

**PROGRAM STUDI  
D-III PEREKAM DAN INFORMASI KESEHATAN**

**MODUL CETAK BAHAN AJAR  
KONSEP DASAR REKAM MEDIS**



**Tim Penyusun:**  
Marta, SST.MIK, M.K.M

**PROGRAM STUDI D-III PEREKAM MEDIS DAN INFORMASI  
KESEHATAN UNIVERSITAS IMELDA MEDAN  
TAHUN 2020/2021**

## **VISI DAN MISI UNIVERSITAS IMELDA MEDAN (UIM)**

### **VISI**

Menjadi pusat ilmu pengetahuan dan teknologi serta pengembangan karakter kewirausahaan sehingga mampu menghasilkan produk-produk yang dapat bersaing di tingkat nasional pada tahun 2024

### **MISI**

1. Menyelenggarakan pembelajaran yang efektif sesuai Standar Nasional Perguruan Tinggi (SNPT) dan KKNI, terintegrasi dengan hasil-hasil penelitian dan pengabdian masyarakat terkini untuk menghasilkan lulusan sesuai profil yang diharapkan
2. Melaksanakan penelitian ilmiah dan dipublikasikan secara nasional dan internasional.
3. Melaksanakan pengabdian masyarakat yang terstruktur dan mengacu pada hasil penelitian.
4. Membangun kerjasama produktif dengan berbagai institusi pendidikan dan industri di Kota Medan, Sumatera Utara dan provinsi lainnya dalam pelaksanaan praktek, penelitian serta pengabdian kepada masyarakat

## **VISI DAN MISI**

### **PRODI D-III PEREKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN**

#### **VISI**

Menjadi prodi yang unggul dalam bidang manajemen rekam medis dan informasikesehatan (RMIK) berbasis teknologi infomasi yang mengedepankan karakter kewirausahaan sehingga mampu bersaing di tingkat nasional pada tahun 2024

#### **MISI**

1. Menyelenggarakan pendidikan RMIK berbasis teknologi informasi sesuai dengan standar nasional dan kompetensi yang dikeluarkan oleh organisasi profesi.
2. Mengembangkan ilmu pengetahuan teknologi RMIK melalui penelitian ilmiah yang dapat memberikan solusi dalam pelayanan rekam medik di insitusi pelayanan kesehatan.
3. Memanfaatkan ilmu RMIK melalui pelaksanaan pengabdian masyarakat untuk menjawab tantangan persoalan di berbagai insitusi pelayanan kesehatan.
4. Memperkuat peran sebagai penyelenggara pendidikan tinggi RMIK melalui kerja sama dengan asosiasi profesi, lembaga pendidikan dan institusi lainnya di dalam negeri.

## KATA PENGANTAR

Puji Syukur tim penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena telah memberikan anugerah-Nya sehingga penulis dan tim dapat menyelesaikan penyusunan **Modul Cetak Bahan Ajar Konsep Dasar Rekam Medis** dengan baik. Modul ini disusun sebagai salah satu bahan ajar yang diperuntukkan kepada mahasiswa program studi D-III Perekam dan Informasi Kesehatan UIM khususnya pada semester I. Dengan adanya modul ini, diharapkan dapat membantu mahasiswa dalam mempelajari dan memahami materi-materi Konsep Dasar Rekam Medis.

Modul Bahan Ajar Konsep Dasar Rekam Medis ini disusun oleh beberapa tim dosen Universitas Imelda Medan (UIM) berdasarkan pada Kurikulum D-III Perekam dan Informasi Kesehatan, dengan memperhatikan Capaian Pembelajaran Lulusan (CPL) program studi dan Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK). Melalui pembelajaran pada modul ini diharapkan mahasiswa dapat mencapai CPMK yang telah ditentukan. Materi di dalam buku ini berisi bahan kajian yang dibutuhkan sesuai CPMK dan kompetensi yang diajarkan kepada mahasiswa sebagai salah satu referensi Konsep Dasar Rekam Medis bagi Mahasiswa Rekam Medis. Selain itu, modul ini juga memuat latihan atau tugas mahasiswa yaitu tugas terstruktur dan kegiatan mandiri dengan petunjuk yang spesifik sehingga memudahkan mahasiswa belajar dengan metode *Student Centered Learning* (SCL).

Penulis dan tim dosen D-III Perekam Dan Informasi Kesehatan telah berusaha dalam menyusun modul ini sesuai dengan kurikulum dan kebutuhan

mahasiswa dengan sebaik mungkin. Namun, penulis dan tim menyadari bahwa modul ini mungkin masih memiliki kekurangan. Sehingga penulis dan tim mengharapkan adanya saran atau masukan positif agar menjadi bahan pertimbangan untuk menyempurnakan modul bahan ajar ini. Akhirnya, penulis dan tim berharap modul ini dapat digunakan oleh mahasiswa dengan baik dan aktif sehingga dapat meningkatkan pengetahuan mahasiswa tentang Konsep Dasar Rekam Medis.

Medan, Agustus 2020



Marta, SST.MIK, M.K.M

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
<b>HALAMAN SAMPUL</b>	
<b>VISI DAN MISI UIM</b>	i
<b>VISI DAN MISI PRODI D-III PEREKAM DAN INFOKES</b>	ii
<b>KATA PENGANTAR</b>	iii
<b>DAFTAR ISI</b>	v
<b>GLOSARIUM</b>	xii
<b>BAB I KONSEP DASAR REKAM MEDIS</b>	
<b>PENDAHULUAN</b> .....	1
<b>A. Pengantar Pendahuluan</b> .....	1
<b>B.Deskripsi Materi</b> .....	2
<b>C.Kemampuan/Tujuan Akhir yang Diharapkan</b> .....	2
<b>D. Uraian Materi</b> .....	2
<b>Topik 1 : Konsep Dasar Rekam Medis</b>	
I. Dasar hukum Rekam Medis .....	3
II. Pengertian Rekam Medis.....	4
III. Riwayat dan tujuan Implementasi Rekam Medis.....	5
IV. Kriteria Rekam Medis.....	6
<b>Rangkuman</b> .....	7
<b>Tugas</b> .....	8
1. Tugas Terstruktur .....	8
2. Kegiatan Mandiri.....	8
<b>Topik 2: Fungsi mendasar lingkup pengelolaan dan penggunaan Rekam Medis</b>	
I. Fungsi mendasar Rekam Medis.....	9
II. Teknologi penyimpanan portabel .....	10
III.Fungsi portabilitas Rekam Medis.....	13
IV.Tipe data di rumah sakit.....	16
V. Komponen dan urutan pelaksanaan Rekam Medis .....	17

<b>Rangkuman</b> .....	18
<b>Tugas</b> .....	19
1. Tugas Terstruktur .....	19
2. Kegiatan Mandiri .....	19
<b>Daftar Pustaka</b> .....	19

## **BAB II TEORI SI DAN *SYSTEM DEVELOPMENT LIFE CYCLE (SDLC)***

<b>PENDAHULUAN</b> .....	20
<b>A. Pengantar Pendahuluan</b> .....	20
<b>B. Deskripsi Materi</b> .....	20
<b>C. Kemampuan/Tujuan Akhir yang Diharapkan</b> .....	20
<b>D. Uraian Materi</b> .....	21
<b>Topik 1: Teori SI</b>	
I. Defenisi Sistem Informasi .....	22
II. Diagram DIKW .....	22
III. Computer Based Information System .....	24
IV. Teknologi Informasi .....	25
<b>Rangkuman</b> .....	36
<b>Tugas</b> .....	37
1. Tugas Terstruktur .....	37
2. Kegiatan Mandiri .....	37
<b>Topik 2: <i>System Development Life Cycle (SDLC)</i></b>	
I. Sistem Pengelolaan Berdasarkan Rekam Medis.....	38
II. Fungsi Sistem Informasi.....	38
III. Sistem Informasi Inventory Barang .....	39
IV. Komponen Sitem Informasi .....	39
V. Jenis Sistem Informasi .....	40
VI. Penggunaan Sistem Informasi.....	40
VII. Metodologi Pengembangan Sistem.....	41
<b>Rangkuman</b> .....	44
<b>Tugas</b> .....	45
1. Tugas Terstruktur .....	45
2. Kegiatan Mandiri .....	46

<b>Daftar Pustaka</b> .....	47
<b>BAB III TANTANGAN ADOPSI Rekam Medis</b>	
<b>PENDAHULUAN</b> .....	48
<b>A. Pengantar Pendahuluan</b> .....	48
<b>B. Deskripsi Materi</b> .....	48
<b>C. Kemampuan/Tujuan Akhir yang Diharapkan</b> .....	48
<b>D. Uraian Materi</b> .....	49
<b>Topik 1: Tantangan Adopsi Rekam Medis</b>	
I. Peraturan RME .....	50
II. Resiko Hukum Penyelenggaraan Rekam Medis .....	50
III. Manfaat Fungsional Penggunaan EMR .....	55
IV. EMR dalam Pelayanan Kesehatan .....	55
V. Pelaksanaan EMR Berpotensi Gagal atau Kurang Berhasil.....	55
<b>Rangkuman</b> .....	57
<b>Tugas</b> .....	58
1. Tugas Terstruktur .....	58
2. Kegiatan Mandiri .....	59
<b>Topik 2: ERM Membawa Potensi Komplik di Rumah sakit</b>	
I. Senketa Medik Terkait Penggunaan ERM.....	50
II. Dampak ERM pada Yankes .....	50
III. Dokter dan Perawat dalam Sistem Manajemen ERM.....	55
IV. Potensi Problem hukum dalam ERM.....	55
V. Tantangan Hukum (tersukar) dalam ERM.....	55
VI. Informasi Rekam Medis dan Kerahasiaan. ....	56
<b>Rangkuman</b> .....	57
<b>Tugas</b> .....	58
1. Tugas Terstruktur .....	58
2. Kegiatan Mandiri .....	59
<b>Topik 3: Informasi Rekam Medis dan Kerahasiaan</b>	
I. Privacy atau Convidental.....	50
II. Integrity .....	50

III. Authentication.....	55
IV. Availability Acces.....	55
V. Control Non Repudiantion .....	55
<b>Rangkuman</b> .....	57
<b>Tugas</b> .....	58
1. Tugas Terstruktur .....	58
2. Kegiatan Mandiri .....	59
<b>Daftar Pustaka</b> .....	60

## **BAB IV MANAJEMEN PROYEK REKAM MEDIS: PERAN DALAM PERENCANAAN REKAM MEDIS**

<b>PENDAHULUAN</b> .....	61
<b>A. Pengantar Pendahuluan</b> .....	61
<b>B. Deskripsi Materi</b> .....	62
<b>C. Kemampuan/Tujuan Akhir yang Diharapkan</b> .....	62
<b>D. Uraian Materi</b> .....	63
<b>Topik 1: Manajemen Proyek Rekam Medis</b>	
I. Prasyarat Kesuksesan Proyek Rekam Medis.....	64
II. Manajemen Proyek .....	64
III. Teknik Manajemen Proyek .....	64
IV. Dashboard .....	65
V. Team Bluilding .....	65
VI. Conclusion .....	66
<b>Rangkuman</b> .....	72
<b>Tugas</b> .....	75
1. Tugas Terstruktur.....	75
2. Kegiatan Mandiri .....	75
<b>Topik 2 : Peran dalam Perencanaan Rekam Medis</b>	
I. Struktur organisasi dan peran dari partisipan .....	76
II. Composition of EHR steering committe .....	76
III. Change Management.....	77

<b>Rangkuman</b> .....	78
<b>Tugas</b> .....	79
1. Tugas Terstruktur .....	79
2. Kegiatan Mandiri .....	80
<b>Daftar Pustaka</b> .....	81
<b>BAB V TUJUAN DAN DAMPAK REKAM MEDIS PADA KUALITAS PELAYANAN</b>	
<b>PENDAHULUAN</b> .....	82
<b>A. Pengantar Pendahuluan</b> .....	82
<b>B. Deskripsi Materi</b> .....	82
<b>C. Kemampuan/Tujuan Akhir yang Diharapkan</b> .....	82
<b>D. Uraian Materi</b> .....	83
<b>Topik 1. Tujuan REKAM MEDIS pada Kualitas Pelayanan</b>	
I. Manfaat Pelaksanaan RekamMedis.....	1
II.Pelaksanaan Rekam Medis .....	1
III.Teknik Perencanaan .....	2
IV. Pengelolaan Proyek Rekam Medis . .....	2
<b>Rangkuman</b> .....	3
<b>Tugas</b> .....	4
1. Tugas Terstruktur .....	4
2. Kegiatan Mandiri .....	4
<b>Topik 2. Dampak Rekam Medis pada Kualitas Pelayanan</b>	
I. Strategi Manajemen Perubahan.....	1
II. Transformasi Budaya dan Transformasi Klinis.....	1
III. Perubahan dalam MIK .....	2
IV. Protokol .....	2
<b>Rangkuman</b> .....	7
<b>Tugas</b> .....	8
1. Tugas Terstruktur .....	8
2. Kegiatan Mandiri .....	8
<b>Daftar Pustaka</b> .....	9

## **BAB VI RENCANA STRATEGIK PADA JALUR MIGRASI REKAM**

### **MEDIS**

<b>PENDAHULUAN</b> .....	10
<b>A. Pengantar Pendahuluan</b> .....	10
<b>B. Deskripsi Materi</b> .....	11
<b>C. Kemampuan/Tujuan Akhir yang Diharapkan</b> .....	11
<b>D. Uraian Materi</b> .....	12
I. Modul Jalur Migrasi Rekam Medis .....	1
II. Rencana Strategi Rekam Medis.....	1
III. Komponen Roadmap SIMRS.....	1
IV. Solution.....	2
V. Outsourcing.....	3
IV. Formulir Elektronik .....	3
<b>Rangkuman</b> .....	4
<b>Tugas</b> .....	5
1. Tugas Terstruktur.....	5
2. Kegiatan Mandiri .....	5
<b>Daftar Pustaka</b> .....	6

## **BAB VII PEMETAAN ALUR KERJA DAN PROSES PELAYANAN**

### **KESEHATAN**

<b>PENDAHULUAN</b> .....	7
<b>A. Pengantar Pendahuluan</b> .....	7
<b>B. Deskripsi Materi</b> .....	7
<b>C. Kemampuan/Tujuan Akhir yang Diharapkan</b> .....	7
<b>D. Uraian Materi</b> .....	8
I. Pengolahan Data dengan Indeks Pasien.....	1
II. Indeks Utama Pasien dan Kartu Berobat.....	1
III. Indeks Penyakit .....	1
IV. Indeks Tindakan .....	2

V. Indeks Kematian .....	2
VI. Indeks Dokter .....	3
VII. Indeks Wilayah .....	3
<b>Rangkuman</b> .....	4
<b>Tugas</b> .....	5
1. Tugas Terstruktur .....	5
2. Kegiatan Mandiri .....	5
<b>Daftar Pustaka</b> .....	6

## GLOSARIUM

- Medical Record* : Sebuah rekaman atau catatan tentang siapa, apa, mengapa, bilamana dan bagaimana pelayanan yang diberikan kepada pasien selama masa perawatan
- Administration* : Suatu berkas rekam medis memiliki nilai administrasi karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.
- Financial* : Suatu berkas rekam medis memiliki nilai uang karena isinya menyangkut data dan informasi yang dapat digunakan dalam menghitung biaya pengobatan atau tindakan dan perawatan.
- Education* : Suatu berkas rekam medis memiliki nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data atau informasi mengenai perkembangan atau kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut bisa dipergunakan sebagai bahan atau referensi

pengajaran di bidang profesi kesehatan.

- Documentation* : Suatu berkas rekam medis memiliki nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan digunakan sebagai bahan pertanggungjawaban.
- Kualitatif* : Suatu review pengisian rekam medis yang berkaitan tentang kekonsistenan dan isinya merupakan bukti rekam medis tersebut akurat dan lengkap.
- Kuantitatif* : Telah/review bagian tertentu dari isi rekam medis dengan maksud menemukan kekurangan khusus yang berkaitan dengan pencatatan rekam medis.
- Assembling* : Satu kegiatan dalam pengolahan rekam medis untuk mengorganisasikan, merakit, menata menyusun, merapikan formulir-formulir rekam medis baik untuk rawat jalan, UGD, rawat inap, sehingga rekam medis tersebut dapat terpelihara dan dapat siap pakai kalau dibutuhkan.
- Pengindeksan* : Membuat tabulasi sesuai dengan kode yang sudah dibuat ke dalam indeks-indeks (dapat menggunakan kartu indeks atau komputerisasi). Didalam kartu indeks tidak boleh mencantumkan nama pasien.
- Diagnosis* : Penetapan jenis penyakit tertentu berdasarkan analisis hasil anamnesa dan pemeriksaan yang

- teliti (untuk menentukan pengobatan/tindakan berikutnya).
- Penyimpanan* : Suatu kegiatan yang dilakukan petugas untuk memasukkan/menyimpan kembali berkas rekam medis pasien rawat jalan atau rawat inap.
- Koding* : Translasi dari suatu diagnosis, prosedur, jasa maupun pelayanan ke dalam kode alfanumerik dan atau numerik untuk tujuan pelaporan statistik dan reimbursement..
- Pengindeksan* : Membuat tabulasi sesuai dengan kode yang sudah dibuat ke dalam indeks-indeks (dapat menggunakan kartu indeks atau komputerisasi). Didalam kartu indeks tidak boleh mencantumkan nama pasien.
- International Classification of Diseases (ICD)* : Alat diagnostik standar internasional untuk epidemiologi, manajemen kesehatan, dan tujuan klinis.
- Arsip aktif* : Dokumen yang frekuensi penggunaannya tinggi dan/atau arsip yang masih terus-menerus dipergunakan oleh unit pengolahan suatu organisasi.
- Arsip inaktif* : Dokumen yang frekuensi penggunaannya telah menurun dan pengelolaannya dilakukan oleh unit sentral dalam suatu organisasi.
- Arsip vital adalah dokumen yang keberadaannya merupakan persyaratan dasar bagi kelangsungan operasional pencipta arsip, tidak dapat diperbarui, dan tidak tergantikan apabila rusak atau hilang. Contoh : Ijazah dan Sertifikat Tanah dan Bangunan

- Arsip vital* : Dokumen yang keberadaannya merupakan persyaratan dasar bagi kelangsungan operasional pencipta arsip, tidak dapat diperbarui, dan tidak tergantikan apabila rusak atau hilang. Contoh : Ijazah dan Sertifikat Tanah dan Bangunan
- Pasien Baru* : Pasien yang baru pertama kali datang ke rumah sakit untuk keperluan mendapatkan pelayanan kesehatan. Setiap pasien baru diterima di tempat penerimaan pasien (tpp) dan akan diwawancarai oleh petugas guna mendapatkan informasi mengenai data identitas sosial pasien yang harus diisi dalam formulir ringkasan riwayat klinik
- Pasien Lama* : Pasien yang pernah berobat/datang sebelumnya ke rumah sakit, maka pasien mendatangi tempat pendaftaran pasien lama atau ke tempat penerimaan pasien yang telah ditentukan.
- Laporan internal* : Pelaporan yang disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit. Sensus harian menjadi dasar dalam pelaksanaan pembuatan pelaporan rumah sakit yang kegiatannya dihitung mulai jam 00.00 s/d 24.00 WIB setiap harinya
- Laporan eksternal* : Laporan yang ditunjukkan kepada Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Kesehatan RI, Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- Flowchart* : Bagan-bagan yang mempunyai arus yang menggambarkan langkah-langkah penyelesaian suatu masalah.



# **BAB I**

## **KONSEP DASAR REKAM KESEHTAN MEDIS**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Pengantar Pendahuluan**

Dalam UU no 29 tentang Praktik Kedokteran tahun 2004 pada bagian 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 sama juga digunakan pada Permenkes 269/2008 mengenai rekam medis. Di dalam produk hukum tersebut disebutkan bahwa rekam medis juga dapat berbentuk elektronik. Akan tetapi pengertian secara jelas mengenai rekam medis elektronik atau bahkan seperti perkembangan saat ini menjadi rekam Medis tidak ditemukan.

Rujukan yang lengkap mengenai hal tersebut terdapat dalam berbagai publikasi Institute of Medicine (IOM). Meskipun dari segi aplikasi, rekam pasien berbasis komputer sudah diterapkan sejak sekitar 40 tahun yang lalu, namun konsepnya pertama kali diungkap secara mendalam dalam salah satu publikasi IOM pada tahun 1991. Laporan tersebut berjudul *The Computer-Based Patient Record: An Essential Technology for Health Care*. Saat itu istilah yang digunakan masih rekam medis/pasien berbasis komputer. Semenjak itu, seiring dengan perkembangan teknologi serta penerapannya dalam pelayanan kesehatan berbagai konsep bermunculan. Pada akhir 1990an istilah tersebut berganti menjadi rekam medis elektronik dan rekam Medis. Pada tahun 2008, National Alliance for Health Information Technology mengusulkan definisi standar mengenai hal tersebut

(tabel 1). Perkembangan istilah tersebut menunjukkan bahwa Rekam Medis tidak hanya sekedar berubahnya kertas menjadi komputer.

### **B. Deskripsi Materi**

Bab I ini disusun sedemikian rupa untuk membantu mahasiswa D-III Perekam dan Informasi Kesehatan semester IV dalam memahami materi kuliah Konsep Dasar Rekam Medis dengan beban 1 sks teori, dan 1 sks praktik (praktik akan dibahas khusus di dalam modul praktikum). Sebagai bab awal di dalam modul ini, bab I menguraikan pokok bahasan atau topik yang saling berkaitan satu sama lain yaitu: Konsep Dasar Rekam Medis, Fungsi mendasar lingkup pengelolaan dan penggunaan Rekam Medis.

### **C. Kemampuan/tujuan akhir yang diharapkan**

Pembelajaran pada bab ini membantu mahasiswa untuk mencapai kemampuan akhir yaitu mampu menjelaskan konsep dasar rekam kesehatan (C2). Baiklah, Pembelajaran pertama pada konsep dasar rekam Medis baru saja akan dimulai. Berikut beberapa tips bagi mahasiswa agar dapat memahaminya antara lain:

1. Awali proses belajar dengan berdo'a dan tanamkan tekad/motivasi untuk mengetahui segala hal terkait konsep dasar rekam Medis
2. Baca dan pahami setiap materi, serta cari kata kunci atau catatan penting dari materi. Bila perlu buat resume berisi catatan penting tersebut.
3. Setelah dipahami, usahakan menghafal beberapa kosakata atau rumus penting terkait materi
4. Kerjakan latihan soal terutama soal kasus agar lebih meningkatkan kemampuan berpikir kritis dalam memahami konsep dasar rekam Medis
5. Bila ada yang tidak dipahami, segera tanyakan pada dosen pengampu mata kuliah di setiap topik
6. Akhiri proses belajar dengan berdo'a dan **Semoga Sukses!!**

### **D. Uraian Materi**

Topik 1: konsep dasar rekam Medis

Topik 2 : Fungsi mendasar lingkup pengelolaan dan penggunaan Rekam Medis.

# TOPIK 1

## KONSEP DASAR REKAM MEDIS

*Marta, SST.MIK, M.K.M*

### **I. Pengertian Rekam Medis (Rekam Medis)**

Rekaman/catatan elektronik mengenai informasi kesehatan individu yang mengikuti standar **interoperabilitas nasional** dan dibuat, dikumpulkan, dikelola, digunakan dan dirujuk oleh dokter atau tenaga kesehatan yang berwenang pada lebih dari satu organisasi pelayanan kesehatan. Rekaman/catatan elektronik informasi terkait kesehatan (health-related information) yang mengikuti standar interoperabilitas nasional dan dapat ditarik dari berbagai sumber namun dikelola, dibagi serta dikendalikan oleh individu.

### **II. Tujuan dan Kegunaan Rekam Medi**

Tujuan Rekam Medis adalah :

#### **1. Administrasi (*Administration*)**

Suatu berkas rekam medis memiliki nilai administrasi karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

#### 1. Hukum (*Legal*)

Suatu berkas rekam medis memiliki nilai hukum karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan bukti untuk menegakkan keadilan.

#### 2. Keuangan (*Financial*)

Suatu berkas rekam medis memiliki nilai uang karena isinya menyangkut data dan informasi yang dapat digunakan dalam menghitung biaya pengobatan *atau tindakan dan perawatan*.

#### 3. Penelitian (*Research*)

Suatu berkas rekam medis memiliki nilai penelitian, karena isinya menyangkut data atau informasi yang bisa dipergunakan dalam penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

#### 4. Pendidikan (*Education*)

Suatu berkas rekam medis memiliki nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data atau informasi mengenai perkembangan atau kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut bisa dipergunakan sebagai bahan atau referensi pengajaran di bidang profesi kesehatan.

#### 5. Dokumentasi (*Documentation*)

Suatu berkas rekam medis memiliki nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan digunakan sebagai bahan pertanggungjawaban.

Kegunaan Rekam Medis adalah :

1. Sebagai alat komunikasi antara dokter dan tenaga kesehatan lainnya yang ikut ambil bagian dalam memberikan pelayanan, pengobatan, perawatan kepada pasien.
2. Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang diberikan kepada pasien.
3. Sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit dan pengobatan selama pasien berkunjung/dirawat.

4. Sebagai bahan untuk analisa, penelitian dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan pada pasien.
5. Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit dan juga dokter serta tenaga kesehatan lainnya.
6. Menyediakan data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan.
7. Sebagai dasar dalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medis pasien.
8. Menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan, serta sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan.

### **III. Fungsi dan Manfaat Rekam Medis**

Fungsi dan Manfaat Rekam Medis adalah :

1. Pengobatan Pasien  
Rekam medis bermanfaat sebagai dasar dan petunjuk untuk merencanakan dan menganalisis penyakit serta merencanakan pengobatan, perawatan dan tindakan medis yang harus diberikan kepada pasien.
2. Peningkatan Kualitas Pelayanan  
Membuat rekam medis bagi penyelenggaraan praktik kedokteran dengan jelas dan lengkap akan meningkatkan kualitas pelayanan untuk melindungi tenaga medis dan untuk pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal.
3. Pendidikan dan Penelitian  
Rekam medis yang merupakan informasi perkembangan kronologis penyakit, pelayanan medis, pengobatan dan tindakan medis, bermanfaat untuk bahan informasi bagi perkembangan pengajaran dan penelitian di bidang profesi kedokteran dan kedokteran gigi.
4. Pembiayaan  
Berkas rekam medis bisa dijadikan petunjuk dan bahan untuk menetapkan pembiayaan dalam pelayanan kesehatan pada sarana kesehatan. Catatan tersebut bisa digunakan sebagai bukti pembiayaan kepada pasien.
5. Statistik Kesehatan

Rekam medis bisa digunakan sebagai bahan statistik kesehatan, khususnya untuk mempelajari perkembangan kesehatan masyarakat dan untuk menentukan jumlah penderita pada penyakit tertentu.

#### **IV. Regulasi Terkait Rekam Medis**

Regulasi Terkait Rekam Medis adalah :

1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/PER/MENKES/2008 Tentang Rekam medis Permenkes NO 269 TAHUN 2008 ttng Rekam Medis
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan UU RI No 36 Tahun 2009
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit  
UU RI No 44 Tahun 2009
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran UU No 29 Tahun 2004 ttg Praktik Kedokteran
5. Perpres No. 77 Tahun 2015 Ttng Pedoman Organisasi RS  
PERPRES Nomor 77 Tahun 2015 ttg Pedoman organisasi RS
6. UU No. 11 Tahun 2008 Tentang ITE
7. Kepmenkes No.129 Tahun 2008 Standar Pelayanan Minimal RS  
Kepmenkes No.129 Tahun 2008 Standar Pelayanan Minimal RS
8. Keputusan Menteri Kesehatan No. 377 ttg Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan KMK No. 377 ttg Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan
9. Permenpan No 30 Tahun 2013 tentang Jabatan Fungsional dan angka kredit Permenpan No 30 2013 tentang perekam medis.

#### **Rangkuman**

Rekam medis merupakan berkas yang berisikan informasi tentang identitas pasien, anamnesa, penentuan fisik laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medik yang diberikan kepada pasien dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat.

Rekam medis memuat pengetahuan mengenai pasien dan pelayanan yang diperoleh dan juga memuat informasi yang cukup untuk mengidentifikasi pasien, membenarkan diagnosa dan pengobatan serta merekam hasilnya. Penyelenggaraan Rekam Medis di RSUD adalah merupakan proses kegiatan yang dimulai pada saat diterimanya pasien, diteruskan kegiatan pencatatan data medik pasien serta dilanjutkan dengan proses penanganan berkas rekam medis yang meliputi pengolahan data, penyimpanan, pengeluaran berkas dari tempat penyimpanan untuk melayani permintaan / peminjaman dan pelaporan.

**Tugas:**

**1. Tugas Terstruktur**

**Petunjuk:**

- Bacalah dan cermati tugas di bawah ini, kemudian kerjakan secara kelompok
- Dikumpulkan paling lama 1 minggu setelah tugas ini diumumkan

- Sampaikan hasil tugas secara berurutan kepada dosen dan kelompok lainnya.
- Membagi menjadi 5 kelompok yang terdiri dari 6-7 mahasiswa, yang mana masing-masing kelompok mencari jurnal tentang “ **Peranan regulasi terkait rekam medis dalam konsep pengelolaan RMIK**”
- Laporan tugas dituangkan kedalam kertas A4 times new roman font 12 spasi 1,5 rata kiri kanan sertakan cover yang berisi judul tugas, nama mahasiswa, nim, kelas, logo dan program studi.

## 2. Kegiatan Mandiri

**Petunjuk:** Membuat laporan tugas individu kedalam file word times new roman size 12 spasi 1,5 ukuran kertas A4 sertakan nama dan nim.

**Soal :** Carilah literatur dari berbagai sumber ex : google cindekia, google education, e-book, e-library tentang “ Pengertian Rekam Medis, Tujuan dan Kegunaan Rekam Medis, Fungsi Rekam Medis, Regulasi Rekam Medis”.

## TOPIK 2

### ASPEK-ASPEK REKAM MEDIS

*Marta, SST.MIK, M.K.M*

#### I. Aspek Hukum Rekam Medis

- a. Rekam Medis Sebagai Alat Bukti

Rekam medis merupakan alat bukti baik bagi pasien maupun bagi rumah sakit dan dokter di depan sidang pengadilan, karena rekam medis berisikan tentang siapa, kapan, bagaimana, tindakan medik itu berlangsung.

b. Kerahasiaan Rekam Medis

Setiap dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran wajib menyimpan kerahasiaan yang menyangkut riwayat penyakit pasien yang tertuang dalam rekam medis. Rahasia kedokteran tersebut dapat dibuka hanya untuk kepentingan pasien untuk memenuhi permintaan aparat penegak hukum hakim majelis, permintaan pasien sendiri atau berdasarkan ketentuan perundang-undangan yang berlaku. Berdasarkan Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana, rahasia kedokteran isi rekam medis baru dapat dibuka bila diminta oleh hakim majelis di hadapan sidang majelis. Dokter dan dokter gigi bertanggung jawab atas kerahasiaan rekam medis sedangkan kepala sarana pelayanan kesehatan bertanggung jawab menyimpan rekam medis.

c. Sanksi Hukum

Dalam Pasal 79 UU Praktik Kedokteran secara tegas mengatur bahwa setiap dokter atau dokter gigi yang dengan sengaja tidak membuat rekam medis dapat dipidana dengan pidana kurungan paling lama 1 satu tahun atau denda paling banyak Rp 50.000.000,- lima puluh juta rupiah. Selain tanggung jawab pidana, dokter dan dokter gigi yang tidak membuat rekam medis juga dapat dikenakan sanksi secara perdata, karena dokter dan dokter gigi tidak melakukan yang seharusnya dilakukan ingkar janji dalam hubungan dokter dengan pasien.

d. Sanksi Disiplin Dan Etik

Dokter dan dokter gigi yang tidak membuat rekam medis selain mendapat sanksi hukum juga dapat dikenakan sanksi disiplin dan etik sesuai dengan UU Praktik Kedokteran, Peraturan KKI, Kode Etik Kedokteran Indonesia KODEKI dan Kode Etik Kedokteran Gigi

Indonesia KODEKGI. Dalam Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 16KKIPERVIII2006 tentang Tata Cara Penanganan Kasus Dugaan Pelanggaran Disiplin MKDKI dan MKDKIP, ada tiga alternatif sanksi disiplin yaitu : a. Pemberian peringatan tertulis. b. Rekomendasi pencabutan surat tanda registrasi atau surat izin praktik. c. Kewajiban mengikuti pendidikan atau pelatihan di institusi pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi. Selain sanksi disiplin, dokter dan dokter gigi yang tidak membuat rekam medis dapat dikenakan sanksi etik oleh organisasi profesi yaitu Majelis Kehormatan Etik Kedokteran MKEK dan Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Gigi MKEKG.

e. *Informed Consent*

*Informed* berarti sudah diberikan informasi; sudah dijelaskan; diuraikan, sedangkan *Consent* berarti persetujuan; ijin, memberi ijin; menyetujui kepada seseorang untuk melakukan sesuatu. Jadi, *Informed Consent* dapat diartikan ijin atau pernyataan setuju dari pasien yang diberikan dengan bebas dan rasional, sesudah mendapatkan informasi dari tenaga kesehatan dan dimengertinya (persetujuan berdasarkan informasi). Sementara itu dalam Pasal 8 UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan disebutkan bahwa setiap orang berhak memperoleh informasi tentang data kesehatan dirinya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun yang akan diterimanya dari tenaga kesehatan.

## **II. Hak dan kewajiban pada rekam medis**

a. Hak dan Kewajiban Pasien

Hak Pasien adalah :

1. Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit
2. Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien

3. Memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi
4. Memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional
5. Memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi
6. Mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan
7. Memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit
8. Meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktek (SIP) baik di dalam maupun luar Rumah Sakit
9. Mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya
10. Mendapatkan informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan
11. Memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya
12. Didampingi keluarganya dalam keadaan kritis
13. Menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya
14. Memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit
15. Mengajukan usul, saran perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya
16. Menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya
17. Menggugat dan atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana dan

18. Mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

b. Kewajiban Pasien

Kewajiban Pasien adalah :

1. Mentaati segala peraturan dan tata tertib yang berlaku di Rumah Sakit
2. Mematuhi segala instruksi dokter dan perawat dalam pengobatannya
3. Memberikan informasi dengan jujur dan selengkapny tentang penyakit yang diderita kepada dokter yang merawat
4. Melunasi/memberikan imbalan jasa atas pelayanan rumah sakit/dokter
5. Memenuhi hal-hal yang telah disepakati/perjanjian yang telah dibuatnya.

c. Hak dan Kewajiban Petugas Kesehatan

1. Memperoleh perlindungan hukum
2. Memperoleh penghargaan dan honorarium yang pantas karena telah melakukan kewajibannya
3. Dipperlakukan dengan wajar, baik dan terhormat
4. Memiliki privasi atas hal-hal pribadinya
5. Memperoleh pembinaan dan pendidikan yang menunjang karir dan pengethauannya

d. Hak dan Keawajiban Sarana Pelayanan

1. Pemberi pelayanan
2. diagnosis dan tata cara tindakan medis
3. tujuan tindakan medis
4. alternatif tindakan;
5. risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi
6. rehabilitatif
7. prognosis terhadap tindakan yang dilakukan dan
8. perkiraan biaya

9. Rumah Sakit wajib memberikan informasi dan meminta persetujuan kepada Pasien untuk melibatkan Pasien dalam penelitian kesehatan.

### **III. Proses Penyelenggaraan Rekam Medis**

#### **a. Kewajiban Membuat Rekam Medis**

Kewajiban tenaga kesehatan terhadap pembuatan rekam medis lebih lanjut dirinci dalam Peraturan Pemerintah No. 32/1996 tentang Tenaga Kesehatan yaitu bagi tenaga kesehatan jenis tertentu dalam melaksanakan tugas profesi berkewajiban untuk :

- a) menghormati hak pasien,
- b) menjaga kerahasiaan identitas dan data kesehatan pribadi pasien,
- c) memberikan informasi yang berkaitan dengan kondisi dan tindakan yang akan dilakukan,
- d) meminta persetujuan terhadap tindakan yang akan dilakukan, dan
- e) membuat dan memelihara rekam medis. Tenaga yang berhak dan berkewajiban membuat rekam medis di rumah sakit yaitu:

- 1) Dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang bekerja di rumah sakit atau Puskesmas tersebut.
- 2) Dokter tamu pada rumah sakit atau Puskesmas tersebut.
- 3) Residen (mahasiswa kedokteran, peserta program pendidikan dokter spesialis) yang sedang melaksanakan kepaniteraan klinik.
- 4) Tenaga paramedis perawatan dan paramedis non keperawatan yang langsung terlibat di dalam pelayanan-pelayanan kepada pasien di rumah sakit meliputi antara lain: perawat, perawat gigi, bidan, tenaga laboratorium klinik, gizi, anastesia, penata rontgen, rehabilitasi medik dan sebagainya.

- f) Dalam hal dokter luar negeri yang melakukan alih teknologi kedokteran dalam bentuk tindakan atau konsultasi kepada pasien,

yang membuat rekam medis adalah dokter yang ditunjuk oleh Direktur Rumah Sakit. Tanggung jawab perekam medis dalam penyelenggaraan rekam medis meliputi :

- g) Pencatatan identitas pasien ke dalam form Kartu Identitas Berobat (KIB), Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP) dan formulir rekam medis;
- h) Pencatatan register pendaftaran yaitu catatan tentang pendaftaran pasien baru dan lama yang datang berobat di tempat pendaftaran rawat jalan (TPPRJ) dan tempat pendaftaran rawat inap.
- i) Pencatatan register pelayanan yaitu catatan tentang pendaftaran pasien yang melakukan pelayanan di setiap unit pelayanan (unit rawat jalan, unit gawat darurat, unit rawat inap dan pemeriksaan penunjang);
- j) Penyediaan dokumen rekam medis (DRM) baru atau lama utk keperluan pelayanan pasien, penelitian dan lain lain;
- k) Evaluasi konsistensi dan penelitian kelengkapan isi DRM;
- l) Pemberian kode penyakit, operasi dan kematian yaitu memberikan kode penyakit, operasi dan kematian berdasarkan International Classification of Disease and Health Problem revisi 10 (ICD – 10) dan ICD9-CM;
- m) Pengindeksan penyakit, operasi, kematian dan dokter yaitu suatu indeks dalam bentuk daftar penyakit, operasi, kematian dan dokter yang dapat digunakan sebagai petunjuk untuk menemukan kembali informasi penyakit, operasi, kematian dan dokter;
- n) Penyimpanan, perlindungan dan penjagaan atas kerahasiaan isi DRM;
- o) Meretensi, mengabadikan dan memusnahkan DRM;
- p) Pembuatan abstrak rekam medis;
- q) Pembuatan laporan/informasi data rekam medis dan statistik rumah sakit;
- (l) Analisis dan pelaporan data rekam medis;
- (m) Analisis kuantitatif, kualitatif dan statistik.

#### (n) Tata Cara Penyelenggaraan Rekam Medis

##### b. Penyimpanan Rekam Medis

Rak penyimpanan merupakan salah satu peralatan rumah sakit yang Rak penyimpanan merupakan salah satu peralatan yang berada di rumah sakit yang berfungsi sebagai tempat untuk menyimpan dokumen rekam medis, dengan tersedianya rak penyimpanan rekam medis yang sesuai dengan kapasitas penyimpanan dokumen rekam medis maka tidak akan terjadi penumpukan pada dokumen rekam medis.

##### c. Kepemilikan, Pemanfaatan, dan Tanggungjawab

Kepemilikan rekam medis sebagai benda bergerak menurut hukum kebendaan perlu penataan kembali, isi rekam medis dapat diberikan kepada pemiliknya. Sebelum memberikan isi rekam medis, sarana kesehatan harus menerangkan isi rekam medis kepada pasien/keluarga untuk dipahami. Penyerahan isi rekam medis disertai penandatanganan pernyataan kalau suatu saat kerahasiaan isi dari rekam medis terbuka untuk umum/masyarakat maka yang bertanggung jawab adalah orang yang menandatangani tanda terima rekam medis dari sarana pelayanan kesehatan sehingga pelayanan kesehatan secara promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative mengujutkan cita-cita bangsa ini, Indonesia sehat. Kepemilikan rekam medis adalah bagian dari hak pasien.

#### **IV. Pengelolaan Rekam Medis Di Puskesmas**

Puskesmas merupakan suatu instansi yang bergerak dibidang pelayanan kesehatan masyarakat. Pengelolaan Rekam Medis yang bertujuan untuk mempercepat proses penanganan pasien. Perancangan Sistem Informasi Pengelolaan Rekam Medis disini melalui beberapa tahap, antara lain

analisis sistem, analisis kebutuhan sistem dan perancangan sistem dengan menggunakan metodologi SSADM (Structured systems Analysis and Design Method) versi 4. Hasil tugas akhir adalah sebuah perancangan sistem informasi yang dapat memproses identitas pasien, pembuatan diagnosa pasien, pengolahan rekam medis dan integrasi dengan pihak-pihak terkait dengan puskesmas diharapkan dapat berjalan dengan maksimal. Kata kunci : Sistem Informasi, Rekam Medis, SSADM (Structured systems Analysis and Design Method).

### **Rangkuman**

Rekam medis merupakan alat bukti baik bagi pasien maupun bagi rumah sakit dan dokter di depan sidang pengadilan, karena rekam medis berisikan tentang siapa, kapan, bagaimana, tindakan medik itu berlangsung. Proses Penyelenggaraan

Rekam Medis antara lain :Kewajiban Membuat Rekam Medis, Penyimpanan Rekam Medis, Kepemilikan, Pemanfaatan, dan Tanggungjawab.

Puskesmas merupakan suatu instansi yang bergerak dibidang pelayanan kesehatan masyarakat. Pengelolaan Rekam Medis yang bertujuan untuk mempercepat proses penanganan pasien. Perancangan Sistem Informasi Pengelolaan Rekam Medis disini melalui beberapa tahap, antara lain analisis sistem, analisis kebutuhan sistem dan perancangan sistem dengan menggunakan metodologi SSADM (Structured systems Analysis and Design Method) versi 4.

**Tugas:**

**1. Tugas Terstruktur**

**Petunjuk:**

- Bacalah dan cermati tugas di bawah ini, kemudian kerjakan secara berkelompok
- Dikumpulkan paling lama 1 minggu setelah tugas ini diumumkan.

- Sampaikan hasil tugas secara berurutan kepada dosen dan kelompok lainnya.
- Membagi menjadi 5 kelompok yang terdiri dari 6-7 mahasiswa, yang mana masing-masing kelompok mencari jurnal terkait dengan topik “Aspek hukum rekam medis dan hak kewajiban pada rekam medis”.
- Laporan tugas dituangkan dalam bentuk makalah dengan kertas A4 times new roman font 12 spasi 1,5 rata kiri kanan.

## 2. Kegiatan Mandiri

**Petunjuk:** Membuat laporan individu kedalam file word times new roman size 12 spasi 1,5 ukuran kertas A4 sertakan nama dan nim.

**Soal:** Carilah literatur dari berbagai sumber ex : google cindekia, google education, e-book, e-library tentang “Aspek hukum rekam medis, Hak dan Kewajiban rekam medik, Proses penyelenggaraan rekam medis, Pengelolaan rekam medis di Puskesmas”.

## BAB II

### SISTEM DAN SUBSISTEM RMIK

*Marta, SST.MIK, M.K.M*

## PENDAHULUAN

### A. Pengantar Pendahuluan

### **Pengertian Sistem dan Subsistem RMIK**

Sistem RMIK merupakan satu kesatuan yang utuh dan terdiri dari berbagai faktor yang saling berhubungan atau diperkirakan berhubungan serta satu sama lain saling mempengaruhi, yang kesemua sadar di persiapkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Subsistem RMIK (pada masing-masing bagian) merupakan sistem dengan subsistem yang memiliki segmen yang tidak dapat dibenahi lagi menjadi sistem dan subsistem.

### **B. Deskripsi Materi**

Bab II ini disusun sedemikian rupa untuk membantu mahasiswa D-III Perekam dan Informasi Kesehatan semester II dalam memahami materi kuliah Manajemen Rekam Medis Dan Infokes dengan beban 2 sks teori, dan 1 sks praktik (praktik akan dibahas khusus di dalam modul praktikum). Sebagai bab awal di dalam modul ini, bab II menguraikan pokok bahasan atau topik yang saling berkaitan satu sama lain yaitu : Sistem Penerimaan Pasien, Sistem Pengolahan Berkas Rekam Medis Dan Statistik

### **C. Kemampuan/tujuan akhir yang diharapkan**

Pembelajaran pada bab ini membantu mahasiswa untuk mencapai kemampuan akhir yaitu mampu menjelaskan sistem dan subsistem RMIK (C2). Baiklah, Pembelajaran kedua pada manajemen rekam medis dan infokes baru saja akan dimulai. Berikut beberapa tips bagi mahasiswa agar dapat memahaminya antara lain:

1. Awali proses belajar dengan berdo'a dan tanamkan tekad/motivasi untuk mengetahui segala hal terkait sistem dan subsistem RMIK
2. Baca dan pahami setiap materi, serta cari kata kunci atau catatan penting dari materi. Bila perlu buat resume berisi catatan penting tersebut.
3. Setelah dipahami, usahakan menghafal beberapa kosakata atau rumus penting terkait materi
4. Kerjakan latihan soal terutama soal kasus agar lebih meningkatkan kemampuan berpikir kritis dalam memahami sistem dan subsistem RMIK

5. Bila ada yang tidak dipahami, segera tanyakan pada dosen pengampu mata kuliah di setiap topik
6. Akhiri proses belajar dengan berdo'a dan **Semoga Sukses!!**

#### **D. Uraian Materi**

Topik 1: Sistem Penerimaan Pasien

Topik 2 : Sistem Pengolahan Berkas Rekam Medis

### **TOPIK 1**

#### **SISTEM PENERIMAAN PASIEN**

*Marta, SST.MIK, M.K.M*

#### **I. Subsistem penerimaan pasien rawat jalan**

- a. Subsistem penerimaan pasien rawat jalan

Pasien rawat jalan adalah awal tempat pasien mendapatkan pelayanan berobat pertamakali sehingga kesan pertama baik buruknya manajemen rumah sakit tergantung pada pelayanan ini. Untuk memperlancar pendaftaran pasien maka diperlukan sistem pelayanan yang bagus serta didukung dengan sarana dan prasarana yang memadai sehingga kepuasan pasien terhadap sistem pelayanan rumah sakit dapat tercapai.

Berdasarkan DEPKES, 1997 sistem penerimaan pasien baru rawat jalan yaitu

1. Pasien mengisi formulir pendaftaran pasien baru
2. Data pada formulir pendaftaran pasien baru diinput pada komputer
3. Mencetak ringkasan riwayat klinik
4. Mencetak kartu pasien
5. Mencetak kuitansi pembayaran
6. Mencetak nomor urut poli
7. Mencetak kartu *index* utama pasien
8. Melaksanakan pendaftaran pasien baru di TPP Rawat Jalan
9. Ringkasan riwayat klinik dikirim ke poliklinik tujuan

Sistem penerimaan pasien lama rawat jalan :

1. Melaksanakan transaksi pendaftaran pasien lama dengan mengentry nomor pasien
2. Membuat tracer
3. Mencetak nomor urut poliklinik
4. Mencetak kuitansi pembayaran
5. Mengarahkan pasien sesuai tujuan poliklinik
6. Melaksanakan pendafataran pasien di tempat pasien lama di TPP II

c. Subsistem penerimaan pasien rawat inap

Pasien rawat inap adalah suatu kelompok pelayanan kesehatan yang terdapat di rumah sakit yang merupakan gabungan dari beberapa fungsi pelayanan. Kategori pasien yang masuk rawat inap adalah pasien yang perlu perawatan intensif atau observasi ketat karena penyakitnya.

Prosedur Pasien Rawat Inap :

1. Formulir pendaftaran pasien baru diisi oleh pasien atau keluarganya.
2. Data sosial pada formulir pendaftaran (pasien baru) dan data sosial pada rekam pasien lama, dientry pada komputer
3. Mencetak nomor urut poliklinik
4. Mencetak kuitansi pembayaran
5. Mengarahkan pasien sesuai tujuan poliklinik
6. Pelaksanaan pendaftaran dilaksanakan di tempat pendaftaran pasien lama di TPP I

d. Subsistem penerimaan pasien rawat darurat

1. Petugas triase (dokter/perawat) menerima pasien baru dan melakukan pemilahan (triase) berdasarkan kategori kegawatdaruratan  
Setelah dilakukan anamnesa, pemeriksaan dan penatalaksanaan terhadap pasien baru dilakukan penyelesaian proses administrasi
2. Keluarga/pengantar pasien melakukan registrasi di Ruang Pendaftaran pasien IGD.
3. Petugas memberikan penjelasan kepada pasien/keluarga/pengantar pasien mengenai Hak dan Kewajiban Pasien, keadaan/fasilitas yang ada serta edukasi Pengurusan Jaminan Kesehatan jika pasien peserta JKN atau asuransi kesehatan lainnya.
4. Mencatat data dari hasil pengkajian pada catatan medik dan catatan perawatan pasien.
5. Memberitahukan prosedur perawatan/tindakan yang segera dilakukan.
6. Petugas triase melakukan pemeriksaan triase dan menentukan kategori triase.
7. Jika pasien dinyatakan dalam : a. Kondisi gawat darurat dan memerlukan tindakan resusitasi segera maka resusitasi dilakukan di kendaraan yang membawa pasien b. Kondisi gawat tidak darurat, maka dokter jaga melakukan pemeriksaan di ruang triase sehingga dapat memberikan inisial terapi segera

8. Kondisi darurat tidak gawat dan membutuhkan brankard maka dokter jaga melakukan edukasi kepada keluarga pasien untuk menunggu penanganan selama  $\pm$  30 menit dan melakukan triase ulang setelah melewati waktu tunggu. Jika masih belum tersedia brankard maka dokter jaga IGD melakukan pemeriksaan di ruang tunggu / ruang triase / kendaraan yang membawa pasien dan memberikan inisial terapi Bed ICU jika full dibuatkan tambahan pasien.
9. Dokter Jaga IGD melakukan pemeriksaan terhadap pasien di IGD kemungkinan ada yang bisa di pulangkan, sudah bisa dipindahkan ke ruang rawat inap/di rujuk agar brankardnya bisa digunakan oleh pasien yang baru

- Cara Pendaftaran

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
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 mencari 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 pembayaran dan mengambil obat di

apotik. Jika Pasien dirujuk ke luar, dokter akan membuat surat pengantar rujukan, pasien menyelesaikan pembayarandi kasirdan mengambil obat di apotik. Jika pasien dikonsulkan ke spesialis lain, dokter akan membuat surat konsultasi, pasien menyelesaikan pembayarandi kasirdan 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.

- 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.

- Kasus

NO	KASUS	TINDAKAN
A	BEDAH	
	Cedera Kepala	
	CKR	Observasi
	CKS	Observasi, rujuk
	CKB	Rujuk

	Fraktur Fraktur tertutup Fraktur terbuka Fakturin komplit Faktur komplit	Fiksasi, rujuk Fiksasi, rujuk Fiksasi, rujuk Fiksasi, rujuk
	Trauma Trauma kepala Trauma dada Trauma perut Trauma kimia	Pertolongan pertama, rujuk Pertolongan pertama, rujuk Pertolongan pertama, rujuk Pertolongan pertama, rujuk
	Combutio Grade I (<30%) Grade II (>30 %) Grade III Grade IV	Rawatjalan Observasi, rujuk Rujuk Rujuk
	Trauma Gigitan Binatang Serangga Kucing dan anjing Ular tidak berbisa Ular berbisa	Rawatjalan Observasi Observasi Rujuk
	Sengatan Listrik Sadarpenuh Gangguan kesadaran	Observasi Rujuk
	Retensi Urine Striktur uretra Phimosi BPH	Asang kateter, rawat jalan Sircumsisi, rawat jalan Kateter, rujuk
	Appendicitis Akut	Rujuk

	Kronik	Rujuk
	Hernia Reponible Irreponible	Rujuk Rujuk
	Vulnus Ekskoriativum Laceratum Schisum Punctum	Rawatjalan Rawatjalan Rawatjalan Rawatjalan
	Kolik abdomen Appendicitis Ileus Peritonitis Cholelithiasis	Rujuk Rujuk Rujuk Rujuk
	Kolik Renal Infeksi Renal Cholesistitis	Rujuk Rujuk
B.	Penyakit Dalam	
	Keracunan Pestisida, insektisida Makanan dan minuman Obat Asap	Pertolongan pertama, observasi, rujuk Pertolongan pertama, observasi Pertolongan pertama, observasi Pertolongan pertama, observasi
	Shock Anafilaktik Hipovolemik Neurogenik Hipoglikemi kardiogenik	Pertolongan pertama, observasi Pertolongan pertama, observasi Pertolongan pertama, observasi Pertolongan pertama, observasi Pertolongan pertama, observasi, rujuk

	<p>Kedaruratan kardio vaskuler (Angina, AMI, Cardiac arrest)</p> <p>Angina pectoris</p> <p>AMI</p> <p>IHD</p> <p>Cardiac arrest</p>	<p>Pertolongan pertama, observasi, rujuk</p> <p>Pertolongan pertama, observasi, rujuk</p> <p>Pertolongan pertama, observasi, rujuk</p> <p>Pertolongan pertama, observasi, rujuk</p>
	<p>Kedaruratan Pernafasan</p> <p>Asthma Bronkiale</p> <p>Status Asmatikus</p> <p>Corpus Alienum</p> <p>Respiratory Distress</p>	<p>Pertolongan pertama, observasi</p> <p>Pertolongan pertama, observasi, rujuk</p> <p>Pertolongan pertama, observasi, rujuk</p> <p>Pertolongan pertama, observasi, rujuk</p>
C.	SYARAF DAN JIWA	
	<p>Stroke</p> <p>Shock neurogenik</p> <p>Epilepsy</p> <p>KejangDemam</p> <p>Gaduhgelisah</p> <p>Histeria</p>	<p>Pertolongan pertama, observasi, rujuk</p> <p>Pertolongan pertama, rujuk</p> <p>Pertolongan pertama, observasi</p> <p>Pertolongan pertama, observasi</p> <p>Pertolongan pertama, observasi</p> <p>Pertolongan pertama, observasi, rujuk</p>

D.	OBGYN	
	Perdarahan (antepartum, inpartu, postpartum) Solutio uteri, plasenta previa, ruptur plasenta, retensi plasenta, sisaplasenta Preeklamsi, Eklamsi Abortus incompletes Hyperemesis gravidarum  Ketubanpecahdini Tali Pusat Menumbang IUFD	Pertolongan pertama, observasi, rujuk  Pertolongan pertama, rujuk  Pertolongan pertama, rujuk Pertolongan pertama, observasi Pertolongan pertama, observasi, rujuk  Rujuk Rujuk Rujuk
E.	ANAK	
	Asfiksi sedang-Berat Kejang Demam Diare dengan dehidrasi sedang-berat Apneu Ikterik (Grade II-IV) Dispepsia dengan vomitus berat	Resusitasi, rujuk Pertolongan pertama, observasi Pertolongan pertama, Rehidrasi, Rujuk Pertolongan pertama, rujuk Rujuk Pertolongan pertama, Rehidrasi, observasi

- Cara Datang

1. Petugas triase (dokter/perawat) menerima pasien baru dan melakukan pemilihan (triase) berdasarkan kategori kegawatdaruratan
2. Setelah dilakukan anamnesa, pemeriksaan dan penatalaksanaan terhadap pasien baru dilakukan penyelesaian proses administrasi

3. Keluarga/pengantar pasien melakukan registrasi di Ruang pendaftaran pasien IGD
4. Petugas memberikan penjelasan kepada pasien/keluarga pengantar pasien mengenai hak dan kewajiban pasien, keadaan/fasilitas yang ada serta edukasi pengurusan jaminan kesehatan jika pasien peserta JKN atau asuransi kesehatan lainnya
5. Mencatat data dari hasil pengkajian pada catatan medik dan catatan perawatan pasien
6. Memberitahukan prosedur perawatan/indakan yang segera dilakukan
7. Petugas triase melakukan pemeriksaan triase dan menentukan kategori triase
8. Jika pasien dinyatakan dalam :
  - Kondisi gawat darurat dan memerlukan tindakan resusitasi segera maka resusitasi dilakukan di kendaraan yang membawa pasien
  - Kondisi gawat tidak darurat, maka dokter jaga melakukan pemeriksaan di ruang triase sehingga dapat memberikan inisial terapi segera
9. Kondisi darurat tidak gawat dan membutuhkan brankard maka dokter jaga melakukan edukasi kepada keluarga pasien untuk menunggu penanganan selama  $\pm$  30 menit dan melakukan triase ulang setelah melewati waktu tunggu. Jika masih belum tersedia brankard maka dokter jaga IGD melakukan pemeriksaan di ruang triase/kendaraan yang membawa pasien dan memberikan inisial terapi Bed ICU jika full dibuatkan tambahan pasien
10. Dokter jaga IGD melakukan pemeriksaan terhadap pasien di IGD kemungkinan ada yang bisa dipulangkan, sudah bisa dipindahkan ke ruang rawat inap/di rujuk agar brankardnya bisa digunakan oleh pasien yang baru.
  - Penamaan
    - a. Nama Orang Indonesia
      - a. Nama orang Indonesia yang mempunyai nama keluarga, diindeks menurut nama keluarga diikuti tanda koma, kemudian baru nama selanjutnya.

Contoh :

Nama pasien : Edi Baskoro Yudhoyono

Nama pasien ditulis menjadi : Yudhoyono, Edi baskoro

b. Bila terdapat pasien yang memiliki nama majemuk orang Indonesia, maka nama pasien dituliskan apa adanya.

Contoh:

Nama pasien : Bambang Pamungkas

Nama pasien ditulis menjadi : Bambang Pamungkas.

c. Nama orang Indonesia yang memiliki nama suku atau nama marga diindeks menurut nama suku atau marga tersebut

Contoh :

Nama pasien : Daniel Mananta

Nama pasien ditulis menjadi : Mananta, Daniel

d. Nama wanita yang menggunakan nama ayahnya diindeks menurut nama ayahnya

Contoh :

Nama pasien : Anna Wijaya

Nama pasien ditulis menjadi : Wijaya, Anna

e. Bila seorang bayi baru lahir yang belum mempunyai nama, maka penulisan namanya diikuti By. Ny. yang menyatakan bayi dari pasien yang bersangkutan.

Contoh:

Nama ibu : Sri Lestari

Nama bayi ditulis menjadi : Sri Lestari By. Ny.

b. Nama Orang Eropa

Nama keluarga orang eropa terletak di bagian akhir nama tersebut

Contoh :

Nama pasien : Bryan McFadden

Nama pasien ditulis menjadi : McFadden, Bryan

c. Nama orang Arab

Contoh :

Nama pasien : Umar bin Khattab

Nama pasien ditulis menjadi : Khattab, Umar bin

- d. Nama orang India, Jepang, Thailand

Contoh :

Nama pasien : Shinichi Kudo

Nama pasien ditulis menjadi : Kudo, Shinichi

- e. Nama orang Cina, Korea, Vietnam

Nama keluarga terletak di bagian paling depan, sehingga cara penulisannya tidak mengalami perubahan

Contoh :

Nama pasien : Tan Po Guan

Nama pasien ditulis menjadi : Tan Po Guan

- f. Nama Cina yang digabung dengan nama Amerika

Contoh :

Nama pasien : Silvia Than

Nama pasien ditulis menjadi : Than, Silvia

- g. Nama orang suci dan haji menjadi bagian dari nama tersebut

Contoh:

Nama pasien : Haji Umar Said

Nama pasien ditulis menjadi : Said, Haji Umar

- h. Gelar-gelar

- a. Gelar bangsawan merupakan bagian dari nama tersebut

Contoh :

Nama pasien : Teuku Rafli

Nama pasien ditulis menjadi : Rafli, Teuku

- b. Gelar kesarjanaan ditempatkan dibelakang nama dalam tanda kurung

Contoh :

Nama pasien : Sumarni Notonegoro, SH.

Nama pasien ditulis menjadi : Notonegoro, Sumarni (SH)

- c. Pangkat dan jabatan ditempatkan dibelakang nama dalam tanda kurung

Contoh:

Nama pasien : Direktur Ali Sadikin

Nama pasien ditulis menjadi : Ali Sadikin (Direktur)

- Penomoran

Penomoran rekam medis pasien di instalasi pelayanan kesehatan disimpan menurut nomor, yaitu nomor pasien masuk (admission number). Ada 3 macam sistem pemberian nomor pasien masuk yang umumnya dipakai yaitu :

a. Pemberian nomor secara seri (serial *numbering system*)

Dengan sistem ini setiap pasien mendapat nomor baru setiap kunjungan rumah sakit. Jika pasien telah berkunjung 3x, maka pasien akan mendapat 3 nomor. Sedang rekam medisnya disimpan di berbagai tempat sesuai nomor yang diperolehnya.

b. Pemberian nomor secara unit (unit *numbering system*)

Sistem ini memberikan 1 unit rekam medis baik kepada pasien berobat jalan maupun pasien rawat inap. Saat pasien pasien berkunjung pertama kali ke rumah sakit akan diberi 1 nomor yang akan dipakai selamanya untuk kunjungan seterusnya, sehingga rekam medis pasien tersebut tersimpan dalam berkas di bawah 1 nomor.

c. Pemberian nomor secara seri unit (serial unit *numbering system*)

Sistem nomor ini merupakan gabungan antara sistem seri dan sistem unit. Setiap pasien berkunjung ke rumah sakit , diberikan 1 nomor baru, tetapi rekam medisnya yang dahulu digabungkan dan disimpan di dalam nomor yang paling baru. Apabila 1 rekam medis lama diambil dan dipindahkan tempatnya ke nomor yang baru, di tempat yang lama harus diberi penunjuk (outguide) yang menunjukkan kemana rekam medis tersebut dipindahkan.

e. Identifikasi Pasien (Alfabetik dan Numerik)

Sistem identifikasi pasien secara *Alphabetical* atau penamaan adalah sistem identifikasi kepada pasien untuk membedakan antara pasien satu dengan yang lain dengan menggunakan nama pasien sehingga memperlancar atau mempermudah dalam pemberian pelayanan kepada pasien.

#### f. Sistem Pengindeksan Pasien Di Pendaftaran

INDEKSING, Menurut Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis 1997 : Adalah membuat tabulasi sesuai dengan kode yang sudah dibuat ke dalam indeks - indeks (dapat menggunakan kartu indeks atau komputerisasi).

Indeks dalam arti bahasa yaitu daftar kata atau istilah penting yang terdapat dalam buku tersusun menurut abjad yang memberi informasi tentang halaman tempat kata atau istilah tersebut ditemukan. Indeks dalam pelayanan rekam medis berarti daftar kata atau istilah penting yang disusun menurut tata cara tertentu untuk tujuan pencarian kembali kata atau istilah tersebut. Indeks rekam medis meliputi (1) Indeks Utama Pasien; (2) Indeks Penyakit (rawat jalan dan rawat inap); (3) Indeks Operasi; (4) Indeks Kematian dan (5) Indeks Dokter. Pelayanan rekam medis di pendaftaran hanya menggunakan Indeks Utama Pasien.

Indeks Utama Pasien disebut juga Master Patient Index (MPI) yaitu indeks yang berisi data pokok mengenai identitas pasien untuk mengidentifikasi semua pasien yang pernah berobat. Indeks ini sering dalam wujud kartu maka disebut Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP).

Data identitas pasien tersebut meliputi : nomor rekam medis, nama pasien, tanggal lahir (umur), jenis kelamin, alamat lengkap, nama orang tua/wali, alamat orang tua/wali dan tahun terakhir berobat. Selain berwujud kartu, penggunaan indeks pasien telah banyak menggunakan komputer.

KIUP diindeks secara alfabetik (abjad) yaitu berdasarkan nama pasien dengan caramenulis 3 huruf pertama nama pasien pada pojok kanan KIUP. KIUP disimpan berdasarkan urutan abjad tersebut di dalam kotak indeks.

Manfaat KIUP yaitu

- a. untuk mencari kembali data identitas pasien terutama no. rekam medis, bila pasien yang pernah berobat datang kembali tanpa membawa Kartu Identitas Berobat (KIB);
- b. untuk mencari kembali data identitas pasien terutama no. rekam medis guna keperluan retensi (penyusutan) DRM;
- c. sebagai alat bantu penyusunan laporan kunjungan pasien.

g. Registrasi

Pengertian Register yaitu :

- Menurut WHO adalah a list in which item is individually identified
- Menurut Huffman adalah A format of official recording of item, names or actions
- Menurut Depkes adalah Catatan tentang kegiatan RS / catatan tentang pelayanan yang diberikan RS pada masyarakat

**Rangkuman**

Pembangunan Sistem Informasi Pendaftaran Pasien pada klinik kesehatan merupakan hasil dari pengembangan berdasarkan sistem yang berjalan sebelumnya. Berbagai macam permasalahan dan kendala yang muncul pada sistem lama sudah diupayakan untuk dapat teratasi pada sistem yang baru ini. Adapun yang dapat diambil berdasarkan seluruh kegiatan yang dilakukan adalah sebagai berikut :

1. Sistem informasi yang dirancang ini dapat membantu pasien dalam mendapatkan informasi jadwal dokter serta pengambilan nomor antri
2. Sistem informasi yang dirancang ini dapat membantu bagian pendaftaran sehingga proses pendaftaran bias lebih efektif dan efisien.

**Tugas:**

**1. Tugas Terstruktur**

**Petunjuk:**

- Bacalah dan cermati tugas di bawah ini, kemudian kerjakan secara berkelompok
- Dikumpulkan paling lama 1 minggu setelah tugas ini diumumkan.

- Sampaikan hasil tugas secara berurutan kepada dosen dan kelompok lainnya.
- Membagi menjadi 3 kelompok yang terdiri dari 7-8 mahasiswa, kemudian masing-masing kelompok menyelesaikan tugas yang diberikan dosen sebagai berikut :
  1. Subsistem penerimaan pasien rawat jalan
  2. Subsistem penerimaan pasien rawat inap
  3. Subsistem penerimaan pasien rawat darurat
- Laporan tugas dituangkan dalam bentuk makalah dengan kertas A4 times new roman font 12 spasi 1,5 rata kiri kanan.

## **2. Kegiatan Mandiri**

**Petunjuk:** Membuat laporan individu kedalam file word times new roman size 12 spasi 1,5 ukuran kertas A4 sertakan nama dan nim.

**Soal:** Carilah literatur dari berbagai sumber ex : google cindekia, google education, e-book, e-library tentang “Sistem dan Subsistem RMIK”

## **TOPIK 2**

### **SISTEM PENGELOLAAN BERKAS REKAM MEDIS**

*Marta, SST.MIK, M.K.M*

#### **I. SISTEM PENGOLAHAN BERKAS REKAM MEDIS**

##### **a. Analisa dan Assembling**

Analisa rekam medis adalah pengisian atau pencatatan rekam medis ada kemungkinan besar terjadi tidak lengkap atau tidak sesuai dengan ketentuan.

- Analisis Kualitatif adalah suatu review pengisian rekam medis yang berkaitan tentang kekonsistenan dan isinya merupakan bukti rekam medis tersebut akurat dan lengkap.
- Analisis Kuantitatif adalah telaah/review bagian tertentu dari isi rekam medis dengan maksud menemukan kekurangan khusus yang berkaitan dengan pencatatan rekam medis.
- Assembling adalah salah satu kegiatan dalam pengolahan rekam medis untuk mengorganisasikan, merakit, menata menyusun, merapikan formulir-formulir rekam medis baik untuk rawat jalan, UGD, rawat inap, sehingga rekam medis tersebut dapat terpelihara dan dapat siap pakai kalau dibutuhkan.

#### **b. Pengkodean**

Pengkodean atau koding adalah Kegiatan dan tindakan serta diagnosis yang ada dalam rekam medis harus di beri kode dan selanjutnya diindeks agar memudahkan pelayanan pada penyajian informasi untuk menunjang fungsi perencanaan, manajemen, dan riset bidang kesehatan.

- **Diagnosis**  
Diagnosis merupakan penetapan jenis penyakit tertentu berdasarkan analisis hasil anamnesa dan pemeriksaan yang teliti (untuk menentukan pengobatan/tindakan berikutnya).
- **Tindakan Medis**

Tindakan Medis adalah suatu intervensi medis yang dilakukan pada seorang pasien berdasar indikasi medis tertentu yang dapat mengakibatkan integritas jaringan/organ yang terganggu.

**c. Pengindeksan**

Pengindeksan adalah membuat tabulasi sesuai dengan kode yang sudah dibuat ke dalam indeks-indeks (dapat menggunakan kartu indeks atau komputerisasi). Didalam kartu indeks tidak boleh mencantumkan nama pasien.

**d. Penyimpanan**

Penyimpanan rekam medis adalah suatu kegiatan yang dilakukan petugas untuk memasukkan/menyimpan kembali berkas rekam medis pasien rawat jalan atau rawat inap.

- Cara pengelolaan Penyimpanan

1. Desentralisasi merupakan sistem penyimpanan berkas rekam medis yang dibuat terpisah antar data yang satu dengan yang lain.
2. Sentralisasi merupakan penyimpanan berkas rekam medis seorang pasien dalam satu kesatuan baik catatan-catatan kunjungan poliklinik maupun catatan-catatan selama seorang pasien dirawat.

- Jenis Penyimpanan

1. Sistem Penyimpanan Alfabetic

Merupakan jenis penyimpanan BRM berdasarkan urutan abjad. Huruf depan nama pasien akan dijadikan huruf kunci untuk pencarian pada rakpenyimpanan. Pada jenis penyimpanan ini membutuhkan waktu kerja yang lama dan mempunyai resiko tinggi terhadap timbulnya banyak kesalahan, misalnya nama yang berubah dan nama yang salah eja.

2. Sistem penyimpanan numerik

Terdapat 3 cara penyimpanan berdasarkan numerik yaitu : sistem nomor

langsung (*straight numerical filing*), sistem angka tengah (*middle digit filing*), sistem angka akhir (*terminal digit filing*).

a. *STRAIGHT NUMERICAL FILING*

Sistem penjajaran dengan nomor langsung yaitu suatu sistem penyimpanan BRM dengan menjajarkan BRM berdasarkan urutan nomor rekam medisnya secara langsung pada rak penyimpanan. misalnya keempat rekam medis berikut ini akan disimpan berurutan dalam satu rak yaitu 08-00-01, 08-00-02, 08-00-03.

b. *MIDDLE DIGIT FILING*

sistem penyimpanan BRM berdasarkan numerik dengan urutan sistem angka tengah. sistem ini menyimpan BRM dengan mensejajarkan BRM berdasarkan urutan nomor rekam medis pada 2 angka kelompok tengah. dalam hal ini angka yang terletak ditengah-tengah menjadi angka pertama, pasangan angka yang terletak paling kiri menjadi angka kedua, dan kelompok angka paling kanan menjadi angka ketiga. contoh : 48-12-06 (48 kel angka kedua, 12 kel angka pertama, 06 kel angka ketiga)

c. *TERMINAL DIGIT FILING*

sistem penyimpanan dengan berkas rekam medis (BRM) numerik dengan sistem angka akhir. pada sistem ini , penjajaran BRM di rak filing dengan menjajarkan BRM berdasarkan urutan nomor rekam medis kelompok akhir. artinya 2 angka pada kelompok akhir ini dijadikan sebagai kunci penyimpanan berkas rekam medisnya. untuk menjalankan sistem ini, terlebih dahulu disiapkan rak penyimpanan dengan membaginya 100 seksi (section) sesuai dengan 2 angka kelompok akhir tersebut, mulai dari angka akhir seksi 00;01;02 dan seterusnya sampai seksi 99. kemudian cara penyimpanannya pada setiap seksi diisi BRM dengan nomor rekam medis berdasarkan kelompok akhir, kelompok angka akhir pada sistem terminal digit filing sebagai digit pertama (*primary digit*) sebagai patokan. selanjutnya secara berturut-turut (*didepannya*) dengan berpatokan pada 2 angka kelompok angka tengah sebagai digit kedua (*secondary*

digit) dan patokan berikunya pada angka kelompok pertama sebagai digit ketiga (tertiary digit). contoh : 48-12-06 ( 48 kel angka ketiga, 12 kel angka kedua, 06 kel angka pertama).

4. Sistem penyimpanan kronologis jenis penyimpanan kronologis merupakan jenis penyimpanan BRM berdasarkan urutan peristiwa/kejadian pasien yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan.
5. Sistem penyimpanan subjek (kasus)  
jenis penyimpanan BRM berdasar kan kasus penyakit yang diderita masing-masing pasien, misalnya rak pertama utuk menyimpan berkas rekam medis paa penyakit dalam dan rak kedua menyimpan BRM pada kasus penyakit jantung dan seterusnya.
6. Sistem Penyimpanan Wilayah  
Jenis penyimpanan rekam medis berdasarkan wilayah yang ada dilingkup fasilitas pelayanan kesehatan berada. Rak-rak penyimpanan BRM akan dikelompokkan berdasarkan nama wilayah yang ada, sehingga BRM akan disimpan

**e. Retensi Dan Pemusnahan**

- Retensi atau penyusutan rekam medis adalah suatu kegiatan pengurangan berkas rekam medis dari penyimpanan.
- Pemusnahan berkas rekam medis adalah proses kegiatan penghancuran secara fisik arsip rekam medis yang telah berakhir fungsi dan nilainya. Penghancuran harus dilakukan dengan membakar habis, mencacah atau daur.

**f. Sensus**

Sensus adalah cara untuk mengetahui jumlah pasien yang dirawat, pasien keluar, lahir/meninggal dan perpindahan pasien antar ruangan, kapasitas TT tersedia dan yang terisi di suatu Rumah Sakit.

- Rawat Jalan

Sensus rawat jalan adalah kegiatan pencatatan atau perhitungan pasien yang dilakukan setiap hari pada setiap instalasi rawat jalan.

- Rawat Inap

Sensus rawat inap adalah kegiatan menghitung jumlah pasien yang dilayani di unit rawat inap dan aktivitas rutin di Rumah Sakit.

**g. Pelaporan**

Pelaporan adalah suatu alat organisasi yang bertujuan untuk dapat menghasilkan laporan secara cepat, tepat, dan akurat.

- Internal

Laporan internal yaitu pelaporan yang disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit. Sensus harian menjadi dasar dalam pelaksanaan pembuatan pelaporan rumah sakit yang kegiatannya dihitung mulai jam 00.00 s/d 24.00 WIB setiap harinya

- Eksternal

Laporan eksternal yaitu laporan yang ditunjukkan kepada Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Kesehatan RI, Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Pelaporan eksternal rumah sakit dibuat sesuai dengan kebutuhan Departemen Kesehatan RI.

**h. Surat Keterangan Medis (SKM)**

Surat keterangan medis adalah keterangan tertulis yang dibuat oleh dokter untuk tujuan tertentu tentang kesehatan atau penyakit pasien atas permintaan pasien atau atas permintaan pihak ketiga dengan persetujuan pasien atau atas perintah undang-undang.

- SKM untuk pengadilan

Surat keterangan untuk pengadilan adalah visum et repertum. Visum et repertum adalah keterangan yang dibuat oleh dokter forensik atas permintaan tertulis dari penyidik berdasarkan sumpah tentang apa yang

dilihat dan ditemukan pada benda yang diperiksa berdasarkan pengetahuan yang sebaik-baiknya untuk kepentingan pengadilan.

- SKM non pengadilan

Surat keterangan medis non pengadilan, pelepasan informasi kesehatan dari rekam medis atau yang biasa disebut dengan surat keterangan medis dalam bentuk resume medis.

### **Rangkuman**

Assembling adalah salah satu kegiatan dalam pengolahan rekam medis untuk mengorganisasikan, merakit, menata menyusun, merapikan formulir-formulir rekam medis baik untuk rawat jalan, UGD, rawat inap, sehingga rekam meddis tersebut dapat terpelihara dan dapat siap pakai kalau dibutuhkan. Peyimpanan rekam medis adalah suatu kegiatan yang dilakukan petugas untuk memasukkan/menyimpan kembali berkas rekam medis pasien rawat jalan atau rawat inap.

Cara pengelolaan Penyimpanan

1. Desentralisasi merupakan sistem penyimpanan berkas rekam medis yang dibuat terpisah antar data yang satu dengan yang lain.
2. Sentralisasi merupakan penyimpanan berkas rekam medis seorang pasien dalam satu kesatuan baik catatan-catatan kunjungan poliklinik maupun catatan-catatan selama seorang pasien dirawat.

Retensi atau penyusutan rekam medis adalah suatu kegiatan pengurangan berkas rekam medis dari penyimpanan. Pemusnahan berkas rekam medis adalah proses kegiatan penghancuran secara fisik arsip rekam medis yang telah berakhir fungsi dan nilainya. Penghancuran harus dilakukan dengan membakar habis, mencacah atau daur.

### **Tugas:**

#### **1. Tugas Terstruktur**

##### **Petunjuk:**

- Bacalah dan cermati tugas di bawah ini, kemudian kerjakan secara berkelompok
- Dikumpulkan paling lama 1 minggu setelah tugas ini diumumkan.
- Sampaikan hasil tugas secara berurutan kepada dosen dan kelompok lainnya.
- Membagi menjadi 5 kelompok yang terdiri dari 6-7 mahasiswa, kemudian masing-masing kelompok menyelesaikan tugas mahasiswa dalam bentuk kelompok yang diberikan dosen sebagai berikut :
  - a. Kelompok 1 : Analisis dan Assembling
  - b. Kelompok 2 : Pengkodean dan Pengindeksan
  - c. Kelompok 3 : Penyimpanan
  - d. Kelompok 4 : Retensi dan Pemusnahan
  - e. Kelompok 5 : Statistik
- Laporan tugas dituangkan dalam bentuk makalah dengan kertas A4 times new roman font 12 spasi 1,5 rata kiri kanan.
- Bentuk laporan tugas disusun dengan mengikuti format sebagai berikut :

**SAMPUL DEPAN (COVER)**

**DAFTAR ISI**

**BAB I**

SKENARIO/TEMA : JUDUL TUGAS DISKUSI

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang
2. Tujuan

**BAB II**

TINJAUAN PUSTAKA

**BAB III**

PROBLEM/ANALISIS MASALAH

**BAB IV**

PEMBAHASAN

**BAB V**

KESIMPULAN DAN PENUTUP

DAFTAR PUSTAKA

## 2. Kegiatan Mandiri

**Petunjuk:** Membuat laporan individu kedalam file word times new roman size 12 spasi 1,5 ukuran kertas A4 sertakan nama dan nim.

**Soal:** Carilah literatur dari berbagai sumber ex : google cindekia, google education, e-book, e-library tentang “Sistem Pengelolaan Berkas Rekam Medis”

### **BAB III**

#### **MENGLASIFIKASIKAN KONSEP *FLOWCHART***

*Marta, SST.MIK, M.K.M*

## **PENDAHULUAN**

### **A. Pengantar Pendahuluan**

*Flowchart* adalah Bagan-bagan yang mempunyai arus yang menggambarkan langkah-langkah penyelesaian suatu masalah. *Flowchart* merupakan cara penyajian dari suatu algoritma.

Jenis-jenis *Flowchart* yaitu :

Ada beberapa jenis *flowchart* diantaranya:

1. Bagan alir sistem (*systems flowchart*).
2. Bagan alir dokumen (*document flowchart*).
3. Bagan alir skematik (*schematic flowchart*).
4. Bagan alir program (*program flowchart*).
5. Bagan alir proses (*process flowchart*).

### **B. Deskripsi Materi**

Bab III ini disusun sedemikian rupa untuk membantu mahasiswa D-III Perekam dan Informasi Kesehatan semester II dalam memahami materi kuliah Manajemen Rekam Medis Dan Infokes dengan beban 2 sks teori, dan 1 sks praktik (praktik akan dibahas khusus di dalam modul praktikum). Sebagai bab awal di dalam modul ini, bab III menguraikan pokok bahasan atau topik yang saling berkaitan satu sama lain yaitu : Struktur Rekam Medis, Alur kegiatan pelayanan Rekam Medis, Alur Dokumen Rekam Medis

### **C. Kemampuan/tujuan akhir yang diharapkan**

Pembelajaran pada bab ini membantu mahasiswa untuk mencapai kemampuan akhir yaitu mampumengklasifikasikan konsep *flowchart*(C2). Baiklah, Pembelajaran kedua pada manajemen rekam medis dan infokes baru saja akan dimulai. Berikut beberapa tips bagi mahasiswa agar dapat memahaminya antara lain:

1. Awali proses belajar dengan berdo'a dan tanamkan tekad/motivasi untuk mengetahui segala hal terkait mengklasifikasikan konsep *flowchart*

2. Baca dan pahami setiap materi, serta cari kata kunci atau catatan penting dari materi. Bila perlu buat resume berisi catatan penting tersebut.
3. Setelah dipahami, usahakan menghafal beberapa kosakata atau rumus penting terkait materi
4. Kerjakan latihan soal terutama soal kasus agar lebih meningkatkan kemampuan berpikir kritis dalam memahami mengklasifikasikan konsep *flowchart*
5. Bila ada yang tidak dipahami, segera tanyakan pada dosen pengampu mata kuliah di setiap topik
6. Akhiri proses belajar dengan berdo'a dan **Semoga Sukses!!**

#### **D. Uraian Materi**

- I. Struktur Rekam Medis
- II. Alur kegiatan pelayanan Rekam Medis
- III. Alur Dokumen Rekam Medis

#### **I. Struktur Rekam Medis**

Struktur rekam medis, terdapat didalamnya yaitu Hippocrates (460-377 SM) yang dikenal sebagai Bapak Kedokteran memperkenalkan keenam doktrinnya yang dikenal sebagai Sumpah Hippocrates, yaitu berbuat baik; jangan melakukan hal merugikan pasien; hormati kehidupan manusia; sadari keterbatasan kemampuan kita berakhlak dan berbudi luhur; dan jaga kerahasiaan pasien.

- *Data Administratif*

Data *administratif* mencakup data demografi, keuangan (*financial*) disamping tentang informasi lain yang berhubungan dengan pasien, seperti data yang terdapat pada beragamin (*consent*), pada lembaran hak kuasa (*otorisasi*) untuk kepentingan pelayanan kesehatan dan dalam penanganan kesehatan, informasi demografi diperlukan dalam mengisi informasi dasar identitas diri pasien.

- *Data Klinis*

Data klinis merupakan data yang bersifat rahasia (*confidential*) sehingga tidak dapat dibuka kepada pihak ketiga dari pasien yang bersangkutan kecuali jika ada alasan lain berdasarkan peraturan atau perundang-undangan yang memaksa dibukanya informasi tersebut.

## **II. Alur kegiatan pelayanan rekam medis**

Alur kegiatan pelayanan rekam medis merupakan proses kegiatan yang dimulai pada saat diterimanya pasien di rumah sakit, diteruskan kegiatan pencatatan data medis pasien selama pasien itu mendapatkan pelayanan medik di rumah sakit, dan dilanjutkan dengan penanganan berkas rekam medis yang meliputi penyelenggaraan penyimpanan serta pengeluaran berkas dari tempat penyimpanan untuk melayani permintaan atau peminjaman dari pasien atau untuk keperluan lainnya.

a. Alur pasien rawat jalan (pasien baru dan lama)

Pasien baru :

Setiap pasien baru diterima ditempat penerimaan pasien (TPP) dan akan diwawancarai oleh petugas guna mendapatkan data identitas yang akan diisikan pada formulir ringkasan riwayat klinik.

Setiap pasien baru akan memperoleh nomor pasien yang akan digunakan sebagai kartu pengenal, yang harus dibawa pada setiap kunjungan berikutnya ke rumah sakit yang sama, baik sebagai pasien berobat jalan maupun sebagai pasien rawat inap.

Ringkasan rawat klinik ini juga dipakai sebagai dasar pembuatan kartu indeks utama pasien (KIUP). Pasien baru dengan berkas rekam medisnya akan dikirim ke poliklinik sesuai dengan yang dikehendaki pasien. Setelah mendapat pelayanan yang cukup dari poliklinik, ada beberapa kemungkinan dari setiap pasien ;

- Pasien boleh langsung pulang
- Pasien diberi slip perjanjian oleh petugas klinik untuk datang kembali pada hari dan tanggal yang telah ditetapkan, kepada pasien yang diminta kembali, harus lapor kembali ke TPP
- Pasien dirujuk/dikirim ke rumah sakit lain
- Pasien harus ke ruang perawatan.

Pasien lama :

Pasien lama datang ke tempat penerimaan pasien yang telah ditentukan. Pasien ini dapat dibedakan :

- Pasien yang datang dengan perjanjian
- Pasien yang datang tidak dengan perjanjian

Baik pasien dengan perjanjian maupun pasien yang datang dengan kemauan sendiri, setelah mengambil nomor antrian, baru akan mendapat pelayanan di TPP. Pasien akan langsung menuju poliklinik yang dimaksud karena rekam medisnya telah disiapkan oleh petugas, sedangkan untuk pasien yang datang dengan kemauan sendiri harus menunggu sementara rekam medisnya dipinjam oleh petugas TPP ke bagian rekam medis. Setelah rekam medisnya dikirim ke poliklinik, pasien akan mendapatkan pelayanan poliklinik dimaksud.

b. Alur pasien rawat inap (pasien baru dan lama)

### Alur Rekam Medis Pasien Rawat Inap

1. Setiap pasien yang membawa surat permintaan rawat inap dari dokter poliklinik. Instalasi gawat darurat, menghubungi tempat penerimaan pasien rawat inap. Sedangkan, pasien rujukan dari pelayanan kesehatan lainnya terlebih dahulu diperiksa oleh dokter rumah sakit bersangkutan.
2. Apabila tempat tidur di ruang rawat inap yang dimaksud masih tersedia petugas menerima pasien mencatat dalam buku register penerimaan pasien rawat inap, seperti nama, nomor RM, identitas dan data sosial lainnya. Serta menyiapkan/mengisi data identitas pasien pada lembaran masuk (RM).
3. Untuk rumah sakit yang telah menggunakan sistem komputerisasi, pada saat pasien mendaftar untuk dirawat petugas langsung memasukkan data-data pasien meliputi nomor rekam medis, no registrasi, no kamar perawatan dan data-data penunjang lainnya.
4. Petugas penerimaan pasien rawat inap mengirimkan berkas medis bersama-sama dengan pasiennya ke ruang rawat inap yang dimaksud.
5. Pasien diterima oleh petugas di ruang rawat inap dan dicatat pada buku register.
6. Dokter yang bertugas mencatat tentang riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik, terapi serta semua tindakan yang diberikan kepada pasien pada Lembaran-Lembaran berkas medis pasien dan menanda tangannya.
7. Perawat atau Bidan mencatat pengamatan mereka terhadap pasien dan pertolongan perawatan yang mereka berikan kepada pasien ke dalam catatan Perawat atau Bidan dan membubuhkan tanda tangannya, serta mengisi lembaran grafik tentang suhu, nadi, dan pernapasan seorang pasien.
8. Selama di ruang rawat inap, perawat / bidan menambah lembaran-Lembaran berkas medis sesuai dengan pelayanan kebutuhan pelayanan yang diberikan kepada pasien.
9. Perawat /Bidan berkewajiban membuat sensus harian yang memberikan gambaran mutasi pasien mulai jam 00.00 sampai dengan jam 24.00.
10. Petugas ruangan memeriksa kelengkapan berkas medis pasien, sebelum diserahkan ke Instalasi Rekam Medis.

11. Setelah pasien keluar dari rumah sakit, berkas medis pasien segera dikembalikan ke Instalasi. Paling lambat 24 Jam setelah pasien keluar, secara lengkap dan benar.
12. Petugas instalasi mengolah berkas yang sudah lengkap, melewati proses-proses pengkodean, analisa hingga penyimpanan kembali berkas tersebut yang kemudian diperoleh data hasil pengolahan yang dalam bentuk laporan statistik rumah sakit.
13. Petugas instalasi membuat rekapitulasi sensus harian setiap akhir bulan untuk bahan laporan rumah sakit.
14. Instalasi menyimpan berkas-berkas medis pasien menurut nomor RM nya (apabila menganut sistem sentralisasi, berkas milik pasien rawat jalan dan pasien rawat inap untuk tiap-tiap pasien disatukan).
15. Petugas instalasi mengeluarkan berkas medis, apabila ada permintaan baik untuk keperluan pasien berobat ulang atau keperluan lain.
16. Setiap permintaan riwayat medis harus menggunakan formulir peminjaman.
17. Formulir peminjaman dibuat rangkap 3 (tiga), satu kopi ditempel, satu kopi diletakkan pada rak penyimpanan sebagai tanda keluar, dan satu kopi sebagai arsip yang meminta.
18. Berkas yang dipinjam terlebih dahulu dicatat pada buku ekspedisi, yang meliputi No. Rekam Medis, Nama Pasien, Nama Petugas yang mengambilkan, Ruangan Peminjam, Nama Jelas Peminjam, Tanggal Pinjam, Tanggal Kembali, Tanda Tangan Peminjam, Nama Petugas Rakam Medis yang mengecek kembalinya dokumen riwayat pasien yang dipinjam.
19. Apabila berkas medis yang dipinjam sudah kembali dan sudah dicek ke dalam buku ekspedisi peminjaman, maka catatan yang dipinjam yang ditulis di dalam buku ekspedisi dicoret dan ditulis nama jelas serta ditanda tangani oleh petugas yang mengoreksi, dan formulir peminjamannya tersebut dibuat.

c. Alur pasien rawat darurat

- Pasien datang ketempat penerimaan pasien gawat darurat, TPP ini dibuka selama 24 jam

- Pasien ditolong terlebih dahulu baru penyelesaian administrasinya. Setelah mendapat pelayanan yang cukup, ada beberapa kemungkinan dari setiap pasien : pasien boleh langsung pulang, dirujuk dan dikirim ke rumah sakit lain, atau pasien harus di rawat
- Pasien yang sudah diseleksi dan membawa surat pengantar untuk dirawat dapat langsung dibawa ke ruang perawatan atau penampungan sementara sambil menunggu tempat tidur kosong
- Jika pasien sudah sadar dan dapat di wawancarai. Petugas sentral opname mendatangi pasien/keluarga untuk mendapatkan identitas selengkapnya
- Sentral opname mengecek data identitas ke bagian rekam medis untuk mengetahui apakah pasien pernah dirawat/berobat ke rumah sakit
- Bagi pasien yang pernah berobat/dirawat maka rekam medisnya segera dikirim ke ruang perawatan yang bersangkutan dan tetapi memakai nomor yang telah dimilikinya
- Bagi pasien yang belum pernah dirawat atau berobat ke rumah sakit maka diberi nomor rekam medis
- Petugas sentral opname harus selalu memberitahukan penampungan sementara mengenai situasi tempat tidur di ruang perawatan.

d. Alur rujukan

- Alur pertama pasien adalah pada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama (PPK I) yang berada pada wilayah cakupan rujukan di kecamatan
- Alur rujukan dari rujukan balik dilaksanakan secara vertikal dan horizontal sesuai dengan kemampuan dan kewenangan pelayanan
- Alur rujukan dan rujukan balik dilaksanakan pada fasilitas pelayanan kesehatan dalam 1 wilayah cakupan rujukan berdasarkan jenjang fasilitas pelayanan kesehatan dimulai dari PPK 1 ke PPK 2 dan seterusnya.
- Alur rujukan bisa dilaksanakan tidak sesuai dengan pasal (2) dalam keadaan sebagai berikut :

- a. Dalam keadaan kegawat daruratan
- b. Fasilitas pelayanan kesehatan dalam wilayah cakupan rujukan tidak mempunyai sarana/tenaga yang sesuai dengan kebutuhan
- Fasilitas pelayanan kesehatan yang tidak memenuhi ketentuan alur rujukan dan wilayah cakupan rujukan dapat diberikan sanksi sesuai ketentuan.

### III. Alur Dokumen Rekam Medis

Alur dokumen terbagi menjadi 2 yaitu

- Alur dokumen rawat jalan
- Alur dokumen rawat inap
- Alur dokumen rawat jalan  
 Pasien datang menuju TPPRJ untuk melakukan pendaftaran
  - Jika pasien baru petugas mengambil nomor RM baru
  - Jika pasien lama petugas Filling mencari dokumen di Rak penyimpanan
  - Petugas distributor mengantarkan dokumen rekam medis keruang rawat jalan (Poliklinik)
  - Setelah pasien pulang dokumen rekam medis kembali keruang rekam medis
  - Petugas Koding menginput kodingan diagnose kedalam SIMRS
  - Dokumen kembali ke rak penyimpanan
- Alur dokumen rawat inap  
 Alur dokumen rawat inap  
 Pasien datang dari IGD ke TPPRI  
 Pasien melakukan pendaftaran  
 Perawat IGD melakukan serah terima pasien maupun dokumen rekam medis ke perawat ruang rawat inap  
 Setelah pasien pulang perawat mengembalikan Dokumen rekam medis :

- Jika Pasien Umum Dokumen langsung kembali keruang rekam medis
- Jika pasien asuransi kesehatan seperti pasien BPJS dokumen keruang BPJS terlebih dahulu untuk melakukan peng-klaiman.  
Diruangan Rekam medis petugas Assembling menyusun dokumen sesuai standart rekam medis. Kemudian petugas assembling menyerahkan dokumen yang sudah diassembling kepetugas analisa.

## **Rangkuman**

Setiap pasien baru diterima ditempat penerimaan pasien (TPP) dan akan diwawancari oleh petugas guna mendapatkan data identitas yang akan diisikan pada formulir ringkasan riwayat klinik. Setiap pasien baru akan memperoleh nomor pasien yang akan digunakan sebagai kartu pengenalan, yang harus dibawa pada setiap kunjungan berikutnya ke rumah sakit yang sama, baik sebagai pasien berobat jalan maupun sebagai pasien rawat inap. ). Pasien baru dengan berkas rekam medisnya akan dikirim ke poliklinik sesuai dengan yang dikehendaki pasien. Setelah mendapat pelayanan yang cukup dari poliklinik, ada beberapa kemungkinan dari setiap pasien :

- Pasien boleh langsung pulang
- Pasien diberi slip perjanjian oleh petugas klinik untuk datang kembali pada hari dan tanggal yang telah ditetapkan, kepada pasien yang diminta kembali, harus lapor kembali ke TPP
- Pasien dirujuk/dikirim ke rumah sakit lain
- Pasien harus ke ruang perawatan.

Alur dokumen terbagi menjadi 2 yaitu alur dokumen rawat jalan, alur dokumen rawat inap Alur dokumen rawat inap. Alur dokumen rawat jalan pasien datang menuju TPPRJ untuk melakukan pendaftaran, alur dokumen rawat inap pasien datang dari IGD ke TPPRI pasien melakukan pendaftaran perawat IGD melakukan serah terima pasien maupun dokumen rekam medis ke perawat ruang rawat inap Setelah pasien pulang perawat mengembalikan Dokumen rekam medis.

## **Tugas:**

### **1. Tugas Terstruktur**

#### **Petunjuk:**

- Bacalah dan cermati tugas di bawah ini, kemudian kerjakan secara berkelompok
- Dikumpulkan paling lama 1 minggu setelah tugas ini diumumkan.
- Sampaikan hasil tugas secara berurutan kepada dosen dan kelompok lainnya.
- Membagi menjadi 5 kelompok yang terdiri dari 6-7 mahasiswa, yang mana masing-masing kelompok menyusun tugas tentang alur kegiatan pelayanan rekam medis dan alur dokumen rekam medis, dengan ketentuan pembagian kelompok sebagai berikut :
  - a. Kelompok 1 : Alur pasien rawat jalan (pasien baru dan lama)
  - b. Kelompok 2 : Alur pasien rawat inap (pasien baru dan lama)
  - c. Kelompok 3 : Alur pasien rawat darurat
  - d. Kelompok 4 : Alur rujukan
  - e. Kelompok 5 : Alur dokumen rekam medis
- Laporan tugas dituangkan dalam bentuk makalah dengan kertas A4 times new roman font 12 spasi 1,5 rata kiri kanan.
- Bentuk laporan tugas disusun dengan mengikuti format sebagai berikut :

#### **SAMPUL DEPAN (COVER)**

#### **DAFTAR ISI**

#### **BAB I**

SKENARIO/TEMA : JUDUL TUGAS DISKUSI

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang
2. Tujuan

#### **BAB II**

TINJAUAN PUSTAKA

#### **BAB III**

PROBLEM/ANALISIS MASALAH

#### **BAB IV**

PEMBAHASAN

**BAB V**

KESIMPULAN DAN PENUTUP

DAFTAR PUSTAKA

**2. Kegiatan Mandiri**

**Petunjuk:** Membuat laporan individu dalam bentuk resume kedalam file word times new roman size 12 spasi 1,5 ukuran kertas A4 sertakan nama dan nim.

**Soal:**Carilah literatur dari berbagai sumber ex : google cindekia, google education, e-book, e-library tentang “Mengklasifikasikan alur kegiatan pelayanan rekam medis dan alur dokumen rekam medis

## DAFTAR PUSTAKA

- <https://www.it-jurnal.com/pengertian-flowchart/>
- <https://medium.com/dot-intern/jenis-flowchart-dan-simbol-simbolnya-ef6553c53d73>
- <https://galihendradita.files.wordpress.com/2019/11/buku-ajar-rekam-medik-unhas.pdf>
- [http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2018/09/Manajemen-Informasi-Kesehatan-III\\_SC.pdf](http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2018/09/Manajemen-Informasi-Kesehatan-III_SC.pdf)
- <https://aepnurulhidayat.wordpress.com/2019/05/20/pengertian-rawat-jalan-2/>
- <https://aepnurulhidayat.wordpress.com/2017/09/16/penyelenggaraan-rekam-medis-by-aep-nurul-hidayah/>
- <http://irsa22.blogspot.com/2016/03/prosedur-penerimaan-pasien-gawat-darurat.html?m=1>

## **BAB IV**

### **KELENGKAPAN ISI RM**

*Marta, SST.MIK, M.K.M*

#### **PENDAHULUAN**

##### **A. Pengantar Pendahuluan**

Kelengkapan adalah perihal lengkap, kegenapan, kekompetenan.

Kelengkapan isi Rekam Medis :

Dokumen rekam medis pasien rawat jalan, rawat inap dan pasien gawat darurat, minimal memuat informasi pasien tentang:

1. Identitas pasien
2. *Anamnesis* : Yang berisi keluhan utama, riwayat sekarang, riwayat penyakit yang pernah diderita dan riwayat keluarga tentang penyakit yang mungkin diturunkan/ kontak
3. Pemeriksaan yang meliputi pemeriksakaan fisik, laboratorium dan khusus lainnya
4. Diagnosis yang meliputi diagnosis awal/masuk/kerja, diferensial diagnosis, diagnosis utama, diagnosis komplikasi dan diagnosis lainnya
5. Pengobatan/tindakan
6. Persetujuan tindakan/pengobatan
7. Catatan konsultasi
8. Catatan perawat dan tenaga kesehatan lain
9. Catatan observasi klinik dan hasil pengobatan
10. Resume akhir dan evaluasi pengobatan.

Ketentuan umum

1. Setiap tindakan atau konsultasi yang dilakukan terhadap pasien, selambat-lambatnya dalam waktu 2x24 jam harus ditulis dalam lembaran (formulir) rekam medis.
2. Semua pencatatan harus ditandatangani oleh dokter/ tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangannya dan ditulis nama terangnya serta diberi tanggal.

3. Pencatatan yang dibuat oleh mahasiswa kedokteran dan mahasiswa lainnya ditandatangani dan menjadi tanggung jawab dokter yang merawat atau oleh dokter yang membimbingnya.
4. Pencatatan yang dibuat oleh residens harus diketahui oleh dokter pembimbingnya.
5. Dokter yang merawat dapat memperbaiki kesalahan penulisan dan melakukannya pada saat itu juga serta dibubuhi paraf.
6. Penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan.

## **B. Deskripsi Materi**

Bab IV ini disusun sedemikian rupa untuk membantu mahasiswa D-III Perkam dan Informasi Kesehatan semester II dalam memahami materi kuliah Manajemen Rekam Medis Dan Infokes dengan beban 2 sks teori, dan 1 sks praktik (praktik akan dibahas khusus di dalam modul praktikum). Sebagai bab awal di dalam modul ini, bab IV menguraikan pokok bahasan atau topik yang saling berkaitan satu sama lain yaitu : Rekam Medis Rumah Sakit, Rekam Medis Dokter Praktek, Catatan Perawat/Bidan, Isi Rekam Kesehatan Pada Unit Khusus, Isi Rekam Medis, Ketentuan tentang kelengkapan isi rekam medis, SOP penilaian kelengkapan dan ketepatan isi RM, Form Checklist kelengkapan isi RM, Evaluasi kelengkapan isi RM

## **C. Kemampuan/tujuan akhir yang diharapkan**

Pembelajaran pada bab ini membantu mahasiswa untuk mencapai kemampuan akhir yaitu mampu mengklasifikasikan konsep *flowchart* (C2). Baiklah, Pembelajaran kedua pada manajemen rekam medis dan infokes baru saja akan dimulai. Berikut beberapa tips bagi mahasiswa agar dapat memahaminya antara lain:

1. Awali proses belajar dengan berdo'a dan tanamkan tekad/motivasi untuk mengetahui segala hal terkait mengklasifikasikan konsep *flowchart*
2. Baca dan pahami setiap materi, serta cari kata kunci atau catatan penting dari materi. Bila perlu buat resume berisi catatan penting tersebut.

3. Setelah dipahami, usahakan menghafal beberapa kosakata atau rumus penting terkait materi
4. Kerjakan latihan soal terutama soal kasus agar lebih meningkatkan kemampuan berpikir kritis dalam memahami mengklasifikasikan konsep *flowchart*
5. Bila ada yang tidak dipahami, segera tanyakan pada dosen pengampu mata kuliah di setiap topik
6. Akhiri proses belajar dengan berdo'a dan **Semoga Sukses!!**

#### **D. Uraian Materi**

Topik 1: Ruang Lingkup Rekam Medis

Topik 2 :Ketentuan Rekam Medis

**TOPIK 1**  
**RUANG LINGKUP REKAM MEDIS**

*Marta, SST.MIK, M.K.M*

**I. Rekam Medis Rumah Sakit**

Rekam medis rumah sakit adalah bukti hukum penting yang dapat digunakan dalam berbagai perkara hukum, rekam medis yang baik dapat membantu rumah sakit atau dokter merekonstruksi kembali urutan terapi dan menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan dapat diterima dalam kondisi yang ada pada saat itu.

**II. Rekam Medis Dokter Praktek**

Tujuan dan fungsi rekam medis pasien untuk dokter praktek sama dengan tujuan dan fungsi rekam medis pada rumah sakit. Umumnya tidak ada format panduan khusus yang mengatur komponen- komponen apa saja yang harus ada dalam rekam medis pada praktek dokter. Tetapi Sebagai acuan, rekam medis harus berisi informasi mengenai terapi yang diberikan kepada pasien dimanapun selain di rumah sakit dengan detail dan lengkap. Instruksi-instruksi yang diberikan kepada pasien melalui telepon juga harus direkam, Dokter juga harus mencatat setiap telepon yang diterima. Pencatatan korespondensi melalui telepon harus dipisahkan dari rekam medis pasien.

**III. Catatan Perawat/ Bidan**

- Catatan perawat/bidan digunakan oleh petugas perawatan untuk mencatat pengamatan mereka terhadap pasien dan pertolongan perawatan yang telah mereka berikan kepada pasien.
- Catatan ini memberikan gambaran kronologis pertolongan, perawatan, pengobatan yang diberikan dan reaksi pasien terhadap tindakan tersebut.
- Catatan ini berfungsi sebagai alat komunikasi antara sesama perawat, antara perawat dengan dokter.

#### **IV. Isi Rekam Kesehatan Pada Unit Khusus**

- Rekam kesehatan pada unit khusus adalah adanya lembar rekam kesehatan tertentu yang tidak terdapat pada setiap rekam kesehatan pasien.
- Misalnya lembaran rekam kesehatan dari unit kebidanan, pelayanan bayi baru lahir (neonatal) unit gawat darurat, pelayanan di unit psikiatri, pelayanan yang berkaitan dengan rehabilitasi, di antaranya fisioterapi, okupasi terapi dan terapi wicara; pelayanan *hospice*: serta perawatan jangka panjang (menahun).
- Demikian pula isi rekam kesehatan tergantung pada jenis pelayanan serta lamanya masa perawatan.
- Misalnya rekam kesehatan gawat darurat, berbeda dengan rekam kesehatan untuk perawatan jangka panjang (misalnya pada RS Jiwa).

#### **V. Isi Rekam Medis**

##### **a. Rawat jalan**

Informasi dasar dalam rekam kesehatan rawat jalan di sarana pelayanan kesehatan (rumah sakit) setidaknya meliputi :

- Identitas demografi pasien;
- Daftar masalah (problem list) yang meringkas seluruh masalah medis dan pembedahan yang dalam jangka panjang berdampak klinis secara bermakna;
- Daftar medikasi memuat informasi jenis medikasi yang sedang dijalani pasien;
- Informasi tentang kondisi pasien sekarang dan lampau;
- Perintah dokter yang mencatat instruksi dokter terhadap pihak lain yang sama-sama merawat pasien;
- Riwayat medis tentang temuan tenaga kesehatan atas status kesehatan pasien;
- Laporan pemeriksaan fisik berisi hasil temuan tenaga kesehatan saat melakukan pemeriksaan terhadap pasien;
- Data imunisasi dan laporan tentang vaksinasi pasien;

- Catatan perkembangan yang memberikan ringkasan secara kronologis tentang kondisi sakit pasien dan pengobatan yang diberikan.
- Disamping isi rekam kesehatan untuk rawat jalan tersebut di atas, juga ada beberapa informasi yang disarankan yaitu:
- Informasi tindak lanjut dari tenaga kesehatan kepada pasien;
- Lembaran lanjutan yang dapat digunakan untuk mencatat setiap kunjungan;
- Catatan tentang pembatalan perjanjian oleh pasien;
- Catatan yang membahas tentang kontak telepon antara tenaga pelayanan kesehatan dan pasien.

b. Rawat inap

Isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat:

- identitas pasien;
- tanggal dan waktu;
- hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
- hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
- diagnosis;
- rencana penatalaksanaan;
- pengobatan dan/atau tindakan;
- persetujuan tindakan bila diperlukan;
- catatan observasi klinis dan hasil pengobatan;
- ringkasan pulang (discharge summary);
- nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
- pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu; dan
- untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.

c. Rawat darurat

Isi rekam medis (atau rekam kesehatan) gawat darurat, terdiri dari berbagai informasi yang setidaknya meliputi unsur data sebagai berikut :

- Informasi demografi pasien (ringkasan riwayat klinik) termasuk identitas pasien (nama sendiri dan nama ayah/suami/marga).
- Kondisi saat pasien tiba di rumah sakit.
- Saat tiba di rumah sakit menggunakan sarana transportasi apa (misalnya ambulans, kendaraan pribadi, becak, ojek, taxi, kendaraan polisi dan lainnya).
- Nama orang atau pihak tertentu (seperti kantor, sekolah, fakultas dan lainnya) yang membawa pasien ke unit gawat darurat (UGD).
- Riwayat yang berhubungan, termasuk keluhan utama dan munculnya injuri atau penyakit.
- Temuan fisik yang bermakna.
- Hasil laboratorium, radiologi dan EKG Pelayanan yang diberikan.
- Ringkasan sebelum meninggalkan pelayanan UGD (terminasi pelayanan)
- Disposisi pasien, termasuk pulang ke rumah, dirujuk atau diteruskan ke rawat inap.
- Kondisi pasien saat pulang atau dirujuk"
- Diagnosis saat meninggalkan UGD.
- Instruksi kepada pasien/wali tentang pelayanan selanjutnya dan tindak lanjut.
- Tanda tangan dan gelar yang memberikan pelayanan kepada pasien.
- Lazimnya informasi dasar gawat darurat (emergensi) dicatat dalam satu lembar rekam kesehatan (pada format kertas). Lembaran lain seperti informasi laboratorium, radiologi, tes atau uji lain; formulir izin (consent), dan disertakan instruksi tindak lanjut dapat untuk melengkapi data UGD.
- Bila pasien memutuskan untuk meninggalkan UGD sebelum diperiksa tenaga kesehatan atau karena pulang paksa maka kejadian tersebut

harus dicatat dalam rekam kesehatan rawat darurat. Rekam kesehatan gawat darurat harus mencatat kondisi pasien yang datang, terlebih dalam keadaan kritis atau yang belum mampu berkomunikasi. Tenaga kesehatan wajib menandatangani formulir tertentu.

- Lembaran gawat darurat (tergantung pada bentuk rekaman UGD yang digunakan), dapat diteruskan kepada pihak selanjutnya yang akan merawat pasien.
- Bila pasien baru datang ke unit gawat darurat namun pulang setelah pemeriksaan maka kepadanya cukup diberikan lembaran pemeriksaan gawat darurat dengan nomor urut UGD (nomor sementara) yang bukan menjadi nomor rekam medis (nomor sementara).
- Bila kemudian pasien kembali (dengan kondisi yang sama ataupun tidak) dan diteruskan ke rawat inap maka lembar lama di UGD digabungkan dengan lembar rawat inap sekarang dan ia memperoleh nomor rekam medis (kesehatan) yang berlaku untuk selamanya (permanen).
- Bila pasien baru yang datang ke UGD langsung meninggal dunia sebelum di rawat inap, wajib disiapkan surat kematian dengan penyebabnya dan datanya cukup diberikan nomor identitas UGD sementara.
- Sebaliknya, bila pasien baru yang datang ke UGD langsung meninggal dunia setelah di rawat inap, selain disiapkan surat kematian dengan penyebabnya, prosedur selanjutnya adalah seperti penanganan pasien rawat inap.
- Bisa saja suatu sarana pelayanan kesehatan (RS) membuat nomor rekam medis (rekam kesehatan) permanen dengan kepala bernomor khusus untuk gawat darurat.
- Namun hendaknya pasien yang diberikan nomor tersebut memang layak untuk menjadi pasien RS tersebut, (misalnya tidak ada pasien dewasa pria dirawat di rumah bersalin).

d. Rawat bencana

- Perbedaan utama antara pasien biasa dan gawat darurat dengan bencana terletak pada kejadian 'bencana' itu selbihnya, penanganan pasien kasus bencana adalah murni kegawat daruratan yang bersifat *life saving* atau segera wajib dilakukan pertolongan dan atau tindakan medis demi menyelamatkan nyawa pasien. Dengan demikian pasien korban bencana senantiasa dikategorikan sebagai bagian dari pelayanan gawat darurat dan termasuk dalam pelayanan rawat jalan (*out patient services*).
- Yang dikategorikan sebagai kasus bencana adalah kejadian yang diakibatkan oleh kondisi yang tidak lazim.
- Misalnya bencana akibat alam (seperti banjir, tsunami, kebakaran hutan, badai angin, halilintar, gempa bumi, tanah longsor); gejala politik (huru hara demonstrasi, serangan teroris, perang, lemparan bom); akibat kelalaian manusia (arus pendek listrik, kebakaran lingkungan); penyebaran penyakit (epidemi, pandemi), akibat unsur teknis (kecelakaan lalu lintas darat, laut, udara) dan lainnya.
- Ciri khas bencana adalah sama yakni peristiwa datang secara tidak terduga dikala orang tidak siap. Hal yang pasti, dalam sekejap jumlah korban yang membutuhkan berbagai pertolongan pada sarana pelayanan kesehatan meningkat dengan amat tajam.
- Untuk menampung korban yang amat banyak, sering didirikan tempat pos kesehatan darurat dengan relawannya.
- Dalam kejadian bencana, ada pasien korban bencana yang hanya memerlukan pelayanan rawat jalan atau rawat inap bila kondisinya serius.
- Selain itu ada banyak korban yang meninggal di tempat kejadian atau dalam perjalanan ke rumah sakit.
- Bahkan, ada pasien yang memutuskan pulang paksa dengan berbagai alasan.

- Dalam menangani berbagai kejadian itu praktisi MIK berkewajiban untuk memperoleh berbagai informasi darurat dalam keadaan bencana dengan semaksimal mungkin.
- Pada dasarnya isi rekam kesehatan korban bencana relatif sama dengan informasi bagi pasien gawat darurat di RS.
- Bila pasien korban bencana yang telah diperiksa tenaga kesehatan harus dirawat inap maka Petugas TPP segera menyiapkan lembar ringkasan masuk dan keluar dan selanjutnya pasien menjadi pasien rawat inap.
- Bila informasi dilakukan melalui sarana teknologi Rekam Medis, prinsip dasar data tetap sama hanya media penulisannya yang berbeda yaitu melalui komputerisasi.
- Dewasa ini Penanganan Rekam Medis dapat digabungkan dengan berbagai fasilitas elektronis lainnya seperti Personal Digital Assistance (PDA) ataupun alat digital lainnya sesuai perkembangan teknologi.

Data kasus bencana memiliki informasi tambahan yang setidaknya menerangkan:

- Nama (bila ada identitas penunjuk seperti KTP melalui keluarga/kawan, pasien dapat berbicara sendiri).
- Lokasi wilayah pengambilan korban dan waktu kejadian bencana.
- Kondisi korban saat tiba dan waktu tiba di sarana pelayanan kesehatan.
- Mencatat nomor pasien korban bencana yang diberikan dari tempat bencana (*triage tag number*) dan menghubungkannya dengan nomor rekam medis (rekam kesehatan) atau identitas lainnya, baik yang lama atau yang baru diperoleh dari tempat penerimaan pasien (TPP) gawatdarurat sarana pelayanan kesehatan.
- Sebagai tambahan, disarankan agar dilengkapi dengan rekam medis gigi (*dental chart*) yang sesuai dengan standar internasional. Informasi pasien akibat korban bencana tersebut harus segera menjadi basis data (*data base*) RS dan dapat dicatat berdasarkan dua pilihan yaitu:

- Meneruskan data ke buku register UGD dengan kode "B". Dengan memasukkan nama pasien bencana dalam buku register UGD RS berarti pasien bencana tidak perlu dibuatkan buku register baru.
- Berarti petugas TPP UGD cukup menyambung data bencana ke buku register UGD. Cantumkan nama-nama pasien korban bencana yang berdatangan namun khusus untuk korban bencana beri kode 'B'. Artinya, pemilik nama adalah pasien dengan kasus bencana.
- Bila dari tempat bencana pasien telah mendapat nomor darurat (*triage tag number*) dari relawan pembantu bencana maka nomor itu wajib dicatat saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan dan selanjutnya nomor itu dihubungkan dengan nomor rekam medis (kesehatan) dan identitas lainnya..
- Bukti Penomoran darurat (*triage tag number*) harus disimpan dan menjadi bagian dari rekam medis pada sarana pelayanan kesehatan yang dikunjungi pasien.
- Menggunakan stok buku register UGD yang tersedia (standar) khusus untuk bencana.

e. Ringkasan Pulang (*discharge summary* atau *resume* medis)

- Harus dibuat oleh dokter atau dokter gigi yang melakukan perawatan pasien.
- Isi ringkasan pulang sekurang- kurangnya memuat:
  1. Identitas pasien;
  2. Diagnosis masuk dan indikasi pasien dirawat;
  3. Ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnosis akhir, pengobatan dan tindak lanjut; dan Nama dan tanda tangan dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan kesehatan.

## **Rangkuman**

Tujuan dan fungsi rekam medis pasien untuk dokter praktek sama dengan tujuan dan fungsi rekam medis pada rumah sakit. Umumnya tidak ada format panduan khusus yang mengatur komponen- komponen apa saja yang harus ada dalam rekam medis pada praktek dokter. Tetapi Sebagai acuan, rekam medis harus berisi informasi mengenai terapi yang diberikan kepada pasien dimanapun selain di rumah sakit dengan detail dan lengkap. Instruksi-instruksi yang diberikan kepada pasien melalui telepon juga harus direkam, Dokter juga harus mencatat setiap telepon yang diterima. Pencatatan korespondensi melalui telepon harus dipisahkan dari rekam medis pasien.

Informasi dasar dalam rekam kesehatan rawat jalan di sarana pelayanan kesehatan (rumah sakit) setidaknya meliputi :

- Identitas demografi pasien;
- Daftar masalah (problem list) yang meringkas seluruh masalah medis dan pembedahan yang dalam jangka panjang berdampak klinis secara bermakna;
- Daftar medikasi memuat informasi jenis medikasi yang sedang dijalani pasien;
- Informasi tentang kondisi pasien sekarang dan lampau;
- Perintah dokter yang mencatat instruksi dokter terhadap pihak lain yang sama-sama merawat pasien;
- Riwayat medis tentang temuan tenaga kesehatan atas status kesehatan pasien;
- Laporan pemeriksaan fisik berisi hasil temuan tenaga kesehatan saat melakukan pemeriksaan terhadap pasien;

Isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat:

- identitas pasien;
- tanggal dan waktu;
- hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
- hasil pemerisaan fisik dan penunjang medik;
- diagnosis:

- rencana penatalaksanaan;
- pengobatan dan/atau tindakan;
- persetujuan tindakan bila diperlukan;
- catatan observasi klinis dan hasil pengobatan;
- ringkasan pulang (*discharge summary*);
- nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
- pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu; dan
- untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.

Isi rekam medis (atau rekam kesehatan) gawat darurat, terdiri dari berbagai informasi yang setidaknya meliputi unsur data sebagai berikut :

- Informasi demografi pasien (ringkasan riwayat klinik) termasuk identitas pasien (nama sendiri dan nama ayah/suami/marga).
- Kondisi saat pasien tiba di rumah sakit.
- Saat tiba di rumah sakit menggunakan sarana transportasi apa (misalnya ambulans, kendaraan pribadi, becak, ojek, taxi, kendaraan polisi dan lainnya).
- Nama orang atau pihak tertentu (seperti kantor, sekolah, fakultas dan lainnya) yang membawa pasien ke unit gawat darurat (UGD).
- Riwayat yang berhubungan, termasuk keluhan utama dan munculnya injuri atau penyakit.
- Temuan fisik yang bermakna.
- Hasil laboratorium, radiologi dan EKG Pelayanan yang diberikan.
- Ringkasan sebelum meninggalkan pelayanan UGD (terminasi pelayanan)
- Disposisi pasien, termasuk pulang ke rumah, dirujuk atau diteruskan ke rawat inap.
- Kondisi pasien saat pulang atau dirujuk"
- Diagnosis saat meninggalkan UGD.
- Instruksi kepada pasien/wali tentang pelayanan selanjutnya dan tindak lanjut.
- Tanda tangan dan gelar yang memberikan pelayanan kepada pasien.
- Lazimnya informasi dasar gawat darurat (emergensi) dicatat dalam satu lembar rekam kesehatan (pada format kertas). Lembaran lain seperti informasi

laboratorium, radiologi, tes atau uji lain; formulir izin (consent), dan disertakan instruksi tindak lanjut dapat untuk melengkapi data UGD.

- Bila pasien memutuskan untuk meninggalkan UGD sebelum diperiksa tenaga kesehatan atau karena pulang paksa maka kejadian tersebut harus dicatat dalam rekam kesehatan rawat darurat. Rekam kesehatan gawat darurat harus mencatat kondisi pasien yang datang, terlebih dalam keadaan kritis atau yang belum mampu berkomunikasi. Tenaga kesehatan wajib menandatangani formulir tertentu.
- Lembaran gawat darurat (tergantung pada bentuk rekaman UGD yang digunakan), dapat diteruskan kepada pihak selanjutnya yang akan merawat pasien.
- Bila pasien baru datang ke unit gawat darurat namun pulang setelah pemeriksaan maka kepadanya cukup diberikan lembaran pemeriksaan gawat darurat dengan nomor urut UGD (nomor sementara) yang bukan menjadi nomor rekam medis (nomor sementara).

## **Tugas:**

### **1. Tugas Terstruktur**

#### **Petunjuk:**

- Bacalah dan cermati tugas di bawah ini, kemudian kerjakan secara berkelompok
- Dikumpulkan paling lama 1 minggu setelah tugas ini diumumkan.
- Sampaikan hasil tugas secara berurutan kepada dosen dan kelompok lainnya.
- Membagi menjadi 5 kelompok yang terdiri dari 6-7 mahasiswa, yang mana masing-masing kelompok menyusun tugas tentang data-data yang dibutuhkan ruang lingkup, dengan ketentuan pembagian kelompok sebagai berikut :
  - a. Kelompok 1 : Isi rekan medis rawat jalan
  - b. Kelompok 2 : Isi rekan medis rawat inap
  - c. Kelompok 3 : Isi rekan medis rawat darurat
  - d. Kelompok 4 : Isi rekan medis rawat bencana
  - e. Kelompok 5 : Isi ringkasan pulang
- Laporan tugas dituangkan dalam bentuk makalah dengan kertas A4 times new roman font 12 spasi 1,5 rata kiri kanan.

### **2. Kegiatan Mandiri**

**Petunjuk:** Membuat tugas individu dalam bentuk resume kedalam file word times new roman size 12 spasi 1,5 ukuran kertas A4 sertakan nama dan nim.

**Soal:** Carilah literatur dari berbagai sumber ex : google cindekia, google education, e-book, e-library tentang “Ruang Lingkup Rekam Medis”

**TOPIK 2**  
**KETENTUAN REKAM MEDIS**  
*Marta, SST.MIK, M.K.M*

**I. Ketentuan tentang kelengkapan isi rekam medis**

Untuk mendukung sistem informasi rumah sakit yang baik diperlukan pencatatan yang baik dan jelas. kelengkapan menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah alat atau segala sesuatu yang sudah tersedia dengan lengkap (Poerwadarminta, 2007) Rekam Medis merupakan bagian pendukung dari kegiatan system informasi di Rumah sakit, yang didalamnya berisi informasi mengenai pasien, diagnosa dan tindakan yang diberikan kepada pasien selama di rawat.

Faktor-faktor yang mempengaruhi dari kelengkapan pengisian rekam medis diantaranya:

1. Di buat tenaga medis/paramedic dengan berbagai disiplin ilmu.
2. Kesibukan tenaga medis/paramedic dalam pelayanan kadang-kadang lupa untuk melengkapi berkas rekam medis.

**II. SOP Penilaian kelengkapan dan ketepatan isi RM**

1. Petugas menerimaberkas rekam medis dari tempat pelayana
2. Petugas melakukan pemeriksaan kelengkapan dan ketepatan isi dari setiap berkas rekam medis yang di layani pada hari itu
3. Petugas rekam medis mengisi daftar chesclist untuk ketepatan isi rekam medis
4. Petugas mengembalikan berkas rekam medis yang tidak lengkap ketempat pelayanan pasien tersebut
5. Petugas melakukan pencatatan dan pelaporan

6. Petugas rekam medis melaporkan hasil penilain kelengkapan dan ketepatan isi rekam medis kepada tim audit internal untuk ditindaklanjuti

### **III. *Form Checklist* kelengkapan isi RM**

*Form checklist* kelengkapan isi rekam medis, formulir penilaian atau formulir yang digunakan untuk mengisi rekam medis berdasarkan hasil diagnosa, dan rekam medis lainnya. Yang nantinya akan memenuhi kelengkapan isi rekam medis.

### **IV. Evaluasi kelengkapan Isi RM**

Untuk mendukung sistem informasi rumah sakit yang baik diperlukan pencatatan yang baik dan jelas. Kelengkapan menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah alat atau segala sesuatu yang sudah tersedia dengan lengkap (Poerwadarminta, 2007) Rekam Medis merupakan bagian pendukung kegiatan sistem informasi di Rumah Sakit yang didalamnya berisi informasi mengenai pasien, diagnosa, dan tindakan yang diberikan kepada pasien selama di rawat.

Evaluasi kelengkapan isi rekam medis, menilai kinerja petugas kesehatan serta landasan hukum pasien dan rumah sakit. Kelengkapan rekam medis merupakan hal yang sangat penting dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan terutama guna meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit. Makanya, diperlukan adanya evaluasi kelengkapan isi rekam medis.

## **Rangkuman**

Rekam Medis merupakan bagian pendukung dari kegiatan system informasi di Rumah sakit, yang didalamnya berisi informasi mengenai pasien, diagnosa dan tindakan yang diberikan kepada pasien selama di rawat.

Faktor-faktor yang mempengaruhi dari kelengkapan pengisian rekam medis diantaranya:

1. Di buat tenaga medis/*paramedic* dengan berbagai disiplin ilmu.
2. Kesibukan tenaga medis/*paramedic* dalam pelayanan kadang-kadang lupa untuk melengkapi berkas rekam medis.

SOP Penilaian kelengkapan dan ketepatan isi RM

1. Petugas menerimaberkas rekam medis dari tempat pelayana
2. Petugas melakukan pemeriksaan kelengkapan dan ketepatan isi dari setiap berkas rekam medis yang di layani pada hari itu
3. Petugas rekam medis mengisi daftar chesklis untuk ketepatan isi rekam medis
4. Petugas mengembalikan berkas rekam medis yang tidak lengkap ketempat pelayanan pasien tersebut
5. Petugas melakukan pencatatan dan pelaporan
6. Petugas rekam medis melaporkan hasil penilain kelengkapan dan ketepatan isi rekam medis kepada tim audit internal untuk ditindaklanjuti

**Tugas:**

**1. Tugas Terstruktur**

**Petunjuk:**

- Bacalah dan cermati tugas di bawah ini, kemudian kerjakan secara berkelompok
- Dikumpulkan paling lama 1 minggu setelah tugas ini diumumkan.
- Sampaikan hasil tugas secara berurutan kepada dosen dan kelompok lainnya.
- Membagi menjadi 5 kelompok yang terdiri dari 6-7 mahasiswa, yang mana masing-masing kelompok menyusun tugas tentang ketentuan rekam medis yang dibutuhkan, dengan ketentuan pembagian kelompok sebagai berikut :
  - a. Kelompok 1 : Ketentuan tentang kelengkapan isi RM
  - b. Kelompok 2 : SOP Penilaian kelengkapan dan ketepatan isi RM
  - c. Kelompok 3 : Form Checklist kelengkapan isi RM
  - d. Kelompok 4 : Evaluasi kelengkapan isi RM
- Laporan tugas dituangkan dalam bentuk makalah dengan kertas A4 times new roman font 12 spasi 1,5 rata kiri kanan.
- Bentuk laporan tugas disusun dengan mengikuti format sebagai berikut :

**SAMPUL DEPAN (COVER)**

**DAFTAR ISI**

**BAB I**

SKENARIO/TEMA : JUDUL TUGAS DISKUSI

PENDAHULUAN

3. Latar Belakang

4. Tujuan

**BAB II**

TINJAUAN PUSTAKA

**BAB III**

PROBLEM/ANALISIS MASALAH

**BAB IV**

PEMBAHASAN

**BAB V**

KESIMPULAN DAN PENUTUP

DAFTAR PUSTAKA

**2. Kegiatan Mandiri**

**Petunjuk:** Membuat tugas individu dalam bentuk resume kedalam file word times new roman size 12 spasi 1,5 ukuran kertas A4 sertakan nama dan nim.

**Soal:** Carilah literatur dari berbagai sumber ex : google cindekia, google education, e-book, e-library tentang “Ketentuan rekam medis”

**BAB V**  
**PENYAJIAN DAN INTERPRETASI HASIL ANALISIS RM**

*Marta, SST.MIK, M.K.M*

**PENDAHULUAN**

**A. Pengantar Pendahuluan**

Untuk melakukan analisis tersebut, perekam medis dipercaya untuk melakukan analisa baik kuantitatif, maupun kualitatif, maupun statistik serta memberitahu kepada petugas yang mengisi rekam medis apabila ada kekurangan atau inkonsistensi yang mengakibatkan rekam menjadi tidak lengkap atau tidak akurat, kemudian membuat laporan ketidak lengkapan sehingga dapat ditindak lanjuti untuk diatasi agar rekam medis menjadi lengkap.

**B. Deskripsi Materi**

Bab V ini disusun sedemikian rupa untuk membantu mahasiswa D-III Perekam dan Informasi Kesehatan semester II dalam memahami materi kuliah Manajemen Rekam Medis Dan Infokes dengan beban 2 sks teori, dan 1 sks praktik (praktik akan dibahas khusus di dalam modul praktikum).Sebagai bab awal di dalam modul ini, bab V menguraikan pokok bahasan atau topik yang saling berkaitan satu sama lain yaitu : Sistem Perakitan Formulir Rekam Medis, Sistem Pengendalian Ketidاكلengkapan Isi data data RM,Peraturan dan kebijakan analisis/ audit isi RM, Jenis Analisis Pendokumentasian Rekam Medis, Analisis Kuantitatif, Pengontrolan Rekam Medis yang tidak lengkap, Penanganan Pencatatan yang tidak dapat dilengkapi, Penyajian Data

**C. Kemampuan/tujuan akhir yang diharapkan**

Pembelajaran pada bab ini membantu mahasiswa untuk mencapai kemampuan akhir yaitu mampumenginterpretasikan Penyajian dan interpretasi hasil analisis RM (C2). Baiklah, Pembelajaran kedua pada manajemen rekam medis dan infokes baru saja akan dimulai. Berikut beberapa tips bagi mahasiswa agar dapat memahaminya antara lain:

1. Awali proses belajar dengan berdo'a dan tanamkan tekad/motivasi untuk mengetahui segala hal terkait penyajian dan interpretasi hasil analisis RM
2. Baca dan pahami setiap materi, serta cari kata kunci atau catatan penting dari materi. Bila perlu buat resume berisi catatan penting tersebut.
3. Setelah dipahami, usahakan menghafal beberapa kosakata atau rumus penting terkait materi
4. Kerjakan latihan soal terutama soal kasus agar lebih meningkatkan kemampuan berpikir kritis dalam memahami mengklasifikasikan konsep *flowchart*
5. Bila ada yang tidak dipahami, segera tanyakan pada dosen pengampu mata kuliah di setiap topik
6. Akhiri proses belajar dengan berdo'a dan **Semoga Sukses!!**

#### **D. Uraian Materi**

- I. Sistem Perakitan Formulir Rekam Medis
- II. Sistem Pengendalian Ketidaklengkapan Isi data data RM
- III. Peraturan dan kebijakan analisis/ audit isi RM
- IV. Jenis Analisis Pendokumentasian Rekam Medis
- V. Analisis Kuantitatif
- VI. Pengontrolan Rekam Medis yang tidak lengkap
- VII. Penanganan Pencatatan yang tidak dapat dilengkapi
- VIII. Penyajian Data

## **I. Sistem Perakitan Formulir Rekam Medis**

Perakitan formulir rekam medis yaitu suatu kegiatan merakit kembali formulir – formulir dalam folder DRM sedemikian rupa sehingga bila dibaca dari halaman depan ke belakang runtut sesuai dengan riwayat penyakit pasien. Kegiatan ini dilakukan oleh petugas assembling sebelum disimpan oleh petugas filing.

## **II. Sistem Pengendalian Ketidakeengkapan Isi data data RM**

Sistem Pengendalian ketidak-lengkapan isi data rekam medis.

Pencatatan hasil pelayanan ke dalam formulir rekam medis seringkali tidak lengkap, padahal salah satu syarat untuk disimpan DRM harus sudah terisi dengan lengkap. Oleh karena itu diperlukan sistem pengendalian ketidak lengkapan isi rekam medis.

Sistem pengendalian ketidak lengkapan isi rekam medis yaitu suatu sistem yang bertujuan mengendalikan DRM yang dikembalikan ke unit pencatat data rekam medis untuk dilengkapi isi datanya per lembar formulir sehingga dapat diketahui dimana DRM tersebut berada dan kapan diserahkan serta kapan di kembalikan ke assembling lagi.

Dengan demikian, maka apabila ternyata DRM yang sedang dilengkapi tersebut dibutuhkan untuk pelayanan segera dapat diambil terlebih dahulu untuk pelayanan.

Pengendalian tersebut diawali dengan kegiatan penelitian isi data rekam medis pada setiap lembar formulir rekam medis yang telah diserahkan ke unit rekam medis. Kegiatan tersebut dilakukan oleh petugas assembling. DRM yang isinya tak lengkap dipisahkan dengan DRM yang telah lengkap. Ketidak lengkapan isi tersebut dicatat pada

(a) Kartu Kendali dan

(b) Kertas kecil.

Setelah pencatatan data yang tidak lengkap, kartu kendali (KK) disimpan di fungsi assembling sedang kertas kecil ditempelkan pada halaman depan folder DRM.

Penempelan kertas kecil tersebut dimaksudkan untuk memudahkan petugas yang

bertanggung jawab segera dapat menemukan ketidak lengkapan data rsm dalam folder DRM. Folder DRM tersebut diserahkan ke unit pencatat data untuk dilengkapi dengan menggunakan buku ekspedisi (serah-terima dokumen). Kartu kendali disimpan berdasarkan tanggal diserahkannya DRM tak lengkap. Batas waktu melengkapi isi rekam medis yaitu selambat-lambatnya 2 x 24 jam sejak DRM diserahkan ke unit pencatat data oleh petugas assembling. Bila batas waktu dilampaui DRM akan diserahkan ke bagian filing untuk disimpan tersendiri. Oleh bagian filing akan diulangi lagi tata-cara tersebut dengan batas waktu 14 x 24 jam setelah waktu penyerahan DRM tak lengkap. Selebihnya waktu tersebut dapat dikatakan DRM yang “bandel”. Oleh karena itu di bagian filing dapat membuat laporan tingkat kebandelan DRM (deliquent medical record(DMR) dan bagian assembling dapat membuat laporan incomplete medical records (IMR) (baca pembahasan tentang analisis kuantitatif dan kualitatif).

### **III. Peraturan dan kebijakan analisis/ audit isi RM**

Peraturan dan Kebijakan yang dibutuhkan untuk melakukan analisis tersebut adalah :

1. Permenkes No.749a/Menkes/Per/XII/1989 tentang Rekam Medis
2. Petunjuk Teknis Pelaksanaan Rekam Medis di Rumah Sakit dari Dirjen Yanmed Tahun 1997
3. SE. No. HK. 00.06.1.5.01160 Tahun 1995 tentang petunjuk teknis pelaksanaan pengadaan formulir Rekam Medis Dasar dan Pemusnahan Arsip Rekam Medis di RS
4. Peraturan RS tentang analisis Rekam Medis, Form. Rekam Medis dan susunan berkas Rekam Medis, Prosedur Kerja /Protap

### **IV. Jenis Analisis Pendokumentasian Rekam Medis**

#### **1. Analisis Kuantitatif**

Telaah/review bagian tertentu dari isi rekam medis dengan maksud menemukan kekurangan khusus yang berkaitan dengan pencatatan rekam medis

## **2. Analisis Kualitatif**

Suatu review pengisian rekam medis yang berkaitan tentang kekonsistenan dan isinya merupakan bukti rekam medis tersebut akurat dan lengkap

## **V. Analisis Kuantitatif**

Analisis kuantitatif adalah telaah/review bagian tertentu dari isi rekam medis dengan maksud menemukan kekurangan khusus yang berkaitan dengan pencatatan rekam medis

Jadi, analisis kuantitatif menurut penulis dapat disebut juga sebagai analisis ketidaklengkapan baik dari segi formulir yang harus ada maupin dari segi kelengkapan pengisian semua item pertanyaan yang ada pada formulir sesuai dengan pelayanan yang diberikan pada pasien.

## **VI. Pengontrolan Rekam Medis yang tidak lengkap**

Hasil dari analisa kuantitatif dan kualitatif secara garis besar adalah :

1. Identifikasi kekurangan yg spesifik
2. Pola /gambaran dari pencatatan yg jelek
3. Kejadian yg dapat mengakibatkan ganti rugi

Pengontrolan Rekam Medis yg tidak lengkap dapat dengan cara :

1. Statistik Ketidak lengkapan
2. Pencatatan kekurangan dari Rekam Medis
3. Penyimpanan Rekam Medis yg tidak lengkap
4. *Final Chart Check*

## **VII. Penanganan Pencatatan yang tidak dapat dilengkapi**

Untuk penanganan rekam medis yang tidak dapat dilengkapi agar tidak terulang lagi atau mendorong para petugas yang mengisi rekam medis dapat mengisi dengan lengkap dan benar, maka dapat dilakukan beberapa upaya, dimana upaya tersebut tergantung pada situasi, karena setiap situasi mempunyai solusi yang berbeda, diantaranya yaitu :

1. Jika pada An Kualitatif dan kuantitatif ternyata ada pendokumentasian yang tak dapat dilengkapi atau dikoreksi sesuai yg dilaksanakan, petuga RM harus menyampaikan ke bag hukum staf medis/Komite Medis/Manajer administrasi RS, dan kode etik Profesi RM
2. Mengulang desain formulir. Contoh ; Jika pada Analisis Kualitatif dinyatakan bahwa form pemeriksaan bayi baru lahir ada yang tidak diisi, mungkin lebih tepat disarankan pada komite rekam medis untuk mengevaluasi form tersebut, apakah item pertanyaan tersebut tidak diperlukan atau memang tidak lengkap, apabila tidak perlu maka form tersebut dapat direvisi
3. Petugas kesehatan dapat dihubungi langsung mengenai pencatatannya yang jelek, contoh :
 

Pada analisis kualitatif didapat seorang dokter menulis menggunakan pulpen tinta cair yang mengotori kertas dan tembus ke bagian belakang, sehingga tidak dapat digunakan sisi belakangnya maka dengan melihat catatan tersebut dokter tersebut dapat diingatkan untuk tidak menggunakan pulpen tersebut.

  1. Informasi secara umum mengenai pencatatan yg jelek dapat diberitakan di majalah RS . Mading atau pada rapat intern
  2. Kliping mengenai kasus malpraktek akibat pencatatan yang jelek dimasukan dalam bulletin
  3. Harus ada dicatat/ diberi peringatan jika ada hal kajadian yg berpotensi RS membayar ganti rugi
  4. Identifikasi awal dan analisis secara cepat dan usaha keras akan mengurangi seminimal mungkin kejadian yg berpotensi RS membayar ganti rugi
  5. Memberikan pelatihan/sosialisasi kemabali tentang rekam medis, formulir yang digunakan dan cara pengisiannya
  6. Memberi sanksi bagi petugas yang mengisi rekam medis dengan tidak lengkap dan tidak benar, seperti ;
    - Teguran
    - Surat peringatan
    - Menunda pemberian honor/insentif

## **VIII. Penyajian Data**

### **A. Pengertian Tabel**

Tabel menurut KBBI ialah daftar yang berisi ikhtisar sejumlah (besar) data informasi, biasanya berupa kata-kata dan bilangan yang tersusun secara sistematis, urut ke bawah dalam lajur dan deret tertentu dengan garis pembatas sehingga dapat dengan mudah disimak. Menurut Somantri (2006:107), tabel (tables) adalah angka yang disusun sedemikian rupa menurut kategori tertentu sehingga memudahkan pembahasan dan analisisnya.

Sedangkan menurut Sudijono (2009) “tabel” tidak lain adalah: alat penyajian data statistik yang berbentuk (dituangkan dalam bentuk) kolom dan lajur. Jadi tabel adalah penyajian data yang tersusun atas baris dan kolom yang memuat kumpulan angka berdasarkan kategori tertentu.

Tabel adalah kumpulan data yang disusun berdasarkan baris dan kolom. Baris dan kolom ini berfungsi untuk menunjukkan data terkait keduanya.

Ciri-ciri penyajian data tabular (tabel):

1. Metode berbentuk baris-kolom
2. Sederhana dan “self explanatory”
3. Menunjukkan frekuensi kejadian dalam kategori berbeda
4. Bagian-bagian tabel: Nomor, Judul, “Stub”, “Box Head”, Body, Total, “Footnote”, (Sumber Data).

Cara pembuatan tabel harus memenuhi kriteria berikut ini:

1. Judul jelas, menjawab apa, kapan dan dimana
2. Baris dan kolom diberi label. Satuan ukuran disajikan. Kolom terpisah dengan garis vertikal.
3. Jumlah pada baris dan atau kolom dicantumkan
4. Kode, singkatan atau lambang dijelaskan secara rinci.

### **Penyajian Data Dalam Bentuk Diagram**

#### **A. Grafik atau Diagram**

1. Pengertian grafik atau diagram

Diagram atau grafik menurut Somantri (2006:107) adalah gambar-gambar yang

menunjukkan data secara visual, didasarkan atas nilai-nilai pengamatan aslinya ataupun dari tabel-tabel yang dibuat sebelumnya. Sudijono (2008:61) menjelaskan grafik adalah alat penyajian statistik yang tertuang dalam bentuk lukisan, baik lukisan garis, lukisan gambar, maupun lambang. Menurut Riduwan (2003:83) diagram adalah gambaran untuk memperlihatkan atau menerangkan sesuatu data yang akan disajikan.

Jadi, grafik atau diagram adalah gambar-gambar yang menunjukkan data secara visual, didasarkan atas nilai-nilai pengamatan atau dari tabel-tabel yang telah dibuat sebelumnya.

## **Rangkuman**

Perakitan formulir rekam medis yaitu suatu kegiatan merakit kembali formulir – formulir dalam folder DRM sedemikian rupa sehingga bila dibaca dari halaman depan ke belakang runtut sesuai dengan riwayat penyakit pasien. Kegiatan ini dilakukan oleh petugas assembling sebelum disimpan oleh petugas filing.

Jenis Analisis Pendokumentasian Rekam Medis yaitu :

- Analisis Kuantitatif  
Telaah/review bagian tertentu dari isi rekam medis dengan maksud menemukan kekurangan khusus yang berkaitan dengan pencatatan rekam medis.
- Analisis Kualitatif  
Suatu review pengisian rekam medis yang berkaitan tentang kekonsistenan dan isinya merupakan bukti rekam medis tersebut akurat dan lengkap.

Ciri-ciri penyajian data tabular (tabel):

1. Metode berbentuk baris-kolom
2. Sederhana dan “self explanatory”
3. Menunjukkan frekuensi kejadian dalam kategori berbeda
4. Bagian-bagian tabel: Nomor, Judul, “Stub”, “Box Head”, Body, Total, “Footnote”, (Sumber Data).

**Tugas:**

**1. Tugas Terstruktur**

**Petunjuk:**

- Bacalah dan cermati tugas di bawah ini, kemudian kerjakan secara sendiri-sendiri
- Dikumpulkan paling lama 1 minggu setelah tugas ini diumumkan.
- Sampaikan hasil tugas secara berurutan kepada dosen dan mahasiswa/i lainnya.
- Masing-masing mahasiswa menyelesaikan satu set soal kasus tentang Pendokumentasian rekam medis
- Laporan tugas dituangkan dalam bentuk makalah dengan kertas A4 times new roman font 12 spasi 1,5 rata kiri kanan.

**2. Kegiatan Mandiri**

**Petunjuk:** Membuat tugas individu dalam bentuk resume kedalam file word times new roman size 12 spasi 1,5 ukuran kertas A4 sertakan nama dan nim.

- **Soal:** Carilah literatur dari berbagai sumber ex : google cindekia, google education, e-book, e-library tentang “Pendokumentasian rekam medis”.

## **DAFTAR PUSTAKA**

[https://dinus.ac.id/repository/docs/ajar/modul\\_mik1.pdf](https://dinus.ac.id/repository/docs/ajar/modul_mik1.pdf)

<https://aepnurulhidayat.wordpress.com/2014/07/01/analisis-rekam-medis-2/>

## **BAB VI**

### **ATURAN DAN TATA CARA PENGODEAN RM**

*Marta, SST.MIK, M.K.M*

#### **PENDAHULUAN**

##### **A. Pengantar Pendahuluan**

Koding merupakan translasi dari suatu diagnosis, prosedur, jasa maupun pelayanan ke dalam kode alfanumerik dan atau numerik untuk tujuan pelaporan statistik dan reimbursement.. Kode yang dipilih harus menggambarkan perjalanan dan pelayanan terhadap pasien selama episode rawat.

Menurut Judy A. Bielby koding adalah suatu kegiatan yang kompleks, melibatkan pengetahuan tentang anatomi, patofisiologi, standar dokumentasi, kebijakan dll. Sehingga seorang koder harus teliti dalam menelaah semua fakta dalam dokumen rekam medis untuk dapat mengkode secara etis. Dalam Sub Bab terdahulu telah dijelaskan bahwa prosedur koding terdiri dari analisis lembar-lembar dokumen rekam medis dan penentuan atau pengalokasian kode.

Dalam buku ICD-10 dijelaskan langkah-langkah dalam koding yaitu :

- a. Identifikasi tipe pernyataan yang akan di-kode, kemudian carilah dalam buku Volume 3 pada bagian yang sesuai. (Bilamana pernyataan tersebut merupakan suatu penyakit, cedera atau kondisi lain yang terklasifikasi dalam Bab I-XIX atau XXI, carilah dalam bagian I. Bilamana pernyataan tersebut merupakan sebab luar dari suatu cedera atau peristiwa lain yang terklasifikasi dalam Bab XX, carilah dalam bagian II).
- b. Temukan “lead-term”-nya. Untuk penyakit dan cedera biasanya merupakan ‘kata benda’ yang mengacu pada kondisi patologis. Namun demikian beberapa kondisi yang dinyatakan dalam bentuk adjective maupun eponym juga tercantum dalam indeks sebagai “lead-term”.
- c. Bacalah semua catatan yang tercantum dibawah “lead-term”.
- d. Bacalah semua terminologi yang ada dalam kurung dibelakang “lead-term”. (Modifier ini biasanya tidak akan merubah nomor kode), dan juga semua terminologi yang tercantum di bawah “lead-term” (yang biasanya dapat

merubah nomor kodenya) sampai seluruh kata dalam pernyataan diagnostik telah selesai diikuti.

- e. Ikuti dengan hati - hati semua “cross-references” ( kata “see” dan “see also” ) yang termuat dalam indeks.
- f. Rujuk daftar tabulasi dalam Volume I untuk verifikasi kecocokan nomor kode terpilih. Perlu diingat bahwa kode 3-karakter dalam indeks yang diikuti tanda “dash” pada posisi karakter ke-4 menunjukkan bahwa masih ada karakter ke-4 yang perlu dicari dalam volume 1. Subdivisi lebih lanjut pada posisi karakter tambahan tidak di-indeks, sehingga bila akan digunakan harus dicari dalam volume 1.
- g. Berpedomanlah pada “inclusion” atau “exclusion terms” yang ada di bawah kode terpilih, atau dibawah judul bab, blok atau kategori.
- h. Tentukan kode yang sesuai.

## **B. Deskripsi Materi**

Bab VI ini disusun sedemikian rupa untuk membantu mahasiswa D-III Perekam dan Informasi Kesehatan semester II dalam memahami materi kuliah Manajemen Rekam Medis Dan Infokes dengan beban 2 sks teori, dan 1 sks praktik (praktik akan dibahas khusus di dalam modul praktikum). Sebagai bab awal di dalam modul ini, bab VI menguraikan pokok bahasa atau topik yang saling berkaitan satu sama lain yaitu : Sejarah *ICD*, Fungsi Dan Penggunaan *ICD*, Jenis-jenis *ICD*, Langkah-langkah untuk menentukan kode.

## **C. Kemampuan/tujuan akhir yang diharapkan**

Pembelajaran pada bab ini membantu mahasiswa untuk mencapai kemampuan akhir yaitu mampu menguraikan Aturan dan tata cara pengodean RM (C2). Baiklah, Pembelajaran keenampada manajemen rekam medis dan infokes baru saja akan dimulai. Berikut beberapa tips bagi mahasiswa agar dapat memahaminya antara lain:

1. Awali proses belajar dengan berdo'a dan tanamkan tekad/motivasi untuk mengetahui segala hal terkait Aturan dan tata cara pengodean RM

2. Baca dan pahami setiap materi, serta cari kata kunci atau catatan penting dari materi. Bila perlu buat resume berisi catatan penting tersebut.
3. Setelah dipahami, usahakan menghafal beberapa kosakata atau rumus penting terkait materi
4. Kerjakan latihan soal terutama soal kasus agar lebih meningkatkan kemampuan berpikir kritis dalam memahami menguraiakan Aturan dan tata cara pengodean RM
5. Bila ada yang tidak dipahami, segera tanyakan pada dosen pengampu mata kuliah di setiap topik
6. Akhiri proses belajar dengan berdo'a dan **Semoga Sukses!!**

#### **D. Uraian Materi**

- I. Sejarah *ICD*
- II. Fungsi Dan Penggunaan *ICD*
- III. Jenis- Jenis *ICD*
- IV. Langkah- Langkah Untuk Menentukan Kode

## **I. Sejarah ICD**

*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* atau *International Classification of Diseases (ICD)* adalah alat diagnostik standar internasional untuk *epidemiologi*, manajemen kesehatan, dan tujuan klinis. ICD dikelola oleh *World Health Organization (WHO)*, badan pengarah dan koordinasi untuk kesehatan di dalam Sistem Perserikatan Bangsa-Bangsa. ICD dirancang sebagai sistem klasifikasi perawatan kesehatan, menyediakan sistem kode diagnostik untuk mengklasifikasikan penyakit, termasuk klasifikasi mengenai berbagai tanda, gejala, temuan abnormal, keluhan, keadaan sosial dan penyebab luar cedera atau penyakit.

## **II. Fungsi Dan Penggunaan ICD**

- a. Menurut Hatta (2013:134), fungsi ICD sebagai sistem klasifikasi penyakit dan masalah terkait kesehatan digunakan untuk kepentingan informasi statistic morbiditas dan mortalitas.

Penerapan Pengodean Sistem ICD digunakan untuk :

- b. Mengindeks pencatatan penyakit dan tindakan di sarana pelayanan kesehatan
- c. Masukan bagi sistem pelaporan diagnosis medis
- d. Memudahkan proses penyimpanan dan pengambilan data terkait diagnosis karakteristik pasien dan penyedia layanan
- e. Pelaporan nasional dan internasional morbiditas dan mortalitas
- f. Tabulasi data pelayanan kesehatan bagi proses evaluasi perencanaan pelayanan medis
- g. Menentukan bentuk pelayanan yang harus direncanakan dan dikembangkan sesuai kebutuhan zaman
- h. Analisis pembiayaan pelayanan kesehatan
- i. Untuk penelitian epidemiologi dan klinis

## **III. Jenis- Jenis ICD**

Struktur ICD 10 menurut Hatta (2013:135), bahwa ICD 10 terdiri atas 3 Volume :

- a) Volume I

- 1) Pengantar
  - 2) Pernyataan
  - 3) Pusat-pusat kolaborasi WHO untuk klasifikasi penyakit
  - 4) Laporan konferensi Internasional yang menyetujui revisi *ICD 10*
  - 5) Daftar katagori 3 karakter
  - 6) Daftar tabulasi penyakit dan daftar kategori termasuk subkatagori empat karakter
  - 7) Daftar morfologi neoplasma
  - 8) Daftar tabulasi khusus morbiditas dan mortalitas
  - 9) Definisi-definisi
  - 10) Regulasi-regulasi nomenklatur
- b) Volume 2 adalah buku petunjuk penggunaan, berisi :
- 1) Pengantar
  - 2) Penjelasan *tentang International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*
  - 3) Cara penggunaan *ICD 10*
  - 4) Aturan dan petunjuk pengodean mortalitas dan morbiditas
  - 5) Presentasi statistic
  - 6) Riwayat perkembangan *ICD*
- c) Volume 3
- 1) Pengantar
  - 2) Susunan indeks secara umum
  - 3) Seksi I : Indeks abjad penyakit, bentuk cedera
  - 4) Seksi II : Penyebab luar cedera
  - 5) Seksi III : Tabel obat dan zat kimia
  - 6) Perbaikan terhadap volume I

#### **IV. Langkah- Langkah Untuk Menentukan Kode**

1. Tentukan tipe pernyataan yang akan dikode apakah istilah penyakit atau cedera atau kondisi lain yang terdapat pada Bab I-XIX dan XXI (Vol. 1), gunakan ia sebagai "*lead term*" untuk dimanfaatkan sebagai panduan

menelusuri istilah yang dicari pada seksi I indeks (Vol. 3). Bila pernyataannya penyebab luar (*external cause*) dari cedera (bukan nama penyakit) yang ada di Bab XX (Vol. 1), lihat dan cari kodenya pada seksi II di indeks (Vol. 3).

2. Tentukan “*lead term*” (kata panduan) untuk penyakit dan cedera, beberapa kondisi ada yang diekspresikan sebagai kata sifat atau *eponim* (menggunakan kata penemu) yang tercantum di dalam indeks sebagai “*lead term*”.
3. Baca dengan seksama dan ikuti petunjuk catatan yang muncul di bawah istilah yang akan dipilih pada Volume 3.
4. Baca istilah yang terdapat dalam *parentheses* “( )” sesudah *lead term*, tidak akan mempengaruhi kode dan istilah yang ada di bawah *lead term* dengan tanda minus (-) dapat mempengaruhi kode.
5. Ikuti secara hati – hati setiap rujukan silang (*cross references*) dan perintah “*see*” dan “*seealso*” yang terdapat dalam indeks.
6. Lihat daftar tabulasi (Volume 1) untuk mencari nomor kode yang paling tepat.
7. Ikuti pedoman *Inclusion* dan *Exclusion* pada kode yang dipilih atau bagian bawah suatu bab, blok, kategori atau subkategori.
8. Tentukan kode yang anda pilih.

## **Rangkuman**

Koding merupakan translasi dari suatu diagnosis, prosedur, jasa maupun pelayanan ke dalam kode alfanumerik dan atau numerik untuk tujuan pelaporan statistik dan reimbursement.. Kode yang dipilih harus menggambarkan perjalanan dan pelayanan terhadap pasien selama episode rawat.

*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* atau *International Classification of Diseases (ICD)* adalah alat diagnostik standar internasional untuk *epidemiologi*, manajemen kesehatan, dan tujuan klinis. *ICD* dikelola oleh *World Health Organization (WHO)*, badan pengarah dan koordinasi untuk kesehatan di dalam Sistem Perserikatan Bangsa-Bangsa. *ICD* dirancang sebagai sistem klasifikasi perawatan kesehatan, menyediakan sistem kode diagnostik untuk mengklasifikasikan penyakit, termasuk klasifikasi mengenai berbagai tanda, gejala, temuan abnormal, keluhan, keadaan sosial dan penyebab luar cedera atau penyakit.

**Tugas:**

**1. Tugas Terstruktur**

**Petunjuk:**

- Bacalah dan cermati tugas di bawah ini, kemudian kerjakan secara berkelompok
- Dikumpulkan paling lama 1 minggu setelah tugas ini diumumkan.
- Sampaikan hasil tugas secara berurutan kepada dosen dan kelompok lainnya.
- Masing-masing kelompok menyelesaikan satu set kasus dan menganalisis Penggunaan ICD
- Laporan tugas dituangkan dalam bentuk makalah dengan kertas A4 times new roman font 12 spasi 1,5 rata kiri kanan.

**2. Kegiatan Mandiri**

**Petunjuk:** Membuat tugas individu dalam bentuk resume kedalam file word times new roman size 12 spasi 1,5 ukuran kertas A4 sertakan nama dan nim.

- **Soal:** Carilah literatur dari berbagai sumber ex : google cindekia, google education, e-book, e-library tentang “Penggunaan ICD”.

## **BAB VII**

### **JENIS - JENIS INDEKS**

*Marta, SST.MIK, M.K.M*

#### **PENDAHULUAN**

##### **A. Pengantar Pendahuluan**

1. Pengertian umum : Merupakan alat bantu untuk menentukan suatu tempat
2. Pengertian Perpustakaan : Merupakan katalogisasi untuk identifikasi buku, deskripsi isi, judul, masalah, kode atau nomor klasifikasi untuk menyusun katalog dan untuk menyusun buku pada tempatnya
3. Pengertian kearsipan : Petunjuk atau tanda pengenal untuk memudahkan menentukan tempat penyimpanan dan penemuan arsip

##### **B. Deskripsi Materi**

Bab VII ini disusun sedemikian rupa untuk membantu mahasiswa D-III Perekam dan Informasi Kesehatan semester II dalam memahami materi kuliah Manajemen Rekam Medis Dan Infokes dengan beban 2 sks teori, dan 1 sks praktik (praktik akan dibahas khusus di dalam modul praktikum). Sebagai bab awal di dalam modul ini, bab VII menguraikan pokok bahasan atau topik yang saling berkaitan satu sama lain yaitu : Pengolahan data dengan indeks pasien, Indeks utama pasien dan kartu berobat, Indeks penyakit, Indeks tindakan, Indeks kematian, Indeks dokter, Indeks wilayah.

##### **C. Kemampuan/tujuan akhir yang diharapkan**

Pembelajaran pada bab ini membantu mahasiswa untuk mencapai kemampuan akhir yaitu mampu menguraikan jenis – jenis indeks (C2). Baiklah, Pembelajaran ketujuh pada manajemen rekam medis dan infokes baru saja akan dimulai. Berikut beberapa tips bagi mahasiswa agar dapat memahaminya antara lain:

1. Awali proses belajar dengan berdo'a dan tanamkan tekad/motivasi untuk mengetahui segala hal terkait jenis – jenis indeks
2. Baca dan pahami setiap materi, serta cari kata kunci atau catatan penting dari materi. Bila perlu buat resume berisi catatan penting tersebut.

3. Setelah dipahami, usahakan menghafal beberapa kosakata atau rumus penting terkait materi
4. Kerjakan latihan soal terutama soal kasus agar lebih meningkatkan kemampuan berpikir kritis dalam memahami menguraikan jenis - jenis indeks
5. Bila ada yang tidak dipahami, segera tanyakan pada dosen pengampu mata kuliah di setiap topik
6. Akhiri proses belajar dengan berdo'a dan **Semoga Sukses!!**

#### **D. Uraian Materi**

- I. Pengolahan data dengan indeks pasien
- II. Indeks utama pasien dan kartu berobat
- III. Indeks penyakit
- IV. Indeks tindakan
- V. Indeks kematian
- VI. Indeks dokter
- VII. Indeks wilayah

## **I. Pengolahan data dengan indeks pasien**

Pengolahan data dilakukan sesuai dengan uraian tugas dan tanggung jawab bagian Rekam Medis dimana Bagian Rekam Medis berkewajiban untuk membuat laporan-laporan rutin mengenai kegiatan rumah sakit, terutama mengenai pelayanan medis yang akan digunakan oleh jajaran manajemen untuk mengambil keputusan.

## **II. Indeks utama pasien dan kartu berobat**

Indeks utama pasien atau *Master Patient Index* (MPI) yakni suatu indeks yang berisi tentang data pokok mengenai identitas pasien, tujuannya adalah untuk memudahkan dalam pengidentifikasian pasien yang pernah berobat di institusi pelayanan kesehatan. Secara manual indeks utama pasien ini berwujud dalam Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP). Identitas yang berada dalam KIUP tersebut biasanya berisi : nomor rekam medis, nama pasien, tanggal lahir pasien (umur), jenis kelamin, alamat, nama orangtua/wali pasien, alamat orangtua/wali pasien dan tahun terakhir pasien berobat. KIUP sendiri diindeks secara alfabetik berdasarkan nama pasien dengan cara menuliskan 3 huruf pertama dari nama pasien. Selain secara manual, indeks utama pasien juga dapat dilakukan secara komputerisasi, yang biasanya sudah tersambung dengan suatu jaringan sistem komputer yang dirancang menyesuaikan kebutuhan institusi kesehatan.

## **III. Indeks penyakit**

Merupakan indeks tentang jenis penyakit tertentu yang telah ditetapkan diagnosis akhir penyakitnya dan telah dilakukan pengkodean penyakit berdasarkan *ICD – 10*. Secara manual, Indeks penyakit pasien ini juga terwujud dalam bentuk kartu, dengan ketentuan setiap jenis penyakit yang sama menggunakan satu kartu yang sama. Namun dewasa ini telah banyak dilakukan indeks penyakit secara komputerisasi. Fungsi dari indeks penyakit pasien ini, meliputi :

- 1) Memudahkan dalam menelusuri setiap nomor rekam medis dan nama pasien yang memiliki jenis penyakit yang sama yang dikelompokkan berdasarkan

pengkodean penyakit, yang digunakan untuk keperluan tertentu, misal :  
penelitian mahasiswa.

- 2) Untuk menyusun laporan morbiditas
- 3) Dapat digunakan sebagai sumber data statistik rumah sakit
- 4) Dapat digunakan sebagai suatu informasi dalam manajemen institusi pelayanan kesehatan

#### **IV. Indeks tindakan**

Indeks operasi atau indeks tindakan adalah indeks tentang tindakan medis tertentu yang dilakukan oleh tenaga kesehatan (dokter). Penulisan Indeks operasi secara manual dapat dilakukan dalam kartu indek operasi, dengan ketentuan penulisan adalah satu kartu yang sama untuk satu jenis tindakan dan setiap tindakan yang ditulis dalam indeks operasi tersebut harus disertai kode tindakan berdasarkan ICOPIM dan *ICD 9 CM*. Selain secara manual indeks operasi ini juga dapat dilakukan secara komputerisasi yang sistemnya telah dirancang sedemikian ruma mengikuti kebutuhan institusi kesehatan. Adapun fungsi dari indeks operasi, terdiri dari :

- 1) Memudahkan menelusuri setiap nomor rekam medis dan nama pasien yang dilakukan jenis tindakan yang sama yang dikelompokan berdasarkan kode tindakan.
- 2) Untuk menyusun laporan jenis operasi

#### **V. Indeks Kematian**

Indeks tentang sebab kematian penyakit tertentu sebagai hasil pelayanan pasien di institusi pelayanan kesehatan. Ketentuan penulisan dalam indeks kematian secara manual, adalah setiap sebab kematian menggunakan satu kartu yang sama dan harus diserta kode penyakit dari sebab kematian tersebut. Dalam sistem komputerisasi, biasanya pengentrian indeks kematian ini dilakukan pada suatu sistem/aplikasi yang sengaja dibuat untuk memudahkan pekerjaan petugas penginputan.

## **VI. Indeks dokter**

Indeks dokter adalah indeks tentang nama dokter yang melayani pasien di institusi pelayanan kesehatan. Fungsi dari indeks dokter ini adalah untuk mengevaluasi kinerja dokter dan menghitung angka kredit guna promosi dan demosi dokter berdasarkan kinerjanya.

## **VII. Indeks wilayah**

Indeks wilayah adalah tabulasi data yang berisi alamat/wilayah pasien yang pernah berobat ke rumah sakit.

## **Rangkuman**

Indeks utama pasien atau *Master Patient Index* (MPI) yakni suatu indeks yang berisi tentang data pokok mengenai identitas pasien, tujuannya adalah untuk memudahkan dalam pengidentifikasian pasien yang pernah berobat di institusi pelayanan kesehatan. Indeks penyakit merupakan indeks tentang jenis penyakit tertentu yang telah ditetapkan diagnosis akhir penyakitnya dan telah dilakukan pengkodean penyakit berdasarkan *ICD – 10*. Fungsi dari indeks penyakit pasien ini, meliputi :

- 1) Memudahkan dalam menelusuri setiap nomor rekam medis dan nama pasien yang memiliki jenis penyakit yang sama yang dikelompokkan berdasarkan pengkodean penyakit, yang digunakan untuk keperluan tertentu, misal : penelitian mahasiswa.
- 2) Untuk menyusun laporan morbiditas
- 3) Dapat digunakan sebagai sumber data statistik rumah sakit
- 4) Dapat digunakan sebagai suatu informasi dalam manajemen institusi pelayanan kesehatan.

Indeks operasi atau indeks tindakan adalah indeks tentang tindakan medis tertentu yang dilakukan oleh tenaga kesehatan (dokter). Adapun fungsi dari indeks operasi, terdiri dari :

- 1) Memudahkan menelusuri setiap nomor rekam medis dan nama pasien yang dilakukan jenis tindakan yang sama yang dikelompokkan berdasarkan kode tindakan.
- 2) Untuk menyusun laporan jenis operasi

**Tugas:**

**1. Tugas Terstruktur**

**Petunjuk:**

- Bacalah dan cermati tugas di bawah ini, kemudian kerjakan secara individu
- Dikumpulkan paling lama 1 minggu setelah tugas ini diumumkan.
- Sampaikan hasil tugas secara berurutan kepada dosen dan mahasiswa/i lainnya.
- Masing-masing mahasiswa menyelesaikan satu set kasus dan menganalisis jenis-jenis indeks
- Laporan tugas dituangkan dalam bentuk makalah dengan kertas A4 times new roman font 12 spasi 1,5 rata kiri kanan.

**2. Kegiatan Mandiri**

**Petunjuk:** Membuat tugas individu dalam bentuk resume kedalam file word times new roman size 12 spasi 1,5 ukuran kertas A4 sertakan nama dan nim.

- **Soal:** Carilah literatur dari berbagai sumber ex : google cindekia, google education, e-book, e-library tentang “jenis-jenis indeks”.

## DAFTAR PUSTAKA

<http://irsa22.blogspot.com/2016/03/pengelolaan-data-medis-indeks.html?m=1>

<https://aepnurulhidayat.wordpress.com/2016/06/19/sistem-pengolahan-data-dan-laporan-presented-by-aep-nurul-hidayah/>

[http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/11/KKPMT\\_I\\_SC\\_26\\_10\\_2017.pdf](http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/11/KKPMT_I_SC_26_10_2017.pdf)

[https://aepnurulhidayat.wordpress.com/2015/03/02/indeksing-rekam-medis\\_aep-nurul-hidayah-rkm126201\\_rekam-medis-informasi-kesehatan\\_politeknik-tedc-bandung/](https://aepnurulhidayat.wordpress.com/2015/03/02/indeksing-rekam-medis_aep-nurul-hidayah-rkm126201_rekam-medis-informasi-kesehatan_politeknik-tedc-bandung/)

## **BAB VIII**

### **MANAJEMEN KEARSIPAN**

*Marta, SST.MIK, M.K.M*

#### **PENDAHULUAN**

##### **A. Pengantar Pendahuluan**

Manajemen kearsipan memiliki fungsi untuk menjaga keseimbangan arsip dalam menjaga keseimbangan arsip dalam segi penciptaan, pencatatan, lalu lintas dokumen, pendistribusian, penerusan, pemakaian, pemeliharaan, penyimpanan, pemindahan, dan pemusnahan arsip. Pekerjaan atau kegiatan yang berkaitan dengan pengurusan arsip disebut manajemen kearsipan.

##### **B. Deskripsi Materi**

Bab VIII ini disusun sedemikian rupa untuk membantu mahasiswa D-III Perekam dan Informasi Kesehatan semester II dalam memahami materi kuliah Manajemen Rekam Medis Dan Infokes dengan beban 2 sks teori, dan 1 sks praktik (praktik akan dibahas khusus di dalam modul praktikum). Sebagai bab awal di dalam modul ini, bab VIII menguraikan pokok bahasan atau topik yang saling berkaitan satu sama lain yaitu : Peraturan terkait sistem pengarsipan, Jenis pengarsipan, Sistem penyimpanan, Sistem penjajaran

##### **C. Kemampuan/tujuan akhir yang diharapkan**

Pembelajaran pada bab ini membantu mahasiswa untuk mencapai kemampuan akhir yaitu mampu menjelaskan manajemen kearsipan (C2). Baiklah, Pembelajaran kedelapan pada manajemen rekam medis dan infokes baru saja akan dimulai. Berikut beberapa tips bagi mahasiswa agar dapat memahaminya antara lain:

1. Awali proses belajar dengan berdo'a dan tanamkan tekad/motivasi untuk mengetahui segala hal terkait manajemen kearsipan
2. Baca dan pahami setiap materi, serta cari kata kunci atau catatan penting dari materi. Bila perlu buat resume berisi catatan penting tersebut.

3. Setelah dipahami, usahakan menghafal beberapa kosakata atau rumus penting terkait materi
4. Kerjakan latihan soal terutama soal kasus agar lebih meningkatkan kemampuan berpikir kritis dalam memahami menjelaskan manajemen kearsipan
5. Bila ada yang tidak dipahami, segera tanyakan pada dosen pengampu mata kuliah di setiap topik
6. Akhiri proses belajar dengan berdo'a dan **Semoga Sukses!!**

#### **D. Uraian Materi**

- I. Peraturan terkait sistem pengarsipan
- II. Jenis pengarsipan
- III. Sistem penyimpanan
- IV. Sistem penjajaran

## **I. Peraturan Terkait Sistem Pengarsipan**

Bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 46 Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 43 Tahun 2009 tentang KeArsipandan untuk memberikan arah, landasan dan kepastian hukum pelaksanaan Alih Media Arsip, perlu menetapkan Peraturan Arsip Nasional Republik Indonesia tentang Pedoman Pemeliharaan Arsip Dinamis.

## **II. Jenis Pengarsipan**

### 1. Jenis arsip berdasarkan bentuk fisiknya

- Arsip berbentuk lembaran. Contohnya: surat, kuitansi, faktur, dll
- Arsip tidak berbentuk lembaran. Contohnya: disket, flash disk, cd, dvd, dll

### 2. Jenis arsip berdasarkan masalahnya

- *Financial record*, yaitu catatan yang berkaitan dengan masalah keuangan. Misalnya kuitansi, giro, cek.
- *Inventory record*, yaitu catatan yang berhubungan dengan masalah barang inventaris. Contoh catatan tentang jumlah barang, merek, ukuran, harga.
- *Personal record*, yaitu arsip yang berhubungan dengan masalah kepegawaian. Contoh: surat lamaran kerja, curriculum vitae, absensi, dll.
- *Sales Record*, yaitu arsip yang berhubungan dengan masalah penjualan. Contoh: daftar agen distributor, dan daftar penjualan barang.
- *Production record*, yaitu arsip yang berkaitan dengan masalah produksi. Contoh: arsip tentang jenis bahan baku, jenis alat yang digunakan, data produksi barang atau jasa, dll.

### 3. Jenis Arsip Berdasarkan Pemiliknya

- Lembaga Pemerintahan, yaitu meliputi Arsip Nasional di Indonesia (Arsip Nasional Republik Indonesia). Arsip Nasional di setiap ibu kota Daerah Tingkat I (Arsip Nasional Daerah).
- Instansi Pemerintah/swasta, yaitu meliputi arsip primer dan sekunder dan arsip sentral dan arsip unit.

### 4. Jenis Arsip Berdasarkan Sifatnya

- Arsip tidak penting, yaitu arsip yang hanya memiliki kegunaan informasi. Misalnya surat undangan, dan brosur.
- Arsip biasa, yaitu arsip yang semula penting/dibutuhkan, namun dengan seiringnya waktu tidak berguna lagi pada saat informasinya sudah berlalu, Contoh: surat lamaran kerja.
- Arsip penting, yaitu arsip yang mengikat antara masa lalu dan masa yang akan datang, contoh: surat perjanjian atau surat kuasa.
- Arsip sangat penting, yaitu dokumen yang keberadaannya sangat penting dan dijadikan sebagai alat pengingat selama-lamanya (bernilai sejarah/ilmiah). Contoh: naskah proklamasi.
- Arsip rahasia, arsip yang hanya boleh diketahui oleh orang atau kelompok tertentu dalam sebuah organisasi. Contoh: hasil penilaian pegawai.

#### 5. Jenis arsip berdasarkan fungsinya

- Arsip dinamis adalah dokumen yang digunakan secara langsung dalam kegiatan pencipta arsip dan disimpan selama jangka waktu tertentu. Arsip dinamis dibagi lagi menjadi 3 jenis yaitu :
  - Arsip aktif adalah dokumen yang frekuensi penggunaannya tinggi dan/atau arsip yang masih terus-menerus dipergunakan oleh unit pengolahan suatu organisasi. Contohnya : Daftar hadir atau absen karyawan
  - Arsip inaktif adalah dokumen yang frekuensi penggunaannya telah menurun dan pengelolaannya dilakukan oleh unit sentral dalam suatu organisasi. Contohnya : Rapot
  - Arsip vital adalah dokumen yang keberadaannya merupakan persyaratan dasar bagi kelangsungan operasional pencipta arsip, tidak dapat diperbarui, dan tidak tergantikan apabila rusak atau hilang. Contoh : Ijazah dan Sertifikat Tanah dan Bangunan
- Arsip statis yaitu dokumen yang dihasilkan oleh pencipta arsip karena memiliki nilai guna kesejarahan, telah habis retensinya, dan berketerangan dipermanenkan yang telah diverifikasi baik secara langsung maupun tidak langsung oleh Arsip Nasional Republik Indonesia dan/atau lembaga kearsipan. Contohnya : Surat Keputusan.

6. Jenis Arsip Berdasarkan Kekuatan Hukum atau Legalitas dalam Hukum
  - Arsip Autentik, yaitu arsip yang di atasnya terdapat tanda tangan asli dengan tinta sebagai tanda keabsahan dari sisi arsip bersangkutan.
  - Arsip Tidak Autentik, yaitu arsip yang di atasnya tidak ada tanda tangan asli dengan tinta.
7. Jenis Arsip Berdasarkan Tingkat Keasliannya
  - Arsip Asli, adalah dokumen yang awal dari mesin ketik, cetakan printer, tanda tangan basah dan legalisasi asli atau dokumen utama.
  - Arsip Tembusan, adalah dokumen kedua, ketiga dan seterusnya yang dimana proses pembuatannya bersama dokumen asli namun ditunjukkan pada pihak selain penerima dokumen asli.
  - Arsip Salinan, adalah dokumen yang proses pembuatannya tidak bersama dengan dokumen asli namun memiliki kesesuaian dengan dokumen asli.

### **III. Sistem Penyimpanan**

Sistem penyimpanan adalah rangkaian tata cara dan langkah-langkah yang harus dilaksanakan dalam menyimpan warkat-warkat, sehingga bilamana diperlukan lagi warkat-warkat itu dapat ditemukan kembali secara cepat". Tujuan penataan sistem penyimpanan arsip yaitu :

1. Sistem Abjad/*Alphabetical Filling System*
2. Sistem Nomor/*Numerical Filling System*
3. Sistem Tanggal/*Chronological Filling System*
4. Sistem Wilayah/*Geographical Filling System*
5. Sistem Subjek/*Subjectical Filling System*

### **IV. Sistem Penjajaran**

Penjajaran adalah sistem penataan rekam medis dalam suatu sekuens yang khusus agar rujukan dan pengambilan kembali (*retrieve*) menjadi mudah dan cepat.

Dokumen rekam medis yang disimpan kedalam rak penyimpanan tidak ditumpuk melainkan disusun berdiri sejajar satu dengan yang lain.

## **Rangkuman**

Kearsipan memiliki fungsi untuk menjaga keseimbangan arsip dalam menjaga keseimbangan arsip dalam segi penciptaan, pencatatan, lalu lintas dokumen, pendistribusian, penerusan, pemakaian, pemeliharaan, penyimpanan, pemindahan, dan pemusnahan arsip.

Jenis arsip berdasarkan bentuk fisiknya

- Arsip berbentuk lembaran. Contohnya: surat, kuitansi, faktur, dll
- Arsip tidak berbentuk lembaran. Contohnya: disket, flash disk, cd, dvd, dll

Jenis arsip berdasarkan masalahnya

- *Financial record*, yaitu catatan yang berkaitan dengan masalah keuangan. Misalnya kuitansi, giro, cek.
- *Inventory record*, yaitu catatan yang berhubungan dengan masalah barang inventaris. Contoh catatan tentang jumlah barang, merek, ukuran, harga.
- *Personal record*, yaitu arsip yang berhubungan dengan masalah kepegawaian. Contoh: surat lamaran kerja, curriculum vitae, absensi, dll.
- *Sales Record*, yaitu arsip yang berhubungan dengan masalah penjualan. Contoh: daftar agen distributor, dan daftar penjualan barang.
- *Production record*, yaitu arsip yang berkaitan dengan masalah produksi. Contoh: arsip tentang jenis bahan baku, jenis alat yang digunakan, data produksi barang atau jasa, dll.

Arsip statis yaitu dokumen yang dihasilkan oleh pencipta arsip karena memiliki nilai guna kesejarahan, telah habis retensinya, dan berketerangan dipermanenkan yang telah diverifikasi baik secara langsung maupun tidak langsung oleh Arsip Nasional Republik Indonesia dan/atau lembaga kearsipan.

## **Tugas:**

### **1. Tugas Terstruktur**

#### **Petunjuk:**

- Bacalah dan cermati tugas di bawah ini, kemudian kerjakan secara individu
- Dikumpulkan paling lama 1 minggu setelah tugas ini diumumkan.
- Sampaikan hasil tugas secara berurutan kepada dosen dan kelompok lainnya.
- Membagi menjadi 5 kelompok yang terdiri dari 6-7 mahasiswa, yang mana masing-masing kelompok memberikan soal kasus tentang manajemen kearsipan
- Laporan tugas dituangkan dalam bentuk makalah dengan kertas A4 times new roman font 12 spasi 1,5 rata kiri kanan.

### **2. Kegiatan Mandiri**

**Petunjuk:** Membuat tugas individu dalam bentuk resume kedalam file word times new roman size 12 spasi 1,5 ukuran kertas A4 sertakan nama dan nim.

**Soal:** Carilah literatur dari berbagai sumber ex : google cindekia, google education, e-book, e-library tentang “Manajemen kearsipan”.

## DAFTAR PUSTAKA

<http://wawasankoe.blogspot.com/2018/12/manajemen-kearsipan-secara-lengkap.html?m=1>

[http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/11/KKPMT\\_I\\_SC\\_26\\_10\\_2017.pdf](http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/11/KKPMT_I_SC_26_10_2017.pdf)

<http://www.unibless-store.co.id/articles/pengertian-arsip-dan-5-sistem-penyimpanan-arsip-beserta-contohnya/9882>

<http://samraansari.blogspot.com/2014/08/tugas-individu-matakuliah-dosen-topik.html?m=1>

## **BAB IX**

### **DATA RETRIEVAL**

*Marta, SST.MIK, M.K.M*

#### **PENDAHULUAN**

##### **A. Pengantar Pendahuluan**

*Information Retrieval (IR)* atau sering disebut “temu kembali informasi” adalah ilmu yang mempelajari prosedur-prosedur dan metode-metode untuk menemukan kembali informasi yang tersimpan dari berbagai sumber (resources) yang relevan atau koleksi sumber informasi yang dicari atau dibutuhkan. Dengan tindakan index (indexing), panggilan (searching), pemanggilan data kembali (recalling).

##### **B. Deskripsi Materi**

Bab IX ini disusun sedemikian rupa untuk membantu mahasiswa D-III Perekam dan Informasi Kesehatan semester II dalam memahami materi kuliah Manajemen Rekam Medis Dan Infokes dengan beban 2 sks teori, dan 1 sks praktik (praktik akan dibahas khusus di dalam modul praktikum). Sebagai bab awal di dalam modul ini, bab IX menguraikan pokok bahasan atau topik yang saling berkaitan satu sama lain yaitu : Sistem pendistribusian rekam medis, Pengambilan Kembali RM dari Rak Penjajaran bagi RM Pasien Lama (*Retrieval*), Pendistribusian RM ke tempat yang dituju dan Pengambilan kembali RM yang telah digunakan, Pengeluaran Rekam Medis.

##### **C. Kemampuan/tujuan akhir yang diharapkan**

Pembelajaran pada bab ini membantu mahasiswa untuk mencapai kemampuan akhir yaitu mampu menjelaskan data retrieval (C2). Baiklah, Pembelajaran kesembilan pada manajemen rekam medis dan infokes baru saja akan dimulai. Berikut beberapa tips bagi mahasiswa agar dapat memahaminya antara lain:

1. Awali proses belajar dengan berdo'a dan tanamkan tekad/motivasi untuk mengetahui segala hal terkait Data retrieval
2. Baca dan pahami setiap materi, serta cari kata kunci atau catatan penting dari materi. Bila perlu buat resume berisi catatan penting tersebut.

3. Setelah dipahami, usahakan menghafal beberapa kosakata atau rumus penting terkait materi
4. Kerjakan latihan soal terutama soal kasus agar lebih meningkatkan kemampuan berpikir kritis dalam memahami data retrieval
5. Bila ada yang tidak dipahami, segera tanyakan pada dosen pengampu mata kuliah di setiap topik
6. Akhiri proses belajar dengan berdo'a dan **Semoga Sukses!!**

#### **D. Uraian Materi**

- I. Sistem pendistribusian rekam medis
- II. Pengambilan Kembali RM dari Rak Penjajaran bagi RM Pasien Lama (*Retrieval*)
- III. Pendistribusian RM ke tempat yang dituju
- IV. Pengambilan kembali RM yang telah digunakan
- V. Pengeluaran Rekam Medis

## **I. Pengolahan data dengan indeks pasien**

Petunjuk atau tanda pengenal untuk memudahkan menentukan tempat penyimpanan dan penemuan arsip. INDEKSING, Menurut Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis 1997 : Adalah membuat tabulasi sesuai dengan kode yang sudah dibuat ke dalam indeks - indeks (dapat menggunakan kartu indeks atau komputerisasi).

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

Pengeluaran rekam medis harus ada ketentuan/peraturan tentang pengeluaran RM yang ditentukan oleh Rumah Sakit diantaranya :

1. RM tidak boleh dibawa keluar ruang penyimpanan tanpa surat permintaan yang sah
2. Identitas peminjam dan maksudnya harus jelas
3. Jangka waktu peminjaman
4. Nama petugas yang mengeluarkan
5. Penggunaan RM untuk research harus dengan persetujuan pimpinan
6. RM tidak dibenarkan berada diluar rumah sakit kecuali atas perintah pengadilan

## **III. Pendistribusian RM ke tempat yang dituju**

Pendistribusian adalah proses pengiriman berkas rekam medis ke poliklinik yang dituju untuk dilakukan pelayanan kesehatan. Pendistribusian atau pengiriman berkas dilakukan setiap kali ada permintaan dari Tempat Pendaftaran Pasien (TPP), berdasarkan keinginan pasien menuju poliklinik yang diinginkan.

Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan. Berkas rekam medis akan dikeluarkan bila ada yang memerlukan, contohnya seperti pelayanan kesehatan pasien, gawat darurat, penelitian, dan sebagainya

#### **IV. Pengambilan kembali RM yang telah digunakan**

Kegiatan pengambilan kembali rekam medis dari tempat penyimpanan dilakukan karena kebutuhan diantaranya yaitu

- a. Untuk berobat jalan / control
- b. Untuk rawat inap
- c. Untuk penelitian
- d. Untuk pendidikan
- e. Untuk pengadilan
- f. Untuk analisa kuantitatif dan kualitatif, dll

##### **1. Ketentuan dan Pengambilan Kembali**

- a. Setiap RM yang diambil kembali / keluar harus diganti / menggunakan Outguide / petunjuk keluar
- b. Peminjam harus mengembalikan tepat waktu dalam keadaan baik
- c. Ditentukan kebijakan / peraturan berapa lama / waktu RM dapat diluar Rakpenyimpanan sesuai dengan jenis peminjamannya. Idealnya setelah jam kerja sudah kembali lagi.
- d. Rekam medis tidak boleh dibawa keluar RS kecuali atas perintah pengadilan.
- e. Peminjaman RM untuk keperluan pembuatan makalah, riset, dll oleh dokter /tenaga kesehatanlainnya sebaiknya dikerjakan di Ruang RM.
- f. Mahasiswa dapat meminjam RM jika mempunyai surat penngantar dari dokterruangan.
- g. Untuk pasien yang dirujuk, RM tidak boleh dibawa cukup dengan resume akhir pelayanan.

#### **V. Pengeluaran Rekam Medis**

- Rekam medis tidak boleh keluar dari ruangan rekam medis, tanpa tanda keluarkartu permintaan.
- Apabila rekam medis dipinjam, wajib dikembalikan dalam keadaan baik dan tepat waktunya. Seharusnya setiap reka medis kembali lagi keraknya pada setiap akhir kerja pada hari yang bersamaan.

- Rekam medis tidak di benarkan diambil dari rumah sakit, kecuali atas perintah pengadilan.
- Permintaan rutin terhadap rekam medis yang datang dari poliklinik, dari dokter yang melakukan riset, harus diajukan kebagian rekam medis setiap hari pada jam yang telah ditentukan. Petugas harus menulis dengan benar dan jelas nama pasien dan nomor rekam medisnya.

a. Petunjuk Keluar (Outguide)

Petunjuk keluar (outguide) adalah suatu alat yang penting untuk mengawasi penggunaan rekam medis. Dalam penggunaannya “petunjuk keluar”, ini diletakkan sebagai pengganti pada tempat bekas rrekam medis yang diambil (dikeluarkan) dari rak penyimpanan.

b. Kode warna untuk map (sampul) rekam medis

Kode warna untuk map (sampul) rekam medis adalah kode yang dimaksudkan untuk memberi warna tertentu pad asampul rekam medis untuk mencegah keliru simpan dan memudahkan mencari berkas rekam medis yang salah simpan.

## **Rangkuman**

*Information Retrieval (IR)* atau disebut “temu kembali informasi” adalah ilmu yang mempelajari prosedur-prosedur dan metode-metode untuk menemukan kembali informasi yang tersimpan dari berbagai sumber (*resources*) yang relevan atau koleksi sumber informasi yang dicari atau dibutuhkan.

Pengeluaran rekam medis harus ada ketentuan/peraturan tentang pengeluaran RM yang ditentukan oleh Rumah Sakit diantaranya :

1. RM tidak boleh dibawa keluar ruang penyimpanan tanpa surat permintaan yang sah
2. Identitas peminjam dan maksudnya harus jelas
3. Jangka waktu peminjaman
4. Nama petugas yang mengeluarkan
5. Penggunaan RM untuk research harus dengan persetujuan pimpinan
6. RM tidak dibenarkan berada diluar rumah sakit kecuali atas perintah pengadilan

Pendistribusian adalah proses pengiriman berkas rekam medis ke poliklinik yang dituju untuk dilakukan pelayanan kesehatan. Pendistribusian atau pengiriman berkas dilakukan setiap kali ada permintaan dari Tempat Pendaftaran Pasien (TPP), berdasarkan keinginan pasien menuju poliklinik yang diinginkan.

## **Tugas:**

### **1. Tugas Terstruktur**

#### **Petunjuk:**

- Bacalah dan cermati tugas di bawah ini, kemudian kerjakan secara individu
- Dikumpulkan paling lama 1 minggu setelah tugas ini diumumkan.
- Sampaikan hasil tugas secara berurutan kepada dosen dan kelompok lainnya.
- Membagi menjadi 5 kelompok yang terdiri dari 6-7 mahasiswa, yang mana masing-masing kelompok menyusun tugas tentang data retrieval yang dibutuhkan, dengan ketentuan pembagian kelompok sebagai berikut :
  - a. Kelompok 1 : Sistem pendistribusian RM
  - b. Kelompok 2 : Pengambilan kembali RM dari rak penjajaran bagi RM pasien lama
  - c. Kelompok 3 : Pendistribusian RM ke tempat yang dituju
  - d. Kelompok 4 : Pengambilan kembali RM yang telah digunakan
  - e. Kelompok 5 : Pengeluaran RM
- Laporan tugas dituangkan dalam bentuk makalah dengan kertas A4 times new roman font 12 spasi 1,5 rata kiri kanan.
- Bentuk laporan tugas disusun dengan mengikuti format sebagai berikut :

#### **SAMPUL DEPAN (COVER)**

#### **DAFTAR ISI**

#### **BAB I**

SKENARIO/TEMA : JUDUL TUGAS DISKUSI

PENDAHULUAN

5. Latar Belakang

6. Tujuan

#### **BAB II**

TINJAUAN PUSTAKA

#### **BAB III**

PROBLEM/ANALISIS MASALAH

#### **BAB IV**

PEMBAHASAN

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN PENUTUP**

#### **DAFTAR PUSTAKA**

- Laporan tugas dituangkan dalam bentuk makalah dan poster dengan kertas

#### **2. Kegiatan Mandiri**

**Petunjuk:** Membuat tugas individu dalam bentuk resume kedalam file word times new roman size 12 spasi 1,5 ukuran kertas A4 sertakan nama dan nim.

**Soal:** Carilah literatur dari berbagai sumber ex : google cindekia, google education, e-book, e-library tentang “data retrieval”.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

<https://ligiaprapta17.wordpress.com/2015/03/03/pengertian-information-retrieval-ir-peranan-ir-dan-contoh-contoh-ir/>

<http://irsa22.blogspot.com/2016/03/pengelolaan-data-medis-indeks.html?m=1>

<https://aepnurulhidayat.wordpress.com/2016/05/24/tata-ruang-penyimpanan-rekam-medis-prsented-by-aep-nurul-hidayah/>

<https://villavos.wordpress.com/2015/07/10/pengembalian-kembali-ruang-pengelolaan-dan-penyimpanan-rekam-medis/>

## **BAB X**

## **NILAI GUNA RMIK**

*Marta, SST.MIK, M.K.M*

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Pengantar Pendahuluan**

Penilaian nilai guna rekam medis yaitu suatu kegiatan penilaian terhadap formulir-formulir rekam medis yang masih perlu diabadikan atau sudah boleh ditetapkan oleh direktur rumah sakit atau pimpinan sarana pelayanan kesehatan. Tim pemusnah DRM mempunyai tugas membantu direktur rumah sakit dalam penyelenggaraan pemusnahan rekam medis dengan memperhatikan nilai guna sesuai peraturan yang berlaku.

#### **B. Deskripsi Materi**

Bab X ini disusun sedemikian rupa untuk membantu mahasiswa D-III Perekam dan Informasi Kesehatan semester II dalam memahami materi kuliah Manajemen Rekam Medis Dan Infokes dengan beban 1 sks teori, dan 1 sks praktik (praktik akan dibahas khusus di dalam modul praktikum). Sebagai bab awal di dalam modul ini, bab X menguraikan pokok bahasan atau topik yang saling berkaitan satu sama lain yaitu :

#### **C. Kemampuan/tujuan akhir yang diharapkan**

Pembelajaran pada bab ini membantu mahasiswa untuk mencapai kemampuan akhir yaitu mampu menjelaskan Nilai guna RMIK(C2). Baiklah, Pembelajaran tersebut pada manajemen rekam medis dan infokes baru saja akan dimulai. Berikut beberapa tips bagi mahasiswa agar dapat memahaminya antara lain:

1. Awali proses belajar dengan berdoa dan tanamkan tekad/motivasi untuk mengetahui segala hal terkait Nilai guna RMIK
2. Baca dan pahami setiap materi, serta cari kata kunci atau catatan penting dari materi. Bila perlu buat resume berisi catatan penting tersebut.
3. Setelah dipahami, usahakan menghafal beberapa kosakata atau rumus penting terkait materi

4. Kerjakan latihan soal terutama soal kasus agar lebih meningkatkan kemampuan berpikir kritis dalam memahami menentukan Kebijakan dan aturan terkait retensi dan penyusutan
5. Bila ada yang tidak dipahami, segera tanyakan pada dosen pengampu mata kuliah di setiap topik
6. Akhiri proses belajar dengan berdo'a dan **Semoga Sukses!!**

#### **D. Uraian Materi**

- I. Nilai Guna Rekam Medis bagi
- II. Sistem penilaian nilai guna RM/ Prosedur penilaian BRM

## **I. Nilai Guna Rekam Medis**

Penilaian nilai guna rekam medis yaitu suatu kegiatan penilaian terhadap formulir-formulir rekam medis yang masih perlu diabadikan atau sudah boleh ditetapkan oleh direktur rumah sakit atau pimpinan sarana pelayanan kesehatan. Tim pemusnah DRM mempunyai tugas membantu direktur rumah sakit dalam penyelenggaraan pemusnahan rekam medis dengan memperhatikan nilai guna sesuai peraturan yang berlaku.

### **a. Pasien**

#### Nilai Guna Rekam Medis Bagi Pasien

Rekam medis berisi data tentang riwayat kesehatan pasien masa lalu dan saat ini, dan berisi dokumentasi yang dilaksanakan oleh para profesional kesehatan untuk kondisi pasien saat ini dalam bentuk temuan pemeriksaan fisik, hasil diagnostik dan prosedur/tindakan terapeutik, dan respon pasien. Oleh karena profesional kesehatan memberikan pelayanan kepada beberapa pasien dalam periode tertentu, maka mereka tidak terlalu dapat mengingat penyakit setiap pasiennya dan respon terhadap terapi yang telah diberikan.

Demikian pula, pasien mungkin juga tidak ingat secara detil tentang penyakitnya dan terapi yang telah diterimanya. Dengan demikian, rekam medis berfungsi sebagai referensi bagi keduanya, yaitu untuk pasien maupun profesional kesehatan. Rekam medis menyediakan bukti perawatan yang telah diberikan, yang diperlukan untuk proses klaim asuransi kesehatan pasien. Rekam medis juga dapat membantu pasien dengan penyediaan data untuk para profesional kesehatan yang merawat pasien pada periode perawatan berikutnya, sehingga dapat terwujud kesinambungan perawatan bagi pasien. Rekam medis dapat menyediakan data yang dapat melindungi kepentingan hukum bagi pasien dalam hal kompensasi sebagai pekerja, cedera pribadi, ataupun kasus malpraktik.

#### b. Fasilitas pelayanan kesehatan

##### Nilai Guna Rekam Medis Bagi Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Rekam medis menyediakan data untuk mengevaluasi kinerja profesional kesehatan yang bekerja di sarana pelayanan kesehatan dan untuk mengevaluasi penggunaan sumber daya yang dimiliki. Seperti peralatan diagnostik khusus dan layanan yang ditawarkan. Rekam medis digunakan sebagai alat untuk survey oleh lembaga-lembaga lisensi, sertifikasi maupun akreditasi dalam mengevaluasi sarana pelayanan kesehatan sesuai dengan persyaratan standar dari masing-masing lembaga.

Rekam medis merupakan bukti yang sangat kuat untuk mendukung pengajuan klaim kepada penanggung biaya pihak ketiga. Fasilitas pelayanan kesehatan membuat ringkasan/resume dari rekam medis sebagai laporan diagnosis, atau alasan kontak dengan pelayanan kesehatan dan prosedur/tindakan yang dilakukan sebagai bukti untuk pengajuan klaim pembayaran. Karena dokumentasi catatan pelayanan yang diberikan, dapat digunakan, jika perlu, untuk melindungi fasilitas pelayanan kesehatan dari tuntutan hukum.

#### c. Profesional pelayanan kesehatan

##### Nilai Guna Rekam Medis Bagi Profesional Pelayanan Kesehatan

Rekam medis menyediakan informasi untuk membantu para profesional kesehatan yang terlibat dalam perawatan pasien dalam periode perawatan sekarang dan kunjungan berikutnya pada sarana pelayanan kesehatan. Catatan dokumentasi yang dibuat oleh setiap profesional, akan melindungi kepentingan hukum dari profesional tersebut. Rekam medis membantu para dokter, khususnya, dalam memberikan kesinambungan perawatan pada tingkat pelayanan kesehatan yang berbeda. Untuk pendidikan/pengetahuan mereka, semua profesional dimungkinkan untuk menelaah rekam medis pasien yang pernah mereka tangani.

#### d. Pengajar dan peneliti

Rekam medis berisi data yang dapat membantu profesional kesehatan dan pelajar/mahasiswa dalam profesi kesehatan untuk mempelajari tentang perawatan pasien dan proses penyakit. Rekam medis sangat diperlukan didalam memajukan

penelitian bidang medis dengan menyediakan database untuk mengevaluasi efektivitas pengobatan untuk penyakit tertentu.

e. Penanggungjawab kesehatan masyarakat

Rekam medis juga menyediakan data untuk pelaporan peristiwa penting seperti kelahiran dan kematian kepada badan/lembaga kesehatan masyarakat di setiap negara. Persyaratan untuk pelaporan penyakit tertentu, seperti penyakit menular dan luka tembakan, juga ada di setiap negara untuk melindungi kesehatan individu dan masyarakat. Statistik dikembangkan dari data yang dikumpulkan dengan cara di atas, dapat mendokumentasikan kebutuhan pemerintah, nasional, dan program kesehatan dunia.

f. Organisasi yang bertanggungjawab dalam pembayaran klaim pelayanan kesehatan

Perusahaan asuransi dan penelaah program pemerintah meneliti rekam medis untuk menentukan apakah dokumentasi dapat mendukung klaim atas manfaat asuransi. Dalam keterlibatan lebih lanjut pada program asuransi kesehatan pemerintah, rekam medis dikelola oleh sebuah sarana yang telah di-*review* mengenai kepatuhan terhadap standar tentang isi rekam medis.

Dari uraian di atas, dapat kita pahami bahwa nilai guna rekam medis merupakan konsekuensi dari berbagai aspek yang terkandung di dalamnya, berhubungan erat dengan setiap “individu” yang terlibat didalamnya. Baik sebagai individu perorangan, maupun individu secara institusi.

## **II. Sistem penilaian nilai guna RM/ Prosedur penilaian BRM**

Prosedur penilaian berkas rekam medis memisahkan formulir rekam medis yang harus diabadikan yaitu :

- a) Ringkasan masuk dan keluar
- b) Resume penyakit.
- c) Lembar operasi (termasuk laporan persalinan),
- d) Identifikasi bayi lahir,
- e) Lembar persetujuan tindakan medis (informed consent)

- f) Lembar kematian (laporan sebab kematian, biasanya sudah menyatu pada formulir ringkasan masuk-keluar)
- g) Berkas rekam medis tertentu, sesuai dengan kepentingan pelayanan meliputi
- h) Indeks,
- i) Register,
- j) Formulir rekam medis tertentu yang ditetapkan oleh direktur rumah-sakit.
- k) Mengumpulkan formulir-formulir rekam medis sisanya termasuk berkas rekam medis rusak tidak terbaca disiapkan untuk dimusnahkan.

## **Rangkuman**

Penilaian nilai guna rekam medis yaitu suatu kegiatan penilaian terhadap formulir-formulir rekam medis yang masih perlu diabadikan atau sudah boleh ditetapkan oleh direktur rumah sakit atau pimpinan sarana pelayanan kesehatan. Tim pemusnah DRM mempunyai tugas membantu direktur rumah sakit dalam penyelenggaraan pemusnahan rekam medis dengan memperhatikan nilai guna sesuai peraturan yang berlaku.

**Tugas:**

**1. Tugas Terstruktur**

**Petunjuk:**

- Bacalah dan cermati tugas di bawah ini, kemudian kerjakan secara individu
- Dikumpulkan paling lama 1 minggu setelah tugas ini diumumkan.
- Sampaikan hasil tugas secara berurutan kepada dosen dan kelompok lainnya.
- Membagi menjadi 5 kelompok yang terdiri dari 6-7 mahasiswa, yang mana masing-masing kelompok membuat soal essay tentang Nilai Guna Rekam Medis Medis
- Laporan tugas dituangkan dalam bentuk makalah dengan kertas A4 times new roman font 12 spasi 1,5 rata kiri kanan.

**2. Kegiatan Mandiri**

**Petunjuk:** Membuat tugas individu dalam bentuk resume kedalam file word times new roman size 12 spasi 1,5 ukuran kertas A4 sertakan nama dan nim.

**Soal:** Carilah literatur dari berbagai sumber ex : google cindekia, google education, e-book, e-library tentang “Nilai Guna Rekam Medis”.

## DAFTAR PUSTAKA

<https://bosdokumen.blogspot.com/2015/03/penilaian-nilai-guna-rekam-medis.html?m=1>

[http://dinus.ac.id/repository/docs/ajar/MODUL\\_MIK\\_1\\_-\\_SISTEM\\_PENAMAAN.docx](http://dinus.ac.id/repository/docs/ajar/MODUL_MIK_1_-_SISTEM_PENAMAAN.docx)

## **BAB XI**

### **KEBIJAKAN DAN ATURAN TERKAIT RETENSI DAN PENYUSUTAN**

*Marta, SST.MIK, M.K.M*

#### **PENDAHULUAN**

##### **A. Pengantar Pendahuluan**

Sekilas nampak ada kejanggalan hubungan antara jadwal retensi arsip, penilaian arsip, dan pemusnahan arsip. Jadwal retensi arsip adalah ketentuan berapa lama suatu arsip harus disimpan sebagai arsip aktif, arsip inaktif dan nasib akhir arsip yang bersangkutan musnah atau tidak musnah (statis). Penilaian arsip adalah analisa informasi terhadap sekelompok arsip untuk menentukan nilai guna dan jangka simpan arsip dilihat dari kaidah hukum dan kepentingan operasional lembaga pencipta. (ANRI, 2002). Penilaian arsip dalam rangka pemusnahan merupakan tindakan menganalisis apakah arsip yang menurut JRA dinyatakan musnah benar-benar sudah boleh dimusnahkan. Sedangkan pemusnahan adalah pembunuhan suatu arsip dengan cara menghancurkan secara total sampai sampai tidak dikenali lagi baik bentuk fisiknya maupun informasinya.

##### **B. Deskripsi Materi**

Bab XI ini disusun sedemikian rupa untuk membantu mahasiswa D-III Perekam dan Informasi Kesehatan semester II dalam memahami materi kuliah Manajemen Rekam Medis Dan Infokes dengan beban 2 sks teori, dan 1 sks praktik (praktik akan dibahas khusus di dalam modul praktikum). Sebagai bab awal di dalam modul ini, bab XI menguraikan pokok bahasan atau topik yang saling berkaitan satu sama lain yaitu : Pengertian retensi dan penyusutan, Tujuan, Tahap pelaksanaan, Alur penyusutan rekam medis, Kebijakan dan aturan terkait retensi dan penyusutan rekam medis

##### **C. Kemampuan/tujuan akhir yang diharapkan**

Pembelajaran pada bab ini membantu mahasiswa untuk mencapai kemampuan akhir yaitu mampu menentukan Kebijakan dan aturan terkait retensi dan penyusutan (C2). Baiklah, Pembelajaran sebelah pada manajemen rekam medis

dan infokes baru saja akan dimulai. Berikut beberapa tips bagi mahasiswa agar dapat memahaminya antara lain:

1. Awali proses belajar dengan berdo'a dan tanamkan tekad/motivasi untuk mengetahui segala hal terkait kebijakan dan aturan terkait retensi dan penyusutan
2. Baca dan pahami setiap materi, serta cari kata kunci atau catatan penting dari materi. Bila perlu buat resume berisi catatan penting tersebut.
3. Setelah dipahami, usahakan menghafal beberapa kosakata atau rumus penting terkait materi
4. Kerjakan latihan soal terutama soal kasus agar lebih meningkatkan kemampuan berpikir kritis dalam memahami menentukan kebijakan dan aturan terkait retensi dan penyusutan
5. Bila ada yang tidak dipahami, segera tanyakan pada dosen pengampu mata kuliah di setiap topik
6. Akhiri proses belajar dengan berdo'a dan **Semoga Sukses!!**

#### **D. Uraian Materi**

- I. Pengertian retensi dan penyusuta
- II. Tujuan
- III. Tahap pelaksanaan
- IV. Alur penyusutan rekam medis
- V. Kebijakan dan aturan terkait retensi dan penyusutan rekam medis

## **I. Pengertian Retensi Dan Penyusutan**

Retensi atau penyusutan rekam medis adalah suatu kegiatan pengurangan berkas rekam medis dari rak penyimpanan dengan cara:

- Memindahkan berkas rekam medis inaktif dari rak file aktif ke rak file inaktif dengan cara memilah pada rak file penyimpanan sesuai dengan tahun kunjungan.
- Memikrofilmisasi berkas rekam medis inaktif sesuai ketentuan yang berlaku.
- Memusnahkan berkas rekam medis yang telah dimikrofilm dengan cara tertentu sesuai ketentuan yang berlaku
- Dengan melakukan *scanner* pada berkas rekam medis.

## **II. Tujuan**

- Mengurangi jumlah berkas rekam medis yang semakin bertambah
- Menyiapkan fasilitas yang cukup untuk tersedianya tempat penyimpanan berkas rekam medis yang baru.
- Tetap menjaga kualitas pelayanan dengan mempercepat penyiapan rekam medis jika sewaktu-waktu diperlukan.
- Menyelamatkan rekam medis yang bernilai guna tinggi serta mengurangi yang tidak bernilai guna/nilai guna rendah atau nilai gunanya menurun.

## **III. Tahap Pelaksanaan**

1. Dilihat dari tanggal kunjungan terakhir
2. Setelah 5 (lima) tahun dari kunjungan terakhir tersebut berkas dipisahkan di ruang lain/terpisah dari berkas RM in aktif
3. Berkas rekam medis inaktif dikelompokkan sesuai dengan tahun terakhir kunjungan

#### **IV. Alur Penyusutan Rekam Medis**

Suatu kegiatan pengurangan berkas rekam medis dari rak penyimpanan.

Caranya :

1. Memindahkan berkas rekam medis inaktif dari rak file aktif ke rak file inaktif dengan cara memilah pada rak file penyimpanan sesuai dengan tahun kunjungan.
2. Memikrofilmisasi berkas rekam medis inaktif sesuai ketentuan yang berlaku.
3. Memusnahkan berkas rekam medis yang telah dimikrofilm dengan cara tertentu sesuai ketentuan yang berlaku.
4. Dengan melakukan scaner pada berkas rekam medis.

#### **V. Kebijakan Dan Aturan Terkait Retensi Dan Penyusutan Rekam Medis**

Kebijakan rekam medis adalah rangkaian konsep dan asas yang menjadi garis besar dan dasar bagi rencana dalam pelaksanaan suatu pekerjaan, serta konsisten dengan tujuan organisasi.

## **Rangkuman**

Jadwal retensi arsip adalah ketentuan berapa lama suatu arsip harus disimpan sebagai arsip aktif, arsip inaktif dan nasib akhir arsip yang bersangkutan musnah atau tidak musnah (statis). Penilaian arsip adalah analisa informasi terhadap sekelompok arsip untuk menentukan nilai guna dan jangka simpan arsip dilihat dari kaidah hukum dan kepentingan operasional lembaga pencipta. (ANRI, 2002). Penilaian arsip dalam rangka pemusnahan merupakan tindakan menganalisis apakah arsip yang menurut JRA dinyatakan musnah benar-benar sudah boleh dimusnahkan. Sedangkan pemusnahan adalah pembunahan suatu arsip dengan cara menghancurkan leburkan secara total sampai sampai tidak dikenali lagi baik bentuk fisiknya maupun informasinya.

**Tugas:**

**1. Tugas Terstruktur**

**Petunjuk:**

- Bacalah dan cermati tugas di bawah ini, kemudian kerjakan secara individu
- Dikumpulkan paling lama 1 minggu setelah tugas ini diumumkan.
- Sampaikan hasil tugas secara berurutan kepada dosen dan mahasiswa/i lainnya.
- Membagi menjadi 5 kelompok yang terdiri dari 6-7 mahasiswa, yang mana masing-masing kelompok mencari soal kasus tentang Kebijakan dan aturan terkait retensi dan penyusutan rekam medis
- Laporan tugas dituangkan dalam bentuk makalah dengan kertas A4 times new roman font 12 spasi 1,5 rata kiri kanan.

**2. Kegiatan Mandiri**

**Petunjuk:** Membuat tugas individu dalam bentuk resume kedalam file word times new roman size 12 spasi 1,5 ukuran kertas A4 sertakan nama dan nim.

- **Soal:** Carilah literatur dari berbagai sumber ex : google cindekia, google education, e-book, e-library tentang “Kebijakan dan aturan terkait retensi dan penyusutan rekam medis”.

## DAFTAR PUSTAKA

[https://aepnurulhidayat.wordpress.com/2015/03/02/penyusutan-dan-pemusnahan-rekam-medis\\_aep-nurul-hidayah-rkm126201\\_rekam-medis-informasi-kesehatan\\_politeknik-tedc-bandung/](https://aepnurulhidayat.wordpress.com/2015/03/02/penyusutan-dan-pemusnahan-rekam-medis_aep-nurul-hidayah-rkm126201_rekam-medis-informasi-kesehatan_politeknik-tedc-bandung/)  
<https://galihendradita.files.wordpress.com/2017/08/9-manajemen-informasi-rekam-medik.pdf>