
PENERAPAN KONSEP INTEGRASI BERKAS REKAM MEDIS DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH WATES, KULONPROGO, YOGYAKARTA

Savitri Citra Budi
Sekolah Vokasi UGM

vi3ku@yahoo.com/savitri@ugm.ac.id

ABSTRAK

Berdasarkan UU Nomor 44, Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, rumah sakit mempunyai kewajiban untuk menyelenggarakan rekam medis. Rekam medis adalah berkas yang berisi catatan serta dokumen tentang pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Permenkes, Nomor 269, Tahun 2008 tentang Rekam Medis). RSUD Wates berencana melakukan perubahan sistem penyimpanan dari desentralisasi menjadi sentralisasi. Salah satu tujuan perubahan tersebut adalah untuk mendapatkan riwayat kesehatan pasien yang berkesinambungan. Terkait dengan hal itu, berkas rekam medis menjadi salah satu hal penting yang harus disiapkan dalam menghadapi perubahan tersebut. Kegiatan pengabdian ini dilakukan untuk menerapkan konsep integrasi pada desain formulir rekam medis di RSUD Wates.

Metode kegiatan pengabdian ini dilakukan dengan mengikuti tahapan perancangan, yaitu mulai dari pengumpulan referensi, tahapan perancangan, *triangulation* sumber, presentasi 1, uji coba, revisi, sampai presentasi 2, dan penyerahan hasil rancangan. Adapun hasil kegiatan pengabdian berupa penerapan konsep integrasi pada berkas rekam medis yang terdiri atas map berkas rekam medis, pembatas formulir, lembar gawat darurat, lembar klinik, lembar rekam medis masuk dan keluar, lembar resume medis, lembar persetujuan pasien rawat inap, lembar *informed consent*, dan lembar identitas bayi.

Kata kunci: integrasi, rekam medis, sentralisasi, perancangan, dan formulir rekam medis

ABSTRACT

In Indonesia, under Law No. 44 of 2009 about Hospital, hospital has an obligation to organize medical records. Medical record is the file containing the notes and documents about the patient, examinations, treatments, actions, and other services that have been given to the patients (Regulation of Ministry of Health No. 269 of 2008 concerning Medical Record). Wates District Hospital has had a plan to change medical record storage from decentralized system to centralized one. One of the aims is obtained continuous patient's medical history. Medical record must be prepared in such change. To implement the concept of integrated medical record by redesign of medical record forms in Wates District hospitals.

The methods were carried out by following the design form concept, starting from collecting references, design, sources triangulation, first presentation, testing, revision, second presentation, and the last was giving the design results to Wates District Hospital to be implemented. The application of the

concept of integrated medical record was the new design of medical record forms consisting of a medical record folder, divider, emergency form, outpatient form, discharge summary form, resume form, inpatient approval form, informed consent form, and the newborn identification form.

Keywords: *integration, medical record, centralization, and design*

1. PENDAHULUAN

Menurut Permenkes, Nomor 269, Tahun 2008, rekam medis adalah berkas yang berisi catatan serta dokumen tentang pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis merupakan catatan penting yang berisi banyak informasi dan kegunaan, baik personal maupun impersonal sehingga dibutuhkan desain formulir yang tepat guna dan mudah dipahami agar mendukung tingkat terisinya data. Aspek desain formulir yang baik perlu dipahami oleh perekam medis. Aspek desain formulir tersebut meliputi aspek anatomi, isi, dan fisik (Huffman, 1994:291).

Menurut Huffman (1994:247), data merupakan rekaman fakta perjalanan pelayanan fasilitas asuhan kesehatan. Data medis, keuangan, administrasi, dan operasional merupakan hal-hal penting. Data ini sering dikumpulkan, diproses, dan diajukan ke pengguna melalui formulir. Tidak efisiennya desain, pemeliharaan, dan kontrol biaya terhadap formulir dapat terjadi karena besarnya jumlah formulir yang digunakan oleh berbagai pengguna dengan kebutuhan yang berbeda-beda. Formulir yang dirancang dengan tidak baik menyebabkan pengumpulan data menjadi tidak memadai, dokumentasi menjadi lamban, informasi salah, duplikasi pekerjaan yang dilakukan, dan kesalahan pengumpulan data. Dengan demikian, desain formulir—khususnya formulir dalam berkas rekam medis—yang efektif dan efisien sangat penting bagi kelancaran pelayanan kesehatan pasien.

Berdasarkan hasil penelitian Yunisar (2015:2) diketahui bahwa map rekam medis diperlukan untuk melindungi formulir yang ada di dalamnya sehingga terhindar dari kerusakan dan terjaga kerahasiaan datanya. Selain itu, desain pembatas kelompok formulir gawat darurat, rawat jalan, dan rawat inap diperlukan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam mengakses data tiap layanan. Menurut Sampurno (2015:3), perancangan *tracer* menjadi salah satu solusi bagi permasalahan di bagian penyimpanan rekam medis.

Berdasarkan studi pendahuluan diketahui bahwa dalam upaya meningkatkan tertib administrasi dan mutu pelayanan kesehatan, RSUD Wates berencana akan melakukan perubahan sistem penyimpanan, yaitu dari desentralisasi ke sentralisasi. Tujuan perubahan tersebut adalah agar riwayat kesehatan pasien berkesinambungan, yaitu antara pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat; efisiensi penggunaan lokasi penyimpanan dan sumber daya manusia (petugas penyimpanan); menghindari terjadinya duplikasi berkas rekam medis; dan mempercepat penyediaan kembali berkas rekam medis. Salah satu persiapan yang akan dilakukan dalam rangka perubahan sistem penyimpanan adalah penggantian serta penyempurnaan map dan formulir rekam medis. Penggantian map dilakukan karena map untuk berkas rawat jalan dan rawat inap memiliki ukuran yang berbeda. Selain itu, map berkas rekam medis rawat inap tidak dapat digunakan sebagai map pada sistem penyimpanan sentralisasi meskipun map tersebut bisa digunakan untuk melindungi berkas rekam medis

yang ada di dalamnya. Hal itu disebabkan beberapa komponen data belum lengkap sesuai kebutuhan di RSUD Wates. Penggantian formulir juga dilakukan karena beberapa komponen data belum sesuai dengan kebutuhan di RSUD Wates.

Integrasi desain berkas rekam medis yang baik dan benar serta sesuai dengan kebutuhan sarana pelayanan merupakan hal yang sangat penting agar seluruh data pada formulir rekam medis terekam secara berkesinambungan. Oleh karena itu, hal tersebut perlu disosialisasikan kepada masyarakat, khususnya tenaga kesehatan di sarana pelayanan kesehatan, seperti rumah sakit. Kegiatan tersebut diharapkan dapat memberikan pemahaman dan gambaran tentang integrasi desain berkas rekam medis yang baik dan benar serta sesuai dengan kebutuhan di sarana pelayanan kesehatan. Hal itu kemudian mendorong Program Studi Diploma Rekam Medis Sekolah Vokasi UGM untuk melaksanakan kegiatan pengabdian masyarakat tentang pentingnya integrasi desain berkas rekam medis di RSUD Wates.

Tujuan umum kegiatan pengabdian kepada masyarakat ini adalah menerapkan konsep integrasi pada berkas rekam medis di RSUD Wates. Tujuan tersebut kemudian dijabarkan menjadi (a) merancang map berkas rekam medis terintegrasi; (b) merancang lembar identitas; (c) merancang pembatas berkas rekam medis; (d) merancang lembar gawat darurat, (e) merancang lembar klinik; (f) merancang lembar rekam medis masuk dan keluar; (g) merancang lembar resume medis; (h) merancang lembar persetujuan pasien rawat inap; (i) merancang lembar *informed consent*; dan (j) merancang lembar identitas bayi.

2. MASALAH

Sistem penyimpanan berkas rekam medis di RSUD Wates terpisah antara rawat jalan dan rawat inap. Berkas rawat jalan menggunakan bahan dan ukuran yang berbeda dengan berkas rekam medis rawat inap. Tempat penyimpanan berkas rawat jalan juga terpisah dengan rawat inap. Hal itu menyebabkan riwayat pasien tidak berkesinambungan sehingga tenaga kesehatan akan mengalami kesulitan dalam memberikan pelayanan medis, terutama untuk pasien yang kunjungan ulang.

Berdasarkan Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) (2011:219), salah satu standar akreditasi yang berkaitan dengan isi rekam medis adalah standar Manajemen dan Komunikasi (MKI) 19.1 yang membahas tentang rekam medis. MKI tersebut memuat informasi yang memadai/cukup untuk mengidentifikasi pasien, mendukung diagnosis, justifikasi/dasar pembenaran pengobatan, mendokumentasikan pemeriksaan serta hasil pengobatan, dan meningkatkan kesinambungan pelayanan di antara para praktisi pelayanan kesehatan. Untuk mendukung terciptanya bukti dokumen di atas, hal yang dapat dilakukan oleh unit rekam medis adalah membuat desain formulir yang terintegrasi.

3. METODE

Metode yang digunakan dalam kegiatan pengabdian kepada masyarakat ini ada dua macam. Pertama, pendidikan bagi masyarakat dengan memberikan pemahaman, penyuluhan, dan diskusi yang berkaitan dengan pentingnya penerapan konsep integrasi pada berkas rekam medis pasien. Kedua, difusi ipteks (kegiatan adopsi dan penerapan iptek) dengan hasil akhir

kegiatan pengabdian berupa rancangan berkas rekam medis yang sesuai dengan kebutuhan pengguna. Selain itu, berkas rekam medis hasil rancangan dirancang dengan melibatkan pengguna pada tiap tahapannya. Dengan kedua metode tersebut diharapkan dapat dihasilkan rancangan berkas rekam medis yang mudah diterima oleh penggunanya.

3.1 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam kegiatan pengabdian ini dilakukan dengan teknik-teknik sebagai berikut.

a. Observasi

Observasi dilakukan untuk mengamati pelayanan berkas rekam medis di RSUD Wates.

b. Wawancara

Wawancara dilakukan dengan mengajukan pertanyaan kepada lima orang responden. Lima orang responden tersebut adalah satu orang kepala bagian rekam medis, satu orang petugas pendaftaran rawat jalan, satu orang petugas *filig* I, satu orang dokter yang sekaligus menjabat sebagai kepala seksi pelayanan medis, dan satu orang perawat yang sekaligus bertugas sebagai administrasi klinik dalam. Wawancara dilakukan sebanyak dua kali. Wawancara pertama dilakukan untuk mendapatkan data atau informasi mengenai penggunaan dan kebutuhan data pada beberapa berkas rekam medis. Wawancara kedua dilakukan kepada responden yang sama untuk mendapatkan masukan tentang desain yang telah dibuat.

c. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi digunakan untuk menelaah map rekam medis dan beberapa formulir rekam medis yang ada di RSUD Wates. Hasil studi dokumentasi digunakan sebagai bahan pengembangan rancangan berkas rekam medis yang menerapkan konsep integritas berkas rekam medis.

3.2 Metode Penerapan Ipteks

Dalam kegiatan ini akan dilakukan kegiatan pengabdian melalui beberapa tahap, yaitu (a) penyuluhan kepada petugas rekam medis; (b) pelaksanaan integrasi desain berkas rekam medis dengan cara membuat redesain map, pembatas, dan berkas rekam medis; dan (c) mengimplementasikan hasil redesain tersebut untuk pelayanan pasien. *Output* kegiatan ini adalah pemberian pemahaman serta gambaran integrasi desain berkas rekam medis yang baik dan benar serta sesuai dengan kebutuhan di sarana pelayanan kesehatan.

a. Bahan atau Materi Kegiatan

Bahan atau materi yang digunakan dalam kegiatan ini adalah map, pembatas, dan berkas rekam medis serta pelaksanaan kegiatan redesain map dan berkas rekam medis di RSUD Wates. Materi yang berkaitan dengan hal tersebut adalah peraturan yang terkait dengan rekam medis, aturan desain map, dan berkas rekam medis.

b. Alat

Alat yang digunakan dalam kegiatan ini meliputi map rekam medis, berkas rekam medis, komputer atau *notebook*, *Liquid Cristal Display* (LCD), *sound system*, dan alat perekam kegiatan.

c. Prosedur Pelaksanaan Kegiatan

Prosedur pelaksanaan kegiatan dalam kegiatan pengabdian ini meliputi tiga tahap, yaitu tahap persiapan, tahap pelaksanaan, dan tahap akhir. Berikut ini penjelasan ketiga tahap tersebut.

1) Tahap Persiapan

Tahap persiapan yang dilakukan adalah studi pendahuluan di RSUD Wates. Tim kemudian mulai merumuskan masalah dan menyusun proposal pengabdian kepada masyarakat. Kegiatan selanjutnya adalah menyusun materi untuk kegiatan penyuluhan.

2) Tahap Pelaksanaan

Kegiatan pengabdian diawali dengan penyuluhan/ceramah tentang hal yang berkaitan dengan map, formulir rekam medis, dan konsep integrasi pada berkas rekam medis. Setelah itu, redesain map dan beberapa formulir rekam medis pun dilakukan. Tahap perancangan yang dilakukan adalah identifikasi kebutuhan pengguna, membuat rancangan map serta formulir rekam medis, diskusi dengan pakar, *workshop*, perbaikan rancangan, dan uji coba.

3) Tahap Akhir

Kegiatan yang dilakukan pada tahap akhir adalah analisis hasil rancangan dan penyesuaian dengan tujuan penelitian. Analisis dilakukan dengan menggunakan acuan dari beberapa sumber tentang konsep perancangan map dan desain formulir rekam medis. Hasil analisis dijadikan sebagai bahan pembuatan laporan pengabdian.

3.3. Lokasi dan Waktu

Kegiatan pengabdian dilakukan di Instalasi Unit Rekam Medis RSUD Wates yang terletak di Jalan Tentara Pelajar km 1, No. 5, Wates, Kulonprogo, Yogyakarta. RSUD Wates merupakan rumah sakit umum daerah yang bertipe B Non-Pendidikan sejak 15 Juni 2010 dan jenisnya adalah rumah sakit umum. Adapun waktu kegiatan pengabdian dilakukan pada Maret—November 2015 atau selama sembilan bulan.

4. PEMBAHASAN

Menurut Royal Children Hospital (RCH) Forms Committee (2006:1), langkah-langkah dalam merancang menggunakan petunjuk desain sebagai berikut.

- a. Ide untuk mengembangkan formulir baru atau merevisi formulir.
- b. Memperhatikan kebijakan tentang tata cara desain formulir rekam medis.
- c. Mempertimbangkan berbagai hal sebelum memulai desain.
- d. Mendiskusikan rencana pembuatan rancangan dengan unit kerja rekam medis.
- e. Membentuk kepanitiaan untuk keperluan mendesain formulir.
- f. Mempresentasikan *draft* dalam rapat kepanitiaan desain dengan mempertimbangkan saran dari bagian *medico-legal* dan bagian lain terkait dengan keperluan dan isi dari formulir tersebut jika diaplikasikan.

- g. Revisi formulir berdasarkan masukan yang ada.
- h. Menunjukkan hasil rancangan formulir rekam medis kepada panitia desain formulir.
- i. Desain formulir diterima untuk dicoba dalam area klinis (termasuk evaluasinya).
- j. Formulir ditinjau ulang mengenai kelebihan dan kekurangannya oleh komite formulir dari rumah sakit dan dilakukan perbaikan apabila diperlukan.
- k. Persetujuan akhir mengenai penerapan formulir oleh komite formulir dari rumah sakit.
- l. Memberikan formulir pada organisasi percetakan.
- m. Implementasi atau penerapan formulir.

Kegiatan pengabdian ini dilakukan dengan mengacu pada konsep di atas, tetapi ada beberapa langkah dalam konsep tersebut yang tidak dapat dilaksanakan. Hal tersebut menjadi keterbatasan dalam kegiatan pengabdian ini. Beberapa langkah desain dari The Royal Children's Hospital Forms Committee (2006:1) yang tidak dilakukan sebagai berikut.

- a. Kegiatan pengabdian ini tidak sampai membentuk kepanitian desain formulir di rumah sakit setempat karena kegiatan dilakukan oleh program studi rekam medis dengan objek pengabdian di RSUD Wates.
- b. Persetujuan akhir mengenai penerapan formulir tidak dimintakan kepada pihak rumah sakit dengan pertimbangan bahwa hal itu sudah menjadi kewenangan rumah sakit untuk menerapkan hasil pengabdian yang dilakukan.
- c. Memberikan formulir kepada pihak percetakan untuk diperbanyak dan implementasi formulir untuk pelayanan tidak termasuk dalam ruang lingkup pengabdian karena untuk memperbanyak formulir diperlukan persetujuan untuk menggunakan formulir terlebih dahulu.

Selanjutnya, berikut ini adalah serangkaian kegiatan pengabdian yang dilakukan.

4.1 Penentuan Ide Konsep Integrasi Berkas Rekam Medis

Dalam kegiatan pengabdian ini akan dilakukan perubahan sistem penyimpanan di RSUD Wates, yaitu dari sistem desentralisasi menjadi sistem sentralisasi. Hal itu menyebabkan beberapa formulir yang dulunya terpisah akan digabung ke dalam satu folder sehingga diperlukan perancangan formulir dengan ukuran yang sama dan folder pelindung formulir.

4.2 Mengumpulkan Kebijakan dan Referensi tentang formulir yang Akan Dirancang

Tim mengumpulkan teori mengenai elemen-elemen yang terdapat di masing-masing formulir berkas rekam medis yang perlu dilakukan redesain. Teori-teori itu diperoleh dari berbagai sumber, baik buku maupun media internet. Berikut ini teori-teori yang berkaitan dengan hal tersebut.

(a) Map (*Folder*)

Menurut World Health Organization (WHO) (2006:17), pada map (*folder*) berkas rumah sakit harus terdapat nama lengkap pasien, nomor berkas rumah sakit, dan tahun kunjungan terakhir. Informasi medis seharusnya tidak tercantum pada map (*folder*). Untuk

memudahkan penyimpanan dan pengambilan berkas, map (*folder*) rumah sakit harus disimpan dengan bertumpu pada punggung berkas sehingga nomor berkas rumah sakit terlihat jelas.

Menurut Northern Territory Government (2012:2), contoh map rekam medis memuat informasi (a) identitas sarana pelayanan kesehatan; (b) tulisan *confidential* atau rahasia atau keduanya; (c) nama pasien; (d) nomor rekam medis; dan (e) tahun kunjungan terakhir. Selanjutnya, menurut International Federation Health Information Management Associations (IFHIMA) (2012:23), map (*folder*) berkas rekam medis memiliki peran ganda, yaitu untuk melindungi dan mengidentifikasi berkas rekam medis. Hal-hal yang harus diperhatikan ketika membeli map (*folder*) adalah komposisi, ukuran, *upgrade*, kekuatan, dan kemungkinan untuk digunakan sebagai tempat lampiran.

(b) Lembar Identifikasi Pasien

Menurut Hatta (2012:93), lembar identifikasi pasien harus berisi (a) nama lengkap pasien, termasuk nama keluarga; (b) nomor registrasi rumah sakit atau nomor rekam medis; (c) tempat dan tanggal lahir, jenis kelamin, ras/etnis, status perkawinan, alamat, nomor telepon, dan nomor jaminan asuransi; (d) nama, alamat, dan nomor telepon dari kerabat terdekat (keluarga terdekat) atau teman; (e) nama dokter yang merawat; (f) pekerjaan, nama, dan alamat tempat pasien bekerja; (g) tanggal dan waktu ketika masuk klinik rumah sakit; (h) rincian asuransi kesehatan dan informasi medis-hukum.

Menurut Huffman (1994:50), informasi yang harus diisikan dalam lembar identifikasi meliputi nama, alamat, tanggal lahir, keluarga terdekat, dan pernyataan pembenaran yang merupakan syarat sistem pembayaran di muka. Dalam formulir identitas pasien disediakan pernyataan bahwa pasien setuju untuk mendapatkan pelayanan dasar rutin. Biasanya terdapat pula pernyataan yang menunjukkan bahwa rumah sakit tidak bisa menjamin hasil pengobatan. Kolom yang juga harus diisi adalah kolom tanda tangan yang merupakan bukti persetujuan untuk menjalani pelayanan rutin, prosedur diagnostik, dan pengobatan medis.

(c) Pembatas

Menurut WHO (2006:13), rekam medis secara fisik terdiri atas formulir rekam medis, alat penjepit, alat pengancing untuk menyatukan kertas, pembatas berkas antara rawat inap satu dengan yang lainnya, catatan pasien keluar, dan map rekam medis.

(d) Lembar Unit Gawat Darurat (UGD)

Menurut Huffman (1994:124), hal-hal yang perlu dicatat ketika menerima pengobatan di unit gawat darurat adalah (a) riwayat penyakit/*injury* saat itu, pemeriksaan fisik dan tanda vital; (b) tindakan darurat yang diberikan sebelum tiba di rumah sakit; (c) perintah untuk prosedur diagnostik dan *teurapetik*; (d) observasi klinis, termasuk hasil pengobatan; (e) laporan prosedur, pengujian (laboratorium), dan hasilnya; (f) kesan *diagnose*; (g) kesimpulan pada akhir pengobatan, termasuk kesimpulan akhir, keadaan keluarga untuk perawatan *follow-up*; dan (h) pasien yang pulang secara memaksa.

Menurut Hatta (2012:109), isi rekam medis gawat darurat meliputi (a) informasi demografi pasien, termasuk identitas pasien; (b) kondisi saat pasien tiba di rumah sakit; (c)

alat transportasi yang digunakan saat tiba di rumah sakit; (d) nama orang atau pihak tertentu yang membawa pasien ke UGD; (e) riwayat yang berhubungan, termasuk keluhan utama dan munculnya *injury* atau penyakit; (f) temuan fisik yang bermakna; (g) hasil laboratorium, radiologi, dan EKG; (h) pelayanan yang diberikan; (i) ringkasan sebelum meninggalkan pelayanan UGD; (j) disposisi pasien, termasuk pulang ke rumah, dirujuk, atau diteruskan ke rawat inap; (k) kondisi pasien saat pulang atau dirujuk; (l) diagnosis saat meninggalkan UGD; (m) instruksi kepada pasien/wali tentang pelayanan selanjutnya serta tindak lanjut; dan (n) tanda tangan serta gelar yang memberikan pelayanan kepada pasien.

(e) Lembar Klinik

Menurut Departemen Kesehatan RI (1997:23), data pada ringkasan riwayat klinik berisi (a) dokter penanggung jawab poliklinik; (b) nomor pasien; (c) alamat lengkap; (d) tempat dan tanggal lahir; (e) umur; (f) jenis kelamin; (g) status keluarga; (h) agama; dan (i) pekerjaan. Selanjutnya, menurut Huffman (1994:130), setiap *entry* catatan pasien (untuk setiap kunjungan) harus diidentifikasi dengan nama serta nomor pasien dan harus mencakup (a) tanggal, bagian, nama, dan profesi pelayan kesehatan; (b) keluhan utama atau tujuan kunjungan; (c) penemuan objektif; (d) diagnosis atau kesan medis; (e) pemeriksaan yang diperintahkan, seperti laboratorium atau *x-ray*; (f) obat-obatan yang diberikan; (g) kesimpulan, rekomendasi, dan instruksi untuk pasien; dan (h) tanda tangan dokter.

(f) Lembar Rekam Medis Masuk dan Keluar (RMK)

Menurut Departemen Kesehatan RI (1997:42), dalam lembar ringkasan masuk dan keluar terdapat informasi tentang identitas pasien yang sekurang-kurangnya memuat nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, pendidikan, jenis kelamin, agama, alamat, dan pekerjaan. Adapun informasi lain yang perlu dicatat adalah status perkawinan, keikutsertaan dalam asuransi, cara penerimaan pasien, cara masuk, nama tenaga kesehatan pengirim, nama dan alamat penanggung jawab pembayaran, nama dan alamat keluarga terdekat, tanggal dan jam masuk ruang rawat inap, tanggal dan jam keluar ruang rawat inap, bagian/spesialisasi ruang rawat kelas, lama dirawat, diagnosis akhir, operasi/tindakan (jika ada), anestesi yang diberikan (jika ada), infeksi *nosokomial* dan penyebabnya (jika ada), imunisasi yang pernah didapat, imunisasi yang pernah diperoleh selama dirawat, transfusi darah (jika ada), keadaan keluar, mengubah kematian untuk yang keluar mati, dan nama serta tanda tangan dokter yang merawat.

(g) Lembar Resume Medis

Menurut Departemen Kesehatan RI (1997:52), resume harus singkat dan hanya menjelaskan informasi penting tentang penyakit, pemeriksaan yang dilakukan, dan pengobatannya. Resume harus segera ditulis setelah pasien keluar. Isi resume menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut ini.

- a. Mengapa pasien masuk rumah sakit? (pertanyaan klinis yang singkat tentang keluhan utama dan riwayat penyakit saat ini).

- b. Apakah hasil-hasil penting dari pemeriksaan laboratorium, *rontgen*, dan fisik?
- c. Apa sajakah pengobatan medis maupun operasi yang diberikan kepada pasien? (termasuk respons pasien, komplikasi, dan konsultasi).
- d. Bagaimana keadaan pasien pada saat keluar? (perlu berobat jalan, mampu bergerak sendiri, mampu untuk bekerja).
- e. Apa sajakah anjuran yang diberikan terkait dengan pengobatan/perawatan pasien? (nama obat dan dosisnya, tindakan pengobatan lainnya, dirujuk ke mana, perjanjian untuk datang lagi).

Menurut Huffman (1994:78), dalam ringkasan pemulangan terdapat alasan perawatan, penemuan penting pada saat pemeriksaan/pengujian, prosedur yang dijalani, pengobatan yang diberikan serta respons pasien terhadapnya, keadaan pada waktu *discharge* serta instruksi yang diberikan mengenai obat-obatan, aktivitas fisik, makanan, dan perawatan *follow-up*. Uraian keadaan pasien pada waktu *discharge* harus dibuat sedemikian rupa untuk memudahkan perbandingan dengan keadaan sebelum dirawat.

(h) Lembar Persetujuan Pasien

Menurut Departemen Kesehatan RI (1997:120), rumah sakit sebaiknya membuat persetujuan dengan pasien pada saat pasien akan dirawat. Hal itu dilakukan untuk menjaga kemungkinan-kemungkinan yang akan timbul. Persetujuan tersebut ditandatangani setelah pasien mendapat penjelasan dari petugas penerima pasien di tempat pendaftaran. Penandatanganan persetujuan bertujuan untuk memberi persetujuan dalam pelaksanaan prosedur diagnostik, pelayanan rutin rumah sakit, dan pengobatan medis yang umum.

(i) Lembar Informed Consent

Menurut Huffman (1994:55), formulir persetujuan diperlukan dalam setiap prosedur diagnosis atau terapi tidak rutin yang dilakukan terhadap pasien. Formulir persetujuan menyediakan bukti tertulis bahwa pasien menyetujui prosedur-prosedur yang tertulis dalam formulir tersebut. Supaya persetujuan ini sah, dokter harus mendiskusikannya dengan pasien atau wali si pasien mengenai prosedur tersebut, risikonya, prosedur alternatif, dan hasil yang diharapkan. Kalau persetujuan tidak diperoleh setelah diberikan penjelasan, alasannya harus ditulis dalam catatan medis.

Menurut Departemen Kesehatan RI (1997:120), *informed consent* merupakan jenis persetujuan khusus. Dalam *informed consent*, pasien mencantumkan pernyataan bahwa ia telah menerima informasi dan penjelasan tentang hal-hal yang akan dilakukan oleh tim medis dan risiko serta akibat yang akan terjadi apabila suatu tindakan diambil. *Informed consent* hanya diperlukan ketika pasien akan dioperasi atau akan menjalani prosedur pembedahan tertentu.

(j) Lembar Informed Consent Anestesi

Menurut Huffman (1994:73), catatan anestesi berisi informasi mengenai anestesi yang dipilih, prosedur medis yang diantisipasi, riwayat obat-obatan pasien, masalah sebelum

anestesi dan setiap potensi masalah anestesi, pemeriksaan fisik, ringkasan laboratorium, dan obat-obatan sebelum dilakukan anestesi.

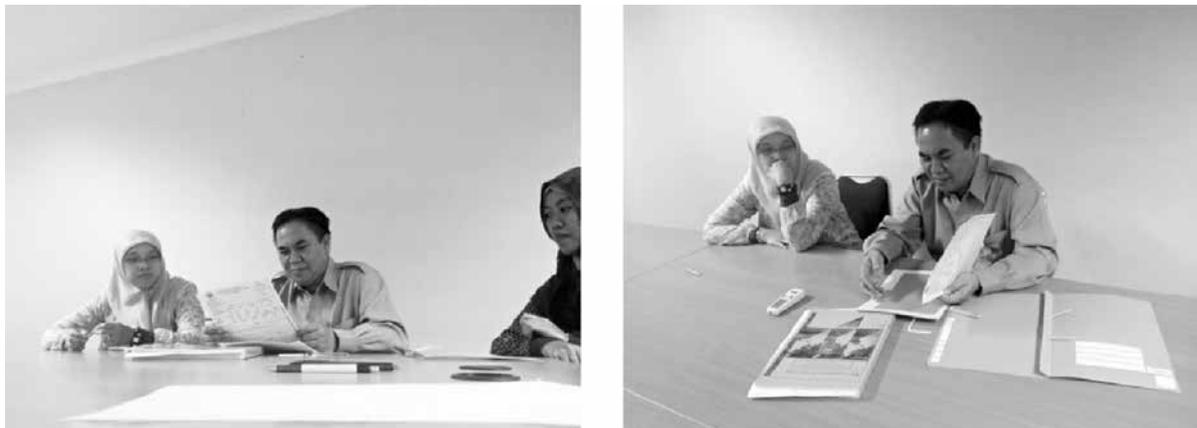
(k) Lembar Identitas Bayi

Pada saat bayi masih berada di ruang kelahiran, dua *band* identik yang bertuliskan nomor *admission* ibu, jenis kelamin bayi, dan tanggal serta waktu kelahiran dipasang pada pergelangan tangan atau kaki si bayi. Catatan kelahiran dan *band* identifikasi harus diperiksa oleh perawat dan dokter yang berwenang sebelum bayi meninggalkan ruang *resusitasi* (ruang pembersihan cairan dari hidung atau mulut bayi yang baru lahir) di kamar persalinan. Pengambilan sidik jari tangan dan kaki bisa juga dilakukan untuk identifikasi bayi.

4.3 Berdiskusi dengan Tim dan Merancang Berkas Rekam Medis

Dalam proses desain, tim pengabdian melakukan analisis kebijakan dan referensi untuk persiapan mendesain formulir yang baru. Ada beberapa formulir yang diperbaiki desainnya dan ada juga penambahan formulir baru. Perbaikan rancangan formulir dilakukan pada map dan beberapa formulir rekam medis. Adapun formulir yang dirancang baru dalam kegiatan ini adalah pembatas rawat jalan, pembatas rawat inap, pembatas UGD, dan pembatas administrasi. Dalam membuat rancangan formulir ini digunakan aplikasi *evolus pencil*.

Untuk mendapatkan desain yang lebih baik dilakukan validasi desain. Narasumber dalam validasi desain adalah Sugeng S.KM., M.M. selaku profesional perekam medis di salah satu rumah sakit di D.I. Yogyakarta dan pengajar di beberapa Institusi Rekam Medis di D.I. Yogyakarta. Kegiatan ini dilaksanakan pada tanggal 23 April 2015.



Gambar 1. Kegiatan Validasi Desain

Selanjutnya, tabel di bawah ini menunjukkan beberapa masukan yang berasal dari hasil validasi desain terhadap triangulasi sumber untuk perbaikan formulir. Tabel di bawah ini juga menjadi dasar perbaikan rancangan sebelum kegiatan presentasi di rumah sakit.

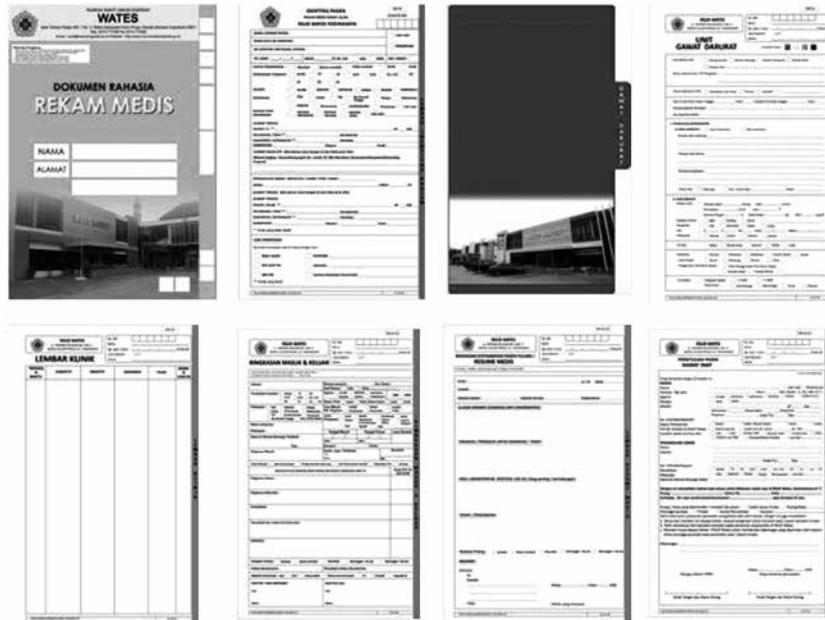
Tabel 1. Perbaikan Formulir

No.	Nama Formulir	Perbaikan
1.	Lembar Identitas Pasien	<ul style="list-style-type: none"> - Lebih baik menggunakan satu bahasa (bahasa Indonesia) - Kertas ukuran F4 - Tambahan cek lis bahasa yang biasa digunakan
2.	Lembar UGD (01 of 06)	<ul style="list-style-type: none"> - No. Registrasi dihilangkan karena sudah ada Nomor RM - Alasan datang ke UGD (keluhan dihilangkan diganti dengan penyakit saja dan ditambah cek lis tambahan untuk pilihan lain-lain) - Urutan letak Tiba di UGD RSUD Wates Tanggal ditukar dengan Jam diperiksa dokter - Urutan letak TANDA VITAL diletakkan paling atas setelah B. Data Objektif
3.	Lembar UGD (02 of 06)	<ul style="list-style-type: none"> - Tambahan gambar nyeri (mimik) pasien
4.	Lembar UGD (06 of 06)	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosis awal dihilangkan - Kata pemerintah diganti pemeriksaan - Tambahan isian Hasil Pemeriksaan Penunjang setelah Rencana Pemeriksaan Penunjang - Diagnosis Akhir diganti Diagnosis - Edukasi pasien pulang tidak perlu diberi keterangan urutan, hanya titik biasa
5.	Lembar RMK	<ul style="list-style-type: none"> - No. Reg. dihapus - Kode ICD diberi tambahan keterangan ICD 10 dan ICD 9 CM
6.	Lembar Resume Medis	<ul style="list-style-type: none"> - Lebih baik menggunakan satu bahasa (bahasa Indonesia) - No. Reg. dihilangkan
7.	Lembar Persetujuan/ Penolakan Tindakan Medis (IC)	<ul style="list-style-type: none"> - Dibuat 2 lembar yang berbeda antara Lembar Persetujuan Tindakan Medis dan Penolakan Tindakan Medis
8.	Lembar Persetujuan Tindakan Anestesi	<ul style="list-style-type: none"> - No. Reg. dihilangkan
9.	Lembar Persetujuan Rawat Inap	<ul style="list-style-type: none"> - Isian pendidikan dan pekerjaan dipindahkan di bawah keterangan No. KTP/SIM/Paspor penanggung jawab pasien - No. Reg. dihilangkan
10.	Lembar Klinik	<ul style="list-style-type: none"> - Kolom Nama dan TTD Dokter dibuat lebih kecil - Tanggal dan Waktu - No. Reg. dihilangkan
11.	Map (<i>Folder</i>) Berkas Rekam Medis	<ul style="list-style-type: none"> - Diberi <i>barcode</i>

4.4 Presentasi Draf Hasil Rancangan

Presentasi pertama dilaksanakan pada 29 April 2015 di Ruang Sermo RSUD Wates, Kulonprogo, Yogyakarta. Presentasi tersebut dihadiri oleh Kepala Bidang Pelayanan, Kepala Instalasi Rekam Medis, staf rekam medis RSUD Wates, perwakilan dokter, perwakilan perawat, dan perwakilan petugas laboratorium. Adapun tim pengabdian yang hadir pada saat presentasi pertama adalah Ketua Program Studi DIII Rekam Medis UGM, ketua tim

pengabdian, perwakilan dosen, dan tim teknis pengabdian. Berikut ini adalah draf formulir konsep rekam medis terintegrasi.



Gambar 2. Rancangan Konsep Integrasi Rekam Medis

Presentasi diawali dengan penyajian hasil rancangan, uji coba, diskusi, dan masukan dari responden. Uji coba dilakukan di beberapa bagian, seperti di Instalasi Gawat Darurat, bangsal rawat inap, dan Instalasi Rekam Medis. Uji coba rancangan dilakukan tidak pada saat pelayanan kepada pasien. Uji coba tersebut melibatkan dokter, perawat, dan perekam medis. Mereka mengisi formulir hasil rancangan.



Gambar 3. Kegiatan Presentasi Pertama

4.5 Revisi Hasil Rancangan

Tim melakukan revisi berdasarkan hasil masukan dari responden dengan tetap mempertimbangkan teori. Setelah diperbaiki, hasil rancangan dicetak kembali untuk presentasi yang kedua. Selain itu, tim juga membuat formulir identitas bayi yang baru lahir sesuai permintaan responden.



Gambar 4. Tambahan Rancangan Formulir

Perbaikan tahap ketiga merupakan revisi terakhir dari hasil uji coba. Ada beberapa masukan yang berkaitan dengan desain formulir, yaitu (a) lembar rawat jalan diperbaiki menjadi bentuk *landscape* karena pada komponen data subjektif, objektif, *assessment*, dan *plan* membutuhkan ruang yang lebih lebar; (b) keseragaman penggunaan istilah, seperti istilah diagnosis dan prognosis; dan (c) koreksi batas kiri formulir sehingga dapat digunakan untuk tempat pelubang kertas.

4.6 Presentasi Rancangan Kedua dan Penyerahan Hasil Rancangan

Presentasi tahap kedua ini dihadiri oleh diklat, perwakilan pengguna, dan Kepala Instalasi Rekam Medis RSUD Wates. Pada akhir sesi presentasi, berkas rekam medis hasil kegiatan pengabdian dan *soft file* desain yang dibuat diserahkan secara resmi. Berikut ini gambaran beberapa formulir yang dirancang dalam kegiatan pengabdian.



Gambar 5. Rancangan Konsep Integrasi Rekam Medis di RSUD Wates



Gambar 6. Penyerahan Konsep Integrasi Rekam Medis Secara Simbolis

5. KESIMPULAN

Kegiatan pengabdian ini berupa penerapan konsep integrasi berkas rekam medis yang dilakukan di RSUD Wates, Kulonprogo, Yogyakarta. Kegiatan ini dilakukan sebagai bentuk pengabdian untuk membantu rumah sakit dalam hal rancangan formulir rekam medis sebagai akibat akan dilakukannya perubahan sistem penyimpanan rekam medis dan tuntutan pengguna, seperti dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya. Hasil kegiatan pengabdian ini telah melalui tahapan ilmiah yang panjang sehingga layak menjadi pertimbangan bagi rumah sakit untuk segera mengaplikasikan konsep integrasi berkas rekam medis.

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan RI. 1997. *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Hatta, G. R. 2012. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI Press.
- Huffman, E. K. 1994. *Health Information Management*. Illinois: Physicians' Record Company.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2008. "Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis", Jakarta.
- Yunisar, A. D. 2015. "Rancangan Map dan Pembatas Formulir Rekam Medis di RSU Hj. Lasmanah Banjarnegara. Tugas Akhir pada Program Studi D III Rekam Medis Sekolah Vokasi, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta. Tugas Akhir Tidak Diterbitkan.

DAFTAR LAMAN

- IFHIMA. 2012. "Education Modul 3: Record Identification System, Filing, and Retention of Health Records". Diakses pada 1 November 2015 melalui www.ifhima.files.wordpress.com.
- Northern Territory Government. 2012. "Remote Health Atlas Health Records- Management of Hard Copies". Diakses pada 30 Oktober 2015 melalui http://remotehealthatlas.nt.gov.au/health_records_management_hard_copies.pdf.
- RCH Forms Committee. 2006. "Medical Record Forms Design and Development". Diakses pada 3 November 2015 melalui <http://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/rchhis/Guidelines.pdf>.
- Sampurno, Y. 2015. "Desain Tracer (outguide) di Dalam Penyimpanan Berkas Rekam Medis RSIY PDHI Yogyakarta". Diakses pada 5 November 2015 melalui http://etd.repository.ugm.ac.id/index.php?mod=penelitian_detail&sub=PenelitianDetail&act=view&typ=html&buku_id=85209&obyek_id=4
- WHO. 2006. "Medical Record Manual A Guide For Developing Countries" Diakses pada 20 Oktober 2015 melalui http://www.wpro.who.int/publications/PUB_9290610050/en/.