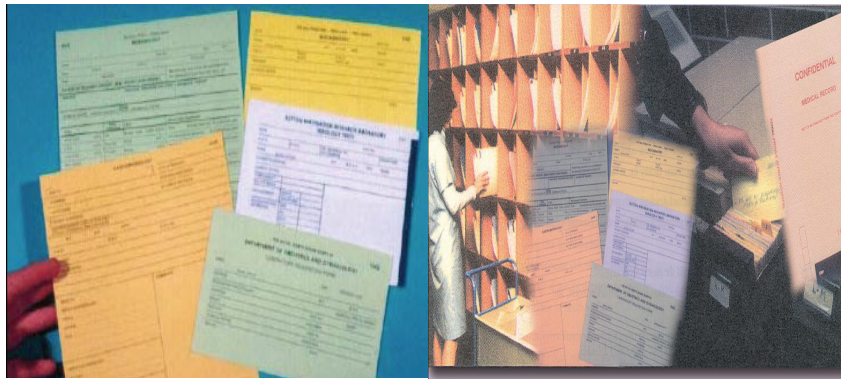


**REKAM MEDIS
DAN SISTEM INFORMASI KESEHATAN
DI
PELAYANAN KESEHATAN PRIMER (PUSKESMAS)**



Oleh: Sharon Gondodiputro,dr.,MARS

Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran
Bandung
2007

REKAM MEDIS DAN SISTEM INFORMASI KESEHATAN DI SARANA PELAYANAN KESEHATAN PRIMER (PUSKESMAS)

Oleh: Sharon Gondodiputro,dr.,MARS

Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung

Pengertian REKAM MEDIS

Rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun terekam tentang identitas , anamnesa,penentuan fisik , laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medik yang diberikan kepada pasien dan pengobatan baik yang dirawat inap , rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat ¹.

Rekam medis mempunyai pengertian yang sangat luas , tidak hanya sekedar kegiatan pencatatan, akan tetapi mempunyai pengertian sebagai suatu sistem penyelenggaraan rekam medis yaitu mulai pencatatan selama pasien mendapatkan pelayanan medik , dilanjutkan dengan penanganan berkas rekam medis yang meliputi penyelenggaraan penyimpanan serta pengeluaran berkas dari tempat penyimpanan untuk melayani permintaan/peminjaman apabila dari pasien atau untuk keperluan lainnya ¹

Rekam medis mempunyai 2 bagian yang perlu diperhatikan yaitu bagian pertama adalah tentang **INDIVIDU** : suatu informasi tentang kondisi kesehatan dan penyakit pasien yang bersangkutan dan sering disebut **PATIENT RECORD**, bagian kedua adalah tentang **MANAJEMEN**: suatu informasi tentang pertanggungjawaban apakah dari segi manajemen maupun keuangan dari kondisi kesehatan dan penyakit pasien yang bersangkutan ²

Rekam medis juga merupakan kompilasi fakta tentang kondisi kesehatan dan penyakit seorang pasien yang meliputi ²:

- data terdokumentasi tentang keadaan sakit sekarang dan waktu lampau
- pengobatan yang telah dan akan dilakukan oleh tenaga kesehatan profesional secara tertulis.

Secara umum, informasi yang tercantum dalam rekam medis seorang pasien harus meliputi ²:

- Siapa (**Who**) pasien tersebut dan Siapa (**Who**) yang memberikan pelayanan kesehatan/medis

- Apa (*What*), Kapan (*When*) , Kenapa (*Why*) dan Bagaimana (*How*) pelayanan kesehatan/medis diberikan
- Hasil akhir atau dampak (*Outcome*) dari pelayanan kesehatan dan pengobatan

Tujuan dan Kegunaan Rekam Medis ¹

Tujuan Rekam Medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan . Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar , maka tertib administrasi tidak akan berhasil

Kegunaan Rekam Medis antara lain:

1. Aspek Administrasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi , karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan perawat dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan

2. Aspek Medis

Catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus diberikan kepada pasien

Contoh :

- Identitas pasien → *name, age, sex, address, marriage status, etc.*
- Anamnesis → “*fever*” → *how long, every time, continuously, periodic???*
- *Physical diagnosis* → *head, neck, chest, etc.*
- *Laboratory examination, another supporting examination. Etc*

3. Aspek Hukum

Menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan , dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan

4. Aspek Keuangan

Isi Rekam Medis dapat dijadikan sebagai bahan untuk menetapkan biaya pembayaran pelayanan . Tanpa adanya bukti catatan tindakan /pelayanan , maka pembayaran tidak dapat dipertanggungjawabkan

5. Aspek Penelitian

Berkas Rekam medis mempunyai nilai penelitian , karena isinya menyangkut data/informasi yang dapat digunakan sebagai aspek penelitian .

6. Aspek Pendidikan

Berkas Rekam Medis mempunyai nilai pendidikan , karena isinya menyangkut data/informasi tentang kronologis dari pelayanan medik yang diberikan pada pasien

7. Aspek Dokumentasi

Isi Rekam medis menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan sarana kesehatan

Berdasarkan aspek-aspek tersebut , maka rekam medis mempunyai kegunaan yang sangat luas yaitu :

1. Sebagai alat komunikasi antara dokter dengan tenaga kesehatan lainnya yang ikut ambil bagian dalam memberikan pelayanan kesehatan
2. Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien
3. Sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan , perkembangan penyakit dan pengobatan selama pasien berkunjung/dirawat di Rumah sakit
4. Sebagai bahan yang berguna untuk analisa , penelitian dan evaluasi terhadap program pelayanan serta kualitas pelayanan

Contoh : Bagi seorang manajer :

- Berapa banyak pasien yang datang ke sarana kesehatan kita ? baru dan lama ?
 - Distribusi penyakit pasien yang datang ke sarana kesehatan kita
 - Cakupan program yang nantinya di bandingkan dengan target program
5. Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, sarana kesehatan maupun tenaga kesehatan yang terlibat
 6. Menyediakan data dan informasi yang diperlukan untuk keperluan pengembangan program , pendidikan dan penelitian
 7. Sebagai dasar di dalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan kesehatan
 8. Menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan serta bahan pertanggungjawaban dan laporan

Dimana memulai pengisian rekam medis ? ²

Rekam medis mulai diisi saat seorang pasien atau klien datang ke fasilitas kesehatan meminta bantuan untuk memecahkan masalah kesehatannya.

Pengisian rekam medis dimulai dengan pengisian format informasi identitas pasien atau klien, dan format ini biasanya diletakkan pada halaman terdepan dari dokumen rekam medis dan merupakan bagian dari **PATIENT RECORD**. Format informasi tentang identitas pasien atau klien, biasanya berisi nama, umur, jenis kelamin, status pernikahan, alamat dan lain-lain.

Selanjutnya dilakukan pengisian format **PATIENT RECORD** lainnya seperti :

- **Anamnesis** → misalnya pasien datang dengan keluhan panas, maka pada anamnesis ditanyakan sejak kapan, apakah panasnya sepanjang hari atau periodic dan lain lain.
- **Physical diagnosis** → Pemeriksaan fisik mulai dari kepala sampai dengan kaki sesuai kebutuhan.
- **Laboratory examination dan atau pemeriksaan lain seperti radiologi dan lain lain.**

Seluruh format dalam rekam medis harus diisi sesuai kebutuhannya dan setiap tenaga kesehatan yang melakukan pemeriksaan, pelayanan medis, konsultasi dan sebagainya harus mencantumkan nama jelas dan tanda tangannya.

Dari **PATIENT RECORD** tersebut, setiap sarana kesehatan harus melakukan rekapitulasi dari semua variable yang dibutuhkan. Kegiatan ini merupakan bagian dari kegiatan rekam medis di bidang **MANAJEMEN**. Variabel-variabel yang direkapitulasi antara lain:

- Berapa banyak pasien yang datang ke sarana kesehatan tersebut setiap hari, setiap bulan dan setiap tahun?
- Jenis-jenis penyakit apa sajakah yang ditangani di sarana kesehatan tersebut (Penyakit infeksi dan tidak infeksi)
- Berapakah dan Mengapa terjadi kasus kematian di sarana kesehatan tersebut ?
- Bila terjadi kasus gawat darurat, berapakah *response time* nya ?
- Siapakah yang membayar pelayanan kesehatan yang diberikan ? berapakah proporsinya ? misalnya oleh sendiri, asuransi, pemerintah, pihak ketiga dsb
- Berapa banyak dan jenis obat yang habis setiap hari, setiap bulan dan setiap tahun?
- Dll

Informasi-informasi tersebut sangat dibutuhkan oleh pihak manajemen untuk merencanakan kebutuhan sumber daya seperti tenaga kesehatan, fasilitas, bahan habis pakai, peralatan medis dan nonmedis, kebutuhan air, listrik, cleaning service dll agar pelayanan yang diberikan dapat optimal dan memuaskan pelanggan.

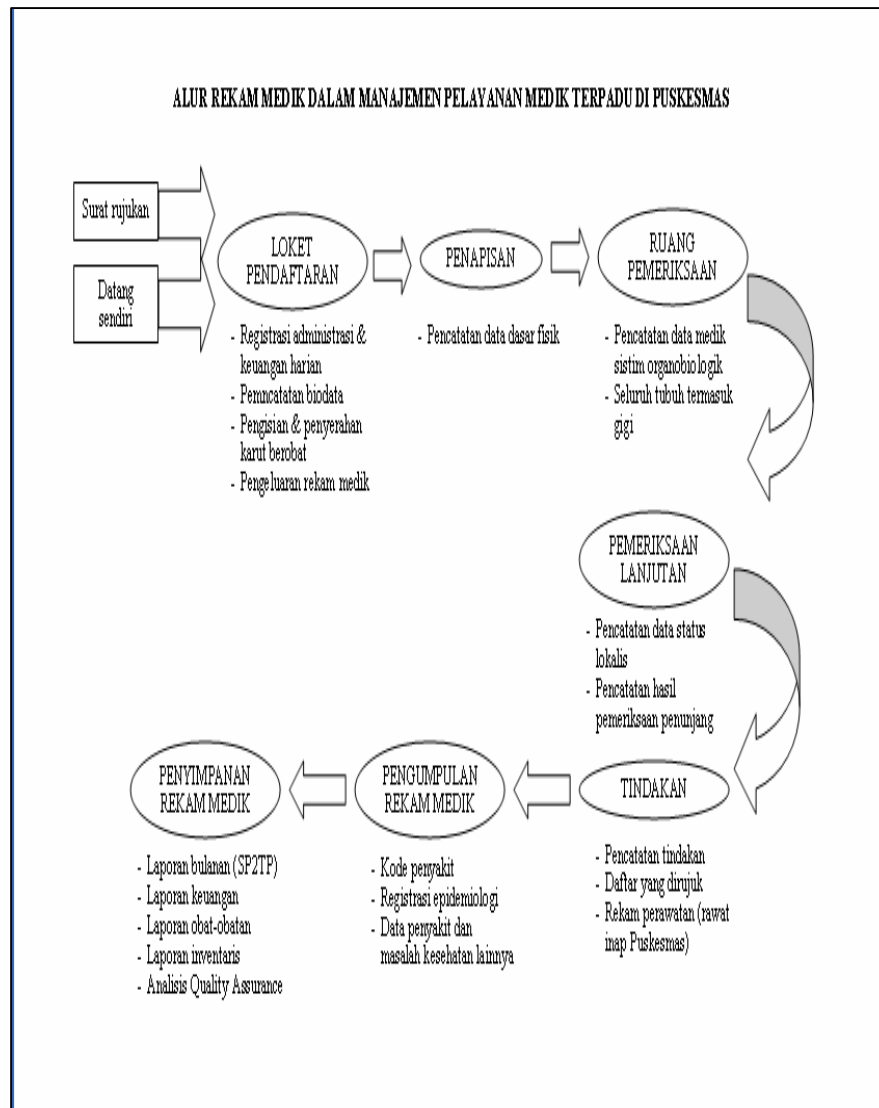
Rekam medis di sarana pelayanan kesehatan primer (Puskesmas)

Rekam medis di Puskesmas merupakan salah satu sumber data penting yang nantinya akan diolah menjadi informasi .

Jenis-jenis kartu atau status rekam medis yang ada di Puskesmas sangat bervariasi, tergantung sarannya, sebagai contoh ^{3 4}:

- Family Folder
- Kartu Tanda Pengenal
- Kartu Rawat Jalan
- Kartu Rawat Tinggal
- Kartu Penderita & indek Penderita Kusta
- Kartu Penderita & indek Penderita TB
- Kartu Ibu
- Kartu Anak dll
- KMS Balita, anak sekolah, Ibu hamil dan Usila
- Kartu tumbuh Kembang Balita
- Kartu Rumah (sanitasi)

Sebagai gambaran, terlihat pada Diagram 1, alur pasien atau rekam medis yang terjadi di Puskesmas.



Dari Diagram tersebut terlihat bahwa pasien yang datang ke Puskesmas dapat datang sendiri atau membawa surat rujukan . Di Unit Pendaftaran, identitas pasien dicatat di kartu atau status rekam medis dan selanjutnya pasien beserta kartu atau status rekam medisnya dibawa ke Ruang Pemeriksaan. Oleh tenaga kesehatan, pasien tersebut dianamnesia dan diperiksa serta kalau dibutuhkan dilakukan pemeriksaan penunjang. Akhirnya dilakukan penegakkan diagnosa dan sesuai kebutuhan, pasien tersebut diberi obat atau tindakan medis lainnya. Ke semua pelayanan kesehatan ini dicatat dalam kartu atau status rekam medis. Setiap tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan dan atau tindakan medis harus menuliskan nama dan membubuhi tandatangannya kartu atau status rekam medis tersebut. Semua kegiatan ini merupakan kegiatan bagian pertama rekam medis (**PATIENT RECORD**). Setelah melalui ini semua, pasien dapat pulang atau dirujuk. Namun demikian kegiatan

pengelolaan rekam medis tidak berhenti. Kartu atau status rekam medis dikumpulkan, biasanya kembali ke Ruang Pendaftaran untuk dilakukan kodeing penyakit dan juga pendataan di buku-buku register harian yang telah disediakan. Setelah diolah, kartu atau status rekam medis dikembalikan ke tempatnya di Ruang Pendaftaran agar lain kali pasien yang sama datang, maka kartu atau status rekam medisnya dapat dipergunakan kembali.

Kegiatan selanjutnya adalah kegiatan bagian kedua rekam medis yaitu MANAJEMEN berupa rekapitulasi harian, bulanan, triwulanan, semester dan tahunan dari informasi yang ada di kartu atau status rekam medis pasien.

Ruang lingkup kegiatan pengolahan dan analisa pada tingkat puskesmas adalah :

1. Mengkompilasi data dari Puskesmas baik dalam gedung maupun luar gedung
2. Mentabulasi data upaya kesehatan yang diberikan kepada masyarakat yang dibedakan atas dalam Wilayah dan luar wilayah
3. Menyusun kartu index Penyakit
4. Menyusun sensus harian untuk mengolah data kesakitan
5. Melakukan berbagai perhitungan-perhitungan dengan menggunakan data denominator dll

Buku-buku register yang ada di Puskesmas tersebut cukup banyak, seperti ³⁴ :

1. Rawat Jalan
2. Rawat Inap , bila Puskesmas tersebut mempunyai rawat inap
3. Kesehatan Ibu dan Anak
4. Kohort Ibu
5. Kohort Balita
6. Gizi
7. Penyakit menular
8. Kusta
9. Kohort kasus Tuberculosis
10. Kasus Demam berdarah
11. Pemberantasan Sarang Nyamuk
12. Tetanus Neonatorum
13. Rawat Jalan Gigi
14. Obat
15. Laboratorium
16. Perawatan Kesehatan Masyarakat

17. Peran Serta Masyarakat
18. Kesehatan Lingkungan
19. Usaha Kesehatan Sekolah
20. Posyandu
21. dll.

Semua register dikompilasi menjadi laporan bulanan , laporan bulanan sentinel dan laporan tahunan.

Laporan Bulanan yang harus dilakukan oleh Puskesmas adalah :

- LB1 Data Kesakitan , berasal dari kartu atau status rekam medis pasien
- LB2 Data Obat-obatan
- LB3 Gizi, KIA, Immusasi , P2M
- LB4 Kegiatan Puskesmas

Laporan Bulanan Sentinel (SST) :

- LB1S Data penyakit dapat dicegah dengan immunisasi (PD3I),Ispa dan Diare.
Khusus untuk Puskesmas Sentinel (ditunjuk)
- LB2S Data KIA, Gizi,Tetanus Neonatorum dan, PAK, khusus untuk Puskesmas dengan TT

Laporan Tahunan :⁵

- LSD1 Data Dasar Puskesmas
- LSD2 Data Kepegawaian
- LSD3 Data Peralatan

Seluruh laporan tersebut merupakan fakta yang digunakan untuk proses perencanaan Puskesmas demi menunjang peningkatan pelayanan kesehatan yang bermutu.

Sistem Informasi Kesehatan

Definisi Sistem Informasi Kesehatan adalah **”integrated effort to collect, process, report and use health information and knowledge to influence policy-making, programme action and research”**⁶.

Definisi ini mengandung arti bahwa kita harus memproses data menjadi informasi yang nantinya digunakan untuk penyusunan kegiatan atau program dan penelitian.

Terdapat 2 jenis pengumpulan data yaitu **INDIVIDUAL BASED** dan **COMMUNITY BASED**⁷.

INDIVIDUAL BASED berasal dari kartu atau status rekam medis yang direkapitulasi. Hasil rekapitulasi ini dapat digunakan untuk kepentingan institusi dan juga untuk kepentingan masyarakat. **COMMUNITY BASED** berasal dari hasil surveillace atau studi yang dilakukan di masyarakat. Hasil –hasil tersebut dapat digunakan untuk kepentingan masyarakat dan juga kepentingan individu. (Diagram 2)

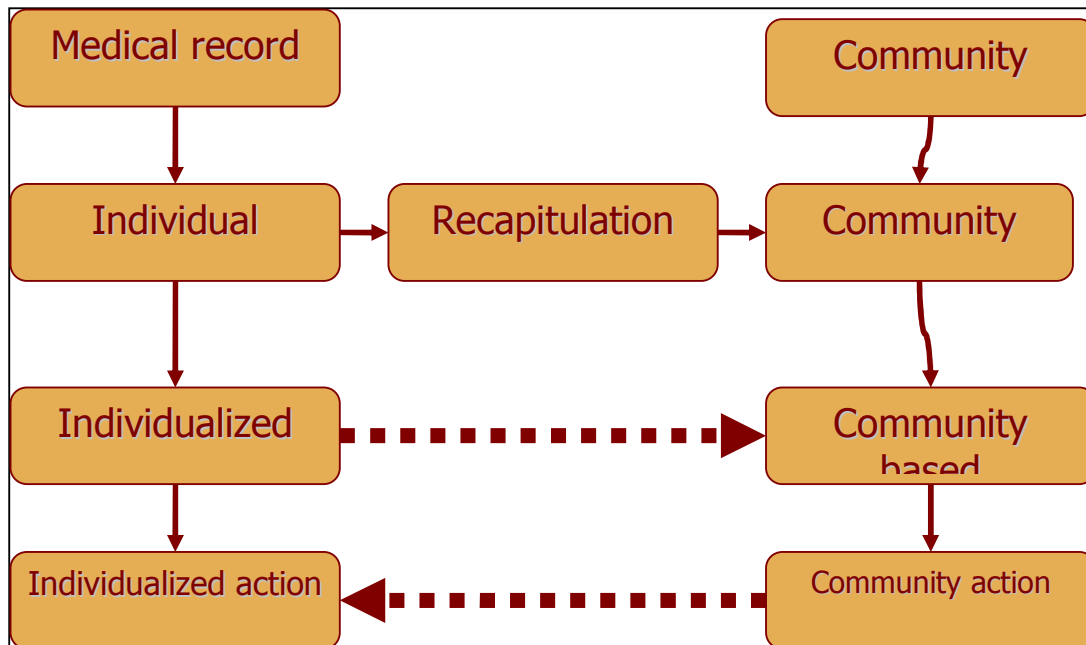


Diagram 2. Sumber informasi kesehatan

Pemanfaatan informasi yang berasal dari Puskesmas dapat berupa ;

1. Cakupan Program misalnya Cakupan KIA , Gizi, Cakupan Imunisasi dll
2. Gambaran kunjungan di Puskesmas
3. Gambaran 10 penyakit terbanyak berdasarkan umur dan jenis kelamin, penyakit menular dan penyakit tak menular (Communicable diseases , Non Communicable diseases)
4. Gambaran penyebab kematian berdasarkan umur, penyakit menular dan penyakit tak menular (Communicable diseases , Non Communicable diseases)

5. Gambaran penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi
6. Gambaran penggunaan obat di Puskesmas
7. Gambaran hubungan antara pola penyakit dan pola penggunaan obat
8. dll

Pengumpulan data dari masyarakat dapat memberikan informasi tentang ⁶ :

1. *Health determinants* (sosioekonomi, lingkungan, perilaku dan faktor genetic)
2. Masukan (inputs) untuk sistem kesehatan dan proses yang berhubungan dengan penggunaan masukan seperti kebijakan, organisasi, infrastruktur kesehatan, fasilitas dan peralatan, biaya, sumber daya manusia, pendanaan kesehatan dan sistem informasi kesehatan sendiri.
3. *Performance or outputs* (keluaran) dari keberhasilan atau kegagalan sistem kesehatan seperti *availability, quality* dan penggunaan informasi kesehatan serta sarana kesehatan (*utility*).
4. *Health outcomes* (*mortality, morbidity, disability, well-being, disease outbreaks and health status*)
5. *Health inequities in determinants, coverage and use of services, and outcomes, including sex, socioeconomic status, ethnic group and geographical location.*

Subsistem Manajemen Kesehatan dalam Sistem Kesehatan Nasional , 2004 merupakan tatanan yang menghimpun berbagai upaya administrasi kesehatan yang ditopang oleh pengelolaan data dan informasi , pengembangan dan penerapan ilmu pengetahuan dan teknologi , serta pengaturan hukum kesehatan secara terpadu dan saling mendukung , guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya ⁸ .

Informasi kesehatan adalah hasil pengumpulan dan pengolahan data yang merupakan masukan bagi pengambilan keputusan di bidang kesehatan

Prinsip-prinsip penyelenggaraan informasi kesehatan adalah ⁹ :

1. Mencakup seluruh data yang terkait dengan kesehatan , baik yang berasal dari sektor kesehatan ataupun dari berbagai sektor pembangunan lain
2. Mendukung proses pengambilan keputusan di berbagai jenjang administrasi kesehatan
3. Disediakan sesuai dengan kebutuhan informasi untuk pengambilan keputusan
4. Disediakan harus akurat dan disajikan secara cepat dan tepat waktu dengan mendayagunakan teknologi informasi dan komunikasi

5. Pengelolaan informasi kesehatan harus dapat memadukan pengumpulan data melalui cara-cara rutin (yaitu pencatatan dan pelaporan) dan cara-cara non rutin (yaitu survai dll)
6. Akses terhadap informasi kesehatan harus memperhatikan aspek kerahasiaan yang berlaku di bidang kesehatan dan kedokteran .

Untuk melakukan perhitungan-perhitungan cakupan , maka dibutuhkan Indikator .Indikator adalah ⁹ :

1. Variabel yang membantu kita dalam mengukur perubahan-perubahan yang terjadi baik secara langsung maupun tidak langsung (WHO, 1981)
2. Suatu ukuran tidak langsung dari suatu kejadian atau kondisi . Misalnya berat badan bayi berdasarkan umur adalah indikator bagi status gizi bayi tersebut (Wilson & Sapanuchart , 1993)
3. Statistik dari hal normatif yang menjadi perhatian kita yang dapat membantu kita dalam membuat penilaian ringkas , komprehensif dan berimbang terhadap kondisi-kondisi atau aspek-aspek penting dari suatu masyarakat (Departemen Kesehatan , Pendidikan dan Kesejahteraan Amerika Serikat , 1969)

Dari definisi tersebut di atas jelas bahwa indikator adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukannya pengukuran terhadap perubahan-perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu. Suatu indikator tidak selalu menjelaskan keadaan secara keseluruhan , tetapi kerap kali hanya memberi petunjuk (indikasi) tentang keadaan keseluruhan tersebut sebagai suatu pendugaan (proxy). Misalnya insidens diare yang didapat dari mengolah data kunjungan pasien Puskesmas hanya menunjukkan sebagian saja dari kejadian diare yang melanda masyarakat .

Indikator adalah ukuran yang bersifat kuantitatif dan umumnya terdiri atas pembilang (numerator) dan penyebut (denominator). Dalam buku pedoman Indikator Indonesia Sehat 2010 , maka klasifikasi indikator dikategorikan sebagai berikut :

1. Indikator hasil akhir yaitu derajat kesehatan yang meliputi indikator mortalitas , indikator morbiditas dan indikator status gizi
2. Indikator hasil antara , meliputi indikator-indikator keadaan lingkungan , perilaku hidup masyarakat serta indikator akses dan mutu pelayanan kesehatan
3. Indikator proses dan masukan , meliputi indikator pelayanan kesehatan , sumber daya kesehatan , manajemen kesehatan dan kontribusi sektor-sektor terkait

Kesimpulan

1. Sumber utama data dan informasi kesehatan adalah rekam medis
2. Rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun terekam tentang identitas , anamnesa,penentuan fisik , laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medik yang diberikan kepada pasien dan pengobatan baik yang dirawat inap , rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat
3. Data pasien dapat digunakan sebagai informasi untuk pasien tersebut (INDIVIDU) dan informasi MANAJEMEN
4. Kompilasi data individu dapat menggambarkan dan digunakan sebagai informasi masyarakat
5. Sistem Informasi kesehatan adalah upaya untuk mengumpulkan, mengolah dan mengubahnya menjadi informasi yang digunakan untuk penyusunan kebijakan, penyusunan program dan penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

1. Departemen Kesehatan RI., Pedoman Sistem Pencatatan Rumah Sakit (Rekam medis/Medical Record , 1994
2. World Health Organization, Medical Records Manual , A Guide for Developing Countries, 2006
3. Departemen Kesehatan RI , Pedoman Sistem Pencatatan Pelaporan Terpadu Puskesmas , 1981
4. Departemen Kesehatan RI , Pedoman Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas, 1993
5. Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Barat, Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas (SP3), batasan operasional dan petunjuk pengisian, 2002
6. AbouZahr1, Carla & Boerma1,Ties . Health information systems: the foundations of public health in Bulletin of the World Health Organization August 2005, 83 (8)
7. Kuliah ” Medical Record and Health Information System “ , dr. Diah Poerwanti P., MKes
8. Departemen Kesehatan RI, Sistem Kesehatan Nasional, 2004
9. Departemen Kesehatan RI , Indikator Indonesia Sehat 2010 & Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat , 2003

REKAM MEDIS DAN SISTEM INFORMASI KESEHATAN DI SARANA PELAYANAN KESEHATAN PRIMER (PUSKESMAS)

Oleh: Sharon Gondodiputro,dr.,MARS

Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung

ABSTRAK

Rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun terekam tentang identitas , anamnesa,penentuan fisik , laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medik yang diberikan kepada pasien dan pengobatan baik yang dirawat inap , rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat ¹.

Rekam medis mempunyai pengertian yang sangat luas , tidak hanya sekedar kegiatan pencatatan, akan tetapi mempunyai pengertian sebagai suatu sistem penyelenggaraan rekam medis yaitu mulai pencatatan selama pasien mendapatkan pelayanan medik , dilanjutkan dengan penanganan berkas rekam medis yang meliputi penyelenggaraan penyimpanan serta pengeluaran berkas dari tempat penyimpanan untuk melayani permintaan/peminjaman apabila dari pasien atau untuk keperluan lainnya ¹

Rekam medis mempunyai 2 bagian yang perlu diperhatikan yaitu bagian pertama adalah tentang **INDIVIDU** : suatu informasi tentang kondisi kesehatan dan penyakit pasien yang bersangkutan dan sering disebut *PATIENT RECORD*, bagian kedua adalah tentang **MANAJEMEN**: suatu informasi tentang pertanggungjawaban apakah dari segi manajemen maupun keuangan dari kondisi kesehatan dan penyakit pasien yang bersangkutan ²

Rekam medis di Puskesmas merupakan salah satu sumber data penting yang nantinya akan diolah menjadi informasi . Pengisian rekam medis di Puskesmas dimulai di Unit Pendaftaran, identitas pasien dicatat di kartu atau status rekam medis dan selanjutnya pasien beserta kartu atau status rekam medisnya dibawa ke Ruang Pemeriksaan. Oleh tenaga kesehatan, pasien tersebut dianamnesia dan diperiksa serta kalau dibutuhkan dilakukan pemeriksaan penunjang. Akhirnya dilakukan penegakkan diagnosa dan sesuai kebutuhan,pasien tersebut diberi obat atau tindakan medis lainnya. Ke semua pelayanan kesehatan ini dicatat dalam kartu atau status rekam medis. Setiap tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan dan atau tindakan medis harus menuliskan nama dan membubuhi tandatangannya kartu atau status rekam medis tersebut. Semua kegiatan ini merupakan kegiatan bagian pertama rekam medis (*PATIENT RECORD*). Setelah melalui ini

semua, pasien dapat pulang atau dirujuk. Namun demikian kegiatan pengelolaan rekam medis tidak berhenti. Kartu atau status rekam medis dikumpulkan, biasanya kembali ke Ruang Pendaftaran untuk dilakukan kodeing penyakit dan juga pendataan di buku-buku register harian yang telah disediakan. Setelah diolah, kartu atau status rekam medis dikembalikan ke tempatnya di Ruang Pendaftaran agar lain kali pasien yang sama datang, maka kartu atau status rekam medisnya dapat dipergunakan kembali.

Kegiatan selanjutnya adalah kegiatan bagian kedua rekam medis yaitu MANAJEMEN berupa rekapitulasi harian, bulanan, triwulanan, semester dan tahunan dari informasi yang ada di kartu atau status rekam medis pasien yaitu Laporan Bulanan yang harus dilakukan oleh Puskesmas (LB1:Data Kesakitan , berasal dari kartu atau status rekam medis pasien ; LB2: Data Obat-obatan ; LB3: Gizi, KIA, Immusasi , P2M dan LB4: Kegiatan Puskesmas , Laporan Bulanan Sentinel (SST) dan Laporan Tahunan (LSD1: Data Dasar Puskesmas , LSD2: Data Kepegawaian , LSD3 :Data Peralatan).Seluruh laporan tersebut merupakan fakta yang digunakan untuk proses perencanaan Puskesmas demi menunjang peningkatan pelayanan kesehatan yang bermutu dalam bentuk sistem informasi kesehatan .

Kata kunci: Rekam medis, laporan, sistem informasi kesehatan