan pendidikan tenaga medik maupun paramedis, berdasarkan data yang nyata.
4. Efisiensi pemanfaatan sumber daya dan biaya dengan sistem penyediaan bahan (*inventory*) yang dapat menekan biaya penyimpanan, pemesanan barang maupun biaya *stockout*, manajemen utilisasi menyangkut tindakan atau prosedur yang tidak perlu, dan lain-lain. (Sabarguna, 2005) Menggantikan RM kertas (*paper-based MR*) yang bisa tidak lengkap, tersebar (di banyak divisi & di berbagai lokasi), susah dibaca dan (kadang-kadang) sulit dicari.
5. Potensial dalam otomatisasi, penstrukturan dan mempercepat (*streamlining*) arus informasi klinis.
6. Mendukung pengintegrasian aktivitas pelayanan yang tersebar luas, termasuk dalam pengambilan keputusan, pemantauan, pelaksanaan resep elektronik, rujukan radiologi secara elektronik, proses laboratorium dan penampilan hasilnya.
7. Melacak jejak data dan informasi, siap dianalisis untuk audit medis, riset, penjaminan mutu, pemantauan epidemiologi, surveilans penyakit.

Sistem data klinis pada rekam medis elektronik ada beberapa sistem data klinis rekam medis elektronik.

1. Rekam medis setiap pasien

Struktur rekam medis setiap pasien atau disebut dengan rekam medis individual termasuk di dalamnya berisi daftar

masalah saat ini dan daftar masalah yang sudah lalu serta untuk masalah-masalah yang masih aktif berisi catatan-catatan SOAP. Jadi untuk rekam medis setiap pasien hendaknya berisi perjalanan kondisi kesehatan pasien mulai dari lahir sampai seorang pasien berhubungan dengan pihak rumah sakit.

2. Rangkuman data klinis ini diperuntukkan untuk manajer, pihak asuransi (data untuk klaim), kepala unit klinis, dan institusi terkait sebagai pelaporan. Rangkuman data klinis yang penting misalnya mengandung jumlah pasien rawat inap menurut ciri-ciri demografis, cara membayar, diagnosis dan prosedur operatif.
3. Registrasi penyakit
Ada beberapa syarat yang harus dipenuhi oleh suatu program registrasi penyakit. misalnya registrasi penyakit kanker. Program kanker dan pedoman registrasi kanker Indonesia optimalisasi fungsi operasional indeks dan register. Program registrasi kanker merupakan sistem informasi yang berbasis pada suatu komunitas atau wilayah administratif, mencakup semua kejadian penyakit tertentu (misalnya segala jenis kanker) di antara penduduk yang hidup di wilayah yang bersangkutan.
4. Data unit spesifik
Suatu sistem informasi mungkin diperlukan untuk mengelola unit tertentu di rumah sakit. Sebagai contoh, unit-unit farmasi, laboratorium, radiologi dan perawatan memerlukan data inventarisasi bahan-bahan habis pakai dan utilisasi jenis-jenis pelayanan untuk merencanakan dan mengefisienkan penggunaan sumber daya.
5. Sistem kepastakaan medik dan pendukung pengambilan keputusan klinis

Untuk menunjang keberhasilan pelayanan klinis kepada pasien diperlukan sistem untuk mengarahkan klinisi pada masalah spesifik, merekomendasikan keputusan klinis berbasis pada probabilitas kejadian tertentu.

10.4 Komponen Rekam Medis Elektronik

Rekam medis elektronik mempunyai beberapa komponen penting yang mengacu pada kebutuhan yaitu sebagai berikut:

1. Format rekaman
Format rekaman atau disebut dengan *record format* bentuknya sesuai contoh berbagai pelayanan atau sesuai kebutuhan.
2. Kinerja sistem
Kinerja sistem atau disebut *sistem performance* seperti pemanggilan kembali serta mudah dalam pengubahan data.
3. Kemampuan pelaporan
Ini berhubungan dengan kemampuan pelaporan atau disebut dengan *reporting capabilities*. Kelengkapan dokumen untuk nanti bisa dijadikan informasi yang benar dan akurat, laporan mudah untuk dimengerti dan sesuai standar laporan.
4. Pelatihan dan pelaksanaan
Pelatihan/*training and implementation* di mana pelatihan yang minimal menggunakan dengan benar. Di sini para petugas rekam medis diberikan pengetahuan mengenai penggunaan rekam medis elektronik agar tidak terjadi kesalahan dalam kodefikasi penyakit maupun agar pelayanan yang diberikan menjadi efektif.

5. Kontrol dan akses
Bagi yang berwenang baik itu direktur rumah sakit maupun dokter dapat mengakses tapi terlindung dari penyalahgunaan.
6. *Intelligence*
Adanya sistem bantu keputusan, sistem tanda baca yang sesuai dengan yang ditentukan.
7. Linkages
Terhubung dengan berbagai pelayanan lain, seperti bagian manajer, *database* pasien, dan bagian keuangan.
8. Isi rekaman
Isi rekaman atau disebut *record content* meliputi standarisasi formulir dan isi, desain formulir, serta sesuai dengan kodefikasi penyakit dan tujuan layanan yang diberikan.

Johan Harlan mengemukakan bahwa komponen fungsional rekam medis elektronik, meliputi:

- Data pasien terintegrasi artinya semua data pasien disimpan dalam satu sistem
- Dukungan keputusan klinik
- Pemasukan perintah klinikus
- Akses terhadap sumber pengetahuan
- Dukungan komunikasi terpadu

Adapun beberapa hal yang perlu diperhatikan untuk menunjang infrastruktur yang berkaitan dengan rekam medis elektronik meliputi:

1. Sistem administrasi
2. Finansial/keuangan
3. Data klinis dari unit-unit terdiri dari:

- Pengintegrasian data adanya saling keterkaitan antar sub sistem sehingga data dari satu sistem secara rutin dapat melintas, menuju atau diambil oleh satu atau lebih sistem yang lain.
- *Repository* (gudang data) yang memusatkan data dari berbagai komponen lain atau cara lain untuk mengintegrasikan data.
- *Rules Engine* yang menyediakan program logis yang dapat dipakai untuk menunjang keputusan seperti; kewaspadaan dan pernyataan, daftar permintaan (*order set*) dan protokol klinis.

Berkembangnya Teknologi informasi sangat menunjang berbagai sektor termasuk sektor kesehatan. Dalam rangka mewujudkan pelayanan yang efektif dan efisien fasilitas pelayanan kesehatan baik klinik maupun di rumah sakit sedang berupaya untuk menerapkan rekam medis berbasis elektronik.

10.5 Aspek Hukum Rekam Medis Elektronik

Teknologi Informasi dan Komunikasi (TIK) telah berkembang begitu pesat di berbagai sektor, termasuk di sektor kesehatan. Salah satu pengaplikasiannya adalah rekam medis terkomputerisasi atau rekam medis elektronik. Kegiatannya mencakup komputerasi isi rekam kesehatan dan proses yang berhubungan dengannya.

Di Indonesia Penyelenggaraan Rekam Medis di Rumah Sakit dimulai Tahun 1989 sejalan dengan adanya Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 749a/Menkes/PER/XII/1989 tentang Rekam Medis, yang mana pengaturannya masih mencakup rekam medis berbasis kertas (konvensional).

Adapun Dasar hukum rekam medis elektronik di samping peraturan perundang-undangan yang mengatur rekam medis, juga diatur dalam Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis yang berbunyi:

Pasal 1: Rekam medik harus dibuat secara tertulis lengkap, dan jelas atau secara elektronik.

Pasal 2: Penyelenggaraan rekam medis dengan menggunakan teknologi informasi elektronik diatur lebih lanjut dalam peraturan tersendiri.

Ada beberapa peraturan yang berkenaan dengan rekam medis elektronik namun belum ada peraturan yang khusus mengatur rekam medis elektronik seperti yang dijelaskan pada peraturan tersebut di atas (Permenkes Nomor 269/Menkes//PER/III/2008). Namun mengenai penggunaannya termuat dalam Undang-Undang ITE (Informasi dan Transaksi Elektronik) Nomor 11 Tahun 2008. di samping itu ada berbagai perundangan yang sebenarnya bersentuhan dengan keberadaan rekam medis elektronik. Beberapa perundangan tersebut selain yang telah disebutkan adalah sebagai berikut:

- UU RI Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
- UU RI Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
- UU RI Nomor 23 Tahun 2006 tentang Administrasi Kependudukan
- UU RI Nomor 11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik
- UU RI Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik
- Permenkes Nomor 1171 Tahun 2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit

10.6 Konsep Rekam Medis Elektronik

Yang merupakan konsep dasar dalam sistem rekam medis elektronik adalah menambahkan alat-alat manajemen informasi untuk dapat menghasilkan hal-hal sebagai berikut:

1. *Clinical alerts and reminders* yaitu peringatan dan kewaspadaan klinik
 - a. Kewaspadaan meliputi adanya hasil pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan penunjang lain yang abnormal.
 - b. Peringatan meliputi hasil pengecekan farmakologis terhadap perintah pemberian obat; adanya riwayat reaksi alergi terhadap obat, kontraindikasi pemberian obat, dosis obat yang tidak sesuai.
2. *Health-care decision support* yaitu hubungan dengan sumber pengetahuan untuk penunjang keputusan layanan-kesehatan

Dalam rekam medis elektronik dapat ditambahkan atau digabungkan program pengambilan keputusan, di mana pengguna misalnya pimpinan tinggal memasukkan data pasiennya dan akan memperoleh saran untuk tindakan/ penanganan apa yang tepat untuk pasien.

3. Analisis data agregat
 - a. Melalui uji klinik konvensional, data dikumpulkan dari pasien, dimasukkan ke dalam basis-data komputer dan dianalisis dengan program statistik.
 - b. Dalam sistem *medical record*, para tenaga medis seperti dokter dapat memperoleh data dan informasi rutin dan nonrutin. Data yang diambil langsung dari basis data rekam medis disebut data rutin sedangkan data nonrutin

merupakan data yang dikumpulkan pada waktu pemeriksaan pasien oleh dokter ataupun tenaga medis lainnya. Data rutin dapat langsung diperoleh (dalam bentuk siap olah) dari basis-data rekam medik. Sedangkan data nonrutin dapat dikumpulkan pada waktu pemeriksaan pasien dan dimasukkan dalam rekam medik.

4. CPOE: *Computerized Physician Order Entry* yaitu perintah dokter melalui komputer. Perintah dokter ini dilakukan baik itu melalui data bentuk bebas (informasi teks) maupun bentuk kode (data terstruktur).
5. *Automatic data capture* di mana pengambilan data sinyal biologis secara otomatis. Pengambilan data sinyal biologi terbagi kedalam 3 bentuk:
 - a. Sinyal digital
Contoh: CT-Scan MRI, tensi tekanan darah di mana menampilkan nilai-nilai diskret dari suatu himpunan nilai tertentu.
 - b. Sinyal analog
Contoh pada elektrokardiogram (EKG) di mana grafik yang dibuat oleh sebuah elektrokardiograf, yang merekam aktivitas kelistrikan jantung dalam waktu tertentu. Begitu pula dengan densitas jaringan (radiologi konvensional), ini dapat menampilkan nilai-nilai dalam rentang kontinu. Sistem komputer hanya dapat mengalihkan data digital. Oleh karena itu, sebelumnya sinyal analog dikonversi terlebih dahulu menjadi sinyal digital dengan ADC (*analog-to-digital conversion*) (Sabarguna, 2005).

10.7 Pemakaian Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit

1. Bagian pendaftaran pasien poliklinik

Ada beberapa yang perlu diketahui petugas rekam medis di dalam aplikasi penerimaan pasien pada sistem informasi manajemen rumah sakit yaitu tampilan yang akan diisi.

Pada umumnya sistem pendaftaran pasien pada *software* sistem informasi manajemen rumah sakit akan menampilkan:

- 1) Untuk pasien baru
 - Kolom pengisian nama pasien
 - Tanggal lahir
 - Umur
 - Jenis kelamin tersedia pilihan laki-laki dan perempuan
 - Alamat
 - Telepon
 - Nama penanggung jawab pasien
 - Nomor KTP pasien
 - Cara bayar pasien bisa menggunakan BPJS, asuransi lain, atau umum
 - Keterangan pekerjaan
 - Kelas yang dipilih pasien (misalnya kelas III perawatan)
 - Poliklinik yang akan dituju
 - Rujukan (puskesmas, dokter praktik, klinik)
 - Waktu penerimaan pasien
 - SEP BPJS jika cara bayar menggunakan BPJS
 - Diagnosis awal

Berikut ini adalah contoh tampilan bagian pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru pada sistem informasi manajemen rumah sakit.

The screenshot shows a web-based patient registration interface. At the top, there is a navigation bar with tabs for 'PENDAFTARAN', 'MASTER', 'STATUS', 'RAKET', 'LAPORAN', and 'KELUAR'. The user is logged in as 'CebangSTIKES BHAKTI HUSADA MUJIA' with the role 'User' and 'zaki'.

The main form is titled 'DATA PASIEN BARU' and is divided into two columns. The left column contains fields for:

- Nama (Name)
- Tanggal Lahir (Date of Birth) with a date picker (mm/dd/yyyy) and a dropdown for 'Umur' (Age) set to 'Tahun' (Year).
- Kelamin (Gender) with a dropdown menu.
- Alamat (Address)
- Desa/Kelurahan (Village/Sub-district)
- Telpon (Phone)
- Nama Penanggungjawab (Responsible Person Name)
- No. KTP (KTP Number)
- Cara Bayar (Payment Method) with a dropdown menu.
- Nipp/No.Asuransi (NIP/Insurance Number)
- Keterangan (Remarks)
- Kelas Jajah (Class/Category) with a dropdown menu.

 The right column contains fields for:

- Poliklinik Tujuan (Specialty) with a dropdown menu.
- RUKUNAN (Community) with a dropdown menu and a red warning message: 'ASAL RUKUNAN harus diisi jika tidak ada maka diisi tanda-'. Below this is a text input field.
- Asal (Origin) with a dropdown menu.
- Waktu (Time) with a date picker (mm/dd/yyyy).
- Nomor (Number)
- Diagnosa Awal (Initial Diagnosis) with a dropdown menu.
- SEP BPJS (BPJS Insurance) with a dropdown menu.
- Catatan (Notes) with a text area.

 At the bottom of the form, there are two buttons: 'BATAL' (Cancel) and 'SIMPAN' (Save).

Gambar 10.1 Tampilan Pendaftaran Pasien melalui Sistem Komputerisasi

Pada aplikasi pendaftaran pasien di atas, tertera beberapa kolom yang diisi oleh petugas rekam medis. Seperti nama penanggung jawab diisi nama keluarga pasien, baik itu orang tua, anak atau saudara pasien.

Pada kolom poliklinik tujuan akan muncul otomatis pilihan tinggal memilih yang tersedia pada kolom tersebut, misalnya memilih poli gigi, maka akan sinkron dengan kolom diagnosis yang akan diisi, penyakit yang muncul adalah penyakit yang dapat ditangani di poli gigi. Untuk nomor asuransi/BPJS, petugas mengisi nomor BPJS sesuai dengan nomor yang tertera di kartu BPJS Pasien, maka setelah itu akan muncul data pasien sesuai dengan nomor BPJS yang telah dimasukkan. Petugas mengisi dengan teliti setelah itu klik simpan.

Setelah pengisian lengkap pendaftaran pasien maka sesaat akan muncul otomatis pada sistem nomor rekam medis dan nomor antrian disertai keterangan nama lengkap pasien dan poli yang akan dituju. Berikut tampilannya:



Gambar 10.2 Pendaftaran Pasien Rawat Jalan

Setelah pasien diregistrasi dan muncul tampilan di atas pada sistem maka dengan sendirinya pasien tersebut akan tersimpan otomatis di dalam sistem. Jika kemudian hari pasien tersebut datang lagi untuk memeriksakan kesehatannya maka tinggal mencari data pasien tersebut dengan mengetik nomor rekam medis atau nama lengkap pasien pada sistem.



Gambar 10.3 Data Pasien Rawat Jalan dalam sistem

Dengan adanya sistem informasi Manajemen rumah sakit seperti yang terlihat pada gambar sebelumnya maka akan memudahkan pelayanan petugas kepada pasien, di mana pelayanan yang diberikan menjadi lebih cepat. Dan ini dapat mengurangi antrean.

Namun di samping itu adanya penerapan sistem tersebut harus dilengkapi dengan *security*, untuk menjaga kerahasiaan data-data pasien dan mencegah hilangnya atau terhapusnya data pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito, D. W., Sc, M., & Ph, D. (2008). Kebijakan Standar Pelayanan Medik dan Diagnosis Related Group (DRG), Kelayakan Penerapannya di Indonesia.
- Depkes RI Direktorat Jendral Bina Pelayanan Medik, 2006. Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis di Rumah sakit revisi II.Jakarta.
- Dirjen Yanmed, 1994. Pedoman Pencatatan Kegiatan Pelayanan RS di Indonesia.
- Edna K. Huffman, 1994. Health Information Manajemen. Illinois: Physicians Record Company
- Hatta, 2014. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan Edisi Revisi 3. Jakarta: UI Press.
- John, Merida L. 2002. Health Information Manajement Technology an applied approach. Chicago: AHIMA
- Kasim, Erkadius. 2013. Sistem Klasifikasi Utama Morbiditas dan Mortalitas yang digunakan di Indonesia dalam Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan. Jakarta: UI Press
- Keputusan Menkes RI Nomor 377/Menkes/SK III/2007 tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan
- Kristiawan, A. (2009). Sistem Informasi Rekam Medis Pada Klinik Mitra Medika Semarang.

- Megawati, L., & Pratiwi, R. D. (2016). Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Persyaratan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, 1(1), 1–8.
- Pd, S., Kep, A., Kes, M., Kristijono, A., Kes, M., & Risyanti, I. P. (n.d.). Desain formulir/resume posyandu lansia kelurahan meteseh.
- Rano Indradi dan Ahmad Danuri. 2017. Workshop Peningkatan Dokumentasi Klinik dan Akurasi Koding INA CBG's Dalam Mendukung Implementasi Elektronik Claim (E-Claim) BPJS. Apikes Citra Medika Surakarta: Solo.
- Ratman, Desriza. 2013. Aspek Hukum Informed Consent dan Rekam medis dalam transaksi terapeutik. Bandung: Keni Medis
- Shofari, Bambang. 1998. Sistem Rekam Kesehatan (PSRK) (<http://adityaapikescm.blogspot.co.id/2011/08/sistem-dan-sub-sistem-rekam-medis.html> diakses tanggal 9 September 2017)
- Sucipto, dkk. 2017. Modul Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit. Surabaya: PT. Agus Cipto Karyo
- Widjaja, L. (n.d.). Penataan rekam medis.
- Windiarso, Dewi dan Irnawati. 2014. Pengenalan Dasar Perancangan, Desain dan Pembuatan Sistem Informasi Rekam Medis Pada Klinik Rawat Jalan. Jakarta: CV. Trans Info Medis

Sumber lain:

<http://razimaulana.wordpress.com/2008/12/02/anamnesis/>

TENTANG PENULIS



Irmawati Mathar, S.K.M., M.Kes. dilahirkan di Parepare, Sulawesi Selatan. Sejak tahun 2016 sampai saat ini merupakan dosen dan sebagai Kepala Program Studi D-III Perkam dan Informasi Kesehatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Husada Mulia Madiun. Menerbitkan buku *Manajemen Informasi Kesehatan Pengelolaan Rekam Medis* pada tahun 2018. Pada tahun 2019 menerima hibah penelitian dosen pemula serta telah menulis buku *MENOPAUSE KESEHATAN REPRODUKSI WANITA USIA LANJUT* bersama Cintika Yorinda Sebtalexy. Sebagai moderator dalam “Seminar Nasional Tantangan Profesi PMIK dan Institusi Pendidikan dalam Mengantisipasi *Second Wave* COVID-19” serta sebagai Pengawas Pusat Uji Kompetensi Nasional Program Studi D-III Perkam dan Informasi Kesehatan tahun 2020.



Isna Bayin Igayanti merupakan anak ke-2 dari 2 saudara yang lahir di Kabupaten Ngawi pada tanggal 27 Oktober 1992. Alumni SMPN 1 Karangjati yang lulus pada tahun 2008 dan SMAN 1 Ngawi lulusan 2011 ini punya hobi pada penulisan, baik karya tulis yang bernilai ilmiah, seni, fiksi, maupun nonfiksi. Kesukaan dalam penulisan

tersebut diawali sejak Februari 2012 ketika penulis punya kemampuan dan keterampilan pada pengetikan komputer yang digunakannya 10 jari dengan cepat dan lancar. Bagi alumni S-1 dari Stikes Bhakti Husada Mulia Madiun ini yang lulus tahun 2016 aktif dalam penulisan adalah bagian dari proses belajar, karena dengan adanya aktivitas penulisan berarti ada kegiatan pembacaan. Selain hobi dalam penulisan, penulis juga berminat pada kegiatan organisasi. Hal ini terbukti pada saat di bangku SMA penulis pernah ikut beberapa organisasi. Serta ketika masa di perkuliahan penulis pernah berperan aktif dalam pengembangan dan pengaderan di organisasi kemahasiswaan ekstra kampus, sehingga seiring berkembangnya jumlah mahasiswa di Stikes BHM Madiun maka dapat diikuti pula penambahan jumlah kader yang ada di organisasi tersebut. Peran nyata penulis dalam organisasi tersebut adalah dalam perekrutan calon anggota organisasi pada saat awal tahun akademik ketika masa pendaftaran calon mahasiswa baru di perguruan tinggi Stikes BHM Madiun. Selain itu tindakan selanjutnya yang dilakukan oleh penulis adalah pemantapan, pengaderan, dan regenerasian anggota menjadi pengurus organisasi. Sehingga demi untuk kelancaran regenerasi pada November 2015 diambillah sikap oleh penulis untuk pengunduran diri dari organisasi, selain karena pada waktu itu penulis juga dituntut fokus pada tugas akhir perkuliahan yaitu penulisan skripsi.