

**IDENTIFIKASI *DRUG RELATED PROBLEMS* (DRPs)  
KATEGORI REAKSI OBAT YANG MERUGIKAN DAN OBAT  
SALAH PADA PASIEN HIPERTENSI PRIMER DI INSTALASI  
RAWAT INAP RUMAH SAKIT UMUM DAERAH WONOGIRI  
TAHUN 2007**

**SKRIPSI**



Oleh:

**AYU RUNI WARDANI  
K 100 040 186**

**FAKULTAS FARMASI  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA  
SURAKARTA  
2009**

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang Masalah

*Drug related problems* merupakan suatu kejadian yang tidak diharapkan dari pengalaman pasien akibat terapi obat potensial mengganggu keberhasilan terapi yang diharapkan (Cipolle *et al.*, 1998).

Saat pasien menjalani suatu pengobatan, beberapa memperoleh hasil yang tepat atau berhasil menyembuhkan penyakit yang dideritanya. Namun tidak sedikit yang gagal dalam menjalani terapi, sehingga mengakibatkan biaya pengobatan semakin mahal dan berujung pada kematian. Penyimpangan-penyimpangan inilah yang disebut DRPs (Cipolle *et al.*, 1998).

Dalam penelitian di Norwegia mengenai perbandingan DRPs di kelompok pasien yang berbeda (dari instalasi kardiologi, geriatri, respiratori dan reumatologi) diperoleh data bahwa kasus DRPs terjadi dengan rata-rata kejadian di tiap instalasi yang berbeda. Sebanyak 1,9% dilaporkan dari instalasi kardiologi; 2,0% berasal dari instalasi *geriatrics*; 2,1% dari instalasi pengobatan respiratori dan 2,3% berasal dari instalasi *rheumatology*. DRPs yang paling sering ditemukan dalam kelompok pasien adalah dosis yang non optimal (kardiologi, respiratori dan geriatrik) dan membutuhkan obat tambahan (*rheumatology*) (Anonim, 2004).

Dengan meningkatnya kompleksitas obat-obat yang digunakan dalam pengobatan pada saat ini, dan berkembangnya polifarmasi maka kemungkinan terjadinya interaksi obat makin besar. Interaksi obat perlu diperhatikan karena dapat mempengaruhi respon tubuh terhadap pengobatan (Quinn *and* Day, 1997).

Masalah reaksi obat yang merugikan dalam klinik tidak dapat dikesampingkan begitu saja, oleh karena kemungkinan dampak negatif yang terjadi, misalnya kegagalan pengobatan, timbulnya keluhan penderitaan atau penyakit baru karena obat (*drug-induced disease* atau *iatrogenic disease*), yang semula tidak diderita oleh pasien, pembiayaan yang harus ditanggung sehubungan dengan kegagalan terapi, memberatnya penyakit atau timbulnya penyakit yang baru tadi (dampak ekonomik) (Anonim<sup>a</sup>, 2009).

Interaksi dapat membawa dampak yang merugikan kalau terjadinya interaksi tersebut sampai tidak dikenali sehingga tidak dapat dilakukan upaya-upaya optimalisasi. Secara ringkas dampak negatif dari interaksi ini kemungkinan akan timbul terjadinya efek samping dan tidak tercapainya efek terapeutik yang diinginkan (Anonim<sup>b</sup>, 2009).

Hasil penelitian di rumah sakit Dr. Sardjito menunjukkan bahwa interaksi obat terjadi pada 59% pasien rawat inap (dari 90 sampel) dan 69% pasien rawat jalan (dari 120 sampel). Pada pasien rawat inap ditemukan 125 kejadian interaksi (48 interaksi obat-obat dan 77 interaksi obat-makanan) (Rahmawati *et al*, 2006).

Hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga tahun 1995 menunjukkan prevalensi penyakit hipertensi atau tekanan darah tinggi di Indonesia cukup tinggi, yaitu 83 per 1.000 anggota rumah tangga (Astawan, 2009).

Pasien yang didiagnosa menderita hipertensi primer di instalasi rawat inap RSUD Wonogiri pada tahun 2004 sebanyak 117 pasien, tahun 2005 sebanyak 120 pasien, tahun 2006 sebanyak 172 pasien dan pada tahun 2007 sebanyak 186 pasien. Tingginya angka kejadian hipertensi yang semakin bertambah tiap

tahunnya kemungkinan disebabkan gaya hidup masyarakat yang kurang sehat, seperti misalnya merokok dan kurang berolahraga, sebab gaya hidup tidak sehat dapat memicu terjadinya hipertensi (faktor *reversible*) (Chobanian *et al.*, 2003).

Berdasarkan tingginya angka kejadian hipertensi primer pada tahun 2007 dan kompleksitas penyakit serta pengobatan dari penyakit hipertensi, maka dilakukan penelitian mengenai identifikasi DRPs dalam pengobatan hipertensi untuk mengetahui seberapa besar angka kejadian DRPs untuk masing-masing kategori.

Berdasarkan hal tersebut di atas maka dilakukan penelitian tentang *Drug Related Problems* pada pasien hipertensi di instalasi rawat inap RSUD Wonogiri tahun 2007.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah dapat dirumuskan suatu permasalahan apakah terjadi DRPs kategori reaksi obat yang merugikan dan obat salah dalam proses pengobatan penyakit hipertensi di instalasi rawat inap RSUD Wonogiri tahun 2007 dan berapa persen angka kejadian dari tiap kategori DRPs?

## **C. Tujuan Penelitian**

Mengetahui dan mengidentifikasi adanya DRPs kategori reaksi obat yang merugikan dan obat salah serta persentase dari tiap jenis DRPs yang terjadi pada pengobatan penyakit hipertensi di instalasi rawat inap RSUD Wonogiri tahun 2007. Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan terapi bagi RSUD Wonogiri.

## **D. Tinjauan Pustaka**

### **1. Hipertensi**

#### **a. Definisi**

Definisi hipertensi adalah kenaikan tekanan darah arteri, dimana tekanan darah diastolik  $> 90$  mmHg dan tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mmHg (Schwinghammer, 2003).

Hipertensi adalah kenaikan tekanan darah arteri melebihi normal dan kenaikan ini bertahan. Menurut WHO (*World Healthy Organization*), tidak tergantung pada usia, pada keadaan istirahat batas normal teratas untuk tekanan sistolik 140 mmHg, sedangkan tekanan diastolik 90 mmHg (Anonim, 2000).

#### **b. Patofisiologi**

Mekanisme terjadinya hipertensi adalah melalui terbentuknya angiotensin II dari angiotensin I oleh *angiotensin I-converting enzyme* (ACE). ACE memegang peran fisiologis penting dalam mengatur tekanan darah. Darah mengandung angiotensinogen yang diproduksi di hati. Selanjutnya oleh hormon, renin (diproduksi oleh ginjal) akan diubah menjadi angiotensin I. Oleh ACE yang terdapat di paru-paru, angiotensin I diubah menjadi angiotensin II. Angiotensin II inilah yang memiliki peranan kunci dalam menaikkan tekanan darah melalui dua aksi utama. Aksi pertama adalah meningkatkan sekresi hormon antidiuretik (ADH) dan rasa haus. ADH diproduksi di hipotalamus (kelenjar pituitari) dan bekerja pada ginjal untuk mengatur osmolalitas dan volume urin. Dengan meningkatnya ADH, sangat sedikit urin yang diekskresikan ke luar tubuh

(antidiuresis), sehingga menjadi pekat dan tinggi osmolalitasnya. Untuk mengencerkannya, volume cairan ekstraseluler akan ditingkatkan dengan cara menarik cairan dari bagian intraseluler. Akibatnya, volume darah meningkat, yang pada akhirnya akan meningkatkan tekanan darah. Aksi kedua adalah menstimulasi sekresi aldosteron dari korteks adrenal. Aldosteron merupakan hormon steroid yang memiliki peranan penting pada ginjal. Untuk mengatur volume cairan ekstraseluler, aldosteron akan mengurangi ekskresi NaCl (garam) dengan cara mereabsorpsinya dari tubulus ginjal. Naiknya konsentrasi NaCl akan diencerkan kembali dengan cara meningkatkan volume cairan ekstraseluler yang pada gilirannya akan meningkatkan volume dan tekanan darah (Astawan, 2009).

#### **c. Faktor Resiko**

Ada beberapa faktor yang berpengaruh terhadap munculnya hipertensi, baik secara *reversible* maupun *irreversible*. Faktor yang dapat dimodifikasi antara lain tekanan darah, kelainan metabolik (diabetes mellitus, lipid darah, asam urat dan obesitas), merokok, dan alkohol. Faktor yang tidak dapat dimodifikasi antara lain usia, jenis kelamin dan genetik (Nafrialdi, 2007).

#### **d. Etiologi**

Berdasarkan etiologinya hipertensi dibedakan menjadi :

##### 1) Hipertensi Essensial

Hipertensi essensial, atau hipertensi primer atau hipertensi idiopatik adalah hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya. Lebih dari 90% kasus adalah hipertensi primer. Penyebab multifaktorial meliputi faktor genetik dan faktor lingkungan (Nafrialdi, 2007).

## 2) Hipertensi Sekunder

Meliputi 5-10% kasus hipertensi. Termasuk dalam kelompok ini antara lain hipertensi akibat penyakit ginjal (misal glomerulonefritis), hipertensi endokrin (misal hipertiroidisme), dan obat-obatan seperti kontrasepsi, kokain juga dapat menyebabkan hipertensi (Nafrialdi, 2007).

### e. Klasifikasi

Klasifikasi hipertensi menurut *The Joint National Committee 7 Report (JNC 7 Report)*, terdapat 4 kategori, yaitu : normal, prehipertensi, hipertensi tingkat I, dan hipertensi tingkat II.

**Tabel 1. Klasifikasi tekanan darah berdasarkan JNC 7**

Klasifikasi	TDS (mmHg)		TDD (mmHg)
Normal	< 120	Dan	< 80
Prehipertensi*	120-139	Atau	80-89
Hipertensi Tingkat I	140-159	Atau	90-99
Hipertensi Tingkat II	$\geq$ 160	Atau	$\geq$ 100

- Untuk pasien dengan DM atau Gagal Ginjal Kronik dengan TD  $\geq$  130 mmHg sudah termasuk kategori hipertensi (Chobanian *et al.*, 2003).

### f. Epidemiologi

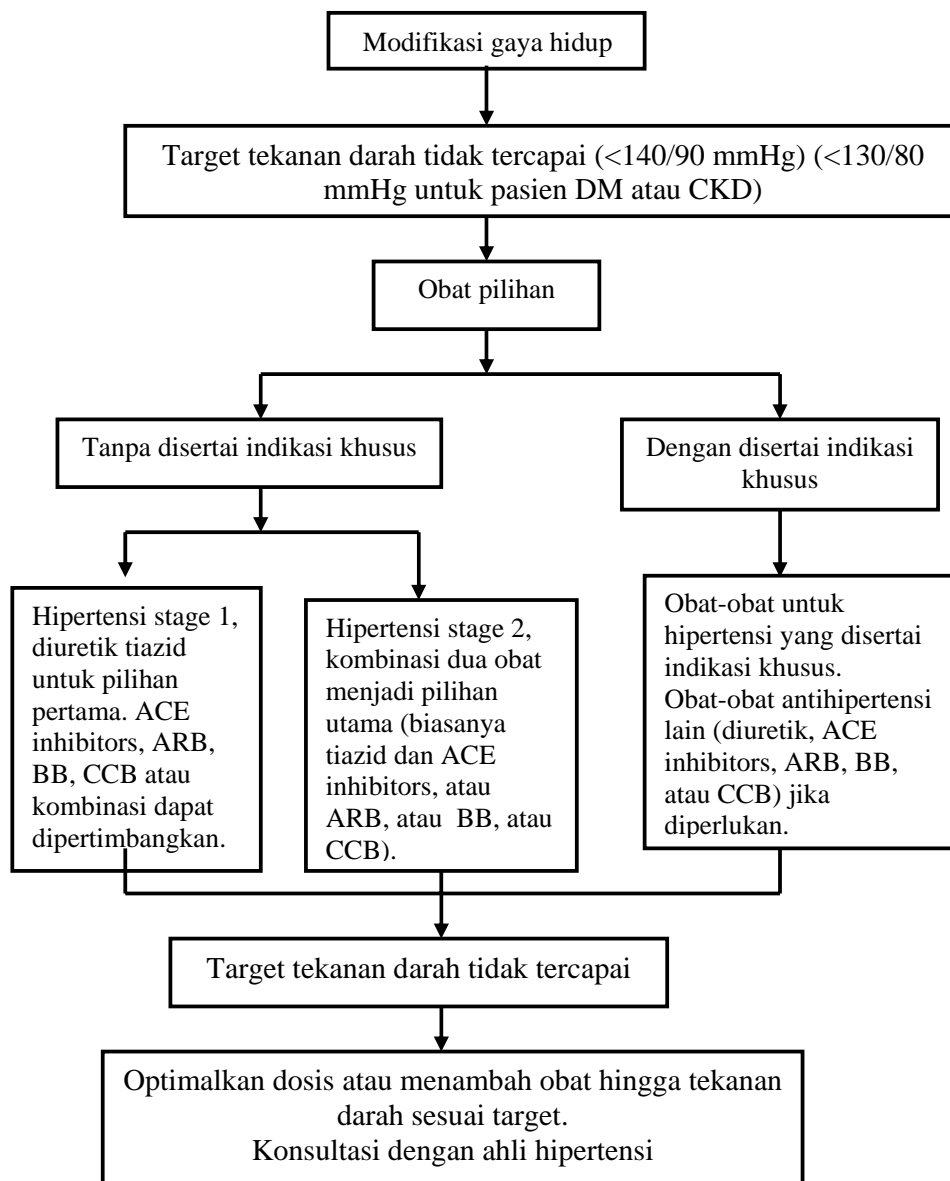
Pada tahun 1988-1991 *National Health and Nutrition Examination Survey* menemukan prevalensi hipertensi pada kelompok umur 65-74 tahun sebagai berikut, prevalensi keseluruhan 49,6% untuk hipertensi derajat 1 (140-159/90-99 mmHg), 18,2% untuk hipertensi derajat 2 (160-179/100-109 mmHg), dan 6.5% untuk hipertensi derajat 3 ( $>$ 180/110 mmHg) (Kuswardhani, 2006).

Stroke, hipertensi dan penyakit jantung meliputi lebih dari sepertiga penyebab kematian, dimana stroke menjadi penyebab kematian terbanyak 15,4%, kedua hipertensi 6,8%, penyakit jantung iskemik 5,1%, dan penyakit jantung 4,6% (Hasil Riskesdas 2007). Data Riskesdas 2007 juga disebutkan prevalensi

hipertensi di Indonesia berkisar 30% dengan insiden komplikasi penyakit kardiovaskular lebih banyak pada perempuan (52%) dibandingkan laki-laki (48%) (Mayza, 2009).

**g. Terapi**

**Algoritme Terapi Hipertensi Menurut JNC 7 (Chobanian *et al.*, 2003)**





Terapi hipertensi menurut JNC 7 bertujuan untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas penyakit jantung, kardiovaskuler dan ginjal, menurunkan tekanan darah hingga < 140 / 90 mmHg. Tujuan khususnya adalah menurunkan tekanan darah hingga pada level 130 / 80 mmHg pada penderita dengan diabetes atau penyakit ginjal kronik (Chobanian *et al.*, 2003).

Terapi pada hipertensi dibagi dalam dua kategori, yaitu :

1) Pengobatan hipertensi secara non farmakologi

Strategi pengobatan hipertensi dimulai dengan perubahan gaya hidup (*lifestyle modification*) berupa diet rendah garam, berhenti merokok, mengurangi konsumsi alkohol, aktivitas fisik yang teratur dan penurunan berat badan bagi pasien dengan berat badan berlebih (Nafrialdi, 2007).

2) Terapi farmakologi

Pengobatan dengan antihipertensi harus dimulai dengan dosis rendah agar tekanan darah tidak menurun secara mendadak, kemudian setiap 1-2 minggu dosis berangsur-angsur dinaikkan sampai mencapai efek yang diinginkan (metode "*start low, go slow*"). Antihipertensi pada umumnya hanya menghilangkan gejala tekanan darah tinggi, bukan penyebabnya, maka obat pada hakekatnya harus diminum seumur hidup. Tetapi setelah beberapa waktu dosis pemeliharaan dapat diturunkan (Tjay dan Rahardja, 2002).

Dikenal 5 kelompok obat lini pertama (*first line drug*) yang lazim digunakan untuk pengobatan awal hipertensi, yaitu : diuretik, penyekat reseptor beta adrenergik ( $\beta$ -blocker), penghambat *angiotensin-converting enzyme* (ACE-

*inhibitors*), penghambat reseptor angiotensin (*Angiotensin Receptor Blocker*) dan antagonis kalsium (Nafrialdi, 2007).

#### 1) Diuretik

Diuretik bekerja meningkatkan ekskresi natrium, air dan klorida sehingga menurunkan volume darah dan cairan ekstraseluler. Akibatnya terjadi penurunan curah jantung dan tekanan darah. Penelitian-penelitian besar membuktikan bahwa efek proteksi kardiovaskuler diuretik belum terkalahkan oleh obat lain sehingga diuretik dianjurkan untuk sebagian besar kasus hipertensi ringan dan sedang. Bahkan bila menggunakan kombinasi dua atau lebih antihipertensi, maka salah satunya dianjurkan diuretik (Nafrialdi, 2007).

Obat-obat antihipertensi golongan diuretik misal tiazid (misal HCT), diuretik kuat (misal furosemid) dan diuretik hemat kalium (misal spironolakton) (Chobanian, 2004).

#### 2) Penyekat Reseptor Beta Adrenergik (*Beta blockers*)

Pemakaian  $\beta$ -*blocker* pada pasien DM yang mendapat insulin atau obat hipoglikemik oral, sebaiknya dihindari. Sebab  $\beta$ -*blocker* dapat menutupi gejala hipoglikemia (Nafrialdi, 2007).

Contoh obat golongan beta blockers adalah atenolol, bisoprolol, propanolo dan lain-lain (Chobanian *et al.*, 2003).

#### 3) Penghambat *Angiotensin-Converting Enzyme* (*ACE-Inhibitors*)

Kaptopril merupakan *ACE-inhibitors* pertama yang ditemukan dan banyak digunakan. Contoh obat-obat antihipertensi golongan *ACE-inhibitors* adalah kaptopril, lisinopril, fosinopril dan lain-lain (Nafrialdi, 2007).

*ACE-inhibitors* efektif untuk hipertensi ringan, sedang, maupun berat. Kombinasi dengan diuretik memberikan efek sinergis (sekitar 85% pasien tekanan darahnya terkendali dengan kombinasi ini) (Nafrialdi, 2007).

#### 4) Penghambat Reseptor Angiotensin (*Angiotensin Reseptor Blocker*)

Termasuk *Angiotensin Reseptor Blocker* yang spesifik adalah losartan, kandesartan, valsartan, dan irbesartan, sifatnya mirip dengan *ACE-inhibitors* (Anonim, 2000).

Golongan obat ini dilaporkan tidak memiliki efek samping antara lain batuk kering dan angioedema seperti yang sering terjadi dengan *ACE-inhibitors* (Nafrialdi, 2007).

#### 5) *Calcium Channel Blocker* (CCB)

Sebagai monoterapi antagonis kalsium memberikan efektivitas yang sama dengan obat antihipertensi yang lain (Nafrialdi, 2007).

Antagonis kalsium menunjukkan efektivitas antihipertensi yang serupa dengan tiazid atau  $\beta$ -*blocker* (Anonim, 2000).

Obat-obat yang termasuk golongan CCB adalah nifedipin, amlodipin, verapamil dan lain-lain (Chobanian *et al.*, 2003).

## 2. *Drug Related Problems*

*Drug Related Problems* (DRPs) merupakan suatu kejadian yang tidak diharapkan dari pengalaman pasien akibat terapi obat potensial mengganggu keberhasilan terapi yang diharapkan (Cipolle *et al.*, 1998).

DRPs adalah sebuah kejadian atau problem yang melibatkan terapi obat penderita yang mempengaruhi pencapaian hasil terapi. DRPs terdiri dari DRPs aktual dan DRPs potensial. DRPs aktual adalah problem yang sedang terjadi berkaitan dengan terapi obat yang sedang diberikan pada penderita, sedangkan DRPs potensial adalah problem yang diperkirakan akan terjadi yang berkaitan dengan terapi obat yang sedang digunakan oleh penderita (Seto *et al*, 2004)

Jenis-jenis DRPs menurut standar disajikan sebagai berikut :

- a. Terapi Obat Tambahan
  - 1) Pasien dengan kondisi terbaru membutuhkan terapi obat yang terbaru.
  - 2) Pasien yang kronik membutuhkan lanjutan terapi obat.
  - 3) Pasien dengan kondisi kesehatan yang membutuhkan kombinasi farmakoterapi untuk mencapai efek sinergis atau potensiasi.
  - 4) Pasien dengan resiko pengembangan kondisi kesehatan baru dapat dicegah dengan penggunaan terapi *prophylactic drug* atau *premedication*.
- b. Terapi Obat yang Tidak Perlu
  - 1) Pasien yang mendapatkan obat yang tidak tepat indikasi.
  - 2) Pasien yang keracunan karena obat atau hasil pengobatan.
  - 3) Pengobatan pada pasien pengonsumsi obat, alkohol dan rokok.
  - 4) Pasien dalam kondisi pengobatan yang lebih baik diobati dengan *non drug therapy*.
  - 5) Pasien dengan *multiple drugs* untuk kondisi dimana hanya *single drug therapy* dapat digunakan.

6) Pasien dengan terapi obat dengan penyembuhan dapat menghindari rekasi yang merugikan dengan pengobatan lainnya.

c. Salah Obat

1) Pasien dimana obatnya tidak efektif.

2) Pasien alergi.

3) Pasien penerima obat yang paling tidak efektif untuk indikasi pengobatan.

4) Pasien dengan faktor resiko pada kontraindikasi penggunaan obat.

5) Pasien menerima obat efektif tetapi *least costly*.

6) Pasien menerima obat efektif tetapi tidak aman.

7) Pasien yang terkena infeksi resisten terhadap obat yang digunakan.

d. Dosis Terlalu Rendah

1) Pasien menjadi sulit disembuhkan dengan terapi obat yang digunakan.

2) Pasien menerima kombinasi produk yang tidak perlu dimana *single drug* dapat memberikan pengobatan yang tepat.

3) Dosis yang digunakan terlalu rendah untuk menimbulkan respon.

4) Konsentrasi obat dalam serum pasien di bawah *range* terapeutik yang diharapkan.

5) Obat *prophylaxis (pre-surgical)* antibiotik diberikan terlalu cepat.

6) Dosis dan *flexibility* tidak cukup untuk pasien.

7) Terapi obat berubah sebelum terapeutik percobaan cukup untuk pasien.

8) Pemberian obat terlalu cepat.

9) Pasien alergi

e. Reaksi Obat Yang Merugikan

- 1) Pasien dengan faktor resiko yang berbahaya bila obat digunakan.
- 2) Ketersediaan dari obat dapat menyebabkan interaksi dengan obat lain atau makanan pasien.
- 3) Efek dari obat dapat diubah oleh substansi makanan pasien.
- 4) Efek dari obat diubah enzim inhibitor atau induktor dari obat lain.
- 5) Efek dari obat diubah dengan pemindahan obat dari *binding site* oleh obat lain.
- 6) Hasil laboratorium dapat berubah karena gangguan obat lain.

f. Dosis Terlalu Tinggi

- 1) Dosis terlalu tinggi.
- 2) Konsentrasi obat dalam serum pasien diatas *therapeutic range* obat yang diharapkan.
- 3) Dosis obat meningkat terlalu cepat.
- 4) Obat, dosis rute, perubahan formulasi yang tidak tepat.
- 5) Dosis dan *interval flexibility* tidak tepat

g. Kepatuhan

- 1) Pasien tidak menerima aturan pemakaian obat yang tepat (penulisan obat, pemberian, pemakaian).
- 2) Pasien tidak menuruti (ketaatan) rekomendasi yang diberikan untuk pengobatan.
- 3) Pasien tidak mengambil obat yang diresepkan karena harganya mahal.

4) Pasien tidak mengambil beberapa obat yang diresepkan karena kurang mengerti.

5) Pasien tidak mengambil beberapa obat yang diresepkan secara konsisten karena merasa sudah sehat.

(Cipolle *et al.*, 1998)

### **3. Rumah Sakit**

Ada 13 ciri kegiatan yang harus dipenuhi oleh suatu institusi rumah sakit, dimana sedikitnya 6 diantaranya merupakan ruang lingkup penunjang medik, yaitu :

- a. Harus ada pelayanan rawat inap dengan fasilitas diagnostik.
- b. Pelayanan farmasi yang harus dilakukan dibawah pengawasan tenaga ahli farmasi yang baik.
- c. Institusi harus menyediakan fasilitas radiologi dan berbagai prosedurnya.
- d. Institusi harus menyediakan pelayanan laboratorium patologi klinik dan patologi anatomi.
- e. Institusi rumah sakit harus menyediakan ruang bedah lengkap dengan berbagai fasilitasnya.
- f. Rumah sakit harus dibangun, dilengkapi dan dipelihara dengan baik untuk menjamin kesehatan dan keselamatan pasien dan harus menyediakan fasilitas yang lapang, tidak berdesak-desakan dan terjamin sanitasinya bagi kesembuhan pasien (Aditama, 2000).

#### **4. RSUD Wonogiri**

RSUD Wonogiri sebagai sarana pelayanan kesehatan dalam beberapa tahun terakhir ini telah mulai mengembangkan berbagai upaya yang pada dasarnya bertujuan untuk meningkatkan aksesibilitas dan kesetaraan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, yang selanjutnya diikuti pula dengan peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Hal ini didasarkan pada kenyataan bahwa hampir separuh dari masyarakat belum dapat menikmati kesamaan hak dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu (Anonim, 2002).

RSUD Wonogiri adalah Rumah Sakit Umum Milik Pemerintah Kabupaten yang izin operasionalnya ditetapkan oleh Departemen Kesehatan pada tanggal 13 Januari 1956 sebagai Rumah Sakit Tipe D. Seiring dengan berjalannya waktu yang diimbangi dengan meningkatnya layanan, RSUD Wonogiri naik satu tingkat menjadi Tipe C tanggal 11 Juni 1983. Pada tahun 1993 RSUD Wonogiri memperoleh penghargaan sebagai “Rumah Sakit Berpenampilan Baik” Peringkat III Tingkat Nasional untuk kategori Rumah Sakit Tipe C. Tahun 1994 RSUD Wonogiri memperoleh penghargaan dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) sebagai Rumah Sakit Sayang Bayi (Anonim, 2002).

Usaha tersebut membuahkan hasil dengan ditetapkannya RSUD Wonogiri sebagai RSUD Tipe B Non Pendidikan pada tahun 1996 (Anonim, 2002).

#### **5. Rekam Medis**

Rekam Medis merupakan keharusan yang penting bagi data pasien untuk diagnosis terapi, sekarang ini lebih jauh lagi untuk kepentingan pendidikan dan



penelitian juga untuk masalah hukum yang terus berkembang (Sabarguna dan Sungkar, 2007).

Rekam medis (RM) rumah sakit (RS) merupakan komponen penting dalam pelaksanaan kegiatan manajemen RS. RMRS harus mampu menyajikan informasi lengkap tentang proses pelayanan medik dan kesehatan di RS, baik di masa lalu, masa kini, maupun perkiraan di masa datang tentang apa yang akan terjadi (Muninjaya, 2004).

**Tabel 2. Manfaat Rekam Medis (Sabarguna, 2003)**

No	Aspek	Uraian
1	Administrasi	Sebagai dasar pemeliharaan dan pengobatan pasien, rekam medis dapat dipakai sebagai sumber informasi medis, alat komunikasi medis antar tenaga ataupun paramedik, alat komunikasi medis antar rumah sakit (rujukan).
2	Hukum	Sebagai bahan pembuktian dalam perkara hukum, sebagai bukti tertulis untuk melindungi kepentingan pasien, dokter dan rumah sakit.
3	Keuangan	Sebagai dasar perhitungan biaya layanan kesehatan sekaligus dasar analisa biaya kesehatan.
4	Riset dan Edukasi	Sebagai bahan penelitian kesehatan dan pendidikan.
5	Dokumentasi	Bahan-bahan yang berasal dari catatan rekam medis dapat dipakai sebagai bahan pertimbangan untuk pengambilan keputusan manajemen.

Komponen rekam medis yang penting diantaranya :

1. Umur
2. Jenis kelamin
3. Pendidikan
4. Agama
5. Asal pasien
6. Pekerjaan
7. Status

(Sabarguna dan Sungkar, 2007)

Ada dua jenis Rekam Medis Rumah Sakit :

- a. Rekam Medik untuk pasien rawat jalan termasuk pasien gawat darurat yang berisi tentang identitas pasien, hasil anamnesis (keluhan utama), riwayat sekarang, riwayat penyakit yang pernah diderita, riwayat keluarga tentang penyakit yang mungkin diturunkan atau yang dapat ditularkan diantara keluarga. Hasil pemeriksaan (fisik, laboratorium, pemeriksaan khusus lainnya), diagnostik kerja dan pengobatan atau tindakan. Pencatatan data ini harus diisi selambat-lambatnya satu kali 24 jam setelah pasien diperiksa.
- b. Rekam Medik untuk pasien rawat inap adalah hampir sama dengan isi rekam medis untuk pasien rawat jalan kecuali beberapa hal seperti : persetujuan pengobatan atau tindakan, catatan konsultasi, catatan perawatan oleh perawat dan tenaga kesehatan lainnya, catatan observasi klinik, hasil pengobatan, resume akhir dan evaluasi pengobatan.

(Muninjaya, 2004)