

BAHAN AJAR
REKAM MEDIS DAN
INFORMASI KESEHATAN (RMIK)

MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN II: SISTEM DAN SUB SISTEM PELAYANAN RMIK

Lily Wijaya
Deasy Rosmala Dewi





KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

PUSAT PENDIDIKAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
EDISI TAHUN 2017

BAHAN AJAR
REKAM MEDIS DAN
INFORMASI KESEHATAN (RMIK)

MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN II: SISTEM DAN SUB SISTEM PELAYANAN RMIK

Lily Wijaya
Deasy Rosmala Dewi

Hak Cipta dan Hak Penerbitan dilindungi Undang-undang

Cetakan pertama, Oktober 2017

Penulis : 1. Lily Widjaya, SKM., MM
2. Deasy Rosmaladewi, SKM., M.Kes.

Pengembang Desain Instruksional : Noor Raidah Malikhah, S.Pd.

Desain oleh Tim P2M2 :

Kover & Ilustrasi : Faisal Zamil, S.Des.

Tata Letak : Nono Suwarno

Jumlah Halaman : 332

DAFTAR ISI

BAB I: SISTEM PENGUMPULAN DATA PASIEN	1
Topik 1.	
Sistem Pengumpulan Data Pasien	3
Latihan	25
Ringkasan	26
Tes 1	26
Topik 2.	
Sistem Penamaan Pasien	29
Latihan	33
Ringkasan	33
Tes 2	33
KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	36
GLOSARIUM	37
DAFTAR PUSTAKA	38
BAB II: REGISTRASI PENDAFTARAN DAN PELAYANAN PASIEN	39
Topik 1.	
Registrasi Pendaftaran dan Pelayanan Rawat Jalan/ Gawat Darurat	42
Latihan	50
Ringkasan	52
Tes 1	52
Topik 2.	
Registrasi Pendaftaran dan Pelayanan Pasien Rawat Inap	55
Latihan	64
Ringkasan	66
Tes 2	66
KUNCI JAWABAN TES	69
GLOSARIUM	70
DAFTAR PUSTAKA	71

BAB III: SISTEM PENGOLAHAN DATA	72
Topik 1.	
Pengolahan Data dengan Indeks Pasien	73
Latihan	78
Ringkasan	79
Tes 1	79
Topik 2.	
Pengolahan Data Dengan Indeks Lainnya	82
Latihan	99
Ringkasan	99
Tes 2	99
KUNCI JAWABAN TES	103
GLOSARIUM	104
DAFTAR PUSTAKA	105
BAB IV: SISTEM PENGARSIPAN RM	106
Topik 1.	
Peraturan Terkait Sistem Pengarsipan	108
Latihan	116
Ringkasan	116
Tes 1	116
Topik 2.	
Jenis Pengarsipan	119
Latihan	133
Tes 2	134
KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	137
GLOSARIUM	138
DAFTAR PUSTAKA	139

BAB V: SISTEM PENDISTRIBUSIAN REKAM MEDIS	140
Topik 1.	
Pengambilan Kembali RM dari Rak Penjajaran bagi	
RM Pasien Lama (<i>Retrieval</i>)	142
Latihan	150
Ringkasan	150
Tes 1	151
Topik 2.	
Pendistribusian RM Ketempat yang Dituju dan Pengambilan Kembali RM yang	
Telah Digunakan	153
Latihan	165
Ringkasan	165
Tes 2	165
KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	168
GLOSARIUM	169
DAFTAR PUSTAKA	170
BAB VI: SISTEM PENJAJARAN REKAM MEDIS	171
Topik 1.	
Sistem Penjajaran Rekam Medis	173
Latihan	181
Ringkasan	182
Tes 1	182
Topik 2.	
Penyusutan dan Alih Media Rekam Medis Inaktif	185
Latihan	203
Ringkasan	203
Tes 1	204
KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	206
GLOSARIUM	207
DAFTAR PUSTAKA	208
LAMPIRAN	209

BAB VII: PRAKTIKUM REGISTRASI PENDAFTARAN DAN PELAYANAN PASIEN	226
Kegiatan Praktikum 1.	
Registrasi Pendaftaran dan Pelayanan Pasien Rawat Jalan/Gawat Darurat	228
Kegiatan Praktikum 2.	
Registrasi Pendaftaran dan Pelayanan Pasien Rawat Inap	242
Latihan	254
Ringkasan	262
Tes	262
KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	265
GLOSARIUM	266
DAFTAR PUSTAKA	267
BAB VIII: PRAKTIKUM MEMBUAT INDEKS	268
Kegiatan Praktikum 1.	
Membuat Indeks Utama Pasien	270
Kegiatan Praktikum 2.	
Membuat Indeks Lainnya	272
Latihan	284
Ringkasan	295
Tes 2	295
KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	298
GLOSARIUM	299
DAFTAR PUSTAKA	300
BAB IX: PRAKTIKUM PENJAJARAN REKAM MEDIS	301
Kegiatan Praktikum 1.	
Peralatan Dalam Penyimpanan Rekam Medis	303
Kegiatan Praktikum 2.	
Penjajaran Secara Alfabetik	310

Kegiatan Praktikum 3.

Penjajaran Secara Penomoran	312
Latihan	316
Ringkasan	317
Tes	320
KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	323
GLOSARIUM	324

BAB I

SISTEM PENGUMPULAN DATA PASIEN

Lily Widjaya, SKM., MM
Deasy Rosmaladewi, SKM., M.Kes.



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 antriansesuai 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													
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">No. RM</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 10px; text-align: center;">-</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 10px; text-align: center;">-</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center; font-size: 8px;">(Diisi oleh petugas)</td> </tr> </table>	No. RM		-		-		(Diisi oleh petugas)					
No. RM		-		-									
(Diisi oleh petugas)													
Nama Lengkap	<input style="width: 100%;" type="text"/> (Sesuai KTP)												
Tempat, Tanggal Lahir	<input style="width: 100%;" type="text"/>												
Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan												
Alamat Lengkap	<input style="width: 100%;" type="text"/> RT <input style="width: 20px;" type="text"/> RW <input style="width: 20px;" type="text"/>												
	Desa/Kelurahan <input style="width: 100%;" type="text"/> Kecamatan <input style="width: 100%;" type="text"/>												
	Kabupaten/Kota <input style="width: 100%;" type="text"/> No. Telp/HP <input style="width: 100%;" type="text"/>												
Agama	<input type="checkbox"/> Islam <input type="checkbox"/> Kristen <input type="checkbox"/> Katholik <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Budha <input type="checkbox"/> Lain-lain												
Status Perkawinan	<input type="checkbox"/> Kawin: <input type="checkbox"/> Belum Kawin <input type="checkbox"/> Janda <input type="checkbox"/> Duda												
Pendidikan Terakhir	<input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> SMA <input type="checkbox"/> Diploma/Sarjana <input type="checkbox"/> Lain-lain												
Pekerjaan	<input type="checkbox"/> PNS <input type="checkbox"/> Wiraswasta <input type="checkbox"/> TNI/Polri <input type="checkbox"/> Pelajar/Mahasiswa <input type="checkbox"/> Lain-lain												
Kewarganegaraan	<input type="checkbox"/> WNI <input type="checkbox"/> WNA												
Cara Pembayaran	<input type="checkbox"/> Asuransi/Jaminan Kesehatan <input type="checkbox"/> Umum/Mandiri												
Nama Penangg. Jawab	<input style="width: 100%;" type="text"/>												
No. Telp/HP	<input style="width: 100%;" type="text"/>												
Klinik yang Dituju	<input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Obsgyn <input type="checkbox"/> Peny. Dalam <input type="checkbox"/> Syarat <input type="checkbox"/> Mata <input type="checkbox"/> Kulit & Kelamin <input type="checkbox"/> Bedah Umum <input type="checkbox"/> Bedah Orthopedi <input type="checkbox"/> Gigi & Mulut <input type="checkbox"/> THT <input type="checkbox"/> Jiwa <input type="checkbox"/> Umum <input type="checkbox"/> 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-lengkapnya													
(.....)													

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.

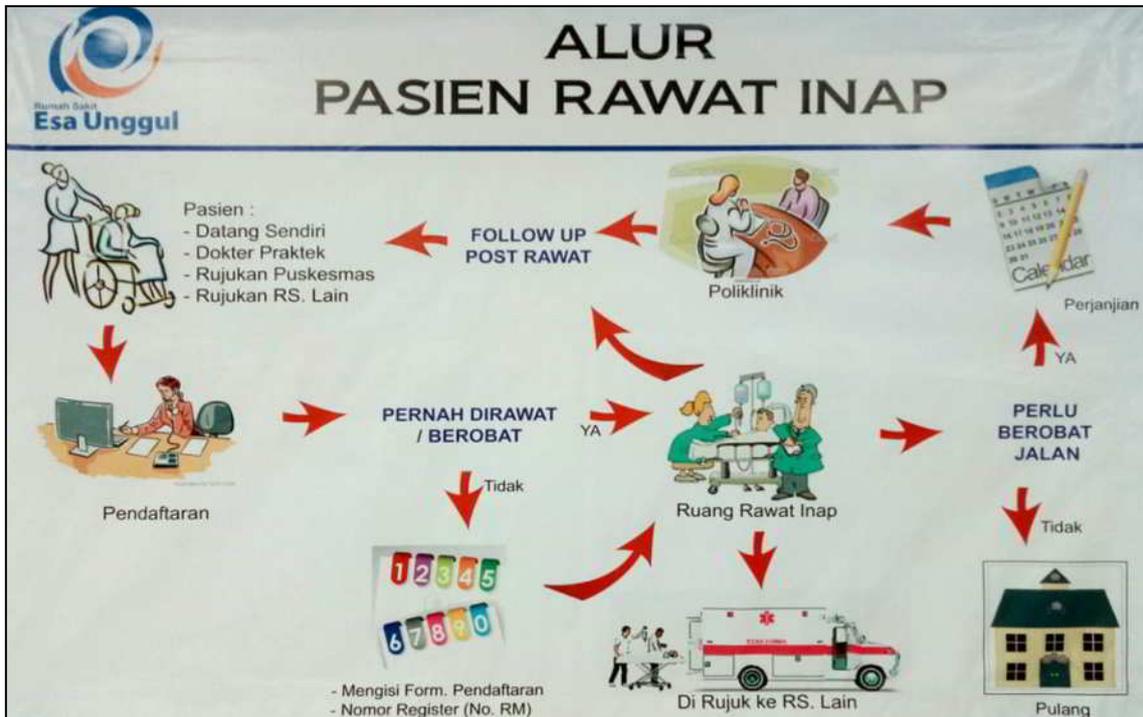
Alur pasien gawat darurat, sebagai berikut :

- 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 tindak lanjut 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 BERHARGA 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 diamankan.

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 dipendaftaran 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 v) :

<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: Prognosis vital, prognosis fungsi dan prognosis kesembuhan		
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 _____ Yang menyatakan* _____ Dokter _____ Saksi 1 _____ Saksi 2 _____ (_____) (_____) (_____) (_____)			

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.

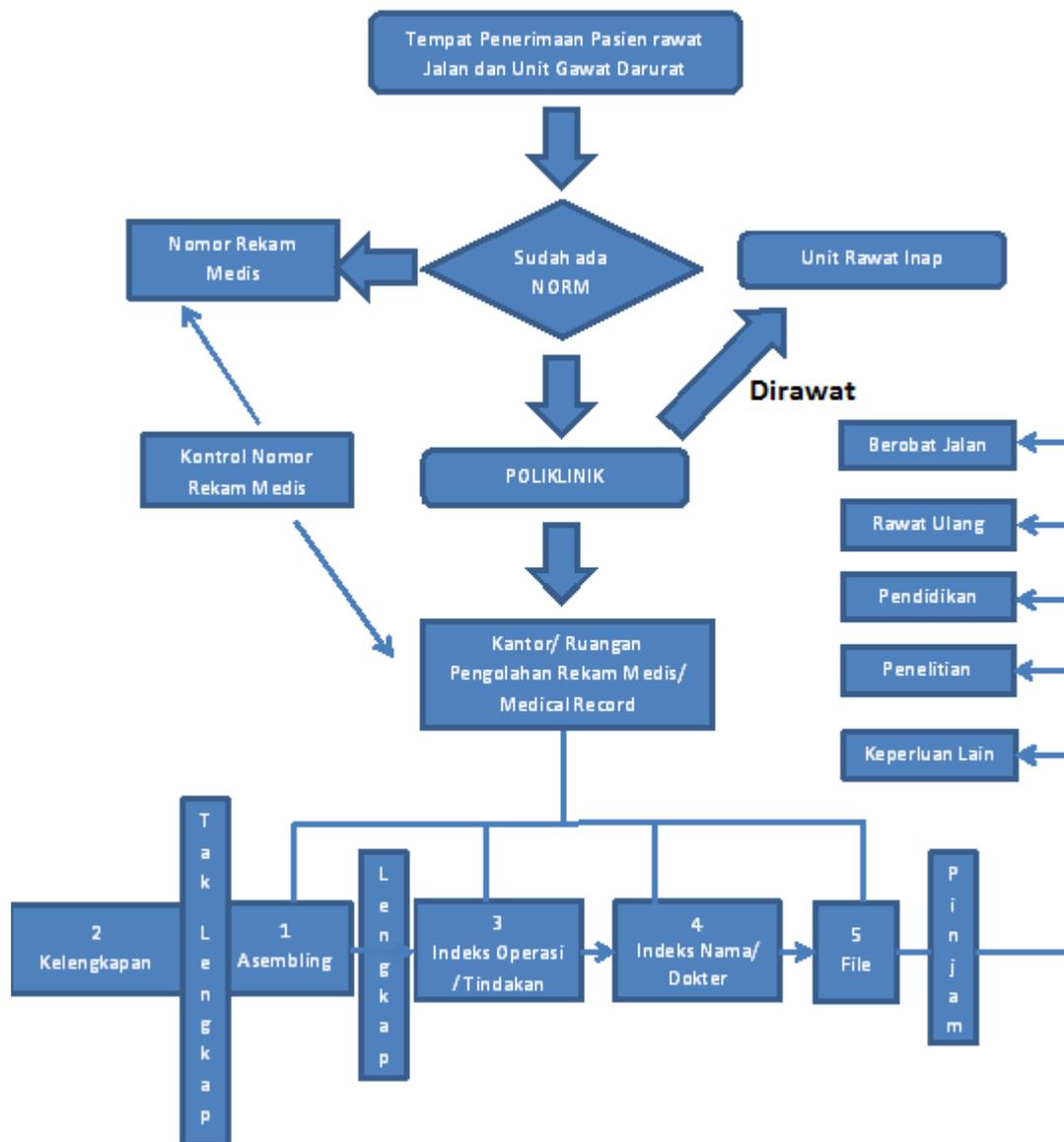
- 7) Petugas poliklinik (perawat/ bidan) akan membuat rekapitulasi harian pasien rawat jalan sesuai dengan kebutuhan data di pelayanan kesehatan tersebut.
- 8) Setelah pemberian pelayanan kesehatan di poliklinik selesai dilaksanakan, petugas poliklinik mengirimkan seluruh berkas rekam medis pasien rawat 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 :

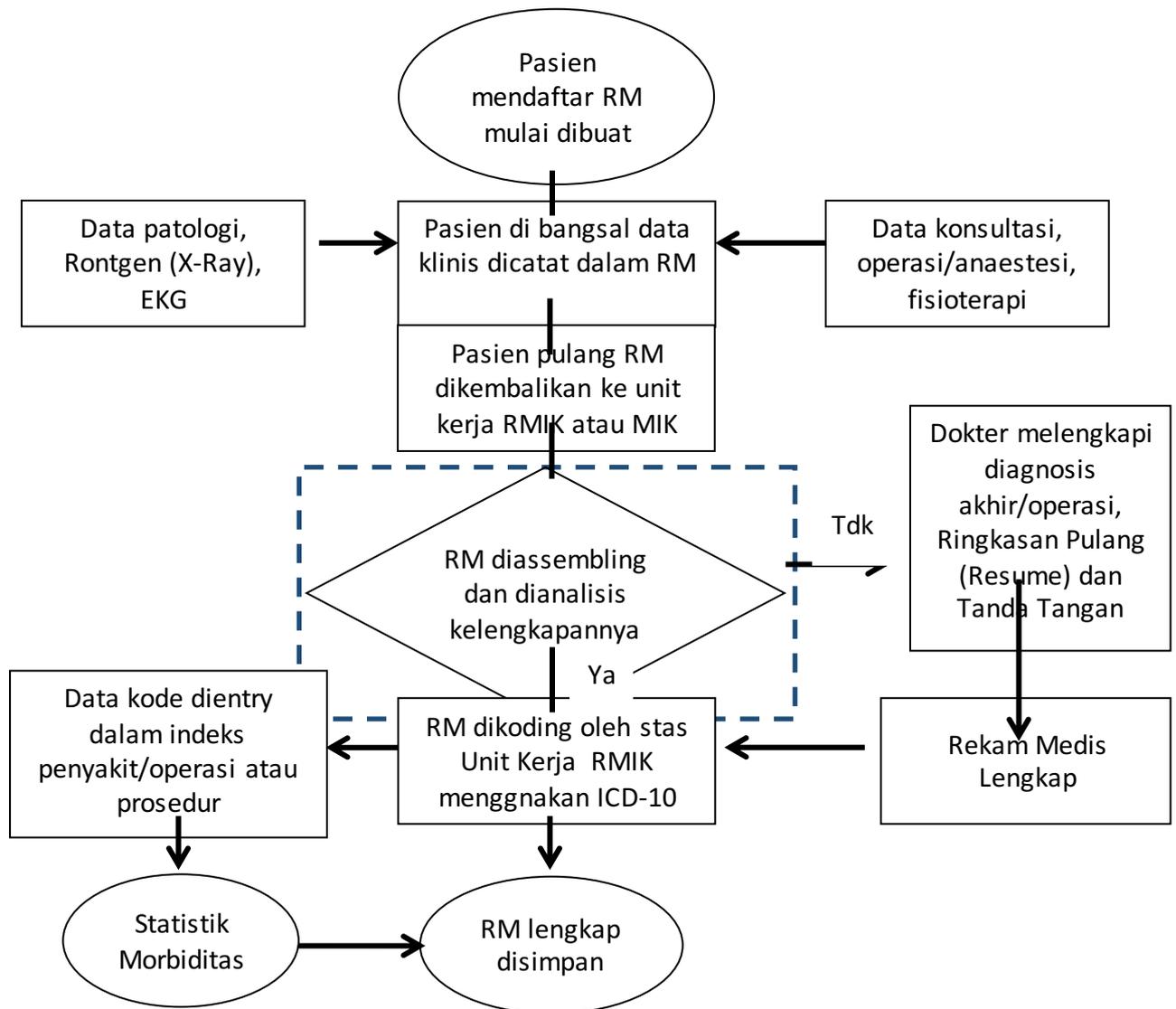
- a. Pasien yang perlu perawatan akan diberikan surat pengantar rawat dari dokter gawat darurat/ poliklinik/ kamar bersalin.
- b. Untuk pasien yang membawa rujukan terlebih dahulu akan diperiksa oleh dokter baik dokter gawat darurat/ dokter spesialis yang ada di rumah sakit.
- c. Apabila tempat tidur 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 dipasang 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 Assesment 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 pengenalan 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.

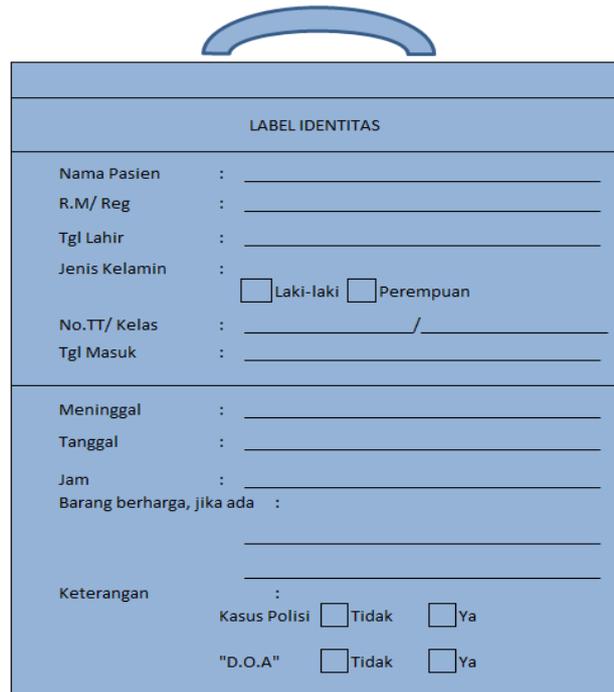
3. Pengisian Data Identifikasi Pasien Baru

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	: <input type="checkbox"/> Kasus Polisi <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya
	: <input type="checkbox"/> "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

Ringkasan

Pengumpulan data rumah sakit dimulai dari proses pendaftaran pasien sampai pasien pulang. Peranan petugas pendaftaran sebagai pintu gerbang masuk rumah sakit/ puskesmas perlu perhatian khusus. Tata cara melayani pasien dinilai baik manakala pasien dilayani oleh petugas dengan sikap yang ramah, sopan, tertib dan tanggung jawab sesuai dengan asuhan pelayanan yang dibutuhkan pasien. Pemilahan jenis pasien baru atau lama dimulai dari proses pendaftaran, juga seleksi administrasi klaim sehingga petugas pendaftaran perlu dibekali keterampilan administratif. Data administratif mencakup data demografi, keluarga terdekat, keuangan (financial) serta informasi lain yang berhubungan dengan pasien seperti data telah menerima penjelasan hak dan kewajiban pasien selama dirawat/ persetujuan umum, data pernyataan telah mendapat penjelasan tentang perawatan, pengobatan dan tindakan (*consent*)/ Persetujuan tindakan kedokteran, data pemberian kuasa, data pemberian edukasi dan informasi dan lainnya.

Tes 1

Pilih satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Annizah Kusumo, 3 Februari 1952, perempuan, lulusan SD, islam, pegawai negeri, kontrol lagi ke dokter penyakit dalam persiapan operasi tumor di kaki, tinggal di Jalan Gading Putih XII/ 20 Jakarta Utara, karena di RS "X" kamar operasi penuh maka dikirim ke RS "Y" untuk dioperasi. Annizah, termasuk jenis kedatangan
 - A. Pasien Baru
 - B. Pasien Lama
 - C. Pasien Perjanjian
 - D. Pasien kontrol
 - E. Pasien Jaminan

- 2) Freddy Tumewu, 15 Februari 1937, lulusan SMA, PNS, laki laki, kristen, sudah pernah ke RS "X", dikirim dari puskesmas dengan pembayaran askes ingin berobat ke dokter penyakit dalam, ada pembengkakan hati, Jalan Pembangunan II/ 23 Jakarta Timur. Dirujuk kembali ke puskesmas. Freddy, termasuk pasien dengan cara pembayaran
 - A. Membayar sendiri
 - B. BPJS
 - C. Asuransi lain
 - D. Kontrak
 - E. Keringanan

- 3) Alan Sampurno, 12 Maret 1966, laki laki, islam, PNS, sudah pernah ke RS "X", dikirim dari puskesmas dengan pembayaran askes, langsung ke Instalasi Gawat Darurat, dirawat kelas 2 ruang bedah, keluhan sakit perut (*appendicitis*), Jalan Kepustakaan

- no.15, Jakarta Timur. Dirujuk kembali ke puskesmas setelah dioperasi dan dirawat 5 hari. Dalam registrasi rawat inap, Alan masuk rawat inap dengan cara
- A. Rujukan Puskesmas
 - B. Instalasi Gawat Darurat
 - C. Instalasi Rawat Jalan
 - D. TPPRI
 - E. Rujukan Poliklinik
- 4) Setiap pasien yang akan mendapat pelayanan di rumah sakit atau puskesmas perlu melakukan pendaftaran terlebih dahulu. Seorang pasien mengunjungi rumah sakit untuk berobat ke dokter gigi. Sebelumnya dia belum pernah berobat ke rumah sakit tersebut. Namanya dicatat pada buku register pendaftaran pasien rawat jalan. Apa kegunaan buku tersebut
- A. Mengetahui kegiatan rumah sakit
 - B. Menilai pekerjaan dokter
 - C. Untuk mengetahui jumlah pengunjung baru dan lama yang berobat jalan ke Rumah sakit/ puskesmas
 - D. Untuk mengetahui jumlah kunjungan baru dan lama yang berobat jalan ke Rumah sakit/ puskesmas
 - E. Untuk mengetahui jumlah kasus baru dan lama yang berobat jalan ke Rumah sakit/ puskesmas
- 5) Pada saat wawancara dengan pasien di pendaftaran rawat inap, dibutuhkan berbagai informasi yang dibutuhkan oleh rumah sakit maupun oleh pasien. Data lengkap apakah yang dibutuhkan
- A. Pihak penjamin
 - B. Identitas pribadi pasien
 - C. Keluarga terdekat, pihak penjamin
 - D. Identitas pribadi pasien, Keluarga terdekat
 - E. Identitas pribadi pasien, Keluarga terdekat, pihak penjamin
- 6) Kontak pertama pasien saat mendaftar di tempat pendaftaran adalah petugas pendaftaran, oleh karenanya sikap petugas kepada pasien akan memberikan kesan pasien terhadap pelayanan di rumah sakit. Apa yang sebaiknya diucapkan saat wawancara dengan pasien pertama kali
- A. Menyalami dan menanyakan keperluan
 - B. Menanyakan keperluan dan memberi salam
 - C. Memberi ucapan salam dan menanyakan keperluan
 - D. Tersenyum dengan ramah dan menanyakan keperluan
 - E. Memberi ucapan salam sambil tersenyum dan menanyakan keperluan

- 7) Pada suatu hari seorang pasien berobat pertama kalinya ke rumah sakit. Pasien mengeluh sesak napas dan mendapatkan pelayanan di klinik spesialis penyakit dalam. Dokter akan mengkonsultasikan pasien ke spesialis paru karena diduga ada kelainan pada sistem pernafasannya. Apa data pasien tersebut pada buku register pendaftaran saat ke spesialis paru?
- A. Pengunjung lama, kunjungan baru
 - B. Pengunjung baru, kunjungan lama
 - C. Pengunjung baru, kunjungan baru
 - D. Pengunjung lama, kunjungan lama
 - E. Pengunjung baru, kunjungan ulang
- 8) Yang termasuk data administratif, *kecuali*
- A. Data demografi
 - B. Data Keluarga terdekat
 - C. Data keuangan
 - D. Data anamnesadanriwayatpenyakit
 - E. Suratpernyataan
- 9) Alamat yang lengkap terdiri dari
- A. nama jalan, nomor rumah, wilayah, kota yang dihuni saat ini dan kode pos bila diketahui
 - B. nama jalan/ gang, nomor rumah, kota yang dihuni saat ini dan kode pos bila diketahui) dan no.telepon pasien
 - C. nama jalan/ gang, nomor rumah, wilayah yang dihuni saat ini dan kode pos bila diketahui) dan no.telepon pasien
 - D. nama jalan/ gang, nomor rumah, wilayah, kota yang dihuni saat ini dan kode pos bila diketahui) dan no.telepon pasien
 - E. nama jalan/ gang, nomor rumah, wilayah, kota yang dihuni saat ini
- 10) Data administrative selain data identifikasi pasien adalah
- A. Persetujuan umum
 - B. Surat henti rawat inap
 - C. Surat kuasa
 - D. Surat pernyataan persetujuan/ penolakan tindakan
 - E. Semua benar

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 dengan KTP/ 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 paspor 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 : Tranh Van Dang
Penulisan nama : Tranh Van Dang

C. PENULISAN NAMA LAINNYA

Berikutnya merupakan contoh penulisan nama lainnya, seperti nama baptis, gelar haji, gelar bangsawan, gelar kesarjanaan, 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 pengabungan 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 → Lihat nomor 00-01-12-52

Latihan

Kerjakan soal diba

wah ini dengan menggunakan penulisan nama dengan Sistem Family Name pada kolom disamping nama pasien.

No.	Nama Pasien	Penulisan dengan cara Family Name
1.	Dr. Andi Fahrizal Malarangeng, MBA.	
2.	KH. Syafril Makhmud	
3.	Indira Ghandi	
4.	Gubernur Djoko Widodo	
5.	Prof.Dr. Margaret Skurka, RHIA., Phd.	
6.	Amran Datuk Tumenggung	
7.	ParhusipSimanjuntak	
8.	Fransiscus Xaverius Dadang Sumantri	
9.	Choa Eng Lai	
10.	KRT. Supardi Mangunkusastro, MBA.	

Ringkasan

Penamaan pasien merupakan keperluan dasar hingga dianggap perlu ditetapkan dengan sistem tersendiri. Sistem penamaan pada dasarnya untuk memberikan identitas pada seseorang serta untuk membedakan antara satu pasien dengan pasien lainnya. Nama yang digunakan pada sistem penamaan harus sesuai dengan identitas pasien, bukan nama panggilan atau inisial. Sistem penamaan terdiri dari sistem nama langsung dan sistem nama keluarga. Sistem penamaan ini akan disimpan dalam Indeks pasien dan juga akan tercatat pada setiap formilir rekam medis pasien. Dalam akreditasi minimal ada 3 jenis identifikasi pasien yaitu nama, tanggal lahir dan nomor rekam medis. Untuk itu perlu keseragaman dalam penulisan nama pasien tersebut. Sehingga pada setiap institusi pelayanan kesehatan perlu menetapkan sistem penamaan yang akan digunakan sebagai identifikasi pasien.

Tes 2

Pilih satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Sistem penamaan perlu diatur agar seragam dalam penulisannya baik di rekam medis maupun dilayanan lainnya, Apakah pentingnya sistem penamaan?
 - A. Sebagai identitas untuk rumah sakit

- B. Standar nama dalam identitas keluarga
 - C. Penyeragaman data
 - D. Identitas pasien dan pembeda antar pasien
 - E. Ciri identitas pasien
- 2) Dalam penulisan nama pasien berdasarkan sistem nama keluarga atas nama pasien “Handam Harahap” sarjana ekonomi adalah
- A. HandamHarahap,(SF).
 - B. Handam, Harahap, SE.
 - C. Harahap, Handam, (SE.)
 - D. Harahap, Handam, SE.
 - E. Harahap, Handam/ SE.
- 3) Dalam penulisan nama pasien berdasarkan sistem nama keluarga atas nama pasien “AmranDatukTumenggung” adalah
- A. Amran DatukTumenggung,(Dr. Sp.A.).
 - B. Datuk Tumenggung, Amran , Dr. Sp.A.
 - C. Amran, Datuk Tumenggung, (Dr. Sp.A .)
 - D. Datuk Tumenggung, Amran, Dr. Sp.A.
 - E. Tumenggung, Amran Datuk (Dr. Sp.A).
- 4) Seorang pasien wanita yang sudah bersuami bernama Aminah Burhanuddin, AmdPK, akan didaftarkan oleh petugas dengan menggunakan sistem nama keluarga (Family Name). Bagaiman penulisannya?
- A. Aminah Burhanuddin, Amd.PK.
 - B. Burhanuddin, Aminah Amd.PK.
 - C. Aminah, Burhanuddin, Amd.PK.
 - D. Burhanuddin, Aminah (Amd.PK.)
 - E. Aminah, Burhanuddin (Amd.PK.)
- 5) Seorang pasien wanita bernama Siti Hartati, sarjana pendidikan akan didaftarkan oleh petugas dengan menggunakan sistem nama langsung). Bagaimana penulisannya?
- A. Siti Hartati, SPd.
 - B. Hartati, Siti SPd.
 - C. Siti Hartati, (SPd.)
 - D. Budi, Siti Hartati
 - E. Siti Hartati Budi, Spd.
- 6) Seorang pasien wanita bernama Hj Ati Sunarti Djaelani akan didaftarkan oleh petugas dengan menggunakan sistem nama keluarga (Family Name). Bagaiman penulisannya?
- A. Hj. Ati Sunarti Djaelani

- B. Djaelani, Hj. Ati Sunarti
 - C. Djaelani, Ati Sunarti Hj.
 - D. Djaelani, Ati Sunarti (Hj.)
 - E. Ati Sunarti Djaelani, Hj.
- 7) Seorang pasien arab bernama Syeikh Abdul Jabar, akan didaftarkan oleh petugas. Bagaiman penulisannya?
- A. Syeikh, Abdul Jabar
 - B. Syeikh Abdul Jabar
 - C. Jabar, Syeikh Abdul
 - D. Abdul,Syeikh Jabar
 - E. Abdul,JabarSyeikh
- 8) Seorang pasien bernama dr Nidaa Khairina , nama suami Haris akan didaftarkan oleh petugas dengan menggunakan sistem nama keluarga (Family Name). Bagaiman penulisannya?
- A. dr Nidaa Khairina Haris
 - B. Nidaa Khairina Haris, (dr.)
 - C. Haris, Nidaa Khairina, dr.
 - D. Haris, Nidaa Khairina, (dr.)
 - E. Haris, Nidaa K dr.
- 9) Seorang pasien bernama dr Alyani Khairunnahda, Sp M, MRS, akan didaftarkan oleh petugas dengan menggunakan sistem nama langsung. Bagaimana penulisannya?
- A. dr Alyani Khairunnahda, Sp M., MRS.
 - B. Alyani Khairunnahda, Sp M., MRS. , dr.
 - C. Alyani Khairunnahda, dr., Sp M., MRS.
 - D. dr Alyani Khairunnahda (Sp M., MRS.)
 - E. Alyani Khairunnahda, (dr. Sp M., MRS.)
- 10) Dalam penulisan nama pasien berdasarkan sistem nama keluarga atas nama pasien Haji Amir Makhmud, seorang Gubernur adalah:
- A. Haji Amir Makhmud (Gubernur)
 - B. Makhmud, Haji Amir Gubernur
 - C. Makhmud, Haji Amir (Gubernur)
 - D. Amir Makhmud, Haji , Gubernur
 - E. Amir Makhmud, Haji (Gubernur)

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) B
- 2) B
- 3) B
- 4) C
- 5) E
- 6) E
- 7) A
- 8) D
- 9) D
- 10) E

Tes 2

- 1) C
- 2) C
- 3) C
- 4) D
- 5) C
- 6) C
- 7) C
- 8) D
- 9) E
- 10) C

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 Cincial 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 Reakm 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

Lily Widjaya, SKM., MM
Deasy Rosmaladewi, SKM., M.Kes.



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 merupakah 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 diunduh. Sangat mudah bukan! Saat ini perkembangan teknologi sangat luar biasa, namun Anda perlu memahami konsep registrasi pendaftaran secara manual sehingga saat perlu berkembang ke arah 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 menjelaskan tentang 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 registrasi 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.

Tabel 2.2
Register Pendaftaran Pasien Rawat Jalan

BUKU REGISTRASI PENDAFTARAN PASIEN RAWAT JALAN

No. Urut	Tgl/Bln	No. RM	Nama	Alamat	Pekerjaan	Agama	Pendidikan	Umur		Pengunjung		Cara Pembayaran						Keterangan			
								L	P	Baru	Ulang	Mem bayar	Asuransi			Kering anan	Gratis				
													JKN	Asuransi lain	Kontrak		Lainnya		Relasi	Tidak Mampu	

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.

Tabel 2.3
Register Pelayanan Pasien Rawat Jalan.

BUKU REGISTRASI PELAYANAN PASIEN RAWAT JALAN																																						
No.RM	Nama	Alamat	Umur			Pekerjaan	Cara Kunjungan RS								Jenis Kunjungan		Tindak Lanjut Pelayanan			Mati Sebelum dirawat	Datang sudah mati	Diagnosa	Kasus		Penyebab Luar/Kecelakaan, Morfologi, Neoplasma	Tindakan Pelayanan Diagno Therapi	Terapi, Obat, Oral, Parentera	Cara Pembayaran										
			L	P	Datang Sendiri		Dikirim oleh Dr/ Dr: spesialis	Rujukan Puskesmas	Rujukan RS	Konsult R.Jalan	Lain-lain	Baru	Ulang	Dirawat	Dirujuk	Pulang	Lama	Baru	Asuransi					Gratis														
																			Membayar				JKN	Asuransi lain				Kontrak	Lainnya	Keringanan	Relasi	Tidak Mampu						
3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36						

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**

1. Dr. Meitifrida Suryadi, 21 Februari 1956, perempuan, dokter perusahaan "X" , islam, pembayaran gratis karena isteri direktur, sudah pernah ke dokter penyakit dalam 3 hari yang lalu, sekarang datang lagi untuk kontrol. Jl. Kemayoran Utara no. 15, Jakpus.
2. Freddy Tumewu, 15 Februari 1937, lulusan SMA, pegawai negeri,laki laki , kristen, sudah pernah ke RS "X" , dikirim dari puskesmas dengan pembayaran askes ingin berobat ke dokter penyakit dalam , ada pembengkakan hati , jl. Pembangunan II/ 23 Jaktim. Dirujuk kembali ke puskesmas.
3. Annizah Kusumo , 3 Februari 1952, perempuan, lulusan SD, islam, pegawai negeri, kontrol lagi ke dokter penyakit dalam persiapan operasi tumor di kaki, tinggal di jl. Gading Putih XII/ 20 Jakut. Karena di RS"X" kamar operasi penuh maka dikirim k e RS "Y" untuk dioperasi.
4. Titik Renggogeni, 22 Februari 2003, perempuan, kelas 1 SD, islam, baru I kali ke RS"X", datang sendiri , pembayaran sendiri, keluhan, demam sudah 2 hari Jl. Ikan Tenggiri no 11, Jakut
5. Meillisa Syahban, 1 Agustus 1989, perempuan, mahasiswa akademi perbankan, islam, dikirim oleh dokter praktek dari Balikpapan, ingin check kolesterol dan tekanan darah, tahun lalu pernah MCU di RS"X" ini juga. Biaya sendiri. Tinggal di Jl Suaka V/ 28,Balikpapan. Selama di Jakarta tinggal di hotel Novotel
6. Rico Simbolon, 12 Januari 1985, laki-laki, sarjana ekonomi, pegawai swasta, kristen, sudah sering ke RS"X", tapi baru I kali ke klinik penyakit dalam, diare sejak semalam. Rico menggunakan asuransi Ace Life, Jl. Sambas III/ 5, Jak sel.
7. Syaefuddin Rahman, 20 September 1973, laki-laki, lulusan SLTP, wiraswasta, islam, asal dari Makassar, dikirim RS disana untuk pengobatan lebih lanjut karena menderita tumor di daerah ketiak. Pasien Askes.
8. Sartika Dwiyantri, 9 Februari 1972, perempuan, S2 MM, wiraswasta, katolik, pasien pernah ke RS "X", baru kembali dari rawat inap di Singapore, karena sakit gastritis chronis. Membawa surat rujukan untuk kontrol postrawat. Asuransi AXA, jl. Dr. Sutomo IX/ 5, Jakarta Barat.
9. Susana Putri, 1 Februari 2010, perempuan, islam, keluarga kurang mampu RS"X", pembayaran gratis. Kasus: kejang. Jl. Kebon Pisang IV/ 19, Jakbar.
10. Eva JuAnda, 15 Nopember 1988, perempuan, mahasiswa , budha, sudah pernah ke klinik penyakit dalam sebelumnya karena darah tinggi, ingin control dan memeriksa kolesterol , pembayaran ditanggung perusahaan tempat dia bekerja yang sudah ada kerjasama dengan RS"X" , Jl. Pahlawan II/ 8, Bekasi

Petunjuk Jawaban Latihan

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

- 1) Perbedaan Pengunjung baru dan lama
- 2) Perbedaan kunjungan baru dan lama
- 3) Perhitungan umur pasien

Ringkasan

Pada topik 1 ini dipelajari tentang Registrasi pendaftaran dan pelayanan terkait pengertian, tujuan dan penanggungjawab tiap registrasi tersebut. Registrasi merupakan kegiatan pengumpulan data secara kelompok. Registrasi ini dapat dilakukan dengan cara elektronik dimana sudah terintergrasi dengan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) dan dapat diterhubung dengan pelayanan kasir, apotik. Bahkan saat ini sudah ada sistem registrasi *online*.

Perkembangan teknologi yang semakin maju, tentunya akan berdampak pada pelayanan yang semakin baik, untuk itu anda harus punya pemahaman registrasi pendaftaran yang kuat sehingga konsep pendaftaran dapat diaplikasikan dengan teknologi yang berkembang saat ini.

Tes 1

Pilih satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Informasi apa yang diperoleh dari buku Register Pendaftaran rawat Jalan?
 - A. Jenis pengunjung, dan cara pembayaran
 - B. Jenis pengunjung, Jenis kunjungan dan cara pembayaran
 - C. Jenis pengunjung, Jenis kasus dan cara pembayaran
 - D. Jenis pengunjung, Jenis kunjungan, jenis kasus dan cara pembayaran
 - E. Jenis pengunjung saja

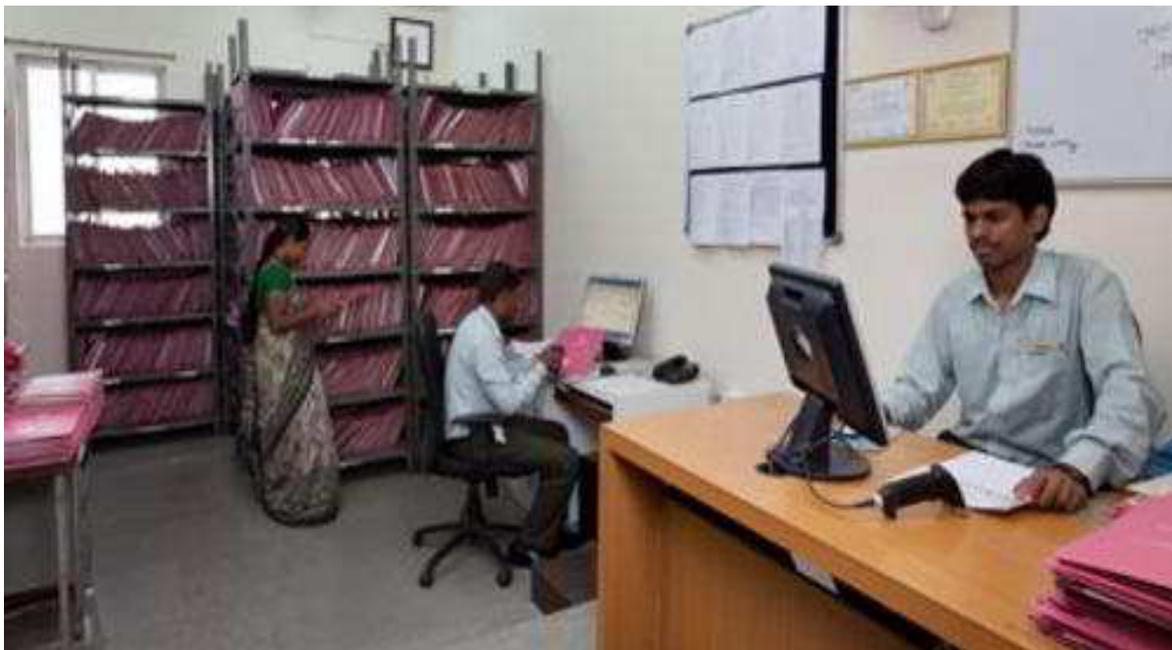
- 2) Dari buku mana kita mengetahui jenis kunjungan?
 - A. Registrasi Pendaftaran Pasien rawat Jalan
 - B. Registrasi Pelayanan Pasien rawat Jalan
 - C. Registrasi Pelayanan Pasien rawat inap
 - D. Kartu Indeks Utama Pasien
 - E. Kartu Berobat

- 3) Dari buku mana kita mengetahui cara kunjungan pasien?
 - A. Registrasi Pendaftaran Pasien rawat Jalan
 - B. Registrasi Pelayanan Pasien rawat Jalan
 - C. Registrasi Pelayanan Pasien rawat inap
 - D. Kartu Indeks Utama Pasien
 - E. Kartu Berobat

- 4) Dari buku mana kita mengetahui jenis kasus pasien?
 - A. Registrasi Pendaftaran Pasien rawat Jalan
 - B. Registrasi Pelayanan Pasien rawat Jalan

- C. Registrasi Pelayanan Pasien rawat inap
 - D. Kartu Indeks Utama Pasien
 - E. Kartu Berobat
- 5) Satu diantara kegunaan Registrasi Pendaftaran pasien rawat Jalan adalah untuk mengetahui
- A. Jumlah pengunjung baru dan lama
 - B. Jumlah kunjungan baru dan lama
 - C. Jumlah kasus baru dan lama
 - D. Diagnosa
 - E. Terapi yang diberikan
- 6) Apakah yang dapat diketahui saat menggunakan buku Register Pelayanan pasien rawat jalan ?
- A. Beban kerja Unit tersebut
 - B. Jumlah Pengunjung Baru dan Lama
 - C. Jumlah tempat tidur yang digunakan
 - D. Jumlah kasus masing-masing ruang rawat
 - E. Jumlah pasien di rumah sakit
- 7) Apa istilah yang digunakan untuk pasien yang sudah pernah berobat ke klinik tertentu?
- A. Pengunjung baru
 - B. Pengunjung lama
 - C. Kunjungan Baru
 - D. Kunjungan lama
 - E. Kasus lama
- 8) Apa istilah yang digunakan untuk pasien yang baru pertama kali berobat ke klinik tertentu?
- A. Pengunjung baru
 - B. Pengunjung lama
 - C. Kunjungan Baru
 - D. Kunjungan lama
 - E. Kasus lama
- 9) Seorang pasien datang berobat di rumah sakit "Husada Unggul", sehari sebelumnya pasien sudah mendaftar via telpon. Pasien diterima dibagian pendaftaran dan diberikan nomor urut sesuai kedatangannya. Pasien dipersilakan menuju ruang pemeriksaan dokter dan mendapat pelayanan di poliklinik rawat jalan. Kemudian perawat mencatat identitas, cara kunjungan, asal pasien, keadaan pasien, cara pembayaran pada buku catatan poliklinik. Pada buku apa perawat ini mencatatnya?

- A. Register pendaftaran pasien rawat jalan
 - B. Register pelayanan pasien rawat jalan
 - C. Register perawat pasien rawat jalan
 - D. Register pelayanan pasien rawat inap
 - E. Register pelayanan penunjang
- 10) Seorang ibu membawa suaminya berobat ke spesialis penyakit dalam karena demam sudah 3 hari. Pasien sebelumnya sudah pernah ke rumah sakit ini tetapi berobat ke klinik bedah. Setelah selesai mendapat pelayanan di klinik penyakit dalam pasien pulang. Apa yang dicatat perawat pada buku register pelayanan klinik penyakit dalam ?
- A. Pengunjung Baru, Kunjungan baru, Kasus baru
 - B. Pengunjung Lama, Kunjungan baru, Kasus lama
 - C. Pengunjung Lama, Kunjungan lama, Kasus baru
 - D. Pengunjung baru, Kunjungan lama, Kasus baru
 - E. Pengunjung lama, Kunjungan Baru, Kasus Baru



Gambar 2.4
Medical Records Departments
NU Hospitals Private Limited Bengaluru, Karnataka

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.

Tabel 2.5
 Registrasi Pendaftaran Pasien Rawat Inap

BUKU REGISTRASI PENDAFTARAN PASIEN RAWAT INAP

Jenis Pelayanan:.....

Tgl/Bln	Nomor		Nama	Alamat	Umur		Cara Penerimaan Pasien				Asal Pasien				Nama Ruang Rawat	Kelas Perawatan	Pindah Intern RS dari			Dipindahkan Intern RS ke			Tanggal & Jam Keluar RS (Hidu	Cara Pembayaran								
							Rujukan				Ruang R.Inap	Kelas Perawatan	Tanggal Pindah	Ruang R.Inap			Kelas Perawatan	Tanggal Pindah	Membayar	Asuransi				Gratis								
	Urut	RM			L	P	Instansi Rawat	Danurak	Unit Rawat Jalan	TP2RU										Datang Sendiri	Puskesmas	Dr. Spesialis		RS Lain	Lain-lain	JKN	Asuransi lain	Kontrak	Lainnya	Keringanan	Relasi	Tidak Mampu
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	

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 ✓ 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 Terintegrasi
- 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 rawat inap.

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

Tabel 2.6
Registrasi Pelayanan Pasien Rawat Inap

BUKU REGISTRASI PELAYANAN PASIEN RAWAT INAP																																																									
Jenis Pelayanan:.....																																																									
Tgl/Bin	Nomor		Nama	Alamat	Umur		Kelas Perawatan	Cara Pasien Masuk RS				Pindah Intern RS dari			Dipindahkan Intern RS ke			Tanggals. Jam Keluar RS (Hidup & Mati)	Diagnosa Utama	Komplikasi	Sebab Luar Kecelakaan	Tindakan/ Operasi	Tanggal Tindakan/ Operasi	Dokter yg Merawat	Cara Pasien Keluar RS				Keadaan Pasien Keluar RS				Cara Pembayaran																								
	Urut	RM			L	P		Instalansi Rawat Darurat	Unit Rawat Jalan	TP2RI	Langsung R.Inap	Ruangan	Kelas	Tanggal Pindah	Ruangan	Kelas	Tanggal Pindah								Pulang	Ke RS Lebih Ting	Pindah ke RS Lain	Pulang Paksa	Lain-lain	Sembuh	Belum Sembuh	<48 jam	>48 jam	Membayar	JKN	Asuransi lain	Kontrak	Lainnya	Keringanan	Relasi	Tidak Mampu																
																																										Hidup		Mati		Asuransi				Gratis							
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																

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 ✓ 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

Soal Registrasi Pendaftaran Dan Pelayanan Pasien Rawat Inap Ruang Bedah
Registrasi Tanggal 2 Februari 2017

1. Alan Sampurno, 12 Maret 1966, laki laki , islam, pns, sudah pernah ke RS "X" , dikirim dari puskesmas dengan pembayaran askes, langsung ke UGD, dirawat kelas 2 ruang bedah, keluhan: sakit perut (Appendicitis),Jl. Kepustakaan no.15, Jaktim. Dirujuk kembali ke puskesmas setelah dioperasi dan dirawat 5 hari.
2. Siti Mujenah, 22 Juni 1988, perempuan, islam, wiraswasta, baru I kali ke RS"X", kiriman dokter praktek ke klinik bedah, pembayaran sendiri, keluhan ;ada benjolan di bagian leher, setelah dirawat 4 hari di kelas 1, dinyatakan Ca.kelenjar getah bening yang telah metastase ke paru. Saran untuk kontrol kembali 3 hari sesudah pulang rawat., Jl. Enggano no.14 Tanjung Priok, Jakut.
3. Mario Teguh, 12 April 1985, laki-laki, kristen, pegawai swasta,sudah sering ke RS"X", sudah berulang kali ke klinik bedah, kemudian dianjurkan untuk dirawat untuk mengetahui lebih lanjut tentang tumor yang ada di daerah usus besar. Di RS sampai tanggal 2 Pebruari 2017 di kelas VIP, menggunakan asuransi prudential, Jl. H.Nawi no. 22, Jak sel.
4. Maria Sudjarwo, 19 Desember 1989, perempuan, kristen, mahasiswa, sudah pernah ke klinik bedah sebelumnya, ingin gastroscopy dengan diagnosa Gastritis chronis, dianjurkan untuk rawat inap 2 hari di kelas 2, untuk pemeriksaan lebih lanjut. pembayaran ditanggung perusahaan tempat dia bekerja yang sudah ada kerjasama dengan RS"X" , tinggal di Kompleks Pemda, Jl ABC No.2, Bekasi
5. Ny.Endang Sukrisno, 1 Maret 1965 perempuan, islam, ibu rumah tangga, ke klinik bedah, dirawat kembali dengan pencabutan pen di kelas 3, sesudah operasi tahun yang lalu, keluarga miskin mendapat keringanan pembayaran. Pulang tanggal 5 Pebruari 2017, kondisi ada perbaikan. Alamat di Duri Kepa, jl. Azallea no.15, Jakbar.
6. Sri Dewi, 21 April 1937, perempuan, katolik, ibu rumah tangga, pembayaran mendapat keringanan karena orang tua direktur, sudah pernah ke klinik bedah 2 hari yang lalu, sekarang datang untuk ke klinik, akan dioperasi dan masuk rawat 2 –9 Pebruari 2017 di VIP dengan fr. Femoris dextra. Alamat Jl.Petodjo VII no.77, Gambir,Jakpus.
7. Susana Yudistira, 3 Juni 1952, perempuan, kristen , S1, pegawai negeri, kontrol lagi ke dokter bedah dalam persiapan operasi appendectomy, tinggal di Batu Ceper, Tangerang. Karena kamar operasi penuh maka baru dioperasi besok, rawat sampai dengan tanggal 7 Maret 2017 di kelas 2.
8. Lia Syaharani, 17 Agustus 1990, perempuan, islam, mhsw, dikirim oleh dokter praktek dari Samarinda, 2 hari yang lalu kecelakaan lalulintas mengalami Fr. Radius ulna sinistra. Masuk melalui UGD dan dirawat selama 7 hari di kelas VIP . Biaya sendiri.Selama di Jakarta tinggal di Hotel Mega Anggrek jl. Arjuna Selatan no. 44, Jakarta Barat
9. Muhammad Ichwan 15 September 1935, pedagang kaki lima, laki-laki, islam, asal dari Makassar, dikirim dari RS disana untuk pengobatan lebih lanjut karena menderita

Ca.prostat , mendapat keringanan biaya karena dari keluarga miskin, dirawat 5 hari di kelas 3.Tinggal di rumah keluarga, jl. Ikan Tongkol no. 52 , Jakarta Utara
Surya Dharma, 15 Oktober 2001, SD, anak laki-laki, islam, circum sisi rawat 1 hari di kelas 1, asuransi Ekalife. Alamat jl. Merpati no. 23, Jakarta Barat.

Ringkasan

Pada Kegiatan belajar 2 ini dipelajari tentang Registrasi pendaftaran dan pelayanan rawat inap terkait pengertian, tujuan dan penanggungjawab tiap registrasi tersebut. Registrasi pendaftaran rawat inap berisi kumpulan pasien yang masuk rawat per hari, dari data yang ada diregistrasi pendaftaran rawat inap dapat diketahui jumlah pasien masuk rawat perhari, jumlah pasien masuk per ruang perawatan. Pasien masuk rawat dengan diagnosa tertentu, biasanya digunakan untuk mengamati pasien masuk rawat dengan pengamatan khusus misalnya pasien-pasien dengan diagnosa potensi wabah / surveilans penyakit menular. Dengan demikian harus segera dilaporkan ke Dinas Kesehatan setempat atau Puskesmas setempat. Sedangkan registrasi pelayanan rawat inap menggambarkan jumlah pasien yang ada di ruang rawat tertentu, kondisi pasien masuk dan keluar rumah sakit, cara masuk rawat inap dan lain-lain.

Registrasi pendaftaran dan pelayanan rawat inap, saat ini pun sudah semakin maju, bahkan ada beberapa rumah sakit yang sudah melaksanakan elektronik medical record untuk pelayanan rekam medisnya. Sehingga pemahaman yang kuat tentang registrasi pendaftaran dan pelayanan rawat inap perlu dikuasai untuk dapat diaplikasikan sejalan dengan tehnologi yang berkembang saat ini.

Tes 2

Pilih satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Satu diantara kegunaan Registrasi Pendaftaran rawat Inap adalah untuk mengetahui
 - A. Jenis pengunjung, dan cara pembayaran
 - B. Jenis pengunjung, Jenis kunjungan dan cara pembayaran
 - C. Jenis pengunjung, Jenis kasus dan cara pembayaran
 - D. Tempat tidur yang belum terisi pada masing-masing ruang rawat inap agar memudahkan penempatan pasien yang akan masuk Rumah Sakit.
 - E. Jenis pengunjung, Jenis kunjungan, jenis kasus dan cara pembayaran

- 2) Satu diantara kegunaan Registrasi Pelayanan rawat Inap adalah untuk mengetahui
 - A. Jenis pengunjung, dan cara pembayaran
 - B. Jenis pengunjung, Jenis kunjungan dan cara pembayaran

- C. Jenis pengunjung, Jenis kasus dan cara pembayaran
 - D. Tempat tidur yang belum terisi pada masing-masing ruang rawat inap agar memudahkan penempatan pasien yang akan masuk Rumah Sakit.
 - E. Sebagai informasi untuk mengetahui beban ruang rawat inap.
- 3) Seorang pasien dirujuk dari klinik dokter spesialis untuk dirawat. Karena malam hari pasien diterima di Unit Gawat Darurat. Buku apa yang diisi petugas di tempat ini ?
- A. Register pendaftaran pasien rawat inap
 - B. Register pelayanan pasien rawat jalan
 - C. Register pendaftaran pasien rawat jalan
 - D. Register pelayanan pasien rawat inap
 - E. Register pelayanan penunjang
- 4) Seorang pasien datang untuk dirawat karena menderita diare. Pasien ini dirujuk oleh puskesmas ke rumah sakit karena tidak dapat ditangani disana. Pasien diterima di klinik umum. Pertanyaan: Melalui mana pasien masuk rawat (cara pasien masuk)?
- A. Instalasi Gawat darurat
 - B. Klinik Penyakit Dalam
 - C. Klinik Bedah
 - D. Klinik Umum
 - E. Langsung rawat inap
- 5) Seorang pasien datang dirawat karena menderita diare. Pasien ini dirujuk oleh puskesmas ke rumah sakit karena tidak dapat ditangani disana. Pasien diterima di klinik umum. Pertanyaan: Dari mana asal pasien?
- A. Datang sendiri
 - B. Dokter spesialis
 - C. Puskesmas
 - D. Rumah sakit lain
 - E. Lainnya
- 6) Apa tujuan dibuat buku Register Pendaftaran rawat Inap ?:
- A. Untuk memperoleh informasi semua pasien yang dirawat inap
 - B. Untuk memperoleh informasi semua pasien yang dirawat jalan
 - C. Untuk memperoleh informasi semua pasien yang dirawat darurat
 - D. Untuk memperoleh informasi hanya pasien di satu ruang saja
 - E. Untuk memperoleh informasi hanya pasien di satu klinik saja
- 7) Apa tujuan dibuat buku Register Pelayanan rawat Inap ?
- A. Untuk memperoleh informasi pasien yang masuk ruang rawat inap saja
 - B. Untuk memperoleh informasi pasien yang keluar ruang rawat inap saja

- C. Untuk memperoleh informasi semua pasien yang masuk dan keluar ruang rawat inap
 - D. Untuk memperoleh informasi semua pasien yang ke poliklinik
 - E. Untuk memperoleh informasi pasien yang ke satu klinik saja
- 8) Siapa penanggung jawab terlaksananya membuat Registrasi Pendaftaran Pasien rawat Inap ?
- A. Kepala Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Inap
 - B. Petugas yang ditunjuk oleh Kepala Tempat Pelayanan Pasien Rawat Jalan
 - C. Kepala Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan
 - D. Kepala Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Darurat
 - E. Kepala ruangan Tempat Pelayanan Pasien Rawat Inap
- 9) Siapa penanggung jawab terlaksananya Registrasi Pelayanan rawat Inap?
- A. Kepala Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Inap
 - B. Petugas yang ditunjuk oleh Kepala Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan
 - C. Kepala Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan
 - D. Kepala Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Darurat
 - E. Kepala ruangan Tempat Pelayanan Pasien Rawat Inap
- 10) Dimana Registrasi Pelayanan rawat Inap dibuat?
- A. Di Tempat Pendaftaran pasien rawat jalan
 - B. Di Tempat Pendaftaran pasien rawat inap
 - C. Di Poliklinik
 - D. Di ruang rawat
 - E. Di Ruang Gawat Darurat

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) A
- 2) B
- 3) B
- 4) B
- 5) A
- 6) A
- 7) D
- 8) C
- 9) B
- 10) E

Tes 2

- 1) D
- 2) E
- 3) A
- 4) A
- 5) C
- 6) A
- 7) C
- 8) A
- 9) E
- 10) D

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.

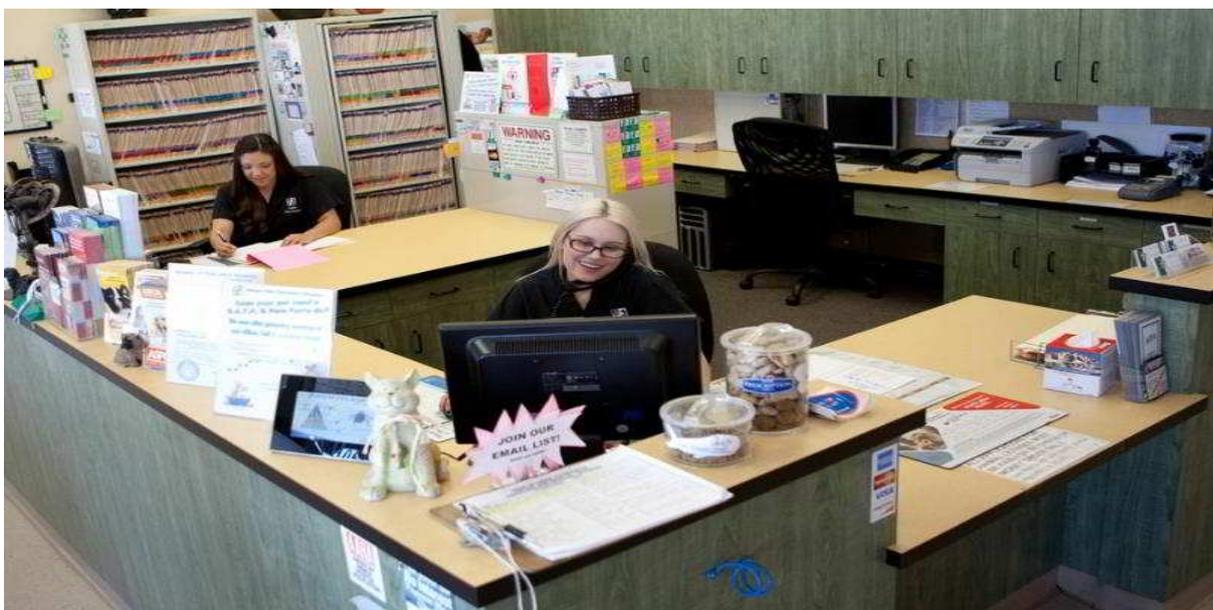
Hatta, Gemala R.,2008, *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*, Penerbit Universitas Indonesia.

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

Lily Widjaya, SKM., MM
Deasy Rosmaladewi, SKM., M.Kes.

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. Conto Ai-min akan dijajarkan A-I-M-I-N.

b. Phonetic (fonetik)

Pada sistem penjajaran atas dasar fonetic, 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

Rangkuman

Indeks pasien merupakan satu cara pengolahan data pasien. Indeks utama pasien adalah daftar permanen yang memuat seluruh pasien yang pernah berobat atau terlayani di sarana pelayanan kesehatan. IUP dibuat saat pasien melakukan registrasi pasien dan merupakan kunci untuk menemukan rekam medis pasien. IUP dapat dibuat secara manual/kertas atau elektronik.

Data yang terkumpul dalam indeks pasien merupakan data identitas yang melekat pada diri pasien dan harus diperbaharui setiap waktu bila pasien datang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Data indeks pasien juga dapat membantu menemukan rekam medis pasien, bila pasien lupa tidak membawa kartu berobat, atau kartu berobat pasien hilang. Elemen data yang digunakan untuk mencari nomor rekam medis dengan aplikasi sistem informasi manajemen yang ada di rumah sakit adalah nama lengkap pasien, tanggal lahir, alamat. Sedangkan secara manual dapat dicari dengan sistem abjad sesuai nama pasien, sehingga kontinuitas pelayanan dan riwayat penyakit pasien tetap terjaga dan akhirnya pengobatan pasien berkesinambungan.

Tes 1

Pilih satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Lama waktu penyimpanan Indeks Utama Pasien, adalah
 - A. 1 tahun
 - B. 5 tahun
 - C. 10 tahun
 - D. 20 tahun
 - E. selamanya

- 2) Tujuan indeks utama pasien, adalah
 - A. Mencari alamat pasien
 - B. Mencari usia pasien
 - C. Mencari no telepon pasien
 - D. Mencari nomor rekam medis pasien
 - E. Mencari data keluarga pasien

- 3) Dalam disain kartu berobat, mencantumkan hal dibawah ini, *kecuali*
 - A. Nomor rekam medis
 - B. Nama Pasien
 - C. Jenis kelamin
 - D. Umur
 - E. Alamat

- 4) Pengkodean penyakit pasien rawat jalan klinik penyakit dalam berdasarkan
- A. Diagnosa poli IGD
 - B. Diagnosa keperawatan
 - C. Diagnosa Masuk
 - D. Diagnosa dokter penyakit dalam
 - E. Diagnosa keluar
- 5) Probo Sukardi, 25 tahun, laki-laki ke dr. Ibrahim Chandra, Sp.B. 17 feb 2015, sakit perut, vertigo dan demam sangat menderita kesakitan, dianjurkan dirawat karena menderita appendicitis. Pasien tinggal di Bogor. 17/2-25/2, operasi appendectomy tanggal 18/2 pk 7.00 di Ruang bedah kelas3, pasien pulang sembuh. Diagnosa yang diambil untuk mencari kode penyakit adalah
- A. Sakit perut
 - B. Demam
 - C. Appendicitis
 - D. Vertigo
 - E. Appendectomy
- 6) Lihat soal no.5 , untuk istilah tindakan pada kasus diatas
- A. Sakit perut
 - B. Demam
 - C. Appendicitis
 - D. Vertigo
 - E. Appendectomy
- 7) Pengkodean penyakit pada no.5, menggunakan buku klasifikasi
- A. ICD 10 edisi 2004
 - B. ICD O
 - C. ICD 9
 - D. ICD 9CM
 - E. ICD 10 edisi 2005
- 8) Dalam pembuatan Indeks Utama Pasien yang baik secara manual perlu kita memperhatikan standar dan ukuran agar KIUP dapat ditata dengan rapi. Ukuran Standar Kartu Indeks Utama Pasien adalah
- A. 12 x 7 cm
 - B. 7.5 x 12 cm
 - C. 7.5 x 10.5 cm
 - D. 12.5 x 7.5 cm
 - E. 7.5 x 11.5 cm

- 9) Penjajaran Indeks Utama Pasien secara manual hendaknya rapi dan mudah diambil kembali saat dibutuhkan untuk pasien berobat. Kartu Indeks dapat disusun secara
- A. Straight numerical
 - B. Terminal digit
 - C. Middle digit
 - D. Penomoran
 - E. Alphabetic
- 10) Indeks merupakan pengolahan data yang telah dikumpulkan. Penanggung jawab indeks Penyakit pasien rawat jalan yaitu
- A. Perawat pengolahan data pasien rawat jalan
 - B. Perawat pengumpulan data pasien rawat jalan
 - C. Petugas RM pengolahan data pasien rawat jalan
 - D. Petugas RM pengumpulan data pasien rawat jalan
 - E. Dokter pada masing-masing poliklinik pasien rawat jalan

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 "XXXXX"
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												===	===	===	===									

☞ ■ Manajemen Informasi Kesehatan II ☞ ■

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 MORFOLOGI	ADDITIONAL CODE	DIAGNOSIS SEKUNDER			EXTERNAL CAUSE			KODE TINDAKAN		DOKTER			HASIL				BIAYA														
			L	P						1	2	3	4	5	6	7	8	9					COMORBID	KOMPLIKASI	LAIN2	UTAMA	DIGIT 5	DIGIT 6	UTAMA	LAIN2	MERAWAT	KONSULEN	BEDAH	ATESI	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 v, 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 v, 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.

Tabel 3.8
Indeks Tindakan/ Operasi

RUMAH SAKIT "XXXXX"
JAKARTA
BULAN:

KARTU INDEKS TINDAKAN/ OPERASI
OPERASI:

KODE ICD 9CM : □ □ □ □ □

NO.	NO. RM	SEKS		KELOMPOK UMUR						RG/ BAG.	TANGGAL			LAMA RAWAT	OP. LAIN	DIAGN. UTAMA	DIAGN. LAIN	DOKTER	ASAL PASIEN							KET			
		L	P	0-<28hr	28 HR-<1TH	1-4	5-14	15-24	25-44		45-64	>65	M						OP	K	JAK.P	JAKBAR	JAKTIM	JAKUT	JAKSEL		BOTABE	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	29	
JUMLAH												===	===	===	===			===	===	===									===

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 \surd , 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 \surd , 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.

Tabel 3.9
Indeks Kematian

RUMAH SAKIT "XXXXX"
JAKARTA
TAHUN

KARTU INDEKS KEMATIAN

CAUSE OF DEATH:

KODE ICD-10:.....

NO.	NO. RM	SEKS		KELOMPOK UMUR								RG/ BAG.	TANGGAL		LAMA RAWA	DIAGNOSA UTAMA	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												===	===	===		===	===	===									===	

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.

Tabel 3.10
Indeks Dokter

RUMAH SAKIT "XXXXX"
JAKARTA
TAHUN

KARTU INDEKS DOKTER _____
JENIS PELAYANAN: _____

KODE DOKTER: _____

NO.	NO. RM	SEKS		KELOMPOK UMUR									RG/BAG.	TANGGAL			LAMA RAWAT	DIAGN. UTAMA	KOMPLI KASI	OPERASI	HASIL			ASAL PASIEN									KET
		L	P	0-<28hr	28 HR-<1TH	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	>65	M		OP	K	H					M	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	29	30				
JUMLAH												===	===	===	===				===										===				

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.

Latihan

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

- 1) Apa perbedaan indeks penyakit dan indeks tindakan
- 2) Apa kegunaan indeks penyakit dan tindakan
- 3) Bagaimana cara menyusun indeks penyakit secara manual
- 4) Apa pengertian indeks dokter
- 5) Apakah isi dari indeks penyakit

Ringkasan

Indeks merupakan pengolahan data yang telah dikumpulkan. Pembuatan indeks adalah suatu keharusan di setiap sarana pelayanan kesehatan baik rumah sakit, puskesmas, klinik dan lain-lain.

Indeks berfungsi sebagai petunjuk atau memberi fasilitas tentang lokasi dari item data yang dicatat. Suatu indeks bisa berupa tabel daftar, file atau katalog yang memuat daftar suatu item dan menyediakan informasi yang memudahkan akses ke item terkait.

Indeks yang di gunakan dalam kegiatan rekam medis adalah indeks utama pasien, indeks penyakit, indeks tindakan, indeks kematian dan indeks dokter. Indeks ini dapat dilakukan dengan cara manual maupun elektronik.

Tes 2

Pilih satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Indeks yang berisikan kumpulan dari kasus diagnosa tertentu yang terjadi di rumah sakit/ puskesmas adalah
 - A. Indeks penyakit
 - B. Indeks tindakan
 - C. Indeks dokter
 - D. Indeks kematian
 - E. Indeks utama pasien

- 2) Cara penyimpanan indeks secara manual yang tepat adalah
 - A. Alfabet
 - B. Numerik
 - C. SOUNDEX
 - D. Phonetic
 - E. Alfamerik

- 3) Ciri khas pengkodean penyakit adalah dengan cara
 - A. Alfabet
 - B. Numerik
 - C. SOUNDEX
 - D. Phonetic
 - E. Alfanumerik

- 4) Ciri khas pengkodean tindakan adalah dengan cara
 - A. Alfabet
 - B. Numerik
 - C. SOUNDEX
 - D. Phonetic
 - E. Alfanumerik

- 5) Indeks yang berisikan data pasien yang dirawat oleh DPJP adalah
 - A. Indeks penyakit
 - B. Indeks tindakan
 - C. Indeks dokter
 - D. Indeks kematian
 - E. Indeks Utama Pasien

- 6) Penanggung jawab pelaksanaan indeks penyakit rawat inap, adalah
 - A. Unit Rekam Medis
 - B. Bagian Keperawatan
 - C. Bagian Poliklinik
 - D. Dokter
 - E. Perawat

- 7) Indeks penyakit menggunakan klasifikasi penyakit berdasarkan
 - A. ICD 10 edisi 2004
 - B. ICD O
 - C. ICD 9
 - D. ICD 9CM
 - E. ICD 10 edisi 2005

- 8) Indeks tindakan menggunakan klasifikasi tindakan berdasarkan
 - A. ICD 10 edisi 2004
 - B. ICD O
 - C. ICD 9
 - D. ICD 9CM
 - E. ICD 10 edisi 2005

- 9) Informasi yang ada didalam indeks penyakit pasien poliklinik, dapat digunakan untuk menghasil pelaporan
- A. Morbiditas pasien rawat jalan
 - B. Morbiditas pasien rawat inap
 - C. Kegiatan rumah sakit
 - D. Keadaan pasien pulang
 - E. Populasi rumah sakit
- 10) Indeks kematian, berfokus pada kasus yang menyebabkan kematian di rumah sakit, manfaat dari indeks ini adalah
- A. Audit Kasus Kematian
 - B. Audit Pasien masuk rawat
 - C. Audit penggunaan tempat tidur
 - D. Audit pelayanan dokter
 - E. Audit Pelayanan perawat

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) E
- 2) D
- 3) C
- 4) D
- 5) C
- 6) E
- 7) A
- 8) D
- 9) E
- 10) C

Tes 2

- 1) A
- 2) A
- 3) E
- 4) B
- 5) C
- 6) A
- 7) A
- 8) D
- 9) A
- 10) A

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

Lily Widjaya, SKM., MM
Deasy Rosmaladewi, SKM., M.Kes.



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 ketempat yang membutuhkan dan Pengembalian RM dari tempat meminjam 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 dihitung 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 dihitung 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 dihitung 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.

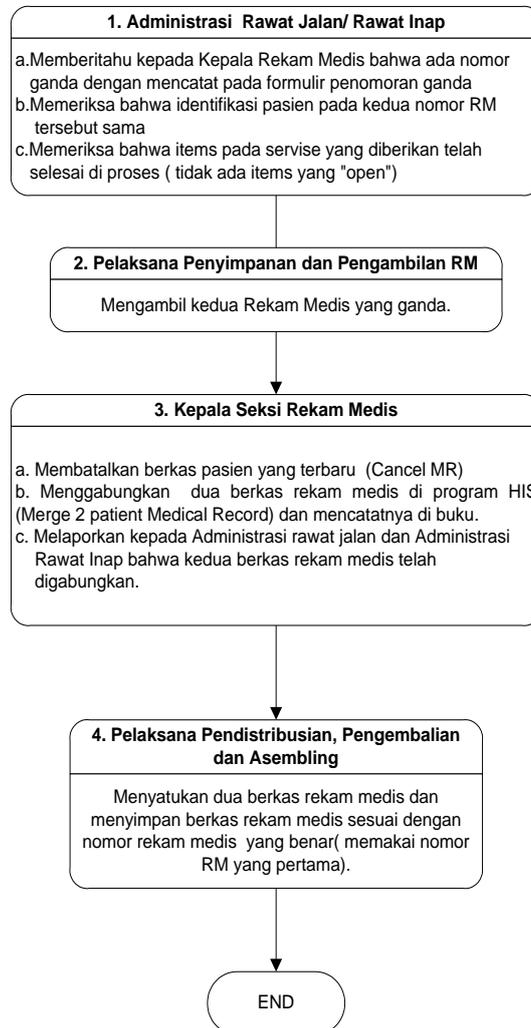
1. Standar Prosedur Operasional (SPO)

- 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

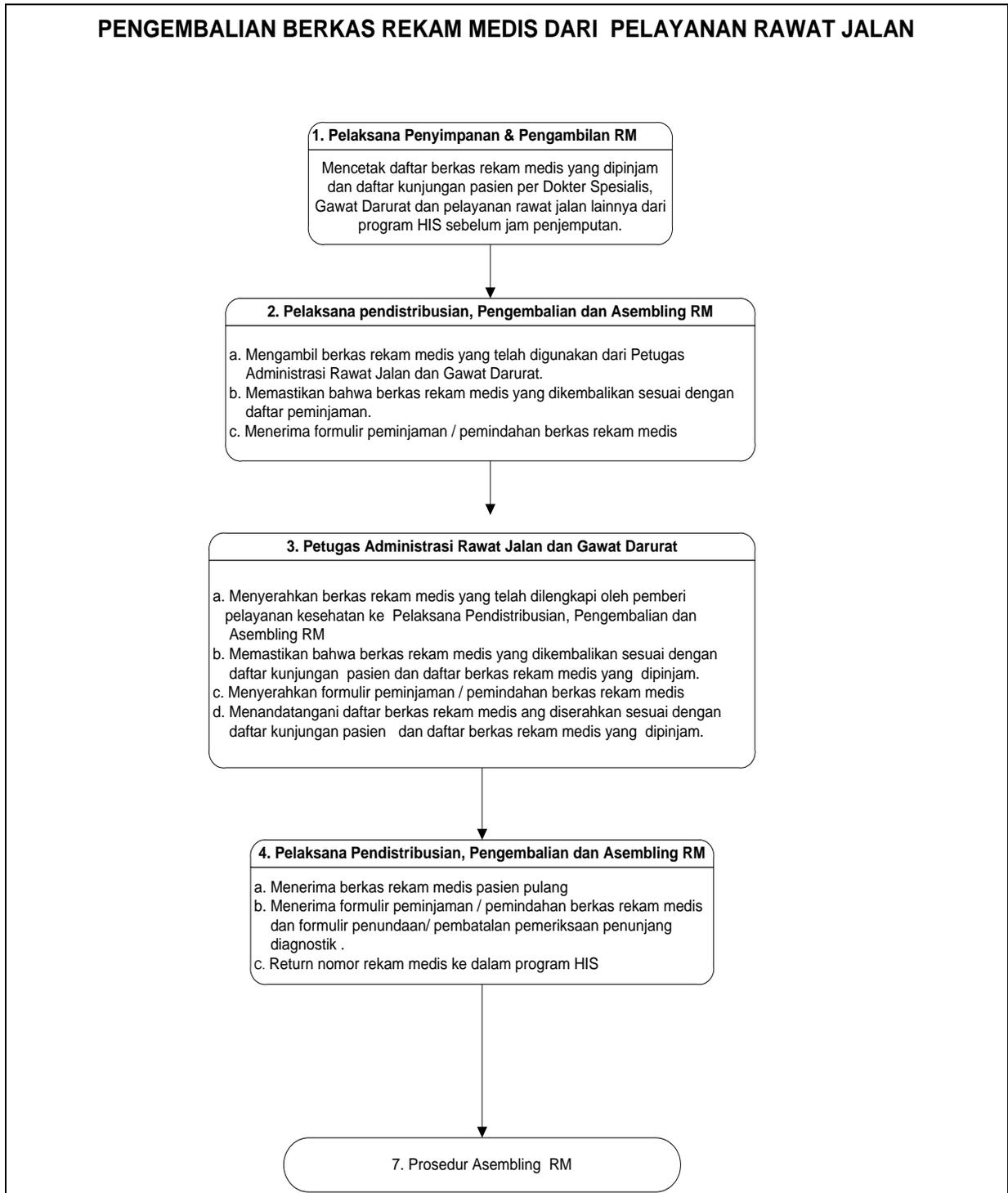
- 4.1 Prosedur Pengambilan Kembali (Retrieval) Rekam Medis
 - 4.1.1 Pelaksana Penyimpanan dan Pengambilan Rekam Medis mencatat / memasukkan ke komputer nomor rekam medis pasien yang dipinjam oleh unit pelayanan yang meminjam.
- 4.2 Prosedur Pendistribusian Berkas Rekam Medis

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.

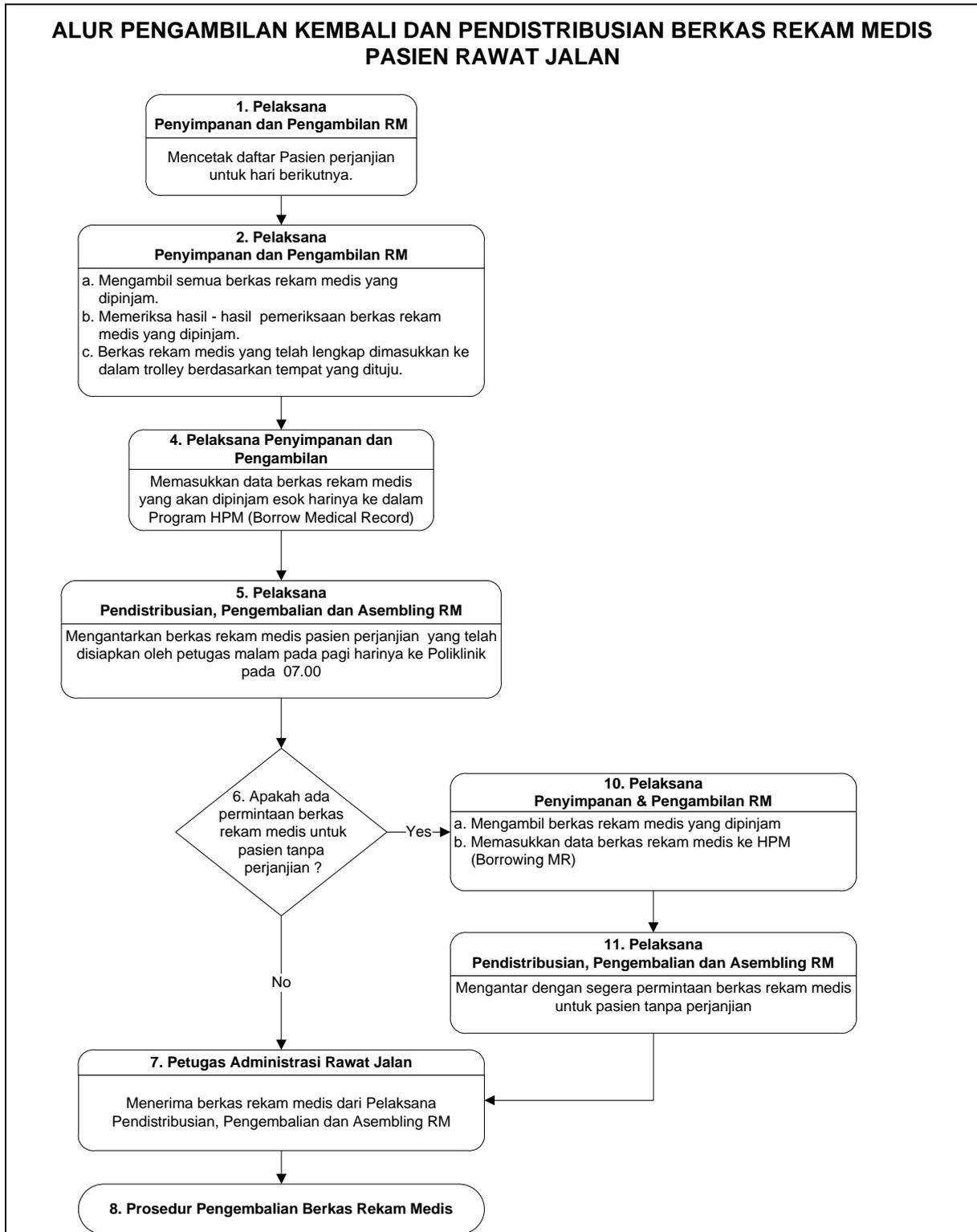
V. UNIT TERKAIT

- 5.1 Manajer Keperawatan.
- 5.2 Manajer Pengembangan Pelayanan.



Gambar 4.3

Contoh Alur Pengembalian Berkas Rekam Medis dari Pelayanan Rawat Jalan



Gambar 4.4

Contoh Alur Pengambilan Kembali dan Pendistribusian RM Pasien Rawat Jalan

Latihan

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

- 1) Sebutkan peraturan pemerintah yang terkait dengan pengarsipan rekam medis!
- 2) Apa yang dipersiapkan fasilitas pelayanan kesehatan dalam melaksanakan rekam medis?
- 3) Apa beda kebijakan dengan prosedur?

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang Peraturan, kebijakan dan prosedur.

Ringkasan

Penerapan rekam medis difasilitas pelayanan kesehatan telah diatur dalam peraturan pemerintah berupa undang-undang, peraturan pemerintah, permenkes serta surat edaran. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan menetapkan kebijakan dan membuat Standar Prosedur Operasional/ SPO dalam menyelenggarakan rekam medis

Dengan adanya SPO, tentu akan mudah bagi pelaksana Rekam Medis dalam melakukan kegiatan yang ada di Unit Kerjanya. SPO ini juga perlu disosialisasikan kepada unit-unit pelayanan yang terkait dengan kegiatan Rekam Medis di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. SPO juga dapat mengukur kepatuhan petugas rekam medis dalam menjalankan tugasnya.

Tes 1

Pilih satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Peraturan yang terkait dengan rekam medis adalah
 - A. Permenkes 269/MENKES/PER/III/ 2008
 - B. Permenkes 290/MENKES/PER/III/ 2008
 - C. Peraturan Pemerintah RI No.87 tahun 1999
 - D. Peraturan Pemerintah RI No.88 tahun 1999
 - E. Surat Edaran Dirjen Yanmed no. HK.00.6.1.5.01160

- 2) Peraturan yang terkait dengan pengarsipan rekam medis adalah
 - A. Permenkes 269/MENKES/PER/III/ 2008
 - B. Permenkes 290/MENKES/PER/III/ 2008

- C. Peraturan Pemerintah RI No. 87 Tahun 1999
 - D. Peraturan Pemerintah RI No. 88 Tahun 1999
 - E. Surat Edaran Dirjen Yanmed no. HK.00.6.1.5.01160
- 3) Dalam Permenkes No. 269 /MENKES/PER/III/2008 dikatakan bahwa RM pasien R.inap di RS wajib disimpan dalam jangka waktu tertentu
- A. Sekurang–kurangnya untuk jangka waktu 5 (lima) tahun dihitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan.
 - B. Maksimal untuk jangka waktu 5 (lima) tahun dihitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan.
 - C. Sekurang–kurangnya untuk jangka waktu 2 (dua) tahun dihitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan.
 - D. Maksimal untuk jangka waktu 2 (dua) tahun dihitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan.
 - E. Tidak ada waktu yang ditentukan
- 4) Dalam Permenkes No. 269 /MENKES/PER/III/2008 dikatakan bahwa ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medis disimpan
- A. untuk jangka waktu 5 tahun dihitung dari tanggal dibuatnya ringkasan tersebut.
 - B. untuk jangka waktu 7 tahun dihitung dari tanggal dibuatnya ringkasan tersebut.
 - C. untuk jangka waktu 10 tahun dihitung dari tanggal dibuatnya ringkasan tersebut.
 - D. untuk jangka waktu 12 tahun dihitung dari tanggal dibuatnya ringkasan tersebut.
 - E. Tidak ada waktu yang ditentukan
- 5) UU ITE tentang Informasi dan Transaksi Elektronik , berisi bab-bab yang terkait dengan pengarsipan
- A. Bab I pasal 1-2 tentang pengertian istilah-istilah yang digunakan
 - B. Bab III Pasal 5-12 tentang Informasi, Dokumen, Dan Tanda Tangan Elektronik
 - C. Bab V Pasal 17-22 Tentang Transaksi Elektronik
 - D. Bab VII Pasal 27-37 tentang Perbuatan Yang Dilarang
 - E. Semua benar
- 6) Berdasarkan Juknis Pengelolaan Rekam Medis di rumah sakit (2006) dikatakan bahwa penyimpanan rekam medis dapat dilakukan secara alfabetik atau numerik. Sistem penomoran yang distandarisasi di rumah sakit adalah
- A. Sistem penomoran seri
 - B. Sistem penomoran seri-unit
 - C. Sistem penomoran unit
 - D. Sistem penomoran “family numbering”
 - E. Sistem penomoran “security numbering”

- 7) Sistem penomoran diberikan pada Rekam Medis setiap pasien yang mendapat pelayanan yang berguna untuk
- A. Memperlancar pelayanan pasien
 - B. Mengingatnkan petugas rekam medis
 - C. Mempermudah pembayaran/ penagihan
 - D. Meningkatkan mutu pelayanan Rekam Medis
 - E. Membedakan RM seorang pasien dengan lainnya
- 8) Setiap institusi pelayanan kesehatan wajib mempunyai rekam medis . Peraturan yang perlu tersedia adalah berupa
- A. Peraturan yang dikeluarkan pemerintah
 - B. Kebijakan rumah sakit
 - C. Kebijakan khusus unit rekam medis
 - D. Standar prosedur seluruh sistem yang ada di unit RM
 - E. Semua benar
- 9) Setiap institusi pelayanan kesehatan wajib mempunyai rekam medis. Yang terkait dengan tahap-tahap pelaksanaan adalah berupa
- A. Peraturan yang dikeluarkan pemerintah
 - B. Kebijakan rumah sakit
 - C. Kebijakan khusus unit rekam medis
 - D. Standar prosedur seluruh sistem yang ada di unit RM
 - E. Semua benar
- 10) Langkah-langkah pelaksanaan setiap sistem tergambar dalam suatu skema berupa
- A. Alur kerja
 - B. Kebijakan rumah sakit
 - C. Kebijakan khusus unit rekam medis
 - D. Peraturan yang dikeluarkan pemerintah
 - E. Standar prosedur seluruh sistem yang ada di unit RM

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 menjaga **kerahasiaan** 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.

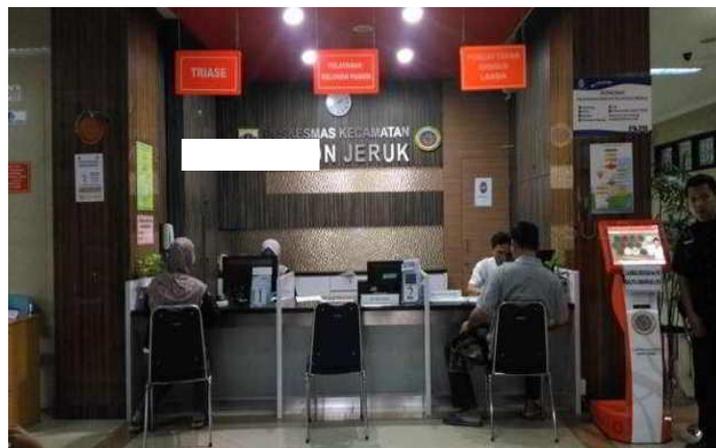


Gambar 4.6

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.



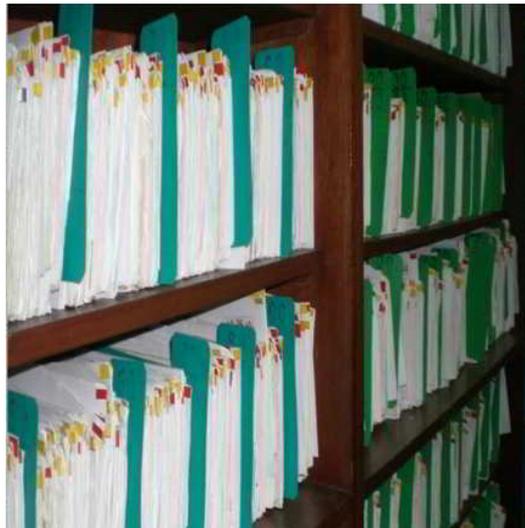
Gambar 4.7

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 Kepustakaan 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 sesuaikan 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 pinjaman



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

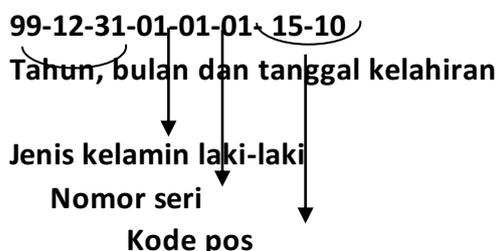
Selain sistem penomoran yang telah diutarakan di atas, dapat juga digunakan sistem penomoran "*Relational Numbering*"

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 ditempatkan 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

B. 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!

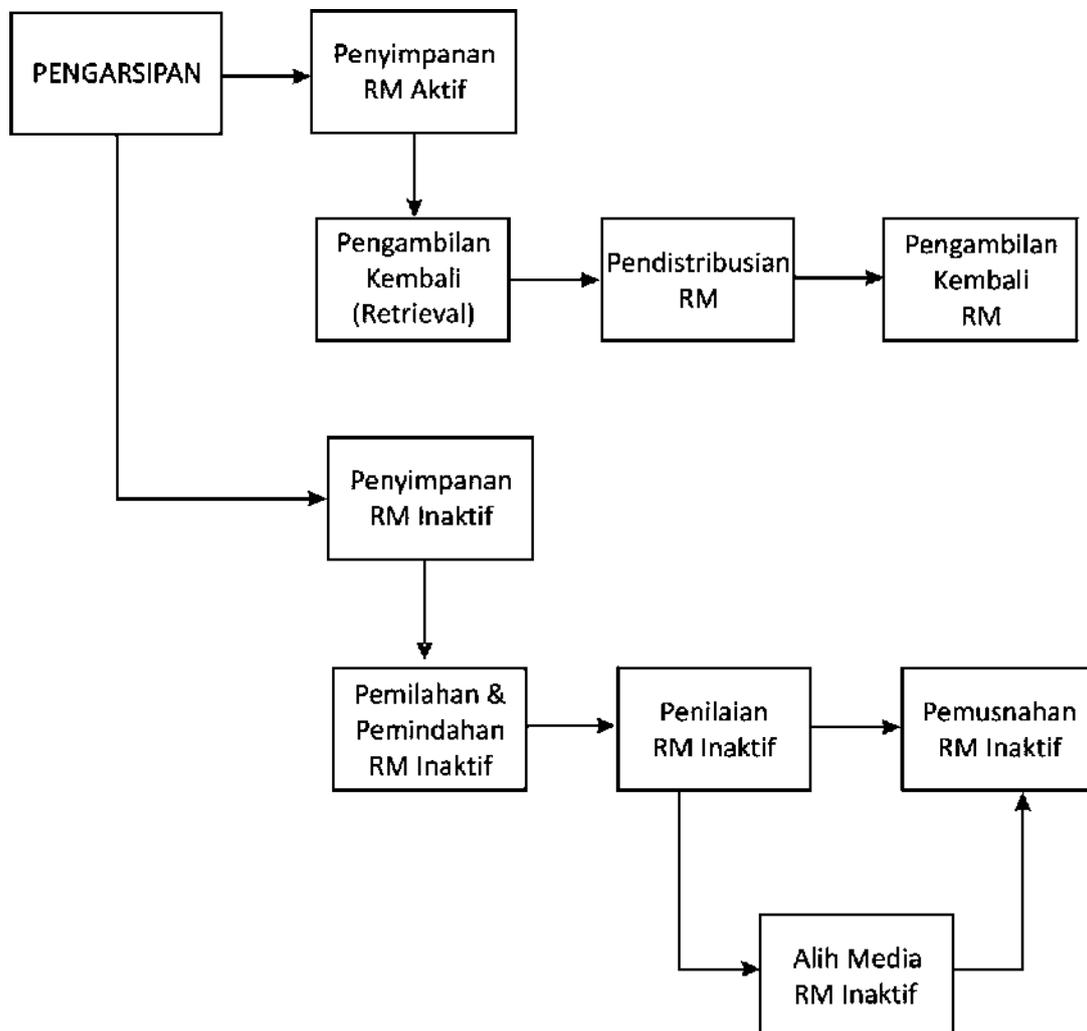
- 1) Sebutkan sistem pengarsipan yang digunakan di Indonesia
- 2) Apa Kelebihan sistem dengan penomoran
- 3) Berdasarkan Lokasi pengarsipan dibagi atas 2 sistem. Sebutkan!
- 4) Apa Kelebihan sistem sentralisasi?

Petunjuk Jawaban Latihan

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

PETA KONSEP

Untuk lebih jelas dalam melihat



Tes 2

Pilih satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Sistem penomoran RM dimana setiap pasien yang berkunjung ke Institusi pelayanan kesehatan mendapat nomor baru disebut sistem penomoran
 - A. Serial numbering system
 - B. Unit numbering system
 - C. Family numbering
 - D. Security numbering
 - E. Alfabetic system

- 2) Hal-hal yang berhubungan dengan sistem penomoran RM secara Unit
- A. Setiap kali pasien berkunjung ke institusi pelayanan kesehatan mendapat nomor baru
 - B. Informasi kesehatan pasien akan terkumpul dalam beberapa berkas RM
 - C. Satu nomor RM untuk satu pasien dan berlaku seumur hidup pada institusi pelayanan kesehatan yang sama
 - D. Setiap pasien yang berkunjung ke institusi pelayanan kesehatan mendapat nomor baru dan kemudian disatukan dengan yang lama
 - E. Setiap pasien yang berkunjung ke institusi pelayanan kesehatan tidak mendapat nomor RM
- 3) Pada saat berdirinya Rumah sakit "S" menerapkan sistem penyimpanan rekam medis secara desentralisasi. Setelah berjalan 7 tahun dilakukan perubahan penyimpanan rekam medis dengan cara sentralisasi. Apa kekurangan dari RM secara desentralisasi ...
- A. Mengurangi duplikasi penyimpanan dan Efisiensi petugas RM
 - B. Terjadi duplikasi pembuatan RM
 - C. Tempat penyimpanan harus buka 24 jam penuh
 - D. Efisiensi petugas dapat ditingkatkan
 - E. Mudah menerapkan sistem unit
- 4) Pengurusan penyimpanan RM berdasarkan lokasi dengan cara
- A. Sentralisasi
 - B. Mobilisasi
 - C. Desentralisasi
 - D. A dan b
 - E. A dan c
- 5) Kelebihan sentralisasi penyimpanan RM
- A. Semua informasinya akan tersimpan di dalam 1 berkas, di satu tempat dan dikelola oleh satu unit
 - B. Mengurangi duplikasi informasi dan RM.
 - C. Nomor ini membedakan RM pasien tersebut dari nomor RM pasien lain di rumah sakit / klinik tsb.
 - D. Mengurangi biaya untuk peralatan dan ruangan
 - E. Semua benar
- 6) Kelebihan desentralisasi penyimpanan RM
- A. Semua informasinya akan tersimpan di dalam 1 berkas, di satu tempat dan dikelola oleh satu unit
 - B. Mengurangi duplikasi informasi dan RM.

- C. Nomor ini membedakan RM pasien tersebut dari nomor RM pasien lain di rumah sakit/ klinik tsb.
 - D. Mengurangi biaya u/ peralatan dan ruangan
 - E. Efisiensi waktu sehingga pasien mendapat pelayanan lebih cepat.
- 7) Kekurangan sentralisasi penyimpanan RM
- A. Petugas menjadi lebih sibuk karena harus menangani unit rawat jalan dan unit rawat inap
 - B. Terjadi duplikasi informasi dan RM.
 - C. Nomor ini membedakan RM pasien tersebut dari nomor RM pasien lain di rumah sakit / klinik tsb.
 - D. Mengurangi biaya u/ peralatan dan ruangan
 - E. Efisiensi waktu sehingga pasien mendapat pelayanan lebih cepat.
- 8) Bank nomor Rekam medis yang masih manual merupakan tanggung jawab dari
- A. Petugas Pendaftaran di front office
 - B. Pemberi pelayanan di poliklinik
 - C. Petugas RM di back office
 - D. Perawat di ruang
 - E. Petugas IGD
- 9) Bank nomor Rekam medis yang telah komputerisasi merupakan tanggung jawab dari
- A. Petugas Pendaftaran di front office
 - B. Pemberi pelayanan di poliklinik
 - C. Petugas RM di back office
 - D. Perawat di ruang rawat
 - E. Petugas IT
- 10) Tambahan 2 nomor dimuka No.RM pada penomoran dengan cara keluarga pada nomor RM ibu
- A. 01
 - B. 02
 - C. 03
 - D. 04
 - E. 05

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) A
- 2) A
- 3) A
- 4) C
- 5) E
- 6) C
- 7) E
- 8) E
- 9) D
- 10) A

Tes 2

- 1) A
- 2) C
- 3) B
- 4) E
- 5) E
- 6) E
- 7) A
- 8) C
- 9) E
- 10) B

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*, 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 V

SISTEM PENDISTRIBUSIAN REKAM MEDIS

Lily Widjaya, SKM.,MM
Deasy Rosmaladewi, SKM., MKes.



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

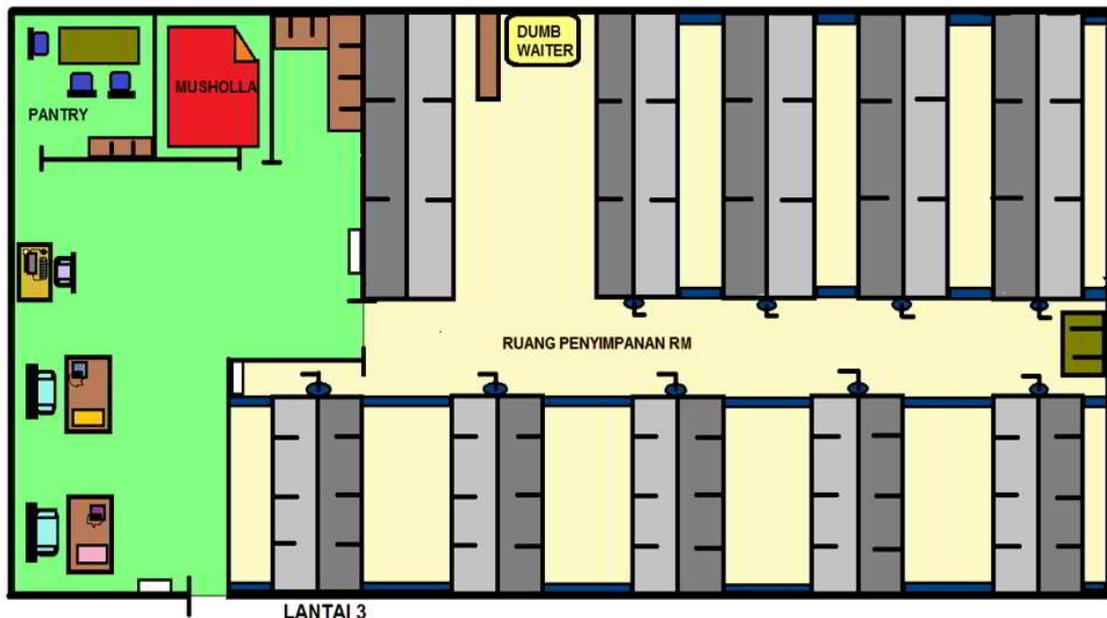
Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap
Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada 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.

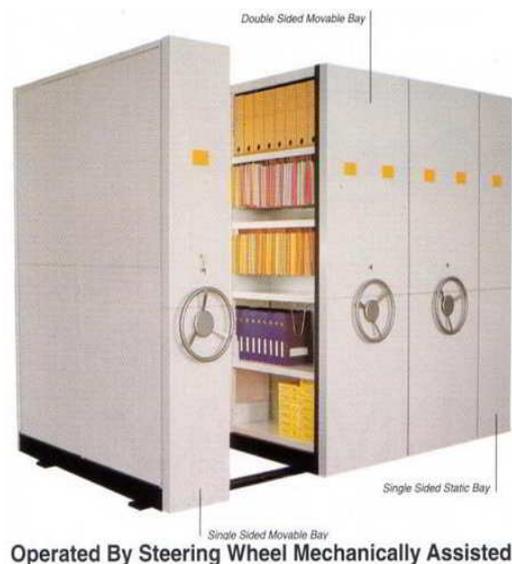


Gambar 5.4

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

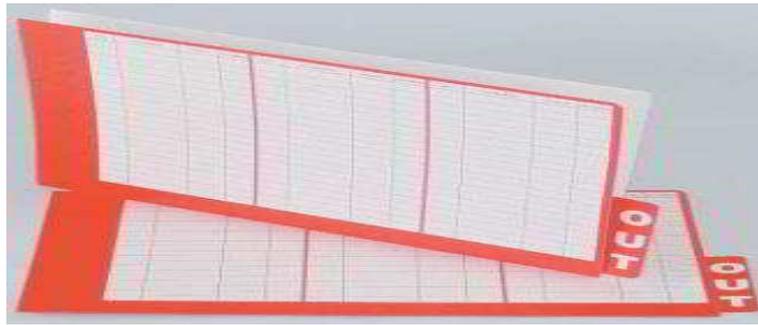
Petunjuk penyimpanan dalam rak

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.

Tes 1

Pilih satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Lama waktu penyediaan rekam medis untuk pasien rawat jalan, adalah
 - A. 1 menit
 - B. 10 menit
 - C. < 10 menit
 - D. > 10 menit
 - E. > 15 menit

- 2) Tanggung jawab dari penilaian kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap, adalah
 - A. Kepala poliklinik
 - B. Petugas pendaftaran
 - C. Kepala ruangan instalasi rawat jalan
 - D. Kepala rekam medis
 - E. Kepada administrasi

- 3) Model rak penyimpanan dengan memberi kode, adalah
 - A. Rak permanen
 - B. Mechanically Roll o pack
 - C. Roll o pack
 - D. Electrically Roll o pack
 - E. Rak besi

- 4) Bila ada no rekam medis 12-30-56, trik mencari misfile pada cara 1 adalah:
 - A. 13-30-65
 - B. 12-31-56
 - C. 12-03-56
 - D. 12-30-57
 - E. 13-31-65

- 5) Lembar peminjaman/ bon dibuat rangkap 3, rangkap kedua untuk
 - A. Diletakkan pada kotak peminjaman
 - B. Dimasukkan kedalam tracer
 - C. Diberikan pada peminjam
 - D. Untuk arsip
 - E. Untuk ruang pendaftaran

- 6) Isi dari bon peminjaman, *kecuali*
- A. Jam peminjaman
 - B. Nama Petugas RM
 - C. Nama Ruang/poli
 - D. Nama dokter
 - E. NoRM
- 7) Bahan terbuat dari kertas karton tebal/ mika/ plastic dengan kantong kecil tempat menyimpan catat, adalah
- A. Bon pinjam
 - B. Outguide
 - C. Guide
 - D. Bon
 - E. Kertas peminjam
- 8) Numerator waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan, adalah
- A. Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis pasien selesai berobat
 - B. Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis pasien 3 bulan yang lalu
 - C. Total rekam medis yang diamati
 - D. Total sampel RM yang tersedia
 - E. Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
- 9) Periode waktu analisis penyediaan rekam medis rawat inap, adalah
- A. 1 bulan
 - B. 2 bulan
 - C. 3 bulan
 - D. 4 bulan
 - E. 5 bulan
- 10) 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, adalah langkah melacak misfile ke
- A. 1
 - B. 2
 - C. 3
 - D. 4
 - E. 5

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 peminjam 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 Medisnya, 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 identitas 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 chemoterapi, 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-/satelite 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 sesederhana 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 Penomoratan 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.

Tes 2

Pilih satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Nomor warna digunakan sebagai alat untuk menjajar RM dengan sistem terminal digit filing. Pada RM 56-78-90 maka di map RM ditempelkan stiker warna
 - A. 56
 - B. 78
 - C. 90
 - D. 80
 - E. 79

- 2) Form peminjaman RM dibuat dengan keperluan untuk
 - A. Pelacakan kebenaran pendistribusian

- B. Mengetahui keberadaan RM
 - C. Bukti pengiriman
 - D. Bukti pengembalian
 - E. Semua benar
- 3) Pengontrolan RM yang keluar dan masuk rak penjajaran perlu dilakukan guna mengetahui keberadaan RM untuk itu diperlukan alat bantu seperti
- A. Tracer
 - B. Buku ekspedisi
 - C. Kontrol rak
 - D. Entry peminjaman RM di komputer
 - E. Semua benar
- 4) Outguides (tracers) diperlukan untuk
- A. Menggantikan RM yang diretrieve
 - B. Menunjukkan di mana RM berada ketika diambil dari Rak
 - C. Meningkatkan efisiensi dan akurasi penjajaran
 - D. Penyimpanan RM secara manual
 - E. Semua benar
- 5) Stiker tahun diperlukan untuk
- A. Menunjukkan di mana RM berada ketika diambil dari Rak
 - B. Meningkatkan efisiensi dan akurasi penjajaran
 - C. Penyimpanan RM secara elektronik
 - D. Memilah RM yang inaktif
 - E. Memilah RM aktif
- 6) Stiker nomor warnadiperlukan untuk
- A. Menunjukkan di mana RM berada ketika diambil dari Rak
 - B. Meningkatkan efisiensi dan akurasi penjajaran
 - C. Menyimpan RM sesuai sistem penomoran yang digunakan
 - D. Membantu dalam mengontrol ketepatan penjajaran RM di rak
 - E. Memilah RM aktif
- 7) Tanda khusus diperlukan untuk mengingatkan pemberi pelayanan berupa stiker
- A. Alergi penisillin
 - B. Pasien menggunakan alat pacu jantung (pacemaker)
 - C. Pasien dialisis ginjal /hemodialisis dsb.
 - D. Pasien dengan kasus penyakit menular; hepatitis b, hepatitis c, hiv+, dll.
 - E. Semua benar

- 8) Letak / lokasi ruang penyimpanan RM sebaiknya
- A. Berada di ruang poliklinik
 - B. Dekat dari poliklinik
 - C. Jauh dari poliklinik
 - D. Dekat dari ruang rawat inap
 - E. Jauh dari ruang rawat inap
- 9) Alat bantu untuk pendistribusian adalah
- A. Buku Ekspedisi
 - B. Trolley
 - C. Pneume tube
 - D. Dumb waiter
 - E. Semua benar
- 10) Alat bantu berupa slip/ bon pinjam harus dicatat
- A. Nama dan nomor RM pasien
 - B. tanggal
 - C. nama klinik,
 - D. nama dokter dengan tepat.
 - E. Semua benar

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) A
- 2) D
- 3) D
- 4) C
- 5) B
- 6) A
- 7) B
- 8) E
- 9) C
- 10) C

Tes 2

- 1) C
- 2) B
- 3) A
- 4) E
- 5) D
- 6) D
- 7) E
- 8) B
- 9) E
- 10) E

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
Denumerator	: 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

Lily Widjaya, SKM.,MM
Deasy Rosmaladewi, SKM., M.Kes.



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 dijajar. 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.

Topik 1 Sistem Penjajaran Rekam Medis

A. Penjajaran Berdasarkan Alfabetis



Gambar 6.2

Penjajaran berdasarkan alfabetik



Gambar 6.3

Tracer Alfabetik dengan Folder Gantung

Salah satu metode yang digunakan dalam sistem penjajaran rekam medis adalah penjajaran berdasarkan alfabetis. Bila sebuah fasilitas kesehatan tidak menggunakan sistem penomoran sebagai sistem penjajaran rekam medis, biasanya nama pasien lah yang akan digunakan sebagai identifikasi rekam medis pasien. Dalam metode penjajaran alfabetik berkas rekam medis dijejerkan menurut urutan alfabet/ abjad. Terdapat 3 (tiga) cara mengurutkan dalam metode alfabetikal, yaitu alfabetik murni, fonetik, dan soundex fonetik.

Penjajaran berdasarkan alfabetik dapat dilakukan dengan sistem nama langsung (nama pertama diikuti nama kedua dan terakhir nama keluarga) dan sistem nama keluarga (nama keluarga diikuti nama pertama kemudian inisial nama kedua). Pasien yang namanya sama harus dijejer kronologis sesuai urutan tanggal lahir atau tanggal berobat pertamanya.

Kegiatan penjajaran menggunakan alfabetik ini cenderung menyita waktu kerja yang cukup lama dan memiliki resiko tinggi timbulnya kesalahan pada penulisan nama, misalnya nama berubah dan salah dalam pengejaan. Selain itu, sulit dalam mengontrol area yang akan dimanfaatkan karena tidak mungkin memprakirakan berkas baru mana yang akan dijejer, mengingat nama tidak mungkin disebar rata di area penjajaran. Kemudian, sulit untuk mencegah kongesti di suatu tempat dan mendorong file yang ada bila suatu lokasi sudah padat. Penggunaan sistem penjajaran berdasarkan alfabetik disarankan untuk digunakan oleh pelayanan fasilitas kesehatan dalam jumlah yang kecil atau pelayanan dengan perubahan pasien yang rendah.



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 dijamin dengan sistem ini. Pada sistem ini, rekam medis dijamin 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 penjamin 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 I = 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 untuki 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	

I. PENGERTIAN

- 1.6 Berkas rekam medis aktif adalah berkas rekam medis dari pasien yang pada 5 tahun terakhir masih menerima pelayanan di RSGK.
- 1.7 Sistem penyimpanan menggunakan system penomoran dengan 10 angka.
- 1.8 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.
- 1.9 Sistem penjajaran dilakukan dengan dengan system angka akhir dengan perincian :
 - 4.1.1.1 *Fourth digits* adalah kelompok 4 angka yang terletak paling kiri (angka ke empat sebagai angka tetap).
 - 4.1.1.2 *Tertiary digits* adalah kelompok 2 angka yang terletak di kiri (angka ke tiga).
 - 4.1.1.3 *Secondary digits* adalah kelompok 2 angka yang terletak di tengah (angka ke dua).
 - 4.1.1.4 *Primary digits* adalah kelompok 2 angka yang terletak paling kanan (angka pertama).

II. TUJUAN

- 2.4 Untuk menjamin bahwa pelaksanaan penyimpanan dan pengambilan berkas rekam medis hanya dilakukan oleh petugas rekam medis.
- 2.5 Untuk menjamin terpeliharanya kerapian dan teraturnya rak penyimpanan agar

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:

- a. digit yang ditengah disebut dengan “primary digit” kemudian
- b. digit yang ter depan disebut”secondary digit” dan
- c. 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 I = 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:

1. 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**.
2. Di dalam seksi primer :
 Ada 100 **seksi sekunder** juga dimulai dari 00 -99. Untuk nomor **04** 24 94 akan terjajar di bagian **04** dari bagian sekunder untuk seksi primer “24”
3. Di dalam **seksi tertier** juga dimulai dari 00-99. Untuk nomor 04 20 **94** akan terjajar 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 , Alfanumerik, Numerik
4	Kasus	Alfabetik , Alfanumerik, Numerik
5	Wilayah/ <i>Family Folder</i>	Alfabetik , Alfanumerik, 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>

Latihan

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

- 1) Sebutkan sistem penjajaran berdasarkan penomoran!
- 2) Apa keuntungan sistem penjajaran secara angka akhir!
- 3) Apa perbedaan sistem penjajaran dan penyimpanan?
- 4) Susunlah 10 (sepuluh) RM pada tabel di bawah ini sesuai sistem yang diminta!
Penjajaran Rekam Medis: Jajarkan RM berdasarkan Terminal digit, Middle digit dan Straight numerical sesuai kolom pada table di bawah ini.

Tabel 6.3

Soal Latihan Penjajaran RM berdasarkan Penomoran

No.	No.RM	STRAIGHT NUMERICAL				STRAIGHT NUMERICAL				STRAIGHT NUMERICAL						
	16-64-34	16	-	65	-	33	16	-	65	-	33	16	-	64	-	34
	16-65-33	-		-			-		-			-		-		
	16-65-35	-		-			-		-			-		-		
	16-66-34	-		-			-		-			-		-		
	16-66-36	-		-			-		-			-		-		
	16-67-35	-		-			-		-			-		-		
	16-67-37	-		-			-		-			-		-		
	16-68-36	-		-			-		-			-		-		
	16-68-38	-		-			-		-			-		-		
	16-69-37	-		-			-		-			-		-		

Ringkasan

Penerapan sistem penjajaran rekam medis di Indonesia dapat dibagi atas sistem alfabetis dan penomoran. Sistem penjajaran dengan penomoran dibagi atas penjajaran dengan sistem nomor langsung, angka akhir, dan angka tengah.

Tes 1

Pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Peralatan yang diperlukan sebagai alat pelindung diri saat penjajaran adalah
 - A. Karung goni basah
 - B. Tempat berisi air
 - C. Alat pemadam kebakaran
 - D. Masker
 - E. Saputangan

- 2) Penjajaran dari penyimpanan berdasarkan Alfabetik sedangkan sistem penamaan adalah "Nama Langsung" dapat dijejer seperti
 - A. Siti Maryani, Siti Daljinah, Siti Mariam, Siti Sakinah, Siti Muhaiminah
 - B. Siti Sakinah, Siti Maryani, Siti Daljinah, Siti Mariam, Siti Muhaiminah
 - C. Siti Daljinah, Siti Maryani, Siti Mariam, Siti Sakinah, Siti Muhaiminah
 - D. Siti Daljinah, Siti Mariam, Siti Maryani, Siti Muhaiminah, Siti Sakinah
 - E. Siti Muhaiminah, Siti Maryani, Siti Daljinah, Siti Mariam, Siti Sakinah

- 3) Penjajaran dari penyimpanan berdasarkan alfabetik sedangkan sistem penamaan adalah "*Family Name*" dapat dijejer seperti
 - A. Djohan, Eddy; Djohan, Oetama; Djohan, Paulina; Djohan, Saputra; Djohan, Gautama
 - B. Djohan, Eddy; Djohan, Gautama; Djohan, Oetama; Djohan, Paulina; Djohan, Saputra;
 - C. Djohan, Oetama; Djohan, Eddy; Djohan, Paulina; Djohan, Saputra; Djohan, Gautama
 - D. Djohan, Gautama; Djohan, Eddy; Djohan, Oetama; Djohan, Paulina; Djohan, Saputra
 - E. Djohan, Paulina; Djohan, Eddy; Djohan, Oetama; Djohan, Saputra; Djohan, Gautama

- 4) Pilihlah susunan dari angka primer (I), sekunder (II) dan Tertier(III) pada Penjajaran dengan sistem angka akhir
- A. Kelompok III – II – I
 - B. Kelompok III – I – II
 - C. Kelompok I – II – III
 - D. Kelompok II – III – I
 - E. Kelompok II – I – III
- 5) Pilihlah susunan dari angka primer (I), sekunder (II) dan tertier (III) pada penjajaran dengan sistem angka tengah (*middle digit filing*)
- A. Kelompok III – II – I
 - B. Kelompok III – I – II
 - C. Kelompok I – II – III
 - D. Kelompok II – III – I
 - E. Kelompok II – I – III
- 6) Pilihlah susunan dari angka primer (I), sekunder (II) dan Tertier(III) pada Penjajaran dengan sistem angka langsung (*straight numerical filing*)
- A. Kelompok III – II – I
 - B. Kelompok III – I – II
 - C. Kelompok I – II – III
 - D. Kelompok II – III – I
 - E. Kelompok II – I – III
- 7) Pada *terminal digit filing* nomor RM 34-00-01, apa yang berada dimuka dan belakangnya
- A. 34-99-01 dan 34-00-02
 - B. 34-00-00 dan 34-00-02
 - C. 33-00-01 dan 35-00-01
 - D. 33-00-01 dan 34-00-02
 - E. 33-01-01 dan 35-01-01
- 8) Pada *middle digit filing* nomor RM 34-00-01, apa yang menjadi secondary digit
- A. 34
 - B. 00
 - C. 01
 - D. 33
 - E. 02

- 9) Pada *straight numerical filing* nomor RM 34-00-01, apa yang berada dimuka dan belakangnya ...
- A. 34-99-01 dan 34-00-02
 - B. 34-00-00 dan 34-00-02
 - C. 33-00-01 dan 35-00-01
 - D. 33-00-01 dan 34-00-02
 - E. 33-01-01 dan 35-01-01
- 10) Pada *middle digit filing* nomor RM 34-00-01, apa yang berada dimuka dan belakangnya ...
- A. 34-99-01 dan 34-00-02
 - B. 34-00-00 dan 34-00-02
 - C. 33-00-01 dan 35-00-01
 - D. 33-00-01 dan 34-00-02
 - E. 33-01-01 dan 35-01-01

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

Ruangan 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 penyiapan 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	Ketergantungan 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).

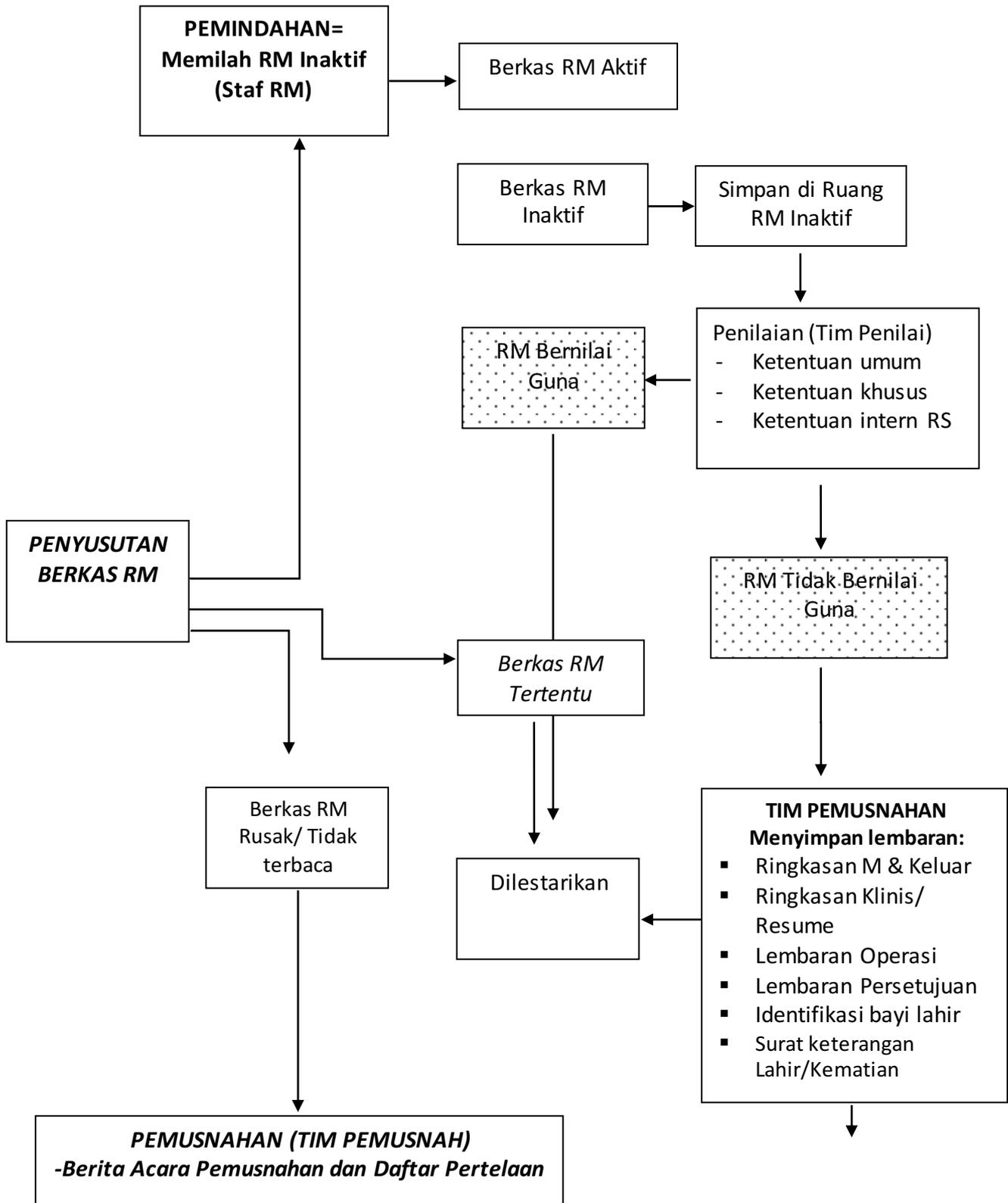
c. Pemusnahan Rekam Medis Inaktif

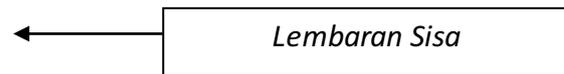
Pemusnahan rekam medis inaktif merupakan proses penghancuran secara fisik berkas rekam medis inaktif yang telah berakhir fungsi dan nilai gunanya. Pemusnahan dilakukn dengan cara membakar habis, mencacah, atau mendaur ulang, sehingga tidak dapat dikenali lagi isi dan bentuknya.

Ketentuan:

- 1) Buat tim pemusnah dengan SK Direktur RS
Tim pemusnah beranggotakan minimal 5 orang yang terdiri dari unsur sebagai berikut:
 - a) Ketata usahaan/ 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





4. 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:

- a. Penghematan ruangan, dengan mengalih fungsikan ruangan arsip rekam medis inaktif menjadi ruangan yang lebih bernilai ekonomis.
- b. Percepatan pelayanan (*respon time*) terhadap kebutuhan dokumen rekam medis.
- c. Meningkatkan keamanan dokumen rekam medis karena akses dokumen dapat dibatasi pada tiap 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:

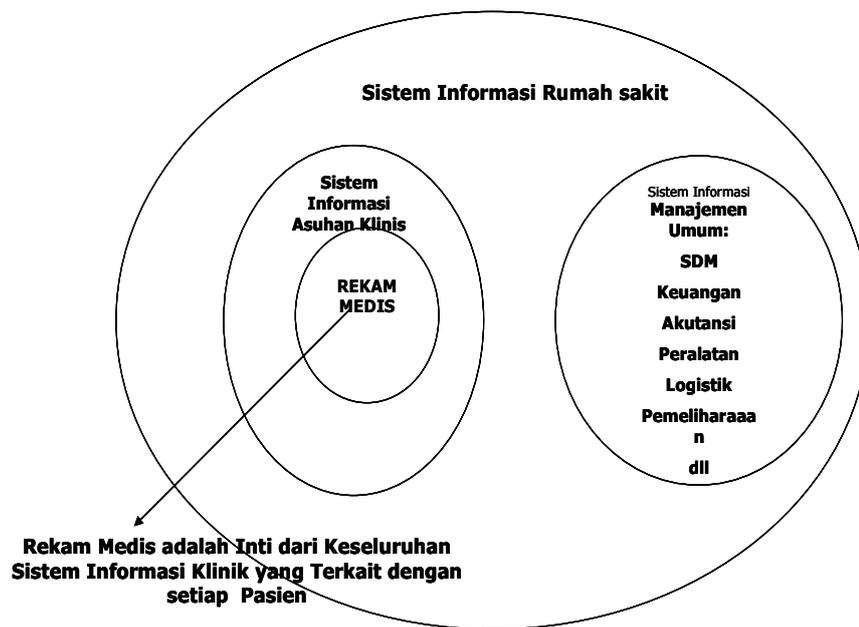
1) Data medis atau klinis

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:
- Pengembangan jadwal retensi arsip
 - Pemindahan
 - Penyimpanan arsip inaktif
 - Penyerahan statis
 - Pemusnahan

Rekam medis yang baik adalah:

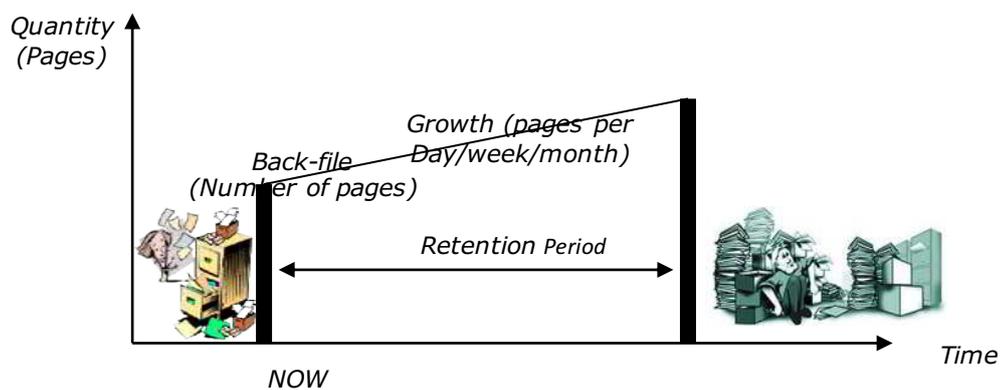
- Komprehensif
- Lengkap
- Akurat
- Dapat dipercaya (*reliable*)
- Tersedia (mudah ditemukan)

Pemeliharaan Arsip Dinamis Menurut PP 28 TAHUN 2012

1. Dilakukan untuk menjaga keautentikan, keutuhan, keamanan, dankeselamatan 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

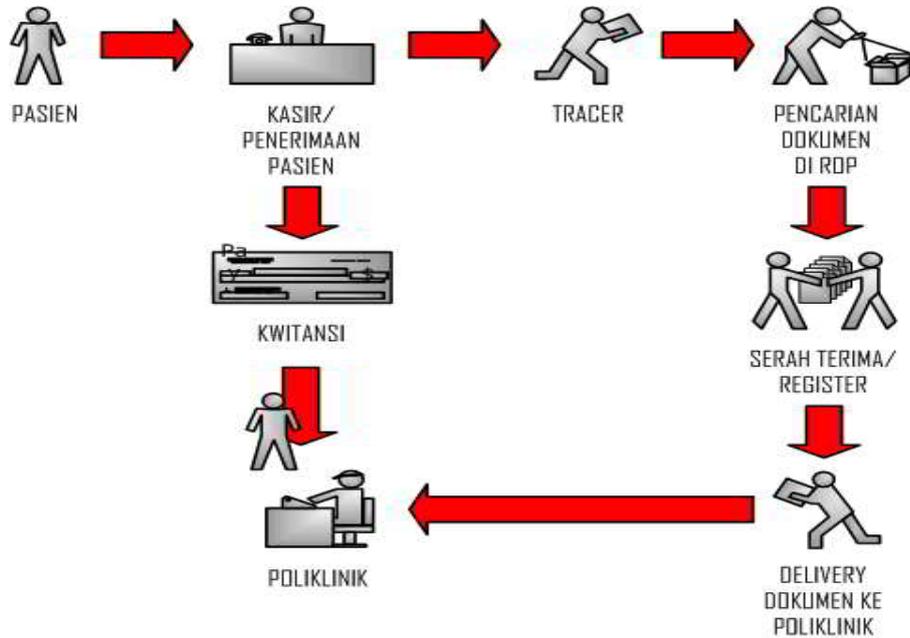
1. Ruang Penyimpanan terbatas sementara jumlah berkas rekam medis meningkat



Gambar 6.10

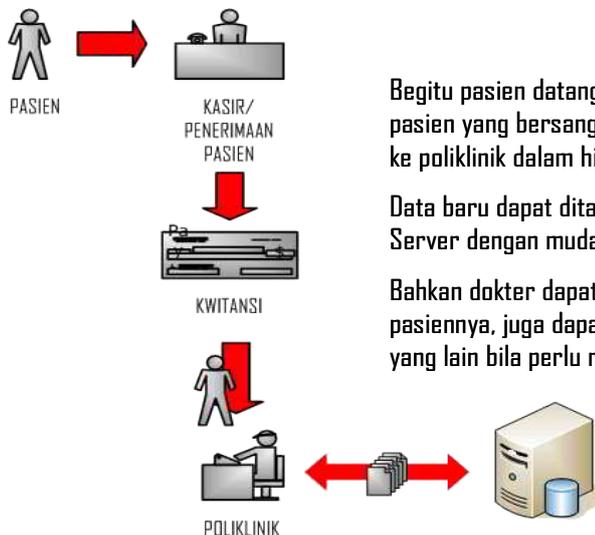
Gambaran Kondisi Rekam Medis Saat Ini

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 fungsi kan 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 rekammedisinaktif 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*

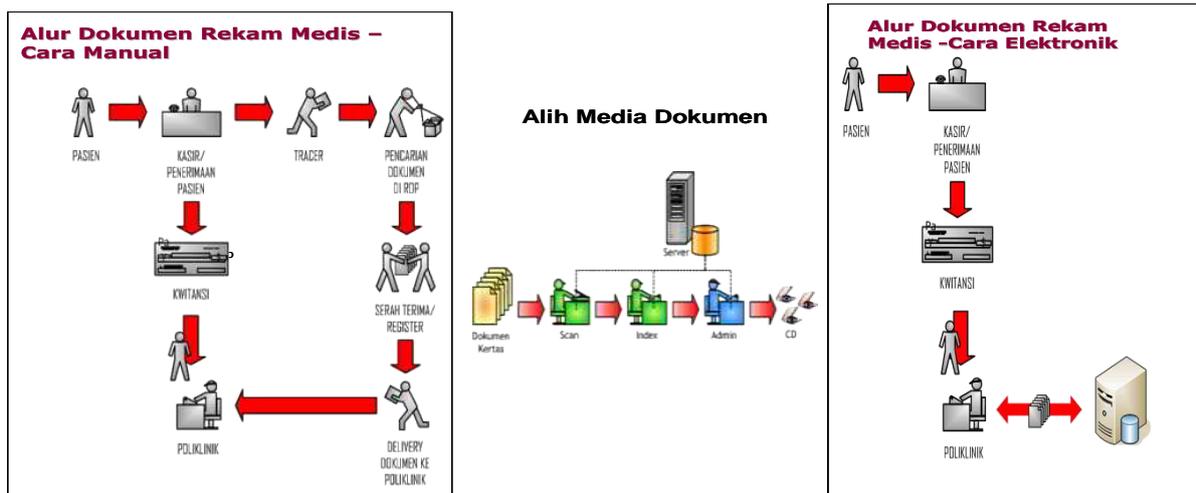
Software

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

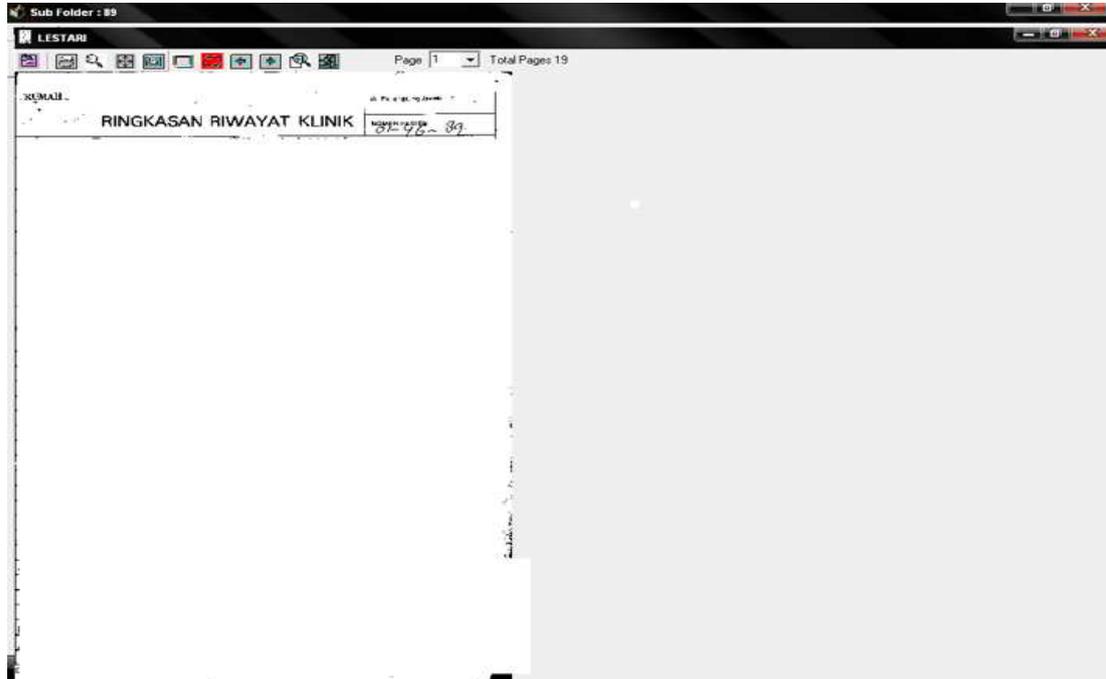
Notes	NO_RM	NAMA_PASIE	TANGGAL_KUNJ_AKHIR	DIAGNOSA_AKHIR	PERIODE_SORTIR	CreatedDate
LESTARI	20.56.89	S...	18-03-1997	ARTRALGIA	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	22.56.89	S...	02-02-1999	OBS FEBRIS	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	23.56.89	MARGARETA S...	06-04-1998	CVD RM HIMIPAR...	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	24.56.89	JU LESTARI	10-08-1998	FEBRIS TYPHOID	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	27.56.89	SOEDIPTO	02-10-1999	DM+HLD	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	06.57.89	SURYONO	17-06-1995	OBS TRAUMA CA...	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	14.57.89	NONI ANGGORI	13-01-1995	URILARI	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	18.46.89	MIN IRWANTO	12-06-1996	OBS FEBRIS	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	13.47.89	MUH YASIN	12-04-1999	KONTROL (TYPH...	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	23.46.89	MEKMAH	17-03-1998	REGULER INTER...	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	27.55.89	KUSNANI	01-11-1999	MYALGIA	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	24.45.89	DAVID GILBERT	12-07-1998	GED	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	25.45.89	RUDIATIN	10-10-1998	GASTRITIS	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	26.45.89	KARTIKA PADJAR...	30-04-1999	COLIC ABDOMEN	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	01.46.89	ERD YULMAN	25-11-1999	KONTROL (POST ...	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	05.46.89	SIS MUNIRAH	24-12-1999	COLIC RENAL	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	00.47.89	BAHUATI	18-08-1995	PERIODONTITIS	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	07.47.89	RINA SUSILAWATI	04-10-1996	SURAT KETERAN...	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	26.46.89	LENIH	02-05-1999	DHF	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	14.46.89	SITI AISAH	29-12-1994	DERMATITIS	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	15.46.89	SYAFUDIN	09-05-1995	FEBRIS	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	19.46.89	OT H BAHARUD...	28-10-1996	HIPERTENSI	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	17.53.89	MUTIA NUBRANI...	16-02-1996	LEGI LIANG KUPI...	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	24.46.89	MARYATI	14-04-1998	OBS FEBRIS	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	15.55.89	M DARYULIS	08-10-1995	-	10-05-2008	11/05/2008...
LESTARI	16.41.89	-	18.04.1995	ANC	10.05.2008	11/05/2008...

NO_RM	NAMA_PASIE	TANGGAL_KUNJ_AKHIR
13.47.89	MUH. Y...	12-04-1999

Drawers	Folders	Sub_Fol	Notes	NO_RM	NAMA_PASIE	TANGGAL_KUNJ_AKHIR	DIAGNOSA_AKHIR	PERIODE_SORTIR	CreatedDate
ARSIP	JAKA	89	LESTARI	13.47.89	MUH. Y...	12-04-1999	KONTROL (TYPHOID)	10-05-2008	DEMO

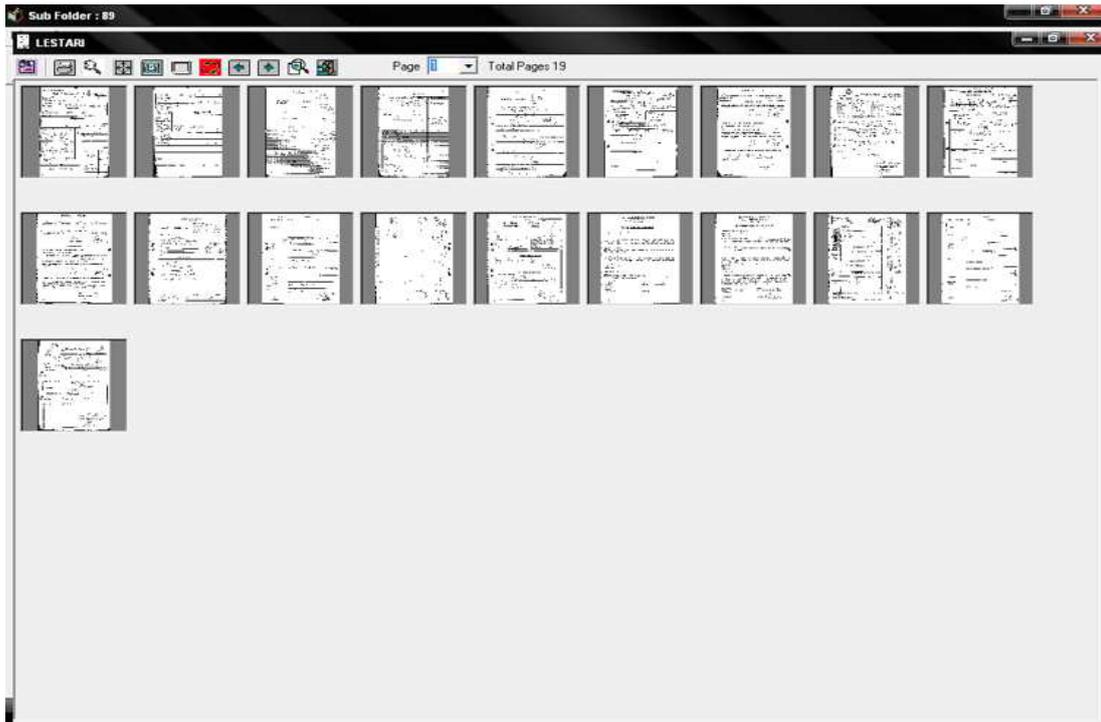
Gambar 6.16 Tampilan *dummy data* dalam index

Image hasil pencarian:

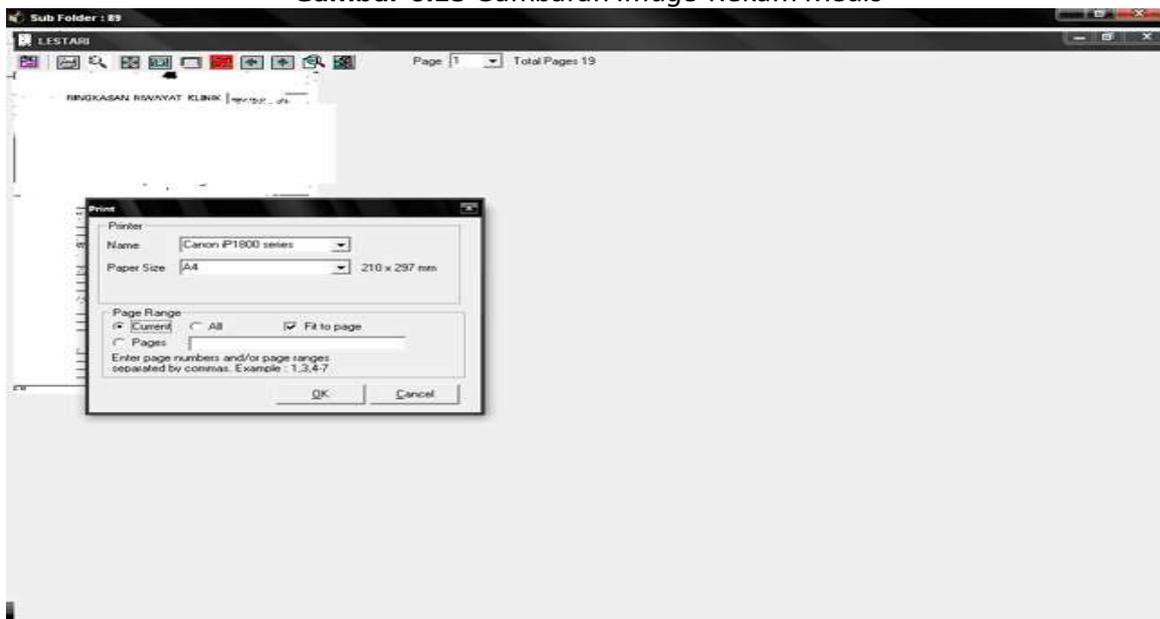


Gambar 6.17 Hasil pencarian

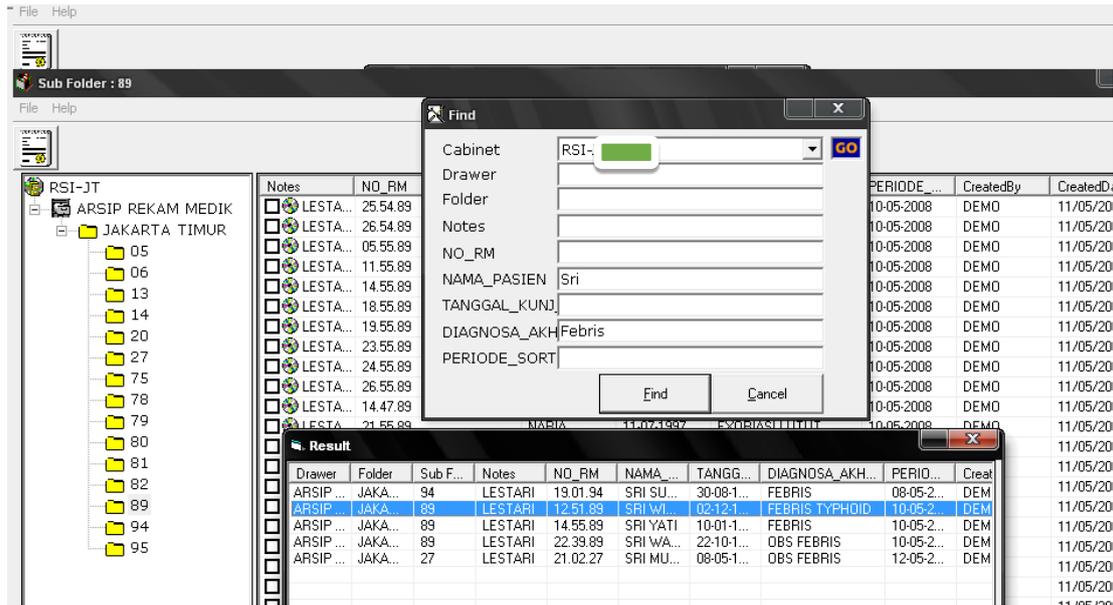
Image dalam satu berkas:



Gambar 6.18 Gambaran *Image* Rekam Medis

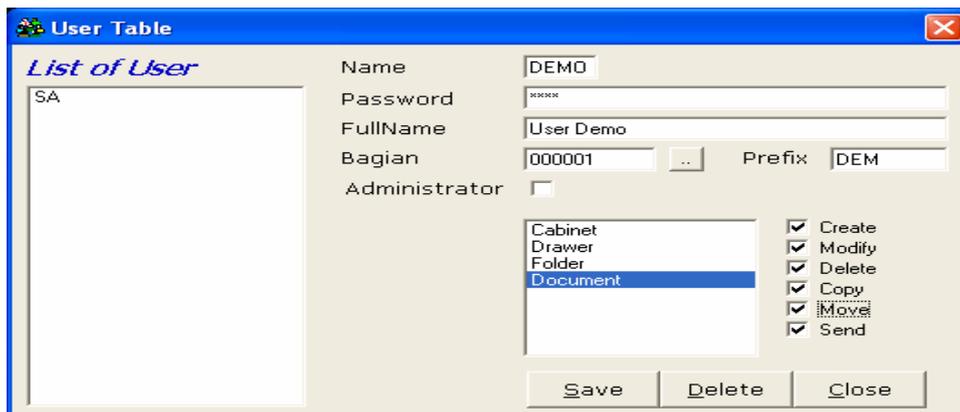


Gambar 6.19 *Image* bisa dicetak

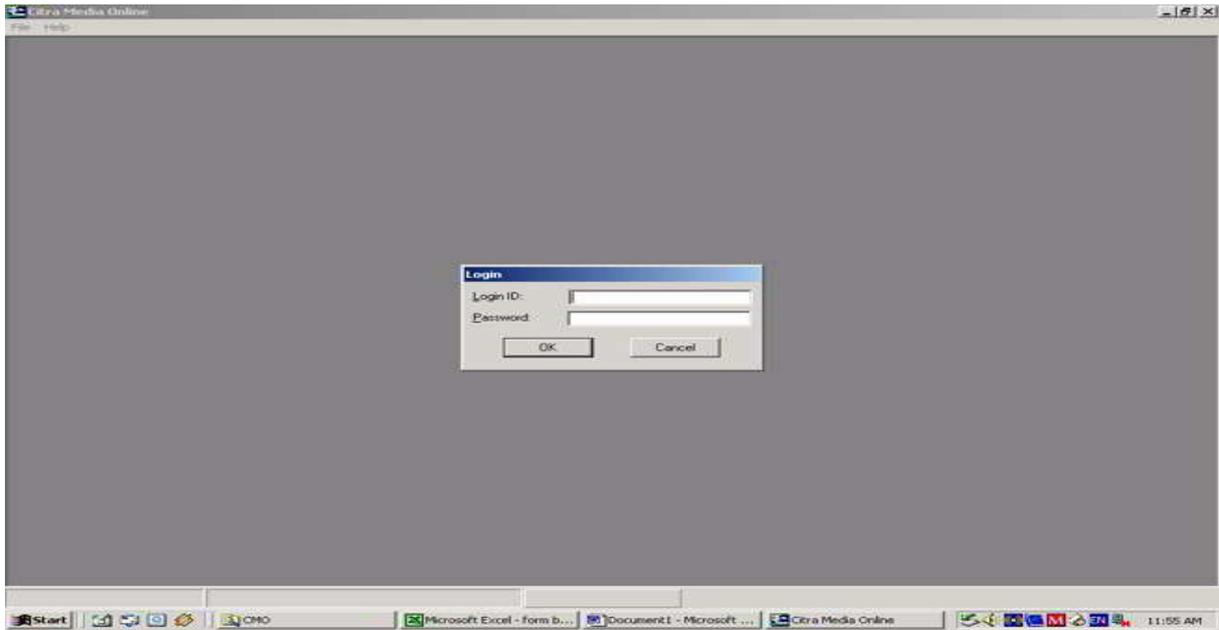


Gambar 6.20 Pencarian Berdasarkan Nama Dan Diagnosa

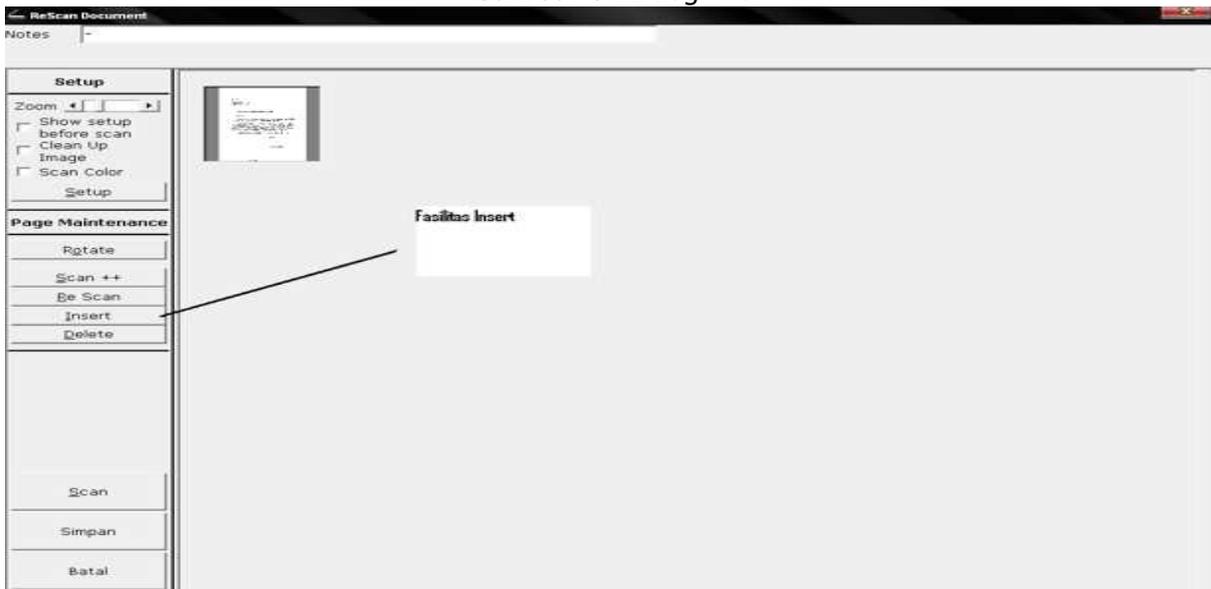
- Keamanan dokumen makin terkontrol dengan akses yang bisa dikontrol dan file yang di enkripsi (diproses menjadi file khusus dengan tingkat kewanaman yang tinggi) sehingga hanya bisa dibuka oleh orang yang berwenang. File hasil alih media inaktif bisa disisipkan dengan file yang baru dengan fasilitas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



Gambar 6.21 Data User



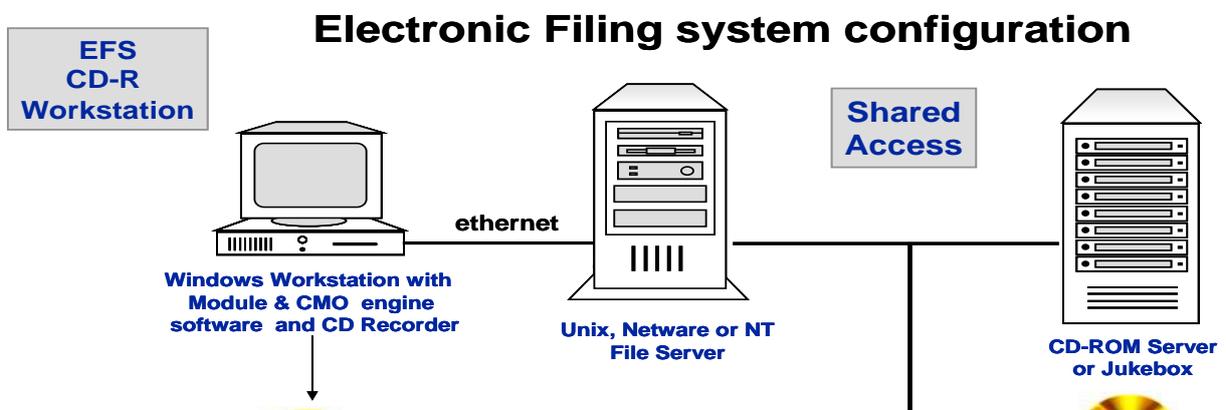
Gambar 6.22 Login Id



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.



Gambar 6.24 *Electronic Filing System Configuration*



Gambar 6.25. Proses Alih Media

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

BAB IV

PENYIMPANAN, PEMUSNAHAN, DAN KERAHASIAAN

Pasal 8

- (1) Rekam medis pasien rawat inap di rumah sakit 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 sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilampaui, rekam medis dapat dimusnahkan, kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik.
- (3) Ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus disimpan untuk jangka waktu 10 (sepuluh) tahun terhitung dari tanggal dibuatnya ringkasan tersebut.
- (4) Penyimpanan rekam medis dan ringkasan pulang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dilaksanakan oleh petugas yang ditunjuk oleh pimpinan sarana

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 118,

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 back up
- 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

Ringkasan

Dalam mengelola penyimpanan rekam medis, system penjajaran harus ditetapkan sesuai dengan kondisi yang ada dilapangan. Penjajaran berarti menata atau menyusun rekam medis dalam rak penyimpanan dengan system yang ada diteori sehingga rapih dan mudah diambil bila diperlukan. Penjajaran ini harus dibuatkan peraturannya dalam bentuk SOP sehingga petugas rekam medis yang bertugas di bagian penyimpanan lebih tertib dalam menjalankan fungsinya.

Setiap rekam medis baru akan disimpan didalam rak penyimpanan sehingga rekam medis akan semakin banyak yang disimpan dirak, tentunya akan menyebabkan rak semakin penuh dengan rekam medis. Untuk itu perlu diatur lama waktu penyimpanan rekam medis aktif, sebagaimana tercantum dalam Permenkes no.269 tahun 2008. Untuk itu perlu dilakukan penyusutan rekam medis inaktif dan dapat dialih mediakan sehingga bila dibutuhkan mudah untuk mencarinya. Namun sayangnya, belum semua rumah sakit menggunakan alih media rekam medis untuk mengelola rekam medis inaktif sebelum dimusnahkan.

Tes 2

- 1) Tujuan dari penyusutan yang tepat adalah
 - A. Menggunakan rak penyimpanan
 - B. Menyiapkan rak rekam medis yang lama
 - C. Menambah jumlah rekam medis yang ada
 - D. Menyelamatkan rekam medis yang bernilai tinggi dan mengurangi yang tidak bernilai guna

- 2) Pengertian alih media rekam medis adalah
 - A. Komputerisasi rekam medis
 - B. Media penyimpanan rekam medis dengan menggunakan CD
 - C. Arsip rekam medis inaktif
 - D. Proses alih media dari data hardcopy ke softcopy (digital)

- 3) Jadwal retensi rekam medis inaktif kasus umum adalah
 - A. 2 tahun
 - B. 3 tahun
 - C. 4 tahun
 - D. 5 tahun

- 4) Pemilahan rekam medis inaktif, dilakukan oleh
 - A. Dokter
 - B. Perawat

- C. Petugas Rekam Medis
 - D. Petugas Rumah Tangga
- 5) Tim Penilai dalam rekam medis inaktif adalah
- A. Direktur
 - B. Manajer Medis
 - C. Komite rekam medis
 - D. Komite keperawatan
- 6) Nilai guna sekunder dalam penilaian rekam medis adalah
- A. Administrasi
 - B. Pembuktian
 - C. Hukum
 - D. Keuangan
- 7) Lembaran penting yang harus diperhatikan petugas rekam medis dalam penilaian rekam medis bernilai guna adalah
- A. Surat pengantar rawat
 - B. Lembar general consent
 - C. Lembar Informed consent
 - D. Surat Ijin pulang
- 8) Berikut formulir rekam medis yang tidak boleh dimusnahkan
- A. Surat Ijin pulang
 - B. Lembar konsultasi
 - C. Surat Pengantar rawat
 - D. Resume Medis
- 9) Komponen alih media, *kecuali*
- A. Software
 - B. Hardware
 - C. PC
 - D. Brainware
- 10) Peraturan terkait alih media adalah
- A. Permenkes no.269 tahun 2008
 - B. PP 28 TAHUN 2012
 - C. PMK 290 tahun 2008
 - D. UU no.44 tahun 2009

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) D
- 2) D
- 3) B
- 4) A
- 5) E
- 6) C
- 7) C
- 8) A
- 9) B
- 10) B

Tes 2

- 1) D
- 2) D
- 3) A
- 4) C
- 5) C
- 6) B
- 7) C
- 8) D
- 9) C
- 10) B

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*, 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.*

LAMPIRAN 1.

UNDANG-UNDANG TENTANG INFORMASI DAN TRANSAKSI ELEKTRONIK

Dalam Undang-Undang ini yang dimaksud dengan:

1. Informasi Elektronik adalah satu atau sekumpulan data elektronik, termasuk tetapi tidak terbatas pada tulisan, suara, gambar, peta, rancangan, foto, electronic data interchange (EDI), surat elektronik (electronic mail), telegram, teleks, telecopy atau sejenisnya, huruf, tanda, angka, Kode Akses, simbol, atau perforasi yang telah diolah yang memiliki arti atau dapat dipahami oleh orang yang mampu memahaminya.
2. Transaksi Elektronik adalah perbuatan hukum yang dilakukan dengan menggunakan Komputer, jaringan Komputer, dan/atau media elektronik lainnya.
3. Teknologi Informasi adalah suatu teknik untuk mengumpulkan, menyiapkan, menyimpan, memproses, mengumumkan, menganalisis, dan/atau menyebarkan informasi.
4. Dokumen Elektronik adalah setiap Informasi Elektronik yang dibuat, diteruskan, dikirimkan, diterima, atau disimpan dalam bentuk analog, digital, elektromagnetik, optikal, atau sejenisnya, yang dapat dilihat, ditampilkan, dan/atau didengar melalui Komputer atau Sistem Elektronik, termasuk tetapi tidak terbatas pada tulisan, suara, gambar, peta, rancangan, foto atau sejenisnya, huruf, tanda, angka, Kode Akses, simbol atau perforasi yang memiliki makna atau arti atau dapat dipahami oleh orang yang mampu memahaminya.
5. Sistem Elektronik adalah serangkaian perangkat dan prosedur elektronik yang berfungsi mempersiapkan, mengumpulkan, mengolah, menganalisis, menyimpan, menampilkan, mengumumkan, mengirimkan, dan/atau menyebarkan Informasi Elektronik.
6. Penyelenggaraan Sistem Elektronik adalah pemanfaatan Sistem Elektronik oleh penyelenggara negara, Orang, Badan Usaha, dan/atau masyarakat.
7. Jaringan Sistem Elektronik adalah terhubungnya dua Sistem Elektronik atau lebih, yang bersifat tertutup ataupun terbuka.
8. Agen Elektronik adalah perangkat dari suatu Sistem Elektronik yang dibuat untuk melakukan suatu tindakan terhadap suatu Informasi Elektronik tertentu secara otomatis yang diselenggarakan oleh Orang.
9. Sertifikat Elektronik adalah sertifikat yang bersifat elektronik yang memuat Tanda Tangan Elektronik dan identitas yang menunjukkan status subjek hukum para pihak dalam Transaksi Elektronik yang dikeluarkan oleh Penyelenggara Sertifikasi Elektronik.
10. Penyelenggara Sertifikasi Elektronik adalah badan hukum yang berfungsi sebagai pihak yang layak dipercaya, yang memberikan dan mengaudit Sertifikat Elektronik.
11. Lembaga Sertifikasi Keandalan adalah lembaga independen yang dibentuk oleh profesional yang diakui, disahkan, dan diawasi oleh Pemerintah dengan kewenangan mengaudit dan mengeluarkan sertifikat keandalan dalam Transaksi Elektronik.

12. Tanda Tangan Elektronik adalah tanda tangan yang terdiri atas Informasi Elektronik yang dilekatkan, terasosiasi atau terkait dengan Informasi Elektronik lainnya yang digunakan sebagai alat verifikasi dan autentikasi.
13. Penanda Tangan adalah subjek hukum yang terasosiasikan atau terkait dengan Tanda Tangan Elektronik.
14. Komputer adalah alat untuk memproses data elektronik, magnetik, optik, atau sistem yang melaksanakan fungsi logika, aritmatika, dan penyimpanan.
15. Akses adalah kegiatan melakukan interaksi dengan Sistem Elektronik yang berdiri sendiri atau dalam jaringan.
16. Kode Akses adalah angka, huruf, simbol, karakter lainnya atau kombinasi di antaranya, yang merupakan kunci untuk dapat mengakses Komputer dan/atau Sistem Elektronik lainnya.
17. Kontrak Elektronik adalah perjanjian para pihak yang dibuat melalui Sistem Elektronik.
18. Pengirim adalah subjek hukum yang mengirimkan Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik.
19. Penerima adalah subjek hukum yang menerima Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik dari Pengirim.
20. Nama Domain adalah alamat internet penyelenggara negara, Orang, Badan Usaha, dan/atau masyarakat, yang dapat digunakan dalam berkomunikasi melalui internet, yang berupa kode atau susunan karakter yang bersifat unik untuk menunjukkan lokasi tertentu dalam internet.
21. Orang adalah orang perseorangan, baik warga negara Indonesia, warga negara asing, maupun badan hukum.
22. Badan Usaha adalah perusahaan perseorangan atau perusahaan persekutuan, baik yang berbadan hukum maupun yang tidak berbadan hukum.
23. Pemerintah adalah Menteri atau pejabat lainnya yang ditunjuk oleh Presiden.

Pasal 2

Undang-Undang ini berlaku untuk setiap Orang yang melakukan perbuatan hukum sebagaimana diatur dalam Undang-Undang ini, baik yang berada di wilayah hukum Indonesia maupun di luar wilayah hukum Indonesia, yang memiliki akibat hukum di wilayah hukum Indonesia dan/atau di luar wilayah hukum Indonesia dan merugikan kepentingan Indonesia.

BAB II ASAS DAN TUJUAN

Pasal 3

Pemanfaatan Teknologi Informasi dan Transaksi Elektronik dilaksanakan berdasarkan asas kepastian hukum, manfaat, kehati-hatian, iktikad baik, dan kebebasan memilih teknologi atau netral teknologi.

Pasal 4

Pemanfaatan Teknologi Informasi dan Transaksi Elektronik dilaksanakan dengan tujuan untuk:

- a. mencerdaskan kehidupan bangsa sebagai bagian dari masyarakat informasi dunia;
- b. mengembangkan perdagangan dan perekonomian nasional dalam rangka meningkatkan kesejahteraan masyarakat;
- c. meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelayanan publik;
- d. membuka kesempatan seluas-luasnya kepada setiap Orang untuk memajukan pemikiran dan kemampuan di bidang penggunaan dan pemanfaatan Teknologi Informasi seoptimal mungkin dan bertanggung jawab; dan
- e. memberikan rasa aman, keadilan, dan kepastian hukum bagi pengguna dan penyelenggara Teknologi Informasi.

BAB III INFORMASI, DOKUMEN, DAN TANDA TANGAN ELEKTRONIK

Pasal 5

- 1) Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik dan/atau hasil cetaknya merupakan alat bukti hukum yang sah.
- 2) Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik dan/atau hasil cetaknya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan perluasan dari alat bukti yang sah sesuai dengan Hukum Acara yang berlaku di Indonesia.
- 3) Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik dinyatakan sah apabila menggunakan Sistem Elektronik sesuai dengan ketentuan yang diatur dalam Undang-Undang ini.
- 4) Ketentuan mengenai Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak berlaku untuk:
 - a. surat yang menurut Undang-Undang harus dibuat dalam bentuk tertulis; dan
 - b. surat beserta dokumennya yang menurut Undang-Undang harus dibuat dalam bentuk akta notaris atau akta yang dibuat oleh pejabat pembuat akta.

Pasal 6

Dalam hal terdapat ketentuan lain selain yang diatur dalam Pasal 5 ayat (4) yang mensyaratkan bahwa suatu informasi harus berbentuk tertulis atau asli, Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik dianggap sah sepanjang informasi yang tercantum di dalamnya dapat diakses, ditampilkan, dijamin keutuhannya, dan dapat dipertanggungjawabkan sehingga menerangkan suatu keadaan.

Pasal 7

Setiap Orang yang menyatakan hak, memperkuat hak yang telah ada, atau menolak hak Orang lain berdasarkan adanya Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik harus memastikan bahwa Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik yang ada padanya

berasal dari Sistem Elektronik yang memenuhi syarat berdasarkan Peraturan Perundang-undangan.

Pasal 8

- (1) Kecuali diperjanjikan lain, waktu pengiriman suatu Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik ditentukan pada saat Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik telah dikirim dengan alamat yang benar oleh Pengirim ke suatu Sistem Elektronik yang ditunjuk atau dipergunakan Penerima dan telah memasuki Sistem Elektronik yang berada di luar kendali Pengirim.
- (2) Kecuali diperjanjikan lain, waktu penerimaan suatu Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik memasuki Sistem Elektronik di bawah kendali Penerima yang berhak.
- (3) Dalam hal Penerima telah menunjuk suatu Sistem Elektronik tertentu untuk menerima Informasi Elektronik, penerimaan terjadi pada saat Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik memasuki Sistem Elektronik yang ditunjuk.
- (4) Dalam hal terdapat dua atau lebih sistem informasi yang digunakan dalam pengiriman atau penerimaan Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik, maka:
 - a. waktu pengiriman adalah ketika Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik memasuki sistem informasi pertama yang berada di luar kendali Pengirim;
 - b. waktu penerimaan adalah ketika Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik memasuki sistem informasi terakhir yang berada di bawah kendali Penerima.

Pasal 9

Pelaku usaha yang menawarkan produk melalui Sistem Elektronik harus menyediakan informasi yang lengkap dan benar berkaitan dengan syarat kontrak, produsen, dan produk yang ditawarkan.

Pasal 10

- (1) Setiap pelaku usaha yang menyelenggarakan Transaksi Elektronik dapat disertifikasi oleh Lembaga Sertifikasi Keandalan.
- (2) Ketentuan mengenai pembentukan Lembaga Sertifikasi Keandalan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 11

- (1) Tanda Tangan Elektronik memiliki kekuatan hukum dan akibat hukum yang sah selama memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. data pembuatan Tanda Tangan Elektronik terkait hanya kepada Penanda Tangan;
 - b. data pembuatan Tanda Tangan Elektronik pada saat proses penandatanganan elektronik hanya berada dalam kuasa Penanda Tangan;

- c. Segala perubahan terhadap Tanda Tangan Elektronik yang terjadi setelah waktu penandatanganan dapat diketahui;
 - d. segala perubahan terhadap Informasi Elektronik yang terkait dengan Tanda Tangan Elektronik tersebut setelah waktu penandatanganan dapat diketahui;
 - e. terdapat cara tertentu yang dipakai untuk mengidentifikasi siapa penandatenggaranya; dan
 - f. terdapat cara tertentu untuk menunjukkan bahwa Penanda Tangan telah memberikan persetujuan terhadap Informasi Elektronik yang terkait.
- (2) Ketentuan lebih lanjut tentang Tanda Tangan Elektronik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 12

- (1) Setiap Orang yang terlibat dalam Tanda Tangan Elektronik berkewajiban memberikan pengamanan atas Tanda Tangan Elektronik yang digunakannya.
- (2) Pengamanan Tanda Tangan Elektronik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sekurang-kurangnya meliputi:
 - a. Sistem tidak dapat diakses oleh Orang lain yang tidak berhak;
 - b. Penanda Tangan harus menerapkan prinsip kehati-hatian untuk menghindari penggunaan secara tidak sah terhadap data terkait pembuatan Tanda Tangan Elektronik;
 - c. Penanda Tangan harus tanpa menunda-nunda, menggunakan cara yang dianjurkan oleh penyelenggara Tanda Tangan Elektronik ataupun cara lain yang layak dan sepatutnya harus segera memberitahukan kepada seseorang yang oleh Penanda Tangan dianggap memercayai Tanda Tangan Elektronik atau kepada pihak pendukung layanan Tanda Tangan Elektronik jika:
 1. Penanda Tangan mengetahui bahwa data pembuatan Tanda Tangan Elektronik telah dibobol; atau
 2. Keadaan yang diketahui oleh Penanda Tangan dapat menimbulkan risiko yang berarti, kemungkinan akibat bobolnya data pembuatan Tanda Tangan Elektronik; dan
 - d. Dalam hal Sertifikat Elektronik digunakan untuk mendukung Tanda Tangan Elektronik, Penanda Tangan harus memastikan kebenaran dan keutuhan semua informasi yang terkait dengan Sertifikat Elektronik tersebut.
- (3) Setiap Orang yang melakukan pelanggaran ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bertanggung jawab atas segala kerugian dan konsekuensi hukum yang timbul.

BAB IV PENYELENGGARAAN SERTIFIKASI ELEKTRONIK DAN SISTEM ELEKTRONIK

Bagian Kesatu

Penyelenggaraan Sertifikasi Elektronik

Pasal 13

- (1) Setiap Orang berhak menggunakan jasa Penyelenggara Sertifikasi Elektronik untuk pembuatan Tanda Tangan Elektronik.
- (2) Penyelenggara Sertifikasi Elektronik harus memastikan keterkaitan suatu Tanda Tangan Elektronik dengan pemiliknya.
- (3) Penyelenggara Sertifikasi Elektronik terdiri atas:
 - a. Penyelenggara Sertifikasi Elektronik Indonesia; dan
 - b. Penyelenggara Sertifikasi Elektronik asing.
- (4) Penyelenggara Sertifikasi Elektronik Indonesia berbadan hukum Indonesia dan berdomisili di Indonesia.
- (5) Penyelenggara Sertifikasi Elektronik asing yang beroperasi di Indonesia harus terdaftar di Indonesia.
- (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai Penyelenggara Sertifikasi Elektronik sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 14

Penyelenggara Sertifikasi Elektronik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 ayat (1) sampai dengan ayat (5) harus menyediakan informasi yang akurat, jelas, dan pasti kepada setiap pengguna jasa, yang meliputi:

- a. metode yang digunakan untuk mengidentifikasi Penanda Tangan;
- b. hal yang dapat digunakan untuk mengetahui data diri pembuat Tanda Tangan Elektronik; dan
- c. hal yang dapat digunakan untuk menunjukkan keberlakuan dan keamanan Tanda Tangan Elektronik.

Bagian Kedua

Penyelenggaraan Sistem Elektronik

Pasal 15

- (1) Setiap Penyelenggara Sistem Elektronik harus menyelenggarakan Sistem Elektronik secara andal dan aman serta bertanggung jawab terhadap beroperasinya Sistem Elektronik sebagaimana mestinya.
- (2) Penyelenggara Sistem Elektronik bertanggung jawab terhadap Penyelenggaraan Sistem Elektroniknya.
- (3) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak berlaku dalam hal dapat dibuktikan terjadinya keadaan memaksa, kesalahan, dan/atau kelalaian pihak pengguna sistem Elektronik.

Pasal 16

- 1) Sepanjang tidak ditentukan lain oleh undang-undang tersendiri, setiap Penyelenggara Sistem Elektronik wajib mengoperasikan Sistem Elektronik yang memenuhi persyaratan minimum sebagai berikut:
 - a. dapat menampilkan kembali Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik secara utuh sesuai dengan masa retensi yang ditetapkan dengan Peraturan Perundang-undangan;
 - b. dapat melindungi ketersediaan, keutuhan, keotentikan, kerahasiaan, dan keteraksesan Informasi Elektronik dalam Penyelenggaraan Sistem Elektronik tersebut;
 - c. dapat beroperasi sesuai dengan prosedur atau petunjuk dalam Penyelenggaraan Sistem Elektronik tersebut;
 - d. dilengkapi dengan prosedur atau petunjuk yang diumumkan dengan bahasa, informasi, atau simbol yang dapat dipahami oleh pihak yang bersangkutan dengan Penyelenggaraan Sistem Elektronik tersebut; dan
 - e. memiliki mekanisme yang berkelanjutan untuk menjaga kebaruan, kejelasan, dan keberanggungjawaban prosedur atau petunjuk.
- 2) Ketentuan lebih lanjut tentang Penyelenggaraan Sistem Elektronik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

BAB V

TRANSAKSI ELEKTRONIK

Pasal 17

- (1) Penyelenggaraan Transaksi Elektronik dapat dilakukan dalam lingkup publik ataupun privat.
- (2) Para pihak yang melakukan Transaksi Elektronik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib beriktikad baik dalam melakukan interaksi dan/atau pertukaran Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik selama transaksi berlangsung.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai penyelenggaraan Transaksi Elektronik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 18

- (1) Transaksi Elektronik yang dituangkan ke dalam Kontrak Elektronik mengikat para pihak.
- (2) Para pihak memiliki kewenangan untuk memilih hukum yang berlaku bagi Transaksi Elektronik internasional yang dibuatnya.
- (3) Jika para pihak tidak melakukan pilihan hukum dalam Transaksi Elektronik internasional, hukum yang berlaku didasarkan pada asas Hukum Perdata Internasional.
- (4) Para pihak memiliki kewenangan untuk menetapkan forum pengadilan, arbitrase, atau lembaga penyelesaian sengketa alternatif lainnya yang berwenang menangani sengketa yang mungkin timbul dari Transaksi Elektronik internasional yang dibuatnya.

- (5) Jika pihak tidak melakukan pilihan forum sebagaimana dimaksud pada ayat (4), penetapan kewenangan pengadilan, arbitrase, atau lembaga yang berwenang menangani sengketa yang mungkin timbul dari transaksi tersebut, didasarkan pada asas Hukum Perdata Internasional.

Pasal 19

Para pihak yang melakukan Transaksi Elektronik harus menggunakan sistem Elektronik yang disepakati.

Pasal 20

- (1) Kecuali ditentukan lain oleh para pihak, Transaksi Elektronik terjadi pada saat penawaran transaksi yang dikirim Pengirim telah diterima dan disetujui Penerima.
- (2) Persetujuan atas penawaran Transaksi Elektronik sebagaimana dimaksud pada ayat 1) harus dilakukan dengan pernyataan penerimaan secara elektronik.

Pasal 21

- (1) Pengirim atau Penerima dapat melakukan Transaksi Elektronik sendiri, melalui pihak yang dikuasakan olehnya, atau melalui Agen Elektronik.
- (2) Pihak yang bertanggung jawab atas segala akibat hukum dalam pelaksanaan Transaksi Elektronik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur sebagai berikut:
 - a. jika dilakukan sendiri, segala akibat hukum dalam pelaksanaan Transaksi Elektronik menjadi tanggung jawab para pihak yang bertransaksi;
 - b. jika dilakukan melalui pemberian kuasa, segala akibat hukum dalam pelaksanaan Transaksi Elektronik menjadi tanggung jawab pemberi kuasa; atau
 - c. jika dilakukan melalui Agen Elektronik, segala akibat hukum dalam pelaksanaan Transaksi Elektronik menjadi tanggung jawab penyelenggara Agen Elektronik.
- (3) Jika kerugian Transaksi Elektronik disebabkan gagal beroperasinya Agen Elektronik akibat tindakan pihak ketiga secara langsung terhadap Sistem Elektronik, segala akibat hukum menjadi tanggung jawab penyelenggara Agen Elektronik.
- (4) Jika kerugian Transaksi Elektronik disebabkan gagal beroperasinya Agen Elektronik akibat kelalaian pihak pengguna jasa layanan, segala akibat hukum menjadi tanggung jawab pengguna jasa layanan.
- (5) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak berlaku dalam hal dapat dibuktikan terjadinya keadaan memaksa, kesalahan, dan/atau kelalaian pihak pengguna Sistem Elektronik.

Pasal 22

- (1) Penyelenggara Agen Elektronik tertentu harus menyediakan fitur pada Agen elektronik
- (2) yang dioperasikannya yang memungkinkan penggunanya melakukan perubahan informasi yang masih dalam prosestransaksi.

- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai penyelenggara Agen Elektronik tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

BAB VI

NAMA DOMAIN, HAK KEKAYAAN INTELEKTUAL, DAN PERLINDUNGAN HAK PRIBADI

Pasal 23

- (1) Setiap penyelenggara negara, Orang, Badan Usaha, dan/atau masyarakat berhak memiliki Nama Domain berdasarkan prinsip pendaftar pertama.
- (2) Pemilikan dan penggunaan Nama Domain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus didasarkan pada iktikad baik, tidak melanggar prinsip persaingan usaha secara sehat, dan tidak melanggar hak Oranglain.
- (3) Setiap penyelenggara negara, Orang, Badan Usaha, atau masyarakat yang dirugikan karena penggunaan Nama Domain secara tanpa hak oleh Orang lain, berhak mengajukan gugatan pembatalan NamaDomaindimaksud.

Pasal 24

- (1) Pengelola Nama Domain adalah Pemerintah dan/atau masyarakat.
- (2) Dalam hal terjadi perselisihan pengelolaan Nama Domain oleh masyarakat, Pemerintah berhak mengambil alih sementara pengelolaan Nama Domain yang diperselisihkan.
- (3) Pengelola Nama Domain yang berada di luar wilayah Indonesia dan Nama Domain yang diregistrasinya diakui keberadaannya sepanjang tidak bertentangan dengan Peraturan Perundangundangan.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai pengelolaan Nama Domain sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 25

Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik yang disusun menjadi karya intelektual, situs internet, dan karya intelektual yang ada di dalamnya dilindungi sebagai Hak Kekayaan Intelektual berdasarkan ketentuan PeraturanPerundang-undangan.

Pasal 26

- (1) Kecuali ditentukan lain oleh Peraturan Perundang-undangan, penggunaan setiap informasi melalui media elektronik yang menyangkut data pribadi seseorang harus dilakukan atas persetujuan Orang yang bersangkutan.
- (2) Setiap Orang yang dilanggar haknya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat mengajukan gugatan atas kerugian yang ditimbulkan berdasarkan Undang-undang ini

BAB VII PERBUATAN YANG DILARANG

Pasal 27

- (1) Setiap Orang dengan sengaja dan tanpa hak mendistribusikan dan/atau mentransmisikan dan/atau membuat dapat diaksesnya Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik yang memiliki muatan yang melanggar kesusilaan.
- (2) Setiap Orang dengan sengaja dan tanpa hak mendistribusikan dan/atau mentransmisikan dan/atau membuat dapat diaksesnya Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik yang memiliki muatan perjudian.
- (3) Setiap Orang dengan sengaja dan tanpa hak mendistribusikan dan/atau mentransmisikan dan/atau membuat dapat diaksesnya Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik yang memiliki muatan penghinaan dan/atau pencemaran nama baik.
- (4) Setiap Orang dengan sengaja dan tanpa hak mendistribusikan dan/atau mentransmisikan dan/atau membuat dapat diaksesnya Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik yang memiliki muatan pemerasan dan/atau pengancaman.

Pasal 28

- (1) Setiap Orang dengan sengaja dan tanpa hak menyebarkan berita bohong dan menyesatkan yang mengakibatkan kerugian konsumen dalam Transaksi Elektronik.
- (2) Setiap Orang dengan sengaja dan tanpa hak menyebarkan informasi yang ditujukan untuk menimbulkan rasa kebencian atau permusuhan individu dan/atau kelompok masyarakat tertentu berdasarkan atas suku, agama, ras, dan antar golongan (SARA).

Pasal 29

Setiap Orang dengan sengaja dan tanpa hak mengirimkan Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik yang berisi ancaman kekerasan atau menakutkan yang ditujukan secara pribadi.

Pasal 30

- (1) Setiap Orang dengan sengaja dan tanpa hak atau melawan hukum mengakses Komputer dan/atau Sistem Elektronik milik Orang lain dengan cara apa pun.
- (2) Setiap Orang dengan sengaja dan tanpa hak atau melawan hukum mengakses Komputer dan/atau Sistem Elektronik dengan cara apa pun dengan tujuan untuk memperoleh Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik.
- (3) Setiap Orang dengan sengaja dan tanpa hak atau melawan hukum mengakses Komputer dan/atau Sistem Elektronik dengan cara apa pun dengan melanggar, menerobos, melampaui, atau menjebol system pengamanan.

Pasal 31

- (1) Setiap Orang dengan sengaja dan tanpa hak atau melawan hukum melakukan intersepsi atau penyadapan atas Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik dalam suatu Komputer dan/atau Sistem Elektronik tertentu milik Orang lain.
- (2) Setiap Orang dengan sengaja dan tanpa hak atau melawan hukum melakukan intersepsi atas transmisi Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik yang tidak bersifat publik dari, ke, dan di dalam suatu Komputer dan/atau Sistem Elektronik tertentu milik Orang lain, baik yang tidak menyebabkan perubahan apa pun maupun yang menyebabkan adanya perubahan, penghilangan, dan/atau penghentian Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik yang sedang ditransmisikan.
- (3) Kecuali intersepsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), intersepsi yang dilakukan dalam rangka penegakan hukum atas permintaan kepolisian, kejaksaan, dan/atau institusi penegak hukum lainnya yang ditetapkan berdasarkan undang-undang.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara intersepsi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 32

- (1) Setiap Orang dengan sengaja dan tanpa hak atau melawan hukum dengan cara apa pun mengubah, menambah, mengurangi, melakukan transmisi, merusak, menghilangkan, memindahkan, menyembunyikan suatu Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik milik Orang lain atau milik
- (2) Setiap Orang dengan sengaja dan tanpa hak atau melawan hukum dengan cara apa pun memindahkan atau mentransfer Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik kepada Sistem Elektronik Orang lain yang tidak berhak.
- (3) Terhadap perbuatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang mengakibatkan terbukanya suatu Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik yang bersifat rahasia menjadi dapat diakses oleh publik dengan keutuhan data yang tidak sebagaimana mestinya.

Pasal 33

Setiap Orang dengan sengaja dan tanpa hak atau melawan hukum melakukan tindakan apa pun yang berakibat terganggunya Sistem Elektronik dan/atau mengakibatkan Sistem Elektronik menjadi tidak bekerja sebagaimana mestinya.

Pasal 34

- (1) Setiap Orang dengan sengaja dan tanpa hak atau melawan hukum memproduksi, menjual, mengadakan untuk digunakan, mengimpor, mendistribusikan, menyediakan, atau memiliki:

- a. perangkat keras atau perangkat lunak Komputer yang dirancang atau secara khusus dikembangkan untuk memfasilitasi perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27 sampai dengan Pasal 33;
 - b. sandi lewat Komputer, Kode Akses, atau hal yang sejenis dengan itu yang ditujukan agar Sistem Elektronik menjadi dapat diakses dengan tujuan memfasilitasi perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27 sampai dengan Pasal 33.
- (2) *Tindakan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan tindak pidana jika ditujukan untuk melakukan kegiatan penelitian, pengujian Sistem Elektronik, untuk perlindungan Sistem Elektronik itu sendiri secara sah dan tidak melawan hukum.*

Pasal 35

Setiap Orang dengan sengaja dan tanpa hak atau melawan hukum melakukan manipulasi, penciptaan, perubahan, penghilangan, pengrusakan Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik dengan tujuan agar Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik tersebut dianggap seolah-olah data yang otentik.

Pasal 36

Setiap Orang dengan sengaja dan tanpa hak atau melawan hukum melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27 sampai dengan Pasal 34 yang mengakibatkan kerugian bagi Orang lain.

Pasal 37

Setiap Orang dengan sengaja melakukan perbuatan yang dilarang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27 sampai dengan Pasal 36 di luar wilayah Indonesia terhadap Sistem Elektronik yang berada di wilayah yurisdiksi Indonesia.

BAB VIII PENYELESAIAN SENGKETA

Pasal 38

- (1) Setiap Orang dapat mengajukan gugatan terhadap pihak yang menyelenggarakan Sistem Elektronik dan/atau menggunakan Teknologi Informasi yang menimbulkan kerugian.
- (2) Masyarakat dapat mengajukan gugatan secara perwakilan terhadap pihak yang menyelenggarakan Sistem Elektronik dan/atau menggunakan Teknologi Informasi yang berakibat merugikan masyarakat, sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Pasal 39

- (1) Gugatan perdata dilakukan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (2) Selain penyelesaian gugatan perdata sebagaimana dimaksud pada ayat (1), para pihak dapat menyelesaikan sengketa melalui arbitrase, atau lembaga penyelesaian sengketa alternatif lainnya sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

BAB IX

PERAN PEMERINTAH DAN PERAN MASYARAKAT

Pasal 40

- (1) Pemerintah memfasilitasi pemanfaatan Teknologi Informasi dan Transaksi Elektronik sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (2) Pemerintah melindungi kepentingan umum dari segala jenis gangguan sebagai akibat penyalahgunaan Informasi Elektronik dan Transaksi Elektronik yang mengganggu ketertiban umum, sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (3) Pemerintah menetapkan instansi atau institusi yang memiliki data elektronik strategis yang wajib dilindungi.
- (4) Instansi atau institusi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) harus membuat Dokumen Elektronik dan rekam cadang elektroniknya serta menghubungkannya ke pusat data tertentu untuk kepentingan pengamanan data.
- (5) Instansi atau institusi lain selain diatur pada ayat (3) membuat Dokumen Elektronik dan rekam cadang elektroniknya keperluan perlindungan data yang dimilikinya.
- (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai peran Pemerintah sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 41

- (1) Masyarakat dapat berperan meningkatkan pemanfaatan Teknologi Informasi melalui penggunaan dan Penyelenggaraan Sistem Elektronik dan Transaksi Elektronik sesuai dengan ketentuan Undang-Undang ini.
- (2) Peran masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diselenggarakan melalui lembaga yang dibentuk oleh masyarakat.
- (3) Lembaga sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat memiliki fungsi konsultasi dan mediasi.

BAB X

PENYIDIKAN

Pasal 42

Penyidikan terhadap tindak pidana sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang ini, dilakukan berdasarkan ketentuan dalam Hukum Acara Pidana dan ketentuan dalam Undang-Undang ini.

Pasal 43

- (1) Selain Penyidik Pejabat Polisi Republik Indonesia, Pejabat Pegawai Negeri Sipil tertentu di lingkungan Pemerintah yang lingkup tugas dan tanggung jawabnya di bidang Teknologi Informasi dan Transaksi Elektronik diberi wewenang khusus sebagai penyidik sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang tentang Hukum Acara Pidana untuk melakukan penyidikan tindak pidana di bidang Teknologi Informasi dan Transaksi Elektronik.
- (2) Penyidikan di bidang Teknologi Informasi dan Transaksi Elektronik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan memperhatikan perlindungan terhadap privasi, kerahasiaan, kelancaran layanan publik, integritas data, atau keutuhan data sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (3) Penggeledahan dan/atau penyitaan terhadap sistem elektronik yang terkait dengan dugaan tindak pidana harus dilakukan atas izin ketua pengadilan negeri setempat.
- (4) Dalam melakukan penggeledahan dan/atau penyitaan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), penyidik wajib menjaga terpeliharanya kepentingan pelayanan umum.
- (5) Penyidik Pegawai Negeri Sipil sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berwenang:
 - a. menerima laporan atau pengaduan dari seseorang tentang adanya tindak pidana berdasarkan ketentuan Undang-Undang ini;
 - b. memanggil setiap Orang atau pihak lainnya untuk didengar dan/atau diperiksa sebagai tersangka atau saksi sehubungan dengan adanya dugaan tindak pidana di bidang terkait dengan ketentuan Undang-Undang ini;
 - c. melakukan pemeriksaan atas kebenaran laporan atau keterangan berkenaan dengan tindak pidana berdasarkan ketentuan Undang-Undang ini;
 - d. melakukan pemeriksaan terhadap Orang dan/atau Badan Usaha yang patut diduga melakukan tindak pidana berdasarkan Undang-Undang ini;
 - e. melakukan pemeriksaan terhadap alat dan/atau sarana yang berkaitan dengan kegiatan Teknologi Informasi yang diduga digunakan untuk melakukan tindak pidana berdasarkan Undang-Undang ini;
 - f. melakukan penggeledahan terhadap tempat tertentu yang diduga digunakan sebagai tempat untuk melakukan tindak pidana berdasarkan ketentuan Undang-Undang ini;
 - g. melakukan penyegelan dan penyitaan terhadap alat dan atau sarana kegiatan Teknologi Informasi yang diduga digunakan secara menyimpang dari ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
 - h. meminta bantuan ahli yang diperlukan dalam penyidikan terhadap tindak pidana berdasarkan Undang-Undang ini; dan/atau
 - i. mengadakan penghentian penyidikan tindak pidana berdasarkan Undang-Undang ini sesuai dengan hukum acara pidana yang berlaku.

- (6) Dalam hal melakukan penangkapan dan penahanan, penyidik melalui penuntut umum wajib meminta penetapan ketua pengadilan negeri setempat dalam waktu satu kali dua puluh empat jam.
- (7) Penyidik Pegawai Negeri Sipil sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkoordinasi dengan Penyidik Pejabat Polisi Negara Republik Indonesia memberitahukan dimulainya penyidikan dan menyampaikan hasilnya kepada penuntut umum.
- (8) Dalam rangka mengungkap tindak pidana Informasi Elektronik dan Transaksi penyidik dapat berkerja sama dengan penyidik negara lain untuk berbagi informasi dan alat bukti.

Pasal 44

Alat bukti penyidikan, penuntutan dan pemeriksaan di sidang pengadilan menurut ketentuan Undang-Undang ini adalah sebagai berikut:

- a. alat bukti sebagaimana dimaksud dalam ketentuan Perundang-undangan; dan
- b. alat bukti lain berupa Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 1 angka 1 dan angka 4 serta Pasal 5 ayat (1), ayat (2), dan ayat (3)

BAB XI KETENTUAN PIDANA

Pasal 45

- (1) Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud Pasal 27 ayat (1), ayat (2), ayat (3), atau ayat (4) dipidana dengan pidana penjara paling lama 6 (enam) tahun dan/atau denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
- (2) Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 28 ayat (1) atau ayat (2) dipidana dengan pidana penjara paling lama 6 (enam) tahun dan/atau denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
- (3) Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 dipidana dengan pidana penjara paling lama 12 (dua belas) tahun dan/atau denda paling banyak Rp2.000.000.000,00 (dua miliar rupiah).

Pasal 46

- (1) Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 6 (enam) tahun dan/atau denda banyak Rp600.000.000,00 (enam ratus juta rupiah).
- (2) Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 ayat 2) dipidana dengan pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp700.000.000,00 (tujuh ratus juta rupiah).
- (3) Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 ayat (3) dipidana dengan pidana penjara paling lama 8 (delapan) tahun dan/atau denda paling banyak Rp800.000.000,00 (delapan ratus juta rupiah)

Pasal 47

Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 31 ayat atau ayat (2) dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp800.000.000,00 (delapan ratus juta rupiah).

Pasal 48

- (1) Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 32 ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 8 (delapan) tahun dan/atau denda paling banyak Rp2.000.000.000,00 (dua miliar rupiah).
- (2) Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 32 ayat (2) dipidana dengan pidana penjara paling lama 9 (sembilan) tahun dan/atau denda paling banyak Rp3.000.000.000,00 (tiga miliar rupiah).
- (3) Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 32 ayat (3) dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).

Pasal 49

Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp10.000.000.000,00 (sepuluh miliar rupiah).

Pasal 50

Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 34 ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp10.000.000.000,00 (sepuluh miliar rupiah).

Pasal 51

- (1) Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 35 dipidana dengan pidana penjara paling lama 12 (dua belas) tahun dan/atau denda paling banyak Rp12.000.000.000,00 (dua belas miliar rupiah).
- (2) Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 dipidana dengan pidana penjara paling lama 12 (dua belas) tahun dan/atau denda paling banyak Rp12.000.000.000,00 (dua belas miliar rupiah).

Pasal 52

- (1) Dalam hal tindak pidana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27 ayat (1) menyangkut kesusilaan atau eksploitasi seksual terhadap anak dikenakan pemberatan sepertiga dari pidana pokok.
- (2) Dalam hal perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 sampai dengan Pasal 37 ditujukan terhadap Komputer dan/atau Sistem Elektronik serta Informasi Elektronik

dan/atau Dokumen Elektronik milik Pemerintah dan/atau yang digunakan untuk layanan publik dipidana dengan pidana pokok ditambah sepertiga.

- (3) Dalam hal perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 sampai dengan Pasal 37 ditujukan terhadap Komputer dan/atau Sistem Elektronik serta Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik milik Pemerintah dan/atau badan strategis termasuk dan tidak terbatas pada pertahanan, bank sentral, perbankan, keuangan, lembaga internasional, otoritas penerbangan diancam dengan pidana maksimal ancaman pidana pokok masing-masing Pasal ditambah dua pertiga. Dalam hal tindak pidana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27 sampai dengan Pasal 37 dilakukan oleh korporasi dipidana dengan pidana pokok ditambah dua pertiga.

BAB XII

KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 53

Pada saat berlakunya Undang-Undang ini, semua Peraturan Perundang-undangan dan kelembagaan yang berhubungan dengan pemanfaatan Teknologi Informasi yang tidak bertentangan dengan Undang-Undang ini dinyatakan tetap berlaku.

BAB XIII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 54

- (1) Undang-Undang ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.
(2) Peraturan Pemerintah harus sudah ditetapkan paling lama 2 (dua) tahun setelah diundangkannya Undang-Undang ini. Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Undang-Undang ini dengan penempatannya dalam Lembaran Negara Republik Indonesia.

Disahkan di Jakarta

pada tanggal

PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA,

SUSILO BAMBANG YUDHOYONO

Diundangkan di Jakarta

Pada tanggal

MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA,

ANDIMATTALATA

BAB VII

PRAKTIKUM REGISTRASI PENDAFTARAN DAN PELAYANAN PASIEN

Lily Widjaya, SKM., MM
Deasy Rosmaladewi, SKM., M.Kes.



Gambar 7.1 Ruang Pendaftaran Puskesmas Sewon 1, Bantul, Yogyakarta

PENDAHULUAN

Dalam Bab I, kita telah mempelajari teori bagaimana alur dan prosedur registrasi pendaftaran dan pelayanan pasien dengan benar. Sebagai perekam medis, tentunya kita bukan hanya teori saja yang kita pahami melainkan praktik nyata juga. Bab ini adalah bab yang akan memandu Anda dalam pelaksanaan kegiatan praktikum registrasi pasien. Dimulai dari bagaimana Anda melakukan wawancara dengan pasien dan bagaimana Anda mendaftarkan pasien ke pelayanan yang dibutuhkan.

Sebagai pengingat Anda, registrasi pasien terdiri dari registrasi pendaftaran dan pelayanan pasien, baik rawat jalan, gawat darurat, dan rawat inap. Dalam registrasi pendaftaran dan pelayanan pasien rawat jalan Anda akan melakukan identifikasi pasien yang dimulai dari status pasien tersebut pasien baru, pasien lama, pasien rujukan, atau pasien yang datang karena keinginan sendiri. Kemudian, yang harus Anda identifikasi adalah pelayanan kesehatan apa yang dibutuhkan oleh pasien tersebut, serta cara pembayaran yang digunakan pasien. Langkah-langkah tersebut harus Anda kuasai sebelum Anda melayani pasien. Selanjutnya, untuk registrasi pendaftaran dan pelayanan pasien rawat inap, yang

akan Anda lakukan adalah identifikasi kebutuhan perawatan pasien apakah tersedia atau tidak di rumah sakit. Kemudian, bagaimana cara pembayaran perawatan pasien, bila pasien menggunakan asuransi bagaimana proses untuk kelengkapan klaim akan menjadi perhatian khusus yang tidak boleh terlewat. Selain itu, Anda juga melakukan prosedur pasien pulang rawat ketika pasien dinyatakan sembuh, pindah rumah sakit, atau pulang paksa.

Selain melakukan identifikasi pasien, Anda juga harus bisa menyiapkan alat-alat yang akan dibutuhkan dalam kegiatan registrasi pasien, misalnya kartu berobat, Indeks utama pasien, map rekam medis, formulir rekam medis rawat jalan, informasi jadwal praktek dokter, informasi jenis asuransi yang bekerja sama dengan pelayanan kesehatan dan pemanfaatan asuransi, penggunaan alat asuransi yang tersedia untuk memudahkan klaim, dan persyaratan yang ditentukan asuransi kesehatan.

Setelah melakukan praktikum ini, maka Anda diharapkan dapat :

1. Melakukan komunikasi efektif didalam pelayanan kesehatan.
2. Menggambarkan alur pasien dan rekam medis.
3. Memperagakan cara penulisan penamaan pasien.
4. Memperagakan cara pemberian nomor rekam medis pasien.
5. Memperagakan cara mendaftarkan pasien baru dan lama rawat jalan.
6. Memperagakan cara mendaftarkan pasien rawat inap.

Kegiatan praktikum dalam bab ini meliputi:

1. Registrasi pendaftaran dan pelayanan pasien rawat jalan/ gawat darurat.
2. Registrasi pendaftaran dan pelayanan pasien rawat inap.

Kegiatan Praktikum 1

Registrasi Pendaftaran dan Pelayanan Pasien Rawat Jalan/Gawat Darurat

Sebelum Anda melakukan Kegiatan Praktikum 1, yang perlu Anda persiapkan adalah alat-alat yang dibutuhkan dalam melakukan registrasi rawat jalan/gawat darurat:

1. Kartu berobat;
2. Kartu asuransi/BPJS;
3. Ktp/ektp;
4. Buku registrasi rawat jalan/gawat darurat;
5. Daftar praktik dokter;
6. Formulir rekam medis pasien baru;
7. Map rekam medis;
8. Kartu indeks pasien;
9. Master indeks pasien;
10. Bukti registrasi;
11. *Outguide/tracer*;
12. Bon pinjam;
13. Pesawat telepon;
14. Alat tulis.

Praktikum registrasi pasien rawat jalan/gawat darurat ini dilakukan oleh 2 mahasiswa, masing-masing berperan sebagai petugas pendaftaran dan pasien. Adapun langkah-langkah dalam kegiatan praktikum ini sebagai berikut:

A. MELAKUKAN KOMUNIKASI EFEKTIF

Anda akan berkomunikasi dengan berbagai karakter pasien, tentunya Anda harus memiliki kemampuan berkomunikasi yang baik agar pesan yang Anda sampaikan dapat diterima dan dimengerti oleh pasien. Petugas pendaftaran sebagai pintu gerbang masuk ke rumah sakit memerlukan keterampilan komunikasi agar "*kesan pertama menggoda, selanjutnya terserah Anda*", makna dari ungkapan ini adalah Anda sebagai orang pertama yang ditemui pasien untuk mendapatkan informasi pelayanan yang bisa didapat di rumah sakit Anda menjadikan kesan pertama buat pasien, jadi jika Anda melayani pasien dengan sikap yang ramah, sopan, tertib dan tanggung jawab, tentu pasien akan menjadikan rumah sakit Anda sebagai tempat pelayanan kesehatan yang dicari dan akan selalu dijadikan tempat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan pasien.

Kepuasan yang didapat dari pelayanan Anda di pendaftaran akan disampaikan kekerabat pasien, begitupula sebaliknya jika Anda kurang baik dalam memberikan pelayanan akan menjadi bahan pembicaraan dan saat ini aktifnya media sosial yang ada dimasyarakat membuat berita dapat menyebar secara luas.

Agar hal negatif tersebut dihindari, dalam melakukan komunikasi ketika melakukan pendaftaran kita menggunakan komunikasi efektif dengan tehnik 3S1T yaitu Senyum, Salam, Sapa dan diakhiri Terima Kasih, adapun caranya sebagai berikut:



- **Senyum**, posisi bibir Anda senyum.
- **Salam**, ucapkan assalamualaikum/ selamat pagi/sore/malam.
- **Sapa**, dengan menggunakan kalimat tanya “apakah ada yang bisa dibantu?” kemudian beri informasi dan pelayanan sesuai kebutuhan pasien.
- **Ucapkan terima kasih**, tunjukkan ruang tunggu dan arah klinik pasien sebagai pengakhir percakapan.

Gambar 7.2

Cara melakukan 3S1T

Selanjutnya, yang perlu Anda lakukan dalam berkomunikasi efektif adalah gerakan yang benar. Berikut ini adalah peragaan komunikasi efektif. Dalam 3S1T, S yang pertama adalah **Sapa**. Hal-hal yang perlu Anda perhatikan dalam menyapa pasien:

1. Di tempat pendaftaran pasien, Anda bertatap muka langsung dengan pasien dan dapat melihat kondisi pasien secara kasat mata. Jika Anda melihat kondisi pasien lemah tentu Anda harus arahkan dulu untuk mendapat pertolongan pertama di unit gawat darurat, baru kemudian melakukan proses pendaftaran. Bila pasien gawat darurat tidak ditemani oleh anggota keluarga lainnya maka petugas pendaftaran mendatangi pasien untuk melakukan wawancara dengan melihat identitas yang dibawa pasien. Disini Anda belajar peduli dengan kondisi disekitar Anda.
2. Ketika Anda melakukan identifikasi pasien, hasil identifikasi tersebut menyatakan bahwa pasien perlu untuk berobat jalan. Maka yang harus Anda lakukan selanjutnya adalah menanyakan apakah pasien membawa surat rujukan. Surat rujukan ini berfungsi sebagai alat komunikasi untuk kelanjutan pengobatan pasien yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan tingkat I (Faskes I). Faskes I, dapat berasal dari puskesmas, klinik, praktik dokter dan praktek bidan. Bila ada, Anda melihat tujuan pelayanan kesehatan yang tertera dalam surat rujukan, apakah tersedia pelayanan kesehatan tersebut atau tidak. Bila pelayanan kesehatan tersebut tersedia, langkah selanjutnya Anda perlu mengidentifikasi sesuai jenis kedatangan pasien apakah pasien baru atau pasien lama.

B. REGISTRASI PENDAFTARAN PASIEN BARU

Setelah melakukan komunikasi efektif, yang perlu Anda lakukan selanjutnya adalah mengumpulkan data, menyiapkan indeks utama pasien, membuat kartu berobat dan menyiapkan rekam medis pasien baru. Langkah-langkah dalam melakukan registrasi pendaftaran pasien baru, sebagai berikut:

1. Siapkan formulir pasien baru dan berilah penjelasan cara mengisi biodata pasien

Cara mengisi biodata :

- a) Isilah biodata sesuai dengan KTP/ e-KTP/SIM/PASPOR
- b) Tulis dengan menggunakan huruf kapital/ huruf besar
- c) Beri tanda ceklist (v) pada pertanyaan pilihan yaitu
 - Jenis kelamin
 - Agama
 - Status perkawinan
 - Pendidikan terakhir
 - Pekerjaan
 - Kewarganegaraan
 - Cara pembayaran
 - Klinik yang dituju

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 7.3
Formulir Pendaftaran Pasien Baru

2. Setelah biodata diisi oleh pasien, cek kelengkapan biodata dengan identitas yang dibawa pasien (KTP/eKTP/SIM/PASPOR).
3. Jika cara pembayaran menggunakan asuransi/ jaminan kesehatan, maka perlu diperhatikan persyaratan klaim yang berlaku dan cek kelengkapan dokumen klaim. Perhatikan juga masa berlaku kartu asuransi/ jaminan kesehatan, identitas kepemilikan kartu asuransi/ jaminan kesehatan, pemanfaatan dari asuransi/ jaminan kesehatan pasien atau catatan penting lainnya yang berlaku dalam asuransi/ jaminan kesehatan, misalnya:
 - Penyakit konginetal/ bawaan, umumnya asuransi tidak menjamin
 - Penyakit yang berhubungan dengan kecantikan
 - Untuk pasien dengan paritas kehamilan ke 4 dan seterusnya tidak dijamin

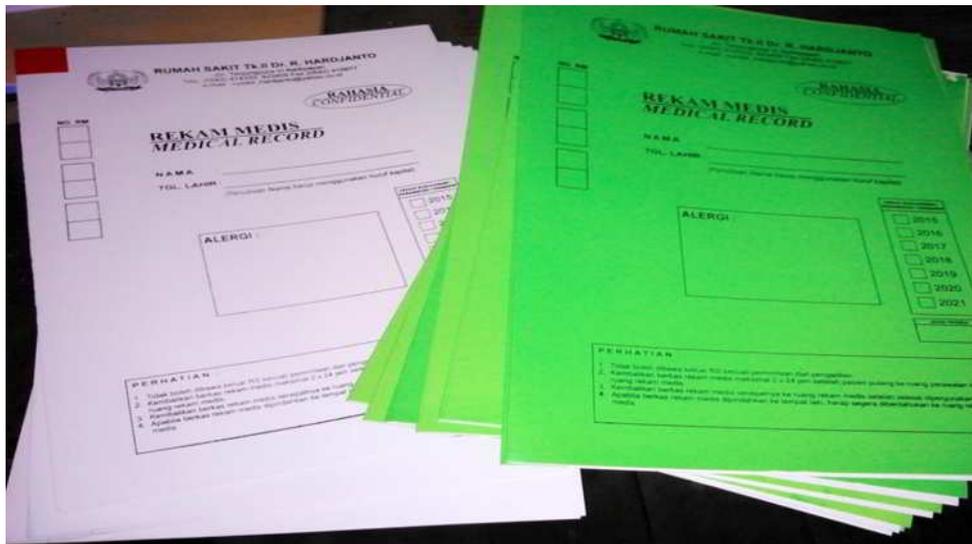
4. Buatlah indeks utama pasien. Silakan Anda buka kembali Bab III. Sistem Pengolahan Data.
5. Siapkan buku register pendaftaran pasien rawat jalan (gambar 7.4), registrasi pasien dapat dilakukan dengan cara manual maupun elektronik. Cara pengisian buku register pasien rawat jalan dapat dilihat pada Bab II. Registrasi Pendaftaran dan Pelayanan Pasien.
6. Tulislah biodata pasien sesuai data yang ada di dalam buku register pasien rawat jalan, dalam menulis kolom nama sesuaikan dengan sistem penamaan dengan menggunakan penulisan nama keluarga. Untuk memahami praktek sistem penamaan buka kembali Bab I. Sistem Pengumpulan Data.
7. Setelah biodata disimpan maka akan didapat nomor rekam medis pasien baru. Nomor rekam medis pasien baru didapat dari bank nomor, Anda menyiapkan nomor-nomor baru secara berurutan ketika ada pasien baru maka Anda mengambil nomor baru yang belum terpakai sebagai nomor rekam medis pasien.
Disini Anda akan mempraktikkan 3 cara pemberian nomor rekam medis pasien yaitu ***Unit Numbering System, Serial Numbering System, Atau Seri Unit Numbering System***, Anda dapat lihat pada Bab IV. Sistem Pengarsipan Rekam Medis.

BUKU REGISTRASI PASIEN RAWAT JALAN

No. Urut	Tgl/ Bln	No.RM	Nama	Alamat	Pekerjaan	Agama	Pendidikan	Umur		Pengunjung		Cara Pembayaran							Keterangan	
								L	P	Baru	Ulang	Membayar	Asuransi			Gratis				
													JKN	Asuransi lain	Kontrak	Lainnya	Kerugianan	Relasi		Tidak Mampu
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

Gambar 7.4
 Buku Registrasi Pendaftaran Pasien Rawat Jalan

8. Setelah pasien mendapat nomor rekam medis, tulis nomor rekam medis pada lembar formulir pendaftaran pasien baru.
9. Buatlah kartu berobat pasien, kemudian serahkan pada pasien/ keluarga pasien.
10. Berikan nomor antrian sesuai pelayanan yang dibutuhkan.
11. Proses pendaftaran pasien selesai. Tanyakan pada pasien “apakah ada yang ingin ditanyakan?” bila tidak ada, ucapkan “terima kasih, silahkan tunggu di ruang X (sesuai dengan pelayanan yang dituju)”.
12. Siapkan rekam medis pasien baru, ambil map rekam medis pasien, kemudian tuliskan nama sesuai sistem penamaan misalnya *family name* dan nomor rekam medis pasien (gambar 7.5)
13. Siapkan Formulir rekam medis rawat jalan, sebagai berikut:
 - a. Formulir Ringkasan Riwayat Klinik (Gambar 7.6);
 - b. Formulir Ringkasan Klinis Rawat jalan (Gambar 7.7);
 - c. Lembar Tempelan untuk surat rujukan (bila ada);
 - d. Formulir Pasien gawat darurat, terdiri dari asesmen dokter dan perawat;
 - e. Formulir Konsultasi, permintaan penunjang medis ada di setiap ruang pelayanan poliklinik.
14. Kemudian lengkapi pengisian formulir ringkasan riwayat klinik
15. Antar rekam medis ke pelayanan kesehatan yang dituju.



Gambar 7.5
Rekam Medis

 RINGKASAN RIWAYAT KLINIK			NO.RM		
NAMA LENGKAP:			NAMA AYAH		
TEMPAT DAN TANGGAL LAHIR :	UMUR :	JENIS KELAMIN :	NO KTP :	STATUS :	
ALAMAT LENGKAP:			AGAMA :	PENDIDIKAN :	
			PEKERJAAN :		
NAMA PENANGGUNG JAWAB:	NAMA KANTOR:		ALAMAT KANTOR:		
NAMA IBU:		NAMA SUAMI/ISTRI:			
NAMA YANG DAPAT DIHUBUNGI:	HUBUNGAN:		ALAMAT/TELP:		
PERUBAHAN ALAMAT (BILA TERJADI)					
TGL	KLINIK	DIAGNOSA	NO KODE	CATATAN LAIN-LAIN	DOKTER

Gambar 7.6
Formulir Ringkasan Riwayat Klinik

RM 2/RJ/VIII/2017

 <p>RINGKASAN KLINIS RAWAT JALAN</p>		Nama Pasien : _____ No.RM : _____ Tgl.Lahir : _____ Jenis Kelamin : <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan Tanggal Datang : _____ / _____		
		Tanggal Datang	Klinik yang dituju	Terapi dan Diagnosa

Gambar 7.7
Formulir Ringkasan Klinis Rawat jalan

C. REGISTRASI PENDAFTARAN PASIEN LAMA

Pada praktikum registasi pendaftaran pasien lama rawat jalan, Anda tidak perlu membuat rekam medis pasien, langkah yang dilakukan adalah:

1. Anda meminta kartu berobat pasien
2. Bila pasien tidak membawa kartu berobat, maka cari pada kartu indeks utama pasien/ IUP, Bila nomor sudah ditemukan cocokkan dengan identitas pasien (KTP/eKTP/SIM/PASPOR)
3. Jika cara pembayaran menggunakan asuransi/ jaminan kesehatan, maka perlu diperhatikan persyaratan klaim yang berlaku dan cek kelengkapan dokumen klaim. Perhatikan masa berlaku kartu asuransi/ jaminan kesehatan, identitas kepemilikan kartu asuransi/ jaminan kesehatan, Pemanfaatan dari asuransi/ jaminan kesehatan pasien. Atau Catatan penting lainnya yang berlaku di asuransi/ jaminan kesehatan, misalnya:
 - a. Penyakit konginetal/ bawaan umumnya asuransi tidak menjamin
 - b. Penyakit yang berhubungan dengan kecantikan
 - c. Untuk pasien dengan paritas kehamilan ke 4 dan seterusnya tidak dijamin
4. Anda memperbaharui data pada indeks utama pasien, bila ada perubahan data
5. Siapkan buku register pasien rawat jalan, registrasi pasien dapat dilakukan dengan cara manual maupun elektronik. Cara pengisian buku register pasien rawat jalan dapat dilihat pada Bab II. Sistem Pengumpulan Data Pasien
6. Tulis data pasien ke dalam buku register pasien rawat jalan, dalam menulis kolom nama sesuaikan dengan sistem penamaan, praktekkan dengan menggunakan penulisan nama keluarga/ **family name**.
7. Proses pendaftaran pasien lama selesai, tanyakan apakah ada lagi yang ingin ditanyakan bila tidak ucapkan terima kasih, silahkan tunggu di ruang X (sesuai pelayanan yang dituju).
8. Buatlah Bon pinjam dan masukkan kedalam *Outguide/ Tracer*. Materi Bon pinjam dan *Outguide/ Tracer* dapat Anda baca kembali pada Bab V. Sistem Distribusian Rekam Medis.

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

Gambar 7.8
Bon pinjam



Gambar 7.9
Outguide/ Tracer

9. Anda menyerahkan *Outguide/ Tracer* ke petugas penyimpanan rekam medis, bila sudah komputerisasi maka bon pinjam akan tercetak di ruang penyimpanan dan petugas penyimpanan akan memasukkan bon pinjam tersebut ke dalam *outguide/tracer*.

D. REGISTRASI PELAYANAN PASIEN

Pada praktikum registrasi pelayanan Anda akan mempraktekkan cara pengisian ke dalam buku registrasi pelayanan pasien di Poliklinik. Untuk lebih jelasnya silahkan Anda buka Bab 2 dengan Topik 1 tentang Registrasi Pendaftaran dan pelayanan Rawat jalan.

Langkah-langkah dalam praktikum registrasi pelayanan pasien di klinik rawat jalan:

1. Kolom1: **No Urut**, diisi dengan nomor urutan pendaftaran pasien yang pertama mendaftar pada hari tersebut sampai akhir pelayanan pada hari tersebut.
2. Kolom 2: **Tgl/ Bulan**, diisi dengan tanggal dan bulan pasien tersebut mendaftar untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
3. Kolom 3: **Nomor Rekam Medis**, diisi dengan nomor rekam medis pasien tersebut.
4. Kolom 4: **Nama**, diisi dengan nama lengkap pasien sesuai dengan KTP/ identitas lainnya dengan menggunakan sistem penamaan sesuai kebijakan RS.
5. 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 jadi tidak sesuai dengan KTP/ identitas lainnya.
6. Kolom **umur** terdiri dari:
 - a. Kolom 6: Umur (L), diisi dengan umur pasien yang sesuai dengan tanggal lahir, bulan dan tahun pasien dilahirkan dengan jenis kelamin laki-laki.
 - b. Kolom 7: Umur (P), diisi dengan umur pasien yang sesuai dengan tanggal lahir, bulan dan tahun pasien dilahirkan dengan jenis kelamin perempuan.
7. Kolom 8: **Pekerjaan**, diisi dengan pekerjaan pasien antara lain Karyawan Swasta, PNS, Ibu Rumah Tangga, Pelajar, Mahasiswa.
8. Kolom **Cara kunjungan ke rumah sakit**, dapat diisi dengan memilih bagaimana pasien datang ke RS antara lain:
 - a. Kolom 9: Datang sendiri
 - b. Kolom 10: Dikirim oleh dokter/ dokter spesialis
 - c. Kolom 11: Rujukan Puskesmas
 - d. Kolom 12: Rujukan RS
 - e. Kolom 13: Konsul rawat jalan
 - f. Kolom 14: Lain-lain diisi dengan hal-hal yang dianggap penting yang belum ada pada kolom sebelumnya
9. Kolom **Jenis Kunjungan** terdiri dari:
 - a. Kolom 17: Berikan tanda (v) bila pasien dirawat
 - b. Kolom 18: Berikan tanda (v) bila dirujuk
 - c. Kolom 19: Berikan tanda (v) bila pulang
 - a. Kolom 15: Berikan tanda (v) bila pasien adalah kunjungan baru
 - b. Kolom 16: Berikan tanda (v) bila pasien adalah kunjungan lama
10. Kolom **Tindak Lanjut Pelayanan** diisi dengan tindak lanjut sesudah pasien dilayani:
 - a. Kolom 20: **Bila pasien meninggal** sebelum dirawat, berikan tanda (v) bila terjadi, bila tidak (-)
 - b. Kolom 21: Bila pasien **saat datang sudah meninggal**, berikan tanda (v) bila terjadi, bila tidak (-)
 - c. Kolom 22: **Diagnosa**, diisi dengan diagnosa yang diberikan dokter untuk kasus pasien tersebut
11. Pada kolom **Kasus**, berikan tanda (v):

- a. Kolom 24: kasus pasien baru (belum pernah berobat di klinik tersebut)
- b. Kolom 25: kasus lama
12. Kolom 26: **Penyebab Luar/Kecelakaan**, diisi penyebab luar sesuai aturan ICD -10
13. Kolom 27: **Morfologi, Neoplasm**, diisi dengan penyebab luar sesuai aturan ICD -10
14. Kolom 28: **Terapi Obat**, Oral, Perianal, diisi sesuai dengan catatan rekam medis pasien pada saat itu
15. Cara **Pembayaran** terdiri dari:
 - a. Kolom 29: Bila pasien Membayar sendiri/ cash
 - b. Kolom 30: BPJS
 - c. Kolom 31: Asuransi lain (dapat dirinci sesuai dengan asuransi lain yang bekerjasama dengan RS)
 - d. Kolom 32: Kontrak (perusahaan yang bekerjasama dengan RS),
 - e. Kolom 33: Lainnya (bila diperlukan)
 - f. Kolom 34: Keringanan bila pasien membayar sendiri dengan mendapat potongan biaya
 - g. Kolom pembayaran **Gratis** terdiri dari:
 - 1) Kolom 35: Relasi, bila pasien merupakan relasi dari pimpinan rumah sakit
 - 2) Kolom 36: Tidak mampu, bila pasien tidak mampu yang menggunakan Kartu Jakarta Sehat/ Kartu lainnya yang sejenis

Kegiatan Praktikum 2

Registrasi Pendaftaran dan Pelayanan Pasien Rawat Inap

Sebelum Anda melakukan Kegiatan Praktikum 2 ini, Anda perlu mempersiapkan alat-alat yang dibutuhkan dalam melakukan Registrasi rawat inap, sebagai berikut :

1. Materi praktek registrasi
2. Surat permintaan rawat
3. Kartu berobat
4. Kartu asuransi
5. Buku registrasi rawat inap
6. Daftar kamar kosong
7. Formulir *general consent*/ persetujuan umum
8. Formulir rekam medis pasien rawat inap
9. Bukti registrasi
10. Alat tulis
11. Pesawat telepon

Masih sama dengan Kegiatan Praktikum I, Kegiatan Praktikum II juga membutuhkan 2 orang mahasiswa masing-masing berperan sebagai petugas pendaftaran rawat inap dan pasien/keluarga. Petugas pendaftaran rawat inap juga harus dapat menerapkan komunikasi efektif seperti yang dilakukan petugas pendaftaran rawat jalan. Adapun langkah-langkah dalam kegiatan praktikum ini sebagai berikut:

A. REGISTRASI PENDAFTARAN PASIEN RAWAT INAP

Pada prinsipnya pasien yang dirawat di rumah sakit dapat masuk melalui unit gawat darurat dan unit rawat jalan baik klinik umum maupun klinik spesialis. Langkah-langkah praktikum registrasi pendaftaran pasien rawat inap, adalah :

1. Anda melakukan 3S1T
2. Kemudian mintalah surat permintaan rawat. Perhatikan asal surat pengantar rawat tersebut dibuat, apakah dari UGD atau poliklinik. Anda dapat melihat asal pengirim dari nama dan tanda tangan dokter yang tertera pada surat pengantar rawat.



SURAT PERMINTAAN RAWAT

Diisi DOKTER PENGIRIM	
Nama Pasien :	<input type="checkbox"/> Setuju dirawat di
Umur :
No.Rekam Medis :	<input type="checkbox"/> Menolak dirawat dengan alasan
Diagnosa Medis :
Dokter yang Merawat :	<input type="checkbox"/> Dianjurkan kembali ke dokter pengirim untuk menandatangani Surat Penolakan
Perlu dirawat diruang :	<input type="checkbox"/> Dirujuk dengan alasan
<input type="checkbox"/> ICU*/PICU*/NICU*/INTERMEDIATE*
<input type="checkbox"/> ISOLASI*/PERINA*/KAMAR BAYI*	
<input type="checkbox"/> PERAWATAN UMUM	
Pesanan untuk Perawat diruangan:	
.....	Jakarta,/...../...../ Pkl
.....	
Jakarta,/...../...../ Pkl	Petugas, Penangung jawab Pasien
(dr.) *coret yang tidak perlu	(.....) (.....)

Gambar 7.11

Surat Permintaan Rawat

3. Tanyakan cara pembayaran perawatan rawat inap kepada pasien
4. Jika Pembayaran dengan cara pribadi/ umum Anda jelaskan kelas perawatan, biaya per kelas dan fasilitas yang tersedia di kamar perawatan tersebut, akan lebih informatif bila dijelaskan dalam bentuk gambar-gambar sehingga pasien mempunyai gambaran jelas tentang ruang perawatan yang akan dipakai.
5. Jika cara pembayaran menggunakan asuransi/ jaminan kesehatan, maka perlu diperhatikan persyaratan klaim yang berlaku dan cek kelengkapan dokumen klaim. Perhatikan masa berlaku kartu asuransi jaminan kesehatan, identitas kepemilikan kartu asuransi/ jaminan kesehatan, Pemanfaatan dari asuransi/ jaminan kesehatan pasien kelas perawatan yang sudah tertera pada kartu atau catatan penting lainnya yang berlaku di asuransi/ jaminan kesehatan, misalnya:
 - Penyakit konginetal/ bawaan umumnya asuransi tidak menjamin
 - Penyakit yang berhubungan dengan kecantikan
 - Untuk pasien dengan paritas kehamilan ke 4 dan seterusnya tidak dijamin
 Untuk pelaporan pasien masuk rawat lakukan konfirmasi ke asuransi/ jaminan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku di rumah sakit.
6. Setelah proses jaminan asuransi selesai, Anda menghubungi ruang perawatan untuk memastikan kamar yang dipesan belum terpakai.

7. Tulis kamar perawatan yang dipesan di surat pengantar rawat, mintakan pasien/ keluarga untuk membubuhkan nama dan tAnda tangan, juga Anda sebagai petugas pendaftaran.
8. Kemudian, Anda menjelaskan persetujuan umum/ *general consent* (Gambar 7.12), jika pasien/ keluarga sudah mengerti minta membubuhkan nama dan tAnda tangan, juga pada saksi1, saksi 2 (bila ada) dan juga Anda sebagai petugas pemberi informasi.
9. Setelah itu cek kembali *general consent*, jika belum lengkap mintakan kembali ke pasien/ keluarga yang belum lengkap.
10. Anda siapkan Formulir Pasien rawat inap, yang terdiri dari :
 - Formulir Ringkasan Masuk Dan Keluar (Gambar 7.13)
 - Pengkajian awal pasien rawat inap
 - Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi
 - Rencana asuhan keperawatan
 - Grafik TTV dan pemberian obat
 - *Resume*
 - Lembar tempelan untuk hasil-hasil penunjang
11. Siapkan buku register pasien rawat inap (gambar 7.14), registrasi pasien dapat dilakukan dengan cara manual maupun elektronik. Cara pengisian buku register pasien rawat inap dapat dilihat pada Bab II Sistem Pengumpulan Data Pasien.
12. Tulis data pasien ke dalam buku register pasien rawat inap, dalam menulis kolom nama sesuaikan dengan sistem penamaan, praktekkan dengan menggunakan penulisan nama keluarga/ *family name*.
13. Proses pendaftaran pasien rawat inap selesai, tanyakan apakah ada lagi yang ingin ditanyakan bila tidak ucapkan terima kasih, silahkan kembali ke Unit yang mengirim pasien rawat (sesuai pelayanan yang dituju)
14. Kirimkan formulir rekam medis pasien rawat inap ke Unit yang mengirim pasien rawat.

NRM :
 Nama :
 Jenis Kelamin :
 Tanggal lahir :
 (Mohon diisi atau tempelkan stiker jika ada)

**FORMULIR PEMBERIAN INFORMASI DAN PERSETUJUAN UMUM
 (GENERAL CONSENT) UNTUK MENERIMA PELAYANAN KESEHATAN**

1. Hak dan Kewajiban sebagai pasien : Dengan menandatangani dokumen ini saya mengakui bahwa pada proses pendaftaran untuk mendapatkan perawatan di [] telah mendapat informasi tentang hak-hak dan kewajiban saya sebagai pasien.
2. Saya menyetujui dan memberikan persetujuan untuk dirawat di [] dan dengan ini saya meminta dan memberikan kuasa kepada [] dokter dan perawat, didampingi oleh pegawai [] untuk memberikan asuhan perawatan, pemeriksaan fisik yang dilakukan oleh dokter dan perawat dan melakukan prosedur diagnostik, radiologi dan/ atau terapi dan tatalaksana sesuai pertimbangan dokter yang diperlukan atau disarankan pada perawatan saya. Hal ini mencakup seluruh pemeriksaan dan prosedur diagnostik rutin, termasuk x-ray, pemberian dan/ atau penyuntikkan produk farmasi dan obat-obatan, pemasangan alat kesehatan (kecuali yang membutuhkan persetujuan khusus) dan pengambilan darah untuk pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan patologi.
3. Saya memberi kuasa kepada setiap dan seluruh orang yang merawat saya untuk memeriksa dan atau memberitahukan informasi kesehatan saya kepada pemberi kesehatan lain yang turut merawat saya selama di rumah sakit ini.
4. Saya setuju rumah sakit wajib menjamin kerahasiaan informasi medis saya baik untuk kepentingan perawatan dan pengobatan, pendidikan maupun penelitian kecuali saya mengungkapkan sendiri atau orang yang lain yang saya beri kuasa untuk itu (Orang tua kandung/suami Istri/kakak/adik saya).
5. Saya memberi kuasa kepada rumah sakit untuk menjaga privasi dan kerahasiaan penyakit saya selama dalam perawatan.
6. Saya mengetahui bahwa [] merupakan [] yang menjadi tempat praktek klinik bagi mahasiswa kedokteran dan profesi-profesi kesehatan lainnya. Karena itu, mereka mungkin berpartisipasi dan atau terlibat dalam perawatan saya. Saya menyetujui bahwa mahasiswa kedokteran dan profesi kesehatan lain berpartisipasi dalam perawatan saya, sepanjang dibawah supervisi Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP).
7. Saya tidak boleh membawa barang-barang berharga yang tidak diperlukan (seperti: perhiasan, elektronik dll) ke [] dan jika saya membawanya maka [] tidak bertanggung jawab terhadap kehilangan, kerusakan atau pencurian.
8. Saya menyatakan bahwa saya telah menerima informasi tentang adanya tatacara mengajukan dan mengatasi keluhan terkait pelayanan medik yang diberikan terhadap diri saya. Saya setuju untuk mengikuti tatacara mengajukan keluhan sesuai prosedur yang ada.
9. Saya menyatakan setuju, baik sebagai wali atau sebagai pasien, bahwa sesuai pertimbangan pelayanan yang diberikan kepada pasien, maka saya wajib untuk

0075/rev01/BHO/2012

[Redacted]

membayar total biaya perawatan yang diberikan sesuai acuan biaya dan ketentuan dengan jaminan atau pribadi.

10. Melalui dokumen ini, saya menegaskan kembali bahwa saya mempercayakan kepada semua tenaga kesehatan rumah sakit untuk memberikan perawatan, diagnostik dan terapi kepada saya sebagai pasien rawat inap atau rawat jalan atau Instalasi Gawat Darurat (IGD), termasuk semua pemeriksaan penunjang, yang dibutuhkan untuk pengobatan dan tindakan yang aman.

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah menerima dan memahami informasi sebagaimana diatas dan menyetujuinya.

Jakarta,

Pasien/Kelurga/ Penanggungjawab	Pemberi	Saksi 1	Saksi 2
(.....)	(.....)	(.....)	(.....)

0075/rev01/BHO/2012

Gambar 7.12
General Consent/ Persetujuan umum

RINGKASAN RIWAYAT MASUK & KELUAR PASIEN				RM 1/RI/VIII/2017	
		NO.RM			
NAMA LENGKAP:			NAMA AYAH		
TEMPAT DAN TANGGAL LAHIR :	UMUR :	NO KTP :			
	JENIS KELAMIN :	STATUS :			
ALAMAT LENGKAP:			AGAMA :		
			PENDIDIKAN :		
			PEKERJAAN :		
NAMA PENANGGUNG JAWAB:		NAMA KANTOR:		ALAMAT KANTOR:	
NAMA IBU:		NAMA SUAMI/ISTRI:			
NAMA YANG DAPAT DIHUBUNGI:		HUBUNGAN:		ALAMAT/TELP:	
DIAGNOSA MASUK		DOKTER PENGIRIM		ALAMAT	
TGL MASUK RS	RUANGAN	KEPALA RUANGAN	PETUGAS PENDAFTARAN		
TGL KELUAR RS	RUANGAN	KEPALA RUANGAN	JUMLAH HARI RAWAT HR		
DIAGNOSA UTAMA		ICD			
DIAGNOSA SEKUNDER					
PENYEBAB LUAR CEDERA DAN KERACUNAN,MORB, NEOPLASM					
OPERASI/ TINDAKAN	GOL OP	JENIS ANASTESI	TGL	KODE ICD 9CM	
INFEKSI NOSOKOMIAL			PENYEBAB INFEKSI		
KEADAAN OS WAKTU PULANG		STATUS PULANG		Jakarta ,/...../.....	
<input type="checkbox"/> Sembuh		<input type="checkbox"/> Ijin Dokter	Dokter Penanggung Jawab		
<input type="checkbox"/> Ada Perbaikan		<input type="checkbox"/> Pulang paksa			
<input type="checkbox"/> Tidak sembuh		<input type="checkbox"/> Meninggal< 48 jam			
<input type="checkbox"/> Meninggal		<input type="checkbox"/> Meninggal> 48 jam	(dr.....)		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Nama Lengkap dan Tandatangan		

Gambar 7.13
Ringkasan Masuk Dan Keluar

BUKU REGISTRASI PASIEN RAWAT INAP

Jenis Pelayanan:.....

Tgl/Bln	Nomor		Nama	Alamat	Umur		Cara Penerimaan Pasien			Asal Pasien					Nama ruangan Rawat	Kelas Perawatan	Pindah Intern RS dari			Dipindahkan Intern RS ke			Tanggal & Jam Keluar RS (Hidup & Mati)	Cara Pembayaran								
							Instalansi Rawat Darurat	Unit Rawat Jalan	TP2RI	Datang Sendiri	Rujukan						Ruang R.Inap	Kelas Perawatan	Tanggal Pindah	Ruang R.Inap	Kelas Perawatan	Tanggal Pindah		Membayar	Asuransi				Gratis			
	Urut	RM			L	P					Puskesmas	Dr. Spesialis	RS Lain	Lain-lain											JKN	Asuransi lain	Kontrak	Lainnya	Keringanan	Relasi	Tidak Mampu	
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	

Gambar 7.14
 Buku Registrasi Pendaftaran Pasien Rawat Inap

B. PROSEDUR PASIEN PINDAH RAWAT

Pasien pindah rawat dapat saja terjadi, dengan kondisi permintaan sendiri naik kelas atau turun kelas, bisa juga atas perintah dokter misalnya kondisi pasien semakin memburuk sehingga membutuhkan perawatan khusus di ICU/ICCU/ PICU/NICU. Untuk itu Anda harus memahami apa saja yang diperlukan ketika pasien pindah rawat.

Berikut Langkah-langkah Pasien pindah rawat;

1. Anda meminta surat pindah rawat kepada pasien/ keluarga pasien.
2. Masukkan data pasien di buku register rawat inap pada kolom pindah intern RS dari (menuliskan nama ruangan sebelumnya, kelas dan tanggal pindah), dipindahkan intern RS ke (menuliskan nama ruangan baru, kelas dan tanggal dipindah) lihat pada Bab II Registrasi Pasien.
3. Setelah itu ada beri ceklis surat pindah rawat dan menyerahkan ke bagian keuangan untuk disetujui.
4. Surat pindah ruangan dikembalikan ke pasien/ keluarga untuk diberikan ke perawat ruangan.

C. PROSEDUR PASIEN PULANG RAWAT

Keadaan pasien pulang rawat inap dapat dibagi menjadi 2 yaitu pulang Hidup dengan kondisi sembuh, pulang paksa atau dirujuk ke Fasilitas Kesehatan yang lebih tinggi, dapat pula pulang mati, < 48 jam atau > 48 jam.

Adapun langkah-langkah kegiatan pasien pulang, sebagai berikut:

1. Anda mintakan surat izin pulang dari dokter yang merawat pasien dapat dilihat Gambar 7.17
2. Masukkan data pasien di buku register tanggal dan jam keluar rumah sakit baik Hidup maupun mati penjelasan lebih lanjut dapat lihat pada Bab II Registrasi Pasien
3. Setelah itu ada beri ceklis pada surat izin pulang dan menyerahkan ke bagian keuangan untuk diproses billing pasien tersebut
4. Pasien/ keluarga menunggu diruangan, setelah proses billing selesai pasien dapat pulang



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 7.17
Surat Izin Pulang

HASIL PRAKTIKUM

Instruktur praktikum akan mengawasi proses praktikum dan mencatat setiap langkah kegiatan praktikum yang telah Anda lakukan. Hasil pengamatan instruktur akan dituangkan dalam tabel berikut. Mahasiswa yang tidak lulus dalam praktikum ini perlu melakukan pengulangan praktikum

Tabel 7.1

Lembar Penilaian Praktikum Registrasi Pendaftaran Pasien Baru Rawat Jalan/ UGD

No	Aspek yang Dinilai	Pelaksanaan oleh Mahasiswa		
		Dilaksanakan (2)	Tidak Dilaksanakan (0)	Kurang Tepat (1)
I	Pendaftaran Pasien Baru Rawat Jalan/ UGD			
	A. Sikap Petugas 1. Ramah 2. Sopan 3. Tertib 4. Penuh Tanggung Jawab			
	B. Memeriksa surat pengantar/ rujukan dari Puskesmas/ RS luar/ Klinik/ dokter praktek			
	C. Memeriksa kelengkapan biodata pada formulir pendaftaran pasien baru sesuai identitas pasien (KTP/ eKTP/SIM/PASPOR)			
	D. Menyiapkan dokumen yang diperlukan untuk klaim pembayaran bila pasien asuransi/ jaminan kesehatan			
	E. Menyiapkan Formulir Ringkasan Riwayat Klinik 1. Nomor Rekam Medis 2. Nama Pasien 3. Alamat Pasien 4. Tempat/Tgl Lahir (Umur) 5. Jenis Kelamin 6. Status Keluarga 7. Agama 8. Pekerjaan 9. Dokter Penanggung Jawab			

No	Aspek yang Dinilai	Pelaksanaan oleh Mahasiswa		
		Dilaksanakan (2)	Tidak Dilaksanakan (0)	Kurang Tepat (1)
	F. Membuat kartu Berobat 1. Nama Pasien 2. Nomor RM 3. Jenis Kelamin 4. Tempat/Tgl lahir			
	G. Membuat Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP) 1. Nomor RM 2. Nama Lengkap 3. Jenis Kelamin 4. Tempat/Tgl lahir 5. Nama Ayah 6. Pekerjaan 7. Tanggal Masuk 8. Tanggal Keluar 9. Hasil 10. Dokter yang Merawat			
	H. Mencatat di Buku Registrasi Rawat jalan			

Tabel 7.2

Lembar penilaian instruktur praktikum Registrasi Pasien Lama Rawat Jalan

No	ASPEK YANG DINILAI	Pelaksanaan oleh mahasiswa		
		Dilaksanakan (2)	Tidak dilaksanakan (0)	Kurang tepat (1)
II	Pendaftaran Pasien Lama Rawat Jalan/ UGD			
	A. Sikap Petugas 1. Ramah 2. Sopan 3. Tertib 4. Penuh Tanggung Jawab			
	B. Memeriksa surat pengantar/ rujukan dari Puskesmas/ RS luar/ Klinik/ dokter praktek			
	C. Meminta kartu berobat pasien dan melihat nomor rekam medis guna menyiapkan rekam medis pasien			

No	ASPEK YANG DINILAI	Pelaksanaan oleh mahasiswa		
		Dilaksanakan (2)	Tidak dilaksanakan (0)	Kurang tepat (1)
	D. Menyiapkan dokumen yang diperlukan untuk klaim pembayaran bila pasien asuransi/jaminan kesehatan			
	E. Meng-update Kartu Indeks Utama Pasien			
	F. Mencatat pada buku register pasien rawat jalan			
	G. Membuat bon pinjam rekam medis kemudian diserahkan ke petugas bagian penyimpanan rekam medis			

Tabel 7.3

Lembar penilaian instruktur praktikum Registrasi Pasien Rawat Inap

No	ASPEK YANG DINILAI	Pelaksanaan oleh mahasiswa		
		Dilaksanakan (2)	Tidak dilaksanakan (0)	Kurang tepat (1)
III	Registrasi Pendaftaran Pasien Rawat Inap			
	A. Sikap Petugas 1. Ramah 2. Sopan 3. Tertib 4. Penuh Tanggung Jawab			
	B. Memeriksa kelengkapan surat pengantar rawat 1. Ada surat pengantar rawat dari dokter RS yang memeriksa pasien 2. Membawa kartu berobat 3. Dikirim oleh dokter poliklinik atau 4. Dikirim oleh dokter IGD			
	C. Memberikan informasi 1. Tempat tidur yang tersedia 2. Jenis ruang rawat dan tarif kelas, spesialisasi dan tindakan 3. Bagaimana cara pembayaran 4. Peraturan selama pasien dirawat			

No	ASPEK YANG DINILAI	Pelaksanaan oleh mahasiswa		
		Dilaksanakan (2)	Tidak dilaksanakan (0)	Kurang tepat (1)
	D. Menyiapkan rekam medis pasien dengan menghubungi petugas di bagian penyimpanan rekam medis			
	E. Memberikan dan menjelaskan formulir General consent dan mengecek kelengkapan formulir tersebut			
	F. Mencatat pada buku register pasien rawat inap			

LAPORAN HASIL PRAKTIKUM

Format penilaian diatas dapat digunakan baik oleh mahasiswa sebagai panduan praktikum maupun oleh instruktur praktikum sebagai pedoman praktikum pendaftaran dan pelayanan rekam medis pasien. Instruktur akan mengumpulkan hasil penilaian praktikum mahasiswa yang dinyatakan lulus.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, lakukan latihan berikut.

I. Melakukan Registrasi Pendaftaran dan Pelayanan Pasien Rawat Jalan

Dalam Praktikum ini, Anda diminta untuk melakukan registrasi pasien rawat jalani sesuai kasus yang sudah disediakan dan memasukkan data pasien ke buku registrasi rawat jalan (Gambar 2.6) dan pelayanan rawat jalan (Gambar 2.7) dengan kasus yang beragam agar wawasan Anda bertambah dalam melayani pasien khususnya di Registrasi Pasien Rawat Jalan. Gunakan sistem penamaan family dalam penulisan nama pasien.

Tanggal Registrasi 4 September 2017, semua pasien ke klinik penyakit syaraf

1. Dr. Nida Azahra, 21 Februari 1990, perempuan, belum menikah, nama ayah Suratdi, seorang dokter perusahaan "X" , islam, pembayaran gratis anak direktur, belum pernah berobat, ingin konsul ke dokter penyakit Syaraf. Tinggal di Jl. Kemayoran Selatan no. 35, Jakpus.
2. Joko Santoso (MR 12-15-00), 15 Februari 1979, lulusan SMA, pegawai negeri,laki laki, belum menikah, nama ayah Alex, kristen, sudah pernah ke RS "X" , dikirim dari puskesmas dengan pembayaran askes ingin berobat ke dokter penyakit Syaraf, Vertigo, jl. Arjuna II/ 23 Jaktim. Dirujuk kembali ke puskesmas.
3. Hj AnniRamadhan (MR 02-15-00) , 3 Februari 1965, perempuan, lulusan SMA, islam, nama suami Ramadhan, pegawai negeri, kontrol lagi ke dokter penyakit syaraf

persiapan operasi craniotomy, tinggal di jl. Gading Putih XII/ 20 Jakut. Karena di RS"X" kamar operasi penuh maka dikirim ke RS "Y" untuk dioperasi.

4. TitiKresnowati, 22 Februari 2003, perempuan, kelas 2 SMP, islam, nama ayah Ahmad, baru I kali ke RS"X", datang sendiri , pembayaran sendiri, keluhan cephalgia sudah 2 hari Jl. Ikan Tenggiri no 11, Jakut
5. Meimei Karim (MR 00-05-13), 1 Agustus 1991, perempuan, mahasiswa akademi perbankan,nama ayahKarim, islam, dikirim oleh dokter praktek dari Bengkulu, ingin check Hemiplegia ke klinik syaraf, tahun lalu pernah MCU di RS"X" ini juga. Biaya sendiri. Tinggal di Jl MekarIV/ 28 , Bengkulu. Selama di Jakarta tinggal di hotel Melati
6. RahmatHidayat (MR 01-13-00), 12 Januari 1989, laki-laki, sarjana ekonomi, pegawai swasta, islam,nama ayahHidayat, sudah sering ke RS"X", tapi baru I kali ke klinik penyakit syaraf, migrain sejak semalam. Rico menggunakan asuransi Bringinlife, Jl. Sambas II/ 5, Jak sel.
7. Syaefuddin Rahman, 20 September 1973, laki-laki, lulusan SLTP, wiraswasta, islam, nama ayah Rahman, asal dari Makassar, dikirim RS disanake dokter syaraf untuk pengobatan lebih lanjut karena menderita meningitis. Pasien Askes.Jl. Merak II/ 5, Makasar
8. Dewi Sartika Dwiyanti (MR. 02-55-00), 9 Februari 1972, perempuan, S2 MM, nama ayah Faisol, wiraswasta, Islam, pasien pernah ke RS "X", baru kembali dari rawat inap di Singapore, karena sakit neuralgia. Membawa surat rujukan untuk kontrol postrawat. Asuransi AXA, jl. Dr. Sutarto X/ 8, Jakarta Barat.
9. Suzana Putri, 1 Februari 2010, perempuan, islam, belum pernah berobat, nama ayah Fahrudin, asuransi BPJS, rujukan klinik Melati ke dokter syaraf. Kasus: kejang. Jl. Kebon Pisang IV/ 19, Jakbar.
10. Eva JuAnda, 15 Nopember 1988, perempuan, mahasiswa , budha, nama ayah Anton sudah pernah ke klinik penyakit syaraf sebelumnya karena vertigo, ingin control dan memeriksa tekanan darah , pembayaran ditanggung perusahaan tempat dia bekerja yang sudah ada kerjasama dengan RS"X" , Jl. Pahlawan II/ 8, Bekasi.

II. Melakukan Registrasi Pendaftaran dan Pelayanan Pasien Rawat Inap

Sama dengan Latihan A, hanya pada kasus registrasi rawat inap

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Lihatlah kasus yang ada pada soal bila pasien baru maka lakukan prosedur registrasi pasien baru rawat jalan
- 2) Bila kasus pasien lama maka lakukan prosedur registrasi pasien lama rawat jalan
- 3) Jika pasien rawat inap, lihat kasus dari pasien masuk sampai pasien pulang ikuti langkah –langkah kegiatan yang ada pada prosedur registrasi pasien rawat inap.

SOAL REGISTRASI PENDAFTARAN DAN PELAYANAN PASIEN RAWAT INAP RUANG BEDAH

Registrasi tanggal 26 Agustus 2017

1. Jejen Jainuri, 12 Maret 1970, laki laki , islam, sarjana hukum, Peg Swasta, sudah pernah ke RS “X” , dikirim dari puskesmas dengan pembayaran asuransi sinarmas, langsung ke UGD, dirawat kelas 2 ruang bedah, keluhan: sakit perut (Appendicitis),Jl. Kepustakaan no.15, Jaktim. Dirujuk kembali ke puskesmas setelah dioperasi dan dirawat 5 hari.
2. Mariati, 22 Juni 1988, perempuan, islam, ibu rumah tangga, baru I kali ke RS”X”, kiriman dokter praktek ke klinik bedah, pembayaran sendiri, keluhan ;ada benjolan di bagian leher, setelah dirawat 4 hari di kelas 1, dinyatakan Ca.kelenjar getah bening yang telah metastase ke paru. Saran untuk kontrol kembali 3 hari sesudah pulang rawat., Jl. Enggano no.14 Tanjung Priok, Jakut
3. Mario Teguh, 12 April 1985, laki-laki, kristen, pegawai swasta,sudah sering ke RS”X”, sudah berulang kali ke klinik bedah, kemudian dianjurkan untuk dirawat untuk mengetahui lebih lanjut tentang tumor yang ada di daerah usus besar. Di RS dirawat di kelas VIP, menggunakan asuransi prudential, Jl. H.Nawi no. 22, Jak sel.
4. Maria Sudjarwo, 19 Desember 1989, perempuan, kristen, mahasiswa, sudah pernah ke klinik bedah sebelumnya, ingin gastroscopy dengan diagnosa Gastritis chronis, dianjurkan untuk rawat inap 2 hari di kelas 2, untuk pemeriksaan lebih lanjut. pembayaran ditanggung perusahaan tempat dia bekerja yang sudah ada kerjasama dengan RS”X” , tinggal di Kompleks Pemda, Jl ABC No.2, Bekasi
5. Ny.Endang Sukrisno, 1 Maret 1965 perempuan, islam, ibu rumah tangga, ke klinik bedah, dirawat kembali dengan pencabutan pen di kelas 3, sesudah operasi tahun yang lalu, keluarga miskin mendapat keringanan pembayaran. Pulang tanggal 1 Maret 2017, kondisi ada perbaikan. Alamat di Duri Kepa, jl. Azallea no.15, Jakbar.
6. Sri Dewi, 21 April 1937, perempuan, katolik, ibu rumah tangga, pembayaran mendapat keringanan karena orang tua direktur, sudah pernah ke klinik bedah 2 hari yang lalu, sekarang datang untuk ke klinik, akan dioperasi dan masuk rawat 26 –2September 2017 di VIP dengan fr. Femoris dextra. Alamat Jl.Petodjo VII no.77, Gambir,Jakpus.

7. Susana Yudistira, 3 Juni 1952, perempuan, kristen , S1, pegawai negeri, kontrol lagi ke dokter bedah dalam persiapan operasi appendectomy, tinggal di Batu Ceper, Tangerang. Karena kamar operasi penuh maka baru dioperasi besok, rawat sampai dengan tanggal 7 September 2017 di kelas 2.
8. Lia Syaharani, 17 Agustus 1990, perempuan, islam, mahasiswa, dikirim oleh dokter praktek dari Samarinda, 2 hari yang lalu kecelakaan lalulintas mengalami Fr. Radius ulna sinistra. Masuk melalui UGD dan dirawat selama 7 hari di kelas VIP . Biaya sendiri.Selama di Jakarta tinggal di Hotel Mega Angrek jl. Arjuna Selatan no. 44, Jakarta Barat
9. Muhammad Zahrowi 15 September 1950, pedagang kaki lima, laki-laki, islam, asal dari Makassar, dikirim dari RS disana untuk pengobatan lebih lanjut karena menderita Ca.prostat , mendapat keringanan biaya karena dari keluarga miskin, dirawat 5 hari di kelas 3.Tinggal di rumah keluarga, jl. Ikan Tongkol no. 52 , Jakarta Utara
10. Eka Dharma, 5 Oktober 2002, SD, anak laki-laki, islam, circum sisi rawat 1 hari di kelas 1, asuransi AXA. Alamat jl. Merpati II no. 53, Jakarta Barat

Ringkasan

Petugas pendaftaran baik rawat jalan maupun rawat inap, harus melaksanakan komunikasi efektif dengan metode 3S1T, dan ikuti prosedur penerimaan pasien rawat jalan maupun rawat inap. Untuk pasien rawat jalan perhatikan rujukan pasien dan jenis pembayaran dengan menggunakan asuransi perlu diperhatikan catatan-catatan penting yang berkaitan dengan klaim asuransi sesuai kesepakatan dengan rumah sakit.

Tes

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat

- 1) Komunikasi efektif yang dilakukan petugas pendaftaran menggunakan teknik
 - A. Senyum
 - B. Sapa dan salam
 - C. Senyum dan salam
 - D. Senyum, salam dan sapa
 - E. Senyum, Salam, Sapa dan Terima Kasih

- 2) Suzana Putri, 1 Februari 2010, perempuan, islam, belum pernah berobat, nama ayah Fahrudin, asuransi BPJS, rujukan klinik Melati ke dokter syaraf. Kasus: kejang. Jl. Kebon Pisang IV/ 19, Jakbar, prosedur registrasi yang dilakukan adalah
 - A. Registrasi Pasien Rawat jalan
 - B. Registrasi Pelayanan Pasien Rawat Jalan
 - C. Registrasi Pasien Baru Rawat Jalan
 - D. Registrasi Pasien Lama Rawat Jalan
 - E. Registrasi Pasien Rawat Inap

- 3) Petugas Pendaftaran melakukan update data pasien di Kartu Indeks Utama pasien saat melakukan registrasi
 - A. Registrasi Pasien rawat Jalan
 - B. Registrasi Pelayanan Pasien rawat Jalan
 - C. Registrasi Pasien Baru Rawat Jalan
 - D. Registrasi Pasien Lama Rawat Jalan
 - E. Registrasi Pasien Rawat Inap

- 4) Meimei Karim (MR 00-05-13), 1 Agustus 1991, perempuan, mahasiswa akademi perbankan, nama ayah Karim, islam, dikirim oleh dokter praktek dari Bengkulu, ingin check Hemiplegia ke klinik syaraf, tahun lalu pernah MCU di RS"X" ini juga. Biaya sendiri. Tinggal di Jl Mekar IV/ 28 , Bengkulu. Selama di Jakarta tinggal di hotel Melati, bagaimana penulisan nama famely pasien tersebut
 - A. Meimei Karim Nn

- B. Karim, Meimei Nn
 - C. Nn Meimei Karim
 - D. Meimei Karim
 - E. Karim, Meimei
- 5) Formulir apa yang diisi oleh petugas pendaftaran bila menerima pasien baru
- A. Ringkasan rawat jalan
 - B. Ringkasan riwayat klinik
 - C. Ringkasan Masuk dan keluar
 - D. Resume
 - E. Catatan Terintegrasi
- 6) Ny.Endang Sukrisno, 1 Maret 1965 perempuan, islam, ibu rumah tangga, ke klinik bedah, dirawat kembali dengan pencabutan pen di kelas 3, sesudah operasi tahun yang lalu, keluarga miskin mendapat keringanan pembayaran. Pulang tanggal 5 Pebruari 2014, kondisi ada perbaikan. Alamat di Duri Kepa, jl. Azallea no.15, Jakbar, Apakah cara pembayaran pasien tersebut
- A. Gratis
 - B. Kurang mampu
 - C. Keringanan
 - D. Dinas Sosial
 - E. BPJS
- 7) Setiap pasien masuk rawat inap, petugas pendaftaran memberikan penjelasan dan meminta tanda tangan yang disebut
- A. Tata Tertib
 - B. Informed Consent
 - C. General Consent
 - D. Kamar perawatan
 - E. Biaya perawatan
- 8) Formulir apa yang diisi oleh petugas pendaftaran bila menerima pasien rawat
- A. Ringkasan rawat jalan
 - B. Ringkasan riwayat klinik
 - C. Ringkasan Masuk dan keluar
 - D. Resume
 - E. Catatan Terintegrasi

- 9) Mario Teguh, 12 April 1985, laki-laki, kristen, pegawai swasta, sudah sering ke RS "X", sudah berulang kali kemoterapi, kemudian datang pagi ke UGD dengan tidak sadarkan diri, pasien pernah dirawat Ca Prostat. Di RS sore harinya pasien meninggal, dalam buku register pelayanan rawat inap keadaan pasien keluar rumah sakit adalah ...
- A. Mati < 3 Jam
 - B. Mati < 48 Jam
 - C. Mati < 12 jam
 - D. Mati < 6 Jam
 - E. Mati > 48 jam
- 10) Sri Dewi, 21 April 1937, perempuan, katolik, ibu rumah tangga, pembayaran mendapat keringanan karena orang tua direktur, sudah pernah ke klinik bedah 2 hari yang lalu, sekarang datang untuk ke klinik Penyakit dalam dan jantung untuk konsultasi, akan dioperasi dan masuk rawat 2 – 9 Pebruari 2014 di VIP dengan fr. Femoris dextra. Alamat Jl. Petodjo VII no. 77, Gambir, Jakpus, surat permintaan rawat pasien dari ...
- A. Dokter UGD
 - B. Dokter Umum Dokter
 - C. Spesialis Penyakit Bedah
 - D. Dokter Spesialis Penyakit Dalam
 - E. Dokter Spesialis Jantung

Kunci Jawaban Tes

Tes

- 1) E
- 2) C
- 3) D
- 4) E
- 5) B
- 6) C
- 7) C
- 8) C
- 9) B
- 10) C

Glosarium

3S1T	: Senyum, Salam, Sapa, Terima Kasih
ATK	: Alat Tulis Kantor
Billing	: Penagihan biaya perawatan pasien
e KTP	: elektronik kartu tAnda penduduk
family name	: Penulisan dengan nama keluarga
Faskes	: Fasilitas Pelayanan Kesehatan
Grafik TTV	: Grafik pengawasan pemeriksaan Tekanan darah, nadi, suhu, vena
ICU	: Intermediate Care Unit
Konginetal	: Kelainan Bawaan
NICU	: Neonatal Intermediate Care Unit
Outguide	: Pengganti rekam medis yang keluar dari rak penyimpanan
PASPOR	: Dokumen resmi yang memuat identitas pemegangnya dan berlaku untuk melakukan perjalanan antar negara
PICU	: Perinatal Intermediate Care Unit
Registrasi	: Pengumpulan data pasien yang mendaftar berobat untuk rawat jalan atau rawat inap di rumah sakit/ puskesmas
Ringkasan Riwayat Klinik	: Formulir ringkasan untuk pasien rawat jalan
Serial Numbering System	: Pemberian Nomor Cara Seri
Serial-Unit Numbering System	: Pemberian Nomor Cara Seri Unit
Tracer	: Pengganti rekam medis yang keluar dari rak penyimpanan
UGD	: Unit Gawat Darurat
Unit Numbering System	: Pemberian Nomor Cara Unit

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 .

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

BAB VIII PRAKTIKUM MEMBUAT INDEKS

*Lily Widjaya, SKM., MM
Deasy Rosmaladewi, SKM., M.Kes.*

Rumah Sakit Joesihectore Kota Masohi-Maluku Tengah Jl. Pagi Sehat, No 102 - Tlp (0914) 230xxx		KARTU INDEKS UTAMA PASIEN	
Nama		NORM	
TTL	: / / / 20		
Jenis Kelamin	1.Laki-Laki 2.Perempuan		
Alamat			
Nama Ayah			
Nama Ibu			
Nama Suami/Istri			
Agama			Ket:
Pekerjaan			
Status			
Penanggung Jawab			
Tanggal Kunjungan:		NoHP:	

Gambar 8.1 Contoh Kartu Indeks Utama Pasien

PENDAHULUAN

Para mahasiswa, pada modul praktikum ini Anda akan berlatih dalam mengasah keterampilan untuk membuat berbagai macam indeks yang digunakan di Unit Rekam Medis. Indeks digunakan sebagai alat pengumpul data sebelum data diolah menjadi berbagai informasi. Indeks yang pertama adalah indeks utama pasien, indeks ini dihasilkan dari proses pengumpulan data dengan wawancara yang dilakukan oleh petugas pendaftaran rawat jalan. Indeks ini berfungsi untuk menyimpan biodata pasien yang dapat digunakan untuk pasien bila lupa membawa kartu berobat, juga untuk kepentingan manajemen dalam mengelola populasi yang ada di rumah sakit/ puskesmas. Berikutnya adalah indeks penyakit. Indeks ini merupakan kumpulan data-data medis pasien mulai dari pasien masuk sampai pasien keluar baik untuk pasien rawat jalan maupun rawat inap. Indeks ini digunakan untuk membantu bagian pelaporan menghasilkan data-data morbiditas maupun mortalitas, serta indikator rumah sakit.

Selain itu, Anda juga akan berlatih untuk membuat indeks tindakan. Indeks tindakan ini berisi kumpulan tindakan-tindakan medis yang dilakukan staf fungsional dalam memberikan asuhannya kepada pasien. Indeks ini dapat berguna untuk melihat macam-macam tindakan yang dilakukan dari pasien masuk kamar tindakan sampai keluar dari kamar tindakan.

Berikutnya indeks kematian, berisi diagnosa utama yang menyebabkan kematian pasien, yang dapat digunakan komite medis dalam mengaudit suatu penyebab penyakit tertentu. Indeks ini dapat menilai indikator pelayanan rumah sakit yaitu NDR dan GDR. Dan yang terakhir adalah indeks dokter, dalam indeks ini Anda akan diajarkan bagaimana membuat indeks untuk menilai kinerja dokter. Dimana masing-masing dokter akan menampilkan pasien-pasien yang dilayaninya sehingga mudah untuk melihat kinerja dokter tersebut. Dalam pelaksanaannya indeks dapat dibuat dengan format manual maupun elektronik. Data yang terdapat didalam indeks akan disimpan secara permanen.

Setelah melakukan praktikum ini, maka Anda diharapkan dapat :

1. Memperagakan cara membuat indeks utama pasien
2. Memperagakan cara membuat indeks penyakit
3. Memperagakan cara membuat indeks tindakan
4. Memperagakan cara membuat indeks kematian
5. Memperagakan cara membuat indeks dokter

Materi dalam bab ini meliputi:

1. Indeks utama pasien
2. Indeks penyakit
3. Indeks tindakan
4. Indeks kematian
5. Indeks dokter

Kegiatan Praktikum 1 Membuat Indeks Utama Pasien

Sebelum Anda melakukan kegiatan praktikum 1 ini, Anda perlu mempersiapkan alat-alat yang dibutuhkan dalam membuat indeks utama pasien, diantaranya:

1. Karton berwarna
2. Pensil
3. Pulpen dengan tinta hitam
4. Gunting
5. Penggaris
6. Data pasien (dalam materi kasus)

PANDUAN PRAKTIKUM

1. Siapkan kertas karton berwarna, kemudian potong menjadi bentuk kartu dengan ukuran 3 x 5 inci (7.5 x 12.5 cm) lihat gambar 8.2, buat untuk 50 kasus pasien.
2. Isi kartu tersebut dengan identitas pasien yang tersedia dalam materi kasus.
3. Penulisan nama dalam kartu menggunakan sistem *family name*.
4. Setelah kartu indeks utama pasien jadi maka lakukan cara penjajaran IUP dengan cara alfabet.
5. Anda juga akan mempraktekkan cara penjajaran IUP dengan cara *Phonetic*.
6. Cara penjajaran SOUNDEX juga akan Anda praktekkan.
7. Untuk mendalami praktikum indeks utama pasien Anda dapat melihat teori pada Bab III. Sistem Pengolahan Data.

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 8.2

Kartu Indeks Utama Pasien Berbentuk Kartu (halaman depan)

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

Gambar 8.3

Kartu Indeks Utama Pasien Berbentuk Kartu (halaman belakang)

Kegiatan Praktikum 2 Membuat Indeks Lainnya

Dalam Praktikum 2 ini, Anda akan memperagakan cara membuat indeks lainnya antara lain indeks penyakit, indeks tindakan, indeks kematian dan indeks dokter. Untuk itu, Anda perlu mempersiapkan alat-alat yang dibutuhkan dalam membuat Indeks, sebagai berikut :

1. Tabel indeks penyakit
 - a. Indeks Penyakit Rawat jalan (tabel 8.1)
 - b. Indeks Penyakit Rawat Inap (tabel 8.2)
 - c. Indeks penyakit berdasarkan *International Classification of Disease* (tabel 8.3)
2. Tabel indeks tindakan (tabel 8.4)
3. Tabel indeks kematian (tabel 8.5)
4. Tabel indeks dokter (tabel 8.6)
5. Pulpen dengan tinta hitam
6. Data pasien (dalam materi kasus)

A. PANDUAN PRAKTIKUM INDEKS PENYAKIT

1. Siapkan tabel indeks penyakit.
2. Anda dapat membuka Bab III Pengolahan Data Pasien untuk memahami konsep indeks Penyakit.
3. Masukkan data pasien dalam materi kasus yang disiapkan ke dalam indeks penyakit berdasarkan kode ICD 10.
4. Jajarkan Indeks Penyakit dengan cara alfabetik.

B. PANDUAN PRAKTIKUM INDEKS TINDAKAN

1. Siapkan tabel indeks tindakan
2. Anda dapat membuka Bab III Pengolahan Data Pasien untuk memahami konsep indeks tindakan
3. Masukkan data pasien dalam materi kasus yang disiapkan ke dalam indeks tindakan berdasarkan kode ICD 9CM
4. Jajarkan Indeks tindakan dengan cara alfabetik

C. PANDUAN PRAKTIKUM INDEKS KEMATIAN

1. Siapkan tabel indeks kematian
2. Anda dapat membuka Bab III Pengolahan Data Pasien untuk memahami konsep indeks kematian

3. Masukkan data pasien dalam materi kasus yang disiapkan ke dalam indeks kematian berdasarkan kode ICD 10
4. Jajarkan Indeks kematian dengan cara alfabetik

C. PANDUAN PRAKTIKUM INDEKS DOKTER

1. Siapkan tabel indeks dokter
2. Anda dapat membuka Bab III Pengolahan Data Pasien untuk memahami konsep indeks dokter
3. Masukkan data pasien dalam materi kasus yang disiapkan ke dalam indeks dokter berdasarkan kode dokter/ nama dokter
4. Jajarkan Indeks dokter dengan cara alfabetik

HASIL PRAKTIKUM

Instruktur praktikum akan mengawasi proses praktikum dan mencatat setiap langkah kegiatan praktikum yang telah Anda lakukan. Hasil pengamatan instruktur akan dituangkan dalam tabel berikut.

Tabel 8.1
Lembar Penilaian Instruktur Praktikum Indeks

No	ASPEK YANG DINILAI	Pelaksanaan oleh mahasiswa		
		Dilaksana kan (2)	Tidak dilaksanakan (0)	Kurang tepat (1)
I	Indeks Utama Pasien			
	Membuat Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP) 1. Nomor RM 2. Nama Lengkap 3. Jenis Kelamin 4. Tempat/Tgl lahir 5. Nama Ayah 6. Pekerjaan 7. Tanggal Masuk 8. Tanggal Keluar 9. Hasil 10. Dokter yang Merawat			
II	Indeks Penyakit			
	A. Membuat Indeks Penyakit Rawat Jalan 1. Mencari Kode ICD 10 sesuai kode penyakit pasien 2. Memberi no urut 3. Menuliskan NORM 4. Memilih jenis kelamin 5. Memilih kelompok usia pasien 6. Menulis kode klinik 7. Menulis tanggal pemeriksaan 8. Menulis Diagnosa sekunder 9. Menulis operasi kecil bila ada 10. Menulis nama dokter 11. Memilih asal pasien berdasarkan data alamat			

No	ASPEK YANG DINILAI	Pelaksanaan oleh mahasiswa		
		Dilaksana kan (2)	Tidak dilaksanakan (0)	Kurang tepat (1)
	<p>B. Membuat Indeks Penyakit Rawat Inap</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencari Kode ICD 10 sesuai kode penyakit pasien 2. Memberi no urut 3. Menuliskan NORM 4. Memilih jenis kelamin 5. Memilih kelompok usia pasien 6. Menulis nama ruang/bagian 7. Menulis tanggal masuk dan keluar 8. Menulis lama rawat 9. Menulis Diagnosa sekunder 10. Menuliskan komplikasi 11. Menulis tindakan operasi bila ada 12. Menulis nama dokter 13. Memilih asal pasien berdasarkan data alamat <p>C. Jenis Data pada indeks penyakit</p> <p>D. Menyebutkan Diagnosa Utama pasien</p> <p>E. Menyebutkan Komplikasi (Nosokomial) bila ada</p> <p>F. Diagnosa lain bila ada</p> <p>G. Membuat indeks penyakit sesuai Konsep International Classification of Deaseas</p>			
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencari Kode ICD 10, diagnosis sesuai kondisi pasien 2. Memberi no urut 3. Memberi no registrasi 4. Menuliskan NORM 5. Memilih jenis kelamin dan menuliskan usia pasien 6. Menulis suku 7. Menuliskan wilayah 8. Menulis tanggal masuk dan tanggal keluar 9. Menulis LOS pasien 10. Memilih digit ke 4(subdivision) 			

No	ASPEK YANG DINILAI	Pelaksanaan oleh mahasiswa		
		Dilaksana kan (2)	Tidak dilaksanakan (0)	Kurang tepat (1)
	11. Menulis digit ke 5 bila ada 12. Menulis manifestasi * 13. Menulis kode morfologi 14. Menulis additional code 15. Menuliskan diagnosa sekunder dengan pilihan comorbit, komplikasi, lain2 16. Menuliskan external cause dengan pilihan utama, digit ke 5, digit ke6) 17. Menuliskan kode tindakan dengan pilihan utama dan lain2 18. Nama dokter dengan pilihan dokter yang merawat, konsulen, bedah, anastesi 19. Hasil perawatan dengan pilihan hidup (sembuh, cacat, clinical care, rujuk) dan meninggal (<48 jam, >48 jam, autopsi 20. Biaya perawatan			
III	Indeks Tindakan			
	Membuat Indeks tindakan/ operasi 1. Mencari Kode ICD 9CM sesuai kode tindakan pasien 2. Memberi no urut 3. Menuliskan NORM 4. Memilih jenis kelamin 5. Memilih kelompok usia pasien 6. Menulis nama ruang/bagian 7. Menulis tanggal masuk, operasi dan keluar 8. Menulis lama rawat 9. Menulis operasi lain 10. Menulis Diagnosa utama 11. Menuliskan diagnosa lain 12. Menulis nama dokter 13. Memilih asal pasien berdasarkan data alamat 14. Keterangan diisi lain-lain			

No	ASPEK YANG DINILAI	Pelaksanaan oleh mahasiswa		
		Dilaksana kan (2)	Tidak dilaksanakan (0)	Kurang tepat (1)
IV	Indeks Kematian			
	Membuat Indeks Kematian 1. Mencari Kode ICD 10 sesuai kode penyakit pasien 2. Memberi no urut 3. Menuliskan NORM 4. Memilih jenis kelamin 5. Memilih kelompok usia pasien 6. Menulis nama ruang/bagian 7. Menulis tanggal masuk dan keluar 8. Menulis lama rawat 9. Menulis Diagnosa sekunder 10. Menuliskan komplikasi 11. Menulis tindakan operasi bila ada 12. Menulis nama dokter 13. Memilih asal pasien berdasarkan data alamat			
V	Indeks Dokter			
	Membuat Indeks dokter 1. Mencari Kode dokter 2. Memberi no urut 3. Menuliskan NORM 4. Memilih jenis kelamin 5. Memilih kelompok usia pasien 6. Menulis nama ruang/bagian 7. Menulis tanggal masuk, operasi dan keluar 8. Menulis lama rawat 9. Menulis Diagnosa utama 10. Menuliskan komplikasi 11. Menuliskan tindakan operasi 12. Menulis hasil perawatan dengan pilihan hidup atau mati 13. Memilih asal pasien berdasarkan data alamat 14. Keterangan diisi lain-lain			

Latihan

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

A. Buatlah Indeks Utama Pasien dengan data dibawah ini dan susun sesuai penjajaran alfabetik!

- 1) Bayu Pramono(MR. 07-25-01), laki-laki ,TTL 2 juli 1972, SMA, pegawai swasta,pertama kali berobat ke klinik P.dalam 17Agust 2017menderita sakit perut, D/ Appendicitis, Dr. Otong Sumarno, Sp.PD., tinggal di jl bambu ori I no.28 rt 2/3 Pondok bambu Jaktim, Saran Konsultasi ke Dr Bedah u. ditindaklanjuti. 19 Agust 2017 ke klinik bedah dan langsung dirawat 19/8-22/8 operasi tanggal 20/8 pk 14.00 oleh dr. Ibrahim Chandra, Sp.B. di ruang bedah kelas3, pasien pulang sembuh
- 2) Sri Mulyati (MR. 07-25-02), perempuan,TTL 10 Feb 1970, D3, Pegawai swasta, datang ke klinik bedah untuk pertama kalinya di RS X tanggal 17 /8, keluhan colic abdomen sejak pagi tidak berhenti, telah ke Dokter di puskesmas tidak ada perbaikan. Di klinik bedah dengan Dokter Atika Setianingsih Sp.B, menyarankan u. dioperasi karena menderita appendicitis acute. Tinggal di Jl Bulak no4 rt3.6 klender Jak tim. Di Rawat 17/8-20/8-2017operasi tanggal 18/8 pk 7.00 di ruang bedah kelas 1, pasien pulang sembuh
- 3) Chairul Anwar(MR. 07-25-03),laki-laki, TTL 28 Mei 1972, perawat, tgl 17/8 berobat ke RS Tugu, kiriman dari dokter praktek di daerah T.Priok. didiagnosa appendicitis untuk ditindak lanjuti oleh dr.bedah ; dr. Ibrahim Chandra, Sp.B. Setelah diperiksa dianjurkan masuk rawat u.persiapan operasi. Masuk 17/8-21/8 operasi tanggal 18/8 pk 13.00 di rg bedah kelas3, pasien pulang sembuh. Tinggal di jl cempaka 5 no.40 rt2/7 Jakarta Utara
- 4) Abdullah Zakir,(MR. 07-25-04) laki-laki, pelajar, TTL 3 april 2005 sejak malam sakit perut. Ke UGD tgl 18/8 RS Asih dengan Dr. Mulyadi Santoso, ternyata appendicitis. Orang tua nya tidak bersedia anaknya dioperasi, sesudah diobati langsung pulang. Tinggal di jl Kayu manis II rt2/5 no.26 utan kayu Jaktim. Seminggu kemudian kembali ke UGD dengan keluhan yang sama dan mau dilakukan operasi dirawat oleh dr. Dr. Surya Suherman Sp.B. tanggal 27/8-4/9 operasi tanggal 28/8 pk 7.00 di rg bedah kelas3, pasien pulang sembuh
- 5) Triningsih Zulkarnain(MR. 07-25-05), perempuan, ibu rumah tangga, TTL 7 april 1974, 17 Agust 2017ke dokter bedah kiriman dari dokter praktek karena diperkirakan menderita sakit appendicitis. Hasil pemeriksaan lebih lanjut oleh Dokter Atika Setianingsih Sp.B, maka dianjurkan untuk operasi dijadwalkan besok pagi pk 7.00

tanggal rawat 17/8-25/8 di rg bedah VIP, pasien pulang sembuh. Pasien tinggal di Bekasi Barat

- 6) Probo Sukardi (MR. 07-25-06), 25 tahun, pegawai bank swasta, laki-laki ke dr. Ibrahim Chandra, Sp.B. 17 Agustus 2017, sakit perut, dan demam sangat menderita kesakitan, dianjurkan dirawat karena menderita appendicitis. Pasien tinggal di Jl selamat Rt5/7 no.10 Bogor. 17/8-25/8, operasi tanggal 18/8 pk 7.00 di rg bedah kelas3, pasien pulang sembuh
- 7) Septi Purwaningrum (MR. 07-25-07), 56 tahun perempuan, ibu rumah tangga, ke UGD dengan keluhan colic abdomen sejak 4 jam yll, dokter UGD merujuk ke Dr Bedah yang datang saat itu Dr. Surya Suherman Sp.B. maka dokter ini melakukan pemeriksaan lanjutan dan di diagnosa menderita peny. Appendicitis. Pasien tinggal di jl sultan hasanudin no.23A Bintaro, Tangerang. 17/8-22/8, operasi tanggal 18/8 pk 8.00 di rg bedah kelas2 pasien pulang sembuh
- 8) Ferri Yanti (MR. 07-25-08), 34 tahun, perawat RS, saat dinas malam menderita sakit perut, oleh dr. UGD Dr. Santarwan diperiksa dan dinyatakan menderita appendicitis, langsung dirawat. Pasien tinggal di jl melawai no.38A rt2/7 duren sawit Jakarta timur, di Rawat 17/8-20/8 operasi oleh Dr. Surya Suherman Sp.B tanggal 18/8 pk 9.00 di rg bedah kelas2, pasien pulang sembuh
- 9) Gerry Widjaja (MR. 07-25-09), 76 tahun, laki-laki, pensiunan, sakit perut dikirim oleh puskesmas ke klinik bedah. Dr Surya Suherman Sp.B. disarankan untuk langsung dirawat dalam persiapan untuk operasi appendectomy, Pasien ini juga menderita penyakit hipertensi. Tinggal di jl cemara I rt3/4 no.5 Pondok Gede. Di Rawat 17/8-21/8, operasi tanggal 17/8 pk 17.00 di rg bedah kelas3, pasien pulang sembuh
- 10) Johny Nababan (MR. 07-25-10), 37 tahun, laki-laki, wiraswasta, langsung ke klinik bedah 17/8 ke Dr. Surya Suherman Sp.B. menderita appendicitis tetapi belum bersedia untuk dioperasi. Pasien pulang. Tinggal di Jl Kejaksaan no.5 rt 3/8 pondok bambu Jakarta timur. Kemudian kembali karena kesakitan terus dan langsung dirawat 19/8-24/8 operasi tanggal 19/8 pk 13.00 di rg bedah kelas3, pasien pulang sembuh

B. Buatlah Indeks Penyakit Rawat jalan sesuai kasus dibawah ini!

- 1) Bagus Darmawan (MR. 01-15-00), laki-laki 35 tahun, ke klinik P. dalam 7 Agustus 2017 menderita sakit perut, D/ Appendicitis, Dr. Otong Sumarno, Sp.PD., Jaktim, Saran Konsultasi ke Dr Bedah u. ditindaklanjuti. 19 Feb 2017 ke klinik bedah dan langsung dirawat 19/8-22/8 operasi tanggal 20/8 pk 14.00 oleh dr. Ibrahim Chandra, Sp.B. di rg bedah kelas3, pasien pulang sembuh. Koder memberi kode penyakit K35.0

- 2) Ayu WulAndari (MR. 01-05-01), perempuan, 70 tahun ke klinik bedah, colic abdomen sejak pagi tidak berhenti, telah Dokter di puskesmas tidak ada perbaikan. Tgl 17/8 pasien ke klinik bedah dengan dr Atika Setianingsih Sp.B, menyarankan u. dioperasi karena menderita appendicitis acute. Jak utara. Rawat 17/8-20/8 -2017 operasi tanggal 18/8 pk 7.00 di rg bedah kelas 1, pasien pulang sembuh. Koder memberi kode penyakit K35.0
- 3) Chairil Anwar(MR. 05-25-00),laki-laki, 28th. kiriman dari dokter praktek di daerah T.Priok. ke RS Tugu didiagnosa appendicitis untuk ditindak lanjuti oleh dr.bedah ; dr. Ibrahim Chandra, Sp.B. Setelah diperiksa dianjurkan masuk rawat u.persiapan operasi. Masuk 17/8-21/8 operasi tanggal 18/8 pk 13.00 di rg bedah kelas3, pasien pulang sembuh. Tinggal di Jakarta Utara. Koder memberi kode penyakit K35.0
- 4) Amir Faisol (MR. 04-15-20),laki-laki, 10 tahun sejak malam sakit perut. Ke UGD dengan Dr. Mulyadi Santoso, ternyata appendicitis. Orang tua nya tidak bersedia anaknya dioperasi, sesudah diobati langsung pulang. Tinggal di Jaktim. Seminggu kemudian kembali ke UGD dengan keluhan yang sama dan mau dilakukan operasi dirawat oleh dr. Dr. Surya Suherman Sp.B. tanggal 27/8-4/9 operasi tanggal 28/8 pk 7.00 di rg bedah kelas3, pasien pulang sembuh. Koder memberi kode penyakit K35.0
- 5) Siti Sarah (MR. 08-05-20), 43tahun perempuan, 17 Agust 2017 ke dokter bedah kiriman dari dokter praktek karena diperkirakan menderita sakit appendicitis. Hasil pemeriksaan lebih lanjut oleh Dokter Atika Setianingsih Sp.B, maka dianjurkan untuk operasi dijadwalkan besok pagi pk 7.00 tanggal rawat 17/8-25/8 di rg bedah VIP, pasien pulang sembuh. Pasien tinggal di Bekasi Barat. Koder memberi kode penyakit K35.0
- 6) M.Idtis (MR. 04-11-00),laki-laki, 25 tahun, laki-laki ke dr. Ibrahim Chandra, Sp.B. 17 Agustus 2017, sakit perut, dan demam sangat menderita kesakitan, dianjurkan dirawat karena menderita appendicitis. Pasien tinggal di Bogor. 17/8-25/8, operasi tanggal 18/8 pk 7.00 di rg bedah kelas3, pasien pulang sembuh. Koder memberi kode penyakit K35.0
- 7) Dewi Sartika(MR. 04-15-28), 56 tahun perempuan, ke UGD dengan keluhan colic abdomen sejak 4 jam yll, dokter UGD merujuk ke Dr Bedah yang datang saat itu Dr. Surya Suherman Sp.B. maka dokter ini melakukan pemeriksaan lanjutan dan di diagnosa menderita peny. Appendicitis. Pasien tinggal di Bintaro, Tangerang. 17/8-22/8, operasi tanggal 18/8 pk 800 di rg bedah kelas2 pasien pulang sembuh. Koder memberi kode penyakit K35.0

- 8) Yanti Fenti (MR. 03-11-07), perempuan 34 tahun, perawat RS, saat dinas malam menderita sakit perut, oleh dr. UGD Dr. Santarwan diperiksa dan dinyatakan menderita appendicitis, langsung dirawat. Pasien tinggal di asrama perawat RS. Jakarta Utara Rawat 17/8-20/8 operasi oleh Dr. Surya Suherman Sp.B tanggal 18/8 pk 9.00 di rg bedah kelas2, pasien pulang sembuh. Koder memberi kode penyakit K35.0
- 9) Jaka Permana (MR. 00-15-00)laki-laki, 76 tahun, sakit perut dikirim oleh puskesmas ke klinik bedah. Dr Surya Suherman Sp.B. disarankan unuk langsung dirawat dalam persiapan untuk operasi appendectomy, Pasien ini juga menderita penyakit hipertensi. Tinggal di Jakarta Barat. Rawat 17/8-21/8, operasi tanggal 17/8 pk 17.00 di rg bedah kelas3, pasien pulang sembuh. Koder memberi kode penyakit K35.0
- 10) Johny Nababan(MR. 01-18-27), 37 tahun, langsung ke klinik bedah 17/8 ke Dr. Surya Suherman Sp.B. menderita appendicitis tetapi belum bersedia untuk dioperasi. Pasien pulang. Tinggal di Jakarta timur. Kemudian kembali karena kesakitan terus dan langsung dirawat 19/8-24/8 operasi tanggal 19/8 pk 13.00 di rg bedah kelas3, pasien pulang sembuh. Koder memberi kode penyakit K35.0

C. Buatlah Indeks Penyakit Rawat Inap dengan Tabel 2.2 sesuai kasus dibawah ini!

- 1) Abdul Haris Nasution (MR. 03-13-20), laki-laki 45 thun, ke klinik P.dalam 17 Agust 2017 menderita sakit perut, D/ Appendicitis, Dr. Otong Sumarno, Sp.PD., Jaktim, Saran Konsultasi ke Dr Bedah u. ditindaklanjuti. 19 Feb 2017 ke klinik bedah dan langsung dirawat 19/8-22/8 operasi tanggal 20/8 pk 14.00 oleh dr. Ibrahim Chandra, Sp.B. di rg bedah kelas3, pasien pulang sembuh. Koder memberi kode penyakit K35.0
- 2) Ati Sunarti(MR. 06-15-30), perempuan, 70 tahun ke klinik bedah, colic abdomen sejak pagi tidak berhenti, telah Dokter di puskesmas tidak ada perbaikan. Di klinik bedah dengan Dokter Atika Setianingsih Sp.B, menyarankan u. dioperasi karena menderita appendicitis acute. Jak utara. Rawat 17/8-20/8-2017 operasi tanggal 18/8 pk 7.00 di rg bedah kelas 1, pasien pulang sembuh. Koder memberi kode penyakit K35.0
- 3) Dede Djaelani (MR. 00-17-03) 28th. laki-laki, kiriman dari dokter praktek di daerah T. Priok. ke RS Tugu didiagnosa appendicitis untuk ditindak lanjuti oleh dr. bedah; dr. Ibrahim Chandra, Sp.B. Setelah diperiksa dianjurkan masuk rawat u.persiapan operasi. Masuk 17/8-21/8 operasi tanggal 18/8 pk 13.00 di rg bedah kelas 3, pasien pulang sembuh. Tinggal di Jakarta Utara Koder memberi kode penyakit K35.0.
- 4) Ahmad Fatoni (MR. 04-35-00), 12 tahun sejak malam sakit perut. Ke UGD dari RS Tugu dengan Dr. Mulyadi Santoso, ternyata appendicitis. Orang tua nya tidak bersedia anaknya dioperasi, sesudah diobati langsung pulang. Tinggal di Jaktim. Seminggu

kemudian kembali ke UGD dengan keluhan yang sama dan mau dilakukan operasi dirawat oleh dr. Dr. Surya Suherman Sp.B. tanggal 27/8-4/9 operasi tanggal 28/8 pk 7.00 di rg bedah kelas3, pasien pulang sembuh Koder memberi kode penyakit K35.0

- 5) Dety Ristianti (MR. 06-95-20), 43tahun perempuan, 17 Agust 2017 ke dokter bedah kiriman dari dokter praktek karena diperkirakan menderita sakit appendicitis. Hasil pemeriksaan lebih lanjut oleh Dokter Atika Setianingsih Sp.B, maka dianjurkan untuk operasi dijadwalkan besok pagi pk 7.00 tanggal rawat 17/8-25/8 di rg bedah VIP, pasien pulang sembuh.Pasien tinggal di Bekasi Barat. Koder memberi kode penyakit K35.0
- 6) Dani Rinaldi (MR. 04-75-88), 25 tahun, laki-laki ke dr. Ibrahim Chandra, Sp.B. 17 Agustus 2017, sakit perut, dan demam sangat menderita kesakitan, dianjurkan dirawat karena menderita appendicitis. Pasientinggal di Bogor. 17/8-25/8, operasi tanggal 18/8 pk 7.00 di rg bedah kelas3, pasien pulang sembuh. Koder memberi kode penyakit K35.0
- 7) Siti Purwaningrum(MR. 04-85-72), 50 tahun perempuan, ke UGD dengan keluhan colic abdomen sejak 4 jam yll, dokter UGD merujuk ke Dr Bedah yang datang saat itu Dr. Surya Suherman Sp.B. maka dokter ini melakukan pemeriksaan lanjutan dan di diagnosa menderita peny. Appendicitis. Pasien tinggal di Bintaro, Tangerang. 17/8-22/8, operasi tanggal 18/8 pk 800 di rg bedah kelas2 pasien pulang sembuh. Koder memberi kode penyakit K35.0
- 8) Tina Kustanto (MR. 09-15-20), 34 tahun, perawat RS, saat dinas malam menderita sakit perut, oleh dr. UGD Dr. Santarwan diperiksa dan dinyatakan menderita appendicitis, langsung dirawat. Pasien tinggal di asrama perawat RS . Jakarta Utara Rawat 17/8-20/8 operasi oleh Dr. Surya Suherman Sp.B tanggal 18/8 pk 9.00 di rg bedah kelas2, pasien pulang sembuh. Koder memberi kode penyakit K35.0
- 9) Ali Sadikin (MR. 04-75-20), 76 tahun , sakit perut dikirim oleh puskesmas ke klinik bedah. Dr Surya Suherman Sp.B. disarankan unuk langsung dirawat dalam persiapan untuk operasi appendectomy, Pasien ini juga menderita penyakit hipertensi.Tinggal di Jakarta Barat. Rawat 17/8-21/8, operasi tanggal 17/8 pk 17.00 di rg bedah kelas3, pasien pulang sembuh. Koder memberi kode penyakit K35.0
- 10) Johny Widodo (MR. 04-75-28), 37 tahun, langsung ke klinik bedah 17/8 ke Dr. Surya Suherman Sp.B. menderita appendicitis tetapi belum bersedia untuk dioperasi. Pasien pulang . Tinggal di Jakarta timur. Kemudian kembali karena kesakitan terus dan langsung dirawat 19/8-24/8 operasi tanggal 19/8 pk 13.00 di rg bedah kelas3, pasien pulang sembuh. Koder memberi kode penyakit K35.0

D. Soal Indeks Penyakit, gunakan Tabel 2.3 data dibawah pasien tahun 2017

- 1) BagusSakoco (MR. 01-75-28), laki-laki 45 thun, tinggal diKaltim, tgl 3/2 ke UGD dengan keluhan Cedera saraf sciatic (ischiadica) akibat jatuh terpeleset dari escalatordi hotel, saat sedang berlibur di jakarta, pasien dirawat dr Irwansyah, Sp.S ruang cempaka kls 3, Pasien pulang sembuh tgl 26/2. Koder memberikan kode penyakit sesuai diagnosa yang tertera pada resume medis S74.0W10.5 1
- 2) Sri Mulyati (MR. 05-05-58), perempuan, 34 tahun, tinggal di Jakpus, tgl 5/3 ke UGD dengan keluhan Cedera saraf Cuteneus sensory akibat jatuh terpeleset dari toilet saat dirumah, pasien dirawat dr Fery Irawan, Sp.S ruang Anggrek kls 3, Pasien pulang sembuh tgl 20/3. Koder memberikan kode penyakit sesuai diagnosa yang tertera pada resume medis S74.2 W18.0 8
- 3) Siti Mulyanti (MR. 03-25-07), perempuan, 20 tahun, tinggal di Jaksel, tgl 3/6 ke UGD dengan keluhan Cedera saraf femoral akibat jatuh terpeleset saat bermain skateboardsdi area ring sketing, pasien dirawat dr Fery Irawan, Sp.S ruang Anggrek kls 3, Pasien pulang sembuh tgl 27/6. Koder memberikan kode penyakit sesuai diagnosa yang tertera pada resume medis S74.1 W02 3 0.
- 4) Cokro Minoto (MR. 00-07-28), laki-laki 35 thun, tinggal diJaktim, tgl 5/6 ke UGD dengan keluhan Cedera saraf sciatic (ischiadica) akibat jatuh terpeleset dari escalatordi Ramayana, saat berbelanja, pasien dirawat dr Irwansyah, Sp.S ruang cempaka kls 2, Pasien pulang sembuh tgl 20/6. Koder memberikan kode penyakit sesuai diagnosa yang tertera pada resume medis S74.0W10.5 8
- 5) Triningsih Zulkarnain, (MR. 09-04-40),perempuan32 thun, tinggal diJaktim, tgl 10/6 ke UGD dengan keluhan Cedera saraf dibanyak tempat akibat jatuh terpeleset dari escalatordi Toserba Yogya, saat berbelanja, pasien dirawat dr Irwansyah, Sp.S ruang cempaka kls 2, Pasien pulang sembuh tgl 21/6. Koder memberikan kode penyakit sesuai diagnosa yang tertera pada resume medis S74.7 W10.5 8
- 6) Probo Sukardi (MR. 01-75-28), laki-laki 25 thun, tinggal diJatim, tgl 11/6 ke UGD dengan keluhan Cedera saraf sciatic (ischiadica) akibat jatuh dari pohon rambutan, pasien dirawat dr Irwansyah, Sp.S ruang cempaka kls 3, Pasien pulang sembuh tgl 26/2. Koder memberikan kode penyakit sesuai diagnosa yang tertera pada resume medis S74.0W14.0 8
- 7) Septi Purwaningrum (MR. 03-15-50), perempuan, 34 tahun, tinggal di Jakpus, tgl 15/6 ke UGD dengan keluhan Cedera saraf Cuteneus sensory akibat jatuh terpeleset dari toilet saat dirumah, pasien dirawat dr Fery Irawan, Sp.S ruang Anggrek kls 3, Pasien

pulang sembuh tgl 25/6. Koder memberikan kode penyakit sesuai diagnosa yang tertera pada resume medis S74.2 W18.0 8

- 8) Ferri Yanti (MR. 04-12-18), perempuan 35 thun, tinggal di Jakbar, tgl 5/8 ke UGD dengan keluhan Cedera saraf sciatic (ischiodica) akibat jatuh terpleset dari esalator di blok M saat berbelanja, pasien dirawat dr Irwansyah, Sp.S ruang cempaka kls 2, Pasien pulang sembuh tgl 22/8. Koder memberikan kode penyakit sesuai diagnosa yang tertera pada resume medis S74.0W10.5 8
- 9) Gerry Widjaja (MR. 06-14-40), laki-laki 30 th, tinggal di Tangerang, tgl 10/8 ke UGD dengan keluhan Cedera saraf dibanyak tempat akibat jatuh terpleset dari esalator di Toserba Yogya, saat berbelanja, pasien dirawat dr Irwansyah, Sp.S ruang cempaka kls 1, Pasien pulang sembuh tgl 24/8. Koder memberikan kode penyakit sesuai diagnosa yang tertera pada resume medis S74.7 W10.5 8
- 10) Johny Nababan, (MR. 09-04-40), laki-laki 22 th, tinggal di Jaktim, tgl 18/8 ke UGD dengan keluhan Cedera saraf dibanyak tempat akibat jatuh terpleset dari esalator di Toserba Yogya, saat berbelanja, pasien dirawat dr Irwansyah, Sp.S ruang cempaka kls 2, Pasien pulang sembuh tgl 28/8. Koder memberikan kode penyakit sesuai diagnosa yang tertera pada resume medis S74.7 W10.5 8

E. Soal Indeks Tindakandi RS Melati 17 Agustus 2017

- 1) Bayu Pramono (MR. 19-14-40), laki-laki 45 thun, ke klinik P.dalam 17 Agust 2017 menderita sakit perut, D/ Appendicitis, Dr. Otong Sumarno, Sp.PD., Jaktim, Saran Konsultasi ke Dr Bedah u. ditindaklanjuti. 19 Agustus 2017 ke klinik bedah dan langsung dirawat 19/8-22/8 operasi tanggal 20/8 pk 14.00 oleh dr. Ibrahim Chandra, Sp.B. di rg bedah kelas3, pasien pulang sembuh. Koder memberi kode penyakit dan tindakan K35.0, 47.01
- 2) SriMulyati (MR. 08-07-40), perempuan, 70 tahun ke klinik bedah, colic abdomen sejak pagi tidak berhenti, telah Dokter di puskesmas tidak ada perbaikan. Di klinik bedah dengan Dokter Atika Setianingsih Sp.B, menyarankan u. dioperasi karena menderita appendicitis acute. Jak utara. Rawat 17/8-20/8-2017 operasi tanggal 18/8 pk 7.00 di rg bedah kelas 1, pasien pulang sembuh. Koder memberi kode penyakit dan tindakan K35.0, 47.01
- 3) Chairul Anwar (MR. 29-14-80) 28th. kiriman dari dokter praktek di daerah T.Priok. ke RS Tugu didiagnosa appendicitis untuk ditindak lanjuti oleh dr.bedah; dr. Ibrahim Chandra, Sp.B. Setelah diperiksa dianjurkan masuk rawat u.persiapan operasi. Masuk 17/8-21/8 operasi tanggal 18/8 pk 13.00 di rg bedah kelas3, pasien pulang sembuh. Tinggal di Jakarta Utara. Koder memberi kode penyakit dan tindakan K35.0, 47.01

- 4) Abdullah Zakir (MR. 29-04-41), 12 tahun sejak malam sakit perut. Ke UGD dari RS Tugu dengan Dr. Mulyadi Santoso, ternyata appendicitis. Orang tua nya tidak bersedia anaknya dioperasi, sesudah diobati langsung pulang. Tinggal di Jaktim.. Seminggu kemudian kembali ke UGD dengan keluhan yang sama dan mau dilakukan operasi dirawat oleh dr. Dr. Surya Suherman Sp.B. tanggal 27/8-4/9 operasi tanggal 28/8 pk 7.00 di rg bedah kelas3, pasien pulang sembuh. Koder memberi kode penyakit dan tindakan K35.0, 47.01
- 5) Triningsih Zulkarnain (MR. 19-24-50), 43tahun perempuan, 17 Agust 2017 ke dokter bedah kiriman dari dokter praktek karena diperkirakan menderita sakit appendicitis. Hasil pemeriksaan lebih lanjut oleh Dokter Atika Setianingsih Sp.B, maka dianjurkan untuk operasi dijadwalkan besok pagi pk 7.00 tanggal rawat 17/8-25/8 di rg bedah VIP, pasien pulang sembuh.Pasien tinggal di Bekasi Barat. Koder memberi kode penyakit dan tindakan K35.0, 47.01
- 6) Probo Sukardi(MR. 39-24-46), 25 tahun, laki-laki ke dr. Ibrahim Chandra, Sp.B. 17 Agustus 2017, sakit perut, dan demam sangat menderita kesakitan, dianjurkan dirawat karena menderita appendicitis. Pasientinggal di Bogor. 17/8-25/8, operasi tanggal 18/8 pk 7.00 di rg bedah kelas3, pasien pulang sembuh. Koder memberi kode penyakit dan tindakan K35.0, 47.01
- 7) Septi Purwaningrum, 56 tahun perempuan, ke UGD dengan keluhan colic abdomen sejak 4 jam yll, dokter UGD merujuk ke Dr Bedah yang datang saat itu Dr. Surya Suherman Sp.B. maka dokter ini melakukan pemeriksaan lanjutan dan di diagnosa menderita peny. Appendicitis. Pasien tinggal di Bintaro, Tangerang. 17/8-22/8, operasi tanggal 18/8 pk 800 di rg bedah kelas2 pasien pulang sembuh. Koder memberi kode penyakit dan tindakan K35.0, 47.01
- 8) Ferri Yanti (MR. 19-64-45), 34 tahun, perawat RS, saat dinas malam menderita sakit perut, oleh dr. UGD Dr. Santarwan diperiksa dan dinyatakan menderita appendicitis, langsung dirawat. Pasien tinggal di asrama perawat RS . Jakarta Utara Rawat 17/8-20/8 operasi oleh Dr. Surya Suherman Sp.B tanggal 18/8 pk 9.00 di rg bedah kelas2, pasien pulang sembuh. Koder memberi kode penyakit dan tindakan K35.0, 47.01
- 9) Gerry Widjaja (MR. 29-74-36) , 76 tahun , sakit perut dikirim oleh puskesmas ke klinik bedah. Dr Surya Suherman Sp.B. disarankan unuk langsung dirawat dalam persiapan untuk operasi appendectomy, Pasien ini juga menderita penyakit hipertensi.Tinggal di Jakarta Barat. Rawat 17/8-21/8, operasi tanggal 17/8 pk 17.00 di rg bedah kelas3, pasien pulang sembuh. Koder memberi kode penyakit dan tindakan K35.0, 47.01

- 10) Johny Nababan (MR. 06-07-41), 37 tahun, langsung ke klinik bedah 17/8 ke Dr. Surya Suherman Sp.B. menderita appendicitis tetapi belum bersedia untuk dioperasi. Pasien pulang. Tinggal di Jakarta timur. Kemudian kembali karena kesakitan terus dan langsung dirawat 19/8-24/8 operasi tanggal 19/8 pk 13.00 di rg bedah kelas3, pasien pulang sembuh. Koder memberi kode penyakit dan tindakan K35.0, 47.01

F. Soal Indeks Kematiandi RS Sejahtera 17 Agustus 2017

- 1) Ny Musiroh(MR 12-23-00), perempuan 65 thun, ke klinik P.jantung, 17 Agust 2017 ke UGD dengan kondisi Dispnoe, masuk rawat di ruang Mawar kls 2 dengan Dr. Abdullah, Sp.J, Jaktim, kondisi pasien semakin memburuk tgl 25 Agustus 2017 pasien meninggal, dalam resume dokter penyebab utama pasien meninggal adalah CHF (I50.0), komplikasi penyakit hipertensi (I11.0)
- 2) Ny Menik Sudarmi (MR 02-20-10), perempuan, 70 tahun, datang dengan kondisi tidak sadar ke UGD, langsung dirawat di ICU tgl 2 Agustus 2017 dengan dr Abdullah, SpJ, Jak utara, tgl 28 Agustus 2017 kondisi pasien memburuk dan meninggal di hari tersebut, dokter menuliskan penyebab utama pasien meninggal CHF(I50.0) dengan komplikasi DM type II (E11.5)
- 3) Chairul Umar (MR 12-23-00), 28th. kiriman dari dokter praktek di daerah T.Priok. ke RS Tugu didiagnosa CHF. Pasien di rawat 7/8-21/8 2017 di rg Kamboja kelas3 dengan dr Abdullah, SpJ, pasien pulang meninggal. Tinggal di Jakarta Utara, dalam resume dokter menulis diagnosa penyebab meninggal CHF (I50.0) dengan komplikasi Bronchopneumonia (J18.0).
- 4) Ny Zaidar (MR 22-03-10), 67 tahun, Ke UGD dari RS Tugu dengan Dr. Mulyadi Santoso, Pasien sudah sering kontrol ke dokter penyakit jantung, dr Abdullah, SpJ. Kondisi pasien sangat lemah dokter UGD menganjurkan dirawat. Pasien dirawat tgl 4 Agustus 2017 di Ruang Mawar kelas 3, tgl 22 Agustus 2017 kondisi pasien semakin memburuk pasien akhirnya meninggal pukul 02.00. Dalam resume dokter menulis penyebab utama pasien meninggal adalah CHF (I50.0) dengan komplikasi Stroke(I64).
- 5) Tri Setioningsih (MR 32-03-20), 15 tahun perempuan, Pasien kiriman dari dokter praktek karena diperkirakan menderita sakit DBD. Pasien langsung di rawat di ICU tgl 17/8/2017 dengan dr Aep Saepudin, SpPD, kondisi pasien semakin memburuk tanggal 25/8/2017 pasien meninggal dengan diagnosa utama DBD (A91), dengan komplikasi kejang demam (R56). Pasien Tinggal di Bekasi.
- 6) Eko Dwi Susanto(MR 27-13-15), 26 tahun, laki-laki, dirawat ke dr. Ibrahim Lapau, Sp.PD. 17 Agustus 2017, demam sangat menderita kesakitan, dianjurkan dirawat

karena menderita susp. DBD Pasien tinggal di Bogor. 25/8 Kondisi pasien memburuk dipindahkan ke ICU Pukul 7.00 malam harinya pasien meninggal, Dokter mendiagnosa DSS (A91, R57.9), dengan komplikasi Sepsis (A41.9)

- 7) SeptiLestari (MR 17-03-05), 56 tahun perempuan, tgl 17/8/2017 ke UGD dengan keluhan panas tinggi sejak 4 jam yll, dokter UGD menganjurkan dirawat dengan diagnosa DBD, Pasien tinggal di Bintaro, Tangerang. Keluarga pasien menolak dirawat di ICU, pasien masuk ke kelas 3 dirawat dengan dr Ibrahim Lapau, Kondisi sore harinya semakin memburuk pk 20.00 pasien meninggal. Dokter menulis diresume diagnosa utama DBD (A91) dengan komplikasi Bronchopneumonia (J18.0).
- 8) Kartika Sari, 34 tahun, perempuan, tgl 17/8/2017 masuk IGD dengan keluhan panas tinggi Dr. Santarwan dr IGD saat itu mendiagnosa sementara suspec DBD, drmenyarankan rawat di ICU dan keluarga pasien setuju dan dirawat dengan dr Alex, SpPD. 2 hari dirawat kondisi pasien memburuk akhirnya pasien meninggal. Dokter mendiagnosa DSS (A91, R57.9) dengan komplikasi Bronchopneumonia (J18.0)
- 9) Gerry Sutrisno , 6 tahun , Tgl 5 Agustus 2017 Pasien datang dengan keluhan panas tinggi dikirim oleh Klinik disarankan untuk langsung dirawat dengan diagnosa susp DBD. Dr UGD menyarankan untuk di rawat di ICU dirawat dengan dr Anisa SpPD. Satu hari dirawat di ICU kondisi pasien memburuk pasien meninggal pukul 17.00. Dokter mendiagnosa DBD (A91) dengan komplikasi sepsis (A41.9). Tinggal di Jakarta Barat.
- 10) Johny Iskandar, 37 tahun, tgl 17/8/ 2017 langsung ke klinik penyakit Dalam ke Dr. Surya Suherman Sp.PD. menderita susp DBD tetapi belum bersedia untuk dirawat. Pasien pulang . Tinggal di Jakarta timur. Kemudian kembali karena kesakitan terus dan langsung dirawat dengan dokter yang sama 19/8/2017. Satu minggu kemudian kondisi pasien semakin memburuk pk 13.00 pasien meninggal. Dokter mendiagnosa DBD (A91) dengan komplikasi Bronchopneumonia (J18.0), sepsis (A41.9).

G. Soal Indeks Dokter di RS Melayu 17 Agustus 2017

- 1) Bayu Pramono (MR. 07-25-01), laki-laki , TTL 2 Juli 1972, SMA, pegawai swasta, pertama kali berobat ke klinik P. dalam 17 Agustus 2017 menderita sakit perut, D/ Appendicitis, Dr. Otong Sumarno, Sp.PD. (O12), tinggal di Jl Bambu Ori I no.28 rt 2/3 Pondok Bambu Jaktim, Saran Konsultasi ke Dr Bedah u. ditindaklanjuti. 19 Agustus 2017 ke klinik bedah dan langsung dirawat 19/8-22/8 operasi tanggal 20/8 pk 14.00 oleh dr. Ibrahim Chandra, Sp.B. di ruang bedah kelas 3, pasien pulang sembuh
- 2) Sri Mulyati (MR. 07-25-02), perempuan, TTL 10 Feb 1970, D3, Pegawai swasta, datang ke klinik bedah untuk pertama kalinya di RS X tanggal 17 /8, keluhan colic abdomen

sejak pagi tidak berhenti, telah ke Dokter di puskesmas tidak ada perbaikan. Di klinik bedah dengan Dokter Atika Setianingsih Sp.B (A11), menyarankan u. dioperasi karena menderita appendicitis acute. Tinggal di Jl Bulak no4 rt3.6 klender Jak tim. Di Rawat 17/8-20/8-2017 operasi tanggal 18/8 pk 7.00 di ruang bedah kelas 1, pasien pulang sembuh

- 3) Chairul Anwar(MR. 07-25-03),laki-laki, TTL 28 Mei 1972, perawat,tgl 17/8 berobat ke RS Tugu, kiriman dari dokter praktek di daerah T.Priok. didiagnosa appendicitis untuk ditindak lanjuti oleh dr.bedah ; dr. Ibrahim Chandra, Sp.B.(I05) Setelah diperiksa dianjurkan masuk rawat u.persiapan operasi. Masuk 17/8-21/8 operasi tanggal 18/8 pk 13.00 di rg bedah kelas3, pasien pulang sembuh. Tinggal di jl cempaka 5 no.40 rt2/7 Jakarta Utara
- 4) Abdullah Zakir, (MR. 07-25-04) laki-laki, pelajar, TTL 3 april 2005 sejak malam sakit perut. Ke UGD tgl 18/8 RS Asih dengan Dr. Mulyadi Santoso (M06), ternyata appendicitis. Orang tua nya tidak bersedia anaknya dioperasi, sesudah diobati langsung pulang. Tinggal di jl Kayu manis II rt2/5 no.26 utan kayu Jaktim. Seminggu kemudian kembali ke UGD dengan keluhan yang sama dan mau dilakukan operasi dirawat oleh dr. Dr. Surya Suherman Sp.B.(S17)tanggal 27/8-4/9 operasi tanggal 28/8 pk 7.00 di rg bedah kelas3, pasien pulang sembuh
- 5) Triningsih Zulkarnain(MR. 07-25-05), perempuan, ibu rumah tangga, TTL 7 april 1974, 17 Agust 2017 ke dokter bedah kiriman dari dokter praktek karena diperkirakan menderita sakit appendicitis. Hasil pemeriksaan lebih lanjut oleh Dokter Atika Setianingsih Sp.B, maka dianjurkan untuk operasi dijadwalkan besok pagi pk 7.00 tanggal rawat 17/8-25/8 di rg bedah VIP, pasien pulang sembuh.Pasien tinggal di Bekasi Barat
- 6) Probo Sukardi (MR. 07-25-06), 25 tahun,peawai bank swasta, laki-laki ke dr. Ibrahim Chandra, Sp.B. 17 Agustus 2017, sakit perut, dan demam sangat menderita kesakitan, dianjurkan dirawat karena menderita appendicitis. Pasien tinggal di Jl selamat Rt5/7 no.10 Bogor. 17/8-25/8, operasi tanggal 18/8 pk 7.00 di rg bedah kelas3, pasien pulang sembuh
- 7) Septi Purwaningrum (MR. 07-25-07), 56 tahun perempuan, ibu rumah tangga, ke UGD dengan keluhan colic abdomen sejak 4 jam yll, dokter UGD merujuk ke Dr Bedah yang datang saat itu Dr. Surya Suherman Sp.B. maka dokter ini melakukan pemeriksaan lanjutan dan di diagnosa menderita peny. Appendicitis. Pasien tinggal di jl sultan hasanudin no.23A Bintaro, Tangerang. 17/8-22/8, operasi tanggal 18/8 pk 800 di rg bedah kelas2 pasien pulang sembuh

- 8) Ferri Yanti (MR. 07-25-08), 34 tahun, perawat RS, saat dinas malam menderita sakit perut, oleh dr. UGD Dr. Santarwan (S05) diperiksa dan dinyatakan menderita appendicitis, langsung dirawat. Pasien tinggal di jl melawai no.38A rt2/7 duren sawit Jakarta timur, di Rawat 17/8-20/8 operasi oleh Dr. Surya Suherman Sp.B tanggal 18/8 pk 9.00 di rg bedah kelas2, pasien pulang sembuh
- 9) Gerry Widjaja (MR. 07-25-09), 76 tahun ,laki-laki, pensiunan, sakit perut dikirim oleh puskesmas ke klinik bedah. Dr Surya Suherman Sp.B. disarankan unuk langsung dirawat dalam persiapan untuk operasi appendectomy, Pasien ini juga menderita penyakit hipertensi.Tinggal di jl cemara I rt3/4 no.5 Pondok Gede. Di Rawat 17/8-21/8, operasi tanggal 17/8 pk 17.00 di rg bedah kelas3, pasien pulang sembuh
- 10) Johny Nababan (MR. 07-25-10), 37 tahun,laki-laki, wiraswasta, langsung ke klinik bedah 17/8 ke Dr. Surya Suherman Sp.B. menderita appendicitis tetapi belum bersedia untuk dioperasi. Pasien pulang . Tinggal dijl Kejaksaan no.5 rt 3/8 pondok bambu Jakarta timur. Kemudian kembali karena kesakitan terus dan langsung dirawat 19/8-24/8 operasi tanggal 19/8 pk 13.00 di rg bedah kelas3, pasien pulang sembuh.

Ringkasan

Indeks merupakan pengolahan data yang telah dikumpulkan. Pembuatan indeks adalah suatu keharusan di setiap sarana pelayanan kesehatan baik rumah sakit, puskesmas, klinik dan lain-lain.

Indeks berfungsi sebagai petunjuk atau memberi fasilitas tentang lokasi dari item data yang dicatat. Suatu indeks bisa berupa tabel daftar, file atau katalog yang memuat daftar suatu item dan menyediakan informasi yang memudahkan akses ke item terkait.

Tes

Pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat.

- 1) Indeks yang berisikan kumpulan dari kasus diagnosa tertentu yang terjadi di rumah sakit/ puskesmas adalah
 - A. Indeks penyakit
 - B. Indeks tindakan
 - C. Indeks dokter
 - D. Indeks kematian
 - E. Indeks Utama Pasien

- 2) Cara penyimpanan indeks secara manual yang tepat adalah
 - A. Alfabet
 - B. Numerik
 - C. SOUNDEX
 - D. Phonetic
 - E. Alfanumerik

- 3) Ciri khas pengkodean penyakit adalah dengan cara
 - A. Alfabet
 - B. Numerik
 - C. SOUNDEX
 - D. Phonetic
 - E. Alfanumerik

- 4) Ciri khas pengkodean tindakan adalah dengan cara
 - A. Alfabet
 - B. Numerik
 - C. SOUNDEX
 - D. Phonetic
 - E. Alfanumerik

- 5) Indeks yang berisikan data pasien yang dirawat oleh DPJP adalah
 - A. Indeks penyakit
 - B. Indeks tindakan
 - C. Indeks dokter
 - D. Indeks kematian
 - E. Indeks Utama Pasien

- 6) Penanggung jawab pelaksanaan indeks penyakit rawat inap, adalah
 - A. Unit Rekam Medis
 - B. Bagian Keperawatan
 - C. Bagian Poliklinik
 - D. Dokter
 - E. Perawat

- 7) Indeks penyakit menggunakan klasifikasi penyakit berdasarkan
 - A. ICD 10 edisi 2004
 - B. ICD O
 - C. ICD 9
 - D. ICD 9CM
 - E. ICD 10 edisi 2005

- 8) Indeks tindakan menggunakan klasifikasi tindakan berdasarkan
- A. ICD 10 edisi 2004
 - B. ICD O
 - C. ICD 9
 - D. ICD 9CM
 - E. ICD 10 edisi 2005
- 9) Informasi yang ada didalam indeks penyakit pasien poliklinik, dapat digunakan untuk menghasil pelaporan
- A. Morbiditas pasien rawat jalan
 - B. Morbiditas pasien rawat inap
 - C. Kegiatan rumah sakit
 - D. Keadaan pasien pulang
 - E. Populasi rumah sakit
- 10) Indeks kematian, berfokus pada kasus yang menyebabkan kematian di rumah sakit, manfaat dari indeks ini adalah
- A. Audit Kasus Kematian
 - B. Audit Pasien masuk rawat
 - C. Audit penggunaan tempat tidur
 - D. Audit pelayanan dokter
 - E. Audit Pelayanan perawat

Kunci Jawaban Tes

Tes

- 1) E
- 2) D
- 3) C
- 4) D
- 5) C
- 6) E
- 7) A
- 8) D
- 9) E
- 10) C

Glosarium

Alfabet	: Penjajaran nama dengan mengurutkan abjad
Alfanumerik	: Penjajaran nama dengan mengurutkan kombinasi angka dan abjad
Diagnosa Sekunder	: Diagnosa selain diagnosa utama yang sudah ada sebelum pasien dirawat dirumah 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
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)
NDR	: Net Death Rate menunjukkan angka kematian 48 jam setelah dirawat di fasilitas pelayanan kesehatan
Numerik	: Penomoran dengan angka
Phonetic	: Penjajaran nama dengan cara phonetic
Soundex	: Penjajaran nama dengan cara Remington Rand dengan dikombinasikan 6 huruf dengan kode 3 digit angka

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, 2012, Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan, Jakarta :UI Press
- 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 .
- Skurka, Margaret A.,2003, Health Information Management, 5th ed, San Fransisco: Jossey-Bass, A Wiley Imprint.

BAB IX PRAKTIKUM PENJAJARAN REKAM MEDIS

Lily Widjaya, SKM.,MM.

Deasy Rosmaladewi, SKM., M.Kes.



Gambar 9.1
Penjajaran Rekam Medis

PENDAHULUAN

Para mahasiswa yang berbahagia, modul praktikum ini akan memandu Anda untuk melakukan Penjajaran Rekam Medis (RM) yang dimulai dari alat-alat yang dibutuhkan dalam penjajaran RM, kemudian cara menjajar RM dengan sistem alfabetik dan numerik yang terdiri dari angka langsung, angka tengah dan angka akhir seperti yang telah kita pelajari pada bab-bab sebelumnya.

Pelaksanaan penjajaran merupakan pelaksanaan menjajar RM di ruang penyimpanan sesuai dengan sistem yang digunakan. Langkah-langkah tersebut harus Anda kuasai sebelum Anda menjajar RM. Sebelum Anda melakukan praktikum, sudah tentu ruang praktikum RM tersedia berupa klinik mini yang terdiri dari:

1. Ruang Pendaftaran untuk pengumpulan data
 - a. Registrasi Rawat jalan dan
 - b. Registrasi Rawat Inap,
2. Ruang Penyimpanan untuk :
 - a. menjajar RM dan
 - b. melakukan assembling/ merakit RM serta
 - c. melakukan audit pendokumentasian RM,

3. Ruang pengolahan data untuk melakukan:
 - a. pengodean diagnosa dan tindakan serta
 - b. pengindeksan kode diagnosa dan tindakan tersebut
 - c. pelaporan internal dan eksternal

Pada awalnya perlu direncanakan berbagai peralatan yang dibutuhkan. Peralatan yang dibutuhkan untuk penjajaran secara manual baik berupa sarana maupun prasarana berupa ruang penyimpanan dan rak yang mencukupi. Secara elektronik, dibutuhkan *software* dan *hardware*, tidak memerlukan ruangan yang luas dan rak penjajaran. Modul ini memandu Anda untuk melakukan penjajaran secara manual dengan berbagai sistem yang telah disebutkan di atas.

Untuk setiap sistem penjajaran selalu membutuhkan ruangan penyimpanan dan rak penjajaran, Anda akan melakukan identifikasi kebutuhan sarana dan prasarana dengan beberapa perbedaan.

Setelah melakukan praktikum ini, Anda diharapkan dapat :

1. Menentukan peralatan untuk penyimpanan rekam medis
2. Melakukan penjajaran secara alfabetik
3. Melakukan penjajaran secara penomoran:
 - a. Melakukan penjajaran secara angka langsung/ *straight numerical filing*
 - b. Melakukan penjajaran secara angka tengah/ *middle digit filing*
 - c. Melakukan penjajaran secara angka akhir/ *terminal digit filing*

Materi dalam bab ini meliputi:

1. Kegiatan Praktikum 1 Peralatan yang digunakan dalam penyimpanan rekam medis
2. Kegiatan Praktikum 2 Penjajaran secara alfabetik
3. Kegiatan Praktikum 3 Penjajaran secara numerik/ penomoran:
 - a. Kegiatan Praktikum Straight Numerical System
 - b. Kegiatan Praktikum Penjajaran Middle Digit Filing System
 - c. Kegiatan Praktikum Penjajaran Terminal Digit Filing System

Kegiatan Praktikum 1 Peralatan Dalam Penyimpanan Rekam Medis



Gambar 9.2

Rak Penjajaran dan Rekam Medis

Sebelum Anda melakukan Kegiatan Praktikum 1 ini, Anda perlu mengenal alat-alat yang dibutuhkan dalam melakukan penjajaran rekam medis, sebagai berikut :

Tabel 9.1

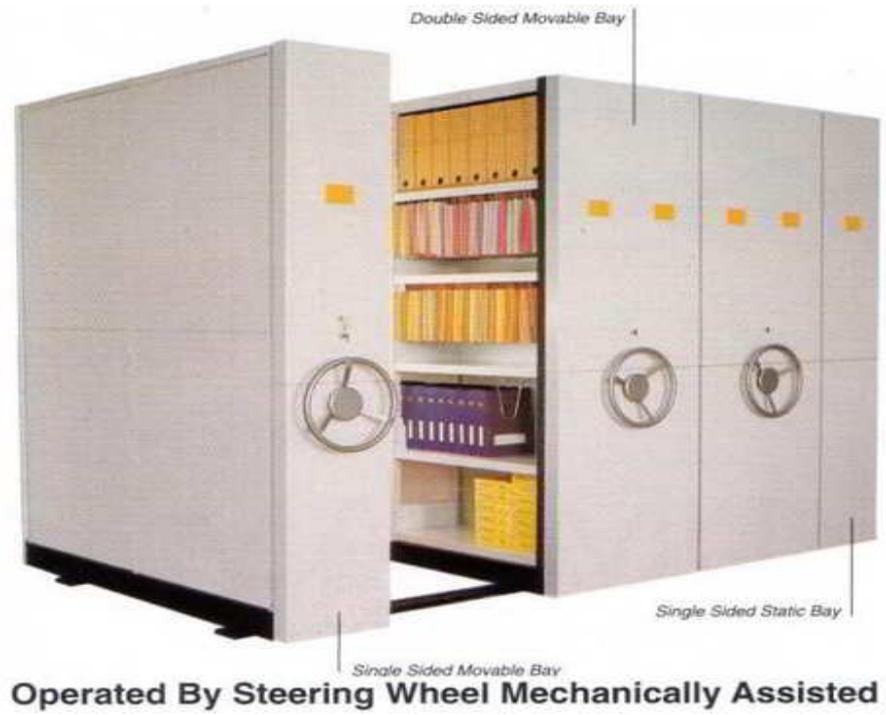
Peralatan untuk Menjajar Rekam Medis

No.	Nama Alat	Fungsi	Gambar
1	Rak Penjajaran	Menjajar RM	9.1, 9.2, 9.3, 9.4, 9.5
2	Tangga	Mengambil/ menyimpan RM pada rak penjajaran yang tinggi	9.8
3	Pembatas Map	Disisipkan antar RM agar dapat terjajar rapi dan berdiri	9.6
4	Map Rekam Medis	Map yang berisi lembaran formulir RM Rawat jalan / inap	9.6
5	Stiker Warna: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stiker Nomor ▪ Stiker Tahun ▪ Stiker Alergi ▪ Stiker khusus lainnya 	Ditempelkan pada map RM sesuai kebutuhan	9.12 9.13 9.14 9.15

No.	Nama Alat	Fungsi	Gambar
6	Tracer/ Out Guide	Alat untuk pengganti RM yang dikeluarkan dari rak penjajaran	9.7 9.9
7	Bon Pinjam	Catatan kecil yang dibuat 3 rangkap untuk diselipkan ke: a. Kantong di Tracer b. Diklip pada RM yang di keluarkan dari rak c. Kotak pemantau RM yang keluar	9.10
8	Paper clip	Untuk mengklip bon pinjam di RM yang keluar	9.16
9	Buku ekspedisi	Catatan bagi penerima saat menerima dan mengembalikan RM	9.11
10	Masker	Alat pelindung hidung dari debu	9.17



Gambar 9.3
Electrically Roll o pack



Gambar 9.4
Mechanical Roll o pack



Gambar 9.5
Rak Statis



Gambar 9.6
Map RM dengan Pembatas



Gambar 9.7 *Tracer/ Outguide 2* Model
Atas: dengan kantong untk bon pinjam
Bawah: dengan tulisan *Out*



Gambar 9.8 Tangga 2 Step



Gambar 9.9
Penggunaan *Tracer/ outguide* dan Nomor Warna

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

Gambar 9.10
Bon Pinjam



Gambar 9.11
Buku Ekspedisi untuk serah terima RM



Gambar 9.12.
Masker



Gambar 9.13
Stiker Nomor Warna dalam bentuk lembaran



Gambar 9.14
Stiker Nomor Warna dalam bentuk gulungan



Gambar 9.15
Stiker Alergi

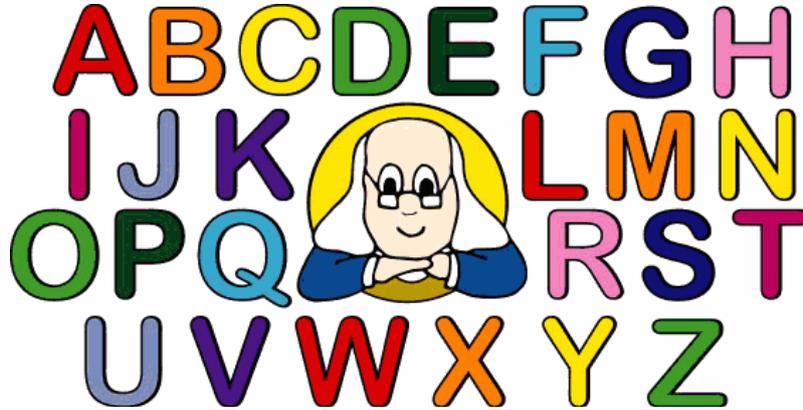


Gambar 9.16
Stiker tahun



Gambar 9.17
Paper Clip.

Kegiatan Praktikum 2 Penjajaran Secara Alfabetik



Gambar 9.17 Alfabetik

B. MELAKUKAN PENJAJARAN SECARA ALFABETIK

Sebelum Anda melakukan kegiatan praktikum 2, Anda perlu mempersiapkan alat-alat yang dibutuhkan dalam melakukan penjajaran secara alfabetik.

Tabel 9.2
Peralatan Penjajaran Secara Alfabetik

No.	Nama Alat	Fungsi	Gambar
1	Rak Penjajaran	Menjajar RM	9.1, 9.2, 9.3, 9.4, 9.5
2	Tangga	Mengambil/ menyimpan RM pada rak penjajaran yang tinggi	9.8
3	Pembatas Map	Disisipkan antar RM agar dapat terjajar rapi dan berdiri	9.6
4	Map Rekam Medis	Map yang berisi lembaran formulir RM Rawat jalan / inap	9.6
5	Stiker Warna: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stiker Nomor ▪ Stiker Tahun ▪ Stiker Alergi ▪ Stiker khusus lainnya 	Ditempelkan pada map RM sesuai kebutuhan	9.12 9.13 9.14 9.15
6	Tracer/ Out Guide	Alat untuk pengganti RM yang dikeluarkan dari rak penjajaran	9.7 9.9

No.	Nama Alat	Fungsi	Gambar
7	Bon Pinjam	Catatan kecil yang dibuat 3 rangkap untuk diselipkan ke: a. Kantong di Tracer b. Diklip pada RM yang di keluarkan dari rak c. Kotak pemantau RM yang keluar	9.10
8	Paper clip	Untuk mengklip bon pinjam di RM yang keluar	9.16
9	Buku ekspedisi	Catatan bagi penerima saat menerima dan mengembalikan RM	9.11
10	Masker	Alat pelindung hidung dari debu	9.17

Setelah alat-alat tersebut dipersiapkan, selanjutnya Anda akan melakukan penjajaran secara alfabetik yaitu dengan:

1. Mengelompokkan berdasarkan abjad yang sama; bagi nama pasien yang berawal sama dikelompokkan, agar pada rak alfabetiknya tidak terjadi kesalahan penjajaran. Contoh: Abjad nama A dikelompokkan dengan A juga, B dengan B, dan seterusnya.
2. Meletakkan tiap kelompok abjad nama di depan rak dengan abjad yang sama.
3. Mengambil satu kelompok nama dan disusun sebagai berikut:
 - a. bila abjad pertama sama, lihat abjad kedua
 - b. bila abjad kedua sama, maka lihat abjad ketiga, dst.

Contoh Rekam Medis diurut secara alfabetik nama:

 - a. Aminah Kurniawan
 - b. Aminah Sulaiman
 - c. Amirullah Karyadi
4. Menuju ke rak penjajaran dengan alfabetik tertentu, membawa kelompok RM dengan abjad yang sama
5. Untuk menjajar RM baru dan Lama:
 - a. RM baru langsung menjajar sesuai urutan abjad nya.
 - b. RM lama, mencari tracer pada jajaran abjad di raknya sebagai pengganti RM saat dikeuarkan, kemudian RM dijajarkan dan Tracer nya dicabut, bon pinjamnya diambil

Kegiatan Praktikum 3 Penjajaran Secara Penomoran

Sistem penyimpanan dengan penomoran dijajar berdasarkan 3 (tiga) cara:

1. Penjajaran secara Angka Langsung/ *Straight Numerical Filing*
2. Penjajaran secara Angka Tengah/ *Middle Digit Filing*
3. Penjajaran secara Angka Akhir/ *Terminal Digit Filing*

Tiap nomor RM umumnya terdiri dari 6 digit atau lebih.

Contoh nomor RM : 12-34-56

Dibaca per 2 digit : dua belas tiga empat lima enam

Contoh: nomor 12-34-56 ditulis dengan cara:

	12	-	34	-	56
Angka langsung: (<i>Straight Numerical</i>)	angka primer (<i>primary digits</i>)	-	angka sekunder (<i>secondary digits</i>)	-	angka tertier (<i>tertiary digits</i>)
Angka Tengah (<i>Middle Digit Filing</i>)	angka sekunder (<i>secondary digits</i>)	-	angka primer (<i>primary digits</i>)	-	angka tertier (<i>tertiary digits</i>)
Angka Akhir (<i>Terminal Digit Filing</i>)	angka tertier (<i>tertiary digits</i>)	-	angka sekunder (<i>secondary digits</i>)	-	angka primer (<i>primary digits</i>)

Sebelum melakukan kegiatan penjajaran siapkan alat yang dibutuhkan (lihat kegiatan 1)

Mari kita lakukan satu persatu agar kita dapat melakukan penjajaran dengan benar dan tepat

Tabel 9.3

Peralatan Penjajaran Secara Penomoran

No.	Nama Alat	Fungsi	Gambar
1	Rak Penjajaran	Menjajar RM	9.1, 9.2, 9.3, 9.4, 9.5
2	Tangga	Mengambil/ menyimpan RM pada rak penjajaran yang tinggi	9.8
3	Pembatas Map	Disisipkan antar RM agar dapat terjajar rapi dan berdiri	9.6
4	Map Rekam Medis	Map yang berisi lembaran formulir RM Rawat jalan / inap	9.6
5	Stiker Warna: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stiker Nomor ▪ Stiker Tahun ▪ Stiker Alergi ▪ Stiker khusus lainnya 	Ditempelkan pada map RM sesuai kebutuhan	9.12 9.13 9.14 9.15

No.	Nama Alat	Fungsi	Gambar
6	Tracer/ Out Guide	Alat untuk pengganti RM yang dikeluarkan dari rak penjajaran	9.7 9.9
7	Bon Pinjam	Catatan kecil yang dibuat 3 rangkap untuk diselipkan ke: a. Kantong di Tracer b. Diklip pada RM yang di keluarkan dari rak c. Kotak pemantau RM yang keluar	9.10
8	Paper clip	Untuk mengklip bon pinjam di RM yang keluar	9.16
9	Buku ekspedisi	Catatan bagi penerima saat menerima dan mengembalikan RM	9.11
10	Masker	Alat pelindung hidung dari debu	9.17

A. MELAKUKAN PENJAJARAN SECARA NOMOR LANGSUNG

Penjajaran Secara nomor langsung dapat dilakukan dengan:

1. Mengelompokkan berdasarkan 2 angka primer; bagi nomor RM berawal sama angka primernya dikelompokkan, agar pada rak tidak terjadi kesalahan penjajaran. Sejumlah RM yang akan disimpan di rak maka dikelompokkan sama angka primernya.
2. Meletakkan tiap kelompok angka primer di depan rak dengan angka primer yang sama.
3. Mengambil satu kelompok angka primer dan disusun sebagai berikut:
 - a. bila angka primer tidak sama, diurut di belakang angka primer yang lebih kecil satu nomor, kemudian diurut dengan angka sekunder yang paling kecil.
 - b. bila angka primer sama, lihat angka sekunder, bila sama, lihat angka tertier kemudian diurut dengan angka tertier yang paling kecil.

Contoh Rekam Medis diurut secara angka langsung:
Pada sistem ini RM dijejer urut seri nomor sebagai berikut:

10-82-64
10-82-65
10-82-66
10-82-67
4. Menuju ke rak penjajaran dengan angka langsung tertentu, membawa kelompok RM dengan angka langsung yang sama.
5. Untuk menjajar RM baru dan lama:
 - a. RM baru langsung menjajar sesuai angka langsung nya.
 - b. RM lama, mencari *tracer* pada jajaran angka langsung di rak nya sebagai pengganti RM saat dikeuarkan, kemudian RM dijejerkan dan *tracer* nya dicabut, bon pinjamnya diambil/ dibuang.

B. MELAKUKAN PENJAJARAN SECARA ANGKA TENGAH



Gambar 9.18

Penjajaran secara angka tengah

Penjajaran dengan Sistem Angka Tengah dapat dilakukan dengan:

1. Mengelompokkan berdasarkan 2 angka primer (lihat siker nomor yang berwarna); bagi nomor RM berawal sama angka primernya dikelompokkan, agar pada rak tidak terjadi kesalahan penjajaran. Sejumlah Rekam Medis yang akan disimpan di rak maka dikelompokkan sama angka primernya.
2. Meletakkan tiap kelompok angka primer di depan rak dengan angka primer yang sama.
3. Mengambil satu kelompok angka primer dan disusun sebagai berikut:
 - a. bila angka primer sama, lihat angka sekunder, bila sama, lihat angka tertier kemudian diurut dengan angka tertier yang paling kecil
 - b. bila angka primer sama, lihat angka sekunder, bila tidak sama maka angka yang kecil diurut dengan angka sekunder yang paling kecil, lihat angka tertier kemudian diurut dengan angka tertier yang paling kecilContoh Rekam Medis diurut secara angka tengah:
Pada sistem ini RM dijejer urut nomor sebagai berikut:
00-02-50
00-02-51
00-02-52
00-02-53
4. Menuju ke rak penjajaran dengan angka tengah tertentu, membawa kelompok RM dengan angka tengah yang sama
5. Untuk menjejer RM baru dan Lama:
 - a. RM baru langsung menjejer sesuai angka tengah nya.

- b. RM lama, mencari tracer pada jajaran angka tengah di rak nya sebagai pengganti RM saat itu, kemudian RM dijajarkan dan Tracer nya dicabut, bon pinjamnya diambil/ dibuang.

C. MELAKUKAN PENJAJARAN SECARA ANGKA AKHIR



Gambar 9.19

Penjajaran dengan sistem angka akhir

Penjajaran secara angka akhir dapat dilakukan dengan:

1. Mengelompokkan berdasarkan 2 angka primer (lihat siker nomor yang berwarna); bagi nomor RM berawal sama angka primernya dikelompokkan, agar pada rak tidak terjadi kesalahan penjajaran. Sejumlah Rekam Medis yang akan disimpan di rak maka dikelompokkan sama angka primernya.
2. Meletakkan tiap kelompok angka primer di depan rak dengan angka primer yang sama
3. Mengambil satu kelompok angka primer dan disusun sebagai berikut:
 - a. Bila angka primer sama, lihat angka sekunder, bila sama, lihat angka tertier kemudian diurut dengan angka tertier yang paling kecil
 - b. Bila angka primer sama, lihat angka sekunder, bila tidak sama maka angka yang kecil diurut dengan angka sekunder yang paling kecil, lihat angka tertier kemudian diurut dengan angka tertier yang paling kecil.

Contoh Rekam Medis diurut secara angka tengah:

Pada sistem ini RM dijajar urut nomor sebagai berikut:

02-02-50

03-02-50

04-02-50

4. Menuju ke rak penjajaran dengan angka akhir tertentu, membawa kelompok RM dengan angka akhir yang sama
5. Untuk menjajar RM baru dan lama:

- a. RM baru langsung menjajar sesuai angka akhirnya.
- b. RM lama, mencari tracer pada jajaran angka akhirnya di rak sebagai pengganti RM saat itu, kemudian RM dijejerkan dan *racernya* dicabut, bon pinjamnya diambil/ dibuang.

Latihan

Dalam Praktikum ini, Anda diminta untuk melakukan penjajaran RM sesuai kasus yang sudah disediakan dan menjajar RM ke rak penjajaran dengan tepat baik untuk penjajaran secara alfabetik, angka langsung, angka tengah, dan angka akhir dengan nomor RM yang acak agar wawasan Anda bertambah dalam melayani pasien khususnya dalam penjajaran RM.

Penjajaran Rekam Medis: Jajarlah RM berdasarkan Terminal digit, Middle digit dan Straight numerical sesuai kolom di bawah ini.

Tabel 9.4
Soal Latihan Penjajaran

No.	No.RM	TERMINAL DIGIT				MIDDLE DIGIT				STRAIGHT NUMERICAL						
	16-64-34	16	-	65	-	33	16	-	65	-	33	16	-	64	-	34
	16-65-33		-		-			-		-			-		-	
	16-65-35		-		-			-		-			-		-	
	16-66-34		-		-			-		-			-		-	
	16-66-36		-		-			-		-			-		-	
	16-67-35		-		-			-		-			-		-	
	16-67-37		-		-			-		-			-		-	
	16-68-36		-		-			-		-			-		-	
	16-68-38		-		-			-		-			-		-	
	16-69-37		-		-			-		-			-		-	

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Lihatlah rumus yang ada pada awal Kegiatan Praktikum 3 sehingga Anda dapat membedakan antar sistem penjajaran Angka langsung, angka tengah dan angka akhir.
- 2) Demikian juga untuk penjajaran secara alfabetik lihat pada awal kegiatan praktikum 2

Ringkasan

Petugas penyimpanan RM harus dapat melakukan penjajaran RM dengan benar dan tepat sesuai sistem penjajaran yang digunakan. Ikuti prosedur yang ada langkah demi langkah agar RM yang Anda simpan dapat diambil kembali dengan segera bila diperlukan.

HASIL PRAKTIKUM

Instruktur praktikum akan mengawasi proses praktikum dan mencatat setiap langkah kegiatan praktikum yang telah Anda lakukan. Hasil pengamatan instruktur akan dituangkan dalam tabel berikut. Mahasiswa yang tidak lulus dalam praktikum ini perlu melakukan pengulangan praktikum.

LEMBAR PENILAIAN INSTRUKTUR PRAKTIKUM

Setiap mahasiswa/i yang praktikum perlu dinilai sejauh mana kemampuannya melakukan penjajaran dengan berbagai sistem yang ada. Untuk itu perlu diukur dan diberi nilai, dapat dilakukan dengan menggunakan tabel 9.4 dan 9.5. Format penilaian ini dapat digunakan baik oleh mahasiswa sebagai panduan praktikum maupun oleh instruktur praktikum sebagai pedoman praktikum penjajaran rekam medis pasien. Instruktur akan mengumpulkan hasil penilaian praktikum mahasiswa yang dinyatakan lulus.

Tabel 9.4

Lembar penilaian instruktur praktikum Penjajaran Rekam Medis dengan Cara Alfabetik

No	ASPEK YANG DINILAI	Pelaksanaan oleh mahasiswa		
		Tepat (2)	Kurang tepat (1)	Tidak tepat (0)
I	Ketepatan Penjajaran			
	A. Tepat pada dua Abjad awal nama pertama 1. Abjad pertama nama pasien 2. Abjad kedua nama pasien			
	B. Tepat pada dua Abjad nama berikutnya 1. Abjad pertama nama pasien pada dua abjad berikutnya 2. Abjad kedua nama pasien pada dua abjad berikutnya			
	C. Menggunakan alat penjajaran yang tepat dan lengkap: 1. Tracer digunakan 2. Tracer diambil sesudah digunakan 3. Bon pinjam ditulis lengkap 4. Bon pinjam dikeluarkan sesudah digunakan 5. Mengisi Buku Ekspedisi saat mengirim RM 6. Mengisi buku ekspedisi saat mengembalikan RM			

Tabel 9.5

Lembar penilaian pembimbing lapangan Penjajaran Rekam Medis secara Penomoran

No	ASPEK YANG DINILAI	Pelaksanaan oleh mahasiswa		
		Tepat (2)	Kurang tepat (1)	Tidak tepat (0)
I	Ketepatan Penjajaran			
	A. Tepat pada Angka Primer 1. digit awal angka primer 2. digit kedua angka primer			
	B. Tepat pada Angka Sekunder 1. digit awal angka primer 2. digit kedua angka primer			
	C. Tepat pada Angka tertier 1. digit awal angka tertier 2. digit kedua angka tertier			
	D. Menggunakan alat penjajaran yang tepat dan lengkap: 1. Tracer digunakan 2. Tracer diambil sesudah digunakan 3. Bon pinjam ditulis lengkap 4. Bon pinjam dikeluarkan sesudah digunakan 5. Mengisi Buku Ekspedisi saat mengirim RM 6. Mengisi buku ekspedisi saat mengembalikan RM			

Tes

Pilihlah rumus untuk tiap sistem penjajaran berdasarkan kelompok nomor yang menjadi perhatian tiap pelaksana:

- 1) Peralatan yang diperlukan sebagai alat pelindung diri saat penjajaran adalah
 - A. Karung Goni basah
 - B. Tempat berisi air
 - C. Alat Pemadam Kebakaran
 - D. Masker
 - E. Saputangan

- 2) Penjajaran dari penyimpanan berdasarkan Alfabetik sedangkan sistem penamaan adalah "Nama Langsung" dapat dijejer seperti
 - A. Siti Maryani, Siti Daljinh, Siti Mariam, Siti Sakinah, Siti Muhaiminah
 - B. Siti Sakinah, Siti Maryani, Siti Daljinh, Siti Mariam, Siti Muhaiminah
 - C. Siti Daljinh, Siti Maryani, Siti Mariam, Siti Sakinah, Siti Muhaiminah
 - D. Siti Daljinh, Siti Mariam, Siti Maryani, Siti Muhaiminah, Siti Sakinah
 - E. Siti Muhaiminah, Siti Maryani, Siti Daljinh, Siti Mariam, Siti Sakinah

- 3) Penjajaran dari penyimpanan berdasarkan Alfabetik sedangkan sistem penamaan adalah "Family Name" dapat dijejer seperti
 - A. Djohan, Eddy; Djohan, Oetama; Djohan, Paulina; Djohan, Saputra; Djohan, Gautama
 - B. Djohan, Eddy; Djohan, Gautama; Djohan, Oetama; Djohan, Paulina; Djohan, Saputra;
 - C. Djohan, Oetama; Djohan, Eddy; Djohan, Paulina; Djohan, Saputra; Djohan, Gautama
 - D. Djohan, Gautama ; Djohan, Eddy; Djohan, Oetama; Djohan, Paulina; Djohan, Saputra
 - E. Djohan, Paulina; Djohan, Eddy; Djohan, Oetama; Djohan, Saputra; Djohan, Gautama

- 4) Pilihlah susunan dari angka primer (I), sekunder (II) dan Tertier(III) pada Penjajaran dengan sistem angka akhir
 - A. Kelompok III - II - I
 - B. Kelompok III - I - II
 - C. Kelompok I - II - III
 - D. Kelompok II - III - I
 - E. Kelompok II - I - III

- 5) Pilihlah susunan dari angka primer (I), sekunder (II) dan Tertier(III) pada Penjajaran dengan sistem angka tengah (middle digit filing)
- A. Kelompok III - II - I
 - B. Kelompok III - I - II
 - C. Kelompok I - II - III
 - D. Kelompok II - III - I
 - E. Kelompok II - I - III
- 6) Pilihlah susunan dari angka primer (I), sekunder (II) dan Tertier(III) pada Penjajaran dengan sistem angka langsung (straight numerical filing)
- A. Kelompok III - II - I
 - B. Kelompok III - I - II
 - C. Kelompok I - II - III
 - D. Kelompok II - III - I
 - E. Kelompok II - I - III
- 7) Pada terminal digit filing nomor RM 01-00-01, apa yang berada dimuka dan belakangnya
- A. 01-99-01 dan 01-00-02
 - B. 01-00-00 dan 01-00-02
 - C. 00-00-01 dan 02-00-01
 - D. 00-00-01 dan 01-00-02
 - E. 00-01-01 dan 02-01-01
- 8) Pada middle digit filing nomor RM 01-00-01, apa yang menjadi secondary digit
- A. 01
 - B. 00
 - C. 01
 - D. 10
 - E. 02
- 9) Pada straight numerical filing nomor RM 01-00-01, apa yang berada dimuka dan belakangnya
- A. 01-99-01 dan 01-00-02
 - B. 01-00-00 dan 01-00-02
 - C. 00-00-01 dan 02-00-01
 - D. 00-00-01 dan 01-00-02
 - E. 00-01-01 dan 02-01-01

- 10) Pada middle digit filing nomor RM 01-00-01, apa yang berada dimuka dan belakangnya
- A. 01-99-01 dan 01-00-02
 - B. 01-00-00 dan 01-00-02
 - C. 00-00-01 dan 02-00-01
 - D. 00-00-01 dan 01-00-02
 - E. 00-01-01 dan 02-01-01

Kunci Jawaban Tes

Tes

- 1) D
- 2) D
- 3) B
- 4) A
- 5) E
- 6) C
- 7) C
- 8) A
- 9) B
- 10) B

Glosarium

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



MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN II: SISTEM DAN SUB SISTEM PELAYANAN RMIK

PUSAT PENDIDIKAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
Badan Pengembangan dan Pemberdayaan
Sumber Daya Manusia Kesehatan

Jl. Hang Jebat III Blok F3,
Kebayoran Baru Jakarta Selatan - 12120

Telp. 021 726 0401

Fax. 021 726 0485

Email. pusdiknakes@yahoo.com