

BUKU MANUAL KETERAMPILAN REKAM MEDIS

Tujuan Pembelajaran

1. Mahasiswa mampu menjelaskan macam-macam rekam medis.
2. Mahasiswa mampu menjelaskan fungsi dan manfaat dari rekam medis
3. Mahasiswa mampu menjelaskan aspek medikolegal/ tentang aspek hukum dan etik dari rekam medis
4. Mahasiswa mampu menjelaskan isi dari rekam medis
5. Mahasiswa membuat rekam medis untuk pasien rawat jalan dan pasien rawat inap
6. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang cara penyimpanan dan pemusnahan rekam medis

I. PENDAHULUAN

Rekam medis merupakan berkas/dokumen penting bagi setiap instansi rumah sakit yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis merupakan bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit dan pengobatan selama pasien berkunjung atau dirawat di rumah sakit atau praktik pribadi.

Pengisian berkas rekam medis oleh tenaga kesehatan akan memudahkan tenaga kesehatan lain dalam memberikan tindakan atau terapi kepada pasien. Selain itu Rekam medis juga digunakan sebagai sumber data yang kemudian menjadi informasi yang berguna bagi manajemen dalam menentukan langkah-langkah strategis untuk pengembangan pelayanan kesehatan.

Terselenggaranya praktek kedokteran yang baik tercermin dari adanya rekam medis yang baik. Oleh karena itu pemeliharaan rekam medis sangat diperlukan dalam rangka memberi kualitas pelayanan yang prima bagi pasien dan keluarganya yang terlibat dalam pelayanan kesehatan berkesinambungan. Apabila seorang dokter atau tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan pada sarana kesehatan atau praktik perorangan dapat membuat suatu rekam medis yang baik maka pelayanan kesehatan menjadi lebih optimal.

II. REKAM MEDIS DALAM PELAYANAN KESEHATAN

A. Definisi Rekam Medis

Menurut Permenkes RI No.269/Menkes/PER/III/2008, *medical record* atau rekam medis kesehatan adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

B. Manfaat Rekam Medis

Dalam Permenkes RI No.269/Menkes/PER/III/2008 rekam medis sangat bermanfaat dalam berbagai aspek baik dalam pelayanan kesehatan kepada pasien maupun dalam bidang yang lain, yaitu :

1. Dalam rangka pengobatan pasien

Rekam medis bermanfaat sebagai dasar dan petunjuk untuk merencanakan dan menganalisis penyakit serta merencanakan pengobatan, perawatan dan tindakan medis yang harus diberikan kepada pasien. Dalam hal ini rekam medis bermanfaat sebagai alat komunikasi antara dokter dengan tenaga kesehatan lainnya yang ikut serta memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Rekam medis juga dijadikan dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus diberikan kepada pasien selanjutnya.

2. Sebagai dasar dalam peningkatan kualitas pelayanan

Membuat Rekam Medis bagi penyelenggaraan praktik kedokteran dengan jelas dan lengkap akan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, untuk tercapainya kesehatan masyarakat yang optimal. Dalam hal ini, rekam medis merupakan alat yang berguna untuk menganalisa dan mengevaluasi kualitas program dan pelayanan kesehatan yang telah dilakukan. Sebagai contoh, bagi seorang pengelola rumah sakit rekam medis dapat memberikan informasi mengenai :

- Jumlah pasien yang datang kesarana kesehatan tersebut, jumlah pasien baru dan lama,
- Distribusi penyakit pasien yang datang ke sarana kesehatan, dan
- Berapa cakupan program yang sudah dicapai di bandingkan dengan program yang ditargetkan

Informasi-informasi tersebut sangat diperlukan untuk peningkatan pelayanan kesehatan selanjutnya.

3. Dalam bidang pendidikan dan penelitian

Rekam medis yang berisi informasi mengenai perkembangan penyakit pasien, pelayanan medis, pengobatan dan tindakan medis yang sudah dilakukan bermanfaat untuk bahan informasi bagi perkembangan pengajaran dan penelitian di bidang kedokteran, kedokteran gigi, maupun pendidikan kesehatan yang lain, misalnya pendidikan keperawatan.

4. Dalam hal pembiayaan perawatan pasien

Berkas rekam medis dapat dijadikan petunjuk dan bahan untuk menetapkan pembiayaan dalam pelayanan kesehatan pada sarana kesehatan. Catatan tersebut dapat dipakai sebagai bukti pembiayaan kepada pasien.

5. Bahan informasi statistik kesehatan

Rekam medis dapat digunakan sebagai bahan statistik kesehatan, misalnya untuk mempelajari perkembangan kesehatan masyarakat dan untuk menentukan prevalensi suatu penyakit dalam masyarakat. Misalnya, dari rekam medis dapat diketahui berapa jumlah penderita diabetes, hipertensi, penyakit infeksi dan distribusi penyakit yang lain.

6. Pembuktian masalah hukum, disiplin dan etik

Rekam medis merupakan alat bukti tertulis utama, sehingga bermanfaat dalam penyelesaian masalah hukum, disiplin dan etik. Dalam hal ini rekam medis bermanfaat untuk melindungi kepentingan hukum bagi pasien, sarana kesehatan maupun tenaga kesehatan yang terlibat. Misalnya pada kasus dugaan malpraktek kedokteran, seorang dokter atau tenaga kesehatan dapat menggunakan kronologis pengobatan dan perawatan ataupun data-data penunjang yang tertulis dalam rekam medis untuk memberikan penjelasan terhadap tindakan yang dilakukannya.

C. Kerahasiaan Rekam Medis

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

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

1. Untuk kepentingan kesehatan pasien, misalnya apabila pasien akan pindah dokter, untuk konsultasi kepada dokter ahli, atau untuk kepentingan asuransi kesehatan;
2. Memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakan hukum atas perintah pengadilan;
3. Permintaan dan/atau persetujuan pasien sendiri; permintaan institusi/lembaga berdasarkan ketentuan perundang-undangan;
4. Untuk kepentingan penelitian, pendidikan, dan audit medis, sepanjang tidak menyebutkan identitas pasien.

Permintaan rekam medis untuk tujuan tersebut diatas harus dilakukan secara tertulis kepada pimpinan sarana pelayanan kesehatan.

D. Kepemilikan Rekam Medis

Berkas rekam medis merupakan milik sarana pelayanan kesehatan sedangkan isi rekam medis merupakan milik pasien. Apabila pasien meminta isi rekam medis maka dapat diberikan dalam bentuk ringkasan rekam medis. Ringkasan rekam medis dapat diberikan, dicatat atau dicopy oleh pasien atau orang yang diberi kuasa atau atas persetujuan tertulis pasien atau keluarga pasien yang berhak untuk itu. Pasien dapat menerima fotokopi dari rekam medis yang harus dibubuhi stempel, paraf dan tanggal disetiap lembar fotokopi tersebut.

E. Macam-macam rekam medis

Pelayanan rekam medis memiliki berbagai bentuk, dari tingkatan yang paling sederhana sampai pada tingkatan yang lebih canggih. Bentuk pelayanan rekam medis meliputi :

1. Pelayanan rekam medis berbasis kertas

Rekam medis manual (*paper based documents*) adalah rekam medis yang berisi lembar administrasi dan medis yang diolah, ditata dan disimpan secara manual. Rekam medis ini seluruhnya menggunakan kertas dalam menyimpan informasi.

2. Pelayanan rekam medis manual dan registrasi komputerisasi

Pelayanan rekam medis ini sudah berbasis komputer, tetapi masih terbatas hanya pada pendaftaran (*admission*), data pasien masuk (*transfer*), dan data pasien keluar termasuk yang meninggal (*discharge*). Pengolahannya secara komputerisasi hanya terbatas pada sistem registrasi, sedangkan lembar administrasi dan medis masih diolah secara manual.

3. Pelayanan Manajemen Informasi Kesehatan (MIK) terbatas

Pelayanan rekam medis yang diolah menjadi informasi dan pengelolaannya secara komputerisasi yang berjalan pada satu sistem secara otomatis di unit kerja manajemen informasi kesehatan.

4. Pelayanan Sistem Informasi Terpadu

Computerized Patient Record (CPR), yang disusun dengan mengambil dokumen langsung dari sistem image dan struktur sistem dokumen yang telah berubah.

5. Pelayanan Manajemen Informasi Kesehatan (MIK) dengan Rekam Kesehatan Elektronik (EMR)

Sistem pendokumentasian telah berubah dari *Electronic Medical Record* (EMR) menjadi *Electronic Patient Record* sampai dengan tingkat yang paling akhir dari pengembangan *Health Information System*, yakni *Electronic Health Record* (EHR) – Rekam Kesehatan Elektronik.

F. Isi Rekam Medis

Menurut Permenkes RI No.269/Menkes/PER/III/2008 rekam medis berisi mengenai identitas pasien, tanggal dan waktu, hasil anamnesis, riwayat penyakit, hasil pemeriksaan laboratorium, diagnosis, persetujuan tindakan medis, tindakan/pengobatan, catatan observasi klinis dan hasil pengobatan, resume akhir dan evaluasi hasil pengobatan.

Berdasarkan Permenkes RI No.269/Menkes/PER/III/2008 ada beberapa jenis rekam medis, yaitu :

1. Rekam medis rawat jalan

2. Rekam medis rawat inap
3. Rekam medis gawat darurat
4. Rekam medis bencana
5. Rekam medis dokter spesialis
6. Rekam medis untuk pengobatan massal atau dalam ambulance

1. Rekam Medis Pasien Rawat Jalan

Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan pada sarana kesehatan sekurang-kurangnya memuat catatan/dokumen tentang hal-hal tersebut dibawah ini.

- a. Identitas pasien,
- b. Tanggal dan waktu,
- c. Hasil anamnesis yang mencakup minimal keluhan dan riwayat penyakit
- d. Hasil pemeriksaan fisis dan penunjang medik,
- e. Diagnosis/masalah,
- f. Rencana penatalaksanaan,
- g. Pengobatan dan atau tindakan,
- h. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien,
- i. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik ,
- j. Persetujuan tindakan bila diperlukan

2. Rekam Medis Pasien Rawat Inap

Isi rekam medis untuk pasien rawat inap pada sarana kesehatan sekurang-kurangnya memuat catatan/dokumen tentang hal-hal tersebut dibawah ini :

- a. Identitas pasien,
- b. Tanggal dan waktu,
- c. Hasil anamnesis yang mencakup minimal keluhan dan riwayat penyakit,
- d. Hasil pemeriksaan fisis dan penunjang medik,
- e. Diagnosis/masalah,
- f. Rencana penatalaksanaan,
- g. Pengobatan dan atau tindakan,
- h. Persetujuan tindakan apabila diperlukan,
- i. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan,
- j. Ringkasan pulang (discharge summary),

- k. Nama dan tandatangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan,
- l. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien,
- m. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik

3. Isi rekam medis pasien gawat darurat

Rekam medis untuk pasien digawat darurat sekurang-kurangnya memuat :

- a. Identitas pasien,
- b. Kondisi saat pasien tiba disarana pelayanan kesehatan,
- c. Identitas pengantar pasien,
- d. Tanggal dan waktu,
- e. Hasil anamnesis yang mencakup minimal keluhan dan riwayat penyakit,
- f. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik,
- g. Diagnosis/masalah,
- h. Pengobatan dan atau tindakan,,
- i. Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut,,
- j. Nama dan tandatangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan,
- k. Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan kesarana kesehatan yang lain,
- l. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien

4. Isi rekam medis pasien dalam keadaan bencana

Isi rekam medis pada pasien dalam keadaan bencana sama dengan pada pasien gawat darurat, diatas ditambah dengan :

- 1. Jenis bencana dan lokasi dimana pasien ditemukan
- 2. Kategori kegawatan dan nomor pasien bencana masal; dan
- 3. Identitas orang yang menemukan pasien

5. Isi rekam medis untuk pelayanan dokter spesialis atau dokter gigi spesialis.

Isi rekam medis pada pelayanan spesialis sama dengan pada pasien rawat inap maupun rawat jalan dan dapat dikembangkan sesuai dengan kebutuhan.

6. Pelayanan yang diberikan dalam ambulans atau pengobatan massal

Rekam medis pada pelayanan dalam ambulans atau pada pengobatan massal dapat dicatat dalam rekam medis sesuai ketentuan pada pasien gawat darurat dan disimpan pada sarana pelayanan kesehatan yang merawatnya.

Rekam medis menurut Permenkes RI no.269/Menkes/PER/III/2008 juga berisi ringkasan pulang (*discharge summary*) atau resume medis. Ringkasan pulang ini harus dibuat oleh dokter atau dokter gigi yang melakukan perawatan pasien. Isi ringkasan pulang sekurang-kurangnya memuat:

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

III. PEMBUATAN DAN PENGISIAN REKAM MEDIS

A. Pengisian rekam medis secara umum

Pengisian rekam medis pasien harus lengkap dan akurat. Pada identitas pasien harus diisi lengkap meliputi: nama pasien, alamat, nomer telepon (bila ada), tanggal lahir, usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, nama istri/suami. Untuk pasien bayi/anak item identitas ditambah dengan nama orang tua (ayah dan ibu), usia, pendidikan, dan pekerjaan masing-masing.

Contoh Data Identitas Pasien antara lain :

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

Pada anamnesis dan pemeriksaan fisik harus dituliskan keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, dan riwayat penyakit dahulu. Untuk pasien bayi/anak anamnesis ditambah dengan riwayat kehamilan ibu dan persalinan, status imunisasi, pohon keluarga, riwayat pertumbuhan dan perkembangan pasien, riwayat pemberian makanan.

Pemeriksaan fisik meliputi kesan umum, tanda vital, inspeksi, palpasi perkusi, dan auskultasi. Untuk pasien anak ditambah dengan status gizi. Diagnosis/masalah dituliskan sesuai dengan diagnosis atau masalah pasien yang diidentifikasi. Rencana penatalaksanaan atas masalah pasien, pengobatan atau tindakan yang dilakukan. Pemeriksaan laboratorium yang sudah dilakukan juga harus disertakan.

Penulisan rekam medis harus sesuai dengan tata cara penulisan Rekam Medis yaitu;

- 1) Ditulis secara lengkap dan menyeluruh.
- 2) Ada nama, waktu dan tandatangan dokter atau tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan, PIN (pada rekam medis elektronik).
- 3) Tidak boleh diganti / dihapus.
- 4) Bila keliru harus dicoret dan kemudian dibenarkan dan diberi paraf.

B. Rekam medis berorientasi masalah (*Problem Oriented Medical record/ POMR*)

Problem Oriented Medical Record (POMR) disebut dengan rekam medis yang berorientasi pada masalah. POMR diprakarsai oleh Dr. Lawrence L. Weed (1950 -1960). Konsep dari POMR sendiri adalah pendekatan terhadap semua masalah pasien, dan mengobati sesuai permasalahannya yang timbul dan

kaitannya dengan masalah lain. Sistem ini dianggap paling ilmiah untuk pendidikan dan penelitian karena mempunyai sistem yang mirip dengan metoda penelitian ilmiah eksperimental. Rekam Medis berorientasi pada masalah (*Problem Oriented Medical Record*) sangat cocok dilakukan dalam pelayanan praktek kedokteran.

Elemen dasar dari rekam medis berorientasi pada masalah adalah :

- a. Data dasar (*data base*)
- b. Daftar masalah (*problem list*)
- c. Rencana pengelolaan (*management plans*)
- d. Catatan kemajuan (*progress notes*)

1. Data dasar (*data base*)

Data dasar pasien harus sudah selesai dilengkapi pada kunjungan pertamakali. Data dasar berisi informasi umum misalnya data demografi dan informasi khusus tentang masalah pasien (data medis pasien) seperti :

- a. Profil pasien (nama, jenis kelamin, tanggal lahir, alamat, nomor telephone, pekerjaan, status perkawinan)
- b. Informasi mengenai kemungkinan faktor risiko
- c. Catatan imunisasi
- d. Riwayat alergi
- e. Riwayat medis pasien
- f. Catatan pemeriksaan fisik dan hasil pemeriksaan laboratorium
- g. Riwayat psikososial dan pengobatan
- h. Riwayat penyakit dahulu
- i. Riwayat keluarga (genogram)

Pada anamnesis dilengkapi selengkap-lengkapnyanya sehingga dari keluhan utama pasien dapat menuntun kemasalah yang timbul selanjutnya. Secara kronologis, data dasar dikumpulkan sebelum daftar masalah dibuat.

2. Daftar Masalah (*problem list*) dan Rencana Pengelolaan Masalah

Setelah dilengkapinya data dasar, didalam rekam medis dibuat daftar masalah pasien (*problem list*), misalnya, gejala-gejala klinik yang terjadi dan kelainan-kelainan dialami oleh pasien yang kemungkinan berpengaruh

terhadap perkembangan klinik dan manajemen penyakit harus dicatat dan diberi nomor sesuai dengan tanggal mulai timbulnya kejadian atau gejala tersebut.

Daftar masalah antara lain mengacu pada masalah :

- Medis (biologis)
- Psikiatri
- Sosial
- Demografi
- Diagnosis
- Penemuan fisiologis
- Gejala
- Tanda
- Abnormalitas pemeriksaan penunjang
- Permasalahan sosial
- Permasalahan demografis

Masalah yang dialami pasien dibagi menjadi dua kelompok, yaitu :

a. Masalah aktif (*active problems*) :

- 1) Masalah yang sedang dihadapi pasien
- 2) Masalah yang masih membutuhkan pemeriksaan dan penanganan lebih lanjut
- 3) Masalah yang masih membutuhkan pengobatan dan tindakan khusus
- 4) Masalah yang dapat mempengaruhi kesehatan pasien saat ini

b. Masalah inaktif (*inactive problems*) :

- 1) Masalah yg masih tetap ada pada pasien tetapi tidak memerlukan tindakan misalnya: penderita polio yang sampai sekarang kecacatannya masih ada
- 2) Masalah masa lalu yang mungkin menjadi penyebab atau berhubungan dengan masalah yang sekarang ada, misalnya: anak sering mengalami kejang dan setelah ditelusuri masa lalunya ternyata dia lahir dalam keadaan asfiksia berat.
- 3) Masalah yang telah lampau tetapi ada kemungkinan kambuh lagi misalnya: tuberkulosis paru

Cara membuat daftar masalah :

1. Semua problem diurutkan berdasar nomer urut lengkap dengan tanggal kronologis problem ditemukan.
2. Bila problem sudah dapat diatasi tuliskan tanggal problem teratasi tersebut misalnya penderita appendicitis akut kemudian dilakukan operasi, tuliskan tanggal operasi.
3. Menggunakan istilah yang lazim.
4. Menggunakan satu nomor untuk satu masalah.
5. Masalah minor seperti misalnya infeksi saluran nafas tidak perlu dimasukkan dalam daftar masalah.
6. Agar masalah dapat diketahui dengan cepat maka daftar masalah diletakkan di halaman depan rekam medis.

3. Rencana Pengelolaan (*management plans*)

Setelah dokter membuat daftar masalah dari seorang pasien langkah selanjutnya adalah mencoba mencari pemecahan dari masalah yang ditemukan. Pada rencana pengelolaan masalah dituliskan semua rencana diagnostik, rencana terapi, rencana tindakan, rencana evaluasi, rencana rujukan dan rencana pendidikan yang akan dilakukan untuk setiap masalah aktif yang ada pada pasien. Perencanaan dibagi dua tahap yaitu rencana awal dan rencana lanjutan.

Rencana awal dibuat saat pertama kali pasien yang bersangkutan berobat ke institusi pelayanan kesehatan terkait. Rencana awal umumnya meliputi :

- a. *Diagnostic*, mengenai studi lebih lanjut tentang diagnosis dan manajemen.
- b. *Therapeutic*, perencanaan mengenai tindakan/pengobatan yang akan diberikan.
- c. *Patient education*, perencanaan mengenai penyampaian informasi medis kepada pasien.

Rencana lanjutan dapat dibuat pada saat membuat catatan kemajuan (*progress report*). Rencana lanjutan meliputi :

- a. Rencana pemeriksaan
- b. Rencana pengobatan dan tindakan medis

c. Rencana edukasi terhadap pasien

Cara membuat rencana pengelolaan :

1. Membuat rencana pengelolaan untuk setiap masalah aktif.
2. Nomor rencana pengelolaan harus sesuai dengan nomer masalah yang ada dalam daftar masalah.
3. Bila dalam pengelolaan perlu penanganan dokter ahli maka nama dokter konsulen dan macam pengobatan atau tindakan yang diberikan oleh dokter konsulen harus dicantumkan.

4. Catatan Kemajuan (*progress notes*)

Catatan kemajuan pasien merupakan follow-up untuk semua masalah. Catatan kemajuan ini menggambarkan aktivitas pelayanan pada pasien oleh tenaga medis, paramedis dan lainnya. Pada bagian ini dicatat semua kemajuan yang diperoleh sebagai hasil dari tindakan yang diberikan sehingga memungkinkan dokter untuk mengikuti perkembangan masalah melalui rekam medis. Catatan ini meliputi :

- a. Segala sesuatu yang terjadi pada pasien.
- b. Segala rencana asuhan lanjutan bagi pasien
- c. Respon pasien terhadap terapi.

Dalam catatan kemajuan ini disarankan menggunakan format SOAP (*Subjective – Objective – Assessment – Planning*). SOAP dapat dijelaskan sebagai berikut :

- S** = data subyektif yang berisi keluhan pasien.
- O** = data objektif atau penemuan fisik, psikologis, hasil pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya.
- A** = penilaian yg berisi diagnosis kerja dan atau diagnosis banding.
- P** = rencana yang berisi penatalaksanaan medikamentosa (*pharmakologic treatment*), penatalaksanaan non medikamentosa (*non pharmakologic treatment*), pendidikan pada pasien, konseling dan rencana diagnostik.

Keuntungan dan kerugian *Problem Oriented Medical Record (POMR)*

- Keuntungan menggunakan POMR, antara lain sebagai berikut :
 - Dokter dapat mempertimbangkan semua permasalahan pasien dan interpretasinya secara lebih menyeluruh,
 - Dokter menangani masalah berdasar prioritas,
 - Perubahan masalah yang dialami pasien mudah diikuti,
 - Pendidikan medis dapat terfasilitasi dengan dokumentasi yang lengkap
- Kekurangan menggunakan POMR, yaitu :
 - Memerlukan pelatihan dan komitmen dari sumber daya manusia yang ada sebagai tenaga pelaksana.
 - Selain itu, masih sedikit sekali fasilitas pelayanan akut menggunakan sistem ini secara penuh karena kebanyakan dari profesional kesehatan hanya menggunakan catatan kemajuan dalam bentuk SOAP.

Contoh kasus :

Seorang pasien umur 54 tahun, laki-laki dengan sirosis hepatis dibawa ke rumah sakit dengan keluhan perdarahan gastrointestinal masif.

Setelah 24 jam dilakukan tindakan terhadap keadaan pasien dan setelah menjalani pemeriksaan ditemukan daftar masalah (*problem lists*) sebagai berikut :

1. Peminum alkohol
2. Sirosis hepatis
3. Perdarahan saluran cerna
4. Mengalami BPH (*Benign Prostatic Hypertrophy*)
5. Hiperglikemia
6. Terdapat infiltrat pada lobus kanan atas
7. Tidak mempunyai pekerjaan
8. Status perkawinan : bercerai dengan isterinya

Final *problem lists* :

1. Alkoholisme kronis
2. Sirosis hepatis
3. Perdarahan saluran cerna

4. Terdapat karsinoma pada glandula prostat (ditegakkan dengan meningkatnya kadar PSA (*Prostate Specific Antigen*), USG prostat, dan hasil biopsi)
5. Tidak ada masalah- hasil pemeriksaan glukosa darah normal
6. Tidak ada masalah- hasil pemeriksaan rontgen dada normal
7. Tidak mempunyai pekerjaan
8. Status perkawinan : bercerai dengan isterinya

IV. PENYIMPANAN REKAM MEDIS

A. Sistem Penamaan Rekam Medis

Sistem penamaan rekam medis pada dasarnya adalah untuk memberikan identitas kepada seorang pasien serta untuk membedakan antara pasien satu dengan pasien lainnya, sehingga mempermudah dalam memberikan pelayanan rekam medis kepada pasien yang datang berobat ke rumah sakit. Penulisan nama pasien pada rekam medis menurut Buku Petunjuk Penyelenggaraan Rekam Medis Rumah Sakit (1991 :11) adalah sebagai berikut:

1. Nama pasien harus lengkap, minimal terdiri dari dua suku kata. Dengan demikian, ada beberapa kemungkinan dalam penulisan nama pasien yaitu :
 - Nama pasien sendiri apabila sudah terdiri dari dua suku kata.
 - Nama pasien sendiri dilengkapi dengan nama suami, bila seorang perempuan bersuami.
 - Nama pasien sendiri dilengkapi dengan nama orang tua, biasanya nama ayah.
 - Bagi pasien yang mempunyai nama keluarga/marga didahulukan dan kemudian diikuti dengan nama sendiri.
2. Nama ditulis dengan huruf cetak dan mengikuti ejaan yang disempurnakan.
3. Bagi pasien perempuan diakhir nama lengkap ditambah Ny. atau Nn. sesuai dengan statusnya.
4. Pencantuman titel selalu diletakkan sesudah nama lengkap pasien.
5. Perkataan tuan, saudara, bapak, tidak dicantumkan.

B. Sistem Penomoran Rekam Medis

Rekam medis pada hampir semua lembaga pelayanan kesehatan disimpan menurut nomor, yaitu berdasarkan nomor pasien masuk (*admission number*). Ada 3 (tiga) macam sistem pemberian nomor pasien masuk (*admission numbering system*) yang umum dipakai yaitu :

1. Pemberian nomor cara seri (*serial numbering system*)

Dengan sistem ini setiap pasien mendapat nomor baru setiap kunjungan ke rumah sakit. Jika pasien berkunjung lima kali, mendapat lima nomor yang berbeda. Semua nomor yang diberikan kepada pasien tersebut harus dicatat pada Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP) pasien yang bersangkutan. Rekam medisnya disimpan di berbagai tempat sesuai nomor yang telah diperoleh.

2. Pemberian nomor cara unit (*unit numbering system*)

Sistem ini memberikan hanya satu unit rekam medis kepada pasien baik pasien tersebut berobat jalan maupun rawat inap. Pada saat seorang berkunjung pertama kali ke rumah sakit apakah berobat jalan ataupun dirawat, kepadanya diberikan satu nomor (*admitting number*) yang akan dipakai selamanya selama setiap kunjungan berikutnya, sehingga pasien hanya mempunyai satu nomor rekam medis.

3. Pemberian nomor cara seri unit (*serial unit numbering system*)

Sistem ini merupakan gabungan antara sistem seri dan sistem unit. Setiap pasien yang berkunjung ke rumah sakit diberikan satu nomor baru tetapi rekam medisnya yang terdahulu digabungkan dan disimpan di bawah nomor yang paling baru sehingga terciptalah satu unit rekam medis. Apabila satu rekam medis lama diambil dan dipindahkan tempatnya ke nomor yang baru, di tempat yang lama diberi tanda petunjuk yang menunjukkan ke mana rekam medis tersebut dipindahkan. Tanda petunjuk tersebut diletakkan menggantikan tempat rekam medis yang lama.

Dari ketiga macam sistem penomoran berdasarkan nomor pasien masuk tersebut, pemberian nomor cara unitlah yang lebih baik digunakan, karena dengan cara ini seorang pasien hanya memiliki satu nomor setiap kunjungan ke rumah sakit, dan rekam medisnya baik rawat jalan maupun rawat inap terkumpul dalam satu map (folder) sehingga dengan cepat

memberikan gambaran yang lengkap mengenai riwayat penyakit dan pengobatan seorang pasien kepada rumah sakit maupun staf medis lainnya. Selain itu juga menghilangkan kerepotan mencari/mengumpulkan rekam medis pasien yang terpisah-pisah seperti pada sistem seri, menghilangkan kerepotan mengambil rekam medis lama untuk disimpan ke nomor baru seperti dalam sistem seri unit.

Dalam praktek kedokteran keluarga, metode yang dianjurkan adalah penyimpanan numeric dengan sistem angka akhir yang lazim disebut dengan "*terminal digit filling system*". Di sini digunakan nomor-nomor dengan 6 angka, yang dikelompokkan menjadi 3 kelompok yang masing masing terdiri dari 2 angka. 2 Angka pertama paling kanan, angka 2 terletak di tengah dan 2 angka terakhir terletak paling kiri. Dalam penyimpanan dengan sistem angka akhir ada 100 kelompok angka pertama yaitu 00 sampai dengan 99.

Pada waktu menyimpan, petugas harus melihat angka pertama dan membawa rekam medis tersebut ke rak penyimpanan untuk kelompok angka pertama kemudian rekam medis disesuaikan urutan letaknya menurut angka kedua kemudian rekam medis disimpan sesuai dengan kelompok angka ketiga.

Sebagai contoh, bagaimana cara menemukan rekam medis atas nama *Budi Susanto* dengan nomor rekam medis : (40 18 74)

1. Nomer dibaca dalam arah yang disarankan. Ini akan nampak terbalik bagi pendatang baru, tetapi sistem angka akhir berhubungan dengan kode warna yang diletakkan diatas. Seluruh sistem terbagi 100 kode warna.
2. Angka terakhir 40 18 7(4) mengindikasikan warna.
3. Dua angka dari belakang 40 18 (7)4 mengindikasikan posisi folder pada warna tersebut.
4. Nomor keluarga adalah 18
5. Semua keluarga *Budi* dikelompokkan bersama dalam map dan nomer *Budi* sendiri adalah 4

C. Penyimpanan dan Pengelolaan Rekam Medis

Ada 2 (dua) cara pengurusan penyimpanan dalam pengelolaan rekam medis yaitu :

1. Sentralisasi

Sentralisasi adalah penyimpanan rekam medis pasien dalam satu kesatuan baik catatan kunjungan poliklinik maupun catatan selama seorang pasien dirawat, disimpan pada satu tempat yaitu bagian rekam medis.

Kebaikan sistem sentralisasi adalah :

- Dapat mengurangi terjadinya duplikasi dalam pemeliharaan dan penyimpanan rekam medis.
- Mudah menyeragamkan tata kerja, peraturan dan alat yang digunakan.
- Efisiensi kerja petugas.
- Permintaan akan rekam medis mudah dilayani setiap saat.

Kelemahan sistem sentralisasi adalah :

- Perlu waktu dalam pelayanan rekam medis.
- Perlu ruangan yang luas, alat-alat dan tenaga yang banyak terlebih bila tempat penyimpanan jauh terpisah dengan lokasi penggunaan rekam medis, misalnya dengan poliklinik.

2. Desentralisasi

Desentralisasi adalah penyimpanan rekam medis pada masing-masing unit pelayanan. Terjadi pemisahan antara rekam medis pasien poliklinik dengan rekam medis pasien dirawat. Rekam medis poliklinik disimpan di poliklinik yang bersangkutan, sedangkan rekam medis pasien dirawat disimpan di bagian rekam medis.

Kebaikan sistem desentralisasi adalah :

- Efisiensi waktu, di mana pasien mendapat pelayanan lebih cepat.
- Beban kerja yang dilaksanakan petugas rekam medis lebih ringan.
- Pengawasan terhadap rekam medis lebih mudah karena lingkungan lebih sempit.

Kelemahan sistem desentralisasi adalah:

1. Terjadi duplikasi dalam pembuatan rekam medis sehingga informasi tentang riwayat penyakit pasien terpisah.
2. Biaya yang diperlukan untuk pengadaan rekam medis, peralatan dan ruangan lebih banyak.
3. Bentuk/isi rekam medis berbeda.

4. Menghambat pelayan bila rekam medis dibutuhkan oleh unit lain.

Masa simpan rekam medis disarana rumah sakit adalah selama 5 (lima) tahun terhitung sejak tanggal terakhir pasien mendapat perawatan, kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan selama 10 (sepuluh) tahun. Sedangkan masa simpan di sarana kesehatan selain rumah sakit adalah 2 (dua) tahun. Setelah batas waktu tersebut, maka rekam medis dapat dimusnahkan dengan mengikuti aturan yang telah ditentukan untuk pemusnahan dokumen.

REFERENSI

- Budisantosa, Dian. *Problem Oriented Medical Record (POMR)*. <http://dianbudisantoso.net>
- Gondodiputro, Sharon. 2007. *Rekam Medis dan Sistem Informasi Kesehatan Di Pelayanan Kesehatan Primer (Puskesmas)*, Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran
- Hidayat, Syamsu. 2006. *Manual Rekam Medis*. Konsil Kedokteran Indonesia. Jakarta
- Sanjoyo R., *Problem Oriented Medical Record (POMR)*. Rekam Medis FMIPA Universitas Gadjah Mada. <http://www.yoyoke.ugm.ac.id>
- Undang-Undang Praktik Kedokteran, edisi 2011