



MANAJEMEN REKAM MEDIS

MODUL PRAKTIKUM

PROGRAM STUDI
ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN
MASYARAKAT

UNIVERSITAS BAITURRAHMAH
2021

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT, yang telah memberi hidayah-Nya sehingga Modul Praktikum Manajemen Rekam Medis ini dapat diselesaikan. Modul ini bertujuan untuk membantu mahasiswa dalam melaksanakan praktikum sehingga dapat memahami teori yang telah diberikan di kelas.

Modul praktikum ini terdiri dari beberapa topik yang diuraikan dalam beberapa langkah kerja. Dengan demikian, setelah melaksanakan praktikum diharapkan mahasiswa tidak saja dapat memahami tentang Manajemen Rekam Medis secara teori tetapi juga praktek dirumah sakit. Kegiatan praktikum dilakukan selama 14 kali pertemuan yang terdiri dari Sistem Pengumpulan Data Pasien, Sistem Registrasi Pendaftaran dan Pelayanan Pasien, Sistem Pengolahan Data Rekam Medis, Sistem Pengarsipan Rekam Medis, Sistem Penjajaran Rekam Medis, Tatacara Audit Pendokumentasian Rekam Medis secara kuantitatif dan kualitatif.

Akhir kata, penulis berharap agar Modul Praktikum Manajemen Rekam Medis ini dapat bermanfaat dalam meningkatkan kualitas proses belajar mengajar dan membantu mahasiswa dalam melaksanakan praktikum.

Penulis,

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	i
Daftar Isi	ii
Bab I : Sistem Pengumpulan Data Pasien	1
Topik 1 : Sistem Pengumpulan Data Pasien	3
a. Alur Dan Prosedur Pasien	3
b. Alur Dan Prosedur Rekam Medis	17
c. Identifikasi Pasien	21
Topik 2 : Sistem Penamaan Pasien.....	26
a. Penulisan Dengan Nama Langsung	27
b. Penulisan Dengan Nama Keluarga	27
Bab II : Registrasi Pendaftaran Dan Pelayanan Pasien	32
Topik 1 : Registrasi Pendaftaran Dan Pelayanan Rawat Jalan/ Gawat Darurat	35
a. Registrasi Pendaftaran Pasien Rawat Jalan	35
b. Registrasi Pelayanan Pasien Rawat Jalan	39
Topik 2 : Registrasi Pendaftaran Dan Pelayanan Pasien Rawat Inap	44
a. Registrasi Pendaftaran Pasien R Awat Inap	44
b. Registrasi Pelayanan Pasien Rawat Inap	48
Bab III : Sistem Pengolahan Data	55
Topik 1 : Pengolahan Data Dengan Indeks Pasien.....	56
a. Indeks Utama Pasien.....	56
b. Kartu Berobat	60
c. Pengkodean Penyakit Dan Tindakan	61
Topik 2 : Pengolahan Data Dengan Indeks Lainnya.....	62
a. Indeks Penyakit	62
b. Indeks Tindakan	70
c. Indeks Kematian	74
d. Indeks Dokter	77
Bab IV : Sistem Pengarsipan Rekam Medis	82
Topik 1 : Peraturan Terkait Sistem Pengarsipan	84
a. Sistem Pengarsipan Terkait Peraturan Pemerintah	84

b. Kebijakan Dan Standar Prosedur Operasional Intern Institusi Pelayanan Kesehatan	85
Topik 2 : Jenis Pengarsipan.....	92
a. Sistem Pengarsipan.....	92
b. Sistem Pengarsipan Dengan Cara Penomoran	96
c. Pengarsipan Rekam Medis	98
d. Berdasarkan Lokasi Penyimpanan Rekam Medis.....	104
Bab V : Sistem Pendistribusian Rekam Medis	109
Topik 1 : Pengambilan Kembali Rekam Medis Dari Rak Penjajaran Bagi Rekam Medis Pasien Lama (<i>Retrieval</i>)	111
a. Peraturan Terkait Pendistribusian	111
b. Sarana Dan Prasarana Yang Dibutuhkan Dalam Pendistribusian	113
c. Melacak Misfile	118
d. Rak Sortir	118
Topik 2 : Pendistribusian Rekam Medis Ketempat Yang Dituju Dan Pengambilan Kembali Rekam Medis Yang Telah Digunakan	120
a. Pendistribusian Rekam Medis	120
b. Pengambilan Kembali Rekam Medis Dari Peminjam	123
c. Penjajaran Kembali Rekam Medis Dan PerRekam Medis Dan Permasalahannya	124
Bab VI : Sistem Penjajaran Rekam Medis	135
Topik 1 : Sistem Penjajaran Rekam Medis	137
a. Penjajaran Berdasarkan Alfabetis.....	137
b. Penjajaran Berdasarkan Nomor (<i>Filing By Number</i>)	139
Topik 2 : Penyusutan Dan Alih Media Rekam Medis Inaktif	145
a. Penyusutan Rekam Medis	145
b. Alih Media Rekam Medis	149
Bab VII : Audit Pendokumentasian Rekam Medis	167
Topik 1 . Audit Pendokumentasian Secara Analisis Kuantitatif	168
Topik 2. Audit Pendokumentasian Secara Analisis Kuantitatif Komponen Identifikasi Pasien	175

BAB I

SISTEM PENGUMPULAN DATA PASIEN



Gambar 1.1
Ruang Pendaftaran

PENDAHULUAN

Para peserta Program Percepatan Pendidikan Tenaga Kesehatan, pasti Anda sudah sering mendengar istilah pasien. Tahukah Anda apa yang dimaksud dengan pasien? Pasien adalah istilah yang digunakan untuk seseorang yang mendapatkan pelayanan kesehatan. Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), pasien adalah orang sakit (yang dirawat dokter). Sebelum pasien berkonsultasi dengan dokter, biasanya pasien diminta untuk mengisi sebuah formulir pendaftaran yang berguna sebagai salah satu data pasien. Lalu, apa yang dimaksud dengan data pasien? Data pasien merupakan data yang diperoleh melalui pencatatan terhadap berbagai hal mengenai pasien yang dikumpulkan di setiap fasilitas pelayanan kesehatan.

Proses pengumpulan data pasien pada fasilitas pelayanan kesehatan dimulai dari proses registrasi atau pendaftaran pasien, baik rawat jalan maupun gawat darurat dan rawat inap. Pengumpulan data dapat dilakukan oleh petugas pendaftaran, dokter, paramedis dan tenaga kesehatan lainnya yang memberikan pelayanan kepada pasien melalui wawancara atau observasi. Data pasien yang dikumpulkan ada yang bersifat individu, yaitu catatan kesehatan yang ada di dalam rekam medis pasien, maupun yang bersifat kolektif contohnya catatan yang ada dalam buku registrasi.

Data pasien terdiri dari data administratif dan data klinis. Data administratif mencakup data demografi, keluarga terdekat, keuangan, serta informasi tertulis lain yang berhubungan dengan pasien seperti surat persetujuan, surat kuasa yang membutuhkan pernyataan

persetujuan/ penolakan dari pasien, dan identifikasi fasilitas pelayanan kesehatan, sedangkan data klinis mencakup data kesehatan berupa keluhan pasien, hasil pengamatan, hasil pengujian, yang kemudian dibandingkan, digabungkan, dan ditafsirkan oleh dokter dan penyedia asuhan kesehatan lainnya untuk membentuk informasi mengenai penyakit atau kondisi yang mengganggu pasien. Dokter menggunakan data dan informasi tersebut untuk mendiagnosis penyakit, mengembangkan rencana pengobatan, menilai keefektifan asuhan, dan menentukan prognosis pasien.

Bab ini akan memberikan informasi dan pengetahuan bagi Anda mengenai sistem pengumpulan data pasien. Setelah mempelajari bab ini, Anda diharapkan mampu untuk mengidentifikasi proses pengumpulan data pasien, alur dan prosedur rekam medis pasien, hingga cara penulisan nama pasien dalam aturan rekam medis.

Materi dalam bab ini meliputi:

1. Alur dan prosedur pasien.
2. Alur dan prosedur rekam medis.
3. Identifikasi pasien.
4. Penulisan dengan nama langsung.
5. Penulisan dengan nama keluarga.

Topik 1

Sistem Pengumpulan Data Pasien

Pada topik ini, Anda akan menelusuri prosedur penerimaan pasien dan rekam medis yang ada di pelayanan kesehatan. Prosedur penerimaan pasien dapat dikatakan sebagai pelayanan yang pertama kali diterima pasien saat tiba di fasilitas pelayanan kesehatan. Maka tidaklah berlebihan bila dikatakan tata cara penerimaan pasien menjadi kesan pertama pasien baik ataupun tidak baik tentang pelayanan kesehatan ditempat tersebut.

Tata cara melayani pasien dinilai baik ketika pasien dilayani oleh petugas dengan sikap yang ramah, sopan, tertib dan tanggung jawab sesuai dengan asuhan pelayanan yang dibutuhkan pasien. Petugas pendaftaran harus dapat mengidentifikasi kebutuhan pasien sebelum mendaftarkan ke pelayanan kesehatan yang dituju. Identifikasi pasien yang tepat sesuai kebutuhan pelayanan kesehatan pasien, misi serta sumber daya yang ada di rumah sakit/ puskesmas, akan meningkatkan mutu asuhan pasien dan efisiensi penggunaan sumber daya yang tersedia di rumah sakit.

A. ALUR DAN PROSEDUR PASIEN

1. Jenis Pasien

Pasien dapat dikategorikan sebagai pasien rawat jalan (pasien poliklinik dan pasien gawat darurat) dan pasien rawat inap.

- a. Dari segi pelayanan, pasien yang datang dapat dibedakan menjadi :
 - 1) Pasien yang dapat menunggu.
 - a) Pasien berobat jalan yang datang dengan perjanjian.
 - b) Pasien yang datang tidak dalam keadaan gawat.
 - 2) Pasien yang segera ditolong (pasien gawat darurat).
- b. Menurut jenis kedatangan, dapat dibedakan menjadi :
 - 1) Pasien baru adalah pasien yang baru pertama kali datang ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
 - 2) Pasien lama adalah pasien yang pernah datang sebelumnya untuk keperluan mendapatkan pelayanan kesehatan.
- c. Kedatangan pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan, dapat disebabkan :
 - 1) Dikirim oleh praktek dokter atau bidan diluar fasilitas pelayanan kesehatan.
 - 2) Dikirim oleh rumah sakit lain/ Puskesmas/ Rumah Bersalin/ jenis pelayanan kesehatan lainnya.
 - 3) Datang atas kemauan sendiri.

2. Alur dan Prosedur Pasien

Pasien yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan (rumah sakit/ puskesmas) akan diterima oleh petugas pendaftaran. Pasien dilayani berdasarkan kebutuhan pelayanan kesehatan yang telah diidentifikasi sesuai dengan sumberdaya di rumah sakit/ puskesmas. Berikut ini adalah penjelasan mengenai alur dan prosedur menurut jenis kedatangan pasien.

a. *Alur dan Prosedur Pasien Rawat Jalan*

1) Pasien Baru Rawat Jalan

Pasien baru adalah pasien yang baru pertama kali datang untuk keperluan berobat baik ke poliklinik, gawat darurat maupun rawat inap. Gambar dibawah ini menjelaskan alur dan prosedur pasien yang akan melakukan rawat jalan, dimulai dari pendaftaran hingga hasil pemeriksaan dokter.



Gambar 1.2
Alur Pasien Rawat Jalan

Alur pasien rawat jalan seperti yang dijelaskan pada gambar di atas, sebagai berikut :

- Pasien menuju petugas untuk mendapatkan nomor antrian. Pasien yang datang bisa disebabkan oleh kemauan sendiri, rujukan rumah sakit, rujukan dokter praktek, rujukan puskesmas atau instansi kesehatan lain.
- Pasien menuju mesin antrian dan mengambil antrian pendaftaran.
- Pasien melaksanakan pendaftaran dengan identifikasi petugas mengenai data pasien, apakah pasien tersebut pasien baru atau pasien lama. Bagi pasien baru, petugas akan meminta pasien atau keluarga untuk mengisi formulir pendaftaran (Gambar 1.3 Formulir Pendaftaran Pasien). Formulir pasien baru akan dicek petugas dengan identitas lain (KTP/SIM/PASPOR/Lainnya). Selanjutnya petugas melakukan pengecekan pada dokumen lainnya jika pasien menggunakan asuransi kesehatan (Gambar 1.4 Kartu Asuransi Kesehatan) kemudian registrasi sesuai klinik yang dituju. Pasien baru akan mendapatkan nomor rekam medis dankartu berobat (Gambar 1.5 Kartu Berobat).
- Pasien menuju klinik yang sesuai dengan pendaftaran dan menunggu panggilan antrian sesuai nomor antrian klinik (gambar 1.6 Nomor Antrian Klinik).
- Dokter melakukan pemeriksaan dan berkonsultasi dengan pasien.
- Setelah pasien diperiksa dan berkonsultasi oleh dokter, lanjutan pelayanan dapat berupa :

- Sembuh, pasien menyelesaikan pembayarandi kasir dan mengambil obat di apotik.
 - Jika pasien mendapat pengantar untuk pemeriksaan penunjang, pasien menuju ke instalasi pemeriksaan penunjang dengan membawa surat pengantar dari dokter.
 - Jika pasien dirujuk ke luar, dokter akan membuat surat pengantar rujukan.
 - Jika pasien dikonsulkan ke spesialis lain, dokter akan membuat surat konsultasi. Untuk pendaftaran di klinik spesialis lainnya bisa dilakukan dihari tersebut atau sesuai jadwal dokter spesialis tersebut.
 - Jika pasien dirawat, maka mengikuti alur pasien masuk rawat.
- (g) Pasien menyelesaikan pembayaran di kasir, mengambil obat di apotik, dan pulang.

FORMULIR PENDAFTARAN PASIEN BARU

No. RM - -
 (Diisi oleh petugas)

Nama Lengkap (Sesuai KTP)

Tempat, Tanggal Lahir , - -

Jenis Kelamin Laki-laki Perempuan

Alamat Lengkap RT RW

Desa/Kelurahan Kecamatan

Kabupaten/Kota No. Telp/HP

Agama Islam Kristen Katholik Hindu Budha Lain-lain

Status Perkawinan Kawin Belum Kawin Janda Duda

Pendidikan Terakhir SD SMP SMA Diploma/Sarjana Lain-lain

Pekerjaan PNS Wiraswasta TNI/Polri Pelajar/Mahasiswa Lain-lain

Kewarganegaraan WNI WNA

Cara Pembayaran Asuransi/Jaminan Kesehatan Umum/Mandiri

Nama Penangg. Jawab

No. Telp/HP

Klinik yang Dituju Anak Obsgyn Peny. Dalam Syaraf Mata Kulit & Kelamin Bedah Umum
 Bedah Orthopedi Gigi & Mulut THT Jiwa Umum Lain-lain

Dengan ini saya menyatakan setuju untuk dilakukan pemeriksaan dan tindakan yang diperlukan dalam upaya kesembuhan/keselamatan jiwa saya/pasien tersebut di atas.

Yogyakarta,-.....-.....

**Harap diisi dengan huruf kapital*
**Berilah tanda centang (v) pada kotak pilihan*
**Harap semua data diisi selengkap-lengkapny*

(.....)

Gambar 1.3
Formulir Pendaftaran Pasien Baru



Gambar 1.4
Kartu Asuransi Kesehatan



Gambar 1.5
Kartu Berobat



Gambar 1.6
Nomor Antrian Klinik

2) Pasien Lama Rawat Jalan

Pasien lama rawat jalan adalah pasien yang sudah pernah berkunjung ke rumah sakit/puskesmas untuk berobat ke poliklinik, gawat darurat maupun rawat inap yang sudah terdata identitas dirinya pada Master Indeks Utama Pasien (MIUP) dan sudah memiliki kartu berobat. Pasien lama dapat dibedakan menjadi pasien yang datang dengan perjanjian dan pasien yang datang tidak dengan perjanjian (atas kemauan sendiri). Berikut ini adalah alur pasien lama rawat jalan :

a) Pasien Perjanjian

Pasien perjanjian adalah pasien yang sudah melakukan registrasi awal ke klinik yang dituju dengan surat kontrol atau via telepon.

- (1) Pasien datang ke petugas pendaftaran membawa kartu berobat dan menyebutkan sudah melakukan registrasi awal dengan perjanjian.

- (2) Petugas akan mengecek dokumen lainnya untuk pasien asuransi kesehatan.
- (3) Petugas akan mencetak registrasi dan memberikan nomor antrian klinik yang dituju pasien.
- (4) Pasien akan mendapatkan nomor antrian klinik dan diarahkan menunggu di klinik yang dituju.
- (5) Setelah pasien selesai berkonsultasi dengan dokter, lanjutan pelayanan dapat berupa:
 - Sembuh.
 - Jika pasien mendapat pengantar untuk pemeriksaan penunjang, pasien menuju ke instalasi pemeriksaan penunjang dengan membawa surat pengantar dari dokter.
 - Jika pasien dirujuk ke luar, dokter akan membuat surat pengantar rujukan.
 - Jika pasien dikonsulkan ke spesialis lain, dokter akan membuat surat konsultasi. Untuk pendaftaran di spesialis lainnya bisa dilakukan di hari tersebut atau sesuai jadwal dokter spesialis.
 - Jika pasien dirawat, maka mengikuti alur pasien masuk rawat.
- (6) Pasien menyelesaikan pembayaran di kasir dan mengambil obat di apotik.

b) Pasien Tanpa Perjanjian

Pasien tanpa perjanjian adalah pasien yang datang langsung ke instansi pelayanan kesehatan.

- (1) Pasien datang ke petugas pendaftaran untuk melakukan registrasi ke klinik yang dituju dengan menyerahkan kartu berobat, dokumen lainnya untuk pasien asuransi kesehatan dan surat rujukan (bila ada).
- (2) Petugas akan mencetak registrasi dan memberikan nomor antrian klinik yang dituju pasien.
- (3) Pasien akan mendapatkan nomor antrian klinik dan diarahkan menunggu di klinik yang dituju.
- (4) Setelah pasien selesai berkonsultasi dengan dokter, lanjutan pelayanan dapat berupa:
 - Sembuh.
 - Jika pasien mendapat pengantar untuk pemeriksaan penunjang, pasien menuju ke instalasi pemeriksaan penunjang dengan membawa surat pengantar dari dokter.
 - Jika pasien dirujuk ke luar, dokter akan membuat surat pengantar rujukan.
 - Jika pasien dikonsulkan ke spesialis lain, dokter akan membuat surat konsultasi. Pendaftaran di spesialis lain bisa dilakukan di hari tersebut atau sesuai jadwal dokter spesialis tersebut.
 - Jika pasien dirawat, maka mengikuti alur pasien masuk rawat.
- (5) Pasien menyelesaikan pembayaran di kasir dan mengambil obat di apotik.

b. Alur dan Prosedur Pasien Gawat Darurat

Ada perbedaan pasien yang datang ke pelayanan gawat darurat dengan pasien yang datang ke poliklinik. Disini pasien akan ditolong terlebih dahulu, kemudian baru menyelesaikan administrasi. Setelah mendapatkan pelayanan yang cukup, kelanjutan penanganan pasien antara lain :

- 1) Pasien pulang/ kontrol rawat jalan.
- 2) Pasien dirujuk ke rumah sakit lain dengan alasan tidak ada fasilitas/ kamar penuh.
- 3) Pasien dirawat mengikuti prosedur masuk rawat inap.

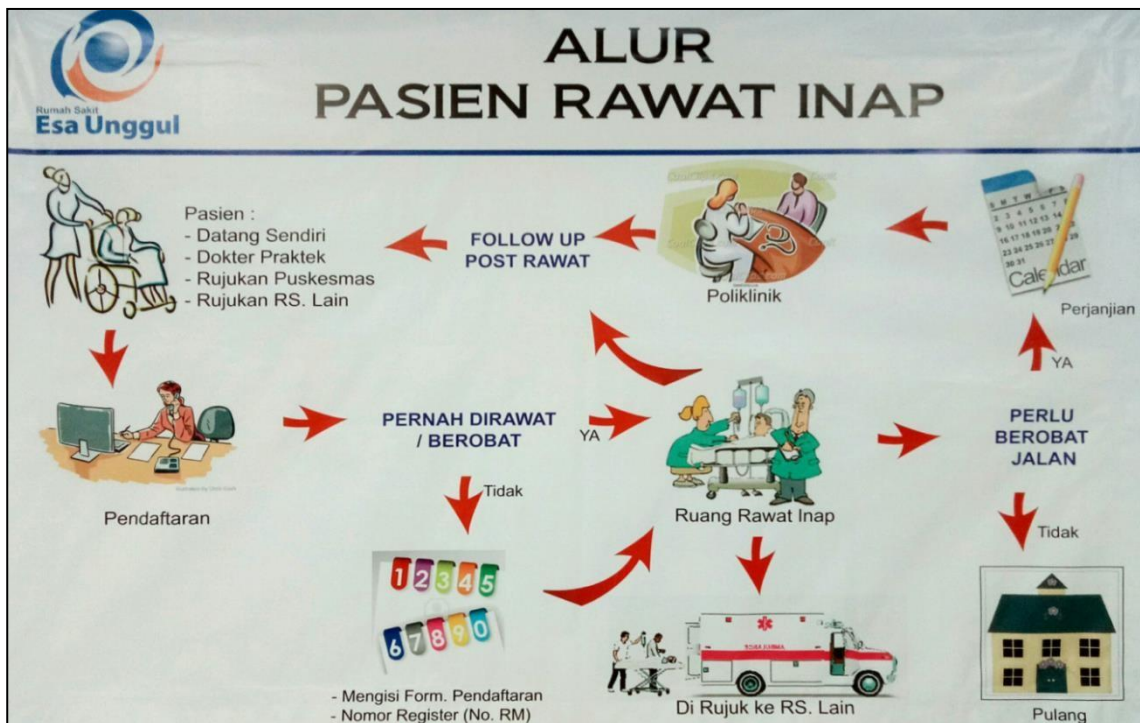
Alur pasien gawat darurat, sebagai berikut :

- 1) Setelah pasien ditolong, keluarga/pasien datang ke petugas pendaftaran.
- 2) Pasien akan diidentifikasi petugas pendaftaran apakah pasien baru atau pasien lama. Untuk pasien baru, petugas akan meminta pasien/keluarga mengisi formulir pendaftaran pasien baru (Gambar 1.3 Formulir Pendaftaran Pasien).
- 3) Formulir pasien baru akan dicek petugas dengan identitas lain (KTP/SIM/PASPOR/Lainnya). Untuk pasien asuransi kesehatan, petugas akan mengecek dokumen yang berhubungan dengan asuransi atau penjamin pasien tersebut. Setelah itu, pasien melakukan registrasi dan mendapatkan kartu berobat.
- 4) Untuk pasien lama, petugas akan menanyakan kartu berobat pasien, bila pasien tidak membawa, petugas akan mencarikan nomor rekam medis pasien pada MIUP.
- 5) Petugas akan melakukan validasi data pasien yang lama dan mengecek dokumen lainnya untuk pasien asuransi kesehatan kemudian melakukan registrasi.
- 6) Pasien/ keluarga diarahkan kembali ke pelayanan gawat darurat. Kemudian, setelah pasien selesai mendapat layanan kesehatan di gawat darurat, tindak lanjut berikutnya dapat berupa:
 - Boleh pulang/kontrol rawat jalan, pasien/keluarga menyelesaikan pembayarandi kasir dan mengambil obat di apotik.
 - Jika Pasien dirujuk ke luar, dokter akan membuat surat pengantar rujukan, pasien menyelesaikan pembayarandi kasir dan mengambil obat di apotik.
 - Jika pasien dikonsulkan ke spesialis lain, dokter akan membuat surat konsultasi, pasien menyelesaikan pembayarandi kasir dan mengambil obat di apotik, untuk pendaftaran di spesialis lainnya bisa dilakukan dihari tersebut atau sesuai jadwal dokter spesialis tersebut.
 - Jika pasien dirawat, maka mengikuti alur pasien masuk rawat.

c. Alur dan Prosedur Pasien Rawat Inap

Pasien yang memerlukan perawatan, dibagi menjadi 3, yaitu :

- 1) Pasien yang tidak urgen, artinya penundaan perawatan pasien tersebut tidak akan mempengaruhi penyakitnya.
- 2) Pasien yang urgen, tetapi tidak darurat gawat, dapat dimasukkan kedalam daftar tunggu.
- 3) Pasien gawat darurat (*emergency*), maka harus langsung dirawat.



Gambar 1.7
 Alur Pasien Rawat Inap

Alur pasien rawat inap, sebagai berikut :

- 1) Pasien membawa surat pengantar rawat dari klinik rawat jalan/ gawat darurat/ kamar bersalin ke pendaftaran rawat inap.
- 2) Pasien memesan kamar perawatan sesuai dengan jenis pembayaran (jika pasien asuransi kesehatan akan dicek dengan pelayanan dan kamar perawatan sesuai dengan plafon pasien) dan melakukan registrasi pendaftaran rawat inap.
- 3) Petugas menghubungi kamar perawatan untuk memesan kamar dan menyampaikan hal-hal yang diperlukan dalam perawatan pasien berdasarkan catatan dalam surat pengantar rawat.
- 4) Pasien diberi penjelasan *general consent*/persetujuan umum dan membubuhkan nama, tanda tangan pada formulir tersebut (Gambar 1.9 Formulir *General Consent*).
- 5) Pasien kembali ke klinik/ ruang gawat darurat untuk dipasang infus dan diberi gelang pasien (Gambar 1.10 Gelang Pasien). Kemudian perawat menghubungi ruang perawatan sebelum membawa pasien ke ruang perawatan. Perawat akan serahterima pasien dan rekam medis serta dokumen penunjang lainnya untuk tindaklanjut perawatan pasien.
- 6) Pasien masuk ruang perawatan diterima dokter ruangan/ perawat ruangan.



Gambar 1.8

Dokter Ruangan Menerima Pasien Baru Masuk Rawat

LABEL IDENTITAS PASIEN

PERSETUJUAN UNTUK PENGOBATAN

- Saya mengetahui bahwa saya memiliki kondisi yang membutuhkan perawatan medis, saya mengizinkan dokter dan profesional kesehatan lainnya untuk melakukan prosedur diagnostik dan untuk memberikan pengobatan medis seperti yang diperlukan dalam penilaian profesional mereka. Prosedur diagnostik dan perawatan medis termasuk tetapi tidak terbatas pada elektrocardiogram, x ray, tes darah, terapi fisik dan pemberian obat.
- Saya sadar bahwa praktik kedokteran dan bedah bukanlah ilmu pasti dan saya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap perawatan prosedur atau memeriksa apapun yang dilakukan kepadaya.

PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI

- Saya memahami informasi yang ada didalam diri saya, termasuk diagnostik, hasil laboratorium dan hasil tes diagnostik yang ada digunakan untuk perawatan medis, akan dijamin kerahasiaan oleh RS.
- Saya memberi wewenang kepada RS untuk memberikan informasi tentang rahasia kedokteran saya bila diperlukan untuk memproses klaim asuransi termasuk namun tidak terbatas pada BPJS. Asuransi kesehatan lainnya Jamkesda, Perusahaan dan atau lembaga pemerintahan lainnya.
- Saya tidak memberikan atau memberikan (coret salah satu) wewenang kepada RS untuk memberikan tentang data dan informasi kesehatan saya kepada keluarga terdekat saya yaitu :
 1.
 2.
 3.

KEINGINAN PRIVASI

- Saya mengizinkan atau tidak mengizinkan (coret salah satu) rumah sakit memberi akses bagi keluarga dan handaitaulan serta orang-orang yang akan menengok atau menemui saya (sebutkan nama / profesi bila ada permintaan khusus
- Saya menginginkan/ tidak menginginkan privasi khusus (coret salah satu), sebutkan bila ada permintaan privasi khusus :

BARANG BERTAHAGA MILIK PRIBADI

- Saya telah memahami bahwa rumah sakit tidak bertanggung jawab atas semua kehilangan barang-barang milik saya dan saya secara pribadi bertanggung jawab atas barang-barang berharga yang saya miliki termasuk namun tidak terbatas pada uang, perhiasan, buku cek, kartu kredit, hanpon atau barang lainnya. Dan apabila saya membutuhkan maka saya dapat menitipkan barang-barang tersebut kepada rumah sakit.
- Saya juga mengerti bahwa saya harus memberi tahu / menitipkan pada RS jika saya memiliki gigi palsu, kacamata, lensa kotak, prosthetics atau barang lainnya yang saya butuhkan untuk di amankan.

INFORMASI RAWAT INAP*)

INFORMASI BIAYA*)

TANDA TANGAN PASIEN

TANDA TANGAN SAKSI

*)Jelaskan sesuai ketentuan rumah sakit

Gambar 1.9
Contoh Formulir *General Consent*



Gambar 1.10
Gelang Pasien

d. Alur dan Prosedur Pasien Pulang

Setelah mendaftarkan diri dan mendapatkan perawatan sesuai dengan kebutuhan maka pasien akan dibolehkan untuk pulang. Bagi pasien yang melakukan rawat inap di rumah sakit, terdapat beberapa alasan atau cara pasien untuk pulang dari rumah sakit diantaranya:

- Pasien pulang sembuh, yaitu pasien yang diperbolehkan pulang perawatan atas persetujuan dokter penanggung jawab pasien.
- Pasien dirujuk, yaitu pasien yang diberikan surat rujukan untuk pindah ke rumah sakit dengan fasilitas atau sumber daya yang lebih lengkap dari tipe rumah sakit saat pasien dirawat.
- Pasien pindah rumah sakit karena alasan pribadi, yaitu pasien yang pulang karena alasan atau permintaan khusus, misalnya memilih rumah sakit yang lokasinya dekat dengan rumah pribadi, memilih rumah sakit yang terdapat dokter keluarga, dan sebagainya.
- Pasien pulang paksa, yaitu pasien yang pulang perawatan tanpa adanya persetujuan dokter. Untuk menghindari resiko, maka setiap pasien pulang paksa harus membuat surat pernyataan yang menyatakan pelayanan kesehatan tidak bertanggung jawab bila terjadi sesuatu kepada pasien akibat perawatan yang tidak tuntas, dan resiko ditanggung oleh keluarga.

1) Alur pasien pulang sembuh, sebagai berikut:

- a) Setelah visit, dokter penanggung jawab pasien (DPJP) akan mengkaji asuhan perawatan. Jika pasien sudah sembuh, dokter akan memberikan surat izin pulang dan memberi ceklis kolom diizinkan pulang oleh dokter untuk diproses pendaftaran rawat inap.
- b) Pasien menyelesaikan administrasi dan pembayaran di pendaftaran rawat inap dan kasir rawat inap.
- c) Pasien menyerahkan surat izin pulang yang sudah diketahui bagian pendaftaran dan kasir.

- d) Pasien diberikan surat lepas perawatan dan resum medis dan juga penjelasan tentang cara menggunakan obat, diet, waktu dan tempat kontrol oleh perawat ruangan.
- 2) Alur pasien dirujuk ke rumah sakit yang lebih tinggi, sebagai berikut:
 - a) Setelah visit, DPJP akan mengkaji asuhan perawatan jika pasien memerlukan perawatan lebih lanjut karena keterbatasan fasilitas/ sumber daya yang ada di rumah sakit, maka pasien dapat dirujuk ke rumah sakit yang lebih tinggi tipenya dari rumah sakit tersebut. DPJP akan membuat surat rujukan, surat izin pulang dengan memberi ceklis kolom lain-lain diisi dirujuk ke rumah sakit (sebutkan nama rumah sakitnya) dan keluarga pasien akan membawa surat tersebut ke pendaftaran rawat inap dan bagian kasir untuk memproses pembayaran.
 - b) Perawat ruangan akan melaksanakan prosedur pasien dirujuk.
 - c) Saat merujuk pasien/ keluarga didampingi dokter ruangan/ perawat ruangan sesuai ketentuan yang berlaku dengan membawa surat rujukan dan *copy* hasil- hasil pemeriksaan selama perawatan di rumah sakit.
 - 3) Alur pasien pindah ke rumah sakit lain, sebagai berikut:
 - a) Setelah visit, DPJP akan mengkaji asuhan perawatan jika pasien ingin pindah rumah sakit dengan alasan yang dapat diterima. Selanjutnya dokter akan memberikan surat izin pulang dan memberi ceklis kolom pindah RS, untuk diproses dipendaftaran rawat inap.
 - b) Pasien menyelesaikan administrasi dan pembayaran di pendaftaran rawat inap dan kasir rawat inap.
 - c) Pasien diberikan surat lepas perawatan dan resum medis dan juga penjelasan tentang cara menggunakan obat, diet, waktu dan tempat kontrol oleh perawat ruangan.
 - 4) Alur pasien pulang paksa, sebagai berikut:
 - a) Jika pasien ingin pulang paksa, dokter ruangan akan menghubungi DPJP, pasien/ keluarga pasien akan membuat surat pernyataan pulang paksa, dokter ruangan akan memberikan surat izin pulang dan memberi ceklis kolom pulang paksa, untuk diproses dipendaftaran rawat inap.
 - b) Pasien menyelesaikan administrasi dan pembayaran di pendaftaran rawat inap dan kasir rawat inap.
 - c) Pasien diberikan surat lepas perawatan dan resum medis dan juga penjelasan tentang cara menggunakan obat, diet, waktu dan tempat kontrol oleh perawat ruangan.

Selama pasien dalam perawatan, bila diperlukan adanya tindakan yang mempunyai resiko tinggi, maka perawat akan menyiapkan formulir persetujuan tindakan kedokteran

sebelum dokter menjelaskan tindakan kedokteran, resiko dari tindakan, manfaat, komplikasi yang potensial terjadi serta alternatif tindakan (Gambar 1.12 Form Informed consent/ Persetujuan Tindakan Kedokteran).



RM 10 /RI/VIII/2017

SURAT IZIN PULANG

Dipulangkan dari RS Esa Unggul :

Nama Pasien :

Umur :(L / P)*

Ruang Perawatan :

Dipulangkan Tanggal :

Karena (beri tanda √) :

<input type="checkbox"/> Diizinkan pulang oleh dokter	<input type="checkbox"/> Meninggal
<input type="checkbox"/> Pulang Paksa	<input type="checkbox"/> Lain-lain
<input type="checkbox"/> Pindah RS	

Jakarta,/...../...../ Pkl

Jakarta,/...../...../ Pkl

Petugas Pendaftaran	Perawat Ruangan	DPJP
(.....)	(.....)	(dr.....)

*coret yang tidak perlu

Gambar 1.11
Surat Izin Pulang

NRM :
 Nama :
 Jenis Kelamin :
 Tanggal Lahir :
 (mohon diisi atau tempelkan stiker jika ada)

FORMULIR PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

PEMBERIAN INFORMASI			
Dokter Pelaksana Tindakan			
Pemberi Informasi			
Penerima Informasi/Pemberi Persetujuan *			
	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (V)
1	Diagnosis (WD & DD)		
2	Dasar Diagnosis		
3	Tindakan Kedokteran		
4	Indikasi Tindakan		
5	Tata Cara: <input type="checkbox"/> Tipe sedasi/anestesi <input type="checkbox"/> Uraian singkat prosedur dan tahapan yang penting.		
6	Tujuan		
7	Risiko & Komplikasi		
8	Prognosis: <i>Prognosis vital, prognosis fungsi dan prognosis kesembuhan</i>		
9	Alternatif & Risiko: <input type="checkbox"/> Pilihan pengobatan/penatalaksanaan		
10	Hal lain yang akan dilakukan untuk menyelamatkan pasien <input type="checkbox"/> Perluasan tindakan <input type="checkbox"/> Konsultasi selama tindakan <input type="checkbox"/> Resusitasi		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi			tandatangan
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi dari dokter sebagaimana di atas kemudian yang saya beri tanda/paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya			tandatangan
* Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat			
PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN			
Yang bertandatangan di bawah ini, saya, nama _____, tanggal lahir _____, laki-laki/perempuan*, alamat _____, dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukannya tindakan _____ pada tanggal _____ terhadap saya/ _____ saya*bernama _____, tanggal lahir _____, laki-laki/perempuan*, alamat _____			
Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul.			
Saya juga menyadari bahwa dokter melakukan suatu upaya dan oleh karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan sangat bergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa.			
_____, tanggal _____ pukul _____		Saksi 1 Saksi 2	
Yang menyatakan* Dokter			
* (_____)		(_____)	

NRM :
 Nama :
 Jenis Kelamin :
 Tanggal Lahir :
 (mohon diisi atau tempelkan stiker jika ada)

FORMULIR PENOLAKAN TINDAKAN KEDOKTERAN

PEMBERIAN INFORMASI			
Dokter Pelaksana Tindakan			
Pemberi Informasi			
Penerima Informasi/Pemberi Persetujuan *			
	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (V)
1	Diagnosis (WD & DD)		
2	Dasar Diagnosis		
3	Tindakan Kedokteran		
4	Indikasi Tindakan		
5	Tata Cara: <input type="checkbox"/> Tipe sedasi/anestesia <input type="checkbox"/> Uraian singkat prosedur dan tahapan yang penting.		
6	Tujuan		
7	Risiko dan Komplikasi		
8	Prognosis: <i>Prognosis vital, prognosis fungsi dan prognosis kesembuhan</i>		
9	Alternatif & Risiko: <input type="checkbox"/> Pilihan pengobatan/penatalaksanaan		
10	Hal lain yang akan dilakukan untuk menyelamatkan pasien <input type="checkbox"/> Perluasan tindakan <input type="checkbox"/> Konsultasi selama tindakan <input type="checkbox"/> Resusitasi		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi			tandatangan
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi dari dokter sebagaimana di atas kemudian yang saya beri tanda/paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya			tandatangan
* Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat			
PENOLAKAN TINDAKAN KEDOKTERAN			
Yang bertandatangan di bawah ini, saya, nama _____, tanggal lahir _____, laki-laki/perempuan*, alamat _____, dengan ini menyatakan penolakan untuk dilakukannya tindakan _____ terhadap saya/ _____ saya* bernama _____, tanggal lahir _____ laki-laki/perempuan*, alamat _____.			
Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul apabila tindakan tersebut tidak dilakukan.			
Saya bertanggung jawab secara penuh atas segala akibat yang mungkin timbul sebagai akibat tidak dilakukannya tindakan kedokteran yang direncanakan oleh dokter.			
_____, tanggal _____ pukul _____		Saksi 1	Saksi 2
Yang menyatakan* Dokter			
(_____)	(_____)	(_____)	(_____)

Gambar 1.12

Contoh Form *Informed consent*/ Persetujuan Tindakan Kedokteran

B. ALUR DAN PROSEDUR REKAM MEDIS

Setelah Anda mempelajari alur dan prosedur pasien, kali ini Anda akan mempelajari alur dan prosedur rekam medis. Mari kita pelajari bahasan di bawah ini.

1. Alur dan Prosedur Rekam Medis Rawat Jalan

a. Pasien Baru

- 1) Pasien mengisi formulir pendaftaran pasien baru yang telah disediakan.
- 2) Petugas pendaftaran akan mengumpulkan data sosial pasien dari formulir pendaftaran pasien baru sesuai identitas pasien (KTP/PASPOR/SIM/ Identitas lainnya) baik manual maupun elektronik.
- 3) Petugas pendaftaran melakukan registrasi dengan memasukkan data NORM, nama pasien, poliklinik yang dituju sesuai kebutuhan pasien (lihat surat rujukan bila ada).
- 4) Petugas pendaftaran membuat kartu berobat pasien dan diberikan kepada pasien untuk dibawa apabila pasien tersebut berobat ulang.
- 5) Petugas rekam medis menyiapkan rekam medis pasien baru.

b. Pasien lama

- 1) Pasien menyerahkan kartu berobat (bila pasien lupa membawa kartu berobat atau hilang, maka berkas rekam medis pasien lama dapat ditemukan melalui KIUP atau MIUP).
- 2) Petugas pendaftaran akan melakukan registrasi memasukkan data NORM, nama pasien, poliklinik yang dituju sesuai kebutuhan pasien (lihat surat rujukan bila ada) dan mencetak trecer ke Instalasi Rekam Medis khususnya di bagian penyimpanan.
- 3) Petugas Penyimpanan akan mencari rekam medis pasien sesuai sistem penjajaran yang berlaku.
- 4) Berkas rekam medis pasien dikirim oleh petugas rekam medis yang telah diberi kewenangan untuk membawa rekam medis pasien ke poliklinik yang dituju.
- 5) Petugas poliklinik akan mencatat pada buku registrasi pelayanan yang terdiri dari nomor urut, tanggal/ bulan, NORM, nama pasien, alamat lengkap, umur sesuai jenis kelamin, pekerjaan, cara kunjungan ke rumah sakit, jenis kunjungan, tindak lanjut pelayanan, bila pasien meninggal sebelum dirawat, bila pasien saat datang sudah meninggal, diagnosa, kasus, penyebab luar/ kecelakaan, morfologi, neoplasm, terapi obat, oral, perianal dan cara pembayaran.
- 6) Dokter pemeriksa akan melakukan asesmen awal yang terdiri dari mencatat riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, diagnosis/ masalah, rencana asuhan, alergi, asesmen psikologis, sosial ekonomi, asesmen nyeri, resiko jatuh dan asesmen fungsional, risiko nutrisi, kebutuhan edukasi, *discharge/ planning/* perencanaan pulang pasien.

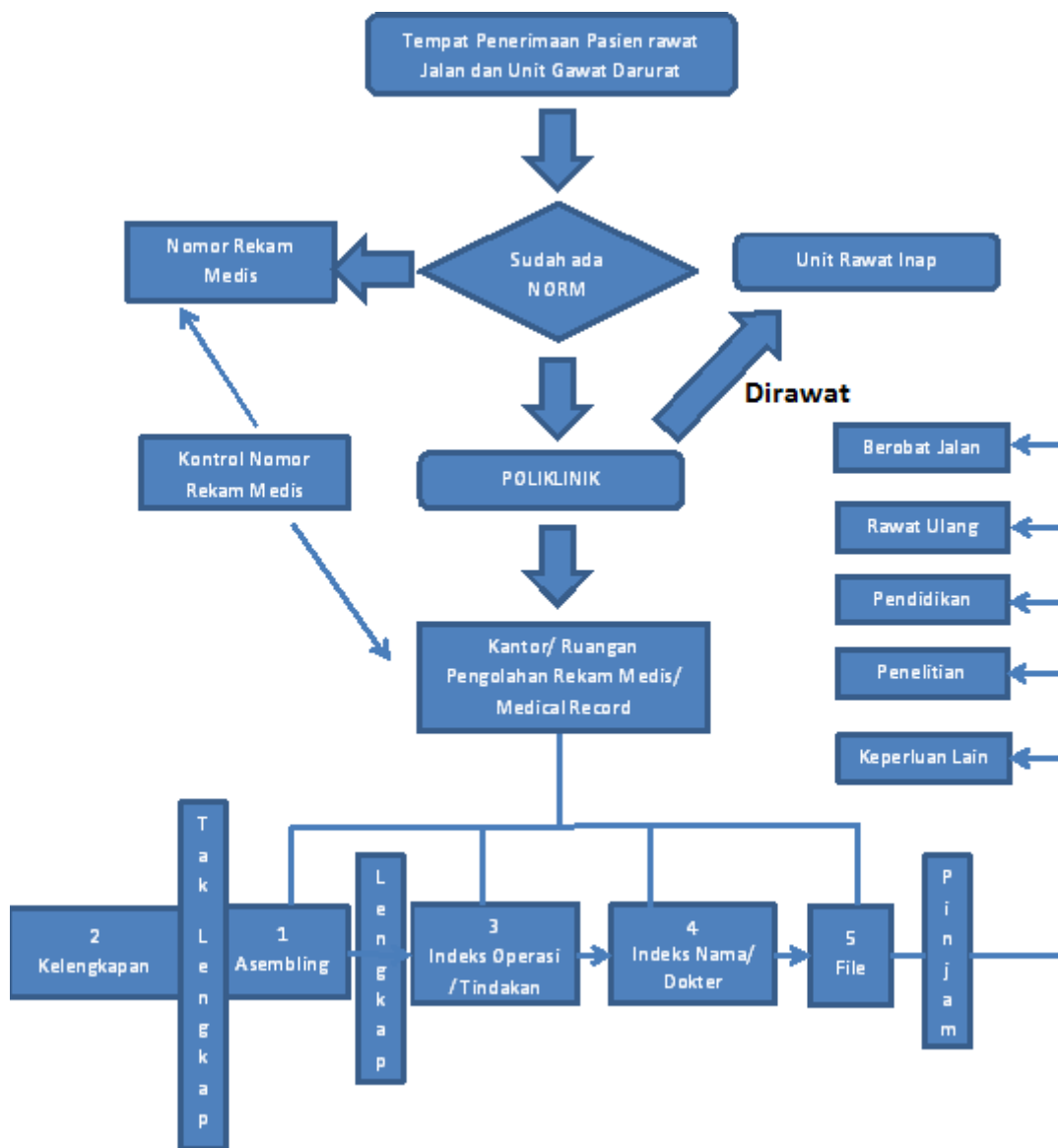
- 7) Petugas poliklinik (perawat/ bidan) akan membuat rekapitulasi harian pasien rawat jalan sesuai dengan kebutuhan data di pelayanan kesehatan tersebut.
- 8) Setelah pemberian pelayanan kesehatan di poliklinik selesai dilaksanakan, petugas poliklinik mengirimkan seluruh berkas rekam medis pasien rawat jalan dan rekapitulasi pasien rawat jalan ke Instalasi Rekam Medis paling lambat 1 jam sebelum berakhir jam kerja.
- 9) Petugas rekam medis memeriksa kelengkapan pengisian rekam medis dan untuk yang belum lengkap segera diupayakan kelengkapannya.
- 10) Petugas rekam medis mengolah rekam medis yang sudah lengkap, *assembling* dan *coding*, kemudian data tersebut dimasukkan ke dalam indeks penyakit, indeks operasi, indeks dokter, indeks kematian sesuai dengan diagnosa/ kode penyakit.
- 11) Petugas rekam medis akan membuat rekapitulasi setiap akhir bulan untuk membuat laporan dan statistik rumah sakit.
- 12) Setelah selesai diolah, rekam medis disimpan berdasarkan sistem penjajaran dan penyimpanan yang berlaku di pelayanan kesehatan tersebut.

2. Alur dan Prosedur Rekam Medis Rawat Inap

Pasien masuk rawat inap dapat melalui rawat jalan/ gawat darurat/ kamar bersalin. Adapun alur rekam medis rawat inap sebagai berikut :

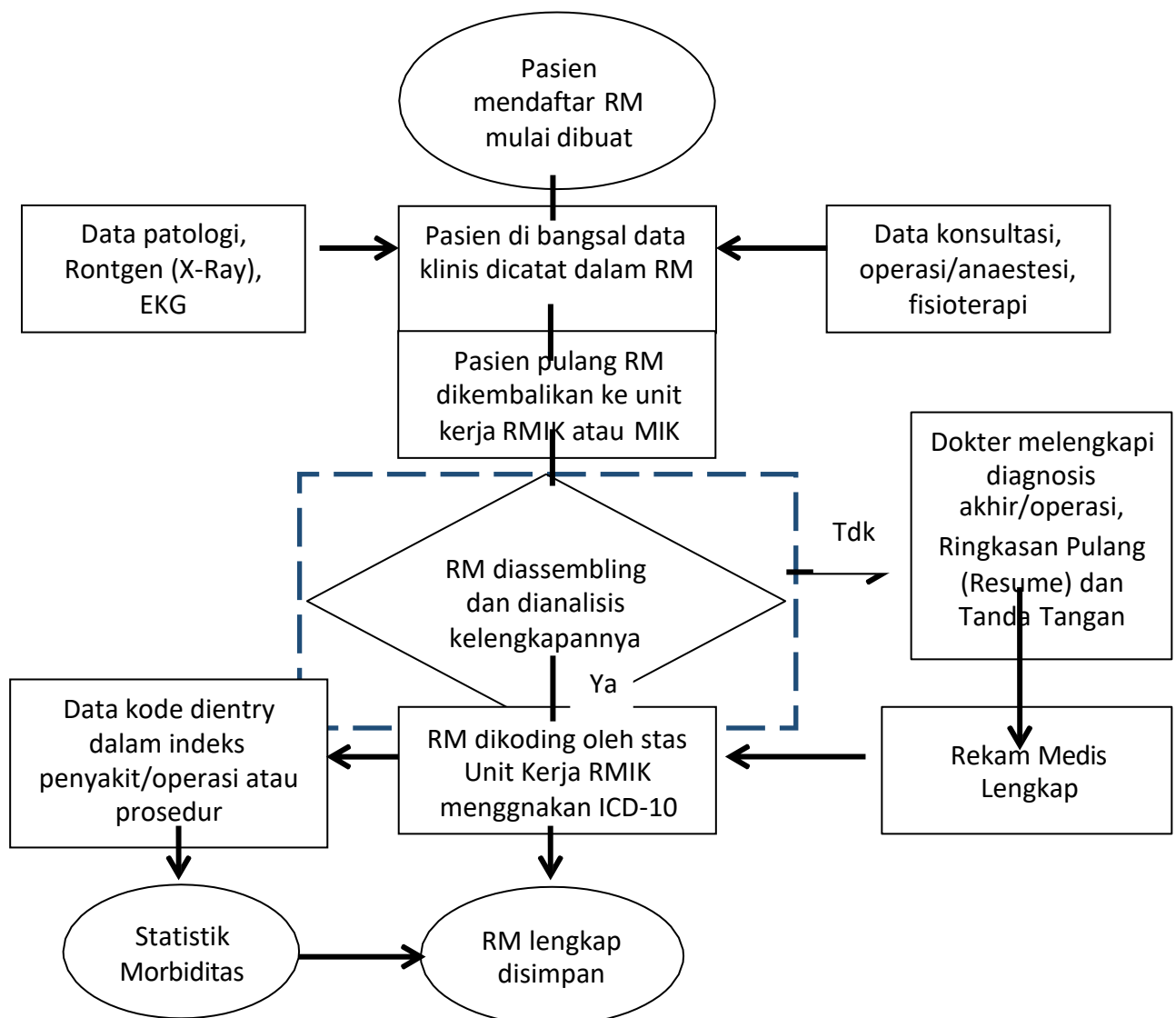
- a. Pasien yang perlu perawatan akan diberikan surat pengantar rawat dari dokter gawat darurat/ poliklinik/ kamar bersalin.
- b. Untuk pasien yang membawa rujukan terlebih dahulu akan diperiksa oleh dokter baik dokter gawat darurat/ dokter spesialis yang ada di rumah sakit.
- c. Apabila tempat tidur diruang rawat inap tersebut penuh, maka dokter akan membuat surat rujukan ke rumah sakit terdekat. Bila tempat tidur tersebut tersedia maka petugas pendaftaran rawat inap akan melakukan registrasi rawat inap yang berisi tanggal dan bulan, nomor urut, nomor rekam medis, nama pasien, alamat lengkap, umur sesuai jenis kelamin, cara penerimaan pasien, asal pasien, nama ruang rawat, kelas perawatan, keterangan pindah *intern* pelayanan/ kelas rumah sakit, keterangan dipindahkan *intern* rumah sakit, tanggal dan jam keluar (h+m) dan cara pembayaran, baik secara manual maupun komputerisasi.
- d. Apabila berlaku sistem uang muka, khusus pasien non PNS dan dianggap mampu, pihak keluarga pasien diminta menghubungi bagian keuangan/ kasir rawat inap untuk membayar uang muka sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- e. Petugas pendaftaran menyiapkan rekam medis pasien dan gelang pasien dipasangkan sebelum pasien ke ruang perawatan.
- f. Perawat poliklinik/ gawat darurat/ kamar bersalin menghubungi ruang perawatan, mengirimkan pasien ke ruang perawatan bersama rekam medis dan dokumen lainnya yang diperlukan dalam lanjutan perawatan pasien.

- g. Pasien diterima dokter ruangan dan perawat ruang mencatat ke dalam buku register pelayanan rawat inap.
- h. Dokter ruangan dan perawat akan mencatat asesmen awal pasien rawat inap dan keperawatan. Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) sebagai *Clinical Leader* bertugas untuk melakukan pencatatan asesmen asuhan pasien, pelaksanaan pelayanan, perkembangan pasien dalam Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) baik dokter, keperawatan, dietisien, apoteker, dan profesional pemberi asuhan lainnya, serta menandatangani pencatatan CPPT dengan menggunakan metode *Subjective Objective Assessment Planning* (SOAP).
- i. Selama diruang perawatan, perawat atau bidan menambah lembaran-lembaran rekam medis sesuai dengan layanan yang dibutuhkan.
- j. Perawat/ bidan berkewajiban membuat sensus harian rawat inap yang memberikan gambaran mutasi pasien mulai dari jam 00.00 sampai dengan jam 24.00. Sensus harian dibuat rangkap tiga, untuk ruang perawatan, pendaftaran, dan instalasi rekam medis. Pengiriman sensus jam 08.00 hari berikutnya. Sensus harian ini dapat berupa manual maupun elektronik.
- k. Petugas ruangan (perawat/ bidan) memeriksa kelengkapan rekam medis sebelum diserahkan ke Instalasi Rekam Medis.
- l. Setelah pasien keluar dari rumah sakit, berkas rekam medis pasien segera dikembalikan dalam waktu 24 jam setelah pasien keluar secara lengkap dan benar bersamaan dengan sensus harian rawat inap.
- m. Petugas rekam medis akan mengolah berkas rekam medis yang sudah lengkap, melewati proses *assembling* (perakitan), *coding* (pemberian kode penyakit berdasarkan ICD 10 dan kode tindakan berdasarkan ICD9CM), membuat indeks penyakit, indeks tindakan, indeks dokter, indeks kematian, analisis kuantitatif rekam medis, hingga penyimpanan rekam medis sesuai sistem penjajaran yang berlaku.
- n. Data yang diterima diolah untuk membuat laporan dan statistik rumah sakit.
- o. Petugas rekam medis akan mengeluarkan berkas rekam medis untuk keperluan pasien berobat ulang atau keperluan lain. Dari setiap permintaan pasien tersebut harus menggunakan formulir peminjaman rekam medis pasien, serta lama peminjaman harus diatur dalam kebijakan rekam medis.



Gambar 1.13
Alur rekam medis pasien

Alur pasien dan rekam medis di atas belum menjadi standar baku untuk pelaksanaan rekam medis di rumah sakit, untuk itu kemungkinan beberapa rumah sakit di Indonesia akan memiliki kebijakan masing-masing dalam hal tersebut. WHO menetapkan alur data pasien mulai pasien mendaftar sampai dengan rekam medis disimpan kembali dalam keadaan lengkap dapat dilihat pada Gambar 1.14 berikut ini.



Gambar 1.14

Alur Data mulai Pasien Masuk sampai dengan RM disimpan
(sumber: WHO, 2006)

C. IDENTIFIKASI PASIEN

Setelah Anda memahami alur dan prosedur pasien serta alur dan prosedur rekam medis, selanjutnya yang perlu Anda pahami adalah bagaimana cara mengidentifikasi pasien. Setiap pasien yang mendapat pelayanan di institusi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas dan lainnya membutuhkan identitas pasien yang jelas. Pertama kali pasien datang yang kita sebut sebagai pasien baru merupakan awal pengambilan data pasien. Data ini akan diperbarui bila ada perubahan pada kedatangan berikutnya. Tujuannya agar mendapatkan data yang benar yang merupakan spesifikasi pasien tersebut sebagai pembeda

pasien yang satu dengan lainnya, serta untuk keperluan medis dan keuangan. Lalu, apa sajakah isi rekam medis yang perlu untuk Anda identifikasi sebagai rekam medik, berikut penjelasannya.

Dalam 'rekaman kertas' ataupun 'komputerisasi', isi rekam medis dibagi menjadi dua jenis data, yaitu data administratif dan data klinis. Isi (data/ informasi) rekam medis dipengaruhi oleh bentuk pelayanan kesehatan, bentuk klasifikasi jenis pelayanan (umum atau khusus), serta bentuk status kepemilikan sarana pelayanan kesehatan (swasta atau pemerintah pusat/daerah). Mari kita pelajari masing-masing isi rekam medis tersebut.

1. Data Administratif

Data administratif mencakup data demografi, keluarga terdekat, keuangan, serta informasi tertulis lain yang berhubungan dengan pasien seperti surat persetujuan, surat kuasa, dan sebagainya yang membutuhkan pernyataan persetujuan atau penolakan dari pasien. Dalam pelayanan kesehatan, informasi demografi diperlukan untuk mengisi informasi dasar identitas diri pasien dan bersifat permanen. Informasi ini ditulis dalam lembaran **ringkasan riwayat klinik** untuk pasien rawat jalan, lembaran pertama rekam kesehatan **ringkasan masuk dan keluar** untuk pasien rawat inap. Berikut ini adalah cakupan informasi yang terdapat pada data administratif:

a. Data Demografi

Isi data demografi ini bersifat permanen dan setidaknya berisi informasi yang memadai yang mampu mengenal identitas pasien secara unik harus mengandung informasi sebagai berikut:

- 1) Nama lengkap pasien yang rinci menjelaskan nama keluarga yaitu nama ayah/ suami/ marga. Tuliskan nama keluarga, beri tanda koma, kemudian nama sendiri. Artinya semua nama dimuka tanda koma adalah nama keluarga. Hal ini sebagai penyamaran identitas pasien dari pihak yang tidak berwenang namun untuk memanggil nama pasien disesuaikan dengan kebiasaan yang diinginkan. Harus dipastikan bahwa penulisan nama harus dengan ejaan yang tepat dan sesuai penulisan identitas penduduk yang berlaku formal untuk cara penulisan semua kartu pengenal resmi di negara yang bersangkutan.
- 2) Nomor
 - a) Nomor identitas pasien; nomor KTP/ Paspor,
 - b) Nomor Rekam Medis/ Kesehatan pasien adalah nomor yang digunakan sebagai identitas pasien selama berobat di RS tersebut, selain sebagai identitas juga berguna untuk meretrieve (mengambil kembali) suatu rekam medis (yang menerapkan hanya satu nomor rekam medis digunakan selama pasien berobat di RS tersebut),
 - c) Nomor kartu keikutsertaan asuransi,
 - d) Nomor registrasi rumah sakit yaitu nomor registrasi pelayanannya berdasarkan urutan tahunan (terpisah dari nomor rekam medis yang unit numbering).

- 3) Alamat lengkap pasien (nama jalan/ gang, nomor rumah, wilayah, kota yg dihuni saat ini dan kode pos bila diketahui) dan nomor telepon pasien.
- 4) Tanggal lahir pasien (tanggal, bulan, tahun) dan kota tempat kelahiran.
- 5) Jenis kelamin (perempuan atau laki-laki).
- 6) Status pernikahan (sendiri, janda, duda, cerai).
- 7) Pendidikan.
- 8) Pekerjaan.
- 9) Golongan Darah (jika ada).

b. Data Keluarga

Nama, alamat, dan nomor telepon keluarga terdekat yang sewaktu-waktu dapat dihubungi.

c. Data Keuangan

Biasanya dikaitkan dengan asuransi. Beberapa sarana kesehatan ada yang mencantumkan biaya perawatan pada lembar ringkasan masuk dan keluar, tetapi bukan menjadi suatu keharusan.

d. Identifikasi Fasilitas

- 1) Nomor fasilitas pelayanan kesehatan
Setiap fasilitas pelayanan kesehatan akan memperoleh nomor yang diberikan setelah memperoleh ijin operasional. Nomor ini digunakan untuk identifikasi fasilitas pelayanan kesehatan bila mengirim laporan dan sebagai pembeda dengan fasilitas pelayanan kesehatan lain.
- 2) Logo dan nama fasilitas pelayanan kesehatan
Logo dan nama merupakan satu kesatuan yang digunakan pada bangunan, alat, surat, formulir dan produk yang merupakan milik dari fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.
- 3) Alamat fasilitas pelayanan kesehatan
Alamat seperti juga nama dan logo fasilitas pelayanan kesehatan digunakan pada bangunan, alat, surat, formulir dan produk yang merupakan milik dari fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.
- 4) Tanggal dan waktu terdaftar
Tanggal dan waktu yang terdaftar di tempat penerimaan pasien rawat inap/ rawat jalan/ Gawat Darurat.

e. Data Administratif Lainnya

- 1) Persetujuan umum (*General Consent*) merupakan data yang menjelaskan bahwa pasien telah menerima penjelasan hak dan kewajiban pasien selama dirawat.
- 2) Persetujuan atau penolakan tindakan/ operasi merupakan data pernyataan yang telah mendapat penjelasan tentang perawatan, pengobatan dan tindakan (*consent*).

- 3) Pemberian edukasi dan informasi
- 4) Surat permintaan henti rawat inap
- 5) Surat kuasa: data pemberian kuasa, dan lain-lain.

Data ini terkait dengan pasien atau keluarga, digunakan untuk kepentingan administratif, regulasi, operasional pelayanan kesehatan dan penggantian biaya pengobatan.

2. Data Klinis

Pada dasarnya data klinis diartikan sebagai data hasil pemeriksaan, pengobatan, dan perawatan yang dilakukan oleh praktisi kesehatan dan penunjang medis terhadap pasien rawat inap maupun rawat jalan (termasuk darurat). Data klinis yang terakumulasi dalam rekam medis merupakan basis data yang dibedakan dalam jenis data yang diinginkan dan fungsi kegunaannya sehingga menghasilkan beragam data atau informasi.

Semua keluaran dan formulir pemeriksaan menghasilkan data klinis, kecuali tentang izin, otorisasi (pemberian hak kuasa) dan pernyataan yang dikategorikan sebagai data administratif. Setiap masukan data klinis wajib mencantumkan nama lengkap tenaga kesehatan dan penunjang medis terkait serta tanggal pemberian pelayanan kesehatan terhadap pasien. Untuk lebih lengkapnya, penjelasan data klinis akan dibahas pada Bab III mengenai Sistem Pengolahan Data.

3. Pengisian Data Identifikasi Pasien Baru

Seperti yang pernah disebutkan sebelumnya, pasien yang pertama kali datang ke rumah sakit atau pelayanan kesehatan disebut sebagai pasien baru. Dalam melakukan identifikasi pasien baru, yang harus dilakukan oleh petugas pendaftaran adalah memberikan salam atau sapaan kemudian memulainya wawancara langsung dengan pasien atau yang mewakili. Wawancara yang dimaksud disini adalah memberi pertanyaan mengenai pelayanan yang dibutuhkan. Kemudian mengisi formulir pendaftaran pasien baru sesuai dengan data identitas pasien tersebut dengan lengkap berdasarkan identitas diri yang sah, dalam hal ini sesuai dengan KTP/ e KTP, SIM atau Paspor.

Identitas diri pasien baru terdiri dari nama lengkap pasien, tempat dan tanggal lahir, alamat lengkap dengan RT, RW, desa/kelurahan, kecamatan/ kota, nomor telepon, agama, status perkawinan, pendidikan terakhir, pekerjaan, kewarganegaraan, cara pembayaran, nama penanggung jawab. Data identitas diri ini diperbaharui setiap pasien berobat ke rumah sakit untuk mendapatkan data pasien.

4. Identitas Pasien Meninggal

Pada pasien yang meninggal di rumah sakit, sebelum dibawa ke ruang khusus (ruang jenazah) maka diberi identitas seperti pada gambar disamping. Label tersebut diikat/ dipasang pada ibu jari kaki. Pasien yang meninggal wajib ditempatkan di ruang jenazah minimal 2 jam sebelum dibawa oleh keluarganya.



LABEL IDENTITAS	
Nama Pasien	: _____
R.M/ Reg	: _____
Tgl Lahir	: _____
Jenis Kelamin	: <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
No.TT/ Kelas	: _____/_____
Tgl Masuk	: _____
Meninggal	: _____
Tanggal	: _____
Jam	: _____
Barang berharga, jika ada	: _____
Keterangan	: Kasus Polisi <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya "D.O.A" <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya

Gambar 1.15

Formulir Identifikasi Pasien Meninggal

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, silakan kerjakan latihan berikut!

- 1) Jelaskan alur pengumpulan data pasien!
- 2) Jelaskan alur berkas pasien!
- 3) Jelaskan tentang hal apa saja yang termasuk data administratif!
- 4) Jelaskan tentang isi dari alamat yang lengkap !
- 5) Praktekkan cara mengisi formulir identifikasi pasien baru
- 6) Praktekkan cara mengisi formulir identifikasi pasienmeninggal

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang

- 1) Alur pasien rawat jalan dan rawat inap
- 2) Data administratif

Topik 2

Sistem Penamaan Pasien

Para mahasiswa yang berbahagia, tahukah Anda mengapa sistem penamaan pasien perlu diatur? Pada dasarnya sistem penamaan perlu diatur untuk memberikan identitas kepada seorang pasien dan untuk membedakan antara satu pasien dengan pasien lainnya, sehingga memudahkan dalam memberikan pelayanan kesehatan sesuai asuhan yang dibutuhkan pasien. Penamaan merupakan keperluan dasar hingga dianggap perlu ditetapkan dengan sistem tersendiri.

Di negara barat penulisan nama pasien sangat mudah dilakukan karena mereka sudah memiliki patokan yang baku/ standar dengan nama keluarga = *family name* = *surename* yang diikuti oleh nama sendiri = *first name*. Di Indonesia tidak demikian karena kita terdiri dari banyak suku bangsa serta kultur yang heterogen. Oleh karena itu, penamaan harus dilakukan secara luwes, karena sebetulnya nama hanyalah satu identitas yang membedakan pasien yang satu dengan yang lainnya disamping tanggal lahir/ umur, alamat dan nomor rekam medis pasien.

Pada saat kita menerima pasien baru maka kita akan mengumpulkan data identitas pasien diantaranya nama pasien. Nama pasien yang terdapat di formulir pasien baru akan dimasukkan ke dalam indeks pasien. Adapun tata cara penulisan nama pasien di fasilitas pelayanan kesehatan yang perlu diperhatikan adalah:

1. Nama pasien sendiri yang terdiri dari satu suku kata atau lebih,
2. Penulisan nama sesuai denganKTP/ e-KTP/ SIM/ Paspor/ identitas lainnya yang masih berlaku,
3. Untuk kesegaraman penulisan nama pasien digunakan ejaan baru yang disempurnakan dengan menggunakan huruf cetak,
4. Pencantuman gelar ditulis dibagian belakang nama,
5. Perkataan Tuan, Bapak, saudara TIDAK dicantumkan dalam penulisan nama pasien,
6. Apabila pasien berkewarganegaraan asing maka penulisan namanya harus disesuaikan dengan parpor yang berlaku di Indonesia,
7. Bila seorang bayi yang baru lahir hingga saat pulang belum mempunyai nama, maka penulisan namanya adalah Bayi Ny xxx.

Penulisan nama pasien harus tercantum dalam pedoman penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit, sehingga aturan ini juga diketahui oleh unit-unit terkait lainnya yang ada di rumah sakit. Karena penulisan nama pasien tidak hanya berlaku di rekam medis pasien tapi juga mengikuti pelayanan lainnya sehingga ada penyeragaman dalam penulisan nama pasien baik dengan cara manual (tulis tangan) maupun dalam bentuk lebel/barkot yang sudah tercetak, yang berlaku di rumah sakit.

Pada topik ini, akan dibahas mengenai sistem penamaan pasien. Dimulai dari bagaimana cara penulisan nama dengan penulisan nama langsung dan penulisan nama dengan nama keluarga. Mari kita pelajari.

A. PENULISAN DENGAN NAMA LANGSUNG

Menulis nama sesuai dengan nama pasien itu sendiri. Perlu diperhatikan bahwa dalam penulisan nama ini :Nama minimal 2 kata. Bila nama hanya 1 kata maka di tambahkan dengan nama suami bila telah kawin atau nama ayah bila belum kawin.

Contoh :

1. Aminah
Aminah Sulaiman :sebelum kawin menggunakan nama ayah Sulaiman
Aminah Kurniawan: sesudah kawin menggunakan nama suami Kurniawan
2. Siti Rohayati
Tidak ditambahkan lagi nama ayah/ suami karena telah terdiri dari 2 suku kata

B. PENULISAN DENGAN NAMA KELUARGA

Di bawah ini merupakan contoh penulisan nama pasien menggunakan nama keluarga berdasarkan asal negaranya.

1. Nama Orang Indonesia

- a. Mempunyai nama keluarga: Nama keluarga, Nama sendiri
Nama Pasien : Suwito Mangunkusastro
Penulisan nama : Mangunkusastro, Suwito
- b. Mempunyai nama majemuk
Nama Pasien : Sutopo Yuwono Soeharto
Penulisan nama : Soeharto, Sutopo Yuwono
- c. Mempunyai suku/ marga
Nama Pasien : Handam Harahap
Penulisan nama : Harahap, Handam
- d. Nama wanita dibedakan yang telah kawin dan belum dengan Nn., Ny.
dibelakang nama
Nama Pasien : Ny.Hartini Suropto
Penulisan nama : Suropto, Hartini (Ny.)
- e. Nama anak-anak diberi tanda An.
Nama Pasien : An. Siti Aminah Abdullah
Penulisan nama : Abdullah, Siti Aminah (An.)
- f. Nama pria ditambah Tn.
Nama Pasien : Tn Yuwono Sutopo
Penulisan nama : Sutopo, Yuwono (Tn.)

2. Nama Orang Eropa :

- a. Nama Pasien : John Kennedy
Penulisan nama : Kennedy, John

- b. Nama Pasien : Albert van der Molen
Penulisan nama : Molen, Albert van der

3. Nama Orang Arab:

- a. Nama Pasien : Akhmad Albar
Penulisan nama : Albar, Akhmad
- b. Nama Pasien : Muhammad Nafidz Ihsan Abdullah bin Idris
Penulisan nama : Idris, Muhammad Nafidz Ihsan Abdullah bin

4. Nama Orang India, Jepang, Thailand

- a. Nama Pasien : Mahatma Gandhi
Penulisan nama : Gandhi, Mahatma
- b. Nama Pasien : SaburoKabayashi
Penulisan nama : Kabayashi, Saburo
- c. Nama Pasien : Charoom Rataranatsin
Penulisan nama : Rataranatsin, Charoom

5. Nama Orang China, Korea, Vietnam

- a. Nama Pasien : Tan Po Guan
Penulisan nama : Tan Po Guan
- b. Nama Pasien : Robert Lim
Penulisan nama : Lim, Robert
- c. Nama Pasien : Kim Ill Sung
Penulisan nama : Kim Ill Sung
- d. Nama Pasien : Trinh Van Dang
Penulisan nama : Trinh Van Dang

C. PENULISAN NAMA LAINNYA

Berikutnya merupakan contoh penulisan nama lainnya, seperti nama baptis, gelar haji, gelar bangsawan, gelar keserjanaan, serta pangkat dan jabatan tidak termasuk gelar.

1. Nama baptis (Kristen) dan gelar Haji merupakan bagian dari nama .

- a. Nama Pasien : Fransiscus Xaverius Suhardjo
Penulisan nama : Suhardjo, Fransiscus Xaverius
- b. Nama Pasien : Haji Amir Makhmud
Penulisan nama : Makhmud, H. Amir

2. Gelar-gelar

- a. Gelar bangsawan merupakan bagian dari nama = nama baptis/ haji.
- 1) Nama Pasien : RA. KartiniBuwono
Penulisan nama : Buwono, RA. Kartini
 - 2) Nama Pasien : Andi Lala Fahrizal
Penulisan nama : Fahrizal, Andi Lala
 - 3) Nama Pasien : Sir Stanford Raffles
Penulisan nama : Raffles, Sir Stanford
- b. Gelar yang dipakai di Sumatera Barat merupakan bagian dari nama tidak sama dengan gelar yang di atas.
- 1) Nama Pasien : Rusli Datuk Tumenggung
Penulisan nama : Rusli, Datuk Tumenggung
 - 2) Nama Pasien : Syamsuddin Sutan Bendaharo
Penulisan nama : Syamsuddin, Sutan Bendaharo
- c. Gelar Kesarjanaan
- 1) Nama Pasien : Sumarno Notonegoro, SH
Penulisan nama : Notonegoro, Sumarno (SH)
 - 2) Nama Pasien : KRT.Sumantri Partokusumo, MSc
Penulisan nama : Partokusumo, KRT. Sumantri (MSc)
- d. Pangkat dan Jabatan tidak termasuk gelar
- 1) Nama Pasien : Mayor Sutopo Laksmono
Penulisan nama : Laksmono, Sutopo (Mayor)
 - 2) Nama Pasien : Gubernur Ali Sadikin
Penulisan nama : Ali Sadikin (Gubernur)

D. PETUNJUK SILANG

Penulisan nama pasien yang sesuai dengan KTP/ SIM / PASPOR, diharapkan satu pasien hanya memiliki satu nomor di rumah sakit/ puskesmas. Apabila seorang pasien memiliki lebih dari satu nomor rekam medis, maka berkas rekam medis nomor tersebut harus digabungkan menjadi satu nomor. Nomor yang digunakan adalah nomor rekam medis yang pertama. Tetapi sebelum digabungkan harus terlebih dahulu dicocokkan data tanggal lahir, alamat, serta identitas lain apakah benar-benar sesuai antara keduanya.

Contoh penggabungan nomor

Nama Pasien : Alyani Khairunnahda

Nomor Rekam Medis 1 : 00-01-12-52 Nomor Rekam Medis 2 : 00-05-45-09

Setelah digabung menjadi :

Nomor Rekam Medis 1 : 00-01-12-52 → Alyani Khairunnahda

Nomor Rekam Medis 2 : 00-05-45-09 → Lihan nomor 00-01-12-52

Glosarium

Alur	Proses suatu kegiatan yang berurutan dari awal sampai akhir kegiatan
Analisis Kuantitatif	Cara melakukan analisis dengan cara mengamati dan mengumpulkan data secara kontinyu
Barkot	Suatu penandaan yang menggunakan media elektronik, dicetak dan ditempel pada tempat yang sudah disediakan
Data Administratif	Data -data identitas yang berguna untuk administrasi
Data Klinis	Data-data yang didapat dalam pelayanan kesehatan mulai dari pemeriksaan fisik, diagnostik dan penunjang pelayanan kesehatan lainnya
Diet	Pengaturan gizi seseorang terkait dengan perawatan penyakit yang diderita pasien
e KTP	elektronik kartu tanda penduduk
ICD 10	<i>International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem</i> digunakan untuk mencari kode penyakit pasien
ICD 9CM	<i>International Classification of Disease 9th Revision Clinical Modification Sixth Edition</i> digunakan untuk mencari kode tindakan/ prosedur pasien
Identifikasi	Data-data yang menjadi ciri pasien
Keluarga Terdekat	Keluarga kandung/ inti pasien
KIUP	Kartu Indeks Utama Pasien
Klinik	Pelayanan kesehatan yang menangani pasien-pasien rawat jalan
MIUP	Master Indeks Utama pasien Istilah lain dari Indeks Utama Pasien
Morfologi	Kode untuk pasien kanker
Neoplasm	Jenis penyakit kanker
NORM	Nomor Rekam Medis
Observasi	Pengamatan secara langsung
PASPOR	Dokumen resmi yang memuat identitas pemegangnya dan berlaku untuk melakukan perjalanan antar negara
Prosedur	Langka-langkah melakukan suatu proses kegiatan
Registrasi	Pengumpulan data pasien yang mendaftar berobat untuk rawat jalan atau rawat inap di rumah sakit/ puskesmas
SIM	Surat Ijin Mengemudi
SOAP	Metode pencatatan rekam medis pasien
Tracer	Pengganti rekam medis yang keluar dari rak penyimpanan
Uang muka	Pembayaran diawal perawatan
Visit	Kunjungan dokter ke pasien rawat inap
Wawancara	Metoda pengumpulan data dengan bertanya kepada pihak yang Dimaksud

Daftar Kepustakaan

- Departemen Kesehatan, 1997, *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*, Jakarta: Dirjen. Pelayanan Medik.
- Departemen Kesehatan, 2005, *Buku Petunjuk Pengisian, Pengolahan dan Penyajian Data Rumah Sakit*, Jakarta: Dirjen. Pelayanan Medik.
- Huffman, Edna K., 1994, *Health Information Management, 10th ed.* Chicago: Physicians Record Co.
- International Federation of Health Information Management Associations, 2012, Education Module for Health Record Practice, Module 2 - Patient Identification, Registration and the Master Patient Index.*
- Johns, Merida L., 2003, *Health Information Management Technology*, Chicago, Illionis: AHIMA
- KARS, 2016, *Dokumen Rekam Medis Dalam Konteks Akreditasi Rumah Sakit.*
- Skurka, Margaret A., 2003, *Health Information Management, 5th ed*, San Fransisco: Jossey-Bass, A Wiley Imprint.
- WHO, 2006, *Manual Medical Records for Developing Countries.*

BAB II

REGISTRASI PENDAFTARAN DAN PELAYANAN PASIEN



Gambar 2.1
Ruang Pendaftaran Pasien

PENDAHULUAN

Pernahkah Anda mengunjungi rumah sakit, klinik, atau praktik dokter? Kebanyakan dari kita pasti pernah mengunjunginya dengan tujuan yang beragam. Ada yang datang karena ingin mengobati penyakit yang diderita, adapula yang datang karena ingin menjenguk keluarga atau kerabat yang sedang dirawat. Oleh sebab itu, tentunya bukan menjadi hal yang baru lagi pembahasan kita kali ini yaitu mengenai pelayanan kesehatan, baik itu pelayanan di rumah sakit, klinik, atau praktik dokter.

Ketika Anda mengunjungi rumah sakit untuk pertama kali, tentu yang akan Anda temui adalah bagian pendaftaran pasien. Pelaksanaan pendaftaran pasien ini merupakan satu diantara tugas Anda sebagai Perkam Medis dan Infomasi Kesehatan. Mengapa? Karena tempat pendaftaran merupakan bagian dari unit rekam medis. Rekam medis merupakan dokumen permanen dan legal yang harus mengandung isian yang cukup lengkap tentang identitas pasien, kepastian diagnosa dan terapi, serta merekam semua hasil yang terjadi. Rekam medis yang telah ditata dengan rapi dan lengkap merupakan berkas yang layak untuk dimanfaatkan bagi pasien, dokter, atau yang memiliki keperluan pada masa selanjutnya. Rekam medis ini disimpan dan dijajar pada rak khusus dengan sistem tertentu hingga mudah untuk mengambilnya kembali bila diperlukan. Pelayanan rekam medis berawal di tempat pendaftaran pasien (*front office*), dimana pasien melakukan registrasi. Bagian pendaftaran inilah yang menjadi cerminan pelayanan rumah sakit yang ramah dan nyaman.

Saat ini perkembangan registrasi pendaftaran sudah semakin maju, sudah ada beberapa rumah sakit yang menyediakan pelayanan registrasi pendaftaran *online*. Sistem ini memudahkan pasien rawat jalan mendaftar untuk mendapatkan pelayanan di rumah sakit. Pasien tidak perlu datang langsung ke rumah sakit untuk mendapatkan nomor antrian, pasien hanya cukup mendaftar melalui website RS lalu mengisi data-data yang dibutuhkan dan memilih jadwal kunjungan yang diinginkan serta memilih dokter. Pada intinya, dengan sistem ini pasien membuat janji dengan dokter yang ada di rumah sakit sehingga akan mengurangi antrian di rumah sakit dan memperjelas waktu pelayanan. Pasien tidak perlu antri berjam-jam sejak pagi karena sudah mendapatkan jam pelayanan yang sudah ditentukan. Pasien hanya perlu datang tepat waktu sesuai dengan yang dipilih dan membawa berkas-berkas administrasi yang dibutuhkan serta bukti pendaftaran yang telah di unduh. Sangat mudah bukan! Saat ini perkembangan teknologi sangat luar biasa, namun Anda perlu memahami konsep registrasi pendaftaran secara manual sehingga saat perlu berkembang kearah yang lebih maju, anda mempunyai dasar atau konsep pemikiran yang kuat tentang registrasi pendaftaran dan pelayanan pasien.

Dalam bab ini, Anda akan mempelajari pendaftaran dan pelayanan pasien baik rawat jalan/ gawat darurat dan rawat inap. Setelah mempelajari bab ini, Anda diharapkan mampu menjelaskantentang jenis registrasi baik ditempat pendaftaran dan pelayanan yang ada di rumah sakit baik rawat jalan/ gawat darurat maupun rawat inap. Setiap topik registrasi secara khusus dijelaskan tentang pengertian, tujuan, kegunaan, dan penanggung jawab registrasi disertai cara pengisian registrasi.

Berdasarkan “Buku Petunjuk Pengisian, Pengolahan dan Penyajian Data Rumah Sakit” (2005), buku registrasiakan dibuat untuk jangka waktu 1 tahun, dimulai dari 1 Januari s.d 31 Desember setiap tahunnya. Buku registrasi disimpan sebagai alat kontrol agar tidak terjadi pemberian nomor ganda pada satu pasien yang sama, atau sebaliknya satu nomor digunakan untuk dua pasien yang berbeda. Contoh- contoh buku registrasi, sebagai berikut:

1. Registrasi Pasien Rawat Jalan
2. Registrasi Pelayanan Pasien Rawat Jalan
3. Registrasi Pasien Rawat Inap
4. Registrasi Pelayanan Pasien Rawat Inap
5. Registrasi Pembedahan
6. Registrasi Persalinan dan Abortus
7. Registrasi Tindakan, Pelayanan / Radiodiagnostik dan Radioterapi
8. Registrasi Penerimaan Spesimen Pasien
9. Registrasi Kegiatan Pemeriksaan Laboratorium
10. Registrasi Kegiatan Farmasi Rumah Sakit
11. Registrasi Pelayanan Pasien Rawat Inap Jiwa dan Napza
12. Registrasi Kegiatan Program Bayi tabung
13. Registrasi Rujukan Dokter Ahli/ Dokter Ahli Asing & Tenaga Asing Lainnya
14. Registrasi Kunjungan Rumah

Materi dalam bab ini meliputi:

1. Registrasi Rawat Jalan/ Gawat Darurat.
2. Registrasi Pelayanan Rawat Jalan/ Gawat Darurat.
3. Registrasi Rawat Inap.
4. Registrasi Pelayanan Rawat Inap.

Topik 1

Registrasi Pendaftaran dan Pelayanan Rawat Jalan/ Gawat Darurat

Para mahasiswa, pernahkah Anda mendengar tentang registrasi? Registrasi merupakan suatu pengumpulan data identifikasi pasien yang berupa data administrasi dalam rekam medis. Registrasi yang benar akan memudahkan pengolahan dalam menghitung jumlah pengunjung, jenis pengunjung, dan cara pembayaran. Berdasarkan data awal yang diperoleh dari registrasi ini, pimpinan rumah sakit akan memperoleh berapa jumlah pengunjung baru dan lama setiap hari, setiap bulan maupun setiap tahun yang diperlukan dalam pengambilan keputusan, serta mengetahui persentase baik jumlah pasien yang bayar sendiri maupun menggunakan jaminan kesehatan nasional atau asuransi swasta.

Rumah sakit/ pelayanan kesehatan dapat melakukan proses registrasi dalam dua cara, yaitu manual dan elektronik. Registrasi secara manual dilakukan dengan menggunakan buku register, sedangkan registrasi secara elektronik dilakukan dengan memasukkan data pasien ke *software* registrasi yang telah tersedia. Media elektronik ini memberikan kemudahan dalam penyajian dan pengolahan data dibandingkan secara manual.

Dalam bab ini, Anda akan mempelajari tentang registrasi pasien dan pelayanan pasien rawat jalan/ gawat darurat. Registrasi pasien rawat jalan dilaksanakan di tempat pendaftaran pasien rawat jalan, sedangkan registrasi pelayanan rawat jalan dibuat di setiap klinik pelayanan seperti klinik anak, klinik penyakit dalam, klinik kebidanan, dan sebagainya. Registrasi di Unit Gawat Darurat (UGD) atau Instalasi gawat darurat (IGD) merupakan bagian dari pelayanan rawat jalan sehingga dapat disamakan dengan registrasi Pelayanan Rawat Jalan dengan menambah beberapa data yang hanya ada di UGD.

A. REGISTRASI PENDAFTARAN PASIEN RAWAT JALAN

Registrasi pendaftaran rawat jalan dapat dilakukan secara manual dan elektronik, seperti yang telah disebutkan sebelumnya, dalam melakukan registrasi manual maka petugas Rekam Medis menggunakan buku untuk menyimpan data pasien. Buku tersebut disebut buku register. Buku Register adalah Buku catatan atau daftar (nama dan lain-lain) yg disusun secara sistematis dan urut abjad (Badudu). Register juga merupakan alat penyimpan yang memfasilitasi kemudahan dan ketepatan pengambilan kembali data. Buku register dibuat untuk meregistrasi setiap pasien rawat jalan yang mendaftar di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (TP2RJ), baik pengunjung baru maupun pengunjung lama. Pengunjung baru adalah pengunjung yang baru pertama kali mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit atau pelayanan kesehatan, sedangkan pengunjung lama adalah pengunjung yang sudah pernah mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit atau pelayanan kesehatan tersebut.

1. Tujuan Registrasi Pendaftaran Rawat Jalan

- a. Untuk memperoleh informasi mengenai jenis pengunjung, cara pembayaran dari setiap pasien rawat jalan yang mendaftar melalui TP2RJ
- b. Sebagai acuan langkah-langkah pelaksanaan penerimaan pasien baru dan lama.

2. Kegunaan Registrasi Pendaftaran Rawat Jalan

- a. Untuk mengetahui jumlah pengunjung baru dan lama yang berobat jalan ke rumah sakit sebagai dasar pembuatan laporan RL5.
- b. Sebagai arsip TP2RJ yang harus disimpan pada unit Rekam Medis Rumah Sakit.

3. Tanggung Jawab Pelaksanaan

- a. Kepala TP2RJ bertanggung jawab atas kegiatan pengisian Buku Register Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (petugas RM).
- b. Petugas yang ditunjuk oleh Kepala TP2RJ melaksanakan pengisian Buku Register sesuai dengan petunjuk yang telah ditetapkan.
- c. Buku register disediakan oleh unit Rekam Medis Rumah Sakit.

4. Hal-Hal Penting dalam Membuat Registrasi Pendaftaran

- a. Pasien yang baru pertama kali datang di rumah sakit atau klinik terkait disebut sebagai **pasien baru**. Akan tetapi, petugas tetap harus bertanya pada pasien apakah pasien sudah pernah terlayani di rumah sakit terkait, serta dicek dalam daftar file rekam medis untuk menghindari dibuatkannya **rekam medis ganda** kepada pasien.
- b. Bila **pasien murni pasien baru**, informasi identitas ditulis di lembar pertama rekam medis baru, biasanya di atas kertas karbon NCR agar tersedia sejumlah tembusan yang cukup untuk berbagai keperluan. Kepada pasien diberi nomor rekam medis. Berdasarkan IFHIMA (2012) pasien yang sudah registrasi sebagai pasien baru, diberi nomor urut di lembar Registrasi Pasien Masuk yang minimal memuat data nomor registrasi, nomor rekam medis, nama pasien, tanggal, dokter/klinik yang dituju, sedangkan untuk kepentingan unit keuangan ditambahkan cara pembayaran.
- c. Bila **pasien sebagai pengunjung lama dan sudah memiliki rekam medis**, informasi identitas dicek melalui **Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP)** yang ada, dan bila ada data yang diubah maka perubahan harus dimutakhirkan di KIUP. Bila sudah melakukan registrasi dengan media elektronik/ komputer maka KIUP tidak dibuat karena secara langsung/ otomatis tercipta menjadi Daftar Indeks Utama Pasien (DIUP).

5. Tabel Registrasi Pendaftaran Rawat Jalan

Berdasarkan “Buku Petunjuk Pengisian, Pengolahan dan Penyajian Data Rumah Sakit” (2005), registrasi pasien rawat jalan dapat dilihat pada tabel 2.2. Tabel ini bisa Anda gunakan sebagai acuan dalam menyusun elemen data yang digunakan dalam registrasi pasien.

6. Cara pengisian Tabel Register Pendaftaran Pasien Rawat Jalan

Berikut cara pengisian Tabel Register Pasien Rawat Jalan :

- a. **No. Urut:** diisi dengan nomor urutan pendaftaran pasien yang pertama mendaftar sampai akhir pelayanan pada hari tersebut.
- b. **Tgl/ Bulan:** diisi dengan tanggal dan bulan pasien tersebut mendaftar untuk mendapatkan pelayanan rawat jalan.
- c. **No. RM:** diisi dengan nomor rekam medis pasien.
- d. **Nama:** diisi dengan nama lengkap pasien sesuai dengan KTP/ identitas lainnya dengan menggunakan sistem penamaan sesuai kebijakan RS
- e. **Alamat:** diisi dengan alamat lengkap pasien sesuai dengan alamat saat ini yang terdiri dari nama jalan, nomor rumah, RT/RW, Kelurahan, Kecamatan, Wilayah, Propinsi. Alamat bisa tidak sesuai dengan yang ada di KTP/ identitas lainnya.
- f. **Pekerjaan:** diisi dengan pekerjaan pasien antara lain Karyawan Swasta, PNS, Ibu Rumah Tangga, Pelajar, Mahasiswa
- g. **Agama:** diisi dengan agama yang dianut pasien antara lain islam, kristen, katolik, budha, hindu.
- h. **Pendidikan:** diisi dengan pendidikan terakhir pasien antara lain SD, SMP, SMA, D1, D2, D3, D4, S1, S2, S3.
- i. **Umur:** Umur (L), diisi dengan umur pasien yang sesuai dengan tanggal lahir, bulan dan tahun pasien dengan jenis kelamin laki-laki. Umur (P), diisi dengan umur pasien yang sesuai dengan tanggal lahir, bulan dan tahun pasien dengan jenis kelamin perempuan.
- j. **Jenis Pengunjung** terdiri dari:
 - 1) Baru : Diberi tanda “v” bila pasien adalah pengunjung baru.
 - 2) Lama : Diberi tanda “v” bila pasien adalah pengunjung lama.
- k. **Cara Pembayaran**, diisi dengan:
 - 1) Bila pasien Membayar sendiri/ cash.
 - 2) Bila pasien menggunakan BPJS.
 - 3) Asuransi lain (dapat dirinci sesuai dengan asuransi lain yang bekerjasama dengan rumah sakit).
 - 4) Kontrak (perusahaan yang bekerjasama dengan rumah sakit).
 - 5) Lainnya (bila diperlukan).
 - 6) Keringanan (bila pasien membayar sendiri dengan mendapat potongan biaya).
 - 7) Gratis terdiri dari:
 - (a) Relasi: bila pasien merupakan relasi dari pimpinan rumah sakit.
 - (b) Tidak mampu: bila pasien tidak mampu yang menggunakan Kartu Jakarta Sehat/ Kartu lainnya yang sejenis.
- l. **Keterangan:** diisi dengan hal-hal yang dianggap penting yang belum ada pada kolom sebelumnya.

7. Instrumen Register Rawat Jalan

Instrumen atau alat yang digunakan dalam proses kegiatan pendaftaran rawat jalan adalah

- a. Formulir Pendaftaran Pasien Baru
- b. Kartu Berobat
- c. Formulir Ringkasan Klinik
- d. Jadwal Praktek Dokter
- e. Map Rekam Medis
- f. Formulir Catatan Terintegrasi
- g. Daftar Asuransi yang bekerjasama dengan RS
- h. ATK

B. REGISTRASI PELAYANAN PASIEN RAWAT JALAN

Tujuan utama pelayanan kesehatan rumah sakit adalah pelayanan pasien. Penyediaan pelayanan yang paling sesuai di suatu rumah sakit untuk mendukung dan merespon terhadap kebutuhan pasien. Proses pelayanan pasien bersifat dinamis dan melibatkan banyak praktisi pelayanan kesehatan dan dapat melibatkan berbagai unit kerja yang berlainan. Pengintegrasian dan koordinasi aktivitas pelayanan pasien menjadi tujuan agar menghasilkan proses pelayanan yang efisien, penggunaan yang lebih efektif sumber daya manusia dan sumber daya lain, dan kemungkinan hasil pelayanan pasien yang lebih baik. Pelayanan rawat jalan yang diberikan kepada pasien dikumpulkan dalam suatu registrasi yaitu Registrasi Pelayanan Rawat Jalan.

Buku Register ini dibuat di unit rawat jalan (poliklinik) pada masing-masing Unit Pelayanan Fungsional (UPF) bagi setiap pasien rawat jalan yang dilayani baik pengunjung baru maupun pengunjung lama. Contoh UPF: klinik anak, klinik bedah, UGD, dll. Perlu Anda bedakan antara kunjungan lama dengan kunjungan baru. Kunjungan baru adalah kunjungan pasien yang pertamakali pada suatu klinik di rumah sakit atau pelayanan kesehatan tertentu, sedangkan kunjungan lama adalah kunjungan pasien yang kedua kali atau berikutnya pada suatu klinik di rumah sakit atau pelayanan kesehatan tertentu. Hal penting lainnya yang perlu Anda ketahui adalah membedakan antara kasus baru dan kasus lama. Kasus baru adalah kondisi/ diagnosa yang baru didiagnosa pada klinik tertentu, sedangkan Kasus lama adalah kondisi/ diagnosa yang berulang didiagnosa pada klinik tertentu.

1. Tujuan Registrasi Pelayanan Rawat Jalan

Untuk memperoleh informasi mengenai identitas pasien, cara kunjungan, asal pasien, keadaan pasien, cara pembayaran dari setiap pasien rawat jalan yang dilayani, di masing-masing UPF/ Unit Pelayanan.

2. Kegunaan Registrasi Pelayanan Rawat Jalan

- a. Untuk mengetahui beban kerja Unit Rawat Jalan masing-masing UPF termasuk Unit Gawat Darurat.

- b. Untuk mengetahui kunjungan baru dan jumlah kunjungan masing-masing poliklinik, serta menjadi dasar pembuatan laporan kegiatan Unit Rawat Jalan.
- c. Untuk mengetahui cara pembayaran pasien rawat jalan dan sebagai dasar pembuatan laporan tentang tingkat pemanfaatan rumah sakit oleh masyarakat.
- d. Sebagai arsip Unit Rawat Jalan/ poliklinik yang harus selalu disimpan di setiap Unit Rawat Jalan/ poliklinik.

3. Tanggung Jawab Pelaksanaan

- a. Kepala Perawat pada masing-masing poliklinik bertanggung jawab dalam pengisian Buku Register Pelayanan Pasien Rawat Jalan.
- b. Perawat/ Bidan yang ditunjuk oleh Kepala Perawat Poliklinik melaksanakan pengisian buku register sesuai petunjuk yang telah ditetapkan.
- c. Buku Register ini disediakan oleh Bidang Perawatan sesuai dengan format yang telah ditetapkan.

4. Tabel Register Pelayanan Pasien Rawat Jalan

Berdasarkan “Buku Petunjuk Pengisian, Pengolahan dan Penyajian Data Rumah Sakit” (2005), registrasi pelayanan pasien rawat jalan dapat Anda lihat pada Tabel 2.3. Tabel ini dapat Anda gunakan sebagai acuan dalam menyusun elemen data yang digunakan dalam registrasi pelayanan pasien.

5. Cara Pengisian Tabel Register Pelayanan Rawat Jalan

Berikut cara pengisian Tabel Register Pelayanan Pasien Rawat Jalan :

- a. Kolom1; **No Urut**, diisi dengan nomor urutan pendaftaran pasien yang pertama mendaftar pada hari tersebut sampai akhir pelayanan pada hari tersebut
- b. Kolom 2; **Tgl/ Bulan**, diisi dengan tanggal dan bulan pasien tersebut mendaftar untuk mendapatkan pelayanan kesehatan
- c. Kolom 3; **Nomor Rekam Medis**, diisi dengan nomor rekam medis pasien tersebut
- d. Kolom 4; **Nama**, diisi dengan nama lengkap pasien sesuai dengan KTP/ identitas lainnya dengan menggunakan sistem penamaan sesuai kebijakan RS
- e. Kolom 5; **Alamat Lengkap**, diisi dengan Alamat lengkap pasien sesuai dengan alamat saat ini yang terdiri dari nama jalan, nomor rumah, RT/RW, Kelurahan, Kecamatan, Wilayah, Propinsi . Bisa tidak sesuai dengan KTP/ identitas lainnya
- f. Kolom **umur** terdiri dari:
 - 1) Kolom 6; Umur (L) , diisi dengan Umur pasien yang sesuai dengan Tanggal lahir, bulan dan tahun pasien dilahirkan dengan jenis kelamin laki-laki
 - 2) Kolom 7; Umur (P) , diisi dengan Umur pasien yang sesuai dengan Tanggal lahir, bulan dan tahun pasien dilahirkan dengan jenis kelamin perempuan
- g. Kolom 8; **Pekerjaan**, diisi dengan pekerjaan pasien antara lain Karyawan Swasta, PNS, Ibu Rumah Tangga, Pelajar, Mahasiswa
- h. Kolom **Cara kunjungan ke rumah sakit**, dapat diisi dengan memilih bagaimana pasien datang ke RS antara lain :
 - 1) Kolom 9; datang sendiri,
 - 2) Kolom 10; Dikirim oleh dokter/ dokter spesialis,
 - 3) Kolom 11;
 - 4) Kolom 12; Rujukan Puskesmas,
 - 5) Kolom 13; Rujukan RS konsul rawat jalan,
 - 6) Kolom 14; Lain-lain diisi dengan hal-hal yang dianggap penting yang belum ada pada kolom sebelumnya.
- i. Kolom **Jenis Kunjungan** terdiri dari:
 - 1) Kolom 15; , Diberi tAnda (v)Bila pasien adalah kunjungan baru
 - 2) Kolom 16; Diberi tAnda (v)Bila pasien adalah Kunjungan lama
- j. Kolom **Tindak lanjut Pelayanan** diisi dengan tindak lanjut sesudah pasien dilayani, terdiri dari :
 - 1) Kolom 17; Diberi tAnda (v)Bila pasien dirawat,
 - 2) Kolom 18; Diberi tAnda (v) Bila dirujuk
 - 3) Kolom 19 ; Diberi tAnda (v)Bila; pulang
- k. Kolom 20; **Bila pasien meninggal** Sebelum dirawat, diisi dengan Diberi tAnda (v) bila terjadi, bila tidak (-)
- l. Kolom 21; bila pasien saat Datang Sudah Meninggal, diisi dengan Diberi tAnda (v) bila terjadi, bila tidak (-)

- m. Kolom 22; **Diagnosa**, diisi dengan diagnosa yang diberikan dokter untuk kasus pasien tersebut
- n. Pada kolom **Kasus**, diisi dengan Diberi tAnda (√):
 - 1) Kolom 24; Kasus pasien baru (belum pernah berobat di klinik tersebut) atau
 - 2) Kolom 25; kasus lama.
- o. Kolom 26; **Penyebab Luar/ Kecelakaan**, diisi dengan penyebab luar sesuai aturan ICD -10
- p. Kolom 27; **Morfologi, Neoplasm**, diisi dengan penyebab luar sesuai aturan ICD -10
- q. Kolom 28; **Terapi Obat**, Oral, Perianal, diisi sesuai dengan catatan rekam medis pasien pada saat itu
- r. Cara **Pembayaran** terdiri dari:
 - 1) Kolom 29; bila pasien Membayar sendiri/ cash
 - 2) Kolom 30: BPJS,
 - 3) Kolom 31; **Asuransi lain** (dapat dirinci sesuai dengan asuransi lain yang bekerjasama dengan RS),
 - 4) Kolom 32; **kontrak** (perusahaan yang bekerjasama dengan RS),
 - 5) Kolom 33; lainnya (bila diperlukan)
 - 6) Kolom 34; **keringanan** bila pasien membayar sendiri dengan mendapat potongan biaya
 - 7) Kolom pembayaran **Gratis** terdiri dari:
 - Kolom 35; Relasi; bila pasien merupakan relasi dari pimpinan rumah sakit
 - Kolom 36; Tidak mampu; bila pasien tidak mampu yang menggunakan Kartu Jakarta Sehat/ Kartu lainnya yang sejenis

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Buatlah Registrasi Pendaftaran pasien rawat jalan dari soal di bawah ini menggunakan tabel 2.1
- 2) Buatlah Registrasi Pelayanan klinik Penyakit Dalam dari soal di bawah ini dengan menggunakan tabel 2.2

Soal Registrasi Pendaftaran Rawat Jalan dan Pelayanan Klinik Penyakit Dalam Tanggal Registrasi 2 Februari 2015, semua pasien ke klinik penyakit dalam

Topik 2

Registrasi Pendaftaran dan Pelayanan Pasien Rawat Inap

Jika pada pembahasan sebelumnya Anda telah mempelajari registrasi pendaftaran dan pelayanan rawat jalan dan gawat darurat, pada topik ini Anda akan mempelajari bagaimana proses registrasi pendaftaran dan pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit. Ruang inap terbagi menjadi pelayanan ruang rawat anak, ruang rawat penyakit dalam, ruang rawat kebidanan dan lain-lain. Apa yang membedakan antara registrasi rawat jalan dan rawat inap? Mari kita pelajari bersama.

A. REGISTRASI PENDAFTARAN PASIEN RAWAT INAP

Buku ini dibuat untuk meregistrasi setiap pasien rawat inap yang mendaftar di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Inap (TP2RI). Untuk pasien rawat inap tidak ada dibedakan atas pengunjung baru dan lama, kunjungan baru dan lama maupun kasus baru dan lama. Tetapi dibutuhkan informasi terkait cara penerimaan pasien dan asal pasien serta mobilisasi pasien selama dirawat (perpindahan pasien)

1. Tujuan Registrasi Pendaftaran Rawat Inap

Untuk memperoleh informasi semua pasien yang dirawat (masuk, pindah ruang rawat dan keluar rumah sakit) sehingga informasi dari pasien yang bersangkutan dapat bermanfaat untuk rumah sakit maupun pasien.

2. Kegunaan Registrasi Pendaftaran Rawat Inap

- a. Merupakan catatan yang digunakan untuk memonitor keadaan pasien masuk setiap hari ke Ruang Rawat inap, Pindahan Intern Rumah Sakit sampai pasien tersebut keluar rumah sakit yang dirincikan jenis pelayanan yang ada.
- b. Mengetahui tempat tidur yang belum terisi pada masing-masing ruang rawat inap agar memudahkan penempatan pasien yang akan masuk rumah sakit.
- c. Mengetahui ruangan tempat seorang pasien dirawat, serta untuk mengetahui apakah seorang pasien masih dirawat atau sudah pulang.
- d. Merupakan data dasar dari jumlah pasien yang ada diruang rawat inap yang perlu dicatat dan dilaporkan setiap hari ke Unit Rekam Medis yang angkanya akan di cek silang (*cross check*) dengan sensus harian yang dibuat masing-masing ruang rawat inap.
- e. Merupakan catatan yang selalu berada ditempat penerimaan pasien rawat inap dan dipakai selama 24 jam.

3. Tanggung Jawab Pelaksanaan

- a. Kepala TP2RI bertanggung jawab dalam pengisian Buku Register P2RI.
- b. Petugas yang ditunjuk oleh Kepala TP2RI melaksanakan pengisian Buku Register sesuai petunjuk yang telah ditetapkan.(Rekam Medis)
- c. Buku Register disediakan oleh unit Rekam Medis.

4. Tabel Register Pendaftaran Pasien Rawat Inap

Berdasarkan Buku petunjuk pengisian, pengolahan dan penyajian data rumah sakit, 2005, Registrasi pendaftaran pasien rawat inap dapat Anda lihat pada tabel 2.5. Tabel ini dapat Anda gunakan sebagai acuan dalam menyusun elemen data yang digunakan dalam registrasi pendaftaran pasien rawat inap.

5. Cara Pengisian Tabel Register Pendaftaran Rawat Inap

Berikut cara pengisian tabel register pendaftaran rawat inap :

- a. Kolom 1: **Tgl/ Bulan**, diisi dengan tanggal dan bulan pasien tersebut mendaftar untuk mendapatkan pelayanan rawat inap
- b. Kolom 2: **No Urut**, diisi dengan nomor urutan pendaftaran pasien rawat yang pertama mendaftar pada hari tersebut sampai akhir pelayanan pada hari tersebut
- c. Kolom 3; **Nomor Rekam Medis**, diisi dengan nomor rekam medis pasien tersebut
- d. Kolom 4; **Nama**, diisi dengan nama lengkap pasien sesuai dengan KTP/ identitas lainnya dengan menggunakan sistem penamaan sesuai kebijakan RS
- e. Kolom 5; **Alamat Lengkap**, diisi dengan Alamat lengkap pasien sesuai dengan alamat saat ini yang terdiri dari nama jalan, nomor rumah, RT/RW, Kelurahan, Kecamatan, Wilayah, Propinsi . Alamat bisa tidak sesuai dengan yang ada di KTP/ identitas lainnya
- f. Kolom **umur** terdiri dari:
 - 1) Kolom 6; Umur (L) , diisi dengan Umur pasien yang sesuai dengan Tanggal lahir, bulan dan tahun pasien dilahirkan dengan jenis kelamin laki-laki
 - 2) Kolom 7; Umur (P) , diisi dengan Umur pasien yang sesuai dengan Tanggal lahir, bulan dan tahun pasien dilahirkan dengan jenis kelamin perempuan
- g. Kolom **Cara penerimaan pasien**, diisi dengan cara pasien masuk ke rawat inap (dengan memberi tanda v pada kolom yang sesuai pasien):
 - 1) Kolom 8; bila pasien masuk dari Instalasi Gawat Darurat
 - 2) Kolom 9; bila masuk dari Unit Rawat Jalan/ poliklinik
 - 3) Kolom 10; bila masuk dari TP2RI
- h. Kolom **Asal Pasien**, diisi dengan diisi dengan:
 - 1) Kolom 11; bila pasien datang sendiri
 - 2) Kolom 12; bila pasien datang dengan membawa rujukan dari pukesmas
 - 3) Kolom 13; bila pasien datang dengan membawa rujukan dari dr Spesialis
 - 4) Kolom 14; diisi bila pasien datang dengan membawa rujukan dari RS lain
 - 5) Kolom 15; diisi rujukan lainnya yang tidak tercantum dalam kolom yang tersedia
- i. Kolom 16;**Nama Ruang Rawat**, diisi dengan nama ruang perawatan pasien
- j. Kolom 17; **Kelas Perawatan**, diisi dengan kelas perawatan yang dipakai pasien
- k. Kolom **Pindah intern RS dari**, diisi dengan menuliskan :
 - 1) Kolom 18; diisi nama ruang rawat inap sebelumnya
 - 2) Kolom 19; diisi kelas perawatan pasien sebelumnya
 - 3) Kolom 20; diisi dengan tanggal pindah pasien
- l. Kolom **Dipindahkan intern RS ke**, diisi dengan menuliskan :
 - 1) Kolom 21; diisi nama ruang rawat inap yang baru
 - 2) Kolom 22; diisi kelas perawatan pasien diruang yang baru
 - 3) Kolom 23; diisi dengan tanggal pindah ke ruang yang baru

- m. Kolom 24;**Tanggal dan Jam keluar (H+M)**, diisi dengan menulis tanggal dan jam keluar pasien baik hidup maupun meninggal
- n. **Cara Pembayaran**, diisi dengan:
 - 1) Kolom 25; bila pasien Membayar sendiri/ cash
 - 2) Kolom 26; BPJS,
 - 3) Kolom 27; Asuransi lain (dapat dirinci sesuai dengan asuransi lain yang bekerjasama dengan RS),
 - 4) Kolom 28: kontrak (perusahaan yang bekerjasama dengan RS),
 - 5) Kolom 29: lainnya (bila diperlukan)
 - 6) Kolom 30;keringanan bila pasien membayar sendiri dengan mendapat potongan biaya
 - 7) Kolom pembayaran Gratis terdiri dari:
 - Kolom 31; Relasi; bila pasien merupakan relasi dari pimpinan rumah sakit
 - Kolom 32; Tidak mampu; bila pasien tidak mampu yang menggunakan Kartu Jakarta Sehat/ Kartu lainnya yang sejenis

6. Instrumen Yang Dibutuhkan Dalam Registrasi Pendaftaran Pasien Rawat Inap

- a. Daftar Harga Kamar Perkelas
- b. Daftar Harga Tindakan Perkelas
- c. Daftar Tempat Tidur yang kosong dan terpakai
- d. Daftar asuransi yang bekerjasama untuk perawatan rawat inap
- e. Formulir General Consent
- f. Formulir Ringkasan Masuk dan Keluar
- g. Catatan Terintergrasi
- h. Formulir Edukasi
- i. Formulir pindah kamar
- j. Kelengkapan Formulir masuk rawat berdasarkan kasus
- k. ATK

B. REGISTRASI PELAYANAN PASIEN RAWAT INAP

Buku ini dibuat untuk mencatat setiap pasien rawat inap yang dirawat pada suatu ruang rawat inap

1. Tujuan Registrasi Pelayanan Rawat Inap

Untuk memperoleh informasi semua pasien yang masuk dan keluar ruang rawat inap, agar mudah dilihat dan dapat digunakan pada setiap saat diperlukan.

2. Kegunaan Registrasi Pelayanan Rawat Inap

- a. Sebagai informasi tentang jumlah pasien yang masuk dan keluar setiap hari.
- b. Sebagai informasi untuk mengetahui beban ruang rawatinap.

- c. Sebagai arsip ruang rawat inap yang harus selalu disimpan pada ruang rawat inap bersangkutan.

3. Tanggung Jawab Pelaksanaan

- a. Kepala Perawat masing-masing Ruang Rawat inap bertanggung jawab dalam pengisian Buku Register.
- b. Perawat/Bidan yang memutasikan pasien/petugas yang ditunjuk oleh Kepala Perawat Ruang Rawat inap melaksanakan pengisian Buku Register sesuai petunjuk yang telah ditetapkan.
- c. Buku register disediakan oleh Bidang Perawatan sesuai dengan format yang telah ditetapkan.

4. Tabel Register Pelayanan Pasien Rawat Inap

Berdasarkan Buku petunjuk pengisian, pengolahan dan penyajian data rumah sakit, 2005, Registrasi pelayanan pasien rawat inap dapat Anda lihat pada tabel 2.6. Tabel ini dapat Anda gunakan sebagai acuan dalam menyusun elemen data yang digunakan dalam registrasi pelayanan pasien rawat inap.

5. Cara Pengisian Tabel Register Pelayanan Rawat Inap

Berikut cara pengisian tabel register pendaftaran rawat jalan :

- a. Kolom 1: **Tgl/ Bulan**, diisi dengan tanggal dan bulan pasien tersebut mendaftar untuk mendapatkan pelayanan rawat inap
- b. Kolom 2: **No Urut**, diisi dengan nomor urutan pendaftaran pasien rawat yang pertama mendaftar pada hari tersebut sampai akhir pelayanan pada hari tersebut
- c. Kolom 3; **Nomor Rekam Medis**, diisi dengan nomor rekam medis pasien tersebut
- d. Kolom 4; **Nama**, diisi dengan nama lengkap pasien sesuai dengan KTP/ identitas lainnya dengan menggunakan sistem penamaan sesuai kebijakan RS
- e. Kolom 5; **Alamat Lengkap**, diisi dengan Alamat lengkap pasien sesuai dengan alamat saat ini yang terdiri dari nama jalan, nomor rumah, RT/RW, Kelurahan, Kecamatan, Wilayah, Propinsi . Alamat bisa tidak sesuai dengan yang ada di KTP/ identitas lainnya
- f. Kolom **umur** terdiri dari:
 - 1) Kolom 6; Umur (L) , diisi dengan Umur pasien yang sesuai dengan Tanggal lahir, bulan dan tahun pasien dilahirkan dengan jenis kelamin laki-laki
 - 2) Kolom 7; Umur (P) , diisi dengan Umur pasien yang sesuai dengan Tanggal lahir, bulan dan tahun pasien dilahirkan dengan jenis kelamin perempuan
- g. Kolom 8; **Kelas Perawatan**, diisi dengan kelas perawatan yang dipakai pasien
- h. Kolom **Cara Pasien Masuk RS**, diisi dengan cara pasien masuk ke rawat inap (dengan memberi tanda \surd pada kolom yang sesuai pasien):
 - 1) Kolom 9; bila pasien masuk dari Instalasi Gawat Darurat
 - 2) Kolom 10; bila masuk dari Unit Rawat Jalan/ poliklinik
 - 3) Kolom 11; bila masuk dari TP2RI
 - 4) Kolom 12; bila pasien langsung rawat inap
- i. Kolom **Pindah intern RS dari**, diisi dengan :
 - 1) Kolom 13; diisi nama ruang rawat inap sebelumnya
 - 2) Kolom 14; diisi kelas perawatan pasien sebelumnya
 - 3) Kolom 15; diisi dengan tanggal pindah pasien
- j. Kolom **Dipindahkan intern RS ke**, diisi dengan :
 - 1) Kolom 16; diisi nama ruang rawat inap yang baru
 - 2) Kolom 17; diisi kelas perawatan pasien diruang yang baru
 - 3) Kolom 18; diisi dengan tanggal pindah ke ruang yang baru
- h. Kolom 19; **Tanggal dan Jam keluar (H+M)**, diisi dengan menulis tanggal dan jam keluar pasien baik hidup maupun meninggal
- i. Kolom 20; **Diagnosa utama**, diisi dengan diagnosa utama pasien
- j. Kolom 21; **Komplikasi**, diisi dengan komplikasi lain dari penyakit pasien bila ada
- k. Kolom 22; **Sebab Luar kecelakaan**, diisi dengan sebab luar kecelakaan bila ada
- l. Kolom 23; **Tindakan/ operasi**, diisi dengan nama tindakan/ operasi pasien

- m. Kolom 24; **Tanggal Tindakan/operasi**, diisi dengan tanggal tindakan/ operasi pasien bila ada
- n. Kolom 25; **Dokter yang merawat**, diisi dengan nama dokter/ inisial dokter yang merawat/ DPJP
- n. Kolom **Cara Pasien Keluar RS**, diisi dengan pilihan ;
 - 1) Kolom 26; bila pasien Pulang
 - 2) Kolom 27; bila pasien ke RS lain yang lebih tinggi
 - 3) Kolom 28; bila pasien Pindah RS lain
 - 4) Kolom 29; bila pasien Pulang paksa
 - 5) Kolom 30; Lain-lain yang dianggap penting yang belum ada pada kolom sebelumnya
- o. Kolom **Keadaan Pasien keluar RS**, diisi dengan memberi ceklist (v) pada kolom keluar hidup;
 - 1) Kolom 31; bila pasien keluar hidup sembuh
 - 2) Kolom 32; bila pasien keluar hidup belum sembuh, Kolom keluar Mati/ Meninggal;
 - 1) Kolom 33; bila pasien meninggal dipilih < 48 jam
 - 2) Kolom 34; bila pasien meninggal > 48 jam
- p. **Cara Pembayaran**, diisi dengan:
 - 1) Kolom 35; bila pasien Membayar sendiri/ cash
 - 2) Kolom 36; BPJS,
 - 3) Kolom 37; Asuransi lain (dapat dirinci sesuai dengan asuransi lain yang bekerjasama dengan RS),
 - 4) Kolom 38: kontrak (perusahaan yang bekerjasama dengan RS),
 - 5) Kolom 39: lainnya (bila diperlukan)
 - 6) Kolom 40;keringanan bila pasien membayar sendiri dengan mendapat potongan biaya
 - 7) Kolom pembayaran Gratis terdiri dari:
 - Kolom 41; Relasi; bila pasien merupakan relasi dari pimpinan rumah sakit
 - Kolom 42; Tidak mampu; bila pasien tidak mampu yang menggunakan Kartu Jakarta Sehat/ Kartu lainnya yang sejenis.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Buatlah Registrasi Pendaftaran pasien rawat inap dari soal di bawah ini menggunakan tabel 2.3
- 2) Buatlah Registrasi Pelayanan rawat inap dari soal di bawah ini dengan menggunakan tabel 2.4

Glosarium

Asuransi lain	: Asuransi Swasta yang bekerjasama dengan RS
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan
DIUP	: Daftar Indeks Utama Pasien
DPJP	: Dokter Penanggung Jawab Pasien
ICD – 10	: <i>Internasional Classification Disease</i> ke 10
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
Kasus Baru	: Kasus penyakit yang baru pertama kali dikonsultasikan ke dokter di klinik tertentu
Kasus Lama	: Kasus penyakit yang sudah pernah dikonsultasikan ke dokter klinik tertentu
KIUP	: Kartu Indeks Utama Pasien
Kunjungan Baru	: Kunjungan dari Pasien yang baru pertama kali datang ke klinik untuk mendapatkan pelayanan kesehatan
Kontrak	: Perjanjian kerjasama perusahaan dengan RS
Kunjungan Lama	: Kunjungan dari Pasien yang sudah pernah datang ke klinik tertentu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan
<i>Middle Digit Filing System</i>	: Sistem penjajaran angka tengah
Register	: Catatan yang berisi kumpulan data-data
<i>Straight Numerical Filing System</i>	: Sistem penjajaran angka langsung
<i>Terminal Digit Filing System</i>	: Sistem penjajaran angka akhir
TPPRI	: Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Inap
TPPRJ	: Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan
UPF	: Unit Pelayanan Fungsional

Daftar Kepustakaan

Departemen Kesehatan, 1997, *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*, Jakarta: Dirjen. Pelayanan Medik.

Departemen Kesehatan, 2005, *Buku Petunjuk Pengisian, Pengolahan dan Penyajian Data Rumah Sakit*, Jakarta: Dirjen. Pelayanan Medik.

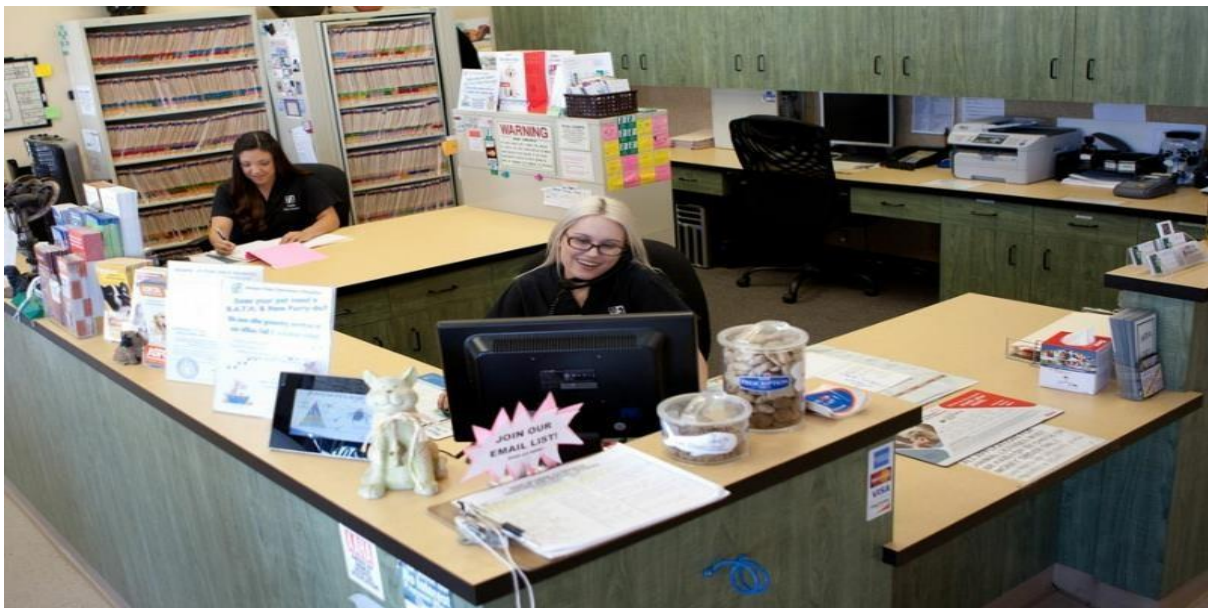
Hatta, Gemala R.,2008, *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*, Penerbit Universitas Indonesia.

Huffman, Edna K.,1994, *Health Information Management, 10th ed.*, Chicago: Physicians Record Co.

International Federation of Health Information Management Association, 2012, Education Module for Health Record Practice, Module 2 - Patient Identification, Registration and the Master Patient Index

Johns, Merida L., 2003, *Health Information Management Technology*, Chicago, Illionis: AHIMA.

Skurka, Margaret A.,2003, *Health Information Management, 5th ed.* , San Fransisco: Jossey-Bass, A Wiley Imprint



Gambar 2.7

Days Inn Nashville Saint Thomas West Hospital: Front Office

BAB III

SISTEM PENGOLAHAN DATA

PENDAHULUAN

Para mahasiswa, kualitas data selalu dimulai dari sumber data. Jika data yang dikumpulkan tidak benar dari awal proses, maka kesalahan data langsung tampil saat digunakan dalam proses pelayanan. Misalnya kesalahan pada saat menulis diagnosa masuk akan mengakibatkan kesalahan dalam penempatan pasien di ruang perawatan. Diperlukan koreksi informasi pertama kali pada butir-butir pengumpulan data. Pengumpulan data pasien pertama kali adalah saat melakukan registrasi, baik dirawat jalan ataupun ke fasilitas pelayanan lainnya dan tanggung jawab ini hanya pada satu area. Bila terdapat fasilitas pelayanan rumah sakit lebih besar maka registrasi dapat dilakukan diberbagai tempat. Selama proses registrasi, petugas rekam medis mempersiapkan registrasinya.

Butiran data yang dikumpulkan menjadi informasi pasien yang dibutuhkan untuk identifikasi, pengobatan, dan pembayaran pelayanan kesehatan. Hal tersebut merupakan langkah awal dari proses manajemen informasi kesehatan. Data-data yang ada akan dikumpulkan menggunakan format indeks yang dapat diolah menjadi laporan yang dibutuhkan dalam sarana pelayanan kesehatan. Dalam pelaksanaannya indeks dapat dilakukan dengan format manual maupun elektronik. Data yang terdapat didalam indeks akan disimpan secara permanen.

Materi dalam bab ini meliputi:

1. Indeks Utama pasien
2. Kartu Berobat Pasien
3. Indeks Penyakit
4. Indeks Tindakan
5. Indeks Kematian
6. Indeks Dokter

Topik 1

Pengolahan Data dengan Indeks Pasien

Indeks merupakan suatu petunjuk yang memberikan referensi kepada pengguna yang dapat digunakan untuk mengolah data. Indeks dapat dibuat dalam format manual (kertas) atau elektronik. Bentuk indeks yang digunakan dalam manajemen informasi kesehatan (MIK) ada beberapa jenis. Mari, kita pelajari lebih lanjut mengenai indeks pasien atau yang sering dikenal dengan istilah indeks utama pasien/ IUP.

A. INDEKS UTAMA PASIEN

Indeks pasien dalam format manual dibuat dalam bentuk kartu yang disebut Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP). Bila telah dibuat indeks pasien dengan media elektronik, maka lebih memudahkan penggunaannya dan tidak dibuat lagi kartu secara manual. Indeks ini merupakan kunci untuk mengetahui data identitas sosial pasien yang digunakan dalam pelayanan kesehatan. Indeks berfungsi sebagai referensi identitas utama pasien yang wajib dibuat dalam setiap bentuk pelayanan kesehatan (rumah sakit, puskesmas, klinik dan lain- lain) dan bersifat permanen.

Fungsi indeks amat terasa bagi pasien terutama saat pasien tersebut tidak membawa kartu berobat dengan alasan ketinggalan/ hilang. Sedangkan bagi kepentingan administratif , data sosial pasien berguna bagi manajemen. IUP, dibuat pada saat pertama kali pasien mendaftar di sarana pelayanan kesehatan, ini sudah pernah dibahas dalam modul 2 tentang registrasi pasien. Dalam perkembangan sistem teknologi informasi kesehatan rumah sakit sudah melakukan pendaftaran secara elektronik (on-line), namun demikian dalam akreditasi rumah sakit (2012), rumah sakit perlu memiliki *back up* data agar dapat digunakan dalam kondisi tertentu, sehingga indeks pasien dicetak sesuai kebijakan yang ada di sarana pelayanan kesehatan tersebut.

1. Pengertian Indeks Utama Pasien

Indeks Utama Pasien adalah daftar permanen yang mengandung nama semua pasien yang pernah terlayani di fasilitas kesehatan terkait (disebut juga: *patients' Index, Master Patient Index* atau *Master File*).

2. Kegunaan Indeks Utama Pasien

Indeks Utama Pasien adalah kunci petunjuk lokasi rekam medis pasien di dalam jajaran file, oleh karenanya IUP adalah satu diantara alat (tool) terpenting di unit kerja Rekam Medis , Klinik atau Pusat Kesehatan Masyarakat (puskesmas).

3. Tanggung Jawab Pelaksanaan

- a. Kepala TP2RJ bertanggung jawab atas kegiatan pengisian indeks utama pasien saat pasien mendaftar pertama kalinya di rumah sakit/ puskesmas

- b. Petugas yang ditunjuk oleh Kepala TP2RJ melaksanakan pengisian indeks pasien sesuai dengan petunjuk yang telah ditetapkan.
- c. Indeks Pasien diperbaharui bila ada perubahan setiap pasien datang ke pendaftaran.

4. Elemen Data Dalam Indeks Utama Pasien

Elemen data yang tertera pada indeks utama pasien bisa bervariasi antara setiap sarana pelayanan kesehatan, namun secara garis besar mencakup unsur :

- a. Nama lengkap adalah nama pasien yang melekat pada identitas diri pasien
- b. Alamat lengkap adalah alamat tinggal sesuai dengan KTP/ e KTP
- c. Nomor Rekam Medis adalah nomor yang sesuai dengan nomor yang digunakan untuk menjajar rekam medisnya.
- d. Tempat dan Tanggal lahir adalah tempat lahir, hari, bulan dan tahun kelahiran pasien (usia), bila pasien memiliki nama sama maka tanggal lahir bisa menjadi informasi tambahan untuk identifikasi nomor pasien dan untuk mencari berkasnya.
- e. Jenis Kelamin adalah jenis kelamin pasien laki-laki atau perempuan
- f. Nama orang tua adalah nama orangtua kandung pasien
- g. Informasi identifikasi lain yang dapat membantu menentukan identitas pasien adalah nama yang dapat mewakili pasien secara hukum/ nama diri ibu, surat jaminan sosial lain.

Tambahan informasi di bawah ini dapat disertakan di dalam indeks pasien:

- a. Tanggal masuk dan keluar rawat
- b. Hasil (hidup atau meninggal)
- c. Nama dokter yang merawat.

5. Model Indeks Utama Pasien

a. *Manual*

Indeks Utama Pasien berbentuk kartu yang dibuat secara manual untuk memudahkan penemuan kembali.

KARTU INDEKS UTAMA PASIEN			
PATIENT MASTER INDEX CARD			
MUNTHE Hasan		10-26-42	
Jl. Pinang No. 18 Rawamangun Jakarta Timur, 13220 Nama ayah: MUNTHE Tanggal masuk rawat pertama: 01-01-2001		Tgl. Lahir: 17-3-'59 Age: 40 Sex: L Pegawai Negeri SLTA	
Tgl. Masuk	Tgl. Keluar	Tgl. Masuk	Tgl. Keluar
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Gambar 3.1

Kartu indeks Utama pasien berbentuk kartu (tampak depan)

MUNTHE Hasan		10-26-42	
Jl. Pinang No. 18 Rawamangun, 13220		Tanggal Lahir: 17-3-59	
KTP: NO. 13786239		Kelamin: Laki	
Kunjungan ke 1: 18-03-2001		Wiraswasta	
R.Inap ke 1 _____		S1	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	

Gambar 3.2

Kartu indeks Utama pasien berbentuk kartu (tampak belakang)

b. Elektronik

Seperti disebutkan sebelumnya, indeks utama pasien dapat berupa elektronik. Dimana pada saat masuk ke rumah sakit, Petugas registrasi pendaftaran memasukkan database pasien baru dalam aplikasi sistem informasi di komputer. Jika pasien sudah pernah berobat ke rumah sakit, informasi pasien akan ditampilkan di layar komputer Register Pendaftaran kemudian memperbarui demografis atau informasi data pasien yang telah berubah sejak sebelumnya masuk atau berkunjung. Jika Pasien belum pernah ke rumah sakit sebelumnya, petugas pendaftaran mengumpulkan informasi demografis pasien dan sistem secara otomatis memberikan pendaftaran baru, atau nomor rekam medis, dan menyimpan informasi ini di dalamnya. Rekaman pelayanan pasien pada saat pasien keluar, tanggal pelayanan masuk ke sistem aplikasi, sehingga melengkapi data indeks utama pasien.

6. Informasi Dalam Indeks Utama Pasien

Informasi yang terdapat dalam Indeks utama pasien berupa identitas sosial yang digunakan untuk mencari nomor rekam medis pasien. Sedangkan informasi administrasi berupa usia, jenis kelamin, domisili pasien, pekerjaan dapat digunakan manajemen untuk menetapkan komunitas dan populasi pasiennya. Sehingga terbentuk komunikasi terbuka dan terpercaya antara pasien, keluarga dan rumah sakit.

7. Alur Indeks Utama Pasien

- a. Petugas pendaftaran akan membuat slip pendaftaran untuk semua pasien masuk rawat ke unit rekam medis secara harian.
- b. Dicek dalam *in-house file* sudah pernah dirawat/ belum (bila belum dibuat IUP).
- c. Setelah pasien pulang rawat, IUP diisi tgl keluar, bila pasien meninggal ditulis tinta warna merah.

8. Metoda Penjajaran (Methodes of Filing) IUP

Ada 3 Metode Penjajaran IUP, yaitu:

a. Alfabetis

IUP ditata dalam jajaran seperti lazimnya urutan kata dalam kamus, huruf abjad diurut berdasarkan nama keluarga(marga, nama pertama), yang diikuti oleh nama diri pasien, kemudian nama tengah (bila ada). Bila nama pasien nama keluarga sama disusun urutan abjad nama diri pasien. Bila nama diri juga sama, maka diurut menurut tanggal lahir, usia yang lebih tua diletakkan mendahului usia yang lebih muda. Bila nama keluarga dan nama diri ditulis dengan inisial, maka terapkan "Rule"file nothing before something". Contoh M.Hasan, cara penjajarannya diletakkan sebelum letak Mohamad Hasan. Nama majemuk atau disertai garis hyphen (-), maka nama dijajarkan huruf demi huruf sebagai satu kata. Contoh Ai-min akan dijajarkan A-I-M-I-N.

b. Phonetic (fonetik)

Pada sistem penjajaran atas dasar fonetik, IUP dijajarkan atas dasar huruf pertama dari nama keluarga, yang diikuti oleh lafal bukan oleh ejaan. Dengan demikian nama keluarga dengan lafal sama walau ejaan berbeda disatukan dalam jajaran yang sama.

Contoh : Smith P

Smyth P

Smythe P

5. Sistem fonetik "SOUNDEX" (SOUNDEX Phonetic System)

Satu diantara bentuk penjajaran fonetik (phonetic filing) yang dikembangkan oleh Remington Rand, Sistem SOUNDEX, alfabet Inggris, kecuali huruf hidup a,e,i,o dan u beserta huruf w,h dan y, yang tidak dikode, ada 6 huruf kunci dengan kode 3 digit angka yang sesuai sebagai berikut :

Huruf kunci	Nomor kode	Ekuivalens(setara)
b	1	p,f,v
c	2	s,k,g,j,q,x,z
d	3	T
l	4	Nihil
m	5	N
f	6	Nihil

Aturan SOUNDEX *filling* adalah :

- a. Huruf pertama dari nama keluarga tidak diberi kode, namun difungsikan sebagai PREFIX dari nomor kode tiga digit. Contoh menjajarkan nama Wong

W = Prefix, tidak dikode

O = huruf hidup, tidak dikode

N = 5 (huruf kunci)

G= 2 (ekuivalen dengan c)

- b. Bila satu nama keluarga terdiri dari huruf di luar tiga huruf yang terkode (w,h,y), maka ditambah angka nol (0) dibelakang huruf yang dimaksud sampai menjadi 3 digit.
Contoh nama Wong menjadi W-520
- c. Bila satu nama keluarga terdiri lebih dari tiga huruf yang berkode, yang dikode hanya 3 huruf yang didepan agar sesuai dengan kode 3 digits, huruf lainnya diabaikan saja. H-513 adalah kode untuk sebutan nama keluarga Hampton
- d. Ejaan nama yang tidak memiliki huruf yang dapat diberi kode diberi nomor kode O.
Contoh Liu dikode L-000
- e. Ejaan nama dengan 2 huruf kunci urutan yang setara seperti pada ejaan Dinwiddie, maka diberi kode sebagai satu huruf. Contoh Dinwiddie kode D-530
- f. Bila huruf kunci beserta huruf yang setara muncul bersamaan pada nama keluarga, maka dikode juga sebagai satu huruf. Huruf runtun setara dikode sebagai satu huruf.
Contoh Campbell dikode C-514
- g. Bila huruf yang mengikuti huruf pertama pada nama keluarga adalah huruf setara, huruf kedua jangan diberi kode. Contoh Schultz dikode S-432
- h. Bila huruf hidup a,e,i,o,u atau y dipisahkan oleh kata kunci yang sama, atau kata kunci yang setara maka masing-masing huruf tersebut dikode. Namun bila dipisah oleh huruf h atau w maka dipisahkan kata kuncinya atau satu kata kunci beserta kata setaranya dan yang dikode hanya kata kuncinya. Contoh Tsukuno di kode T-225. Sistem SOUNDEX tidak digunakan pada indeks pasien manual, namun sering digunakan pada sistem komputer.

9. Ukuran Format Indeks Utama Pasien

Bila indeks pasien dibuat dalam format manual maka kartu indeks dibuat ukuran umum adalah 3 x 5 inci (atau 7.5 x 12.5 cm), ukuran bisa berubah bergantung kepada kandungan informasi yang harus ada.

Mengingat bahwa indeks pasien adalah file permanen, maka kartu harus kuat tidak mudah rusak (robek, kucel). Tebal kertas akan mempengaruhi luas tempat file.

B. KARTU BEROBAT

Kartu berobat adalah kartu identitas pasien yang diserahkan kepada pasien untuk digunakan kembali bila datang berobat lagi yang isinya meliputi nomor rekam medis, nama, alamat dan umur pasien. Kartu berobat ini digunakan untuk memudahkan mencari berkas rekam medis pasien lama. Kartu berobat dapat terbuat dari kertas ataupun sudah tercetak dengan disain yang menarik seperti e KTP atau SIM, sehingga tidak luntur atau mudah robek.



Gambar 3.3
Kartu berobat

C. PENGKODEAN PENYAKIT DAN TINDAKAN

Koding klinis adalah fungsi terpenting dalam Manajemen informasi kesehatan. Koding adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data. Kegiatan koding dilakukan setelah perakitan dan analisis kelengkapan rekam medis. Kegiatan, tindakan serta diagnosis yang ada dalam rekam medis harus diberi kode dan selanjutnya diindeks agar memudahkan pelayanan pada penyajian informasi untuk menunjang fungsi perencanaan, manajemen dan riset dibidang kesehatan.

Kode Klasifikasi penyakit menggunakan Klasifikasi penyakit revisi 10 (ICD 10) yang kepanjangannya *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem* (ICD versi 10 edisi dua tahun terbit 2004) menggunakan kode kombinasi abjad dan angka (alpha numeric). Kode tindakan/ prosedur menggunakan klasifikasi tindakan yang dikenal dengan ICD 9CM (*International Classification of Disease 9th Revision Clinical Modification Sixth Edition*).

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Apakah tujuan dari indeks utama pasien?
- 2) Elemen apa saja yang ada dalam indeks utama pasien?
- 3) Bagaimana Alur pembuatan indeks utama pasien?
- 4) Bagaimana sistem SOUNDEX bekerja?
- 5) Apa fungsi dari kartu berobat
- 6) Jelaskan tentang pengkodean penyakit dan tindakan

Topik 2

Pengolahan Data Dengan Indeks Lainnya

Para mahasiswa, selain kita mengenal indeks utama pasien, ada juga indeks lainnya yang digunakan dalam sistem pengolahan data rekam medis. Data yang ada di rekam medis begitu banyak sehingga kita dapat mengambil informasi yang terdapat didalamnya sesuai dengan kebutuhan data rumah sakit/ puskesmas. Indeks lainnya ini penting untuk dipelajari karena memuat informasi khusus yang diperlukan. Mari kita pelajari lebih lanjut indeks - indeks lainnya tersebut.

A. INDEKS PENYAKIT

Dari data klinis yang ada dalam rekam medis pasien, terdapat data diagnosis. Diagnosis adalah keadaan gambar nyata hasil pemrosesan kumpulan gejala (Signs & symptoms) melalui manajemen asuhan medis berdasarkan suatu Standard Asuhan Medis (yang berlaku). Data diagnosis ini akan di kumpulkan ke dalam indeks penyakit yang akan berguna untuk pembuatan statistik kesehatan terutama angka kesakitan dan angka kematian.

1. Pengertian Indeks Penyakit

Indeks Penyakit adalah suatu susunan ringkasan daftar data jenis penyakit dan keadaan sakit berdasarkan suatu sistem klasifikasi atau kode penomoran sebagai sarana komunikasi. Oleh karenanya, indeks penyakit harus mencerminkan data yang lebih luas dari sekedar indeks sebutan penyakitnya. Akan tetapi harus tetap berkaitan dengan suatu subyek dan menjadi sumber informasi tentang penyakit yang ada pada judul indeks.

2. Manfaat Indeks Penyakit

- a. Menelusuri nomor rekam medis dan nama pasien dengan penyakit yang sama untuk disediakan dokumen rekam medisnya guna berbagai keperluan, misalnya untuk audit medik oleh Komite Medik.
- b. Menyusun laporan morbiditas berdasarkan umur, jenis kelamin, wilayah, hasil pelayanan (sembuh, dirujuk, mati < 48 jam dan \geq 48 jam), dokter yang menangani dan bagaimana cara pembayaran pasien dalam memperoleh pelayanan tersebut.
- c. Sebagai sumber data untuk statistik rumah sakit.
- d. Sebagai sumber data untuk keputusan-keputusan manajemen setelah data tersebut diolah, misalnya perencanaan obat dengan metode morbiditas, perencanaan kebutuhan peralatan medis dan lain-lain.

3. Tanggung Jawab Pelaksanaan

- a. Kepala Rekam medis bertanggung jawab atas kegiatan pengisian.
- b. Petugas yang ditunjuk kepala rekam medis melaksanakan pengisian indeks penyakit rawat jalan sesuai dengan petunjuk yang ditetapkan.

- c. Penyimpanan indeks secara manual dengan cara mengurutkan berdasarkan diagnosis/ kode penyakit

Indeks penyakit disediakan oleh unit rekam medis rumah sakit. Dalam implementasinya indeks penyakit dapat dilakukan secara manual maupun terintegrasi dalam sistem informasi rumah sakit yang ada.

4. Jenis Indeks Penyakit

Indeks penyakit terbagi menjadi 3 (tiga), yaitu:

- a. *Indeks Penyakit Pasien Rawat Jalan*

Berisi tentang kasus-kasus penyakit pasien rawat jalan (Gambar 3.5). Indeks ini digunakan untuk memudahkan pelaporan data morbiditas pasien rawat jalan, yang akan dilaporkan ke Kemenkes RI sebagai laporan tahunan. Judul Indeks penyakit dibuat untuk satu penyakit.

- b. *Indeks Penyakit Pasien Rawat Inap*

Berisi tentang kasus-kasus penyakit pasien rawat inap mulai dari pasien masuk sampai kondisi akhir dari pasien saat pulang dari perawatan (Gambar 3.6). Sama halnya dengan indeks penyakit rawat jala, indeks ini juga digunakan untuk pelaporan data morbiditas penyakit rawat inap, yang akan dilaporkan ke Kemenkes RI sebagai laporan tahunan. Judul Indeks penyakit dibuat untuk satu penyakit.

- c. *Indeks Penyakit Sesuai Konsep Konsep International Classification Of Desease*

Berisi tentang kasus penyakit yang dikelompokkan sesuai dengan teori yang ada pada klasifikasi penyakit berdasarkan ICD 10. (Gambar 3.7). Judul Indeks penyakit dibuat untuk satu penyakit yang masuk kedalam kode penyakit 3 digit yang ada di ICD 10 .

Tabel 3.5
Indeks Penyakit Pasien Rawat Jalan

RUMAH SAKIT "XXXXXX"
JAKARTA
BULAN:

KARTU INDEKS PENYAKIT PASIEN RAWAT JALAN

DIAGNOSE:

KODE ICD-10:.....

NO.	NO. RM	SEKS		KELOMPOK UMUR								KODE KLINIK	TGL PERIKSA	DIAGN. SEK.	OPERASI	DOKTER	ASAL PASIEN									
		L	P	0-<28hr	28 HR-<1TH	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	>65						JAK.P	JAKBAR	JAKTIM	JAKUT	JAKSEL	BOTABEK	LL			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
JUMLAH												===	===	===	===											

Tabel 3.6

Indeks Penyakit Pasien Rawat Inap

RUMAH SAKIT "XXXXX"
JAKARTA
BULAN:

KARTU INDEKS PENYAKIT PASIEN RAWAT INAP

DIAGNOSE:

KODE ICD-10:.....

NO.	NO. RM	SEKS		KELOMPOK UMUR								RG/ BAG.	TANGGAL		LAMA RAWAT	DIAGN. SEK.	KOMPL.	OPERASI	DOKTER	ASAL PASIEN							KET	
		L	P	0-<28hr	28 HR-<1TH	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	>65		M	K						JAK.P	JAKBAR	JAKTIM	JAKUT	JAKSEL	BOTABEK	LL		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	
JUMLAH												===	===	===		===	===	===	===									====

Tabel 3.7
Indeks Penyakit Pasien Berdasarkan ICD 10

INDEKS PENYAKIT



KODE ICD-10 :
 DIAGNOSIS :
 BLN/TAHUN :

NO. URUT	NO. RM	NO. REG	UMUR		SUKU	WIL	TGL. MASUK	TGL. KELUAR	LOS	DIGIT KE 4 (SUB DIVISION)									DIGIT KE 5	MANIF ESTASI (*)	KODE MORFO LOGI	ADDITIO NAL CODE	DIAGNOSIS SEKUNDER			EXTERNAL CAUSE			KODE TINDAKAN		DOKTER				HASIL					BIAY A									
			L	P						1	2	3	4	5	6	7	8	9					20	21	22	23	COMORBIT	KOMPLIKASI	LAIN2	UTAMA	DIGIT 5	DIGIT 6	UTAMA	LAIN2	MERAWAT	KONSULEN	BEDAH	ARTESI	HIDUP		MENINGGAL								
																																							SEMBUH		CACAT	C. CARE	RUJUK	<=48 JAM	>48JAM	AUTOPSY			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43							

TANDA TANGAN

PENANGGUNG JAWAB

6. Cara Pengisian Indeks Penyakit

a. Indeks penyakit rawat jalan

Indeks dibuat untuk satu jenis diagnosa/ Kode ICD 10, berikut cara pengisian tabel

Indeks Penyakit rawat jalan:

- 1) Beri judul lembaran indeks untuk satu diagnosa tertentu dan beri kode penyakit berdasarkan ICD 10
- 2) Kolom 1:, diisi dengan no urut
- 3) Kolom 2: diisi dengan Nomor rekam medis pasien
- 4) Kolom umur terdiri dari:
 - a) Kolom 3; Umur (L) , diisi dengan Umur pasien yang sesuai dengan Tanggal lahir, bulan dan tahun pasien dilahirkan dengan jenis kelamin laki-laki
 - b) Kolom 4; Umur (P) , diisi dengan Umur pasien yang sesuai dengan Tanggal lahir, bulan dan tahun pasien dilahirkan dengan jenis kelamin perempuan
- 5) Kolom Kelompok umur diisi sesuai umur pasien diberi tanda √, terdiri dari :
 - a) Kolom 5; umur 0-<28 hari
 - b) Kolom 6; umur 28- <1 th
 - c) Kolom 7; umur 1-4 th
 - d) Kolom 8; umur 5-14 th
 - e) Kolom 9; umur 15-24 th
 - f) Kolom 10; umur 25-44 th
 - g) Kolom 11; umur 45-64 th
 - h) Kolom 12; umur >64 th
- 6) Kolom 13; diisi dengan Kode Klinik
- 7) Kolom 14; diisi dengan Tanggal Periksa
- 8) Kolom 15; diisi dengan Diagnosa Sekunder
- 9) Kolom 16; diisi jenis operasi kecil yang dilakukan (bila ada)
- 10) Kolom 17; diisi nama Dokter yang memeriksa
- 11) Kolom Asal pasien diisi sesuai alamat pasien diberi tanda √, terdiri dari :
 - a) Kolom 18; Jakarta Pusat
 - b) Kolom 19; Jakarta Barat
 - c) Kolom 20; Jakarta Timur
 - d) Kolom 21; Jakarta Utara
 - e) Kolom 22; Jakarta Selatan
 - f) Kolom 23: Botabek(Bogor, Tangerang Bekasi)
 - g) Kolom 24 ; Lain -Lain

b. Indeks penyakit rawat inap

Indeks dibuat untuk satu jenis diagnosa/ Kode ICD 10, berikut cara pengisian Indeks

Penyakit Rawat Inap :

- 1) Beri judul lembaran indeks untuk satu diagnosa tertentu dan beri kode penyakit berdasarkan ICD 10
- 2) Kolom 1:, diisi dengan no urut

- 3) Kolom 2: diisi dengan Nomor rekam medis pasien
- 4) Kolom umur terdiri dari:
 - Kolom 3; Umur (L) , diisi dengan Umur pasien yang sesuai dengan Tanggal lahir, bulan dan tahun pasien dilahirkan dengan jenis kelamin laki-laki
 - Kolom 4; Umur (P) , diisi dengan Umur pasien yang sesuai dengan Tanggal lahir, bulan dan tahun pasien dilahirkan dengan jenis kelamin perempuan
- 5) Kolom Kelompok umur diisi sesuai umur pasien diberi tanda √, terdiri dari :
 - a) Kolom 5; umur 0-<28 hari
 - b) Kolom 6; umur 28- <1 th
 - c) Kolom 7; umur 1-4 th
 - d) Kolom 8; umur 5-14 th
 - e) Kolom 9; umur 15-24 th
 - f) Kolom 10; umur 25-44 th
 - g) Kolom 11; umur 45-64 th
 - h) Kolom 12; umur >64 th
- 6) Kolom 13; diisi dengan Nama Ruang/ Bagian
- 7) Kolom Tanggal diisi;
 - a) Kolom 14; diisi dengan Tanggal Masuk Rawat
 - b) Kolom 15; diisi dengan Tanggal Keluar Rawat
- 8) Kolom 16; diisi dengan Lama rawat
- 9) Kolom 17; diisi dengan Diagnosa Sekunder
- 10) Kolom 18; diisi dengan Komplikasi
- 11) Kolom 19; diisi jenis operasi kecil yang dilakukan (bila ada)
- 12) Kolom 20; diisi nama Dokter yang memeriksa
- 13) Kolom Asal pasien diisi sesuai alamat pasien diberi tanda √, terdiri dari :
 - a) Kolom 21; Jakarta Pusat
 - b) Kolom 22; Jakarta Barat
 - c) Kolom 23; Jakarta Timur
 - d) Kolom 24; Jakarta Utara
 - e) Kolom 25; Jakarta Selatan
 - f) Kolom 26: Botabek(Bogor, Tangerang Bekasi)
 - g) Kolom 27 ; Lain -Lain
- 14) Kolom 28; diisi keterangan hal-hal lain yang tidak terdapat dalam kolom yang disediakan.

c. *Indeks Penyakit sesuai Konsep International Classification of Disease*

Judul Indeks penyakit dibuat untuk satu penyakit yang masuk kedalam kode penyakit 3 digit yang ada di ICD 10:

- 1) Kolom1; diisi no urut
- 2) Kolom2;diisi dengan Nomor rekam medis pasien
- 3) Kolom3;diisi no registrasi
- 4) Kolom umur terdiri dari:

- Kolom 4; Umur (L) , diisi dengan Umur pasien yang sesuai dengan Tanggal lahir, bulan dan tahun pasien dilahirkan dengan jenis kelamin laki-laki
 - Kolom 5; Umur (P) , diisi dengan Umur pasien yang sesuai dengan Tanggal lahir, bulan dan tahun pasien dilahirkan dengan jenis kelamin perempuan
- 5) Kolom6; diisi dengan suku pasien
 - 6) Kolom7; diisi dengan wilayah pasien tinggal
 - 7) Kolom8; diisi dengan tanggal masuk
 - 8) Kolom9; diisi dengan tanggal keluar rawat inap
 - 9) Kolom10;,, diisi dengan LOS pasien
 - 10) KolomDigit ke 4(subdivision), terdiri dari :
 - Kolom 11; diisi dengan digit ke 4 adalah 1
 - Kolom 12; diisi dengan digit ke 4 adalah 2
 - Kolom 13; diisi dengan digit ke 4 adalah 3
 - Kolom 14; diisi dengan digit ke 4 adalah 4
 - Kolom 15; diisi dengan digit ke 4 adalah 5
 - Kolom 16; diisi dengan digit ke 4 adalah 6
 - Kolom 17; diisi dengan digit ke 4 adalah 7
 - Kolom 18; diisi dengan digit ke 4 adalah 8
 - Kolom 19; diisi dengan digit ke 4 adalah 9
 - 11) Kolom20; diisi dengan digit ke 5 dari kode penyakit bila ada
 - 12) Kolom21; diisi dengan manifestasi (tanda bintang) dari kode penyakit bila ada
 - 13) Kolom 22; diisi dengan kode morfologidari kode penyakit bila ada
 - 14) Kolom23; diisi dengan additional codedari kode penyakit bila ada
 - 15) KolomDiagnosa sekunder, terdiri dari;
 - Kolom 24; diisi dengan kode penyakit comorbit bila ada
 - Kolom 25; diisi dengan kode penyakit komplikasi bila ada
 - Kolom 26; diisi dengan kode penyakitlain2 bila ada
 - 16) KolomExternal cause , terdiri dari;
 - Kolom 27; diisi dengan kode external cause utama bila ada
 - Kolom 28; diisi dengan kode external cause digit ke 5 bila ada
 - Kolom 29; diisi dengan kode external cause digit ke6 bila ada
 - 17) Kolom Kode Tindakan, terdiri dari;
 - Kolom 30; diisi dengan kode tindakan utama bila ada
 - Kolom 31; diisi dengan kode tindakan lain-lain bila ada
 - 18) Kolom Nama dokter, terdiri dari;
 - Kolom 32; diisi dengan kode/ nama dokter yang merawat
 - Kolom 33; diisi dengan kode/ nama dokter konsulen bila ada
 - Kolom 34; diisi dengan kode/ nama dokter bedah bila ada
 - Kolom 35; diisi dengan kode/ nama dokter anastesi bila ada
 - 19) Kolom Hasil perawatan, terdiri dari;

Kolom hasil perawatan hidup, terdiri dari:

- Kolom 36; diisi dengan Sembuh
- Kolom 37; diisi dengan Cacat
- Kolom 38; diisi dengan Clinial Care
- Kolom 39; diisi dengan Di Rujuk

Kolom hasil perawatan Meninggal, terdiri dari:

- Kolom 40; diisi dengan meninggal < 48 jam
- Kolom 41; diisi dengan meninggal > 48 jam
- Kolom 42; diisi dengan meninggal diautopsi

20) Kolom 43, diisi dengan Total Biaya perawatan pasien tersebut

7. Informasi Yang diperoleh dari Indeks Penyakit

- a. Data Penyakit per kelompok umur dapat digunakan untuk membuat ;
 - Laporan morbiditas pasien rawat jalan maupun rawat inap
 - Laporan 10 besar kasus rawat jalan dan rawat inap
 - Surveilans aktif rumah sakit
 - Surveilans penyakit tidak menular
 - Angka kesakitan penyakit tertentu
 - Angka kematian penyakit tertentu
 - Lama rawat pasien dengan kasus tertentu
 - Rata-rata lama rawat pasien di ruang perawatan tertentu
- b. Data indikator rumah sakit, BOR, LOS, TOI,BTO, NDR,GDR
- c. Data untuk riset/ penelitian per kasus tertentu

B. INDEKS TINDAKAN

1. Pengertian Indeks Tindakan

Indeks tindakan atau indeks operasi atau indeks prosedur medis yaitu indeks tentang tindakan medis tertentu sesuai dengan tindakan yang dilakukan dokter pada pelayanan rawat jalan atau rawat inap. Indeks operasi dibagi menjadi 2 (dua) yaitu indeks operasi rawat jalan dan rawat inap.

2. Kegunaan indeks Tindakan

- a. Menelusuri nomor rekam medis dan nama pasien dengan tindakan yang sama untuk disediakan dokumen rekam medisnya guna berbagai keperluan, misalnya untuk audit medik oleh Komite Medik.
- b. Menyusun laporan kegiatan pembedahan berdasarkan spesialisasi dan golongan operasi.
- c. Sebagai sumber data untuk statistik rumah sakit,
- d. Sebagai sumber data untuk keputusan-keputusan manajemen setelah data tersebut diolah, misalnya perencanaan utilisasi kamar operasi, utilisasi peralatan medis kamar operasi dan lain-lain.

3. Tanggung Jawab Pelaksanaan

- a. Kepala Rekam medis bertanggung jawab atas kegiatan pengisian.
- b. Petugas yang ditunjuk kepala rekam medis melaksanakan pengisian indeks tindakan sesuai dengan petunjuk yang ditetapkan.
- c. Penyimpanan indeks secara manual dengan cara mengurutkan berdasarkan diagnosis/ kode penyakit.
- d. Indeks tindakan disediakan oleh unit rekam medis rumah sakit. Dalam implementasinya indeks tindakan dapat dilakukan secara manual maupun terintegrasi dalam sistem informasi rumah sakit yang ada.

4. Ketentuan Penulisan Indeks Tindakan

- a. Setiap jenis tindakan menggunakan kartu yang sama (1 kartu untuk 1 jenis tindakan).
- b. Setiap nama tindakan diikuti dengan penulisan kode ICD 9CM (*International Classification of Disease 9th Revision Clinical Modification Sixth Edition*).
- c. Penyimpanan indeks tindakan didasarkan pada nama tindakan urut secara alfabetik.

5. Cara Pengisian Indeks Tindakan/ Operasi

Indeks dibuat untuk satu jenis operasi/ Kode ICD 9CM, berikut cara pengisian tabel Indeks Tindakan/ operasi :

- a. Beri judul lembaran indeks untuk satu jenis operasi tertentu dan beri kode tindakan berdasarkan ICD 9CM
- b. Kolom 1:, diisi dengan no urut
- c. Kolom 2: diisi dengan Nomor rekam medis pasien
- d. Kolom umur terdiri dari:
 - 1) Kolom 3; Umur (L) , diisi dengan Umur pasien yang sesuai dengan Tanggal lahir, bulan dan tahun pasien dilahirkan dengan jenis kelamin laki-laki
 - 2) Kolom 4; Umur (P) , diisi dengan Umur pasien yang sesuai dengan Tanggal lahir, bulan dan tahun pasien dilahirkan dengan jenis kelamin perempuan
- e. Kolom Kelompok umur diisi sesuai umur pasien diberi tanda √, terdiri dari :
 - 1) Kolom 5; umur 0-<28 hari
 - 2) Kolom 6; umur 28- <1 th
 - 3) Kolom 7; umur 1-4 th
 - 4) Kolom 8; umur 5-14 th
 - 5) Kolom 9; umur 15-24 th
 - 6) Kolom 10; umur 25-44 th
 - 7) Kolom 11; umur 45-64 th
 - 8) Kolom 12; umur >64 th
- f. Kolom 13; diisi dengan Nama Ruang/ Bagian
- g. Kolom Tanggal diisi;
 - 1) Kolom 14; diisi dengan Tanggal Masuk Rawat
 - 2) Kolom 15; diisi dengan Tanggal Operasi
 - 3) Kolom 16; diisi dengan Tanggal Keluar Rawat
- h. Kolom 16; diisi dengan Lama rawat
- i. Kolom 17; diisi dengan Operasi lain
- j. Kolom 17; diisi dengan Diagnosa Utama
- k. Kolom 18; diisi dengan Diagnosa Lain
- l. Kolom 20; diisi nama Dokter yang memeriksa
- m. Kolom Asal pasien diisi sesuai alamat pasien diberi tanda √, terdiri dari :
 - 1) Kolom 21; Jakarta Pusat
 - 2) Kolom 22; Jakarta Barat
 - 3) Kolom 23; Jakarta Timur
 - 4) Kolom 24; Jakarta Utara
 - 5) Kolom 25; Jakarta Selatan
 - 6) Kolom 26: Botabek(Bogor, Tangerang Bekasi)
 - 7) Kolom 27 ; Lain -Lain
- n. Kolom 28; Keterangan diisi hal-hal lain yang tidak terdapat dalam kolom yang disediakan.

6. Informasi Yang diperoleh dari Indeks Tindakan

- a. Data tindakan dapat digunakan untuk membuat;
 - 1) Laporan 10 Tindakan terbanyak
 - 2) Utilisasi penggunaan kamar operasi, alat, sumber daya manusia
 - 3) Rata-rata Lama waktu tunggu operasi
- b. Data untuk riset/ penelitian jenis tindakan / operasi tertentu

C. INDEKS KEMATIAN

1. Pengertian Indeks Kematian

Yaitu indeks tentang sebab kematian penyakit tertentu sebagai hasil pelayanan pasien di rawat jalan, gawat darurat atau rawat inap. Indeks ini tak dapat dipisahkan antara indeks kematian rawat jalan dan rawat inap

2. Kegunaan Indeks Kematian

- a. Menelusuri nomor rekam medis dan nama pasien dengan sebab kematian yang sama (untuk audit kematian).
- b. Menyusun laporan sebab kematian (mortalitas) berdasarkan umur, jenis kelamin, wilayah, mati < 48 jam dan \geq 48 jam, dokter yang menangani.

3. Tanggung Jawab Pelaksanaan

- a. Kepala Rekam medis bertanggung jawab atas kegiatan pengisian.
- b. Petugas yang ditunjuk kepala rekam medis melaksanakan pengisian indeks kematian sesuai dengan petunjuk yang ditetapkan.
- c. Penyimpanan indeks secara manual dengan cara mengurutkan berdasarkan diagnosis/ kode penyakit penyebab kematian.

Indeks kematian disediakan oleh unit rekam medis rumah sakit. Dalam implementasinya indeks kematian dapat dilakukan secara manual maupun terintegrasi dalam sistem informasi rumah sakit yang ada.

4. Ketentuan Penulisan Indeks Kematian

- a. Setiap sebab kematian menggunakan kartu yang sama (1 kartu untuk 1 jenis kematian).
- b. Setiap sebab pada kematian diikuti dengan penulisan kode yang ditunjuk pada ICD revisi ke-10.
- c. Penyimpanan indeks kematian didasarkan pada nama sebab kematian urut secara alfabetik.

5. Cara Pengisian Tabel Indeks Kematian

Indeks dibuat untuk satu jenis penyebab kematian/ Kode ICD 10, berikut cara pengisian Indeks Kematian :

- a. Beri judul lembaran indeks untuk satu jenis penyebab kematian dan beri kode penyakit berdasarkan ICD 10
- b. Kolom 1; diisi dengan no urut
- c. Kolom 2: diisi dengan Nomor rekam medis pasien
- d. Kolom umur terdiri dari:
 - 1) Kolom 3; Umur (L) , diisi dengan Umur pasien yang sesuai dengan Tanggal lahir, bulan dan tahun pasien dilahirkan dengan jenis kelamin laki-laki
 - 2) Kolom 4; Umur (P) , diisi dengan Umur pasien yang sesuai dengan Tanggal lahir, bulan dan tahun pasien dilahirkan dengan jenis kelamin perempuan
- e. Kolom Kelompok umur diisi sesuai umur pasien diberi tanda √, terdiri dari :
 - 1) Kolom 5; umur 0-<28 hari
 - 2) Kolom 6; umur 28- <1 th
 - 3) Kolom 7; umur 1-4 th
 - 4) Kolom 8; umur 5-14 th
 - 5) Kolom 9; umur 15-24 th
 - 6) Kolom 10; umur 25-44 th
 - 7) Kolom 11; umur 45-64 th
 - 8) Kolom 12; umur >64 th
- f. Kolom 13; diisi dengan Nama Ruang/ Bagian
- g. Kolom Tanggal diisi;
 - 1) Kolom 14; diisi dengan Tanggal Masuk Rawat
 - 2) Kolom 15; diisi dengan Tanggal Keluar Rawat
- h. Kolom 16; diisi dengan Lama rawat
- i. Kolom 17; diisi dengan Diagnosa Sekunder
- j. Kolom 18; diisi dengan Komplikasi
- k. Kolom 19; diisi jenis operasi kecil yang dilakukan (bila ada)
- l. Kolom 20; diisi nama Dokter yang memeriksa
- m. Kolom Asal pasien diisi sesuai alamat pasien diberi tanda √, terdiri dari :
 - 1) Kolom 21; Jakarta Pusat
 - 2) Kolom 22; Jakarta Barat
 - 3) Kolom 23; Jakarta Timur
 - 4) Kolom 24; Jakarta Utara
 - 5) Kolom 25; Jakarta Selatan
 - 6) Kolom 26: Botabek(Bogor, Tangerang Bekasi)
 - 7) Kolom 27 ; Lain -Lain
- n. Kolom 28; diisi keterangan hal-hal lain yang tidak terdapat dalam kolom yang disediakan.

6. Informasi yang diperoleh dari Indeks Kematian

- a. Data tindakan dapat digunakan untuk membuat ;
 - 1) Laporan 10 kasus kematian terbanyak
 - 2) Audit kematian per kasus
- b. Data untuk riset/ penelitian kematian kasus penyakit tertentu

C. INDEKS DOKTER

Indeks dokter berfungsi sebagai referensi yang menghubungkan antara kasus medis dengan dokter yang mengobati. Seringkali informasi yang terdapat dalam indeks penyakit dianggap sudah merangkum kepentingan indeks dokter. Oleh karena itu, indeks dokter ini tidak wajib dibuat.

1. Pengertian Indeks Dokter

Suatu kartu katalog yang berisikan nama dokter yang memberikan pelayanan medik kepada pasien.

2. Kegunaan Indeks Dokter

- a. Menelusuri nomor rekam medis dan nama pasien dengan nama dokter yang sama untuk disediakan dokumen rekam medisnya guna berbagai keperluan, misalnya melihat kasus yang dirawat oleh dokter tertentu
- b. Sebagai sumber data untuk melihat produktifitas dokter.

3. Tanggung Jawab Pelaksanaan

- a. Kepala Rekam medis bertanggung jawab atas kegiatan pengisian.
- b. Petugas yang ditunjuk kepala rekam medis melaksanakan pengisian indeks dokter sesuai dengan petunjuk yang ditetapkan.
- c. Penyimpanan indeks secara manual dengan cara mengurutkan berdasarkan kode/nama dokter

4. Ketentuan Penulisan Indeks Dokter

- a. Setiap dokter menggunakan kartu yang sama (1 kartu untuk 1 dokter)
- b. Penyimpanan indeks dokter didasarkan pada kode dokter diurut secara alfabetik.

5. Cara Pengisian Indeks Dokter

Indeks dibuat untuk satu dokter/ Kode dokter dan jenis pelayanan, berikut cara pengisian tabel Indeks dokter :

- a. Beri judul lembaran indeks untuk satu dokter dan beri kode dokter yang berlaku di rumah sakit/puskesmas
- b. Kolom 1; diisi dengan no urut
- c. Kolom 2: diisi dengan Nomor rekam medis pasien
- d. Kolom umur terdiri dari:
 - 1) Kolom 3; Umur (L) , diisi dengan Umur pasien yang sesuai dengan Tanggal lahir, bulan dan tahun pasien dilahirkan dengan jenis kelamin laki-laki
 - 2) Kolom 4; Umur (P) , diisi dengan Umur pasien yang sesuai dengan Tanggal lahir, bulan dan tahun pasien dilahirkan dengan jenis kelamin perempuan
- e. Kolom Kelompok umur diisi sesuai umur pasien diberi tanda √, terdiri dari :
 - 1) Kolom 5; umur 0-<28 hari
 - 2) Kolom 6; umur 28- <1 th
 - 3) Kolom 7; umur 1-4 th
 - 4) Kolom 8; umur 5-14 th
 - 5) Kolom 9; umur 15-24 th
 - 6) Kolom 10; umur 25-44 th
 - 7) Kolom 11; umur 45-64 th
 - 8) Kolom 12; umur >64 th
- f. Kolom 13; diisi dengan Nama Ruang/ Bagian
- g. Kolom Tanggal diisi;
 - 1) Kolom 14; diisi dengan Tanggal Masuk Rawat
 - 2) Kolom 15; diisi dengan Tanggal Operasi
 - 3) Kolom 16; diisi dengan Tanggal Keluar Rawat
- h. Kolom 17; diisi dengan Lama rawat
- i. Kolom 18; diisi dengan Diagnosa Utama
- j. Kolom 19; diisi dengan Komplikasi
- k. Kolom 20; diisi jenis operasi
- l. Kolom Hasil diisi ;
 - 1) Kolom 21; diisi dengan hasil bila setelah operasi pasien hidup
 - 2) Kolom 22; diisi dengan hasil bila setelah operasi pasien mati/ meninggal
- m. Kolom Asal pasien diisi sesuai alamat pasien diberi tanda √, terdiri dari :
 - 1) Kolom 23; Jakarta Pusat
 - 2) Kolom 24; Jakarta Barat
 - 3) Kolom 25; Jakarta Timur
 - 4) Kolom 26; Jakarta Utara
 - 5) Kolom 27; Jakarta Selatan
 - 6) Kolom 28: Botabek(Bogor, Tangerang Bekasi)
 - 7) Kolom 29 ; Lain -Lain
- n. Kolom 30; diisi keterangan hal-hal lain yang tidak terdapat dalam kolom yang disediakan.

Glosarium

<i>Alfabet</i>	Penjajaran nama dengan mengurutkan abjad
<i>Alfanumerik</i>	Penjajaran nama dengan mengurutkan kombinasi angka dan abjad
BOR	Bed Occupancy Rate (BOR) merupakan angka yang menunjukkan presentase tingkat penggunaan Tempat Tidur pada satuan waktu tertentu di Unit Rawat Inap (bangsal)
BTO	Bed Turn Over atau Troughput merupakan rerata jumlah pasien yang menggunakan setiap Tempat Tidur dalam periode tertentu
Diagnosa Sekunder	Diagnosa selain diagnosa utama yang sudah ada sebelum pasien dirawat di rumah sakit
Diagnosa Utama	Jenis penyakit utama yang diderita pasien
e KTP	Elektronik kartu tanda penduduk
GDR	Gross Death rate merupakan angka kematian umum di rumah sakit/ puskesmas
ICD O	The international classification of diseases for oncologi merupakan kode dual klasifikasi untuk sistem topographi dan morphologi
Komplikasi	Diagnosa lain yang dapat terjadi sebelum, saat atau setelah timbulnya suatu penyakit
LOS	Length Of Stay disebut juga lama dirawat merupakan jumlah hari kalender dimana pasien mendapatkan perawatan rawat inap di rumah sakit, sejak tercatat sebagai pasien rawat inap (admisi) hingga keluar dari rumah sakit (discharge)
Morbiditas	Angka kesakitan
Mortalitas	Angka kematian
NDR	Net Death Rate menunjukkan angka kematian 48 jam setelah dirawat di fasilitas pelayanan kesehatan
Numerik	Penomoran dengan angka
Phonetic	Penajajaran nama dengan cara phonetic
Riset	Penelitian untuk mengamati suatu masalah/ kasus penyakit tertentu
Soundex	Penjajaran nama dengan cara Remington Rand dengan dikombinasikan 6 huruf dengan kode 3 digit angka
TOI	Turn Over Interval menunjukkan rata-rata jumlah hari sebuah Tempat Tidur tidak ditempati pasien
TP2RI	Tempat penerimaan pasien rawat inap
TP2RJ	Tempat penerimaan pasien rawat jalan

Daftar Kepustakaan

- Departemen Kesehatan, 1997, Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, Jakarta: Dirjen. Pelayanan Medik.
- Departemen Kesehatan, 2005, Buku Petunjuk Pengisian, Pengolahan dan Penyajian Data Rumah Sakit, Jakarta: Dirjen. Pelayanan Medik.
- Hatta, Gemala R., 2008, Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan, Penerbit Universitas Indonesia.
- Huffman, Edna K., 1994, Health Information Management, 10th ed., Chicago: Physicians Record Co.
- International Federation of Health Information Management Association, 2012, Education Module for Health Record Practice, Module 2 - Patient Identification, Registration and the Master Patient Index
- Johns, Merida L., 2003, Health Information Management Technology, Chicago, Illionis: AHIMA.
- Skurka, Margaret A., 2003, Health Information Management, 5th ed., San Fransisco: Jossey Bass, A Wiley Imprint

BAB IV

SISTEM PENGARSIPAN RM



Gambar 4.1
Rak Penyimpanan secara Elektrik

PENDAHULUAN

Setelah mempelajari cara membuat buku register, kita lanjutkan dengan sistem penyimpanan Medis (RM). Apakah anda bekerja di bagian pengarsipan/ penyimpanan RM? Bagaimana sistemnya? Apakah menyusunnya menggunakan urutan nama pasien atau menggunakan nomor? Tentunya kita tidak asing lagi dengan sistem penomoran. Bila anda menuju ke rak penyimpanan RM; Apakah tampak tersusun rapi atau tumpang tindih serta sebagian tumpah ruah dan bertumpuk dipojok ruangan? Hal inilah yang akan kita pelajari, sistem yang terbaik tergantung dalam mengelola RM di insitutsi pelayanan baik rumah sakit, klinik ataupun puskesmas. Mengapa perlu menggunakan suatu sistem?? Karena sistem penyimpanan RM yang tepat dan sarana prasarana yang tersedia sangat mempengaruhi mutu pelayanan baik rawat jalan, inap dan gawat darurat.

Apabila sebagai petugas Registrasi pasien anda berada di tempat pendaftaran pasien (front office) dan melayani langsung pasien yang datang, tetapi sebagai petugas penyimpanan RM anda berada di ruang penyimpanan yang letaknya di ruang yang berbeda (back office) dan letaknya sebaiknya tidak terlalu jauh dari tempat pendaftaran pasien.

Dalam bab ini, anda akan mempelajari sistem pengarsipan/penyimpanan. Setelah mempelajari mata kuliah ini, diharapkan anda sebagai mahasiswa mampu menjelaskan tentang Sistem Pengarsipan RM Terkait Peraturan, Jenis Pengarsipan, terutama Sistem Penomoran, serta mampu melaksanakan Pengambilan kembali, Pendistribusian dan Pengembalian RM

Pada topik Pengarsipan akan diurai tentang pengertian Sistem Pengarsipan RM Terkait Peraturan, Jenis Pengarsipan, terutama Sistem Penomoran . Pada topik berikutnya menjelaskan cara melaksanakan Pengambilan kembali RM kemudian mendistribusikannya ke tempat yang membutuhkan dan Pengembalian RM dari tempat peminjam kembali ke ruang penyimpanan.

Materi dalam bab ini meliputi:

1. Peraturan yang terkait Sistem Pengarsipan
2. Jenis Pengarsipan, terutama Sistem Penomoran

Topik 1

Peraturan Terkait Sistem Pengarsipan

Para mahasiswa, pernahkah Anda masuk ke ruang penyimpanan RM? Untuk mengarahkan Anda memahami tentang ilmu ini, tahukah Anda sistem pengarsipan? Sistem Pengarsipan merupakan rangkaian dari mengidentifikasi arsip dalam hal ini rekam medis dengan memberi identitas agar memudahkan dalam penggunaannya, mulai dari alfabetik, numerik/penomoran, maupun alfanumerik. Kemudian bila telah memilih cara mengidentifikasinya, maka masuk ke bagian penjajarannya di Rak penyimpanan. Sistem penjajaran apa yang digunakan dan alat bantu apa saja yang dibutuhkan dalam penjajaran dan pengambilan kembali kembali Rekam Medis tersebut. Perlakuan pengarsipan ini baik bagi Rekam Medis aktif maupun inaktif.

Bagaimana kalau RM sudah menggunakan elektronik? Tentu tidak perlu menyediakan ruang penyimpanan tetapi membutuhkan server yang besarnya disesuaikan dengan kebutuhan dan perangkat komputerisasi bagi petugas pengarsipan (user). Baiklah pada awalnya kita akan mempelajari Peraturan yang terkait dengan sistem pengarsipan baik manual maupun elektronik

A. SISTEM PENGARSIPAN TERKAIT PERATURAN PEMERINTAH

1. UU ITE tentang Informasi dan Transaksi Elektronik , 25 Maret 2008 (Lampiran 1)

Undang-undang ini terdiri dari 13 bab dan 54 pasal

- a. Bab I pasal 1-2 tentang pengertian istilah-istilah yang digunakan*)
- b. Bab II pasal 3-4 tentang asas dan tujuan
- c. Bab III Pasal 5-12 tentang Informasi, Dokumen, Dan Tanda Tangan Elektronik*)
- d. Bab IV Pasal 13-16 Tentang Penyelenggaraan Sertifikasi Elektronik Dan Sistem Elektronik
- e. Bab V Pasal 17-22 Tentang Transaksi Elektronik*)
- f. Bab VI Pasal 23-26 Tentang Nama Domain, Hak Kekayaan Intelektual, Dan Perlindungan Hak Pribadi
- g. Bab VII Pasal 27-37 tentang Perbuatan Yang Dilarang*)
- h. Bab VIII Pasal 38- 39 Tentang Penyelesaian Sengketa
- i. Bab IX Pasal 40-41 Tentang Peran Pemerintah Dan Peran Masyarakat
- j. Bab X Pasal 42-44 Tentang Penyidikan
- k. Bab XI Pasal 45-52 Tentang Ketentuan Pidana
- l. Bab XII Pasal 53 Tentang Ketentuan Peralihan
- m. Bab XIII Pasal 54 Tentang Ketentuan Penutup
- n. *) Pasal yang perlu dipahami dengan terperinci

2. Permenkes 269/MENKES/PER/III/ 2008 tentang Rekam Medis (Lampiran 2)

- a. Bab IV Pasal 8 tentang lama penyimpanan Rekam Medis *)

Pasal 8;

- 1) RM pasien ruang inap di RS wajib disimpan sekurang–kurangnya untuk jangka waktu 5 (lima) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan.
 - 2) Setelah batas waktu 5 (lima) tahun dilampaui, rekam medis dapat dimusnahkan, kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik .
 - 3) Ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik harus disimpan untuk jangka waktu 10 tahun terhitung dari tanggal dibuatnya ringkasan tersebut.
 - 4) Penyimpanan rekam medis dan ringkasan pulang dilaksanakan oleh petugas yang ditunjuk oleh pimpinan sarana pelayanan kesehatan
- b. Bab IV pasal 9 tentang pemusnahan berkas Rekam Medis
Pasal 9: *)
- 1) Rekam medis pada saryankes non RS disimpan sekurang-kurangnya 2 tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat
 - 2) Setelah batas waktu (1) dilampaui, RM dapat dimusnahkan

3. Pedoman Pengelolaan Rekam Medis di Rumah Sakit Dirjen Yanmed th 1997, 2006

Pedoman ini dikeluarkan oleh dirjen pelayanan medis yang pada saat penyusunannya bekerjasama dengan organisasi profesi PORMIKI. Pada tahun 2008 dikeluarkan buku Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan yang disusun oleh ibu Gemala Hatta bersama para profesional Rekam Medis.

B. KEBIJAKAN DAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL INTERN INSTITUSI PELAYANAN KESEHATAN

Tiap Institusi Pelayanan Kesehatan membuat kebijakan yang berdasarkan peraturan pemerintah yang berlaku. Berdasarkan kebijakan ini dibuat alur atau langkah-langkah pelaksanaan yang menjadi dasar untuk menyusun prosedur –prosedur (Standar Prosedur Operasional) dari setiap pelaksanaan sistem rekam medis sebagai pegangan bagi staf rekam medis dalam melaksanakan tugasnya.

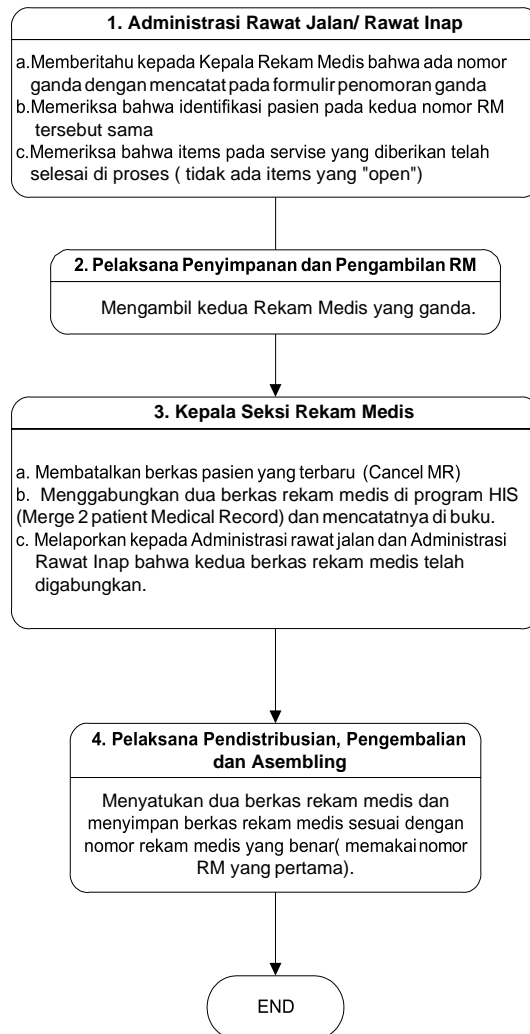
1. Standar Prosedur Operasional (SPO)

- a. Contoh Prosedur Penanganan Rekam Medis Nomor Ganda
- b. Prosedur Pengambilan Kembali (retrieval), Pendistribusian dan Pengembalian Rekam Medis

Tabel 4.1
SPO Penanganan Rekam Medis Nomor Ganda

RS "UEU"	Penanganan Rekam Medis Nomor Ganda		
	No. Dokumen : SPO-RM-003	No. Revisi :	Halaman 110 dari 2
PROSEDUR TETAP	Tanggal Terbit : 01 Mei 2010	Ditetapkan Direktur	
<p>I. PENGERTIAN</p> <p>1.1 Sistem Penomoran adalah satu system penggunaan nomor pada penyimpanan rekam medis untuk membedakan rekam medis yang satu dengan yang lainnya.</p> <p>1.2 Nomor Ganda adalah bila seorang pasien memiliki nomor rekam medis lebih dari satu, atau 1 nomor rekam medis untuk lebih dari 1 pasien.</p> <p>II. TUJUAN</p> <p>2.1 Untuk memberi petunjuk kepada petugas jika terjadi pasien mempunyai lebih dari satu berkas rekam medis dengan nomor yang berbeda atau 1 nomor rekam medis untuk lebih dari 1 pasien.</p> <p>2.2 Menjamin bahwa tata cara pemberian nomor kepada pasien (penomoran unit) dilaksanakan sesuai dengan tata cara yang telah ditetapkan.</p> <p>III. KEBIJAKAN</p> <p>3.1 Penanganan rekam medis nomor ganda dilakukan oleh Kepala Seksi Rekam Medis.</p> <p>IV. PROSEDUR</p> <p>4.1 Pelaksana Administrasi Rawat Jalan dan Pelaksana Administrasi Rawat Inap memberitahu kepada Pelaksana Penyimpanan dan Pengambilan kembali rekam medis bahwa ada nomor ganda, atau diketahui dari pengontrolan Induk Utama Pasien oleh Kasie Rekam Medis.</p> <p>4.2 Pelaksana Penyimpanan dan Pengambilan kembali rekam medis mencatat dan mengambil rekam medis tersebut.</p> <p>4.3 Bila 1 pasien mempunyai 2 atau lebih nomor rekam medis, Kasie Rekam Medis :</p> <p>4.3.1 Menggabungkan 2 data rekam medis ke dalam nomor rekam medis yang pertama, didalam program HIS sesuai dengan petunjuk merge rekam medis di HIS</p> <p>4.3.2 Membuat laporan pasien dengan nomor ganda ke Manajer Keperawatan.</p> <p>4.4 Pelaksana Asembling menyatukan berkas rekam medis dan menyimpannya sesuai dengan nomor rekam medisnya.</p> <p>V. UNIT TERKAIT</p> <p>5.1 Manajer Keperawatan.</p> <p>5.2 Manajer Pengembangan Pelayanan.</p>			

ALUR PENANGANAN NOMOR GANDA



Gambar 4.2

Contoh Alur Penanganan Nomor Ganda

Tabel 4.2

SPO Pengambilan Kembali (*retrieval*), Pendistribusian dan Pengembalian Rekam Medis

RS "UEU"	Prosedur Pengambilan Kembali (retrieval), Pendistribusian dan Pengembalian Rekam Medis		
	No. Dokumen : SPO-RM-011	No. Revisi :	Halaman 111 dari 4
PROSEDUR TETAP	Tanggal Terbit : 01 Mei 2010	Ditetapkan Direktur	
I. PENGERTIAN			
1.3 Pengambilan Kembali Berkas Rekam Medis (<i>retrieval</i>) ialah pengambilan berkas			

rekam medis dari rak penyimpanan, untuk dipinjam baik oleh poliklinik, UGD, Rawat Inap dan Pelayanan Penunjang Medis Lainnya.

- 1.4 Pendistribusian Berkas Rekam Medis ialah mengantar berkas rekam medis yang dipinjam oleh poliklinik, gawat darurat, rawat inap, dan pelayanan penunjang medis lainnya.
- 1.5 Pengembalian Berkas Rekam Medis ialah suatu proses pengambilan berkas rekam medis dari unit pelayanan yang meminjam kembali ke unit rekam medis.

II. TUJUAN

- 2.1 Untuk memberikan petunjuk tata cara dalam pengambilan berkas rekam medis rawat jalan dan rawat inap.
- 2.2 Untuk memberikan petunjuk tata cara dalam pendistribusian berkas rekam medis rawat jalan dan rawat inap.
- 2.3 Untuk menjamin bahwa pengembalian berkas rekam medis yang dikeluarkan ke unit pelayanan terkait dikembalikan dengan lengkap dan dalam waktu yang telah ditetapkan sesuai dengan peraturan.

III. KEBIJAKAN

- 3.1 Pengembalian berkas rekam medis rawat jalan dan berkas rekam medis yang dipinjam untuk keperluan lainnya selambat-lambatnya 1x24 jam.
- 3.2 Pengembalian berkas rekam medis rawat inap selambat-lambatnya 2x24 jam.

IV. PROSEDUR

- 4.1 Prosedur Pengambilan Kembali (Retrieval) Rekam Medis
 - 4.1.1 Pelaksana Penyimpanan dan Pengambilan Rekam Medis mencatat / memasukkan ke komputer nomor rekam medis pasien yang dipinjam oleh unit pelayanan yang meminjam.
- 4.2 Prosedur Pendistribusian Berkas Rekam Medis

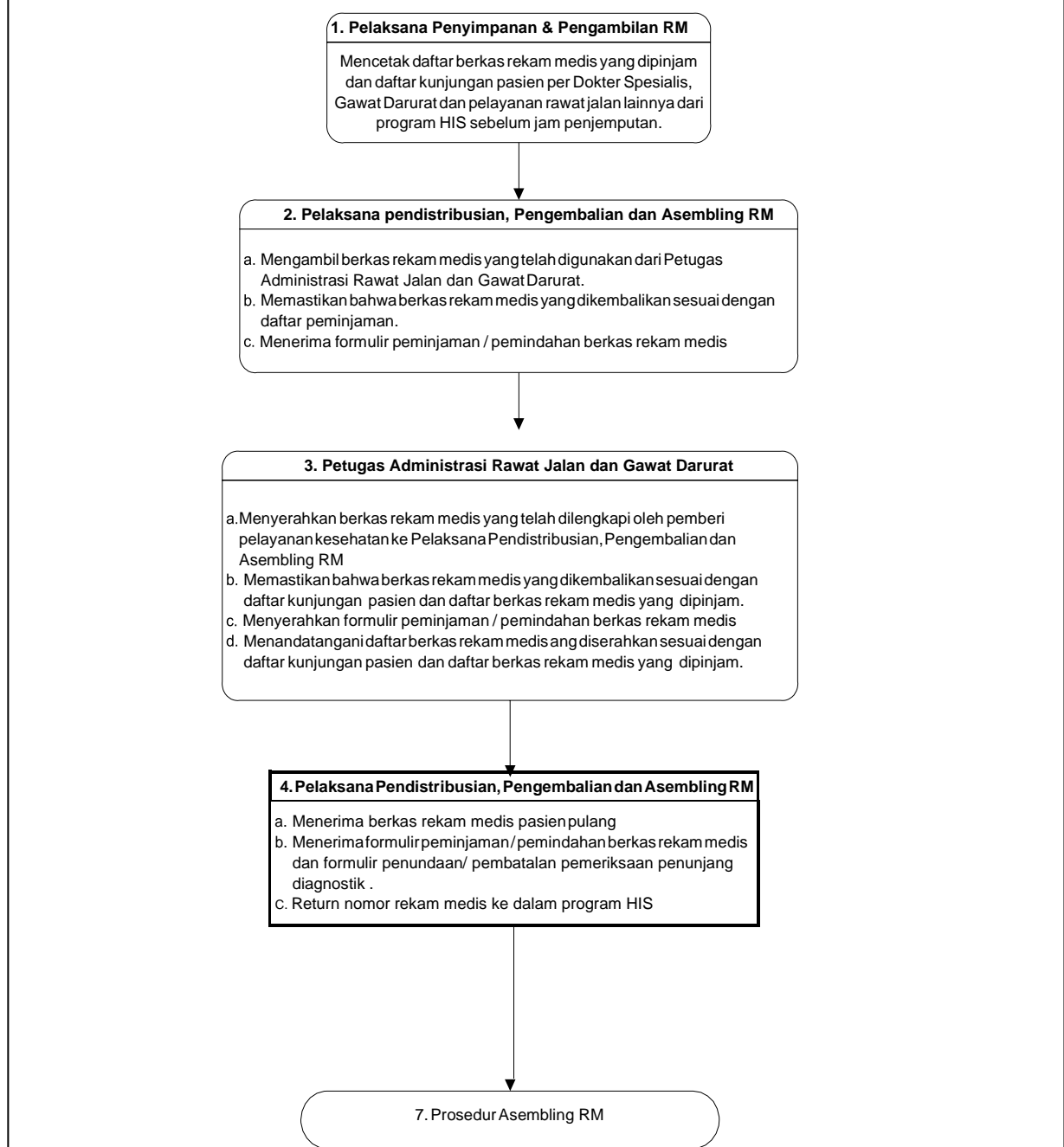
RS "UEU"	Prosedur Pengambilan Kembali (retrieval), Pendistribusian dan Pengembalian Rekam Medis		
	No. Dokumen : SPO-RM-011	No. Revisi :	Halaman 112 dari 4
PROSEDUR TETAP	Tanggal Terbit : 01 Mei 2010	Ditetapkan Direktur	
4.2.1 Pelaksana Pendistribusian dan Pengembalian Rekam Medis <ol style="list-style-type: none"> 4.2.1.1 Mendistribusikan berkas rekam medis untuk perjanjian pada pagi hari,. 4.2.1.2 Mendistribusikan berkas rekam medis tanpa perjanjian segera setelah diminta. 			
4.3 Prosedur Pengembalian Berkas Rekam Medis <ol style="list-style-type: none"> 4.3.1 Pelaksana Pendistribusian dan Pengembalian Rekam Medis 			

- 4.3.1.1 Menjemput dan mengambil berkas rekam medis dari poliklinik dan pelayanan rawat jalan lainnya, sehari empat kali.
- 4.3.1.2 Menjemput dan mengambil berkas rekam medis rawat inap setiap hari sekali, untuk semua berkas rekam medis yang pulang pada hari yang sama dan sehari sebelumnya.
- 4.3.2 Pelaksana Penyimpanan dan Pengambilan Rekam Medis :
 - 4.3.2.1 Mencetak daftar berkas rekam medis yang dipinjam oleh poliklinik dan Unit pelayanan penunjang medis lainnya.
 - 4.3.2.2 Daftar pasien UGD.
 - 4.3.2.3 Daftar pasien pulang rawat hari ini dan 1 hari sebelumnya.
- 4.2.3 Pelaksana Pendistribusian dan Pengembalian Rekam Medis :
 - 4.2.3.1 Mengambil berkas rekam medis yang telah dilengkapi oleh pemberi pelayanan kesehatan dari Petugas Administrasi Rawat Jalan, Perawat ruang rawat, dan Gawat Darurat.
 - 4.2.3.2 Memastikan bahwa berkas rekam medis yang dikembalikan sesuai dengan daftar berkas rekam medis yang dipinjam dan daftar kunjungan pasien.
 - 4.2.3.3 Menerima formulir peminjaman / pemindahan berkas rekam medis dan formulir penundaan / pembatalan pemeriksaan penunjang diagnostik dari Petugas Administrasi Rawat Jalan , Petugas Administrasi Gawat Darurat, dan Perawat Ruang rawat.
 - 4.2.3.4 Menandatangani daftar berkas rekam medis yang diserahkan sesuai dengan jumlah berkas rekam medis yang dipinjam, jumlah kunjungan pasien dan jumlah pasien pulang.
 - 4.2.3.5 Melakukan proses pengembalian rekam medis secara komputerisasi di Program Returned Medical Record :
 - 4.2.3.6 Mengingatkan Petugas Administrasi Rawat Jalan, Petugas Administrasi Gawat Darurat dan Perawat rawat inap apabila masih ada berkas rekam medis yang belum dikembalikan.

V. UNIT TERKAIT

- 5.1 Manajer Keperawatan.
- 5.2 Manajer Pengembangan Pelayanan.

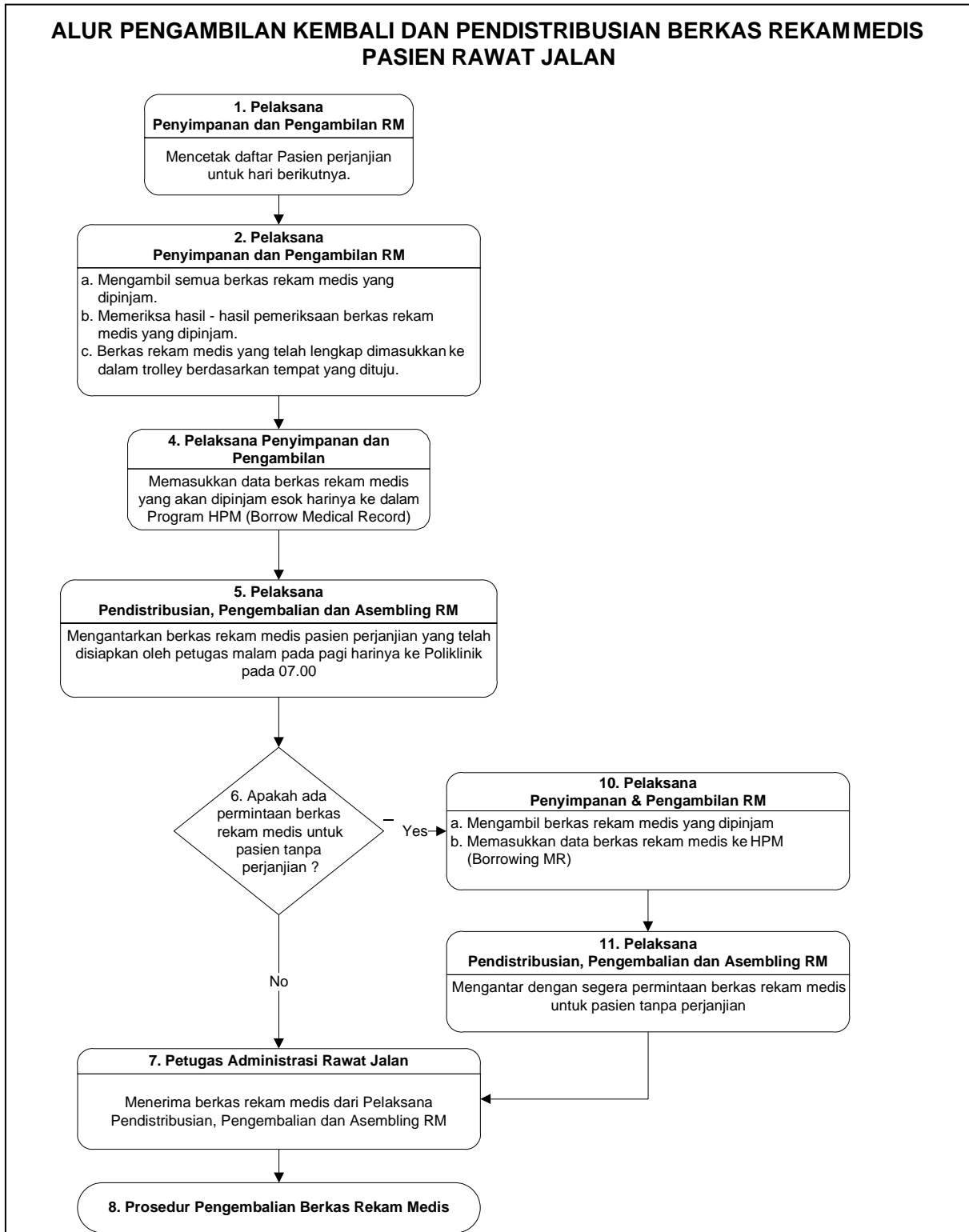
PENGEMBALIAN BERKAS REKAM MEDIS DARI PELAYANAN RAWAT JALAN



Gambar 4.3

Contoh Alur Pengembalian Berkas Rekam Medis dari Pelayanan Rawat Jalan

ALUR PENGAMBILAN KEMBALI DAN PENDISTRIBUSI BERKAS REKAMMEDIS PASIEN RAWAT JALAN



Gambar 4.4

Contoh Alur Pengambilan Kembali dan Pendistribusian RM Pasien Rawat Jalan

Topik 2

Jenis Pengarsipan

A. SISTEM PENGARSIPAN

Berdasarkan IFHIMA (2012), **sistem pengarsipan** merupakan system identifikasi RM yang dapat dilakukan dengan 2 cara yaitu secara **ALFABETIK dan PENOMORAN**. Sistem ini sejalan dengan yang ada di Indonesia yang berdasarkan kementerian kesehatan pada Pedoman penyelenggaraan Manajemen Informasi Kesehatan (2006)

Berdasarkan The Liang Gie (2007) , pengarsipan umum dapat disimpan dengan beberapa cara:

1. Alfabetik
2. Alfanumerik
3. Numerik
4. Kronologis/ Tanggal
5. Wilayah
6. Kasus

1. Alfabetik

Bentuk paling sederhana dari identifikasi RM adalah dengan abjad/ alfabetik nama pasien untuk mengidentifikasi dan mengajukan RM pasien. Dan karena hanya nama pasien digunakan untuk mengidentifikasi RM, itu juga merupakan cara termudah pengambilan RM, sehingga tidak diperlukan referensi silang nama pasien ke nomor RM pada KIUP/ IUP (lihat pada bab3). Sangat penting ejaan nama pasien , ejaan harus akurat. Hal ini juga penting untuk menciptakan sebuah sistem untuk melacak perubahan nama, seperti dari perkawinan atau perceraian. Hal ini diperlukan untuk benar-benar melatih staf untuk **memverifikasi** nama pasien dan ejaan, dan keakuratan dan kekonsistensian penyimpanan RM.

Untuk diperhatikan bahwa pentingnya menjagakerahasiaan nama pasien. Sejak di folder RM diidentifikasi hanya dengan nama pasien, dan bukan angka, sehingga identitas pasien tidak dilindungi. Identifikasi secara alfabetik merupakan yang paling praktis di institusi pelayanan kesehatan yang lebih kecil dengan populasi pasien stabil. Populasi pasien yang lebih besar akan mengakibatkan menemui beberapa pasien dengan **nama yang sama**, yang mengarah ke kemungkinan tercampur-baurnya RM pasien. Hal ini juga paling praktis untuk fasilitas dengan sedikit atau tanpa komputerisasi.

a. Cara penyimpanan dengan alfabetik

Penyimpanan secara alfabetis dari nama pasien. Pengarsipan Rekam Medis disesuaikan dengan sistim penamaan yang dipakai. Bila menggunakan sistim “ **nama keluarga/ family name**” maka nama keluarga , diikuti nama pertama, dan kemudian nama kedua (USA). Bila menggunakan sistim “nama langsung” maka nama pertama, diikuti nama kedua, ketiga bila ada dan terakhir nama keluarga.

b. *Tipe penyimpanan alfabetik*

Cocok untuk instalasi pelayanan kesehatan yang jumlah pasiennya tidak banyak (kurang dari 50 perhari)

Penamaan Langsung:

Shanti Mayangsari Prasetyo -> di kelompok **S**

Family Name

Prasetyo, Shanti Mayangsari -> di kelompok **P**

2. Alfanumerik

Sama dengan tipe alfabetik, pengarsipan Rekam Medis secara alfabetis dari nama pasien yang diikuti nomor urut. Alfabetik untuk awal nama dan Numerik = nomor urut untuk alfabet tersebut

Contoh:

Penamaan Langsung:

Shanti Mayangsari Prasetyo -> di kelompok **S-022**

Family Name

Prasetyo, Shanti Mayangsari -> di kelompok **P-033**

3. Kronologis/ Tanggal

Pada masa yang lalu Rekam Medispasien belum menggunakan Map Rekam Medis, dicatat dalam **buku besar** dan dokter menulis sesuai dengan tanggal pasien tersebut datang. Saat ini Rekam Medispasien telah dibuat map untuk setiap pasien, buku tidak lagi digunakan, karena sangat menyulitkan dalam membaca secara berkesinambungan riwayat penyakit si pasien. Tipe ini lebih banyak digunakan oleh pengarsipan sekretariat.

Sebagai Contoh: **Klinik Mayo** di Rochester, Minnesota kemudian diberi nama St.Mary's Hospital, sejak berdiri 1889 Rekam Medis nya **menggunakan buku besar** untuk diagnosa tertentu, khusus untuk klinik bedah saja. **Henry S.Plummer** seorang "*Clinic Associate*" tahun 1900 diminta oleh pimpinan Klinik Mayo untuk memperbaiki penataan Rekam Medis, maka dibuatlah **Sistim Penyimpanan** yang setiap pasien mendapatkan 1 berkas Rekam Medis dan bersifat sentralisasi dimana semua catatan medis pasien dikumpulkan dalam berkas tsb. termasuk sertifikat kelahiran dan kematian pasien serta disusun secara kronologis. Setiap berkas pasien tersebut diberi nomor dan disusun berdasarkan nomor (Widjaya, 2015).



Gambar 4.5

Mayo Clinic History and Heritage.

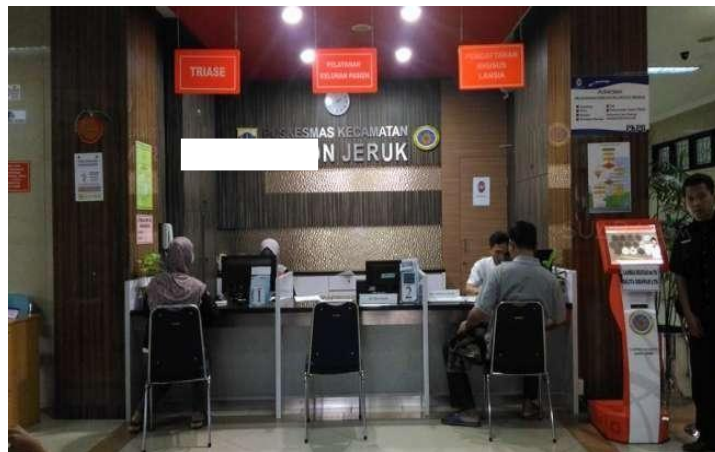


Gambar 4.6

Charles and William Mayo

5. Wilayah

Pada puskesmas pada masa lalu ditemui pengarsipan dengan memisahkan rekam medis pasien berdasarkan kecamatan asal si pasien yang menjadi tanggung jawab atau ruang lingkup dari Puskesmas tersebut. Berbeda untuk di rumah sakit, karena pasien juga berasal dari berbagai tempat tinggal dan malah dari berbagai daerah.



Gambar 4.7

Tempat Pendaftaran pasien Rawat Jalan di Puskesmas



Gambar 4.8

Rak Penyimpanan Statis Sederhana
tidak bersih dan tanpa Tracer



Gambar 4.9

Rak Penyimpanan Statis Sederhana
yang bersih dan rapi dengan Sistem Angka Akhir

5. Kasus

Rekam medis tidak mungkin dibuat berdasarkan kasus. Karena seorang pasien mungkin saja menderita tidak hanya satu penyakit tetapi beberapa penyakit, sehingga RM nya bisa menjadi beberapa berkas dan terletak di beberapa lokasi. Melihat pada masa yang lalu pernah dilakukan pengarsipan dengan cara ini. RM dipisah berdasarkan diagnosa penyakit tertentu. Contoh:

- Seperti Klinik Mayo (1889) yang menyusun indeks penyakit berdasarkan kasus. **Indeks penyakit** berdasarkan sistem organ tubuh yang dimasukkan dalam kartu (5x7 inchi)

disusun secara alfabetik oleh sekretarisnya bernama Mabel Root. Saat ini tidak ada lagi yang menggunakan cara ini.

- Perpustakaan mengarsip Buku-buku sesuai bidang keilmuan



Gambar 4.10

Pengarsipan buku di Perpustakaan Universitas Esa Unggul, 2017

6. Penomoran (Numerik)

Sistem pengarsipan rekam medis umumnya dilakukan berdasarkan penomoran rekam medis pasien. Dengan pengarsipan secara alfabetik nama pasien sering terjadi kesalahan dibanding dengan sistem penomoran, karena nama yang sering sama dan ejaan yang sering berbeda, namun bagi unit pelayanan kesehatan yang relatif kecil hal ini lebih memudahkan pelaksanaan. Untuk selanjutnya sistem penomoran ini akan kita bahas lebih luas.

B. SISTEM PENGARSIPAN DENGAN CARA PENOMORAN

Berdasarkan petunjuk teknis pengelolaan rekam medis di rumah sakit (2006) Sistem pengarsipan rekam medis di Indonesia dilakukan berdasarkan penomoran rekam medis pasien. Setiap rekam medis baru harus mendapat nomor yang diurut secara kronologis dan nomor tersebut digunakan oleh seluruh unit/ bagian di RS tersebut. Penomoran yang keluar dari sistem komputerisasi berurut secara otomatis. Bagi rumah sakit yang masih manual maka bank nomor diatur oleh unit rekam medis. Setiap hari nomor didistribusi di tempat pendaftaran rawat jalan dan gawat darurat sesuai perkiraan jumlah pasien baru perhari. Bila terjadi kelebihan nomor yang didistribusi maka dapat digunakan pada hari berikutnya, sebaliknya bila kurang maka dapat ditambah sesuai kebutuhan.

Ada 3 jenis sistem penomoran RM pasien :

1. Pemberian Nomor Cara Seri (*Serial Numbering System*)
2. Pemberian Nomor Cara Unit (*Unit Numbering System*)
3. Pemberian Nomor Cara Seri Unit (*Serial-Unit Numbering System*)

1. Pemberian Nomor Cara Seri (*Serial Numbering System*)

a. Pengertian

Setiap pasien mendapat nomor RM baru setiap kunjungan ke RS. Jika ia berkunjung 3 kali maka ia akan mendapat 3 nomor yang berbeda. Semua nomor yang diberikan kepada pasien itu harus dicatat di Kartu Indeks Utama Pasien (*Master Index Patient's*), sedangkan Rekam Medis nya disimpan diberbagai tempat, terpisah-pisah sesuai dengan nomor yang diberikan serta sistim penjajaran yang digunakan.

b. Kelebihan

- 1) Setiap pasien dapat dilayani langsung di klinik yang dituju tanpa membutuhkan waktu menunggu untuk pengambilan RM yang lama
- 2) Melakukan Retensi RM dengan memilah RM inaktif menjadi mudah oleh karena Rekam Medis dengan nomor kecil akan terletak di dalam kelompok RM lama

c. Kekurangan

- 1) Selalu mengulang pemberian nomor baru setiap kedatangan pasien. Hal ini dapat dikatakan pemborosan nomor.
- 2) RM lama tidak digunakan dalam pengobatan sehingga dokter tidak melihat kronologis penyakit yang terdahulu, kecuali bila diminta .

2. Pemberian Nomor Cara Unit (*Unit Numbering System*)

a. Pengertian

Setiap pasien yang berkunjung hanya diberikan satu (1) nomor Rekam Medis baik untuk kunjungan Rawat Jalan/ gawat darurat maupun Rawat Inap. Pada saat pasien datang pertama kali ke RS diberikan satu (1) nomor yang akan dipakai selamanya untuk kunjungan berikutnya, sehingga Rekam Medis si pasien hanya tersimpan dalam satu berkas di dalam satu nomor. Oleh karena itu setiap pasien berulang datang untuk mendapatkan pelayanan maka RM nya harus diambil di rak penjajaran untuk digunakan saat pengobatan/pelayanan.

b. Kelebihan Penomoran Secara Unit

- 1) Rekam medis pasien terpusat di satu berkas.
- 2) Sistem menyediakan Rekam Medis pasien yang lengkap menggambarkan riwayat sakit/ kesehatan pasiennya dan terapi yang pernah diterima pasien pada setiap asuhan medis/kesehatan.
- 3) RM terjajar di satu tempat khusus.
- 4) Perlu diperhatikan bahwa apabila telah diputuskan untuk menerapkan cara unit, maka semua staf harus mengecek KIUP sebelum menerbitkan nomor bagi RM baru. Ini untuk memastikan bahwa tidak terjadi adanya duplikasi pasien bagi satu nomor atau duplikasi rekam medis bagi satu pasien.
- 5) Mengurangi pekerjaan dalam hal mengumpulkan Rekam Medis pasien yang terpisah-pisah seperti pada Serial Numbering system.

- 6) Mengurangi pekerjaan dalam hal mengumpulkan Rekam Medis pasien yang lama untuk dipindahkan ke nomor yang terbaru seperti pada Seri-Unit Numbering System.

c. *Kekurangan Penomoran Secara Unit*

- 1) Berkas RM dapat menjadi sangat tebal, dan mungkin dibutuhkan Map (*folder*) yang baru dan setiap berkas diberi No. Volume (01, 02 dst.)
- 2) Bila pasien mendaftar lagi dan mengaku pasien baru maka dia akan mendapatkan 2 nomor yang menyebabkan tidak berkesinambungnya Rekam Medis pasien tsb. Dalam sistem komputerisasi hal ini lebih mudah di lacak. Petugas yang meragukan pengakuan si pasien , wajib memeriksa KIUP (MPI) agar tidak terjadi pemberian nomor lagi.
- 3) Sulit untuk memilah berkas Rekam Medis yang inaktif, dan harus dilihat satu persatu. (Hal ini dapat ditanggulangi bila menggunakan komputerisasi) atau menggunakan sistem stiker warna pada cover untuk tahun yang masih aktif)

3. Pemberian Nomor Cara Seri-Unit (*Serial - Unit Numbering System*)

a. *Pengertian.*

Sistem penomoran ini merupakan gabungan sistem penomoran seri dan unit . Setiap pasien berkunjung ke RS, kepadanya diberikan satu nomor baru, tetapi Rekam Medis nya yang terdahulu digabungkan dan disimpan di Rekam Medis dengan nomor yang paling baru, pada saat pasien telah selesai mendapat pelayanan sehingga RMnya tetap 1 berkas. Pada saat Rekam Medis yang lama diambil dan dipindahkan tempatnya ke nomor yang baru maka tempatnya yang lama itu diberi tanda dengan tanda petunjuk (*tracer/ outguide*) yang menunjukkan kemana berkas RM itu digabungkan/ dipindahkan. Tanda petunjuk ini sebagai pengganti berkas RM yang dipindahkan. Hal ini sangat membantu ketertiban sistem penyimpanan RM.

b. *Kelebihan*

- 1) Tetap bisa menciptakan 1 berkas Rekam Medis
- 2) Melakukan Retensi RM dengan memilah RM inaktif menjadi mudah oleh karena Rekam Medis dengan nomor kecil akan terletak di dalam kelompok RM lama.

c. *Kekurangan*

- 1) Diperlukan waktu untuk mengambil Rekam Medis yang lama untuk disatukan ke nomor RM yang baru saat RM telah dikembalikan ke ruang penyimpanan
- 2) Selalu mengulang pemberian nomor baru setiap kedatangan pasien. Hal ini dapat dikatakan pemborosan nomor. Tidak dapat digunakan dalam melihat kronologis penyakit saat pengobatan
- 3) RM lama tidak digunakan dalam pengobatan sehingga dokter tidak melihat kronologis penyakit yang terdahulu, kecuali bila diminta .



Gambar 4.11

Pengarsipan Rekam Medis di Puskesmas Baru Tengah di Balikpapan

4. Konversi Ke Sistem yang Baru

a. Pengertian

Perubahan dari satu sistem ke sistem lain harus dipertimbangkan dengan matang. Perubahan selalu menambah volume kerja, mengingat kedua sistem harus dioperasikan secara bersama untuk jangka waktu yang tidak dapat ditentukan. Biasanya pada bulan-bulan pertama akan banyak RM yang perlu digeser dan dipindah tempat.

b. Konversi

Dalam pelaksanaan perubahan sistem pengarsipan perlu persiapan matang, karena perubahan yang akan dilakukan tidak boleh mengganggu aktifitas pelayanan kesehatan yang diberikan.

Langkah-langkah yang diusulkan untuk perubahan dari 1 sistem penomoran ke sistem penomoran lainnya

- 1) Persiapan perubahan dari 1 sistem penomoran ke sistem penomoran lainnya:
 - a) Merevisi Kebijakan Perubahan sistem
 - b) Merevisi prosedur sistem pengarsipan
 - c) Siapkan alur dan prosedur perubahan sistem
 - d) Menyediakan Sarana dan Prasarana dalam hal ini Ruang dan rak untuk sistem penomoran yang baru
 - e) Pelatihan / Sosialisasi sistem untuk petugas yang terkait
 - f) Sosialisasi kepada semua unit pelayanan yang terkait

- 2) Pelaksanaan Perubahan:
 - a) Pilih hari/tanggal untuk memulai, laksanakan sistem penomoran pada saat hari/tanggal yang ditentukan.
 - b) cek apakah pasien sudah punya rekam medis lama, cabut rekam lama dan Jajarkan berdasarkan nomor yang baru.
 - c) Lebih baik bila mengkonversi RM pasien lama ke sistem yang baru pada saat pasien berobat kembali/ulang

- 3) Pengontrolan Perubahan:
 - a) KIUP harus disesuaikan atau kepada pasien diberi indeks baru pada saat perubahan dijalankan. Laksanakan kontrol ganda dengan sampul kosong pada lokasi lama atau beri "outguide" di tempat itu, disertai petunjuk rujukan ke lokasi baru.
 - b) Setelah lewat batas waktu yang ditentukan, rekam medis pasien lama yang tertinggal boleh dianggap sebagai rekam inaktif dan bisa dipindah ke gudang penyimpanan rekam inaktif. Cara ini juga dijalankan untuk kartu MPI nya.

Langkah-langkah yang diusulkan untuk perubahan dari sistem alfabetik ke sistem penomoran

- 1) Persiapan perubahan :
 - a) Merevisi Kebijakan Perubahan sistem
 - b) Merevisi prosedur sistem pengarsipan
 - c) Siapkan alur dan prosedur perubahan sistem
 - d) Menyediakan sarana dan prasarana dalam hal ini:
 - Ruang dan rak untuk sistem penomoran yang baru disesuaikan dengan sistem penjajaran yang digunakan
 - Map/ folder RM baru dengan disain sistem penomoran ber stiker nomor dan tempat penulisan nomor RM
 - Outguide/ Tracer
 - Bank nomor atau otomatisasi penomoran secara komputerisasi sistem identifikasi pasien
 - e) Pelatihan / Sosialisasi sistem untuk petugas yang terkait
 - f) Sosialisasi kepada semua unit pelayanan yang terkait



Gambar 4.12

Tracer dengan kantong bon pinjam



Gambar 4.13

Tracer dengan tanda OUT

- 2) Pelaksanaan Perubahan:
 - a) Pilih hari/tanggal untuk memulai, laksanakan sistem penomoran pada saat hari/tanggal yang ditentukan.
 - b) Cek apakah pasien sudah punya rekam medis lama, cabut rekam lama dan beri map baru, jajarkan berdasarkan nomor yang baru.
 - c) Lebih baik bila mengkonversi rm pasien lama ke sistem yang baru pada saat pasien berobat kembali/ulang.

- 3) Pengontrolan Perubahan:
 - a) KIUP harus disesuaikan atau kepada pasien diberi indeks baru pada saat perubahan dijalankan. Laksanakan kontrol ganda dengan sampul kosong pada lokasi lama atau beri "outguide" di tempat itu, disertai petunjuk rujukan ke lokasi baru.
 - b) Setelah lewat batas waktu yang ditentukan, rekam medis pasien lama yang tertinggal boleh dianggap sebagai rekam inaktif dan bisa dipindah ke gudang penyimpanan rekam inaktif. Cara ini juga dijalankan untuk kartu MPI nya.

5. Relational Numbering

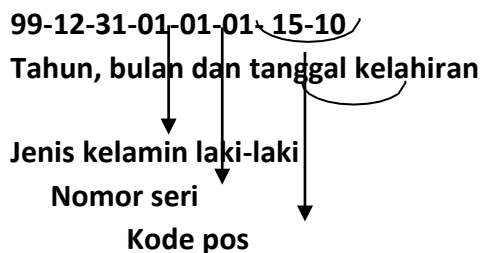
Selain sistem penomoran yang telah diutarakan di atas, dapat juga digunakan sistem penomoran "*Relational Numbering*"

a. Pengertian

Relational Numbering adalah sistem pengarsipan dengan menggunakan Nomor yang **berhubungan secara menyeluruh atau sebagian dengan data / identitas pribadi** pasien

Identitas pribadi yang terdiri dari :

- 1) tahun, bulan, tanggal kelahiran
 - 2) jenis kelamin (sex) pria=1, wanita= 2 .
 - 3) nomor seri/ *Serial number*
 - 4) kode wilayah/ geographic code (Jakarta Utara, Barat, Pusat, Timur dan Selatan)
- Contoh: Seorang pasien laki-laki dengan tanggal lahir 31 Desember 1999, tinggal di Jakarta Barat dengan kode pos 11510



Bila tidak diketahui tanggal lahir digunakan pseudo number: contoh:99-99-99

99-99-99-01-01-15-10

b. Kelebihan

- 1) Informasi berkaitan dengan data pasien :tanggal lahir dan jenis kelamin
- 2) Mudah diingat karena menggunakan tanggal lahir,
- 3) Mudah dicari dibanding dengan alfabetik yang bisa terjadi salah ejaan.

c. Kekurangan

- 1) Nomornya panjang, kemungkinan terjadi kesalahan terutama bila dilakukan secara manual
- 2) Kapasitas terbatas: untuk tanggal lahir hanya sampai 31, bulan hanya sampai 12 dan tahun kelahiran hanya 2 digit :00 sd . 99

6. Social Security Numbering

a. Pengertian

Sistem penomoran dipakai di fasilitas pemberi pelayanan kesehatan dengan menggunakan **kode huruf dan tanggal lahir**.

Cara ini di pakai di RS Veteran (USA) yang menyimpan RM tanpa sistem penomoran yang lazim digunakan. Penomoran ini ada juga digunakan untuk orang –orang yang dianggap terkenal/ sukses. Tetapi tidak dianjurkan digunakan sebagai sistem penomoran RM pasien pada umumnya.

Pedoman pembuatan nomor RM pasien:

- 1) Bila awal nama huruf Abc
- 2) Bila awal nama huruf Def
- 3) Bila awal nama huruf Ghi
- 4) Bila awal nama huruf Jkl
- 5) Bila awal nama huruf Mno
- 6) Bila awal nama huruf Pqr
- 7) Bila awal nama huruf stu
- 8) Bila awal nama huruf vwx
- 9) Bila awal nama huruf yz
- 0) Bila nama tengah tidak ada/ used when no middle initial

Contoh

JOHN BROWN lahir 01 Januari 1946 → 401-01-01-46

4	0	1	-01	-01	-46
J	No middle Initial	B	JANUARY	FIRST	1946

b. Kelebihan

- 1) Penomoran ini dapat membedakan pasien tertentu dari pasien lainnya.
- 2) Tujuan untuk Kerahasiaan pasien dapat lebih terjamin

c. *Kekurangan*

- 1) Sulit untuk mempelajari sistem penomoran ini
- 2) Penomoran RM pasien terlalu panjang

7. Family Numbering

a. *Pengertian*

Penomoran berdasarkan **kedudukan dalam keluarga**

Tambahan 2 nomor dimuka No.RM sebagai tanda kedudukannya dalam keluarga.

01- kepala rumah tangga 01- 123456

02- ibu rumah tangga 02-123456

03- anak dan keluarga lainnya 03-123456, 04-123456, 05-123456, dst.

Berkas RM satu keluarga disimpan dalam 1 berkas RM dengan No. RM keluarga (123456).

b. *Kelebihan*

Berguna bagi poliklinik di puskesmas. Sistem ini dipakai di Puskesmas atau Pusat Kesehatan Mental yang membutuhkan teknik konsultasi keluarga.

b. *Kekurangan*

Kekurangannya ialah sering terjadi perubahan dari anggota keluarga. Bila bercerai dan kawin lagi maka kepala keluarga tersebut menjadi kepala keluarga dari keluarga yang lain lagi. Juga anak akan menjadi kepala keluarga yang baru sesudah kawin. Nomor RM baru diberikan sesudah keluar dari anggota keluarga tersebut.

8. Pembagian/ Alokasi Nomor

a. *Sistem Manual*

Dalam sistem manual yang menggunakan satuan penomoran, tanggung jawab untuk alokasi nomor ada pada satu tempat, biasanya unit RM. Hal ini memastikan bahwa kontrol berada di satu tempat untuk mencegah lebih dari satu pasien memiliki nomor yang sama, atau bahwa pasien akan memiliki lebih dari satu nomor. Jika seorang pasien baru tiba di area pendaftaran, unit RM dihubungi untuk mendapatkan nomor baru. Prosedur untuk alokasi nomor harus jelas dicatat dan dimonitor.

Dalam sistem manual yang menggunakan seri penomoran, sebaiknya dikeluarkan oleh unit RM atau staf pendaftaran untuk pertanggungjawabannya. Contoh staf pendaftaran menetapkan nomor RM, nomor di blok yang telah ditentukan berdasarkan jumlah pasien rata-rata sebelumnya. Jumlah nomor di setiap "blok" harus ditentukan oleh aktivitas masing-masing daerah dan harus dibatasi dan dikendalikan dengan hati-hati. Karena setiap daerah dialokasikan blok tertentu angka, duplikat nomor sebaiknya tidak ditugaskan.

b. *Sistem komputerisasi*

Sistem yang terbaik untuk alokasi nomor ada ditempat registrasi yang telah menggunakan unit numbering system dengan komputerisasi. Dengan registrasi

komputerisasi, nomor keluar secara otomatis di setiap lokasi pendaftaran ini dimungkinkan karena sistem komputer yang tersedia untuk memeriksa MPI dan untuk memverifikasi bahwa pasien tidak memiliki nomor rekam medis yang ada. Petugas registrasi ditempat pasien mendaftar, petugas staf mencari database IUP/ MPI secara komputerisasi untuk menentukan apakah pasien itu telah diberi nomor unit (Pasien lama). Jika pasien lama perlu mendapat informasi yang diperbarui bila ada perubahan tempat tinggal atau lainnya dan informasi identitas pasien dapat diedit. Hal ini penting untuk dicatat, bagaimanapun, bahwa jika lebih banyak orang bertanggung jawab untuk menetapkan nomor, risiko duplikasi akan meningkat.



Gambar 4.14

Rak Penjajaran dengan nomor warna

C. PENGARSIPAN RM BERDASARKAN LOKASI PENYIMPANAN REKAM MEDIS

Rekam Medis dapat disimpan di satu (1) lokasi atau bisa juga di beberapa lokasi .
Karena itu dibagi atas 2 cara:

1. Sentralisasi (Centralized Unit Record System).

a. Pengertian

Yang dimaksud dengan “**sentralisasi**” adalah : seluruh informasi tentang seorang pasien yang mendapat pelayanan rawat inap, rawat jalan ataupun emergensi atau lain-lain pelayanandisimpan di satu berkas, di satu lokasi dan dikelola oleh satu unit yaitu Unit Rekam Medis. Harus senantiasa diingat bahwa pada sistem penomoran unit, pasien diberi nomor RM nya pada saat pertama kali ia datang ke pelayanan RS terkait .

Tujuan utama penerapan sentralisasi (*Centralized Unit Record System*) adalah bahwa unit RM memelihara RM pasien secara berkesinambungan dan tersedia setiap saat diperlukan. Jalan yang paling baik untuk mencapai tujuan ini adalah.dengan sentralisasi.

Secara ideal, untuk mengontrol ketersediaan RM, adalah SEMUA informasi tentang seorang pasien hendaknya disimpan di dalam satu sampul di satu tempat atau satu file.

b. Kelebihan sentralisasi:

- 1) Semua informasinya akan tersimpan di dalam 1 berkas, segenap informasi tentang asuhan pasien tersimpan dalam satu tempat dan terbuka untuk para profesi pemberi asuhan/pelayanan pasien.
- 2) Mengurangi duplikasi informasi dan RM.
- 3) Nomor ini membedakan pasien dari nomor RM pasien lain di rumah sakit/klinik tersebut.
- 4) Mengurangi biaya untuk peralatan dan ruangan.
- 5) Tata kerja dan peraturan mengenai pencatatan RM mudah distandarisasi.
- 6) Peningkatan efisiensi kerja petugas penyimpanan.
- 7) Mudah menerapkan sistem penomoran unit.
- 8) Kontrol berkas RM lebih mudah.
- 9) Implementasi segala prosedur administratif rekam bisa terlaksana.\
- 10) Cara ini akan memudahkan retrieval informasi karena seluruh berkas ada di satu tempat dengan satu nomor unik.

c. Kekurangan

- 1) Petugas menjadi lebih sibuk karena harus menangani unit rawat jalan dan unit rawat inap
- 2) Tempat penerimaan pasien harus bekerja selama 24 jam.

2. Desentralisasi

a. Pengertian

Pemisahan tempat / lokasi penyimpanan antara RM pasien rawat jalan dan rawat inap dan RM lainnya. Bisa saja dengan satu nomor unit atau dengan nomor yang berbeda-beda. Cara ini memerlukan kebijakan ketat agar dapat di bawah supervisi unit RM.

b. Kelebihan

- 1) Efisiensi waktu sehingga pasien mendapat pelayanan lebih cepat.
- 2) Beban kerja petugas lebih ringan.

c. Kekurangan

- 1) Terjadi duplikasi pembuatan RM
- 2) Biaya u/ peralatan dan ruangan lebih banyak

Secara teori cara sentralisasi lebih baik dari desentralisasi tetapi dalam praktek sangat tergantung pada kondisi dan situasi masing-masing rumah sakit, seperti:

- 1) Keterbatasan tenaga trampil , khususnya yang mengelola Rekam Medis
- 2) Kemampuan dana RS , baik milik pemda maupun swasta

- 3) Pada rumah sakit yang besar dengan gedung horizontal atau bangsal rawat yang terpisah-pisah, maka untuk tingkat tertentu, desentralisasi mungkin perlu dipertimbangkan dengan alasan kemudahan penyediaan dan akses ke rekam medisnya.
- 4) Menyertakan seluruh RM yang tebal ke tempat asuhan rawat jalan juga harus dipertimbangkan, bila tidak mengurangi keperluan asuhan bisa saja hanya dikirim bagian berkas yang perlu.
- 5) Pada rumah sakit yang besar mungkin saja permintaan terhadap RM sangat banyak dan terus menerus. Untuk itu cara sentralisasi dan RM dalam 1 berkas bisa saja kurang menguntungkan.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Sebutkan sistem pengarsipan yang digunakan di Indonesia
- 2) Apa Kelebihan sistem dengan penomoran
- 3) Berdasarkan Lokasi pengarsipan dibagi atas 2 sistem. Sebutkan!
- 4) Apa Kelebihan sistem sentralisasi?

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang sistem pengarsipan khususnya sistem penomoran

Glosarium

Alur	Proses suatu kegiatan yang berurutan dari awal sampai akhir kegiatan
Asembling	Perakitan rekam medis
Desentralisasi	Pemisahan tempat / lokasi penyimpanan antara RM pasien rawat jalan dan rawat inap dan RM lainnya
<i>Folder</i>	map pasien
<i>IFHIMA</i>	International Federation Health Information Management Asosiation
KIUP	Kartu Indeks Utama Pasien
<i>Konversi</i>	Perubahan sistem lama ke sistem baru
MIUP	Master Indeks Utama pasien Istilah lain dari Indeks Utama Pasien
Prosedur	Langka-langkah melakukan suatu proses kegiatan
Registrasi	Pengumpulan data pasien yang mendaftar berobat untuk rawat jalan atau rawat inap di rumah sakit/ puskesmas
<i>Relational Numbering</i>	sistem pengarsipan dengan menggunakan Nomor yang berhubungan secara menyeluruh atau sebagian dengan data / identitas pribadi pasien
Retrieval	Pengambilan kembali rekam medis
RM inaktif	Rekam medis yang sudah 5 tahun tidak aktif
sentralisasi	seluruh informasi tentang seorang pasien yang mendapat pelayanan rawat inap, rawat jalan ataupun emergensi atau lain-lain pelayanan disimpan di satu berkas, di satu lokasi dan dikelola oleh satu unit yaitu Unit Rekam Medis
<i>Serial Numbering System</i>	Pemberian Nomor Cara Seri
<i>Serial-Unit Numbering System</i>	Pemberian Nomor Cara Seri Unit
UGD	Unit Gawat Darurat
<i>Unit Numbering System</i>	Pemberian Nomor Cara Unit

Daftar Kepustakaan

- Abdelhak, Mervat, 2007, *Health Information: Management of Strategic Resources*, Phildelpia: WB Saunders Company, 2007.
- Davis, Elwyn, 1990. *Information Systems I for Health Information Management I Students*, Sydney: The University of Sidney, 1990.
- Departemen Kesehatan RI, 2008, Permenkes 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis.
- Departemen Kesehatan RI, 2008, *Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*, Nomor 129/Menkes/SK/II/2008.
- Departemen Kesehatan RI, 1997, *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis di Indonesia*, Jakarta: Dirjen. Pelayanan Medik.
- Departemen Kesehatan RI, 2006, *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*, Jakarta: Dirjen. Pelayanan Medik.
- Hatta, Gemala, 2008, *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan*, Jakarta: UI Press.
- Huffman, Edna K., 1994, *Health Information Management 10th edition*, Berwyn, Illinois: Physician Record Co.
- International Federation of Health Information Management Association, 2012 Education Module for Health Record Practice , Module 3 - Record Identification Systems, Filing and Retention of Health Records, Chicago, Illionis*
- Johns, Merida L., 2000, *Health Information Management Technology*, Chicago, Illionis: AHIMA.
- Kathryn McMiller, 2000, *Being Medical Records Clerk, sec.edition*
- LaTour, Kathleen M. and Maki Shirley Eichenwald, 2010, *Health Information Management Concepts, Principles and Practice, 3th ed.* Chicago, Illiones: AHIMA
- Skurka, Margaret A., 2003, *Helath Information Management, 5th ed.* San Fransisco: Jossey-Bass, A Wiley Imprint.
- The Liang Gie, 2007, Administrasi Perkantoran Modern, liberty.*

BAB V

SISTEM PENDISTRIBUSIAN REKAM MEDIS



Gambar 5.1

Alat pendistribusian Rekam Medis

PENDAHULUAN

Setelah mempelajari sistem pengarsipan dalam Bab IV, kita lanjutkan dengan sistem pendistribusian Rekam Medis (RM). Apakah anda bekerja di bagian Pendistribusian RM? Bagaimana sistemnya? Apa saja yang harus dikerjakan sebelum mengirim RM pada yang membutuhkan?? Tentunya kita tidak asing melihat adanya petugas RM yang mondar mandir di poliklinik untuk mendistribusi RM.

Bila anda menuju ke rak penyimpanan RM ; Apakah dapat langsung mendapatkan RM yang dibutuhkan? Hal inilah yang akan kita pelajari, melakukan pengambilan RM dari rak Penjajaran, mendistribusi ke tempat yang membutuhkan tepat waktu, dan sesudah selesai digunakan anda juga akan mengambil kembali untuk diolah data yang baru dan RMnya disimpan kembali ke rak Penjajaran RM di insitutsi pelayanan baik rumah sakit, klinik ataupun puskesmas.

Mengapa perlu menggunakan suatu sistem?? Karena sistem pendistribusian RM perlu mengikuti prosedur seutuhnya , tidak boleh dilangkahi, karena pencatatan pendistribusian adalah mutlak wajib dilakukan daripada anda kehilangan RM bila diperlukan. RM yang tersedia di rak penjajaran dan siap sedia untuk digunakan sangat mempengaruhi pendek atau panjangnya waktu tunggu pasien yang merupakan cermin mutu pelayanan baik rawat jalan, inap dan gawat darurat.

Apabila sebagai petugas Registrasi pasien anda berada di tempat pendaftaran pasien (*front office*) dan melayani langsung pasien yang datang, tetapi sebagai petugas pendistribusian RM anda berada di ruang penyimpanan yang letaknya di ruang yang berbeda (*back office*) dan berkeliling mengirim RM, berinteraksi dengan tenaga kesehatan lain

ditempat yang membutuhkan, khususnya poliklinik baik saat mendistribusi maupun saat mengambilnya kembali dari poliklinik ataupun tempat pelayanan lain yang meminjamnya. Oleh karena itu letak penyimpanan RM sebaiknya tidak terlalu jauh dari poliklinik yang tiap hari membutuhkan RM.

Dalam bab ini, anda akan mempelajari sistem pendistribusian RM. Setelah mempelajari bab ini, diharapkan anda sebagai mahasiswa mampu menjelaskan tentang Sistem Pengambilan kembali (retrieval), Pendistribusian dan Pengembalian RM

Materi dalam bab ini meliputi:

1. Pengambilan kembali RM dari rak penjajaran bagi RM pasien lama (Retrieval)
2. Pendistribusian RM ketempat yang dituju dan pengambilan kembali RM yang telah digunakan

Topik 1

Pengambilan Kembali RM dari Rak Penjajaran bagi RM Pasien Lama (*Retrieval*)



Gambar 5.2

Pengambilan Rekam Medis dari Rak Penyimpanan

Para mahasiswa, RM berisi riwayat penyakit pasien dan masalah kesehatan lain yang terkait dari pasien. Bila pasien datang kembali untuk mendapat pelayanan, pemberi pelayanan (dokter, perawat dan lainnya) memerlukan nya untuk kesinambungan pelayanan dan mengetahui tentang riwayat kesehatan masa lalu dari pasien tersebut. Rekam Medis pasien yang telah dijajar akan diambil kembali. Siapa sajakah yang membutuhkan RM dan untuk keperluan apa sehingga RM di ambil dari rak penjajaran? RM dibutuhkan oleh:

1. Poliklinik bila pasien berobat ulang ke institusi pelayanan tersebut
2. Dokter yang terkait bila pasien konsul hasil Penunjang diagnostik
3. Komite medis untuk audit Medis atau studi kasus
4. Komite keperawatan untuk audit keperawatan atau studi kasus
5. Tim verifikator untuk klarifikasi reimbursement (penagihan biaya)
6. Direktur medis untuk klarifikasi pelayanan bila ada komplain dari pasien

A. PERATURAN TERKAIT PENDISTRIBUSIAN

1. Konsep Pengeluaran Rekam Medis dari rak penjajaran:

“Harus mengetahui kemana Rekam medis itu akan dikirim” Hal ini penting karena pada prinsipnya fungsi dari unit rekam medis adalah mengamankan dan menjaga agar Rekam Medis pasien tetap terjaga dan dapat digunakan dan diambil setiap saat dibutuhkan. Oleh karena itu setiap Rekam Medis yang keluar harus diketahui keberadaannya.

2. Waktu tunggu Penyediaan Rekam Medis (SPM, 2009)

a. Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medis mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100).
Sumber data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/diruang rekam medis untuk pasien lama.
Standar	Rerata < 10 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medis

b. Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat Inap

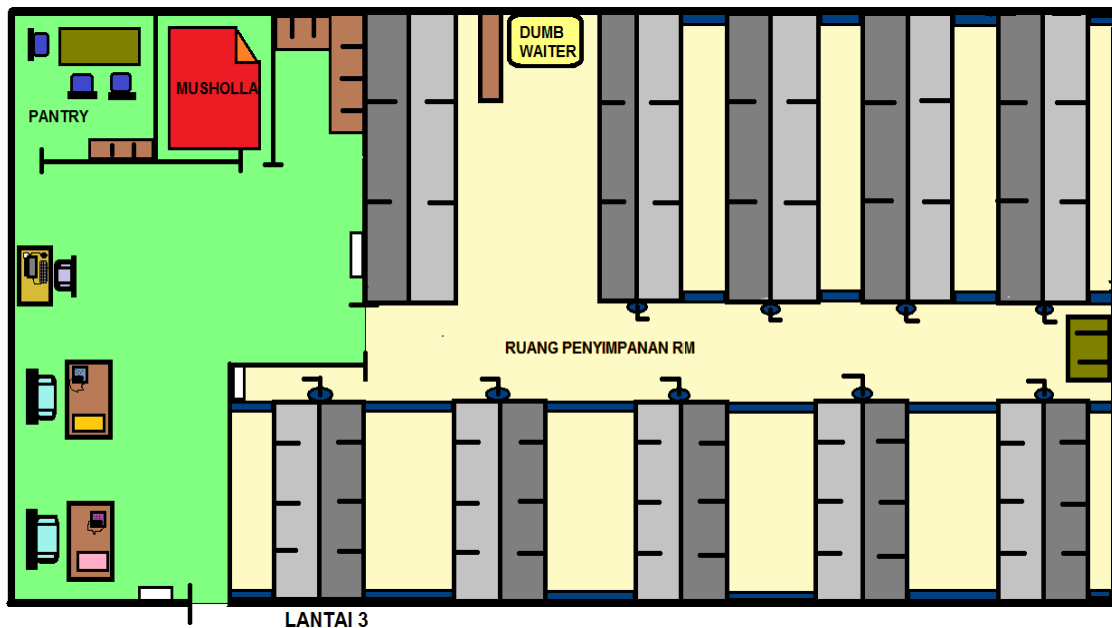
Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap
Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien.
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati

Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata < 15 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medis

B. SARANA DAN PRASARANA YANG DIBUTUHKAN DALAM PENDISTRIBUSIAN

1. Ruang Penyimpanan RM

Alat penyimpanan yang baik, penerangan yang baik, pengaturan suhu, pemeliharaan ruangan merupakan unsur dalam keselamatan kerja petugas rekam medis sehingga penting untuk menjadi perhatian di ruang penyimpanan RM. Hal ini akan menjadi motivasi dan dapat meningkatkan produktivitas petugas yang bekerja diruang penyimpanan.



Gambar 5.3
Ruang Kerja Rekam Medis

Desain gambar di atas merupakan ruang kerja rekam medis yang didalamnya terdapat ruang penyimpanan Rekam Medis. Dalam Ruang penyimpanan ada beberapa rak penyimpanan Rekam Medis yang sudah menggunakan Roll O'pack. (Riaerviana blog)

Dalam disain ruang tersebut, jarak antara dua buah rak untuk lalu lalang dianjurkan selebar 90 cm, jika menggunakan jari 5 inci satu baris. Ruang kosong didepannya harus 90cm jika diletakkan saling berhadapan harus diadakan ruang kosong paling tidak 150 cm. Untuk memungkinkan terbuka lemari rak tersebut. Satu rak terdiri dari lima baris akan terlihat lebih rapi dan setiap rak perlu penanggung jawab baik untuk kontroling keluar masuk RM dan juga untuk menjaga kebersihan rak.

2. Rak penjajaran Rekam Medis

Rak penjajaran rekam medis, ada beberapa model:

a. *Electrically Roll o pack*

Adalah rak penyimpanan elektrik yang menggunakan kode untuk membuka rak sesuai dengan nomor rekam medis yang akan dicari.

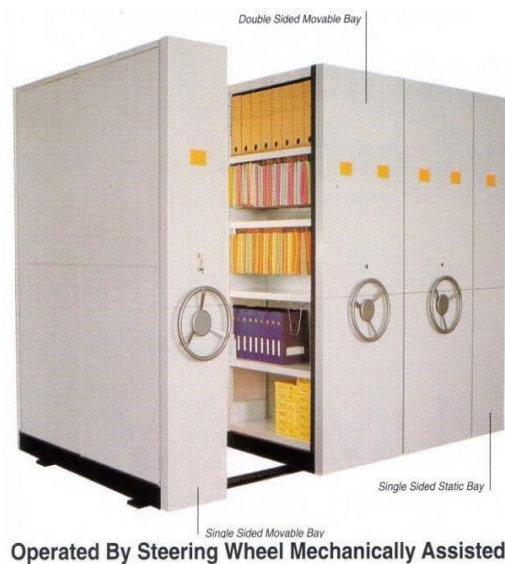


Gambar 5.4

Electrically Roll o pack

b. *Mechanically Roll o pack*

Adalah rak penyimpanan modern untuk menyimpan rekam medis, dibuka dengan cara mekanik/ diputar sesuai sub rak rekam medis pasien.



Gambar 5.5

Mechanically Roll o pack

c. *Rak permanen RM*

Adalah rak penyimpanan rekam medis yang tidak dipindah-pindahkan lagi, biasanya terbuat dari kombinasi papan kayu dan besi.



Gambar 5.6

Rak Permanen Rekam Medis

3. Petunjuk Penyimpanan

Pada deretan RM yang disimpan di rak harus diberi tanda petunjuk guna mempercepat pekerjaan penyimpanan dan menemukan RM. Jumlah petunjuk tergantung dari rata-rata jumlah tebalnya sebagian besar RM tersebut. Untuk RM yang tebalnya sedang diberi petunjuk setiap 50 RM. Makin tebal RM makin banyak petunjuk yang harus dibuat. RM yang aktif lebih banyak menggunakan petunjuk dari pada RM yang kurang aktif.

Tanda petunjuk ini dibuat dari bahan yang kuat, tahan lama dan mudah dilihat. Pada bagian pinggir lebih lebar, dan menonjol sehingga angka-angka yang dicantumkan mudah terlihat. Pada setiap tanda petunjuk ditulis 2 angka (untuk sistem terminal digit dan sistem midle digit.

Contoh tanda petunjuk untuk sistem terminal digit, section 15 sebagai berikut :

00	01	02	03	04	05
15	15	15	15	15	15

Angka diatas adalah kelompok angka kedua, angka yang dibawah adalah kelompok angka yang pertama. Dalam Terminal digit filing system Rekam medis pertama yang diletakkan dibelakang tanda petunjuk adalah rekam medis nomor 00 – 00 – 15, diikuti

01 – 00 – 15
02 – 00 – 15
03 – 00 – 15
04 – 00 – 15
05 – 00 – 15
06 – 00 – 15
07 – 00 – 15, dan seterusnya

Dalam midle digit filing, didalam tanda petunjuk 20/94 terdapat rekam medis

20 – 94 – 01

20 – 94 – 14

20 – 94 – 15

20 – 94 – 16

20 – 94 – 17

20 – 94 – 18



Gambar 5.7

Petunjuk penyimpanan dalam rak

4. **Outguide/ tracer:** bahan dasar dari kertas karton tebal/ mika/ plastic dengan kantong kecil tempat menyimpan catatan



Gambar 5.7

Outguide/ Tracer dengan Kantong untuk Meletakkan Bon Pinjam



Gambar 5.8
Tracer dengan tanda "OUT"



Gambar 5.9
Outguide/ Tracer dengan tanda "OUT" pada rak penyimpanan

5. Lembaran peminjaman rangkap 3 (Slip/ Bon pinjam)

Untuk itu diisi form (Slip/ Bon) peminjaman rangkap 3;

- a. Lembaran 1 u/ R M diletakkan pada kotak lembaran peminjaman
- b. Lembaran 2 u/ ditempel pada outguide (tracer)
- c. Lembaran 3 diklip pada Rekam medis u/ peminjam

Bila registrasi pasien telah menggunakan komputer dapat dientry pada program peminjaman tsb, agar diketahui lokasi Rekam Medis itu berada

Pada saat pengambilan kembali Rekam Medis dari rak penjajaran maka berkas tersebut diganti dengan outguide yang ditempelkan lembaran peminjaman 2.

Sesudah pengembalian maka lembaran 1 dibuang dan Rekam Medis tsb dikembalikan ke rak penjajaran, outguidenya dikeluarkan, lembaran peminjaman 2 yang ada di outguide dikeluarkan dan dibuang.

Contoh formulir / bon peminjaman ukuran kecil yang diselipkan pada Tracer:

FORM. PEMINJAMAN RM Tanggal:	
No.RM	
Klinik/ Rg	
Nama Dr	
Nama Petugas RM	

Gambar 5.10. Gambar Formulir/ Bon Pinjam

C. MELACAK MISFILE

Kadang rekam medis terletak pada lokasi yang salah atau tidak dikeluarkan melalui prosedur yang benar. Dibawah ini tehnik dalam melacak misfile (salah letak) :

1. Cari transposisi didalam masing-masing set angka 2 digit. Contoh 67-08-16 bisa tersimpan di 67-80-16 atau 67-08-61
2. Cari rekam medis hilang bernomor 3 pada 5 atau 8 (angka terlihat mirip), nomor 7 pada 1, nomor 0 pada 6, nomor 4 pada 9
3. Periksa nomor tertentu pada kelompok ratusan yang mendahuluinya atau mengikuti nomor tersebut. Contoh pada 657 dicari pada 557 atau 757 atau pada kombinasi yang serupa
4. Periksa rekam medis sebelum atau sesudah dibutuhkan terkadang menyelip ke dalam map rekam medis pasien lain.
5. Periksa rekam medis persis diatas atau dibawah rekam medis yang mesti ditemukan

D. RAK SORTIR

Rekam medis yang sudah ditemukan dari rak penyimpanan, tidak satu-satu dikirim ke klinik yang dituju umumnya pendistribusian dibagi beberapa petugas, sehingga perlu ada rak sortir sebelum rekam medis didistribusikan.

Rak sortir ini digunakan untuk memudahkan petugas distribusi memilah Rekam Medis ke klinik tertentu. Ada juga beberapa tempat yang pendistribusian Rekam Medis nya menggunakan lift barang setiap lantai maka petugas lebih sedikit pengawasan dalam hal pendistribusian Rekam Medis nya karena setiap lantai ada petugas distribusi yang siap menyalurkan Rekam Medis ke klinik yang dituju.



Gambar 5.11
contoh Rak Sortir rekam medis

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Sebutkan indikator mutu penyediaan rekam medis rawat jalan dan rawat inap
- 2) Sebutkan model rak penyimpanan rekam medis!
- 3) Apakah isi dari bon pinjam rekam medis?
- 4) Bagaimana cara melacak misfile ?

Ringkasan

Rekam medis yang keluar dari rak penyimpanan dapat digunakan untuk keperluan berobat, pengisian kelengkapan Rekam Medis, maupun pengisian keperluan asuransi dan lain-lain. Dalam pelaksanaannya perlu ada aturan yang dipatuhi oleh seluruh petugas rekam medis dan petugas terkait lainnya, dengan tingginya mobilisasi penggunaan Rekam Medis pasien. Oleh karena itu perlu pengontrolan, pengawasan akan keberadaan Rekam Medis sehingga setiap saat dibutuhkan RM dapat kita siapkan segera dan mengetahui keberadaannya bila Rekam Medis tersebut tidak berada di rak penjajaran.

Dengan berbagai model rak penyimpanan merupakan fasilitas yang disediakan rumah sakit dalam penyelenggaraan rekam medis tidak menjanjikan penyimpanan dapat terselenggara dengan baik bila aturan, kontroling Rekam Medis tidak berjalan sesuai kaidah yang ada. Sehingga ada beberapa tips untuk melacak misfile jika terjadi namun diharapkan kontroling dapat berjalan dengan hasil tidak adanya rekam medis yang tidak ditemukan pada hari tersebut.

Topik 2

Pendistribusian RM Ketempat yang Dituju dan Pengambilan Kembali RM yang Telah Digunakan



Gambar 5.12

Cara pendistribusian rekam medis dengan Dumbwaiter

A. PENDISTRIBUSIAN REKAM MEDIS

1. Pengertian

Suatu tindakan mengirim Rekam Medis yang telah diretrieve dari rak penjajaran ke tempat meminjam dengan menggunakan pencatatan

Lembaran peminjaman 2 yang diklip di Rekam Medis dan buku ekspedisi serah terima

2. Alat bantu pendistribusian RM

a. Buku ekspedisi

Ditulis seperti pada bon pinjam, berguna untuk bukti serah terima dengan pihak penerima, pihak penerima menandatangani dalam buku ekspedisi



Gambar 5.13

Buku ekspedisi pengiriman rekam medis

b. *Trolley (bila dalam jumlah banyak) alat untuk mendistribusi RM*



Gambar 5.14
Trolley rekam medis



Gambar 5.15
Trolley rekam medis

3. Dumb Waiter Elevators

Ada yang 1/ 2 atau 3rak , menyerupai lift kecil yang dapat mendistribusi RM dari lantai yang satu ke lantai lainnya. Dapat digunakan bila RS dengan bangunan vertikal



Gambar 5.16
Dumb Waiter elevators rekam medis



Gambar 5.17
Kegiatan memasukkan rekam medis ke dalam Dumb Waiter elevators

4. Pneumo tube

Merupakan alat pendistribusi dari suatu tempat ke tempat lain baik pada lokasi yang vertikal maupun horizontal. Namun jarang dipakai untuk pendistribusian RM karena:

- a. Bentuk pengirimannya berupa tabung maka RM harus digulung agar bisa dikirim. Hal ini akan merusak RM dan tidak bisa mengirim RM yang tebal
- b. Tabung ini sering menyangkut di tempat tertentu seperti dipersikuan (persimpangan) karena RM cukup berat
- c. Perlu ketelitian petugas dalam memilih (memencet) lokasi untuk mengirim RM . Kalau salah akan terkirim ke tempat lain yang sulit untuk dilacak.



Gambar 5.18
Pneumo tube



Gambar 5.19
kegiatan distribusi rekam medis menggunakan *Pneumo tube*

B. PENGAMBILAN KEMBALI REKAM MEDIS DARI PEMINJAM

Setelah Rekam Medis digunakan oleh peminjam maka diambil kembali dari tempat peminjam dengan menggunakan buku ekspedisi serah terima tadi dan ditandai bahwa telah dikembalikan. Kemudian dicocokkan dengan lembaran peminjaman 1 yang ada di unit Rekam Medis

Alat bantu yang dibutuhkan:

1. Buku ekspedisi sebagai bukti pengembalian
2. Trolley (bila dalam jumlah banyak)
3. Lembaran Peminjaman 1 yang ada di unit Rekam Medis pada kotak lembaran peminjaman untuk mengontrol RM yang telah kembali
4. Bila menggunakan computer maka direturn pada program peminjaman

Untuk selanjutnya Rekam Medis yang telah kembali di :

- Tata/ assembling
- Analisis kelengkapannya (analisis kuantitatif dan kualitatif),
- Koding
- Indeksing
- Baru tahap penjajaran kembali

C. PENJAJARAN KEMBALI REKAM MEDIS DAN PERMASALAHANNYA

Setelah siap untuk disimpan lagi ke rak penjajaran maka Rekam Medis disortir/ dipilah berdasarkan system penjajaran yang digunakan

Pada system terminal *digit filing* maka :

1. Dipilah berdasarkan nomor akhir (primary digit)
2. Letakkan di depan tiap rak nomor akhir tersebut
3. Diurut *secondary* digitnya dan
4. Terakhir tertier digitnya
5. Siap untuk disimpan ke rak
6. Ambil kembali tracer yang ada di rak (sebagai pengganti saat rekam medis diambil), cocokkan lembaran peminjaman 2 yang ada di tracer dengan nomor Rekam Medis nya, sisipkan Rekam Medis sesuai dengan lokasi tersebut.

Permasalahan yang ditemui ketika Rekam medis akan dijajarkan kembali di Rak Penyimpanan.

1. Lembar Berkas Lepas (Loose Sheets)

Penjajaran lembar berkas yang lepas, umpama: hasil laboratorium, surat-surat dan laporan-laporan lain yang datang belakangan, tidak boleh diabaikan begitu saja. Pengumpulan dan penataan lembaran tersebut penting dan cukup menyita waktu. Lembar berkas lepas yang datang belakangan dapat dibagi menjadi dua kelompok, yakni:

- a. Disertai cukup identifikasi pasien (nomor dan nama)
- b. Memerlukan tambahan waktu pencarian oleh karena harus dirujuk ke KIUP untuk memastikan indentitas yang sebenarnya.

Lembaran yang lepas tersebut harus disortir berdasarkan nomor Rekam Medis setelah data identifikasi pasien diverifikasi, kemudian difile ke dalam Rekam Medis pasien. Pekerjaan ini harus segera terlaksana dalam 24 jam setelah tiba di unit Rekam Medis. Biasanya ini adalah pekerjaan petugas dinas sore atau malam.

Apabila Rekam Medis yang terkait sedang dipinjam, maka:

- a. Lembaran lepas diletakkan di lokasi "*outguides*" Rekam Medis terkait bila Rekam Medisnya tidak ada di rak dan kemudian dimasukkan ke dalamnya bila Rekam Medis itu kembali.

- b. Ada unit kerja Rekam Medis yang mengirim lembaran lepasnya ke tempat dimana Rekam Medis itu dipinjam, atau menyediakan waktu dan petugas Rekam Medis memasukkannya sendiri ke Rekam Medis di lokasi Rekam Medis itu dipinjam. Hal ini tidak dianjurkan mengingat akan mempersulit kontrol.

2. Berkas Rekam Medis yang sangat Tebal (Volumous records)

Satu Rekam Medis kadang kala terdiri dari sangat banyak lembar kertas sehingga begitu tebal, adakalanya satu Rekam Medis yang karena terlalu tebal; perlu dipisahkan menjadi beberapa volume. Tanda indikasi Volume 1, Volume 2 dst. dari satu Rekam Medis harus jelas di bagian sampul dan mudah terbaca, juga harus ditulis di atas lembar slip keluar. Harus diingat bahwa semua sampul hendaknya diberi tanda, ump: Volume 1 dari 3, volume 2 dari 3 (bila terbagi dalam 3 volume). Perlu kebijakan yang mengatur apakah semua volume harus diambil atau volume yang terakhir saja, bila Rekam Medis itu diperlukan dikeluarkan dari rak



Gambar 5.20
Menggambil Rekam Medis vol 2

3. Penandaan Khusus (*Special Flagging*)

Penandaan khusus (*Special flagging*) adalah cara yang baik untuk menarik perhatian dengan cepat dari para pengguna Rekam Medis pasien tentang adanya informasi penting yang harus diperhatikan.

Contoh:

- alergi penisillin
- pasien menggunakan pacu jantung (pacemaker)
- pasien dialisis ginjal /hemodialisis dsb.
- Pasien dengan kasus penyakit menular; Hepatitis B, hepatitis C, HIV+, dll.

Gunakan bentuk huruf yang lebih besar dan tebal, atau gunakan warna yang berbeda atau diberi garis bawah dengan tujuan untuk cepat menarik perhatian terhadap adanya masalah atau kejadian khusus. Informasi ini harus diletakkan di halaman paling depan (front

sheet) di bawah JUDUL KHUSUS. Bila informasi terkait adalah sesuatu yang dapat ditemukan di dalam berkas rekam medis, maka gunakan COLOUR STRIP untuk menunjukkan bahwa ada informasi penting dan khusus yang tercatat di situ.



Gambar 5.20
Simbol-simbol alergi yang digunakan di rekam medis

4. Pusat Rekam Satelit ("Satellite" Record Centres)

Walau sudah disebut bahwa penjajaran dilaksanakan secara sentral, adakalanya disediakan beberapa tempat di rumah sakit untuk menyimpan Rekam Medis pasien yang perlu disimpan lebih lama. Sebagai contoh: Rekam Medis pasien hemodialisis, transplantasi ginjal, atau pasien kanker yang memperoleh terapi radiasi atau kemoterapi, rekam medis pasien-pasien ini digunakan berulang-ulang dalam waktu yang lama.

Bila sejumlah Rekam Medis sejenis itu disimpan di area khusus untuk sementara, maka lokasi yang disebut mini- atau satellite record centre dapat diadakan untuk menyimpan Rekam Medis dimaksud dengan rapi di rak-rak seperti yang dijalankan di unit Rekam Medis pusat.

Jelas bahwa Rekam Medis pusat harus tahu Rekam Medis pasien yang disimpan di lokasi mini-/satellite yang ditentukan dan rekam medis tersebut harus dikembalikan bila sudah tidak aktif digunakan lagi. ump. pasien meninggal, atau pasien sudah dipulangkan dari lokasi terapi/pelayanan khususnya.

5. Pengontrolan dan Pelacakan Keberadaan/ Lokasi Rekam Medis pada Rak Penjajaran

Untuk menentukan keberadaan Rekam Medis berbasis kertas, Unit Rekam Medis harus senantiasa melakukan **pengontrolan** sesuai dengan prosedur permintaan dan penggunaan Rekam Medis. Semua Rekam Medis yang keluar dari Rak , untuk alasan apapun, harus ada

”Out Guide/ Tanda Keluar” dan melacak/ menandakan lokasi pengiriman. Proses ini dapat berupa manual atau otomatis. Unit Rekam Medis pertama akan membuat kebijakan dan prosedur yang berkaitan dengan pengontrolan Rekam Medis. Proses ini dapat dilakukan secara manual atau otomatis dengan menggunakan alat scan. Apapun sistem yang digunakan, adalah penting bahwa adanya sistem yang mencatat keberadaan/ lokasi Rekam Medis dalam rangka mempertahankan pengontrolan keberadaan seluruh Rekam Medis.

Petugas di rumah sakit atau klinik yang menerima Rekam Medis harus bertanggung jawab untuk dapat mengembalikannya dalam kondisi baik dan tidak mengirimnya ketempat lain tanpa terlebih dahulu menghubungi unit Rekam Medis untuk memberitahu perpindahan lokasi Rekam Medis. Jika langkah ini tidak diambil, mereka bertanggung jawab untuk mencatat, dan jika tidak ada mereka akan menjadi orang yang bertanggung jawab untuk relokasi itu.

1. Kebijakan Permintaan Rekam Medis

Kebijakan harus ditetapkan oleh Unit rekam medis dan disetujui oleh Komite Rekam Medis yang berkaitan dengan permintaan Rekam Medis. Ini harus mencakup:

- a. Rekam Medis tidak boleh keluar dari Unit Rekam Medis kecuali untuk pemberian pelayanan pasien tersebut
- b. Semua Rekam Medis yang dikirim ke klinik atau unit pelayanan harus mencatat nama pasien, nomor Rekam Medis, tanggal dan nama klinik, nama dokter dengan tepat.
- c. Ada batas waktu yang diatur pengembalian Rekam Medis oleh individu yang meminta, sebaiknya pada akhir hari kerja. Rekam medis pasien pulang harus dikirim ke unit Rekam Medis sehari sesudah pasien pulang. Staf unit Rekam Medis harus menindaklanjuti setiap Rekam Medis yang tidak dikembalikan dalam jangka waktu yang diperlukan.
- d. Rekam Medis untuk penelitian harus digunakan di unit Rekam Medis jika memungkinkan. Jika ruang tidak tersedia, Rekam Medis dikeluarkan/ dipinjamkan dan dipastikan akan tersedia jika pasien perlu untuk pengobatan.
- e. Bila memungkinkan, layanan pasien dibuat atas dasar perjanjian, seperti untuk kunjungan ke poliklinik, rawat inap, rawat jalan dan operasi, harus diketahui unit Rekam Medis minimal 24 jam sebelumnya. Hal ini memungkinkan memberi waktu yang cukup bagi staf Rekam Medis untuk mengambil Rekam Medis lama untuk dikirim ke tempat pelayanan tersebut.
- f. Tempat perawatan pasien yang membutuhkan Rekam Medis, bertanggung jawab untuk memberikan informasi pasien yang tepat dan lengkap yang diperlukan untuk mengambil Rekam Medis lama. Sistem komputerisasi memungkinkan staf rekam medis dapat mengakses secara online data tentang jadwal pasien perjanjian . Dalam hal ini, staf Rekam Medis dapat menentukan waktu mencetak permintaan tsb..
- g. Permintaan Rekam Medis untuk penelitian atau untuk tujuan administratif harus dianggap sebagai permintaan rutin.

- h. Permintaan non-rutin (keperluan keuangan, administrasi, manajemen, dll.) harus diproses secepat mungkin, termasuk permintaan Rekam Medis pasien oleh IGD pada keadaan darurat, rawat jalan tanpa perjanjian, dan rawat inap yang mendesak/ cito.
- i. Permintaan Urgent/ SEGERA biasanya dilakukan melalui telepon atau komputer, dan staf RM diharapkan untuk melengkapi prosedur yang diperlukan dengan segera.
- j. Manajer/ Kepala Rekam Medis dan informasi kesehatan sebagai seorang profesional wajib mengembangkan prosedur untuk mempertahankan pengontrolan penuh atas Rekam Medis yang masuk dan keluar.

2. Permintaan Rekam Medis

- a. Permintaan slip/ bon pinjam biasanya merupakan bentuk multi-copy atau dihasilkan dalam bentuk printan komputer, berisi informasi tentang nama pasien dan nomor catatan, tujuan (orang atau area yang meminta catatan), tanggal dan judul lainnya yang diperlukan, seperti nama atau tanda tangan dari pihak yang meminta.
- b. Satu salinan slip/ bon pinjam terpasang di Rekam Medis dan salinan lain menjadi di out guide (atau pelacak) yang menggantikan catatan yang diminta dalam file. Tidak ada pengambilan Rekam Medis tanpa diganti oleh outguide (atau pelacak) dengan slip/ bon pinjam. Ini adalah aturan yang paling penting dari proses rekaman. Salinan ketiga dapat ditempatkan dalam file terpisah untuk referensi. Mungkin dalam sebuah file abjad dengan nama pasien, atau dalam "peringat" file, dalam urutan kronologis dari tanggal sign-out. File terakhir ini memberikan indikasi dari semua catatan yang tidak dikembalikan dalam jangka waktu yang ditetapkan dari waktu.
- c. Jika sistem pelacakan secara komputerisasi yang digunakan, outguides (atau pelacak) tidak diperlukan. Proses ini hanya membutuhkan bahwa permintaan dikirim, catatan diambil, dan catatan sign out yang diperlukan dalam sistem.
- d. Unit Rekam Medis harus diberitahu ketika sebuah Rekam Medis pindah dari satu tempat ke tempatlain. Hal ini dapat dilakukan melalui telepon, atau lebih baik dengan menggunakan transfer-slip, menunjukkan nama pasien dan nomor catatan, tanggal, tujuan sebelumnya dan berikutnya. Jika sistem komputerisasi yang digunakan, hanya panggilan telepon yang dibutuhkan dan lokasi bagan diperbarui.

3. Outguides (Tracers)

- a. *Outguides* (atau pelacak) menggantikan Rekam Medis yang diretrieve (diambil) dari rak untuk setiap tujuan.
- b. *Outguides* harus terbuat dari bahan yang kuat, sebaiknya berwarna. Ada berbagai jenis outguides tersedia. Diberi kantong untuk menyimpan slip permintaan dan lembaran lepas. Atau dapat juga dibuat dari karton.
- c. *Outguides* menunjukkan di mana Rekam Medis berada ketika diambil dari Rak penjajaran.
- d. Outguides (atau pelacak) juga meningkatkan efisiensi dan akurasi penjajaran dengan menunjukkan di mana sebuah Rekam Medis yang akan dijajar ketika kembali. Ketika

refiling, slip permintaan dicabut dan lembaran lepas dimasukkan kedalam Rekam Medis.

4. Sistem pelacakan Otomatis

- a. Permintaan dan pelacakan Rekam Medis dengan bantuan komputer mengurangi atau menghilangkan beberapa pekerjaan yang sangat rutin. Sebuah sistem pelacakan otomatis adalah database terkomputerisasi yang berisi semua informasi yang dibutuhkan untuk memproses permintaan.
- b. Komputer dapat mencetak slip permintaan, mengurutkan mereka, menyimpan dan memberikan informasi tentang lokasi Rekam Medis (ex., berkas Rekam Medis yang tidak lengkap, di lantai 5, Manajemen Mutu) dan menyimpan daftar permintaan Rekam Medis yang keluar tsb. oleh bagian yang berbeda . Setiap kali lokasi perubahan lokasi, seperti transfer pasien, komputer harus diperbarui. Ketika catatan dikembalikan, mereka ditandatangani kembali ke unit Rekam Medis
- c. Ketika permintaan diproses melalui sistem pelacakan lokasi secara komputerisasi, komputer dapat memberikan daftar semua Rekam Medis yang belum kembali, sesuai kebijakan yang ada .
- d. Tujuan utama dari jenis otomatisasi adalah untuk mengurangi waktu pengiriman dari entri permintaan untuk mencatat penerimaan, dan untuk mempercepat masuk dan keluar proses. Sejumlah sistem pelacakan Rekam Medis menggunakan barcode (kode bar) pada folder dan scanner barcode untuk lebih sepenuhnya mengotomatisasi proses ini.

5. Kode Warna pada Folder Rekam Medis

- a. Stiker warna yang sering digunakan dalam berbagai posisi di sekitar tepi folder Rekam Medis. Hal ini dilakukan untuk memudahkan pemilahan, menghindari kesalahan pengarsipan, mendeteksi kesalahan penjajaran saat ini terjadi, dan untuk membantu dalam pengambilan rekaman.
- b. Warna-coding ini sangat nyaman untuk penjajaran digit terminal, tetapi juga dapat diterapkan untuk penjajaran angka langsung numerik dan bahkan alfabetik. Stiker warna di tepi folder akan membuat pola yang berbeda warna di berbagai bagian file.
- c. Profesional RMIK menentukan jumlah dan warna yang digunakan. Sepuluh warna berbeda digunakan untuk menandakan angka 0 sampai 9. Satu atau dua stiker warna dapat digunakan untuk menunjukkan angka primer. Dalam kasus dua warna, warna atas merupakan yang pertama dari angka primer.
- d. Pada nomor 14 20 94, warna atas akan menunjukkan "9" dan warna kedua "4". Sebuah stiker warna tambahan dapat digunakan untuk menunjukkan angka pertama dari angka sekunder, misalnya, warna akan mewakili "2" untuk digit sekunder "20".

Sebagai contoh: 14 - 20-94

- Stiker coklat di atas untuk "9"
- Stiker ungu di bawahnya untuk "4"

- Stiker merah untuk menunjukkan "2" di 20
 - Stiker kode Warna juga dapat digunakan dengan sistem pengarsipan alfabetik. Dalam hal ini, warna akan berhubungan dengan huruf abjad.
 - Lebih baik untuk membatasi jumlah kode warna pada folder untuk 2 atau 3 untuk tetap sederhana mungkin dan menjaga efektivitas sistem kode warna. Tujuannya adalah untuk menghindari kesalahan, bukan untuk menciptakan lebih dari itu.
- e. Stiker tahun berwarna, ditempelkan pada map/ folder untuk menyatakan bahwa pasien yang tetap aktif mendapat pelayanan pada tahun berjalan akan ditempel stiker tahun tersebut.



Gambar 5.22
Stiker Penomoran Rekam Medis



Gambar 5.23
Stiker Tahun Map Rekam Medis



Gambar 5.24
Contoh menempel kode warna pada Rekam Medis

f. Transportasi Rekam Medis

- 1) Transportasi Rekam Medis adalah bagian yang sangat penting dari penanganan Rekam Medis. Hal ini memang tidak cukup untuk menekankan pengambilan permintaan yang mendesak dengan segera tanpa menekankan kebutuhan transportasi Rekam Medis yang cepat.
- 2) Hal ini dapat dilakukan secara manual atau secara otomatis. **Pengantar** dapat membawa Rekam Medis ke dan dari unit Rekam Medis, bila dalam jumlah banyak dengan menggunakan Trolley (lihat "pendistribusian Rekam Medis), atau Rekam Medis dapat secara otomatis diangkut menggunakan "dumbwaiters" atau elektronik "konveyor". **Pengantar** mungkin karyawan unit Rekam Medis (lebih disukai) atau bagian dari layanan kurir rumah sakit secara keseluruhan.
- 3) Frekuensi pengiriman tergantung pada jumlah aktivitas Rekam Medis, kecuali untuk permintaan darurat, yang membutuhkan transportasi segera.

g. Pengontrolan Rekam Medis lainnya

- 1) Selalu menyimpan Rekam Medis di luar rak secara urutan berdasarkan nomor. Rekaman tiba di unit Rekam Medis tidak selalu siap untuk disimpan. Mereka dapat dialihkan ke area transkripsi, ke area kontrol Rekam Medis atau di tempat lain di unit Rekam Medis. Hal ini diperlukan untuk menjajar Rekam Medis tersebut dan dengan mudah dicari bila sewaktu waktu diperlukan.. Hal ini membuat temuan Rekam Medis jauh lebih mudah.
- 2) Jika staf di unit Rekam Medis tidak mungkin kerja 24 jam, aturan ketat untuk permintaan di luar jam kantor harus diterapkan. Semua orang yang mengambil Rekam Medis di rak dalam periode ini (misalnya personel gawat darurat) harus meninggalkan pesan rekaman nama pasien, nomor catatan dan tujuan catatan, di tempat yang ditunjuk untuk menginformasikan tenaga rekam medis. Ini bisa dicatat dalam buku ekspedisi atau di slip permintaan.
- 3) Setiap Rekam Medis yang diproses di meja atau di tempat lain harus tetap terlihat dan tidak terkunci. Ketersediaan Rekam Medis setiap saat adalah mutlak penting.
- 4) Dalam departemen yang lebih besar, petugas harus diberi tanggung jawab untuk area penjajaran tertentu. Mereka harus menjaga rak-rak mereka rapi dan teratur dan periksa secara teratur untuk misfiles atau catatan tidak kembali dalam waktu yang ditentukan.

h. Aturan penjajaran Lainnya

- 1) Bila Rekam Medis dikembalikan ke unit rekam medis mereka harus diurutkan menjadi beberapa bagian digit utama untuk membantu memfasilitasi temuan jika diperlukan sebelum disimpan.
- 2) Hanya personel Rekam Medis harus diberi wewenang untuk menjajar dan mengambil Rekam Medis.

- 3) Rekam Medis yang robek sampulnya atau halamannya lepas harus diperbaiki sebelum penjajaran.
- 4) personel area penjajaran harus bertanggung jawab untuk menjaga rak rapi dan teratur.
- 5) Rekam Medis tidak boleh dimasukkan ke dalam laci tapi harus disimpan di atas meja ketika sedang diproses sehingga mereka dapat ditemukan jika diperlukan.
- 6) Staf harus dilatih untuk mempertahankan pengontrolan atas file dan mendapatkan Rekam Medis yang diperlukan dari rak penjajaran dengan segera.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Sebutkan alat bantu yang berguna untuk pengambilan kembali (retrieval)!
- 2) Bagaimana mendistribusi RM secara manual yang menggunakan form peminjaman?
- 3) Simbol/ tanda apa yang digunakan pada RM ?

Ringkasan

Setiap Rekam Medis perlu diketahui keberadaannya. Pelaksanaan pengambilan Rekam Medis di rak penjajaran, pendistribusian dan pengambilan kembali Rekam Medis dari peminjam perlu ada alat/ tanda/ bukti sebagai petunjuk bagi petugas akan keberadaan Rekam Medis. Oleh karena itu perlu pengontrolan akan keberadaan Rekam Medis sehingga setiap saat dibutuhkan Rekam Medis dapat kita siapkan segera dan mengetahui keberadaannya bila Rekam Medis tersebut tidak berada di rak penjajaran.

Glosarium

Asembling	: Menata atau menyusun rekam medis sesuai urutan formulir
back office	: Bagian belakang (unit rekam medis)
barcode	: Kode identitas
Bon pinjam	: petunjuk keberadaan rekam medis
Buku ekspedisi	: Buku petunjuk pengiriman rekam medis pasien
Denominator	: penyebut
Efektifitas	: Sesuatu yang menunjukkan tingkatan keberhasilan kegiatan manajemen dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan
Efisien	: Pencapaian target dengan menggunakan input (biaya) yang sama untuk menghasilkan output (hasil) yang lebih besar
File	: Istilah lain Rekam Medis
Folder	: Istilah lain Rekam Medis
front office	: Bagian depan (tempat pendaftaran pasien)
koding	: Melakukan kodefikasi penyakit atau tindakan
misfile	: Rekam medis salah letak
Numerator	: Pembilang
Outguide	: Pengganti rekam medis yang keluar dari rak penyimpanan
Produktivitas	: Perbandingan antara hasil(output)dengan masukan (input)
Rak sortir	: Rak tempat memilah rekam medis sebelum dikirim ke klinik atau sebelum disusun dirak penyimpanan
Retieval	: Pengambilan dan pengembalian kembali rekam medis
Stiker	: Tanda warna yang ditempel di rekam medis pasien
Transportasi RM	: Cara Pengiriman rekam medis ke tujuan layanan

Daftar Kepustakaan

- Abdelhak, Mervat, 2007, *Health Information: Management of Strategic Resources*, Phildelpia: WB Saunders Company.
- Davis, Elwyn, 1990, *Information Systems I for Health Information Management I Students*, Sydney: The University of Sidney.
- Departemen Kesehatan RI, 2008, *Permenkes 269/ MENKES/ PER/ III/ 2008 tentang Rekam Medis*.
- Departemen Kesehatan RI, 2008, *Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, Nomor: 129/ Menkes/ SK / II/ 2008*.
- Departemen Kesehatan RI, 1997, *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis di Indonesia*, Jakarta: Dirjen. Pelayanan Medik.
- Departemen Kesehatan RI, 2006, *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*, Jakarta: Dirjen. Pelayanan Medik, Januari 2006.
- Hatta, Gemala, *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan*, Jakarta: UI Press.
- Huffman, Edna K., 1994, *Health Information Management 10th edition*, Berwyn, Illinois : Physician Record Co.
- International Federation of Health Information Management Association, 2012, *Education Module for Health Record Practice , Module 3 - Record Identification Systems, Filing and Retention of Health Records, Chicago, Illionis*.
- Johns, Merida L., 2000, *Health Information Management Technology*, Chicago, Illionis: AHIMA.
- Kathryn McMiller, 2000, *Being Medical Records Clerk, sec.edition*.
- LaTour, Kathleen M. and Maki, Shirley Eichenwald, 2010, *Health Information Management Concepts, Principles, and Practice, 3th ed.*, Chicago, Illiones: AHIMA.
- Skurka, Margaret A., 2003, *Helath Information Management, 5th ed.*, San Fransisco: Jossey-Bass, A Wiley Imprint.

BAB VI

SISTEM PENJAJARAN REKAM MEDIS



Gambar 6.1

Rak Penjajaran di Mater Medical Center, Brisbane

PENDAHULUAN

Jika Anda menjadi petugas registrasi pasien, maka yang Anda lakukan adalah melayani langsung pasien yang datang dan berada di tempat pendaftaran pasien (*front office*). Sedangkan jika Anda menjadi petugas penyimpanan rekam medis, maka Anda akan berada di ruang penyimpanan yang letaknya di ruang yang berbeda (*back office*) yang biasanya terletak tidak terlalu jauh dari tempat pendaftaran pasien. Bila Anda menuju rak penyimpanan rekam medis, tampak terjajar dengan rapi berkas-berkas pasien yang dinomori. Nomor tersebut tidak ditulis sembarangan tetapi diatur dalam sebuah sistem yang disebut sistem penomoran. Sistem penomoran merupakan salah satu bagian dari sistem penjajaran rekam medis. Sistem penjajaran merupakan sistem yang digunakan untuk melakukan penyimpanan rekam medis di dalam rak dengan cara dijejer. Sistem inilah yang akan Anda pelajari dalam bab ini.

Mutu pelayanan fasilitas kesehatan, baik rawat jalan, inap maupun gawat darurat sangat dipengaruhi oleh sistem penjajaran rekam medis dan pengelolaan sarana prasarana rekam medis. Oleh sebab itu, maka sistem penjajaran rekam medis tersebut harus dikelola dengan baik dan benar.

Setelah mempelajari bab ini, diharapkan Anda mampu menjelaskan tentang sistem penjajaran rekam medis berdasarkan alfabetik terutama berdasarkan penomoran dengan

sistem angka langsung (*Straight Numerical System*), sistem angka tengah (*Middle Digit Filing System*) dan sistem angka akhir (*Terminal Digit Filing System*).

Materi dalam bab ini meliputi:

1. Penjajaran dengan sistem Alfabetik.
2. Penjajaran dengan sistem Penomoran yang terdiri dari:
 - a. Sistem Angka langsung (*Straight Numerical System*)
 - b. Sistem Angka Tengah (*Middle Digit Filing System*)
 - c. Sistem Angka Akhir (*Terminal Digit Filing System*)
3. Penjajaran dengan sistem penomoran lainnya.



Gambar 6.4

Pewarnaan pada Sistem Penjajaran secara alfabetik

B. PENJAJARAN BERDASARKAN NOMOR (*FILING BY NUMBER*)

Sistem penjajaran selanjutnya adalah sistem penjajaran berdasarkan nomor. Sistem penomoran rekam medis sangat berperan penting dalam memudahkan pencarian berkas atau dokumen rekam medis pasien apabila dikemudian hari datang kembali untuk berobat di sarana pelayanan kesehatan. Selain itu, sistem penomoran rekam medis juga berperan dalam kesinambungan informasi. Dengan menggunakan sistem penomoran maka informasi dapat disajikan secara berurut dan meminimalkan informasi yang hilang. Pemberian nomor ini dilakukan kepada pasien saat pasien berkunjung pertama kali dan digunakan seterusnya di tempat pelayanan kesehatan. Terdapat 3 (tiga) sistem pemberian nomor yaitu sistem nomor langsung (*straight numerical filing*), sistem angka akhir (*terminal digit filing*), dan sistem angka tengah (*middle digit filing*).

1. Sistem Nomor langsung (*Straight Numerical Filing*)

Sistem penjajaran dengan penomoran langsung adalah suatu tindakan menjajar rekam medis di rak dengan merunut nomor rekam medis secara berkelanjutan. Sistem penyimpanan berdasarkan penomoran secara seri, unit maupun seri-unit dapat dijejer dengan sistem ini. Pada sistem ini, rekam medis dijejer urut seri nomor sebagai berikut:

108264

108265

108266

108267

Metode penjajaran ini mencerminkan tepat tatanan kronologis urut rekam medis sesuai saat penerbitannya. Kelebihan dari sistem ini adalah petugas pelayanan kesehatan akan mudah dilatih untuk memahami sistem penjajaran, kemudian petugas juga akan mudah untuk mendapatkan kembali rekam medis sesuai dengan keperluan reset urut waktu, dan mudah memilah rekam medis inaktif. Tetapi terdapat pula kekurangannya yaitu lebih mudah salah penjajaran karena penjajar harus memperhatikan seluruh nomor untuk

menentukan letaknya dalam file. Kemudian, mudah salah mentranskrip nomor bila satu digit salah tulis, sebagai contoh: 1 ditulis untuk 7. Mudah salah pula dalam menulis nomor bila nomor ditulis terbalik sebagai contoh: 19435 ditulis 19453. Selain itu, dalam sistem penomoran langsung ini nomor yang besar adalah yang terbaru, oleh karenanya file aktif akan terkumpul padat pada satu areal file, dan sulit memperkerjakan banyak petugas karena akan berjejal bekerja di satu lokasi file yang sama (congesti petugas).

2. Sistem Angka Akhir (Terminal Digit Filing)

Sistem penjajaran dengan sistem angka akhir adalah suatu tindakan menjajar rekam medis di rak dengan berfokus pada:

- a. 2 digit terakhir yang disebut dengan "Primary Digit"
- b. 2 digit yang ditengah yang disebut "Secondary Digit"
- c. 2 digit terdepan yang disebut "Tertiary Digit"

Pada terminal digit filing digunakan 6 digit atau lebih nomor dengan angka-angka pada nomor dikelompokkan dalam 3 bagian

Bagian 1 = Digit primer adalah 2 angka tepi paling kanan.

Bagian 2 = Digit sekunder adalah 2 angka yang dibagian tengah.

Bagian 3 = Digit tertier yang bisa dua atau lebih dari 2 angka tepi kiri.

Contoh: nomor 04 20 94 ditulis dengan cara:

04	-	20	-	94
tertier		sekunder		primer
<i>(tertiary digits) (secondary digits)(primary digits)</i>				

Sistem penyimpanan seri, unit maupun seri-unit dapat dijejer dengan sistem *Terminal Digit Filing* ini.



Gambar 6.5

Pewarnaan Nomor Pada Sistem Penjajaran Dengan Penomoran

Kegiatan Pada File Terminal Digit:

- a. Ada seratus (100) **seksi primer (primary section)** dimulai dari 00 - 99. Pada saat menjajar, petugas memperhatikan terlebih dahulu kelompok nomor digit primernya. ump. nomor 04 20 **94** harus dijajar di seksi primer **94**.
- b. Di dalam seksi primer :
Ada 100 **seksi sekunder** juga dimulai dari 00 -99. Untuk nomor 04 **20** 94 akan terjajar di bagian 20 dari bagian sekunder untuk seksi primer "94"
- c. Di dalam **seksi tertier** juga dimulai dari 00-99. Untuk nomor **04** 20 94 akan terjajar di bagian 04 dari bagian tertier untuk seksi **sekunder** "20" dan seksi primer "94"



Gambar 6.6

Pewarnaan pada Sistem Penjajaran system angka akhir

Tatanan jajaran rekam medis dengan terminal digit filing adalah sebagai berikut:

00 – 02- 50	00- 03 -50	00 -04 -50
01 – 02- 50	01 - 03 -50	01 -04 -50
02 – 02- 50	02 - 03 -50	02 -04 -50
03 – 02- 50	03 - 03 -50	03 -04 -50
04 – 02- 50	04 - 03 -50	st -04 - 50
st – 02 - 50	st - 03 - 50	st -04 - 50
st – 02 - 50	st – 03- 50	st -04 - 50
st – 02 - 50	st - 03 -50	st -04 - 50
99 – 02- 50	99 - 03 -50	99 -04 -50 dst.

Petugas memperhatikan kelompok angka dari ujung kanan ke kiri. Ump. nomor 14-20- 94, maka petugas menuju ke lokasi seksi primer 94. Di dalam lokasi seksi primer 94 ia mencari seksi sekunder atau subseksi 20, di sini ia akan mengurut letak rekam medis sesuai kelompok digit yang ada di paling kiri 04.

Adaptasi bisa dilakukan bila sudah melayani lebih dari 6 digit
Contoh: 01 - 99 - 99 - 99

01 - 99 - 99 - 99 - 99.

Kelebihan sistem angka akhir (*terminal digit filing*) diantaranya, rekam medis akan tersebar di 100 seksi, tidak akan terjadi kongesti petugas waktu kerja. Bila ada rekam medis baru ke 100 baru akan menambah file di jajaran seksi primer yang sama. Contoh : 00-00-01 sd 00-01-00 (no 1-100) baru kembali ke seksi primer 01 untuk rekam medis ke 101 → 00- 01-01. Kemudian, petugas dapat ditentukan berdasarkan seksi yang menjadi tanggungjawabnya. Pekerjaan akan tersebar rata diantara petugas. Selain itu, desalahan menjajar akan berkurang. Sedangkan kekurangan sistem angka akhir (*terminal digit filing*) yaitu lebih sulit dipelajari dibandingkan dengan sistem alfabetik.

Tabel 6.1: Contoh SPO Penyimpanan RM Aktif

RS "UEU"	Penyimpanan Rekam Medis Aktif		
	No. Dokumen : SPO-RM-008	No. Revisi :	Halaman 177 dari 332
PROSEDUR TETAP	Tanggal Terbit : 01 Mei 2010	Ditetapkan Direktur	
<p>I. PENGERTIAN</p> <p>16 Berkas rekam medis aktif adalah berkas rekam medis dari pasien yang pada 5 tahun terakhir masih menerima pelayanan di RSGK.</p> <p>17 Sistem penyimpanan menggunakan system penomoran dengan 10 angka.</p> <p>18 Sistem penomoran dengan 10 digit angka yang dibagi menjadi 4 kelompok, dan penjajarannya dengan melihat 2 digit angka akhir, kemudian 2 digit tengah dan 2 digit awal, untuk digit awal (9000) merupakan angka tetap.</p> <p>19 Sistem penjajaran dilakukan dengan dengan system angka akhir dengan perincian :</p> <p style="padding-left: 40px;">4.1.1.1 <i>Fourth digits</i> adalah kelompok 4 angka yang terletak paling kiri (angka ke empat sebagai angka tetap).</p> <p style="padding-left: 40px;">4.1.1.2 <i>Tertiary digits</i> adalah kelompok 2 angka yang terletak di kiri (angka ke tiga).</p> <p style="padding-left: 40px;">4.1.1.3 <i>Secondary digits</i> adalah kelompok 2 angka yang terletak di tengah (angka ke dua).</p> <p style="padding-left: 40px;">4.1.1.4 <i>Primary digits</i> adalah kelompok 2 angka yang terletak paling kanan (angka pertama).</p> <p>II. TUJUAN</p> <p>24 Untuk menjamin bahwa pelaksanaan penyimpanan dan pengambilan berkas rekam medis hanya dilakukan oleh petugas rekam medis.</p> <p>25 Untuk menjamin terpeliharanya kerapian dan teraturnya rak penyimpanan agar</p>			

memudahkan pengambilan kembali jika diperlukan.

III. KEBIJAKAN

- 3.2 Rekam medis pasien rawat jalan dan rawat inap wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 5 tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat.
- 3.3 Penyimpanan berkas rekam medis aktif dilaksanakan oleh pelaksana penyimpanan dan pengambilan rekam medis.

IV. PROSEDUR

- 4.1 Pelaksanaan Penyimpanan dan Pengambilan Rekam Medis
 - 4.1.1 Memasukkan nomor rekam medis untuk pasien baru ke dalam program Pengelolaan Rekam Medis di komputer, setelah berkas rekam medis pasien baru kembali ke Unit Rekam Medis
- 4.2 Pelaksana Penyimpanan dan Pengambilan Rekam Medis
 - 4.2.1 Menerima berkas rekam medis dari pelaksana analisis rekam medis
 - 4.2.2 Menyimpan berkas rekam medis aktif dengan sistem angka akhir (Terminal Digit Filing System). Sistem ini menggunakan nomor dengan 10 angka, yang dikelompokkan menjadi empat kelompok Kelompok pertama, kedua dan ketiga masing masing terdiri 2 angka sedangkan kelompok ke empat terdiri dari 4 angka.
 - 4.2.2.1 Fourth digits adalah kelompok 4 angka yang terletak paling kiri (angka ke empat sebagai angka tetap).
 - 4.2.2.2 Tertiary digits adalah kelompok 2 angka yang terletak di kiri (angka ke tiga).
 - 4.2.2.3 Secondary digits adalah kelompok 2 angka yang terletak di tengah (angka ke dua).
 - 4.2.2.4 Primary digits adalah kelompok 2 angka yang terletak paling kanan (angka pertama).

Contoh :

9000	00	50	00
Angka keempat (Fourth Digits)	Angka ketiga (Tertiary Digits)	Angka kedua (Secondary Digits)	Angka pertama (Primary Digits)

- 4.3 Lokasi penyimpanan berkas rekam medis :
 - 4.3.1 Di ruang rekam medis lantai dasar
 - 4.3.2 File pasien meninggal disimpan diruang inaktif .

V. UNIT TERKAIT

- 5.1 Direksi
- 5.2 Seluruh Departemen
- 5.3 Komite medis.

5.4 Subkomite Rekam Medis.

3. Sistem Angka Tengah (Middle Digit Filing)

Sistem penjajaran dengan sistem angka tengah adalah suatu tindakan menjajar rm di rak dengan berfokus pada:

- digit yang ditengah disebut dengan “primary digit” kemudian
- digit yang ter depan disebut “secondary digit” dan
- digit yang terakhir disebut “tertiary digit”

Pada *middle digit filing* digunakan 6 digit dan tidak bisa lebih dari 6 digit. Pada nomor dikelompokkan dalam 3 bagian, yaitu:

Bagian 1 = Digit primer adalah 2 angka yang dibagian tengah

Bagian 2 = Digit sekunder adalah 2 angka tepi kiri/bagian depan

Bagian 3 = Digit tertier adalah dua dari 2 angka tepi paling kanan/bagian belakang

Contoh:

04 - 24 - 94
sekunder primer tertier
(secondary digits) (primary digits) (tertiary digits)

Kegiatan pada file middle digit filing:

- Ada seratus (100) **seksi primer (primary section)** dimulai dari 00 - 99. Pada saat menjajar, petugas memperhatikan terlebih dahulu kelompok nomor digit primernya. ump. nomor 04 **24** 94 harus diajar di seksi primer **24**.
- Di dalam seksi primer :
Ada 100 **seksi sekunder** juga dimulai dari 00 -99. Untuk nomor **04** 24 94 akan terajar di bagian **04** dari bagian sekunder untuk seksi primer “24”
- Di dalam **seksi tertier** juga dimulai dari 00-99. Untuk nomor 04 20 **94** akan terajar di bagian **94** dari bagian tertier untuk seksi **sekunder** “04” dan seksi primer “20”.

Tatanan dalam jajaran adalah sebagai berikut:

01- 24- 00	02- 24- 00	03- 24- 53
01- 24- 01	02- 24- 01	03- 24- 54
01- 24- 02	02- 24- 02	03- 24- 55
01- 24- 03	02- 24- 03	03- 24- 56
01- 24- 04	02- 24- 04	03- 24- 57
01- 24- st	02- 24- st	03- 24- st
01- 24- st	02- 24- st	03- 24- st
01- 24- st	02- 24- st	03- 24- st
01- 24- st	02- 24- st	03- 24- st
01- 24- 99	02- 24- 99	03- 24- 99

Kelebihan dari sistem ini sama dengan terminal digit filing, Konversi dari sistem penjajaran straight numerical ke sistem middle digit ini lebih mudah, berkas dapat ditransfer dengan blok terdiri dari 100 berkas. Contoh: berkas 01-24-00 sd 01-24-99 penjajarannya sama dengan nomor langsung, sehingga dapat diangkat/diambil langsung 100 berkas. Selain itu, petugas dapat melakukan *filing* secara digit berpasangan. Kekurangannya, sama dengan *terminal digits filing*, lebih sulit dipelajari daripada *terminal digits filing* dan *straight numerical filing*, tidak ada distribusi yang merata, dalam rak file akan ada lowong-lowong karena file lama diangkat untuk dipindah ke file inaktif, dan tidak efektif untuk penomoran lebih dari enam digits.

4. Sistem Penjajaran Pada Tiap Sistem Penyimpanan

Tabel 6.2
Sistem Penjajaran dari Tiap Sistem Penyimpanan/ Pengarsipan

No.	Sistem Penyimpanan/Sistem Pengarsipan	Sistem Penjajaran
1	Alfabetik	Alfabetik
2	Alfanumerik	Alfanumerik
3	Kronologis	Alfabetik , Alfanaumerik, Numerik
4	Kasus	Alfabetik , Alfanaumerik, Numerik
5	Wilayah/ <i>Family Folder</i>	Alfabetik , Alfanaumerik, Numerik
6	<i>Serial Numbering/ s.seri</i>	<i>Straight Numbering s./ no.langsung</i> <i>Terminal Digit s./ s. angka akhir</i> <i>Middle Digit s./ s. angka tengah</i>
7	<i>Unit Numbering/ s.unit</i>	<i>Straight Numbering s./ no.langsung</i> <i>Terminal Digit s./ s. angka akhir</i> <i>Middle Digit s./ s. angka tengah</i>
8	Serial- Unit Numbering/ s.s-u	<i>Straight Numbering s./ no.langsung</i> <i>Terminal Digit s./ s. angka akhir</i> <i>Middle Digit s./ s. angka tengah</i>
9	Penomoran lain: <i>Security Numbering</i>	<i>straight numbering s./ no.langsung</i> <i>terminal digit s./ s. angka akhir</i> <i>middle digit s./ s. angka tengah</i>
	<i>Family Numbering</i>	<i>straight numbering s./ no.langsung</i> <i>terminal digit s./ s. angka akhir</i> <i>middle digit s./ s. angka tengah</i>
	<i>Relation Numbering</i>	<i>straight numbering s./ no.langsung</i> <i>terminal digit s./ s. angka akhir</i> <i>middle digit s./ s. angka tengah</i>

Topik 2

Penyusutan dan Alih Media Rekam Medis Inaktif

Dalam bab pengarsipan rekam medis telah disampaikan bahwa rekam medis dapat disimpan untuk jangka waktu minimal 5 tahun. Setelah 5 tahun maka rekam medis akan dipilah menjadi 2 (dua) yaitu rekam medis aktif dan rekam medis inaktif. Rekam medis aktif adalah rekam medis yang masih aktif digunakan oleh pasien. Sebaliknya, rekam medis inaktif adalah rekam medis yang sudah 5 tahun tidak digunakan lagi oleh pasien, dilihat dari tanggal kunjungan terakhir pasien menggunakan pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan sehingga rekam medis tersebut akan dipisahkan penyimpanannya di ruang penyimpanan inaktif. Bagaimana proses penyusutan dan alih media rekam medis inaktif, mari kita pelajari bersama pembahasan pada topik ini.

A. PENYUSUTAN REKAM MEDIS

1. Pengertian

Ruang penyimpanan rekam medis perlu direncanakan saat rumah sakit tersebut dibangun agar luas yang diperlukan cukup untuk jangka waktu penyimpanan rekam medis yang direncanakan (minimal untuk jangka waktu 5 tahun). Seperti yang telah disinggung di atas, rekam medis inaktif merupakan berkas rekam medis dari pasien yang tidak aktif minimal selama 5 tahun atau setelah 5 tahun pasien itu meninggal dunia, artinya si pasien telah 5 tahun tidak lagi datang untuk mendapatkan pelayanan di instalasi pelayanan kesehatan/ rumah sakit tersebut (Surat Edaran Dirjen Yanmed tentang formulir dasar dan pemusnahan arsip rekam medis di rumah sakit No. HK.00.06.1.5.01160 tahun 1995).

Penyusutan berarti mengurangi jumlah rekam medis yang ada di rak aktif dengan memilah yang inaktif, memindahkannya ke ruang penyimpanan rekam medis Inaktif, menilai, lalu memusnahkan yang tidak bernilai guna sesuai aturan yang berlaku. Akan tetapi, terdapat rumah sakit yang mengalih mediakan rekam medis inaktif tersebut sebelum dimusnahkan. Alih media ini dilakukan dari lembaran kertas **menjadi *microfilm* atau dilakukan pemindaian (*scan*) menjadi *file* pada media elektronik.**

2. Tujuan Penyusutan Rekam Medis

- a. Mengurangi jumlah rekam medis yang semakin bertambah dengan berkas rekam medis pasien baru.
- b. Menyiapkan fasilitas/ rak untuk rekam medis baru.
- c. Tetap menjaga mutu pelayanan dengan mempercepat penyediaan rekam medis jika sewaktu-waktu diperlukan.

- d. Menyelamatkan rekam medis yang bernilai guna tinggi serta mengurangi yang tidak bernilai guna atau nilai gunanya berkurang.

3. Tahap Pelaksanaan

a. Pemilahan Rekam Medis Inaktif

- 1) Pemilahan dilakukan oleh petugas rekam medis.
- 2) Pemilahan terhadap berkas rekam medis Inaktif 5 tahun.
- 3) Pemindehan berkas rekam medis Inaktif dari tempat penyimpanan berkas rekam medis aktif ke inaktif.

Jadwal Retensi Berkas Rekam Medis

No.	Kelompok	Aktif		Inaktif	
	Umum & Khusus	R. Jalan	R. Inap	R. Jalan	R. Inap
1	Umum	5 th	5 th	2 th	2 th
2	Mata	5	10	2	2
3	Jiwa	10	5	5	5
4	Orthopedi	10	10	2	2
5	Kusta	15	15	2	2
6	Keteregantungan Obat	15	15	2	2
7	Jantung	10	10	2	2
8	Paru	5	10	2	2

Keterangan:

- Anak : di retensi menurut kebutuhan tertentu.
- KIUP + Register + Indek, disimpan permanen atau abadi.
- *Retensi berkas-berkas rekam medis berdasarkan penggolongan penyakit.*

b. Penilaian Rekam Medis Inaktif

- 1) Penilaian dilakukan oleh tim penilai rekam medis inaktif yang dibentuk berdasarkan keputusan direktur rumah sakit.
- 2) Tim penilai berdasarkan surat keputusan direktur, diantaranya:
 - a) Sub Komite Rekam Medis/ Komite Medis
 - b) Petugas Rekam Medis Senior
 - c) Tenaga lain yang terkait
- 3) Hal-hal yang dinilai:
 - a) Rekam medis tersebut sering digunakan untuk DIK /LIT
 - b) Berkas rekam medis yang mempunyai nilai guna disimpan untuk jangka waktu yang ditentukan oleh Komite Rekam Medis, tergantung kepentingan intern rumah sakit.

- Primer : Administrasi, hukum, keuangan, dan IPTEK
- Sekunder : Pembuktian dan sejarah
- Kasus lain yang dianggap perlu oleh rumah sakit seperti, perkosaan, kasus adopsi, ganti kelamin, bayi tabung, cangkok organ, bedah plastik, dan sebagainya dapat diretensi lebih lama dari ketentuan umum. Anda dapat melihat ketentuan retensi pemilahan berkas rekam medis inaktif yang mempunyai sifat khusus (tabel retensi).

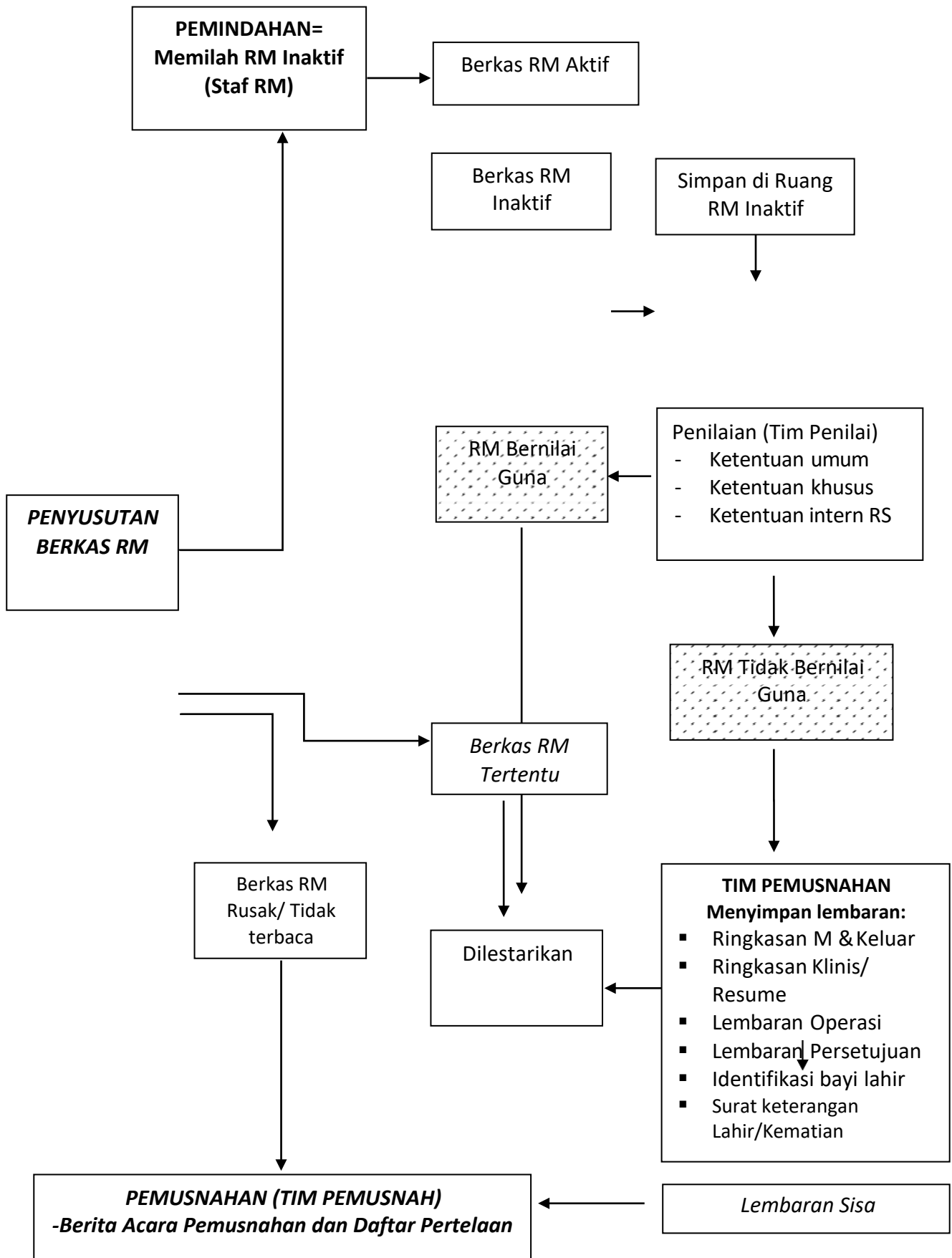
c. Pemusnahan Rekam Medis Inaktif

Pemusnahan rekam medis inaktif merupakan proses penghancuran secara fisik berkas rekam medis inaktif yang telah berakhir fungsi dan nilai gunanya. Pemusnahan dilakukan dengan cara membakar habis, mencacah, atau mendaur ulang, sehingga tidak dapat dikenali lagi isi dan bentuknya.

Ketentuan:

- 1) Buat tim pemusnah dengan SK Direktur RS
Tim pemusnah beranggotakan minimal 5 orang yang terdiri dari unsur sebagai berikut:
 - a) Ketatausahaan/ Kearsipan
 - b) Unit Penyelenggaraan Rekam Medis
 - c) Instalansi Pelayanan
 - d) Komite Rekam Medis
- 2) Berkas rekam medis yang mempunyai nilai guna tidak dimusnahkan, disimpan dalam jangka waktu tertentu.
- 3) Berkas rekam medis inaktif yang dapat dimusnahkan dibuat daftar keterangannya dan dilaporkan ke Direktur RS.
- 4) Lakukan pemilahan lembaran penting dari semua berkas rekam medis inaktif yang akan dimusnahkan:
 - a) Ringkasan masuk dan keluar
 - b) Ringkasan klinis/resum
 - c) Lembaran operasi
 - d) Lembaran persetujuan
 - e) Identifikasi bayi lahir
 - f) Surat keterangan lahir/meninggal
- 5) Persetujuan pemusnahan ditetapkan dengan SK Direktur RS.
- 6) Pemusnahan dilakukan secara total sehingga tak dapat dikenali lagi baik isi maupun bentuknya. Pelaksanaan pemusnahan juga dapat dilakukan oleh pihak ketiga dengan disaksikan oleh Tim Pemusnah Rekam Medis.
- 7) Berita acara pelaksanaan pemusnahan dikirim kepada pemilik RS dan kepada Dirjen Yanmed Depkes & Kesos RI.

a. Alur Penyusutan Rekam Medis (RM) Inaktif



B. ALIH MEDIA REKAM MEDIS

Arsip memiliki fungsi dan kegunaan yang signifikan dalam menunjang kegiatan administrasi negara dan pelaksanaan fungsi-fungsi manajemen. Dikarenakan signifikansi informasinya, arsip harus dikelola di dalam suatu sistem yang disebut dengan manajemen arsip dinamis. Manajemen arsip dinamis merupakan pengelolaan terhadap keseluruhan daur hidup arsip. Penggunaan teknologi komputer di bidang manajemen arsip dinamis memberikan pengaruh terhadap sistem pengolahan, penyimpanan, pengaksesan, penemuan kembali dan penyajian informasi. Komputerisasi mungkin diterapkan terhadap beberapa subsistem dari manajemen arsip dinamis. Kecenderungan manajemen arsip dinamis di masa depan akan mengarah kepada *computer-based records management system*.

Dokumen rekam medis merupakan inti dari keseluruhan sistem informasi klinis dari setiap pasien di rumah sakit, dengan digitalisasi dokumen rekam medis, akan banyak manfaat yang diperoleh:

- d. Penghematan ruangan, dengan mengalih fungsikan ruangan arsip rekam medis inaktif menjadi ruangan yang lebih bernilai ekonomis.
- e. Percepatan pelayanan (*respon time*) terhadap kebutuhan dokumen rekam medis.
- f. Meningkatkan keamanan dokumen rekam medis karena akses dokumen dapat dibatasi pada tiap orang yang berwenang.

Alih media dokumen rekam medis inaktif dilakukan karena minimnya fasilitas ruang penyimpanan inaktif sedangkan rekam medis semakin bertambah. Isi rekam medis merupakan catatan keadaan tubuh dan kesehatan, termasuk data tentang Identitas dan data medis seorang pasien. Secara umum isi rekam medis dapat dibagi dalam dua kelompok data yaitu:

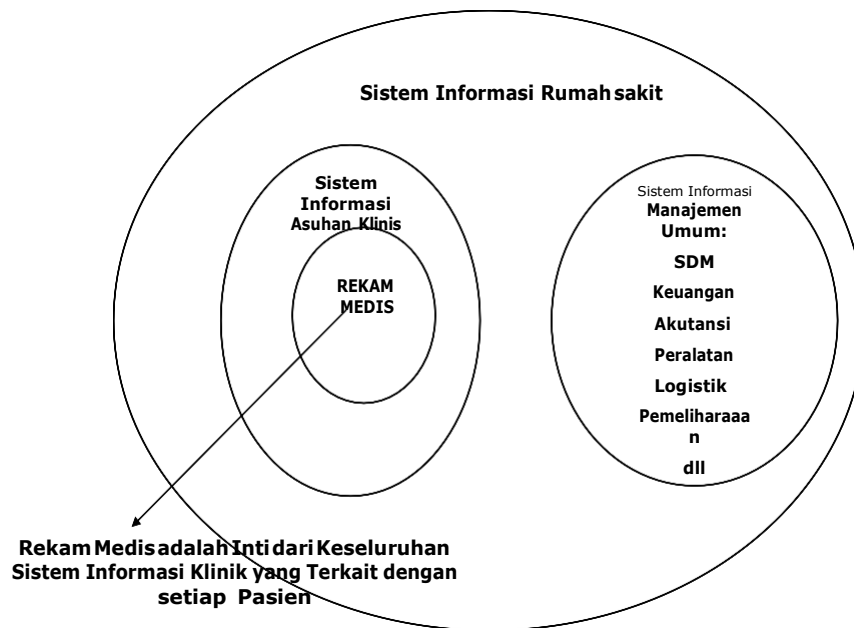
1) Data medis atau klinis

Data medis adalah segala data tentang riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik, diagnosis, pengobatan serta hasilnya, laporan dokter, perawat, hasil pemeriksaan laboratorium, rontgen, dan sebagainya. Data ini merupakan data yang bersifat rahasia (*confidential*) sehingga tidak dapat dibuka kepada pihak ketiga tanpa izin dari pasien yang bersangkutan kecuali jika ada alasan lain berdasarkan peraturan atau perundang-undangan yang memaksa dibukanya informasi tersebut.

2) Data administrasi atau non medis

Data administrasi atau non medis adalah segala data lain yang tidak berkaitan langsung dengan data medis, seperti data identitas, data sosial ekonomi, alamat, dan sebagainya. Data ini oleh sebagian orang dianggap bukan rahasia, tetapi menurut sebagian lainnya merupakan data yang juga bersifat rahasia (*confidential*).

Dalam UU Praktik Kedokteran penjelasan pasal 46 ayat (1), yang dimaksud dengan rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Pengertian yang samajugadigunakanpadaPermenkes 269/2008. Jenis data rekam medis dapat berupa teks (baik yang terstruktur maupun naratif), gambar digital (jika sudah menerapkan radiologi digital), suara (misalnya suara jantung), video maupun yang berupa biosignalseperti rekaman EKG. Unsur *ALFRED P-H, M-P (Administration, Legal, Finance, Reasearch, Education and Documentation, Public Health and Marketing & Planning)*. Inti dari keseluruhan informasi klinis yang terkait dengan: administrasi pasien, proses -proses asuhan pasien, manajemen mutu, dan *outcome* pada pasien.



Gambar 6.9 Sistem Informasi Rumah Sakit

Manajemen Arsip Rekam Medis Dalam Pendekatan Proses (*life – cycle = Daur Hidup*)

- 1) Penciptaan
 - a. Desain formulir: fisik, isi, struktur
 - b. Manajemen formulir
 - c. Manajemen penggandaan (*copy*)
- 2) Penggunaan & Pemeliharaan :
 - a. Pendokumentasian
 - b. Pengambilan keputusan
 - c. Penelitian
 - d. Referensi
 - e. Kepentingan hukum
 - f. Ditata dan diklasifikasi

- 3) Penyusutan:
 - a. Pengembangan jadwal retensi arsip
 - b. Pemindahan
 - c. Penyimpanan arsip inaktif
 - d. Penyerahan statis
 - e. Pemusnahan

Rekam medis yang baik adalah:

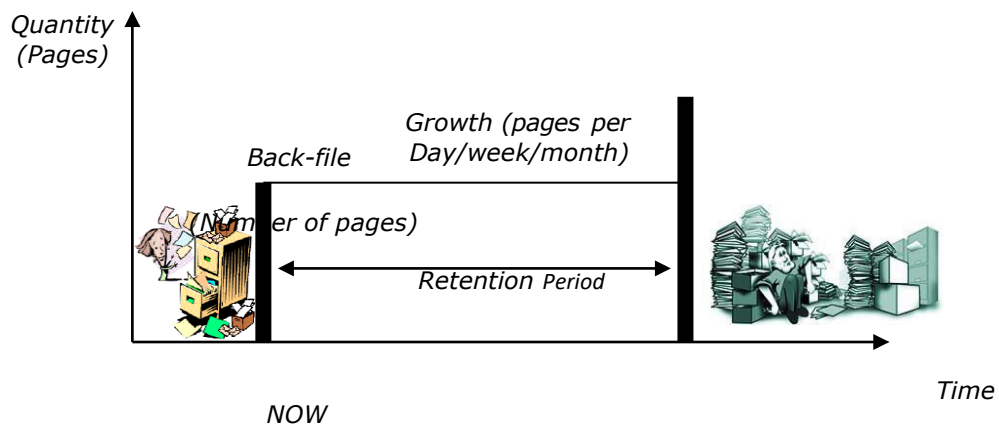
- Komprehensif
- Lengkap
- Akurat
- Dapat dipercaya (*reliable*)
- Tersedia (mudah ditemukan)

Pemeliharaan Arsip Dinamis Menurut PP 28 TAHUN 2012

1. Dilakukan untuk menjaga keautentikan, keutuhan, keamanan, dan keselamatan arsip.
2. Terhadap arsip vital, arsip aktif, dan arsip inaktif meliputi:
 - a. pemberkasan arsip aktif
 - b. penataan arsip inaktif
 - c. penyimpanan arsip
 - d. alih media arsip

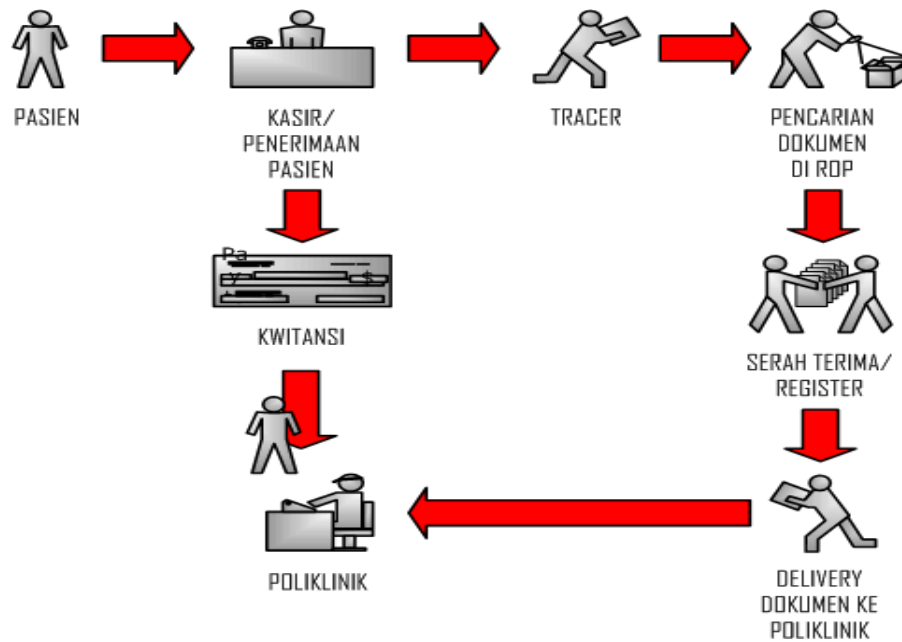
Kondisi Rekam Medis Saat Ini

1. Ruang Penyimpanan terbatas sementara jumlah berkas rekam medis meningkat



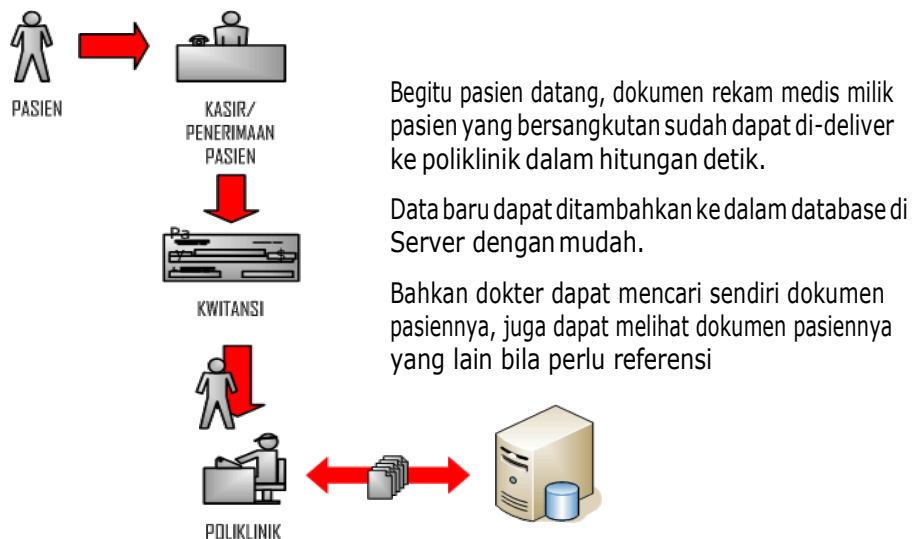
Gambar 6.10
Gambaran Kondisi Rekam Medis Saat Ini

2. Alur Pencarian dokumen rekam medis selama ini adalah:



Gambar 6.11 Gambaran Alur Pencarian Rekam Medis

3. Belum Terintegrasinya Arsip Rekam Medis Inaktif dengan Sistem Informasi RS Akses yang cepat terhadap dokumen rekam medis untuk peningkatan kinerja dan pelayanan yang cepat dan berkualitas. Sistem yang aman, tidak hilang, tidak terkena virus dan akses yang cepat, serta hemat ruangan sangat dibutuhkan di dalam penyimpanan dokumen rekam medis.



Begitu pasien datang, dokumen rekam medis milik pasien yang bersangkutan sudah dapat di-deliver ke poliklinik dalam hitungan detik.

Data baru dapat ditambahkan ke dalam database di Server dengan mudah.

Bahkan dokter dapat mencari sendiri dokumen pasiennya, juga dapat melihat dokumen pasiennya yang lain bila perlu referensi

Gambar 6.12 Alur Akses Rekam Medis

Pengertian alih media sesuai PP. Nomor 88 Tahun 1999 Tentang Tata Cara Pengalihan Dokumen Perusahaan ke dalam Mikro film atau media lainnya adalah alih media ke mikro film dan media lain yang bukan kertas dengan keamanan tinggi seperti misalnya *CD Room* dan *Worm*. Dengan demikian alih media yang dimaksud adalah transfer informasi dari rekaman yang berbasis kertas ke dalam media lain dengan tujuan efisiensi. Dengan kehadiran komputer sebagai basis teknologi informasi, alih media tersebut dapat dilakukan dengan mudah. Alih Media dokumen adalah proses alih media dari data *hardcopy* ke *softcopy* (digital), sehingga data atau dokumen dalam format digital diharapkan dapat meningkatkan kinerja di lingkungan instansi yang terlibat langsung dalam penggunaan dokumen, baik dalam pencarian data maupun untuk memperbaharui data.

Tujuan Alih Media Dokumen Rekam Medis Inaktif :

- 1. Menghemat biaya ruang penyimpanan dokumen** karena 1 DVD (4,7 GB) bisa memuat ±100.000 halaman dokumen karena 1 lembar hanya memuat ±50 kb dalam format hitam dan putih. Memuat ± 6.715 halaman dokumen karena 1 lembar hanya memuat ± 700 kb dalam format berwarna, sehingga ruangan arsip rekam medis inaktif dapat dialih fungsikan menjadi ruangan yang lebih bernilai ekonomis, diantaranya:
 - a. 1 (satu) ruang rawat inap kelas 3** yang memuat sekitar 3 pasien rawat inap.
Dengan perhitungan:
Biaya kamar per pasien sekitar Rp80.000. Dikurang biaya operasional rumah sakit sekitar 10%. Pemasukan rumah sakit sekitar Rp72.000. Dengan 3 pasien dalam satu ruangan rawat inap kelas 3, menjadi Rp216.000 per harinya *income* bagi rumah sakit. Dalam 300 hari (estimasi penggunaan ruangan dalam setahun) adalah Rp216.000 = **Rp 64. 800.000 ,-**
 - b. 1 (satu) Ruang Poliklinik**
Dengan perhitungan:
Komponen Biaya pelayanan (yang dikutip dari total kuitansi pasien): Rp30.000. Dikurang biaya operasional rumah sakit sekitar 10%. Estimasi per hari jumlah pasien klinik sekitar 20 pasien. Pemasukan rumah sakit sekitar Rp27.000 x 20 = Rp540.000 per hari. Dalam 300 hari (estimasi penggunaan ruangan dalam setahun) adalah 300 X Rp540.000 = **Rp162.000.000 ,-**
- 2. Meningkatkan pelayanan pasien Poli atau UGD** karena dengan Sistem Manajemen Dokumen Elektronik akan memudahkan pencarian dokumen rekam medis inaktif secara tepat dan akurat dan on line terintegrasi dengan Sistem Informasi Rumah Sakit.
- 3. Meningkatkan pelayanan pasien Poli** karena akan memudahkan sharing file inaktif secara bersamaan diseluruh tempat atau poli .

4. **Meningkatkan keamanan dokumen rekam medis** karena akses dokumen dapat dibatasi pada tiap tiap orang yang berwenang dan tiap tiap dokumen dapat diketahui setiap aktifitasnya dengan fasilitas audit trail.
5. **Sebagai bahan pertimbangan dalam Akreditasi Rumah Sakit** , dimana unsur penataan dan pengelolaan dokumen Rekam Medis adalah salah satu yang disertakan dalam Penilaian Akreditasi Rumah Sakit.
6. **Mempercepat dan mempermudah pelayanan Klaim Asuransi** (BPJS dan Asuransi lainnya), karena Agent Asuransi akan mendapatkan file dalam format CD/ DVD secara lengkap dan cepat (yang penggunaannya diatur dalam Undang – Undang).
7. **Sebagai tahap awal pembiasaan digitalisasi dokumen Rekam Medis**, sehingga akan terasa manfaat yang didapat menuju digitalisasi Dokumen Rekam Medis Aktif nantinya.

Komponen Alih Media :

- Hardware : komputer, server, document reader, storage cd dan hard disk serta lan.
- Software : operating system, scanning software, document management system dan utility.
- Brainware : project manager, supervisor, operator dan helper.



Gambar 6.13 Gambaran Proses Alih Media

Scanner

- *Scanner high speed* kecepatan 40 – 90 halaman per menit
- *Simplex/duplex skip blank page*
- *Skew correction*
- *Auto size detection*
- Ukuran dokumen dapat dipindai (*scan*) dari ukuran kartu nama sampai ukuran A3

Personal Computer (PC)

- Komputer spesifikasi minimum intel core i3
- *Harddisk 380 Gb*
- *Memory 2 Gb*
- *DVD/CD room*

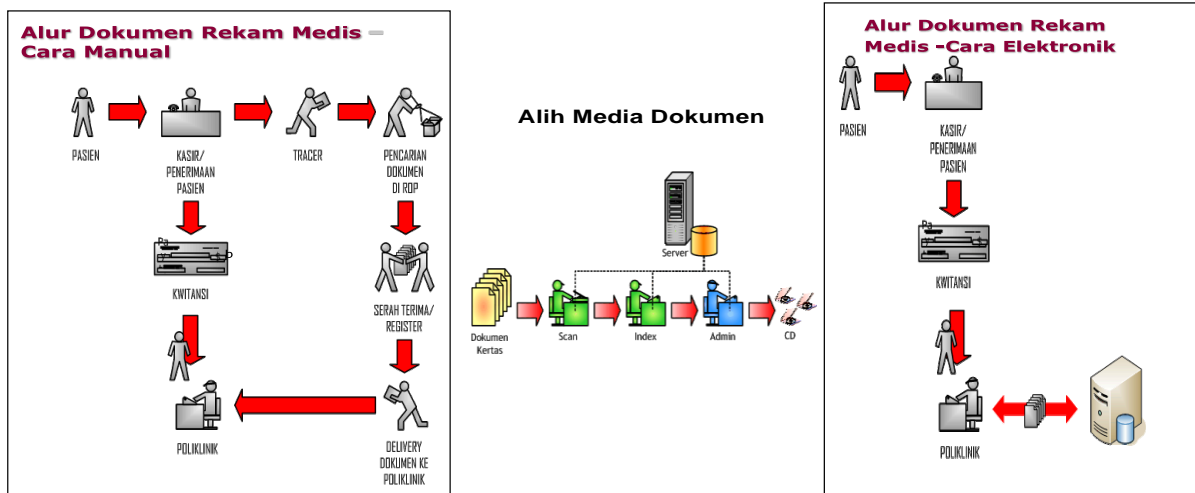
Software

Software Dokumen Manajemen

1. **Scanning**
 - Pemisahan dokumen dengan *barcode*
 - *Scan* berbagai halaman dengan *batch*
2. **Kemampuan Menyimpan**
 - Database: my SQL dan tidak *proprietary*
 - *CD* dengan *autorun* dan *search engine*
3. **Indeks, Pencarian dan Akses**
 - Indeks flexible
 - Bisa integrasi dengan sistem informasi rumah sakit yang ada
 - Akses melalui Web
4. **Keamanan**
 - Keistimewaan dalam hak akses untuk scan, cetak, indeks dan CD enkripsi diberi password
 - Object dan fitur rights dapat ditentukan untuk user dan group
5. **Import/Export Dokumen**
 - Transfer file
 - Transfer dokumen dan folder via hot folder
 - Import dokumen elektronik dari aplikasi windows lainnya
6. **Administrasi Volume**
 - Lokasi data dokumen dapat dikonfigurasi dan disimpan pada volume jaringan apapun
 - Dapat disinkronisasikan dengan database lainnya

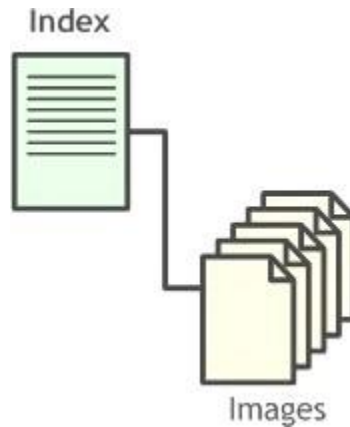
Penerapan alih media rekam medis :

1. **Pencarian Dokumen Rekam Medis Inkatif Lebih Cepat**



Gambar 6.14 Penerapan Alih Media

Dengan format *digital image* disertai index dalam manajemen dokumen maka fungsi pencarian menjadi mudah karena index adalah merupakan identitas dari images hasil scan. Setiap image mempunyai ID elektronik, yang secara sistem akan dikaitkan dengan index. Sehingga setiap pencarian dengan index, akan dapat menampilkan image yang sesuai



Gambar 6.15 Gambaran Index Dalam Alih Media RM

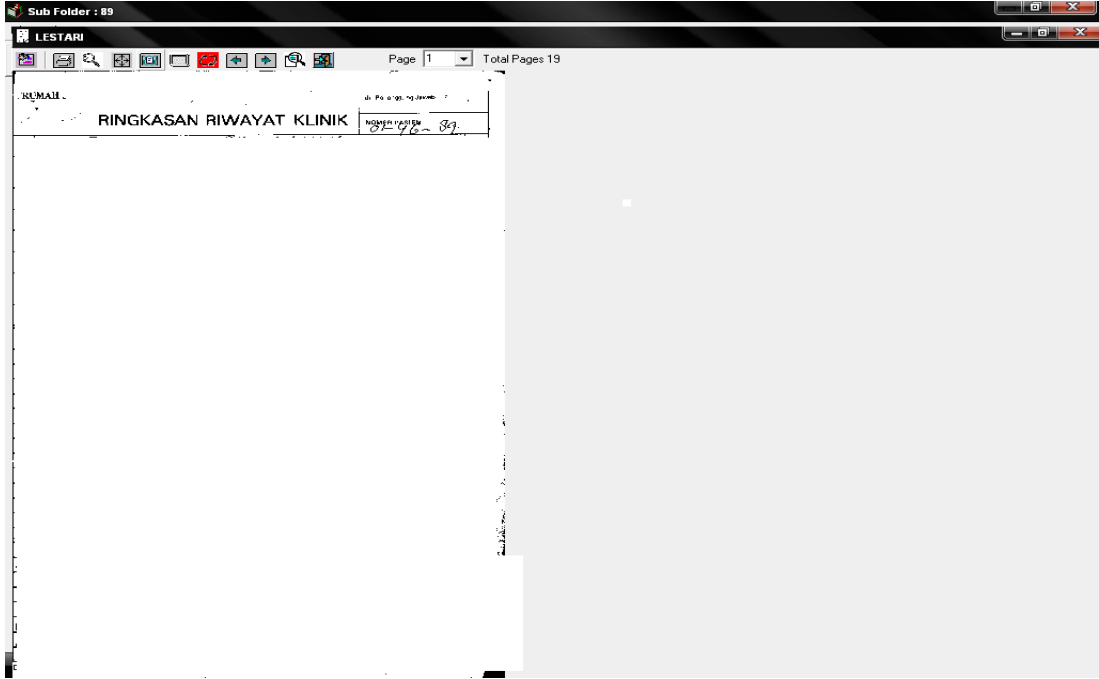
Pencarian dokumen Rekam Medis berdasarkan nomor medis
Hasil Pencarian

Notes	NO_RM	NAMA_PASIE	TANGGAL_KUNJ_AKHIR	DIAGNOSA_AKHIR	PERIODE_SORTIR	CreatedDate
LESTARI	20.56.89	MURNIATI	18-03-1997	ARTRALGIA	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	22.56.89	MURNIATI	02-02-1999	OBS FEBRIS	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	23.56.89	MURNIATI	06-04-1998	CVD RM HIMIPAR...	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	24.56.89	MURNIATI	10-08-1998	FEBRIS TYPHOID	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	27.56.89	MURNIATI	02-10-1999	DM+HLD	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	06.57.89	MURNIATI	17-06-1995	OBS TRAUMA CA...	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	14.57.89	MURNIATI	13-01-1995	URTIKARI	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	18.46.89	MURNIATI	12-06-1996	OBS FEBRIS	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	13.47.89	MURNIATI	12-04-1999	KONTROL (TYPH...	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	23.46.89	MURNIATI	17-03-1998	REGULER INTER...	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	27.55.89	MURNIATI	01-11-1999	MYALGIA	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	24.45.89	MURNIATI	12-07-1998	GED	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	25.45.89	MURNIATI	10-10-1998	GASTRITIS	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	26.45.89	MURNIATI	30-04-1999	COLIC ABDOMEN	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	01.46.89	MURNIATI	25-11-1999	KONTROL (POST ...	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	05.46.89	MURNIATI	24-12-1999	COLIC RENAL	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	00.47.89	MURNIATI	18-08-1995	PERIODONTITIS	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	07.47.89	MURNIATI	04-10-1996	SURAT KETERAN...	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	26.46.89	MURNIATI	02-05-1999	DHF	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	14.46.89	MURNIATI	23-12-1994	DERMATITIS	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	15.46.89	MURNIATI	09-05-1995	FEBRIS	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	19.46.89	MURNIATI	28-10-1996	HIPERTENSI	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	17.53.89	MURNIATI	16-02-1996	LEGI LIANG KUPI...	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	24.46.89	MURNIATI	14-04-1998	OBS FEBRIS	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	15.55.89	MURNIATI	08-10-1995	-	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	16.41.89	MURNIATI	18.09.1995	AMC	10.05.2008	11/05/2008...

NO_RM	NAMA_PASIE	TANGGAL_KUNJ_AKHIR	DIAGNOSA_AKHIR	PERIODE_SORTIR	CreatedDate
13.47.89	MURNIATI	12-04-1999	KONTROL (TYPH...	10-05-2008	11/05/2008...

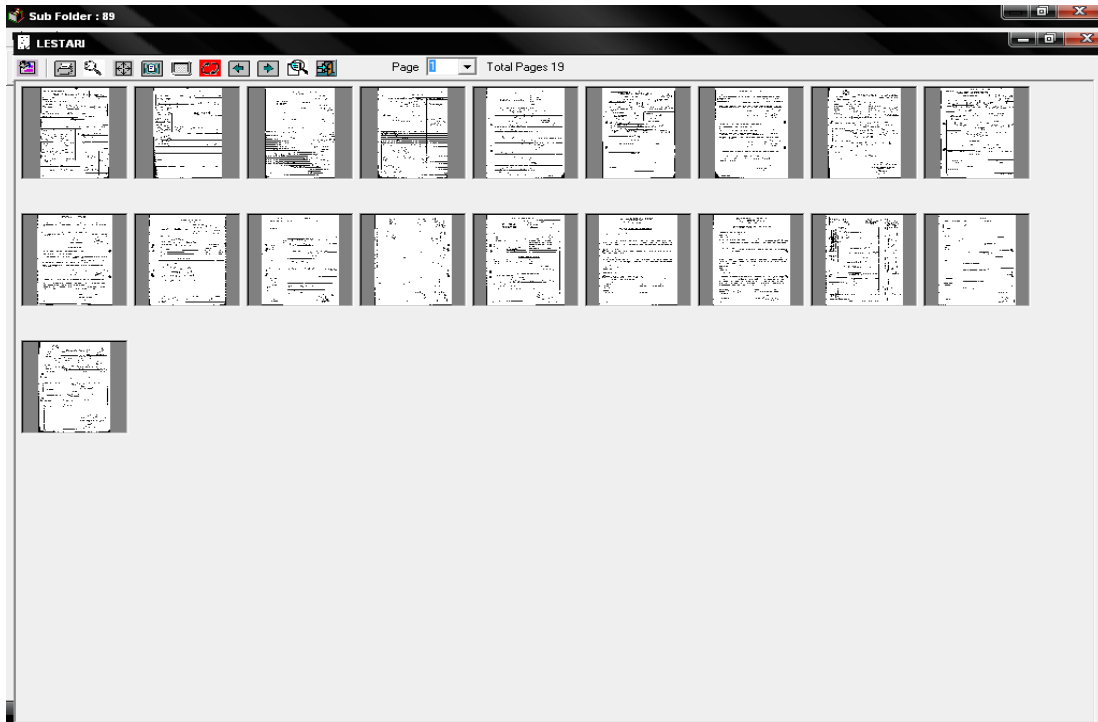
Gambar 6.16 Tampilan dummy data dalam index

Image hasil pencarian:

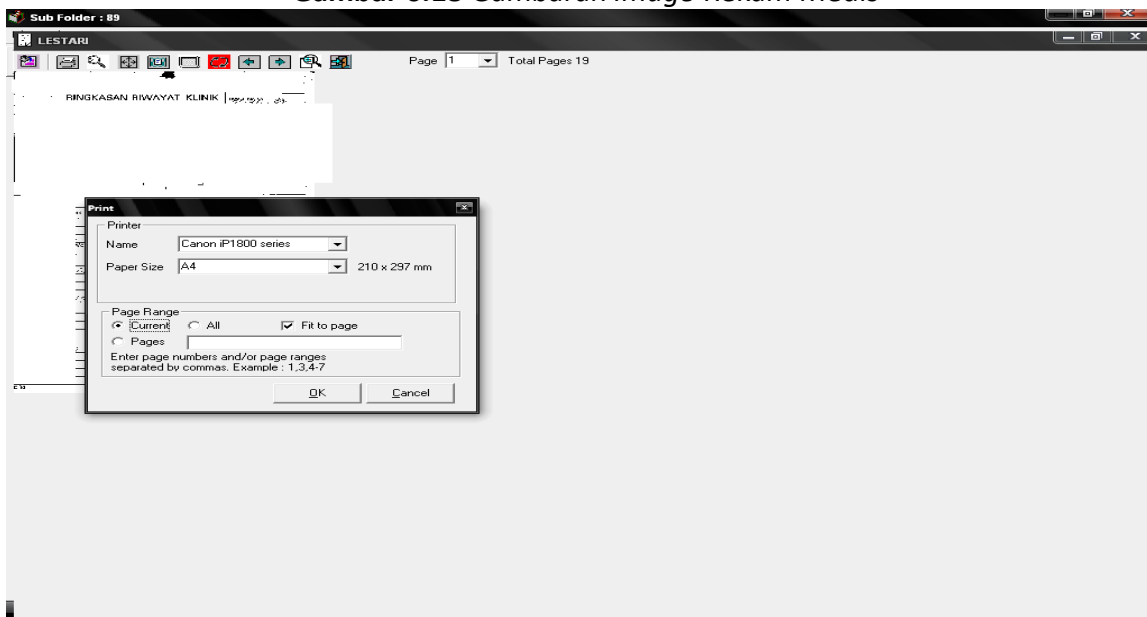


Gambar 6.17 Hasil pencarian

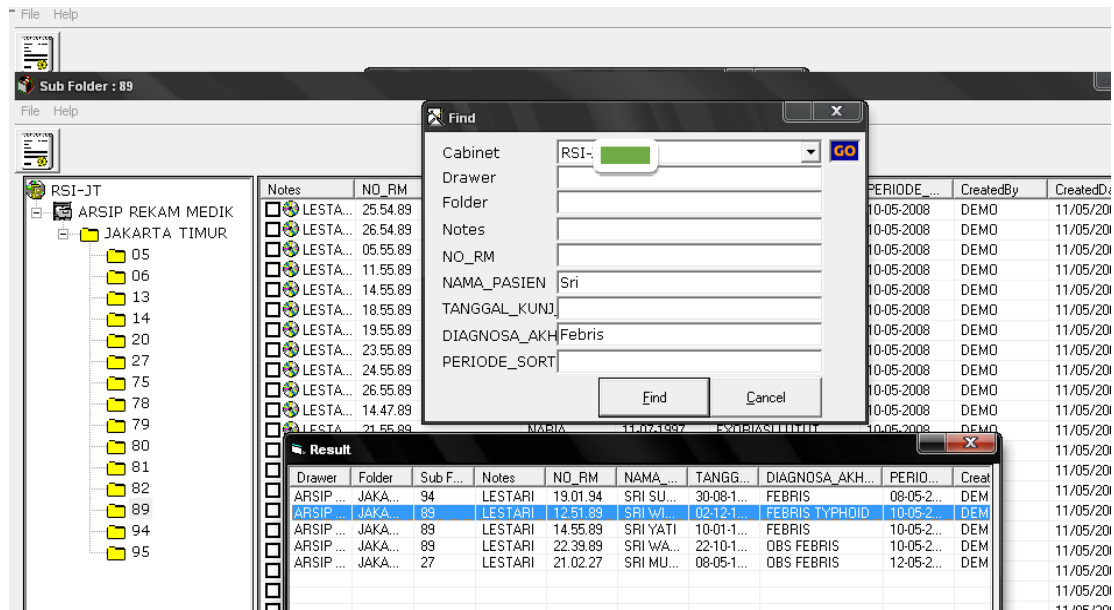
Image dalam satu berkas:



Gambar 6.18 Gambaran *Image* Rekam Medis

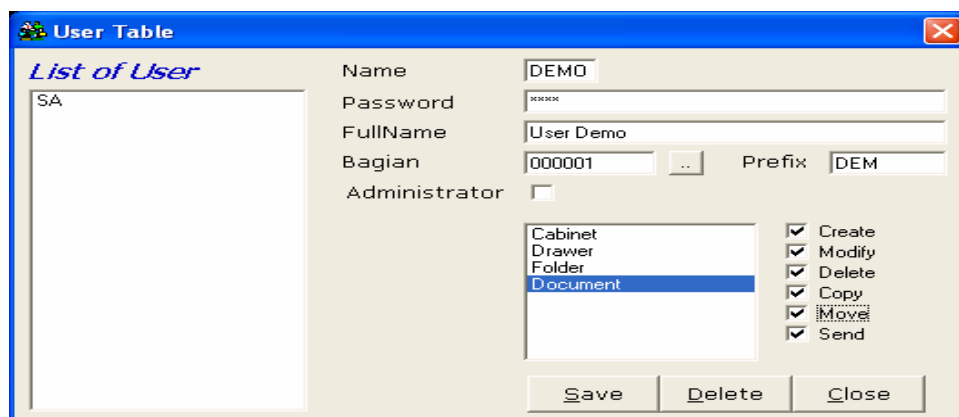


Gambar 6.19 *Image* bisa dicetak

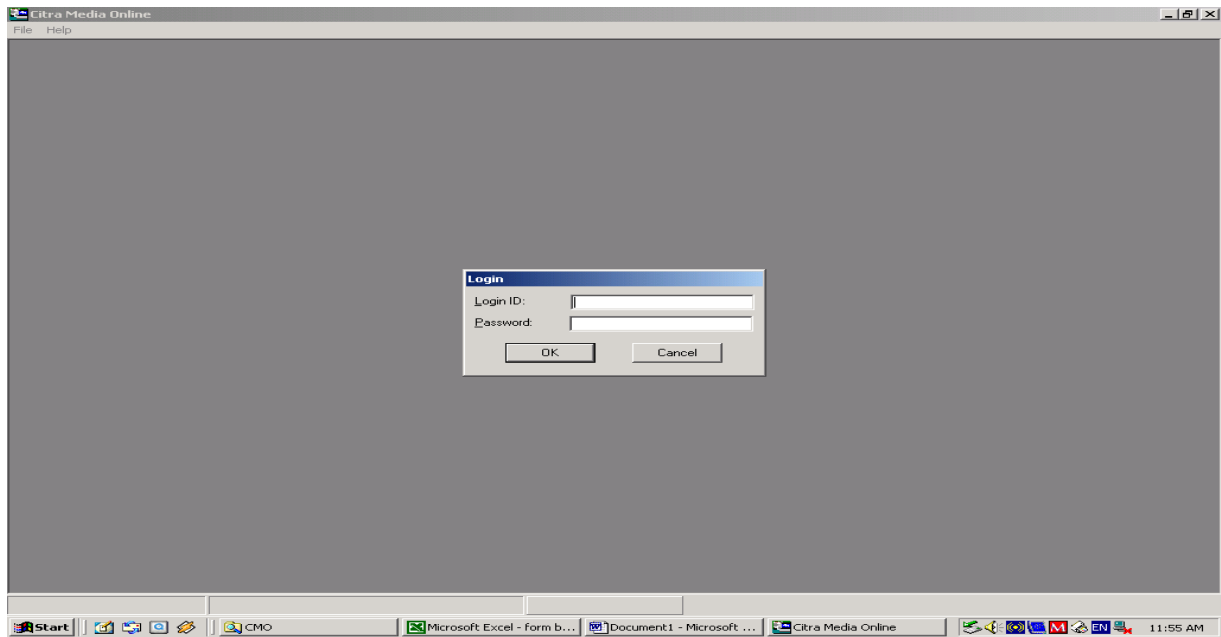


Gambar 6.20 Pencarian Berdasarkan Nama Dan Diagnosa

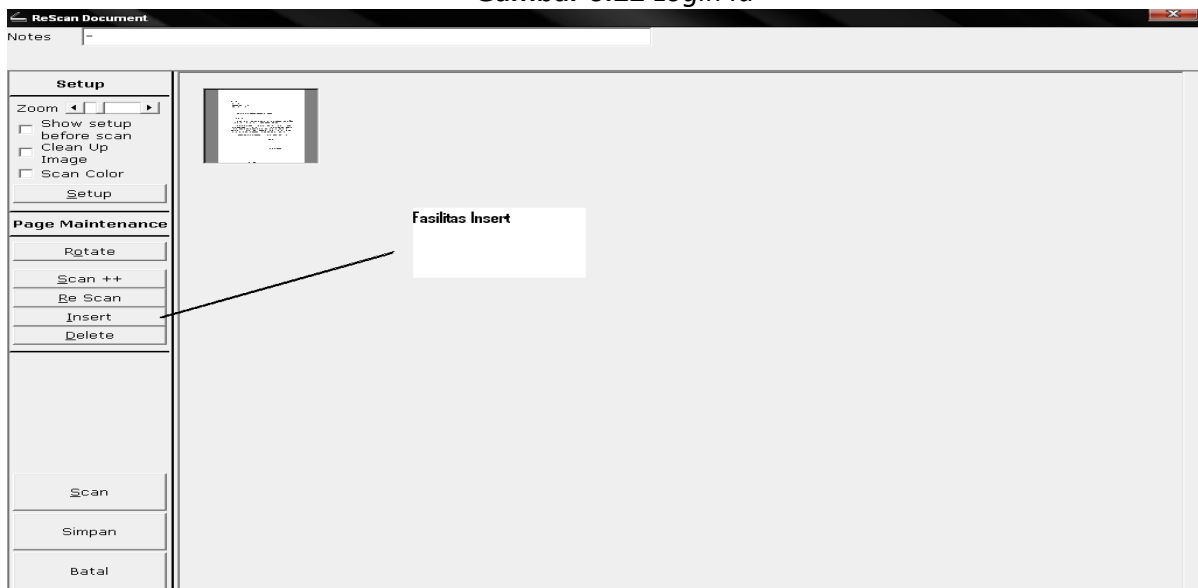
- Keamanan dokumen makin terkontrol dengan akses yang bisa dikontrol dan file yang di enkripsi (diproses menjadi file khusus dengan tingkat kemanan yang tinggi) sehingga hanya bisa dibuka oleh orang yang berwenang. File hasil alih media inaktif bisa disisipkan dengan file yang baru dengan fasilitas insert page . Agar dokumen yang satu dengan yang lain dapat disatukan/ memberkas.



Gambar 6.21 Data User



Gambar 6.22 *Login Id*

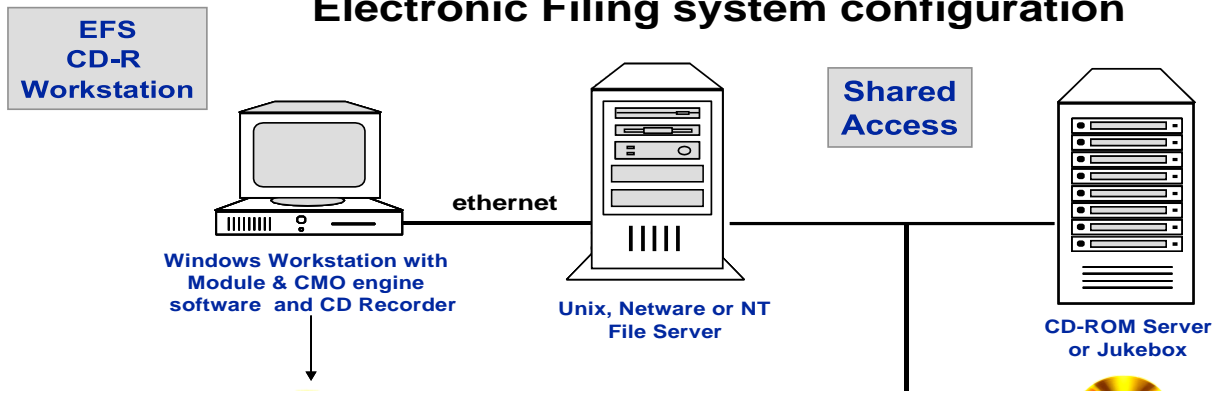


Gambar 6.23 Proses Insert dalam Alih Media

3. Meningkatkan pelayanan pasien (Poli dan UGD)

File dapat dibagi ke tiap tiap Poli dan terhubung secara online maka dokumen inaktif dapat diakses secara cepat di tiap tiap tempat dengan cepat.

Electronic Filing system configuration



Gambar 6.24 *Electronic Filing System Configuration*



Sebelum

Sesudah

Gambar 6.25. Proses Alih Media

4. Menghemat tempat dan perawatan mudah (CD tidak kena virus dan jamur)

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 269/MENKES/PER/III/2008**

TENTANG

REKAM MEDIS

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang** : bahwa sebagai pelaksanaan Pasal 47 ayat (3) Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, perlu mengatur kembali penyelenggaraan Rekam Medis dengan Peraturan Menteri Kesehatan;
- Mengingat** : 1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3495);
2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116,

Setelah ada peraturan PERMENKES no. 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis maka berhubungan dengan dokumen yang dilestarikan oleh pihak rumah sakit yang sebelumnya berjumlah 7 form antara lain :

- Ringkasan Riwayat klinik
- Ringkasan Riwayat masuk dan keluar
- Laporan operasi
- Laporan Anastesi
- Informed Consent
- Laporan persalinan dan Identifikasi bayi
- Resume

Dengan peraturan yang baru maka pihak rumah sakit hanya menyimpan 2 form yaitu ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medis. Dengan demikian pihak rumah sakit menjadi lebih sedikit menyimpan berkas asli. Tetapi untuk dapat menjaga informasi seperti yang asli agar tidak hilang dan cepat dicari serta HEMAT RUANGAN maka alih media dokumen dengan media CD/DVD menjadi alternatif. 1 CD bisa memuat 15.000 lembar dan 1 DVD bisa memuat 100.000 lembar dan untuk 600.000 lembar hanya menggunakan 6 DVD. Kenapa harus CD ?

- 1 CD = 15.000 Pages A4 size Full text
- Mudah untuk backup
- Cepat untuk distribusi
- Lebih aman – tidak dapat di edit dan dihapus
- (hanya dibaca)
- Relatif Murah
- Aspek legal – UU No.8 / 1997
- Mudah digunakan – CD Player dimana mana
- Tidak Kena Virus
- Berumur maksimal sampai 50 tahun
- Bisa di Password

Latihan

- 1) Gambarkan alur penyusutan rekam medis inaktif
- 2) Apakah ketentuan dalam pemusnahan rekam medis
- 3) Apakah pengertian alih media
- 4) Apa yang perlu dipersiapkan ketika akan melakukan alih media
- 5) Apakah manfaat yang diperoleh dari alih media

Glosarium

<i>Alfabetik</i>	:	Penjajaran berdasarkan abjad nama pasien
<i>Middle Numbering Filing</i>	:	Penjajaran dengan Sistem Angka tengah
<i>Outguide</i>	:	Pengganti rekam medis yang keluar dari rak penyimpanan
<i>primary digits</i>	:	Dua (2) angka Awal/ primer
<i>secondary digits</i>	:	Dua(2) angka tengah/ sekunder
<i>Serial Numbering System</i>	:	Pemberian Nomor Cara Seri
<i>Serial-Unit Numbering System</i>	:	Pemberian Nomor Cara Seri Unit
<i>Straight Numerical Filing</i>	:	Penjajaran dengan Sistem Angka langsung
<i>Terminal Digit Filing</i>	:	Penjajaran dengan Sistem Angka Akhir
<i>tertiary digits</i>	:	Dua(2) angka akhir (tersier)
<i>Tracer</i>	:	Outguide= Pengganti rekam medis yang keluar dari rak penyimpanan
UGD	:	Unit Gawat Darurat
<i>Unit Numbering System</i>	:	Pemberian Nomor Cara Unit

Daftar Kepustakaan

- Abdelhak, Mervat, 2007, *Health Information: Management of Strategic Resources*, Philidelpia: WB Saunders Company, 2007.
- Davis, Elwyn, 1990. *Information Systems I for Health Information Management I Students*, Sydney: The University of Sidney, 1990.
- Departemen Kesehatan RI, 2008, Permenkes 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis.
- Departemen Kesehatan RI, 2008, *Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit* ,Nomor 129/Menkes/SK/II/2008.
- Departemen Kesehatan RI, 1997, *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis di Indonesia*, Jakarta: Dirjen. Pelayanan Medik.
- Departemen Kesehatan RI, 2006, *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*, Jakarta: Dirjen. Pelayanan Medik.
- Hatta, Gemala, 2008, *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan*, Jakarta: UI Press.
- Huffman, Edna K., 1994, *Health Information Management 10th edition*, Berwyn, Illinois: Physician Record Co.
- International Federation of Health Information Management Association, 2012 Education Module for Health Record Practice, Module 3 - Record Identification Systems, Filing and Retention of Health Records, Chicago, Illionis.*
- Johns, Merida L., 2000, *Health Information Management Technology* , Chicago, Illionis: AHIMA.
- Kathryn McMiller, 2000, *Being Medical Records Clerk, sec.edition.*
- LaTour, Kathleen M. and Maki Shirley Eichenwald, 2010, *Health Information Management Concepts, Principles and Practice, 3th ed.* Chicago, Illiones: AHIMA.
- Skurka, Margaret A., 2003, *Helath Information Management, 5th ed.* San Fransisco: Jossey-Bass, A Wiley Imprint.
- The Liang Gie, 2007, Administrasi Perkantoran Modern, liberty.*

BAB VI

AUDIT PENDOKUMENTASIAN REKAM MEDIS

Pendahuluan

Rekam Medis merupakan dokumen permanen dan legal yang harus mengandung isian yang cukup lengkap tentang identitas pasien, kepastian diagnosa dan terapi serta merekam semua hasil yang terjadi.

Berkas Rekam Medis yang telah ditata dengan rapi dan lengkap merupakan berkas yang layak untuk dimanfaatkan bagi yang membutuhkan pada masa selanjutnya

Audit pendokumentasian Rekam Medis dengan melakukan analisis secara rutin terhadap isi RM harus dijalankan agar pengelolaan isi RM dapat memenuhi tujuan:

1. Sebagai alat komunikasi informasi asuhan pasien
2. Untuk memenuhi persyaratan sebagai barang bukti legal berkaitan dengan Penanganan penyakit pasien
3. Rincian penagihan biaya
4. Evaluasi para ahli
5. Melengkapi data klinis pasien
6. Kebutuhan administrasi
7. Riset dan Edukasi
8. Kesehatan Masyarakat
9. Pemasaran dan Perencanaan dalam pengambilan keputusan

Praktisi Rekam Medis dipercaya untuk menganalisis pendokumentasian Rekam Medis dan memberitahu kepada atasannya dan Panitia Rekam Medis bila ada kekurangan atau inkonsistensi yang mengakibatkan RM menjadi tidak lengkap atau tidak akurat.

Berbagai tipe kajian bisa dilaksanakan pada berbagai kurun waktu yang relatif beda dengan saat pelayanan pasien terjadi. Setiap fasilitas pelayanan hendaknya menentukan jenis analisis yang harus dijalankan sesuai kepentingan, pengaturan dokumentasi dan kebijakan staf medis yang ada.

Edna K.Huffman dalam bukunya menyatakan:

***“An Adequated MR Indicates Adequate Care”
and “A Poor MR Indicates Poor Care”***

Dikatakan bahwa: “Rekam Medis yang lengkap menandakan bahwa pasien tersebut mendapat asuhan yang memadai, tetapi Rekam Medis yang tidak lengkap menandakan bahwa pasien tersebut tidak mendapatkan asuhan yang memadai”.

Topik 1 . Audit Pendokumentasian Secara Analisis Kuantitatif

a. Tujuan analisis kuantitatif

- 1) Menentukan sekiranya **ada kekurangan** agar dapat dikoreksi dengan segera pada saat pasien dirawat, dan item kekurangan belum terlupakan, untuk menjamin efektifitas kegunaan isi RM di kemudian hari. Yang dimaksud dengan koreksi ialah perbaikan sesuai keadaan yang sebenarnya terjadi.
- 2) Untuk mengidentifikasi bagian yang **tidak lengkap** yang dengan mudah dapat dikoreksi dengan adanya dibuat suatu prosedur sehingga Rekam Medis menjadi lebih lengkap dan dapat dipakai

untuk: ALFRED–PH- MP yang terpenting untuk:

- Pelayanan pasien
- Melindungi dari kasus Hukum
- Memenuhi Peraturan
- Agar analisa Data dan Statistik akurat

b. Komponen –komponen analisis kuantitatif

Komponen dasar meliputi suatu review Rekam Medis:

- Memeriksa identifikasi pasien pada setiap lembaran Rekam Medis
- Adanya semua laporan/ pencatatan yang penting sebagai bukti rekaman.
- Adanya autentikasi penulis/ Keabsahan Rekaman
- Terciptanya pelaksanaan rekaman/ pendokumentasian yang baik.

1) Identifikasi Pasien.

Minimal setiap lembar berkas mempunyai :

→Nama dan No.Rekam Medis pasien.

Bila ada lembaran yang tanpa identitas harus di review untuk menentukan milik siapa lembaran tersebut. Dalam hal ini secara Concurrent Analysis lebih baik oleh karena lebih cepat mengetahui identitasnya daripada Retrospective Analysis.

2) Adanya semua Laporan/ Catatan yang penting sebagai

bukti rekaman

Ada lembaran laporan yang standar terdapat dalam Rekam Medis.

Contoh:

- Mulai dari saat pasien mendaftar rawat inap sebagai bukti penjelasan tentang hak dan kewajiban pasien dalam bentuk “Persetujuan Umum (General Consent)”:
- Formulir Pasien Masuk dan Kuar
- Pengkajian awal dokter berupa Lembar Anamnesa dan Riwayat penyakit pasien dan/ keluarga dan Pemeriksaan Fisik, diagnosa awal dan Pengkajian Perawat
- Rencana penatalaksanaan berupa Asuhan Keperawatan oleh perawat dan diikuti instruksi dokter
- Kemudian diikuti dengan Catatan Perkembangan baik oleh dokter dan perawat
- Observasi klinik, kalau perlu ada catatan intake-output cairan
- Terakhir berupa Rencana pasien pulang, ringkasan perawat dan Ringkasan riwayat pulang

Lembaran tertentu kadang kala ada tergantung kasus pasien.

Contoh: Laporan operasi, anestesi, Hasil PA.

Penting ada tanggal dan jam pencatatan , sebab ada kaitannya dengan peraturan pengisian.

Contoh: Lembaran riwayat pasien dan pemeriksaan fisik harus diisi < 24jam sesudah pasien masuk rawat. Analisis Kuantitatif harus dilakukan dengan cara Concurrent Analysis agar dapat segera dibuat. Tetapi bila sesudah pasien pulang (Retrospective Analysis) maka ini sudah dianggap dengan “deficiency”. Demikian juga bila pasien operasi dan tidak dibuat laporan operasi saat operasi maka tidak dapat ditambahkan belakangan. (= “deficiency”)

Bila pasien yang dirawat tidak dikunjungi oleh dokter pada hari tertentu maka tidak ada catatan perkembangan yang ditulis oleh dokter pada hari tersebut. Berarti tidak boleh diminta dokter tersebut membuatnya pada hari berikutnya.

3) Review Autentikasi/ Keabsahan Rekaman

Autentikasi dapat berupa:

- Nama atau Cap/ stempel , dan inisial yang dapat diidentifikasi
- Tanda tangan, dalam Rekam Medis atau
- Kode seseorang untuk komputerisasi.
- Harus ada titel/ gelar profesional (Dokter, Perawat)

Tidak boleh ditanda tangani oleh orang lain selain penulis, kecuali bila ditulis oleh dokter jaga atau mahasiswa maka ada tanda tangan sipenulis di tambah countersign oleh supervisor dan ditulis

“telah direview dan dilaksanakan atas instruksi dari atau telah diperiksa oleh

4) Review Tata Cara Pendokumentasian

- Analisis Kuantitatif memeriksa Pencatatan yang tidak lengkap dan yang tidak dapat dibaca . Hal ini dapat dilengkapi dan diperjelas .
- Memeriksa baris perbaris dan bila ada barisan yang kosong digaris agar tidak diisi belakangan.
- Singkatan tidak dibolehkan
- Bila ada salah pencatatan maka bagain yang salah digaris dan catatan tersebut masih terbaca, kemudian diberi keterangan disampingnya bahwa catatan tersebut salah / salah menulis Rekam Medis pasien lain.

Menyiapkan/ menyeleksi berkas RM yang akan dianalisis

RM yang akan dianalisis telah disiapkan dengan arti telah ditata/ assembling sehingga saat menganalisis telah rapi dan mudah mereview bagian yang belum dilengkapi (lihat penataan RM)

Instrumen Pengumpulan, Pengolahan, dan Penyajian

Data analisis kuantitatif

Tabel 5.1
SOAL ANALISIS KUANTITATIF R M

Ada = 1

RS

Tidak ada = 0

Nama pelaksana:

Tgl.

No.	No.RM	IDENTIFIKASI PASIEN				KELENGKAPAN LAPORAN/ FORM YANG PENTING						AUTENTIKASI PENULIS				CAT. YANG BAIK			KETE RANGAN
		Nama	No.RM	Tgl. Lahir/ umur	Jenis K.	Pengkajian awal	Cat.Perkembangan	Informed C.	Bukti Pengobatan & Perawatan	Cat. Saat pulang	Nama Dr.	TT.Dr	Nam perawat	Tt. Perawat	Tdk ada coretan	tdk ada tipp- ex	Tdk ada bag. Kosong		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
1				1	1	1	1	1	1	1									
2				0	0	0	1	1	0	0									
3				0	1	1	1	1	1	1									
4				0	0	1	0	1	1	1									
5				1	1	1	0	1	1	1									
6				1	1	1	1	1	1	1									
7				1	1	0	0	0	1	1									
8				1	1	1	0	1	1	1									
9				1	1	1	0	1	1	1									
10				1	1	1	0	1	0	0									
11				1	1	1	1	1	0	0									
12				1	1	1	1	1	0	0									
	Total																		

Tabel 5.2
REKAPITULASI ANALISIS KUANTITATIF REKAM MEDIS

Pelaksana:

Jumlah RM yang dianalisis

Tanggal:

NO.	KRITERIA ANALISA	KELENGKAPAN / BAIK	
		JUMLAH	PROSENTASE
IDENTITAS PASIEN			
1.	Nama		
2.	No.Rekam Medis		
3.	Tanggal Lahir		
4.	Jenis Kelamin		
	Average		
KELENGKAPAN LAPORAN/ FORM YANG PENTING			
1.	Pengkajian awal		
2.	Cat.Perkembangan		
3.	Informed C.		
4.	Bukti Pengobatan & Perawatan		
5.	Cat. Saat pulang		
	Average		
AUTENTIKASI PENULIS			
1.	Nama Dokter		
2.	T.tangan Dokter		
3.	Nama Perawat		
4.	T.tangan Perawt		
	Average		
CATATAN YANG BAIK			
1.	Tidak ada Coretan		
2.	Tidak ada Tipp-ex		
3.	Tidak ada Bagian yang kosong		
	Average		
	AVERAGE		

Topik 2.

Audit Pendokumentasian Secara Analisis Kuantitatif Komponen Identifikasi Pasien

- a. **Pengertian:** Audit pendokumentasian komponen Identifikasi Pasien merupakan pemeriksaan adanya kelengkapan identifikasi pasien pada setiap lembaran rekam medis.
- b. Memilih metode analisis yang akan digunakan

“Kebutuhan menentukan kekhususan”

Bila suatu analisis telah ditentukan maka telaah dapat dilaksanakan oleh petugas RM yang telah terlatih khusus untuk keperluan ini. Adapun bagian yang ditelaah biasanya bagian yang sering berkaitan dengan tuntutan malpraktek dan asuransi. Keputusan penggunaan komputer memerlukan pengaturan khusus, terutama yang menyangkut keharusan adanya legalisasi pendokumentasian dengan penandatanganan form isian , kewenangan membuka dokumen dsb.

Setiap fasilitas (RS) mempunyai aturan yang berbeda, sehingga A.Kuantitatifnya juga sangat bervariasi.

1. Menganalisis semua lembaran RM secara lengkap
2. Menganalisis lembaran yang dianggap penting

Contoh kasus:

- RS A mempunyai prosedur Analisis Kuantitatif hanya u/ mereview Catatan Dokter. Hal ini karena perawat, dan pemberi pelayanan lainnya jarang mekukan malpraktek, serta kekurangan dalam pencatatannya tidak sepenting catatan dokter.
- RS.B hanya mereview tanda tangan dan laporan yang diperlukan untuk akreditasi dan perizinan. RS ini hanya mereview catatan dalam Rekam Medis secara terperinci untuk keperluan khusus u/ staf medis . Rekam Medis diambil secara sampling
- RS C mereview informed consent, dalam hal ini menganalisis “Surat Pernyataan Persetujuan/ Penolakan Tindakan/ Operasi
- RS D. Memprioritaskan kelengkapan resemu/ ringkasan riwayat pulang maka dilakkanlah hanya lembaran resume saja.

c. Cara Pelaksanaan Audit (Instruksi Kerja) an.Komponen **Identifikasi Pasien:**

Langkah –langkah pelaksanaan:

- 1) **Pengumpulan Data** dengan: memeriksa kelengkapan lembaran Rekam Medis sesuai spesifikasi isi rekam medis
- 2) **Pengumpulan Data** dengan memeriksa kelengkapan identitas pasien pada tiap lembar:
 - a. Nama
 - b. Nomor Rekam Medis
 - c. Tanggal lahir/ Umur

d. Jenis Kelamin

Minimal setiap lembar berkas mempunyai :

→**Nama dan No.Rekam Medis pasien.**

Bila Fasilitas pelayanan Kesehatan tersebut mempunyai target yang lebih dari standar untuk memeriksa semua nya maka semua item harus dinilai

3) Pengolahan data dengan Pemberian Nilai

- a. Bila item tersebut lengkap pada setiap lembar maka beri nilai 1 (satu)
- b. Bila item tersebut tidak lengkap/ tidak ada pada setiap lembar diberi nilai 0 (nol)

Tabel 5.3
Lembaran kerja Pengumpulan data pada Analisis Kuantitatif RM

Lengkap
/ Ada =
1

Nama
pelaksana:
Tgl.

No	No.R M	IDENTIFIKASI PASIEN				KELENGKAPAN LAPORAN/ FORM YANG PENTING					AUTENTIKASI PENULIS				CAT. YANG BAIK			KETE RANGAN
		Nama	No. RM	Tgl. Lahir/ umur	Jenis K. Lembar Riwayat penyakit	Cat. Perawat	Cat. dokter	Informed C.	Resume	Nama Dr.	TT. Dr	Nam perawat	Tt. Perawat	Tdk ada coretan	tdk ada tipp- ex	Tdk ada bag. Kosong		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Tabel 5.4

Lembaran Rekapitulasi data pada Analisis Kuantitatif RM

Jumlah Berkas yang dianalisis

Bulan :

NO.	KRITERIA ANALISA	KELENGKAPAN	
		JUMLAH	PROSENTASE
IDENTIFIKASI PASIEN			
1.	Nama		
2.	No.Rekam Medis		
3.	Tanggal Lahir		
4.	Jeis Kelamin		
	Average		
KELENGKAPAN LAPORAN/ FORM YANG PENTING			
1.	Lembar Riwy. Pasien :		
2.	Catatan Perawat		
3.	Catatan Dokter selain Ringkasan Riwayat Pulang		
4.	Informed Consent		
5.	Ringkasan Riwayat Pulang		
	Average		
AUTENTIKASI PENULIS			
1.	Nama Dokter		
2.	Tandatangan dokter		
3.	Nama Perawat		
4.	Tandatangan Perawat		
	Average		
CATATAN YANG BAIK			
1.	Tidak ada Coretan		
2.	Tidak ada Tipp-ex		
3.	Tidak ada Bagian yang kosong		
	Average		
	AVERAGE		

4) Menyajikan hasil analisis kuantitatif

Tabel 5.5
Penyajian A.Kuantitatif

REKAPITULASI ANALISIS KUANTITATIF REKAM MEDIS

No.	KRITERIA ANALISA	KELENGKAPAN	
		JUMLAH	PROSENTASE
A. IDENTIFIKASI PASIEN			
1.	Nama	a	$a/M \times 100\%$
2.	No.Rekam Medis	b	$b/M \times 100\%$
3.	Tanggal Lahir	c	$c/M \times 100\%$
4.	Jenis Kelamin	d	$d/M \times 100\%$
A	Average	A=avg a,b,c,d	$(a+b+c+d)/M \times 100\%$
B. KELENGKAPAN LAPORAN/ FORM YANG PENTING SEBAGAI BUKTI REKAMAN			
1.	Lembar Riwy. Pasien :	e	$e/M \times 100\%$
2.	Catatan Perawat	f	$f/M \times 100\%$
3.	Catatan Dokter selain Resume	g	$g/M \times 100\%$
4.	Informed Consent	h	$h/M \times 100\%$
5.	Ringkasan Riwayat Pulang	i	$i/M \times 100\%$
B	Average	B=avg e,f,g,h,i	$(e+f+g+h+i)/M \times 100\%$
C. AUTENTIKASI PENULIS/ KEABSAHAN REKAMAN			
1.	Nama Dokter.	j	$j/M \times 100\%$
2.	Tanda tangan/ Paraf Dokter	k	$k/M \times 100\%$
3.	Nama Perawat	l	$l/M \times 100\%$
4.	Tanda tangan/Paraf perawat	m	$m/M \times 100\%$

C	Average	C=avg I,j,k	$(i+j+k)/M \times 100\%$
D. CATATAN YANG BAIK			
1.	Coretan	n	$n/M \times 100\%$
2.	Tipp-ex	o	$o/M \times 100\%$
3.	Bagian yang kosong	p	$p/M \times 100\%$
D	Average	D=avg n, o, p	$(n+o+p)/M \times 100\%$
	AVERAGE	AVG A,B,C,D	$(A+B+C+D)/M \times 100\%$

Jumlah RM yang dianalisis= M

.

.

.

.

Tabel 5.6
ANALISIS KUANTITATIF KOMPONEN IDENTIFIKASI PASIEN
REKAM MEDIS

NO.	KOMPONEN ANALISIS	KELENGKAPAN	
		JUMLAH	PROSENTASE
	IDENTIFIKASI PASIEN		
1.	Nama	a	$a/M \times 100\%$
2.	No.Rekam Medis	b	$b/M \times 100\%$
3.	Tanggal Lahir	c	$c/M \times 100\%$
4.	Jenis Kelamin	d	$d/M \times 100\%$
A	Average	$A = \text{avg } a, b, c, d$	$(a+b+c+d)/M \times 100\%$

Jumlah RM yang dianalisis= M

Tabel 5.7
.ANALISIS KUANTITATIF KOMPONEN CATATAN YANG PENTING
REKAM MEDIS

NO.	KOMPONEN ANALISIS	KELENGKAPAN	
		JUMLAH	PROSENTASE
	KELENGKAPAN CATATAN YANG PENTING		
1.	Lembar Riwayat Pasien :	d	$d/M \times 100\%$
2.	Catatan Perawat	e	$e/M \times 100\%$
3.	Catatan Dokter selain Ringkasan	f	$f/M \times 100\%$
4.	Informed Consent	g	$g/M \times 100\%$
5.	Ringkasan Riwayat Pulang	h	$h/M \times 100\%$
B	Average	B=avg e,f,g,h,i	$(e+f+g+h+i)/M \times 100\%$

Jumlah RM yang dianalisis= M

Tabel 58
.ANALISIS KUANTITATIF KOMPONEN AUTENTIKASI/ KEABSAHAN
PENULIS

NO.	KOMPONEN ANALISIS	KELENGKAPAN	
		JUMLAH	PROSENTASE
	AUTENTIKASI PENULIS		
1.	Nama Dokter.	j	$j/M \times 100\%$
2.	Tanda tangan/ Paraf Dokter	k	$k/M \times 100\%$
3.	Nama Perawat	l	$l/M \times 100\%$
4.	Tanda tangan/Paraf perawat	m	$m/M \times 100\%$
C	Average	C=avg j,k,l,m	$(j+k+l+m)/M \times 100\%$

Jumlah RM yang dianalisis M

Tabel 5.8
ANALISIS KUANTITATIF KOMPONEN CATATAN YANG BAIK
REKAM MEDIS

NO.	KOMPONEN ANALISIS	KELENGKAPAN	
		JUMLAH	PROSENTASE
	CATATAN YANG BAIK		
1.	Coretan	n	$n/M \times 100\%$
2.	Tipp-ex	o	$o/M \times 100\%$
3.	Bagian yang kosong	p	$p/M \times 100\%$
	Average	D=avg n, o, p	$(n+o+p)/M \times 100\%$

Jumlah RM yang dianalisis M

Tabel 5.9
REKAPITULASI ANALISIS KUANTITATIF REKAM MEDIS

N O.	KOMPONEN ANALISIS KUANTITATIF	KELENGKAPAN	
		JUMLAH	PROSENTASE
1.	IDENTIFIKASI PASIEN	A	$A/M \times 100\%$
2.	KELENGKAPAN LAPORAN/ FORM YANG PENTING	B	$B/M \times 100\%$
3.	AUTENTIKASI PENULIS/ KEABSAHAN REKAMAN	C	$C/M \times 100\%$
4.	CATATAN YANG BAIK	D	$DM \times 100\%$
	AVERAGE	AVG A,B,C,D	$(A+B+C+D)/M \times 100\%$

Jumlah RM yang dianalisis M

5) Menilai hasil analisis kuantitatif

Diisi di bawah table yang disajikan dalam bentuk:

- a. KESAN; yang merupakan hasil analisis yang dilakukan
- b. SARAN: yang merupakan rekomendasi dari Auditor berupa masukan kepada atasan/ Komite Rekam Medis untuk melakukan Tindak Lanjut menuju perbaikan agar RM dapat lebih lengkap sesuai ketentuan

Dari analisis ini diperoleh KESAN:

- Menarasikan hasil akhir dari analisis yang dilakukan
- Mengidentifikasi komponen yang terlengkap
- Mengidentifikasi komponen yang sangat tidak lengkap

Dari KESAN dapat dibuat SARAN:

- Dapat mengidentifikasi kekurangan-kekurangan pencatatan yang dapat dan harus dilengkapi oleh pemberi pelayanan kesehatan dengan segera.
- Mengetahui hal-hal yang berpotensi rumah sakit atau pemberi pelayanan membayar ganti rugi.
- Akhirnya memberi masukan hal yang dapat dilakukan untuk terciptanya RM yang lebih lengkap pada masa yang akan datang

6) Membuat laporan hasil analisis Kuantitatif

Laporan dibuat secara berkala; bulanan, triwulan, semester dan tahunan. Dapat berupa tabel atau grafik. Dilakukan dengan memprosentasikan kelengkapan, membandingkan antar periode,

melihat trendline, melihat hasil sesudah dilakukan tindak lanjut/
feedback

7) Menilai formulir yang akan di analisis kuantitatif

Formulir yang digunakan untuk analisis secara berkala dievaluasi dan disesuaikan berdasarkan metode analisis kuantitatif yang dilakukan

Tabel 5.10
Contoh FORMULIR RESUME / RINGKASAN RIWAYAT PULANG

<p>® Rumah Sakit Esa Andhika</p> <p align="center">RINGKASAN RIWAYAT PULANG</p>	<p align="center">LABEL IDENTITAS PASIEN</p>
<p>KEADAAN PASIEN SAAT PULANG:</p> <p><input type="checkbox"/> Sembuh <input type="checkbox"/> Ada perbaikan</p> <p><input type="checkbox"/> Belum sembuh <input type="checkbox"/> Meninggal</p>	<p>CARA KELUAR:</p> <p><input type="checkbox"/> Dipulangkan <input type="checkbox"/> Dirujuk</p> <p><input type="checkbox"/> Pulang paksa <input type="checkbox"/> Lain _____</p>

Riwayat Singkat:

Kelainan yang ditemukan pada Pemeriksaan Fisik :

Pemeriksaan Lainnya :

- Laboratorium
- Radiologi :
- Lain – Lain :

Pengobatan yang diberikan :

Operasi / Tindakan yang dilakukan :

Pengobatan saat pulang

Diagnosa Akhir :

Komplikasi :

Saran yang diberikan:

Tanggal

**Nama &Tanda tangan
Dokter Yang Merawat**

Tabel 5.11

**Contoh : REKAPITULASI ANALISIS KUANTITATIF
RESUME/RINGKASAN RIWAYAT PULANG**

Jumlah RK/ Resume yang dianalisis

Bulan :

NO.	KRITERIA ANALISIS	KELENGKAPAN		Keterangan
		JUMLAH	PROSEN TASE	
A. IDENTIFIKASI PASIEN				
1.	Nama			
2.	No.Rekam Medis			
3.	Tanggal Lahir			
4.	Jenis Kelamin			
	Average			
B. KELENGKAPAN CATATAN YANG PENTING				
1.	Lembar Riwy. Pasien dan pem. fisik			
2.	Pemeriksaan lainnya, Pengobatan dan tindakan yang dilakukan			
3.	Pengobatan saat pulang, D/ dan komplikasi			
4.	Saran			
5.	Tanggal, keadaan saat keluar dan cara keluar			
	Average			
C. AUTENTIKASI PENULIS				
1.	Nama			
2.	Tandatangan			
3.	Tanggal			
	Average			
D. CATATAN YANG BAIK				
1.	Tidak ada Coretan			
2.	Tidak ada Tipp-ex			
3.	Tidak ada Bagian yang kosong			
	Average			
AVERAGE A-D				

Tabel 5.12

Contoh: SURAT PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : _____
Umur : _____ Tahun
Jenis Kelamin Laki-laki Perempuan
Alamat :

Bukti diri / KTP : _____

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa saya telah mendapat penjelasan dari dokter dan mengerti tentang tujuan, sifat, dan perlunya tindakan medis serta resiko yang dapat ditimbulkannya.

Dengan demikian saya sesungguhnya telah memberikan

PERSETUJUAN

Untuk dilakukan tindakan kedokteran berupa **

Terhadap diri saya sendiri* / isteri* / suami* / anak* / ayah* / ibu saya*, dengan

Nama : _____
Umur : _____ Tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
Dirawat di : _____
No. Rekam Medis : _____
Bukti diri / KTP : _____
Alamat : _____

Demikian pernyataan persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

Tanggal : _____

Yang membuat pernyataan.

Mengetahui ,

(_____)
Nama jelas & T.Tangan

(_____)
Nama jelas & T.Tangan
Dokter yang bertanggung jawab

Saksi 1.

Saksi 2

(_____)
Nama jelas & T.Tangan
Dari pihak pasien

(_____)
Nama jelas & T.Tangan
Dari pihak RS

Tabel 5.12
Contoh: REKAPITULASI ANALISIS KUANTITATIF PERNYATAAN
PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Jumlah Formulir yang dianalisa 560 lembar

Bulan :

NO.	KRITERIA ANALISIS	KELENGKAPAN		KET
		JUMLAH	PROSENTASE	
IDENTITAS YANG MENYATAKAN				
1	Nama			
2	Umur			
3	Jenis Kelamin			
4	Alamat			
5	No.KTP			
Average				
KELENGKAPAN LAPORAN YANG PENTING				
1	Jenis Tindakan			
2	Siapa yang menyatakan			
3	Nama			
4	Umur			
5	Jenis Kelamin			
6	Alamat			
7	No.KTP			
8	Dirawat di			
9	No. RM			
Average				
AUTENTIKASI PENULIS/ KEABSAHAN REKAMAN				
1	Nama yang menyatakan			
2	Tandatangan yang menyatakan			

3	Nama Saksi dari pasien			
4	Tandatangan Saksi dari pasien			
5	Nama dokter			
6	Tandatangan dokter			
7	Nama Saksi dari pasien dari RS			
8	Tandatangan Saksi dari RS			
Average				
CATATAN YANG BAIK				
1.	Tidak ada Coretan			
2	Tidak ada Tipp-ex			
3	Tidak ada Bagian yang kosong			
Average				
AVERAGE				

10. Latihan

- a. Apa guna analisis kuantitatif? Pada lembaran tertentu
- b. Apa komponen no.2 analisis kuantitatif untuk lembaran Resume?
- c. Apa komponen no.2 analisis kuantitatif untuk lembaran IC?
- d. Apa saja instrument dalam melakukan analisis kuantitatif?
- e. Bagaimana menyajikan hasil analisis kuantitatif?
- f. Bagaimana menilai hasil analisis kuantitatif?