**BAB I**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Dengan terus berkembangnya teknologi sistem informasi, maka penyajian informasi yang cepat dan efisien sangat dibutuhkan oleh setiap orang. Perkembangan teknologi yang semakin pesat saat ini menuntut diubahnya berbagai sistem manual menjadi sistem yang terkomputerisasi. Demikian juga halnya pendataan pasien pada suatu Rumah Sakit.

Rumah sakit sebagai salah satu institusi pelayanan umum di bidang kesehatan membutuhkan keberadaan suatu sistem informasi yang akurat dan handal serta cukup memadai untuk meningkatkan pelayanannya kepada para pasien serta lingkungan yang terkait lainnya. Pelayanan kesehatan di Rumah sakit perlu adanya dukungan dari berbagai faktor yang terkait, salah satunya adalah terselenggaranya rekam medis yang sesuai dengan standar yang berlaku. Rekam medis merupakan berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, anamesa, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana pelayanan pasien. Rekam medis ini bersifat rahasia, aman, dan berisi informasi yang dapat dipertanggungjawabkan.

Di bidang kedokteran, rekam medis merupakan salah satu bukti tertulis tentang proses pelayanan yang diberikan oleh dokter. Di dalam rekam medis berisi data klinis pasien selama proses diagnosis dan pengobatan *(treatment).* Oleh karena itu setiap kegiatan pelayanan medis harus mempunyai rekam medis yang lengkap dan akurat untuk setiap pasien dan setiap dokter wajib mengisi rekam medis dengan benar, lengkap dan tepat waktu. Dengan berkembangnya *evidence based medicine* di mana pelayanan medis yang berbasis data sangatlah diperlukan, maka rekam medis haruslah dibuat dengan benar. Data klinis yang bersumber dari rekam medis semakin penting dengan berkembangnya rekam medis elektronik, di mana setiap *entry* data secara langsung menjadi masukan *(input)* dari system manajemen informasi kesehatan.

Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) saat ini merupakan kewajiban bagi masing-masing rumah sakit setelah ditetapkannya UU No 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit. Pada Bab XI Tentang Pencatatan dan Pelaporan, khususnya Pasal 52 (1) disebutkan bahwa “Setiap Rumah Sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan tentang semua kegiatan penyelenggaraan Rumah Sakit dalam bentuk Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit”. Sehingga kebutuhan terhadap SIMRS adalah hal yang wajib, dikarenakan beberapa hal antara lain dukungan penyediaan informasi yang cepat dan akurat, sebagai faktor penunjang kinerja pelayanan rumah sakit, serta transparansi dalam bidang Keterbukaan Informasi Publik (KIP) seperti yang diatur dalam UU No 14 Tahun 2008. Oleh karenanya, penting bagi kita untuk memahami dan mengerti tentang seluk beluk rekam medis dan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit.

* 1. **Rumusan Masalah**

1. Apa yang dimaksud dengan rekam medis?
2. Apa peran, tujuan dan manfaat rekam medis?
3. Bagaimana prinsip penyelenggaraan rekam medis RS?
4. Bagaimana pengelolaan rekam medis RS?
5. Apa kerangka hukum dan kebijakan yang mengatur rekam medis RS?
6. Apa pengertian dan konsep sistem informasi manajemen RS?
7. Apa peran, tujuan, dan manfaat sistem informasi manajemen RS?
8. Bagaimana perbedaan antara data dan informasi dalam sistem informasi manajemen RS?
9. Apa kerangka hukum dan kebijakan yang mengatur sistem informasi manajemen RS?
   1. **Tujuan**
10. Untuk mengetahui yang dimaksud rekam medis
11. Untuk mengetahui peran, tujuan dan manfaat rekam medis
12. Untuk mengetahui prinsip penyelenggaraan rekam medis RS
13. Untuk mengetahui pengelolaan rekam medis RS
14. Untuk mengetahui kerangka hukum dan kebijakan yang mengatur rekam medis RS
15. Untuk mengetahui pengertian dan konsep sistem informasi manajemen RS
16. Untuk mengetahui peran, tujuan, dan manfaat sistem informasi manajemen RS
17. Untuk mengetahui perbedaan antara data dan informasi dalam sistem informasi manajemen RS
18. Untuk mengetahui kerangka hukum dan kebijakan yang mengatur sistem informasi manajemen RS

**BAB II**

**REKAM MEDIS**

**2.1 Pengertian Rekam Medis**

Terdapat beberapa definisi tentang rekam medis antara lain:

1. PERMENKES No: 269/MENKES/PER/III/2008 yang dimaksud rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
2. Rekam Medis adalah berkas yang menyatakan siapa, apa, mengapa, dimana, kapan dan bagaimana pelayanan yang diperoleh seorang pasien selama dirawat atau menjalani pengobatan. (Edna K. Huffman, 1994)
3. Rekam Medis merupakan kumpulan fakta tentang kehidupan seseorang dan riwayat penyakitnya, termasuk keadaan sakit, pengobatan saat ini dan saat lampau yang ditulis oleb para praktisi kesehatan dalam upaya mereka memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. (Gemala Hatta, 2008)

**2.2 Jenis dan Isi Rekam Medis**

Rekam medis dapat dibuat secara konvensional (tertulis) ataupun secara elektronik. Adapun isi rekam medis berbeda-beda antara pasien rawat inap , rawat jalan, pasien dawat darurat, dan pasien bencana. Berikut isi rekam medik keempat jenis pasien tersebut:

Tabel 1: Isi Rekam Medis

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Pasien Rawat Jalan | Pasien Rawat Inap | Pasien Gawat Darurat | Pasien Keadaan Bencana |
| 1. | Identitas pasien | Identitas pasien | Identitas pasien | Jenis bencana dan lokasi dimana pasien ditemukan |
| 2. | Tanggal dan waktu | Tanggal dan waktu | Kondisi saat pasien tiba disarana pelayanan kesehatan | Kategori kegawatan dan nomor pasien bencana masal |
| No | Pasien Rawat Jalan | Pasien Rawat Inap | Pasien Gawat Darurat | Pasien Keadaan Bencana |
| 3. | Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit | Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit | Identitas pengantar pasien | Identitas yang menemukan pasien |
| 4. | Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik | Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik | Tanggal dan waktu |  |
| 5. | Diagnosis | Diagnosis | Hasil anamnensis, mencakup sekurang – kurangnya keluhan dan riwayat penyakit |  |
| 6. | Rencana penatalaksanaan | Rencana penatalaksanaan | Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik |  |
| 7. | Pengobatan dan/atau tindakan | Pengobatan dan/atau tindakan | Diagnosis |  |
| 8. | Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien | Persetujuan tindakan bila diperlukan | Pengobatan dan/atau tindakan |  |
| 9. | Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik | Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan | Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut |  |
| No | Pasien Rawat Jalan | Pasien Rawat Inap | Pasien Gawat Darurat | Pasien Keadaan Bencana |
| 10. | Persetujuan tindakan bila diperlukan | Ringkasan pulang (discharge summary) | Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan |  |
| 11. |  | Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan | Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain |  |
| 12. |  | Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu | Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien |  |
| 13. |  | Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**2.3 Peran, Tujuan dan Manfaat Rekam Medis**

**2.3.1 Peran Rekam Medis**

Rekam medis yang baik adalah rekam medis yang memuat semua informasi yang dibutuhkan, baik yang diperoleh dari pasien, pemikiran dokter, pemeriksaan dan tindakan dokter, komunikasi antar tenaga medis / kesehatan dan yang lainnya. Berikut merupakan peran rekam medik secara umum:

1. Dapat digunakan sebagai alat pembuktian adanya kelalaian medis
2. Untuk membuktikan bahwa seluruh proses penanganan dan tindakan medik yang dilakukan dokter dan tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional atau berarti bahwa kelalaian medis tersebut tidak terjadi.

**2.3.2 Tujuan Rekam Medis**

Secara umum tujuan rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka **upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit yang didukung oleh suatu sistem pengelolaan rekam medis yang cepat, tepat, bernilai dan dapat dipertanggung jawabkan**. Seiring perkembangan teknologi informasi tujuan rekam medis di bagi menjadi 2, yaitu pelayanan pasien secara primer dan sekunder. Berikut tujuan primer dan sekunder rekam medis:

Tabel 2: Tujuan Primer Dan Sekunder Rekam Medis

|  |  |
| --- | --- |
| Tujuan Primer Rekam Medis | Tujuan Sekunder Rekam Medis |
| 1. Bagi pasien 2. Mencatat jenis pelayanan yang di terima 3. Bukti pelayanan 4. Mengetahui biaya pelayanan. | 1. Edukasi 2. Bahan pengajaran 3. Menyiapkan sesi pertemuan dan presentasi 4. Mendokumentasikan pengalaman profesional di bidang kesehatan |
| 1. Bagi pihak pemberi pelayanan kesehatan 2. Membantu kelanjutan pelayanan 3. Sarana pengikat klinisi 4. Menunjang pelayanan pasien 5. Mendokumentasikan pelayanan pasien 6. Menghasilkan rencana pelayanan   Mendokumentasikan faktor resiko pasien | 1. Peraturan 2. Bukti pengajuan perkara ke pengadilan 3. Membantu pemasaran pengawasan 4. Menilai kepatuhan sesuai standar pelayanan 5. Membandingkan Organisasi pelayanan kesehatan |
| 1. Bagi manajemen pelayanan pasien 2. Menganalisis kegawatan penyakit 3. Merumuskan pedoman praktik penanganan resiko 4. Melaksanakan kegiatan menjaga mutu 5. Memberikan corak dalam menggunakan sarana pelayanan | 1. Riset 2. Mengembangkan produk baru 3. Melaksanakan riset klinis 4. Menilai Teknologi 5. Studi keluaran pasien 6. Mengidentifikasi populasi yang beresiko |
| Tujuan Primer Rekam Medis | Tujuan Sekunder Rekam Medis |
| 1. Bagi penunjang pelayanan pasien 2. Alokasi sumber 3. Menilai beban kerja 4. Mengkomunikasikan informasi berbagai unit kerja | 1. Pengambilan kebijakan 2. Mengalokasikan sumber – sumber 3. Melaksanakan rencana strategis   Memonitor kesehatan masyarakat |
| 1. Bagi pembayaran dan penggantian biaya 2. Mengajukan klaim asuransi 3. Menangani Pengeluaran 4. Melaporkan pengeluaran 5. Menetapkan biaya yang harus di bayar | 1. Industri 2. Melaksanakan Riset dan pengembangan 3. Merencanakan strategi pemasaran |

**2.3.3 Manfaat Rekam Medis**

Ada beberapa pendapat tentang manfaat rekam medis. Di bawah ini adalah manfaat rekam medis menurut Gibony (1991) yang disingkat sebagai ALFRED:

1. *Adminstratlve value*, yaitu Rekam medis merupakan rekaman data adminitratif pelayanan kesehatan.
2. *Legal value*, yaitu Rekam medis dapat.dijadikan bahan pembuktian di pengadilan
3. *Financial value*, yaitu Rekam medis dapat dijadikan dasar untuk perincian biaya pelayanan kesehatan yang harus dibayar oleh pasien
4. *Research value*, yaitu Data Rekam Medis dapat dijadikan bahan untuk penelitian dalam lapangan kedokteran, keperawatan dan kesehatan.
5. *Education value*, yaitu Rekam Medis sebagai sebuah instrumen untuk proses pembelajaran baik bagi rumah sakit maupun bagi peserta pendidikan. Data/informasi perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medik kepada pasien dapat dijadikan referensi pengajaran
6. *Documentation value;* yaitu Rekam Medis bermanfaat sebagai sumber data dan informasi yg harus didokumentasi sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan RS

**2.4 Prinsip Penyelenggaraan Rekam Medis RS**

Pencatatan dalam rekam medis pada setiap rumah sakit memiliki aturan tersendiri. Akan tetapi, pada dasarnya memiliki prinsip yang sama di antaranya sebagai berikut (Soeparto dkk., 2006).

1. Catat secara tepat

Tenaga kesehatan sesuai dengan kompetensinya harus melakukan pencatatan dalam waktu secepat mungkindengan pelaksana observasi dan pemberian tindakan secara tepat. Jika pencatatan dilaksanakan pada akhir dinas,dikhawatirkan akan terlupakan dan informasi yang didapat tidak akurat.

1. Hindari pencatatan dengan sistem blok

Kebiasaan mencatat semua informasi pasien dalam satu waktu atau dikenal sistem blok memiliki banyak kelemahanseperti kehilangan banyak informasi, tidak akurat, dan waktu pencatatan tidak terstruktur. Oleh karena itu, kebiasaanmencatat laporan perkembangan pasien dengan menggunakan sistem blok perlu dihindari.

1. Catat segera setelah pemberian tindakan

Pencatatan dalam rekam medis seharusnya dilakukan setelah pemberian tindakan pada pasien. Hal ini dilakukanuntuk menghindari adanya informasi yang bias dan tidak akurat karena pencatatan yang lama tidak mencerminkanrespons secara langusng pada pasien.

1. Isi bagian format pencatatan yang masih kosong

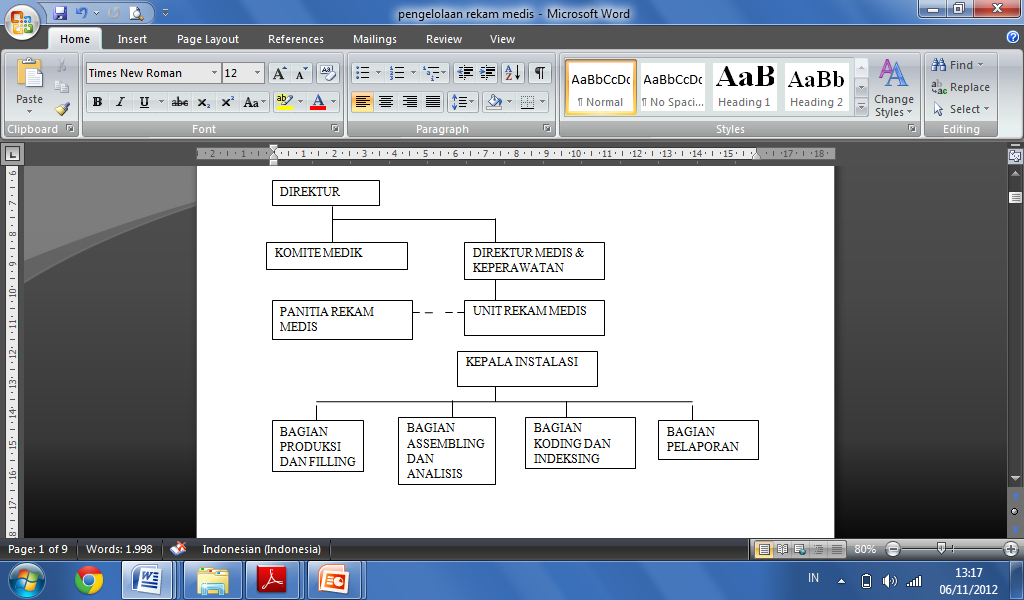
Pencatatan harus ditulis selengkap mungkin untuk menghindari munculnya pertanyaan seperti sudahkah datadiperoleh atau dikaji untuk menghindari interpretasi dalam pencatatan yang kosong. Oleh karenanya, beberapafasilitas atau tempat pelayanan kesehatan memiliki aturan tersendiri, seperti pencantuman garis datar atau lainnya.

Kemudian menurut Centers for Medicare dan Medicaid Services dan TrailBlazer Kesehatan Enterprise, LLC prinsip rekam medis ada 10, diantranya:

1. Rekam medis harus lengkap dan dapat dibaca.
2. Dokumentasi dari setiap pertemuan pasien harus mencakup:
3. Tanggal;
4. Alasan pertemuan itu;
5. Sesuai sejarah dan pemeriksaan fisik dalam hubungan dengan keluhan utama pasien;
6. Review lab, x-ray data dan layanan tambahan lainnya, bila sesuai;
7. Penilaian, dan
8. Rencana untuk perawatan (termasuk rencana debit, jika sesuai)
9. Diagnosa masa lalu dan sekarang harus dapat diakses oleh mengobati dan / atau dokter konsultasi.
10. Alasan dan hasil – X – Ray, tes laboratorium dan layanan tambahan lainnya harus didokumentasikan atau dimasukkan dalam catatan medis.
11. Faktor risiko kesehatan yang relevan harus diidentifikasi
12. Perkembangan pasien, termasuk respon terhadap pengobatan, perubahan dalam pengobatan, perubahan dalam diagnosis, dan pasien non-kepatuhan, harus didokumentasikan.
13. Rencana tertulis untuk perawatan harus mencakup, jika diperlukan:
14. perawatan dan obat-obatan, menentukan frekuensi dan dosis
15. setiap arahan dan konsultasi
16. pasien / pendidikan keluarga, dan
17. petunjuk khusus untuk tindak lanjut.
18. Dokumentasi harus mendukung intensitas evaluasi pasien dan / atau perawatan, termasuk melalui proses dan kompleksitas medis pengambilan keputusan s berkaitan dengan keluhan utama pasien untuk pertemuan itu.
19. Semua entri ke catatan medis harus tanggal dan dikonfirmasi.
20. Kode CPT/ICD-9-CM dilaporkan pada formulir CMS-1500 klaim harus mencerminkan dokumentasi dalam catatan medis.
    1. **Pengelolaan Rekam Medis RS**

**2.5.1 Unit Kerja Rekam Medis**

Keberadaan unit kerja rekam medis adalah hal yang esensial dalam sebuah rumah sakit. Hal ini karena sumber informasi yang berasal dari data rekam medik sangat berguna sebagai landasan untuk menilai kinerja unit pelayanan medik. Struktur Unit Kerja Rekam Medis disesuiakan dengan kebijakan masing-masing rumah sakit. Berikut adalah struktur organisasi unit kerja rekam medis secara umum:



Gambar 1: Struktur Organisasi Unit Kerja Rekam Medis

**Tugas Pokok dan Fungsi Unit Rekam Medis**

Tugas pokok unit kerja rekam medis adalah menyelenggarakan dan mengkoordinasikan pelayanan rekam medik dan pemantauan mutu rekam medis di seluruh unit pelayanan.

Fungsi unit kerja rekam medik adalah sebagai berikut:

1. Perencanaan kegiatan Rekam Medis jangka pendek dan jangka panjang.
2. Perencanaan dan pengajuan kebutuhan buku Rekam Medis, formulir, serta kebutuhan instalasi Rekam Medis lainnya.
3. Perencanaan dan pengajuan kebutuhan ketenagaan serta pengembangan SDM di bidang karier dan keterampilan.
4. Pelaksanaan pengawasan dan evaluasi pelaksanaan Rekam Medis.
5. Monitoring pengawasan dan evaluasi pelaksanaan Rekam Medis.

**Uraian Tugas Setiap Bagian Pada Unit Rekam Medis:**

**Unit Rekam Medis**

1. Kepala Instalasi
2. Mengatur, membagi tugas, dan mengawasi pelaksanaan kegiatan rekam medis
3. Memberi pengarahan pelaksanaan tugas staf Rekam Medis
4. Memberi bimbingan pelaksanaan tugas staf Rekam Medis
5. Memimpin rapat tingkat unit
6. Penilaian pelaksanaan tugas staf
7. Perencanaan pengembangan SDM unit
8. Bagian Produksi dan Filling
9. Pengadaan berkas rekam medis
10. Merakit berkas rekam medis
11. Menyimpan berkas rekam medis
12. Menyusun berkas rekam medis sesuai tata cara penyimpanan
13. Mengontrol keluar masuknya berkas rekam medis
14. Bagian Assembling dan Analisis
15. Merapikan form rekam medis sebelum dianalisis berdasarkan ketentuan
16. Menganalisis kelengakapan status pasien yang terdapat di form rekam medis.
17. Jika belum lengkap, maka dikembalikan ke dokter atau perawat bersangkutan untuk dilengkapi dengan batas waktu toleransi 2-7 hari.
18. Bagian Koding dan Indeksing
19. Mengkode penyakit, operasi, sebab kematian sesuai ICD-10
20. Mencatat pasien berdasarkan kode penyakit
21. Meranking 10 penyakit terbanyak
22. Bagian Pelaporan
23. Sensus harian di tiap unit RS
24. Melaporkan RL 2a per bulan ke Dinkes
25. Mengambil RP setiap 3 bulan dan melaporkannya per bulan ( ganti)

**Panitia Rekam Medis**

1. Memberikan saran dan pertimbangan dalam hal penyimpanan rekam medik dan menjamin bahwa semua informasi dicatat sebaik-baiknya dan menjamin tersedianya data yang diperlukan untuk menilai pelayanan yang diberikan kepada seorang pasien.
2. Menjamin telah dijalankannya dengan baik *filing record*, pembuatan index, dan tersedianya rekam medik dari seluruh pasien.
3. Mengajukan usul-usul kepada Direktur Rumah Sakit tentang perubahan dalam isi, ukuran rekam medik
4. Membina kerjasama dengan penasehat hukum dalam hal hubungan hubungan keluar dan pengeluaran data/ keterangan untuk badan-badan di luar rumah sakit**.**

**2.5.2 Pelaksana Rekam Medis di Rumah Sakit**

Pelaksana yang dimaksud di sini adalah SDM yang ada pada unit Rekam Medis. Berikut kualifikasi SDM pada unit rekam medis:

1. Kepala Rekam Medis, petugas yang ada pada unit Rekam Medis yang meliputi bagian produksi dan filling, bagian assembling dan analisis, bagian koding dan indeksing, bagian pelaporan, minimal lulusan D3 Rekam Medis.
2. Unit rekam medis didampingi Panitia Rekam Medis yang beranggotakan dokter, paramedik keperawatan, nutritionist, ahli rekam medis serta profesi lain yang terkait dengan pelayanan baik langsung maupun tidak langsung. Panitia Rekam Medis bertanggung jawab terhadap mutu pelayanan yang diberikan.
   * 1. **Sistem pengelolaan rekam medis**

Ditinjau dari pemusatan atau penyatuan dokumun rekam medis terdapat dua sistem yaitu sentralisasi dan desentralisasi. Sentralisasi adalah penyimpanan rekam medik seorang pasien dalam satu kesatuan, dokumen rekam medis rawat jalan dan rawat inap tersimpan di satu map. Sedangkan desentralisasi adalah penyimpanan rekam medis dipisahkan antara rekam medik poliklinik dengan rekam medis rawat inap. Rekam medis poliklinik disimpan di satu tempat penyimpanan sedangkan rekam medis rawat inap di simpan dibagian catatan medis. Berikut kekurangan dan kelebihan sentralisasi dan desentralisasi:

Tabel 3: Kekurangan dan Kelebihan Sentralisasi dan Desentralisasi

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sentralisasi | | Desentralisasi | |
| Kekurangan | Kelebihan | Kekurangan | Kelebihan |
| 1. Petugas menjadi lebih sibuk karena harus menangani unit rawat jalan dan rawat inap 2. *Filing* (tempat penyimpan) DRM harus dijaga 24 jam karena setiap saat diperlukan untuk pelayanan di UGD yang buka 24 jam 3. Tempat penerimaan pasien harus bertugas selama 24 jam karena pasien bisa datang setiap saat dan tempat penyimpanan ada di satu tempat. | 1. Data dan informasi hasil pelayanan dapat berkesinambungan karena dalam satu folder sehingga riwayatnya dapat dibaca seluruhnya 2. Mengurangi terjadinya duplikasi dalam pemeliharaan dan penyimpanan rekam medik 3. Mengurangi jumlah biaya yang dipergunakan untuk peralatan dan ruangan 4. Tata kerja dan pertauran mengenai kegiatan pencatatan medik mudah distandarisasi 5. Memungkinkan peningkatan efisiensi kerja petugas penyimpanan 6. Mudah menerapkan sistem *unit record.* | 1. Terjadi duplikasi dalam pembuatan rekam medik, yaitu data dan informasi pelayanan pada satu pasien dapat tersimpan lebih dari 1 folder 2. Biaya yang diperlukan untuk peralatan dan ruangan lebih banyak. | 1. Efisiensi waktu, sehingga pasien mendapat pelayanan lebih cepat 2. Beban kerja yang dilaksanakan petugas lebih ringan. |

Namun sekarang, semua Rumah Sakit di Indonesia diarahkan menuju sistem sentralisasi. Dalam tata kelolanya, terdapat berbagai pendapat pula tentang pembuatan rekam medis. Berikut sistem tata kelolanya:

Tabel 4: Sistem Pengelolaan Rekam Medik

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Permenkes 269 TH 2008 | COLLEGE OF PHYSYCIANS AND SEGEON OF ONTARIO | UU NO 29 tahun 2009 | WILL GAUD AND ASSOCIATES, LLC |
| Pasal 8-11   1. Penyimpanan 2. Pemusnahan 3. Kerahasiaan | 1. Persetujuan pasien 2. Pengumpulan 3. Pengurutan secara kronologis dan sistematis 4. Penggunaan 5. Pengungkapan 6. Pemusnahan | 1. Penciptaan 2. Penyimpanan dan kerahasiaan 3. Pemusnahan | 1. Problem Definition 2. Process Identification 3. Process Analisys 4. Product Evaluation 5. Vendor Qualification 6. Request For Proposal 7. Contact Negotiation 8. Implementation |

Menurut Permenkes 269 tahun 2008 sistem pengelolaan rekam medis terdiri dari penyimpanan, pemusnahan dan kerahasiaan. Rekam medik pasien rawat inap disimpan sekurang kurangnya dalam jangka waktu 5 tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat. Setelah batas waktu lima tahun tersebut, rekam medik dapat dimusnahkan kecuali ringkasan pulang dan persetujuan medis. Rincian pulang dan persetujuan medis tersebut harus disimpan untuk jangka waktu 10 tahun terhitung dari tanggal dibuatnya ringkasan tersebut. Penyimpanan tersebut dilakukan oleh petugas yang ditunjuk oleh pimpinan sarana pelayanan kesehatan.

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. Namun informasi-informasi tersebut dapat dibuka untuk kepentingan kesehatan pasien, memenuhi permintaan aparatur penegak hukum dalam rangka penegakan hukum atas perintah pengadilan, permintaan dan/atau persetujuan pasien sendiri, permintaan instalasi/lembaga berdasarkan ketentuan perundang-undangan, dan untuk kepentingan penelitian, pendidikan, dan audit medik sepanjang tidak menyebut identitas pasien. Permintaan rekam medis untuk tujuan tersebut harus dilakukan secara tertulis kepada pimpinan pelayanan kesehatan.

Penjelasan tentang isi rekam medis hanya boleh dilakukan oleh dokter, dokter gigi yang merawat pasien dengan izin tertulis pasien berdasarkan peraturan perundang-undangan. Pimpinan sarana pelayanan kesehatan dapat menjelaskan isi rekam medis secara tertulis atau langsung kepada pemohon tanpa izin berdasarkan perauran perundangan

**2.6 Kerangka Hukum dan Kebijakan yang Mengatur Rekam Medis.**

Rekam medis dapat melindungi minat hukum (legal interest) pasien, rumah sakit, dan dokter serta staff rumah sakit bila ketiga belah pihak melengkapi kewajibannya masing-masing terhadap berkas rekam medik. Ketentuan yang berkaitan dengan masalah rekam medis, antara lain:

* 1. UU No.29 tahun 2009 tentang Praktik Kedokteran

Dalam UU No.29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran terdapat beberapa ketentuan yang berhubungan dengan penyelenggaraan rekam medik, yaitu tentang Standar Pelayanan, Persetujuan Tindakan Kedokteran, Rekam medis, Rahasia Kedokteran, serta Kendali mutu dan kendali biaya. Sebagian besar ketentuan hukum tersebut adalah ketentuan yang telah diterbitkan dalam bentuk peraturan perundang-undangan lain. Di bawah adalah ketentuan tersebut:

1. Pasal 44 ayat (1) menyatakan bahwa “dokter dan dokter gigi dalam menyelenggarakan praktik kedokteran wajib mengikuti standar pelayanan kedokteran dan kedokteran gigi”.

2.  Pasal 45 ayat (5) menyatakan bahwa “setiap tindakan kedokteran dan kedokteran gigi yang mengandung risiko tinggi harus diberikan dengan persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan”

3.  Pasal 46 ayat (1) menyatakan bahwa “setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medik”.

4. Pasal 46 ayat (2) menyatakan bahwa “rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus segera dilengkapi setelah pasien selesai menerima pelayanan kesehatan”

5. Penjelasan pasal 46 ayat (3) menyatakan bahwa : “yang dimaksud dengan petugas adalah dokter atau dokter gigi atau tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien. Apabila dalam pencatatan rekam medik menggunakan teknologi informasi elektronik, kewajiban membubuhi tandatangan dapat diganti dengan menggunakan nomor identitas pribadi (personal identification number)

6. Pasal 47 ayat (2) menyatakan bahwa “rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus disimpan dan dijaga kerahasiaannya oleh dokter atau dokter gigi dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan”.

7. Pasal 49 ayat (2) menyatakan bahwa “dalam rangka pelaksanaan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diselenggarakan audit medik”, dengan penjelasan bahwa “yang dimaksud dengan audit medik adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medik yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medik”.

8.  Pasal 79 menyatakan bahwa “Dipidana dengan pidana kurungan paling lama 1 (satu) tahun atau denda paling banyak Rp 50.000.000.00 (lima puluh juta rupiah) setiap dokter dan dokter gigi yang (b) dengan sengaja tidak membuat rekam medik sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (1)”

Memang masih banyak ketentuan hukum lain di dalam UU No.29 tahun 2004 di bidang pelayanan rekam medik yang juga penting. Namun, uraian ayat-ayat di atas sangat berkaitan dengan kelengkapan pengisian rekam medik yang saat ini sedang dijadikan isu utama.

* 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medik.

Sebagai pelaksanaan Pasal 47 ayat (3) Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, perlu mengatur kernbali penyelenggaraan Rekam Medik dengan Peraturan Menteri Kesehatan.

* 1. SE Dirrektorat Jendral Pelayanan Medik No: HK.00.06.1.5.01160 tentang Petunjuk Teknis Pengadaan Formulir Rekam Medik Dasar dan Pemusnahan Arsip Rekam Medik.

Surat edaran ini mengatur tata cara pengabadian dan pemusnahan rekam medik.

**BAB III**

**SISTEM INFORMASI MANAJEMEN RUMAH SAKIT**

**3.1 Pengertian dan Konsep Sistem Informasi Manajemen RS**

**3.1.1 Pengertian Sistem Informasi Manajemen RS**

Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) saat ini merupakan kewajiban bagi masing-masing rumah sakit setelah ditetapkannya UU No 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit. Dijelaskan bahwa pada Bab XI Tentang Pencatatan dan Pelaporan, khususnya Pasal 52 ayat (1) *“Setiap Rumah Sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan tentang semua kegiatan penyelenggaraan Rumah Sakit dalam bentuk Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit”*, sehingga kebutuhan terhadap SIMRS adalah hal yang wajib. Hal ini dikarenakan adanya dukungan penyediaan informasi yang cepat dan akurat, sebagai faktor penunjang kinerja pelayanan rumah sakit, serta transparansi dalam bidang Keterbukaan Informasi Publik (KIP) seperti yang diatur dalam UU No 14 Tahun 2008.

Terdapat beberapa definisi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit menurut para ahli, di antaranya adalah:

* 1. SIM (Sistem Informasi Manajemen) merupakan sebuah sistem mesin pemakai yang terintegrasi yang menyediakan informasi untuk menunjang operasi manajemen dan fungsi-fungsi pengambilan keputusan di dalam sebuah organisasi. Sistem tersebut memanfaatkan perangkat keras dan lunak komputer, dan prosedur-prosedur manual, model-model untuk analisis, perencanaan, pengawasan, dan pengambilan keputusan, dan suatu “database”. (Gordon B.Davis dan Margareth H.Olson)
  2. Sistem Manajemen Informasi merupakan suatu sistem komunikasi yang secara spesifik didesain atau dibentuk, dimana data dikumpulkan, disimpan, dianalisis, dirumuskan dan dilaporkan kepada manajer. (Rakich-Longest-Darr)
  3. Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) itu sendiri merupakan suatu tatanan yang berurusan dengan pengumpulan data, pengelolaan data, penyajian informasi, analisis, dan penyimpulan informasi serta penyampaian informasi yang dibutuhkan untuk kegiatan rumah sakit. (Dr. dr. H. Boy S., dkk, 2005)

Dari definisi-definisi yang dijelaskan oleh para ahli di atas, dapat disimpulkan bahwa Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) merupakan suatu alat atau sistem yang digunakan untuk menyediakan informasi dalam menunjang operasi manajemen dan fungsi-fungsi pengambilan keputusan yang berurusan dengan pengumpulan data, pengolahan data, penyajian informasi, analisis, penyimpulan informasi dan penyampaian informasi yang dibutuhkan kepada manajer pada suatu rumah sakit.

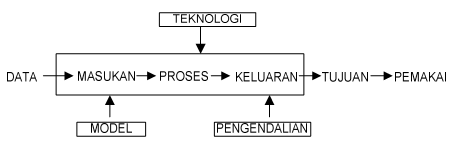
**3.1.2 Konsep Dasar Sistem Informasi**

Sistem Informasi berasal dari dua kata, yaitu “sistem” dan “informasi”. Menurut Suartini Bambang, sistem merupakan kesatuan yang terdiri dari elemen-elemen yang berkaitan untuk berinteraksi satu sama lain dalam rangka menciptakan hasil atau tujuan tertentu. Komponen-komponen dari sistem meliputi: *Input* (masukan), *Process* (proses), *Output* (luaran), *Feed back mechanism* (umpan balik). Sedangkan menurut Gordon B. Davis, sistem terdiri dari bagian-bagian yang saling berkaitan yang saling beroperasi bersama untuk mencapai sasaran dan tujuan. Sistem juga terdiri dari sub sistem dan masing-masing dari sistem tersebut mempunyai batasan sendiri. Adanya saling keterkaitan dan interaksi antar sub sistem disebut sebagai interfase atau jalinan. Interfase dapat berupa masukan (*input*) atau keluaran (materi, energi, informasi).

Selanjutnya, pengertian informasi menurut Suartini Bambang merupakan data yang dianalisa sedemikian rupa sehingga dapat memberikan makna kepada yang memerlukan. Sedangkan menurut Boy S. Sabarguna, informasi mencakup data yang telah diolah dan dianalisa secara formal dengan cara yang benar dan secara efektif sehingga hasilnya bisa bermanfaat dalam operasional dan manajemen. Dari pengertian beberapa ahli di atas, maka dapat disimpilkan bahwa informasi merupakan suatu data yang diolah dan dianalisa secara benar sehingga dapat bermanfaat dalam proses manajemen.

Sistem informasi adalah sekumpulan komponen pembentuk sistem yang mempunyai keterkaitan antarasatukomponen dengan komponen lainnya yangbertujuan menghasilkan suatu informasi dalam suatu bidang tertentu. Dalam sistem informasi diperlukannya klasifikasi alur informasi, hal ini disebabkan keanekaragaman kebutuhan akan suatu informasi oleh pengguna informasi. Kriteria dari sistem informasiantara lain, fleksibel, efektif dan efisien (Sabarguna, MARS, Dr. dr. H. Boy S., *Sistem Informasi Rumah Sakit,* 2005).Secara garis besar komponen yang terkait dengan suatu sisteminformasi dapat dilihat pada bagan di bawah ini.

KOMPONEN SISTEM INFORMASI



Gambar 2 : Konsep Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit

Di dalam komponen sistem informasi ini, yang termasuk dalam masukan yaitu segala hal yang terdiri dari data, metode, media pengumpulan dan pemasukan data. Selanjutnya masukan tersebut akan diproses melalui model yang mencakup prosedur, logika, model matematika yang digunakan untuk memanipulasi data menjadi informasi. Dalam proses tersebut, digunakan teknologi yang dapat berupa software, hardware, dan brainware yang mendukung serta memiliki kualitas dalam pengolahan masukan (data) tersebut. Hasil yang dikeluarkan (keluaran) dapat berupa informasi atau dokumentasi yang berkualitas.

**3.2 Peran, Tujuan, dan Manfaat Sistem Informasi Manajemen RS**

**3.2.1 Tujuan**

1. Identifikasi masalah
2. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan
3. Meningkatkan ketepatan dan kecepatan pengambilan keputusan
4. Meningkatkan fungsi perencanaan, pemantauan, pengendalian, dan evaluasi organisasi.
5. Mengukur,mengendalikan,menganalisa penggunaan sumber daya dan produktifitas, perkiraan, efisiensi dan efektifitas
6. Meningkatkan komunikasi intern dan ekstern organisasi
7. Penyusunan laporan intern dan ekstern Riset dan pendidikan

**3.2.2 Manfaat**

a. Manfaat Umum

1. Memberikan nilai tambah dengan meningkatkan:
   * 1. Efisiensi
     2. Kemudahan
     3. Standard praktek kedokteran yang baik dan benar
     4. Dokumentasi yang *Auditable* dan *Accountable*
     5. Mendukung Pemasaran Jasa RS: Mutu, kecepatan, kenyamanan, kepastian, biaya, bahkan gengsi pelayanan
     6. Meningkatkan profesionalisme dan kinerja manajemen rumah sakit
     7. Mendukung koordinasi antar bagian dalam rumah sakit
     8. Meningkatkan akses dan pelayanan rumah sakit terhadap berbagai sumber daya, antara lain mitra usaha potensial seperi Pedagang Besar Farmasi, JAMKESMAS, JAMSOSTEK, ASKES, Instansi / Perusahaan pemberi jaminan kesehatan bagi karyawannya, dll
     9. Meningkatkan profesionalisme manajemen rumah sakit:
2. Setiap unit akan bekerja sesuai fungsi, tanggung jawab dan wewenangnya, dibagi menjadi:

a) Fungsi Pelayanan dan Informasi

b) Fungsi Perawatan (*medical care*)

c) Fungsi Penunjang/*Supporting*

d) Fungsi Administrasi dan Keuangan

e) Fungsi Pengawasan, dll

3. Mendukung kerja sama, keterkaitan dan koordinasi antar bagian / unit dalam rumah sakit. Contoh:

a) Unit Registrasi dengan Unit RM dalam hal Petugas RM dapat mengetahui secara real time pasien yang mendaftar di bag Registrasi.

b) Unit Registrasi dengan Unit Rawat Jalan.

c) Koordinasi antara Unit Rawat Jalan / Rawat Inap dengan Unit Apotik/Farmasi dalam hal Resep Online dan informasi lainnya.

d) Koordinasi antara Unit Rawat Jalan / Rawat Inap dengan Unit Laboratorium, Radiologi, IBS, Gizi, Farmasi, dan Keuangan dan sebaliknya

e) Meningkatkan pendapatan rumah sakit.

1. Manfaat Operasional

Tabel 5 : Manfaat Operasional SIMRS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Manfaat** | **Sistem Manual** | **Menggunakan SIMRS** |
| 1 | Kecepatan | Pengerjaaan tagihan kepada mitra/pihak ke-3 memakan waktu sampai 1 bulan sejak pasien selesai dilayani. | Pengerjaaan tagihan kepada mitra/pihak ke-3 memakan waktu 1-2 hari saja. |
| 2 | Akurasi | Harus mengecek satu demi satu transaksi. Jika teledor bisa terjadi duplikasi data. | Cukup dengan membandingkan laporan antar unit yang dihasilkan oleh SIM. SIMRS juga mencegah duplikasi data dengan memberi peringatan. |
| 3 | Integrasi | Data pasien harus dimasukkan di setiap unit. | Data cukup sekali dimasukkan di pendaftaran saja. Hal ini mengurangi beban kerja adminstrasi dan menjamin konsistensi data. |
| **No** | **Manfaat** | **Sistem Manual** | **Menggunakan SIMRS** |
| 4 | Peningkatan pelayanan | Pelayanan lambat dan tidak akurat.  Administrasi berbelit-belit. | Pelayanan semakin cepat dan akurat. Administrasi jadi cepat dan tagihan akurat serta detil. |
| 5 | Peningkatan Efisiensi | Pekerjaan lebih ke arah klerikal.  Contohnya konsentrasi bagian penagihan adalah membuat tagihan.  Contoh lainnya  perawat harus memasukan data asuhan keperawatan secara berulang-ulang sehingga memakan waktu. | Pekerjaan lebih ke arah analisa.  Contohnya konsentrasi bagian penagihan lebih kepada umur tagihan itu sendiri.  Karyawan dapat fokus pada pekerjaan utamanya karena kecepatan dan akurasi data meningkat.  Contohnya perawat hanya tinggal memasukan data diagnosa penyakit pasien, dan komputer yang akan mencetak laporan SAK untuk ditanda-tangani perawat. |
| 6 | Kemudahan Pelaporan | Pelaporan adalah pekerjaan yang menyita waktu namun sangat penting. Pegawai RS selama ini lebih banyak bertugas untuk menyusun laporan (Clerikal). | Proses pelaporan hanya memakan waktu dalam hitungan menit sehingga kita dapat lebih konsentrasi untuk menganalisa laporan tersebut, Sehingga pegawai RS dapat ditingkatkan menjadi petugas verifikasi dan menganalisa laporan yang dihasilkan oleh SIMRS. |

1. Manfaat Manajerial

Tabel 6 : Manfaat Manajerial SIMR

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Manfaat** | **Sistem Manual** | **Menggunakan SIMRS** |
| 1 | Kecepatan mengambil keputusan | Manajer mengambil keputusan berdasarkan informasi yang mungkin sudah tidak relevan lagi. Belum lagi jika yang dibutuhkan adalah trend berdasarkan selang waktu tertentu (harian/mingguan/dsb), ini mengakibatkan keputusan yang diambil belum tentu sesuai dengan kondisi nyata. | Informasi yang disajikan bersifat real time, bahkan kita dapat membuat tabulasi dari informasi tersebut sehingga informasi yang kita dapat sudah sangat spesifik sesuai dengan kebutuhan kita. Hal ini tentu saja meningkatkan kualitas keputusan kita, di samping tentu saja berkurangnya waktu untuk mengambil keputusan. |
| 2 | Akurasi dan Kecepatan Identifikasi Masalah | Masih membutuhkan waktu yang relatif lama untuk memeriksa apakah ada masalah atau tidak. | Lebih akurat dan cepat. maka jika ada hal-hal yang tidak normal dapat segera kita ketahui. |
| 3 | Kemudahan penyusunan strategi | Lebih sulit dibandingkan menggunakan SIMRS. | SIMRS mampu memberikan data populasi dengan selang waktu tertentu, bahkan menyajikan kecenderungan datanya kepada kita. |

1. Manfaat Organisasi

Tabel 7 : Manfaat Organisasi SIMRS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Manfaat** | **Sistem Manual** | **Menggunakan SIMRS** |
| 1 | Budaya Kerja | Ada kemungkinan data yang terlewat. | Membuat lebih disiplin karena data harus diinput saat itu juga. |
| **No** | **Manfaat** | **Sistem Manual** | **Menggunakan SIMRS** |
| 2 | Transparansi |  | data-data yang digunakan oleh seluruh rumah sakit berada di bawah satu kendali. |
| 3 | Koordinasi antar unit (*Team working*) | Belum ada kesinambungan dengan unit lain. | Ada kesinambungan dengan unit yang lain. |
| 4 | Pemahaman sistem | Hanya paham dengan sistem unitnya sendiri. | Paham sistem seluruh unit. |
| 5 | biaya administrasi | Lebih boros | Lebih hemat |

**3.2.3 Peran**

Era globalisai yang ditandai dengan adanya perdagangan bebas mengharuskan sektor Kesehatan terutama Rumah Sakit untuk meningkatkan daya saing dengan memberikan pelayanan yg sebaik-baiknya kepada pelanggan ataupun pasien bahkan penyajian laporang yang akurat bagi para pengambil keputusan, bakan rumah sakit vertical cenderung untuk segera merubah tatana rumah sakit menjadi sebuah badan layanan umum, sehingga lebih mudah dalam penataan administrasinya.

Guna mengatasi hambatan–hambatan dalam pelayanan kesehatan di Rumah Sakit, keberadaan “Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit” sangat dibutuhkan, sebagai salah satu strategik manajemen dalam  meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan memenangkan persaingan bisnis.

[](http://slurppsss.files.wordpress.com/2011/12/621199_rsu.jpg)

Gambar 3: Alur Sistem Informasi Manajemen

Sistem Informasi Manajemen merupakan prosedur pemrosesan data berdasarkan teknologi informasi yang terintegrasi dan di intergrasikan dengan prosedur manual dan prosedur yang lain untuk menghasilkan informasi yang tepat waktu dan efektif untuk mendukung proses pengambilan keputusan manajemen, sehingga dalam tahapannya akan membuat beberapa SOP baru guna menunjang kelancaran penerapan Sistem yang tertata dengan rapi dan baik.

Sistem Informasi Manajemen saat ini merupakan sumber daya utama, yang mempunyai nilai strategis dan mempunyai peranan yang sangat penting sebagai daya saing serta kompetensi utama sebuah organisasi dalam menyongsong era Informasi ini.

* 1. **Data vs Informasi dalam Sistem Informasi Manajemen RS**
     1. **Pengertian Data Dalam Sistem Informasi Menejemen**

Data adalah sesuatu yang belum mempunyai arti bagi penerimanya dan masih memerlukan proses pengolahan. Data bisa berbentuk keadaan, gambar, suara, huruf, angka, matematika, bahasa maupun simbol lainnya yang bisa kita gunakan sebagai bahan untuk melihat lingkungan, objek, kejadian, ataupun suatu konsep.

* + 1. **Pengertian Informasi Dalam Sistem Informasi Menejemen**
    2. informasi adalah data yang dapat diolah yang lebih berguna dan berarti bagi penggunanya. (Jogiyanto H. M, 1990)
    3. informasi adalah data yang telah diolah menjadi suatu bentuk yang berarti bagi penerimanya dan bermanfaat dalam pengambilan keputusan saat ini atau mendatang. (Robert G. Murdik 1973 )

Jadi, informasi adalah data yang diproses ke dalam bentuk yang lebih berarti bagi penerimanya dalam pengambilan keputusan sekarang atau di masa yang akan datang.

* + 1. **Perbedaan Data dan Informasi**

Tabel 8: Perbedaan Data dan Informasi

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | Aspek | Data | Informasi |
| 1 | Sifat | Bersifat mentah | Hasil olahan yang lebih berguna |
| 2 | Kegunaan | Digunakan untuk pengolahan leebih lanjut | Digunakan untuk acuan mengambil keputusan |
| 3 | Bentuk | Masih mentah harus diolah, ada yang rapi karena disimpan di gudang atau acak – acakan sampai harus ditimbang | Memiliki nilai guna, ada yang memberikan, ada yang menerima, konten relevan dengan penerima, cenderung disajikan dengan kompleks dan menarik |
| 4 | Sifat keakuratan | dijamin keakuratannya karena didukung sumber yang terpercaya dan dapat dilacak kebenarannya. | Ada kemungkinan kurang akurat karena biasanya tidak didukung oleh sumber yang menggambarkan situasi sebenarnya. |

**3.4 Kerangka Hukum dan Kebijakan yang mengatur Sistem Informasi Manajemen RS**

Dasar Hukum Sistem Informasi Rumah Sakit di Indonesia:

1. Keputusan Menteri Kesehatan nomor 1410/MENKES/SK/X/2003 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit (Sistem Pelaporan Rumah Sakit) Revisi V (disempurnakan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 1171/MENKES/PER/VI/2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit
2. UU nomor 14 tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik (KIP), menunjukkan bahwa tersedianya data dan informasi mutlak dibutuhkan terutama oleh badan layanan umum seperti rumah sakit
3. UU nomor 44 tahun 2009 pasal 52 ayat (1) tentang Rumah Sakit, setiap rumah sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan tentang semua kegiatan penyelenggaraan rumah sakit dalam bentuk sistem informasi manajemen rumah sakit. Pencatatan dan pelaporan yang dilakukan oleh Rumah Sakit dilakukan dalam rangka meningkatkan efektifitas pembinaan dan pengawasan rumah sakit di Indonesia.
4. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 1171/MENKES/PER/VI/2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit (Terbaru)

Peraturan Menteri Kesehatan nomor 1171/MENKES/PER/VI/2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit mewajibkan setiap rumah sakit untuk melaksanakan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS). SIRS adalah suatu proses pengumpulan, pengolahan dan penyajian data rumah sakit dan merupakan aplikasi sistem pelaporan rumah sakit kepada Kementerian Kesehatan.Data-data yang harus dimasukan dalam pelaporan rumah sakit meliputi :

1. Data identitas rumah sakit;
2. Data ketenagaan yang bekerja di rumah sakit;
3. Data rekapitulasi kegiatan pelayanan;
4. Data kompilasi penyakit/morbiditas pasien rawat inap; dan
5. Data kompilasi penyakit/morbiditas pasien rawat jalan

Pelaporan SIRS terdiri dari pelaporan yang bersifat terbarukan setiap saat *(updated)*, dan pelaporan yang bersifat periodik. Pelaporan SIRS yang bersifat terbarukan setiap saat *(updated)* ditetapkan berdasarkan kebutuhan informasi untuk pengembangan program dan kebijakan dalam bidang perumahsakitan. Sedangkan pelaporan SIRS yang bersifat periodik dilakukan 2 (dua) kali dalam 1 (satu) tahun.

Dengan adanya Sistem Informasi Rumah Sakit dapat mempermudah pemerintah dalam perumusan kebijakan di bidang perumahsakitan, penyajian informasi rumah sakit secara nasional dan pemantauan, pengendalian dan evaluasi penyelenggaraan rumah sakit secara nasional. Pada saat Peraturan ini berlaku, semua rumah sakit yang sudah ada harus menyesuaikan dengan ketentuan yang berlaku dalam Peraturan ini, paling lambat dalam jangka waktu 2 (dua) tahun setelah Peraturan ini diundangkan.

Dengan berlakunya Peraturan ini, maka Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1410/MENKES/SK/X/2003 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit (Sistem Pelaporan Rumah Sakit) Revisi V dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi

* 1. **Keterkaitan Rekam Medis Dan SIMRS**

Di bidang kedokteran, rekam medis merupakan salah satu bukti tertulis tentang proses pelayanan yang diberikan oleh dokter. Di dalam rekam medis berisi data klinis pasien selama proses diagnosis dan pengobatan *(treatment).* Oleh karena itu setiap kegiatan pelayanan medis harus mempunyai rekam medis yang lengkap dan akurat untuk setiap pasien dan setiap dokter wajib mengisi rekam medis dengan benar, lengkap dan tepat waktu. Dengan berkembangnya *evidence based medicine* di mana pelayanan medis yang berbasis data sangatlah diperlukan, maka rekam medis haruslah dibuat dengan benar. Data klinis yang bersumber dari rekam medis semakin penting dengan berkembangnya rekam medis elektronik, di mana setiap *entry* data secara langsung menjadi masukan *(input)* dari system manajemen informasi kesehatan.

**BAB IV**

**KESIMPULAN**

Rekam medik merupakan catatan yang sistematis, terstruktur dan berisi tentang semua hal yang berhubungan dengan riwayat atau perjalanan penyakit pasien dan terapinya selama dalam perawatan di unit pelayanan kesehatan. Terselenggaranya sistem rekam medik yang sesuai standar sangat esensial bagi peningkatan upaya kesehatan di rumah sakit. Penyelenggaraan rekam medik dipayungi oleh beberapa peraturan perundang-undangan, di antaranya UU No.29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis.

Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) merupakan suatu alat atau sistem yang digunakan untuk menyediakan informasi dalam menunjang operasi manajemen dan fungsi-fungsi pengambilan keputusan. Perkembangan teknologi yang semakin pesat menuntut diubahnya berbagai sistem manual menjadi sistem yang terkomputerisasi supaya pekerjaan menjadi lebih efisien. SIM hadir dalam mengatasi berbagai hambatan terkait dengan pelayanan RS. Penyelenggaraan SIMRS utamanya diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan nomor 1171/MENKES/PER/VI/2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit.

Rekam medis terkait dengan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit, setiap data secara langsung menjadi masukan (Input) dari Sistem Manajemen Informasi Kesehatan.

**DAFTAR PUSTAKA**

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/PER/III/2008 tentang Rekam Medis

Undang-Undang RI No 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran

Boy S, H. 2005. *Sistem Informasi Rumah Sakit,* Yogyakarta*:* Konsorsium Rumah Sakit Jateng – DIY

Mawarni, Atik, dkk. 2005.*Konsep Sistem Informasi danSistem Informasi Kesehatan,* Semarang*:* Universitas Diponegoro

Sjamsuhidajat, dkk.2006. *Manual Rekam Medis.* Jakarta: Konsil Kedokteran Indonesia

Jefrry .2009. *Sekitar System Informasi Rekam Medik*. <http://www.glanter.blogspot.com>. Diakses pada tanggal 29 Oktober 2012 pukul 12.00 WIB

Sanjoyo, Raden. *Aspek Hukum Rekam Medis*. <http://yoyoke.web.ugm.ac.id>. Diakses pada tanggal 29 Oktober 2012 pukul 13.00 WIB

Hafas, Gita.2010. *Rekam Medis.* http://www.ilunifk83.com. diakses tanggal 29 Oktober 2012 pukul 13.30 WIB

Anonim.2009. *Fungsi dan Peran Perekam Medis di Sarana Pelayanan Kesehatan*. [http://rekamkesehatan.wordpress.com](http://rekamkesehatan.wordpress.com/). Diakses pada tanggal 29 Oktober 2012 pukul 20.00 WIB