PROGRAM STUDI D-III PEREKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN

MODUL CETAK PRAKTIK KLINIK

PRAKTIK KERJA LAPANGAN (PKL)IV

Tim Penyusun:

Nila Sari, S.KM, M.KM

PROGRAM STUDI D-IIIPEREKAM DAN INFORMASI KESEHATAN

UNIVERSITAS IMELDA MEDAN

TAHUN 2020

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 informasi kesehatan (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 kompentensi 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 kehadirat Tuhan Yang Maha Kuasa atas rahmat dan berkatNya saya dapat menyelesaikan Modul Praktik Klinik Praktek Kerja Lapangan IV(Rumah Sakit)ini. Adapun tujuan dari pembuatan modul ini adalah sebagai panduan PKLbagi para pembaca, khususnya mahasiswa Prodi D-III Perekam Medis dan Informasi Kesehatan Universitas Imelda Medan.

Modul Cetak Praktik Klinik PKL IVini disusun berdasarkan pada Kurikulum D-III Perekam Medis 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 penjelasan dan petunjuk kegiatan PKL IVyang terdiri dari 8 Bab.Dalam mempelajarinya mahasiswa disarankan untuk memahami terlebih dahulu tujuan yang akan dicapai, kemudian membaca setiap uraian topik dalam bab pedoman praktik. Selanjutnya untuk melatih kegiatan praktikum yang dijelaskan mahasiswa dapat mengerjakan tugas-tugas yang telah disediakan, untuk membantu mahasiswa mengevaluasi hasil belajarnya.

Saya menyadari bahwa penyelesaian buku ini tidak terlepas dari bantuan dan dorongan berbagai pihak. Untuk itu dalam kesempatan ini saya mengucapkan terima kasih. Masih banyak kekurangan dalam penulisan modul ini. Oleh karena itu, Saya mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari pembaca.Mudah-mudahan modul ini dapat membantu para pembaca untuk mengembangkan diri,memperkaya wawasan dan menambah khasanah ilmu pengetahuan khususnya dalam bidang rekam medis dan informasi kesehatan.

Medan, Agustus 2020

Nila Sari, S.KM, M.KM

PERATURAN/TATA TERTIB PRAKTIK KLINIKPKL IV
PRODI D-III PEREKAM DAN INFORMASI KESEHATAN

1. Mahasiswa wajib hadir 15 menit sebelum jadwal PKL dimulai.
2. Mahasiswa harus berpakaian seragam lengkap dengan atributnya, dengan ketentuan :
   a. Seragam lengkap terdiri dari: seragam coklat dengan bentuk dan model seragam yang telah ditentukan oleh pihak pendidikan.
   b. Wajib menggunakan atribut : Bed nama, Logo D-III Perekam Dan Informasi Kesehatan UIM di bahu sebelah kanan, sepatu kets putih dan kaus kaki putih
   c. Mahasiswa tidak diperbolehkan berkuku panjang dan menggunakan perhiasan selama praktek.
   d. Khusus mahasiswa putra, dilarang berambut panjang dan memelihara kumis, jenggot dan jambang (rapi).
   e. Khusus mahasiswa putri, wajib memakaihairnet atau jilbab bagi yang menggunakan pakaian Muslim.
3. Sebelum dan sesudah melaksanakan praktek, mahasiswa wajib menandatangani absensi kehadiran.
4. Memelihara/ menjaga kebersihan, keamanan, dan ketertiban di Rumah Sakitselama praktekberlangsung.
5. Mahasiswa harus mengikuti kegiatan praktik 100%
6. Apabila tidak hadir maka satu hari tidak dinas akan digantikan selama tiga (3) hari dinas di luar jadwal yang telah ditentukan
7. Mahasiswa tidak diperkenankan meninggalkan ruangan kecuali pada jam istirahat selama 1 jam secara bergantian
8. Pelaksanaan praktik dilakukan di Rumah Sakit.
9. Pelaksanaan tindakanPraktikKlinik PKL IV untuk D-IIIPerekam dan Informasi Kesehatan untuk Semester Vharus memperhatikan aturan di tempat praktik (Rumah Sakit) dan dengan tingkat Supervisi Tinggi (Pengenal identitas tali bed training berwarna kuning) yaitu kemampuan assesment peserta didik belum sahih/benar sehingga dalam pelaksanaankegiatan dan prosedur kerja di unitrekam medishanya

dibenarkan mendampingi preseptor dalam melaksanakan prosedur kerja di unitrekam medis.

SANKSI PRAKTIK KLINIK PKL III
PRODI D-III PEREKAM DAN INFORMASI KESEHATAN

Bagi mahasiswa yang melanggar ketentuan yang telah ditetapkan, dikenakan sanksi sebagai berikut:

1. Satu hari tidak dinas akan digantikan selama tiga (3) hari dinas di luar jadwal yang telah ditentukan
2. Apabila tidak menyerahkan laporan kelompok/perorangan dan tidak melaksanakan seminar tidak berhak mendapatkan penilaian dari pembimbing dan CI Rumah Sakit serta wajib mengulang pada semester yang akan datang.

PETUNJUK PENGGUNAAN MODUL CETAK
PRAKTIK KLINIK PKL IV

1. Dosen memberitahukan informasi umum terkait persiapan mahasiswa pada Praktik Kerja Lapangan 4, meliputi: pembuatan tugas kelompok dalam bentuk laporan makalah berdasarkan kasus atau permasalahan yang terdapat di Rumah Sakit, dan laporan *log book*/ADL(berisi pencapaian daftar keterampilan PKL, kegiatan harian).
2. Dosen mempersilahkan setiap mahasiswa untuk mempelajari isi modul PKL dan tindakan yang akan dipraktikkan dan membawanya saat berdinas.
3. Dosen mempersilahkan setiap mahasiswa yang praktik/dinas untuk mengikuti proses kegiatan di Rumah Sakit dan melakukan aktivitaspraktik manajemen rekam medis sesuai tagiahan dan capaian kegiatannya.
4. Dosen mengobservasi mahasiswa dalam melakukan kegiatan PKL sesuai dengan prosedur yang telah dijabarkan dalam modul ini.
5. Dosen memberikan umpan balik terhadap aktivitas (kegiatan PKL) yang dilakukan mahasiswa.
6. Dosen menilai laporan kegiatan PKL yang telah dilakukan mahasiswa
7. Setiap mahasiswa wajib mengikuti PKL (100% kehadiran) sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
8. Setiap mahasiswa wajib mengikuti tata tertib PKL.

TUJUAN/ KEMAMPUAN AKHIR YANG DIHARAPKAN

1. Mampu Mempraktekkan alur dan prosedur pasien dan dokumen Rekam Medis (DRM) (S9, S11, KK4)
2. Mampu Mempraktek tentang Sistem Registrasi, identifikasi dan indeks utama pasien (Master Patient Indeks) (S9, S11, KK4)
3. Mampu mempraktekkan pendokumentasikan jenis/ format dan isi DRM (S9, S11, KK4)
4. Mampu mempraktekkan Penataan DRM/ Assembling, Penyimpanan DRM, Penjajaran DRM (S9, S11, KK3, KK12)
5. Mampu mempraktekkan sistem peminjaman, sistem pengendalian, Penyusutan/ Retensi dan sistem pemusnahan DRM (S9, S11, KU8)
6. Mampu Melakukan sistem viiistatistic meliputi: Bed Occupancy Rate (BOR), Averege Length of Stay (Av Los), Bed Turn Over (TOI), Net Death Rate (NDR), dan Gross Death Rate (GDR) (S9, S11, KK2, KK10)
7. Mampu Melakukan system pelaporan Rumah Sakit (S9, S11, KK10)
8. Melakukan klasifikasi dan kodefikasi penyakit dan tindakan medis (ICD-10 dan ICD-9-CM) pada sistem Digestif, Endokrin, Urinaria, Panca Indera, Saraf, Mental, Reproduksi, Malformasi Kongenital, Deformitas dan Abnormali Kromosom, Neoplasma dan infeksi, cedera(injury), dan keracunan (S9, S11, KK1, KK3)

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN SAMPUL
VISI DAN MISI UIM i
VISI DAN MISI PRODI D-III PEREKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN ii
KATA PENGANTAR iii
PERATURAN DAN TATA TERTIB PRAKTIK KLINIK iv
SANKSI PRAKTIK KLINIK v
PETUNJUK PENGGUNAAN MODUL PRAKTIK KLINIK..... vi
TUJUAN/KEMAMPUAN AKHIR YANG DIHARAPAKAN vii
DAFTAR ISI..... viii
GLOSARIUM x

BAB I PRAKTIK KLINIK ALUR DAN PROSEDUR PASIEN DAN DOKUMEN REKAM MEDIS (DRM) 1
Kegiatan Praktik Klinik
Praktek Alur dan Prosedur Pasien/DRM Rawa Jalan, Rawat Inap, dan Gawat Darurat..... 1
Format Prosedur 10
Format Penilaian 11
Daftar Pustaka 21

BAB IIPRAKTIK KLINIK SISTEM REGISTRASI, IDENTIFIKASI DAN INDEKS UTAMA PASIEN (MASTER PATIENT INDEKS) 22
Kegiatan Praktik Klinik
Praktek Sistem Registrasi Pasien Rawat Jalan, Rawat Inap, Gawat Darurat dan Indeks Utama Pasien:..... 22
Format Prosedur 22
Format Penilaian 23
Daftar Pustaka 24

BAB IIIPRAKTIK KLINIK PENDOKUMENTASIKAN JENIS/ FORMAT DAN ISI DRM 25
Kegiatan Praktik Klinik
Praktekpendokumentasikan jenis/ format dan isi DRM 26
Format Prosedur 27
Format Penilaian 28
Daftar Pustaka 35

BAB IVPRAKTIK KLINIK PENATAAN DRM/ ASSEMBLING, PENYIMPANAN DRM, PENJAJARAN DRM ... 36
Kegiatan Praktik Klinik 1
Praktek Penataan DRM / Assembling..... 36

Format Prosedur 37
Format Penilaian 39
Kegiatan Praktik Klinik 2
Praktek Penyimpanan DRM 50
Format Prosedur 50
Format Penilaian 55
Kegiatan Praktik Klinik 3
Praktek Penjajaran DRM 56
Format Prosedur 58
Format Penilaian 58
Daftar Pustaka 60

BAB VPRAKTIK KLINIK SISTEM PEMINJAMAN, SISTEM PENGENDALIAN, PENYUSUTAN/ RETENSI DAN SISTEM PEMUSNAHAN DRM 61
Kegiatan Praktik Klinik 1
Praktek Sistem Peminjaman dan Sistem Pengendalian DRM 61
Format Prosedur 62
Format Penilaian 63
Kegiatan Praktik Klinik 2
Praktek Sistem Penyusutan/ Retensi Dan Sistem Pemusnahan DRM
Format Prosedur 64
Format Penilaian
Daftar Pustaka 65
BAB VI PRAKTIK KLINIK SISTEM STATISTIC MELIPUTI: BED OCCUPANCY RATE (BOR), AVEREGE LENGTH OF STAY (AV LOS), BED TURN OVER (TOI), NET DEATH RATE (NDR), DAN GROSS DEATH RATE (GDR) 68
Kegiatan Praktik Klinik
Perhitungan statistik meliputi ; Bed Occupancy Rate (BOR), Averege Length of Stay (Av Los), Bed Turn Over (TOI), Net Death Rate (NDR), dan Gross Death Rate (GDR) 68
Format Prosedur 83
Format Penilaian 85
Daftar Pustaka 89
BAB VII PRAKTIK KLINIK SYSTEM PELAPORAN RUMAH SAKIT 90
Kegiatan Praktik Klinik
Pelaksanaan pelaporan Rumah Sakit ; Data dasar rumah sakit (RL 1), Data ketenagaan Fungsional (RL 2), Data Kegiatan Pelayanan (RL 3), Data Morbiditas dan Mortalitas (RL 4), Data pengunjung Rumah Sakit (RL 5). 90
Format Prosedur 92
Format Penilaian 93
Daftar Pustaka 94

BAB VIII PRAKTIK KLINIK KLASIFIKASI DAN KODEFIKASI PENYAKIT DAN TINDAKAN MEDIS (ICD-10 DAN ICD-9-CM) PADA SISTEM DIGESTIF, ENDOKRIN, URINARIA, PANCA INDERA, SARAF, MENTAL, REPRODUKSI, MALFORMASI KONGENITAL, DEFORMITAS DAN ABNORMALI KROMOSOM, NEOPLASMA DAN

INFEKSI, CEDERA(INJURY), DAN KERACUNAN 95
Kegiatan Praktik Klinik
Pelaksanaan Klasifikasi kodefikasi penyakit dan tindakan medis berdasarkan ICD 10 dan ICD 9 CM; Sistem digestif, Sistem endokrin, Sistem Urinaria, sistem Panca Indera, Sistem Saraf, Sistem Mental, Sistem Reproduksi, Sistem Malformasi Kongenital, Sistem Deformitas dan Abnormali Kromosom, Sistem Neoplasma dan infeksi, Sistem cedera(injury), Sistem Keracunan 96
Format Prosedur 97
Format Penilaian 98
Daftar Pustaka 99

GLOSARIUM

Bed Occupancy Rate (BOR)	:	Persentase pemakaian tempat tidur pada satu satuan waktu tertentu. Indiktor ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan dari tempat tidur rumah sakit.
Average Lengt Of Stay (AVLOS)	:	jumlah hari perawatan. Angka yang menunjukkan rata-rata lamanya seorang pasien dirawat, AVLOS ideal = 3 -12 hari.
Turn Over Interval (TOI)	:	periode / jumlah hari perawatan. Rata-rata jumlah hari sebuah tempat tidur tidak terisi, yaitu waktu antara sebuah tempat tidur ditinggalkan pasien sampai dengan saat ditempati lagi oleh pasien lain berikutnya, TOI ideal = 1 – 3 hari..
Bed Turn Over (BTO)	:	Angka yang menunjukkan tingkat penggunaan sebuah tempat tidur, rata-rata jumlah pasien yang menggunakan setiap tempat tidur dalam tahun yang bersangkutan. BTO ideal => 30 kali.
Retensi	:	Retensi atau penyusutan dokumen rekam medis adalah pengurangan jumlah formulir yang terdapat didalam berkas rekam medis dengan cara mensortir/memilih arsip dengan terakhir pasien tersebut dilayani atau 5 tahun setelah pasien tersebut terakhir berobat.
Indeks	:	Tabulasi data pasien yang dibuat sesuai dengan kode (dapat menggunakan kartu indeks atau komputerisasi).

BAB I
PRAKTIK KLINIK ALUR DAN PROSEDUR PASIEN DAN DOKUMEN REKAM MEDIS (DRM)

Nila Sari, S.KM, M.KM

KEGIATAN PRAKTIK KLINIK
PRAKTIK ALUR DAN PROSEDUR PASIEN DAN DOKUMEN REKAM MEDIS (DRM) RAWAT JALAN, RAWAT INAP DAN GAWAT DARURAT

I. ALUR DAN PROSEDUR PASIEN/ DRM RAWAT JALAN DARI PENDAFTARAN SAMPAI DENGAN PULANG

Unit Rawat Jalan adalah bagian dari Rumah Sakit yang memberikan pelayanan berupa tindakan/ perawatan dan pengobatan kepada pasien, serta melakukan pencatatan/ perekaman kondisi pasien dan bertanggung jawab atas segala kegiatannya di rawat jalan.

Ciri-ciri unit rawat jalan :

1. Melayani pasien baik pasien yang berobat maupun yang membutuhkan pelayanan kesehatan.
2. Buka pada jam-jam tertentu
3. Menentukan apakah pasien tersebut dapat dirujuk di sarana pelayanan kesehatan atau di rawat inap.
4. Biasanya melayani pasien dalam jumlah banyak, oleh karena itu membutuhkan kartu tunggu agar pasien dapat antri
5. Melayani pasien yang memiliki penyakit/ gangguan yang tidak mendesak.

Tugas pokok Unit rawat jalan :

1. Menyiapkan segala peralatan dan perlengkapan yang dibutuhkan di Unit Rawat Jalan.
2. Melakukan pencatatan pasien di buku register
3. Memberikan pelayanan dan informasi medis serta pengobatan
4. Melakukan pencatatan/ perekaman kondisi pasien di DRM rawat jalan dengan lengkap

5. Membuat dan menerima surat rujukan
6. Membuat surat pengantar ke IPP (Instalasi Pemeriksaan Penunjang), URI (Unit Rawat Jalan) dan surat keterangan sehat (bila perlu).
7. Membuat Sensus Harian Rawat Jalan (SHRJ).
8. Menerima DRM rawat jalan dari TPPRJ dan mengirimkan ke bagian assembling dengan buku ekspedisi.
9. Membuat informed consent, visum et repertum dan general consent (bila perlu).

Informasi yang dihasilkan di unit rawat jalan :

1. Identitas pasien
2. Jumlah kunjungan pasien di Unit Rawat Jalan (per poliklinik), baik pasien lama dan baru.
3. Jumlah pasien yang dirujuk, pasien rujukan dan jumlah pasien yang dirawat
4. Jumlah pasien rawat jalan BPJS, asuransi maupun mandiri.
5. Riwayat penyakit, anamnesis dan pemeriksaan fisik, diagnosa/ jenis penyakit, terapi (pengobatan) dan tindakan
6. Penanggung jawab pasien (dokter dan perawat)
7. Jumlah pembayaran jasa pelayanan medis dan tindakan dari pasien rawat jalan

Fungsi-fungsi yang terkait :

1. Fungsi distribusi DRM di TPPRJ/ Filling

2. Bagian assembling, coding dan indexing

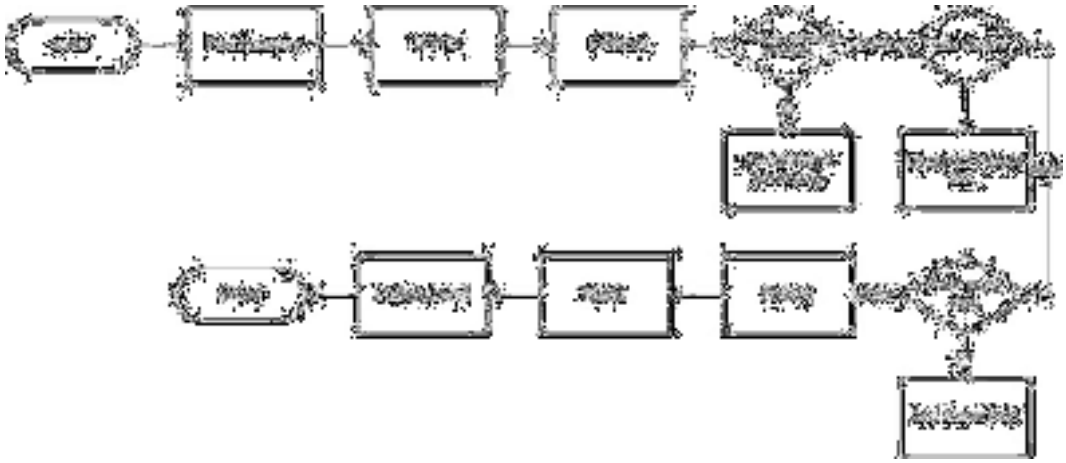
3. Fungsi pemeriksaan penunjang (Laboratorium dan Radiologi)

4. Farmasi

5. Kassa

6. TPPRI

Format alur pelayanan pasien rawat jalan



II. ALUR DAN PROSEDUR PASIEN DAN DOKUMEN REKAM MEDIS (DRM) RAWAT RAWAT INAP

Unit Rawat Inap adalah bagian dari Rumah Sakit yang memberikan pelayanan berupa tindakan/ perawatan dan pengobatan kepada pasien, serta melakukan pencatatan/ perekaman kondisi pasien dan bertanggung jawab atas segala kegiatannya di Unit Rawat Inap.

Ciri-ciri unit rawat inap :

1. Buka 24 jam

2. Terdiri dari dua orang perawat jaga untuk tiap kelas.

3. Melayani pasien yang di rawat inap termasuk memberikan perawatan dan pengobatan.

Tugas Pokok Unit Rawat Inap :

1. Mempersiapkan peralatan dan perlengkapan yang dibutuhkan di Unit Rawat Inap (ruang perawat)
2. Memberikan pengawasan, perawatan, dan pengobatan secara intensif kepada pasien

3. Memberikan informasi kesehatan yang jelas dan transparan kepada pasien atau orang yang bertanggung jawab terhadap pasien dan kepada dokter penanggung jawab pasien.
4. Melakukan pencatatan/ perekaman kondisi pasien ke DRM Rawat Inap, dan rencana penatalaksanaan/ tindak lanjut pasien.
5. Melakukan registrasi pasien ke dalam buku register
6. Membuat surat pengatar rujukan, Instalasi Pemeriksaan Penunjang, surat keterangan sehat, informed consent, visum et repertum (bila perlu)
7. Setiap ada mutasi pasien melaporkan ke TPPRI
8. Membuat Sensus Harian Rawat Inap (SHRI)
9. Melakukan kontrol pendapatan jasa pelayanan bersama dengan Kassa.

Dokumen-dokumen yang harus ada di Unit Rawat Inap :

1. DRM rawat inap yang sesuai dengan jenis penyakitnya.
2. Sensus Harian Rawat Inap (SHRI)
3. Informed consent, surat-surat persetujuan, surat pengantar rujukan dan dirujuk, serta surat keterangan sehat.
4. Formulir laporan penyakit menular
5. Formulir laporan individual pasien
6. Buku laporan perawatan
7. Buku resep
8. Buku register rawat inap
9. Buku ekspedisi rawat inap
10. Buku Catatan Tindakan rawat inap
11. Formulir pengantar pembayaran jasa pelayanan dan tindakan rawat inap.

Fungsi-fungsi terkait :

1. Fungsi distribusi DRM di TPPRJ/ Filling
2. Bagian assembling, coding dan indexing

3. Fungsi pemeriksaan penunjang (Laboratorium dan Radiologi)

4. Farmasi

5. Kassa

6. TPPRI

7. Instalasi Gizi

8. Instalasi Bedah Sentral, terdiri dari : Instalasi Kebidanan, Instalasi Kamar Operasi, Instalasi Kamar Intensif dan, Instalasi Kamar Bayi (VK)

Informasi yang dihasilkan di unit rawat inap :

1. Identitas pasien

2. Jumlah pasien yang masuk setiap bangsal

3. Jumlah pasien keluar dan masuk serta cara keluarnya

4. Hasil pelayanan dan jumlah pasien yang meninggal < 2x24 jam dan >=48 jam.

5. Jumlah hari pasien dirawat di setiap bangsal

6. Jumlah pasien BPJS, asuransi dan mandiri.

7. Jumlah dan jenis pemeriksaan penunjang pasien

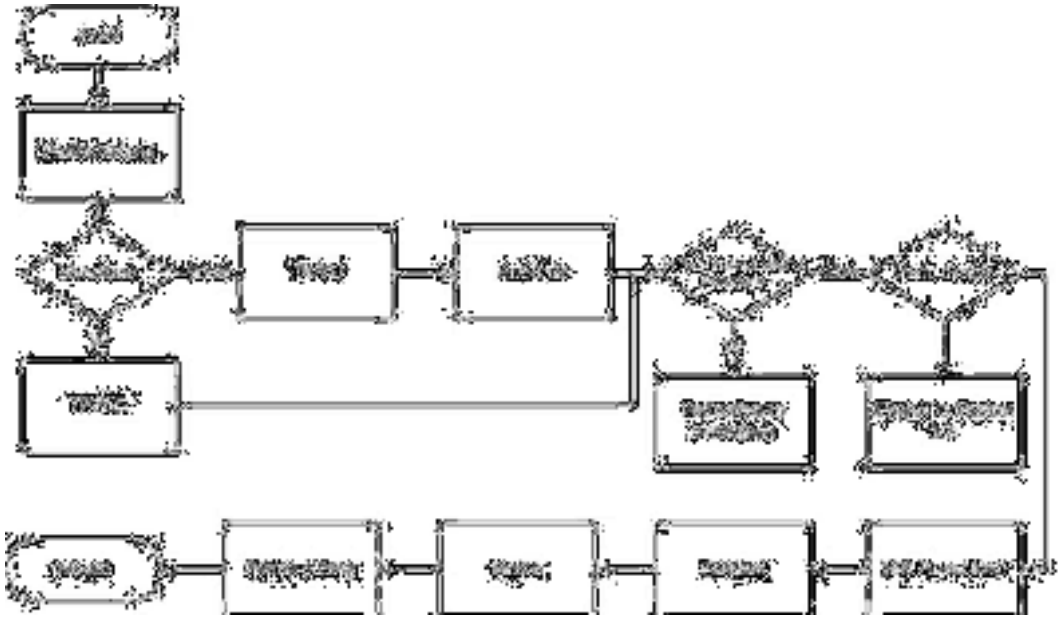
8. Jumlah dan jenis tindakan atau operasi.

9. Jumlah dan jenis penyakit menular dan wabah.

10. Jumlah pembayaran jasa pelayanan medis dan tindakan dari pasien rawat inap.

11. Cara pembayaran jasa rawat inap

Format Alur Rawat Inap pelayanan pasien rawat inap



III. ALUR DAN PROSEDUR PASIEN DAN DOKUMEN REKAM MEDIS (DRM) GAWAT DARURAT

Unit Rawat Darurat adalah bagian dari Rumah Sakit yang memberikan pelayanan berupa tindakan/ perawatan dan pengobatan kepada pasien, serta melakukan pencatatan/ perekaman kondisi pasien dan bertanggung jawab atas segala kegiatannya di Unit Gawat Darurat.

Ciri-ciri unit rawat Darurat :

a. Buka 24 jam
b. Terdiri dari minimal satu orang dokter jaga dan satu orang perawat yang harus ada di UGD
c. Melayani pasien yang membutuhkan pertolongan yang bersifat segera dan mengancam nyawa.
d. Terdapat obat dan alat kesehatan yang mencukupi dan dapat digunakan untuk merawat pasien yang membutuhkan pertolongan mendesak dan mengancam nyawa.

Tugas Pokok Unit Rawat Darurat :

a. Mempersiapkan peralatan dan perlengkapan yang dibutuhkan di Unit Rawat Darurat.
b. Menerima pasien dengan baik dan segera memberikan pertolongan/ perawatan dengan cepat dan tepat.
c. Melakukan perekaman/ pencatatan kondisi pasien di DRM Gawat Darurat dengan lengkap.
d. Menerima DRM Gawat Darurat dari TPPGD dan mengirimkan ke bagian Assembliong dengan buku ekspedisi.
e. Memberikan tindak lanjut atas pasien dengan cepat (bisa dirujuk, dirawat inap maupun rawat jalan).
f. Membuat surat pengantar rawat inap (Admission Note), Instalasi Pemeriksaan Penunjang, rujukan, surat keterangan sehat dan surat kematian (bila perlu)
g. Melakukan registrasi di Buku Register Rawat Darurat
h. Membuat Sensus Harian Rawat Darurat (SHRD)

Dokumen-dokumen yang harus ada di Unit Gawat Darurat :

1. Surat Perintah Rawat Inap (Admission Note)
2. Sensus Harian Rawat Darurat
3. DRM Rawat Darurat
4. Buku register rawat darurat
5. Buku resep
6. Surat pengantar rujukan
7. Surat jawaban rujukan
8. Surat keterangan sehat
9. Surat keterangan kematian
10. Informed consent

11. Buku ekspedisi rawat darurat

12. Buku Catatan Tindakan rawat darurat

14. Formulir pengantar pembayaran jasa pelayanan dan tindakan.

Fungsi-fungsi terkait :

1. Fungsi distribusi DRM di TPPRJ/ Filling

2. Bagian assembling, coding dan indexing

3. Fungsi pemeriksaan penunjang (Laboratorium dan Radiologi)

4. Farmasi

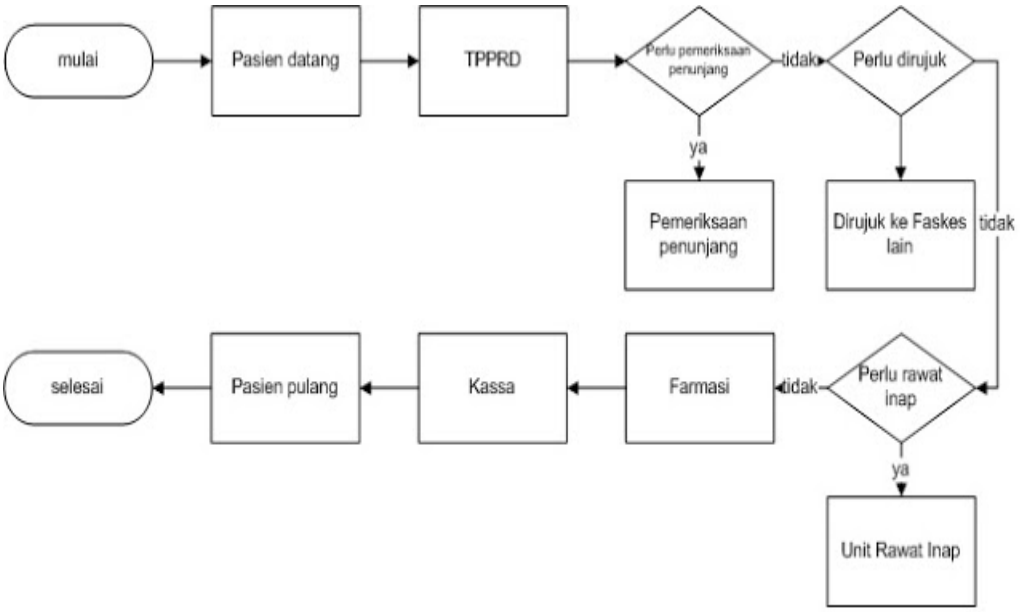
5. Kassa

6. TPPRI

Informasi-informasi yang dihasilkan di Unit Gawat Darurat :

1. Identitas pasien
2. Jumlah kunjungan pasien di Unit Rawat Darurat, baik pasien lama dan baru.
3. Jumlah pasien yang dirujuk, pasien rujukan dan jumlah pasien yang dirawat
4. Jumlah pasien rawat darurat BPJS, asuransi maupun mandiri.
5. Riwayat penyakit, anamnesis dan pemeriksaan fisik, diagnosa/ jenis penyakit, terapi (pengobatan) dan tindakan
6. Penanggung jawab pasien (dokter dan perawat)
7. Jumlah pembayaran jasa pelayanan medis dan tindakan dari pasien rawat darurat
8. Kondisi pasien saat dating
9. Kendaraan yang dipakai untuk tiba di Rumah Sakit

Format alur pelayanan pasien rawat darurat



IV. ALAT DAN BAHAN

Alat dan bahan yang perlu dipersiapkan antara lain:

1. Modul Klinik PKL-IV
2. Buku ADL
3. Alat untuk mencatat (alat tulis)
4. Komputer/Laptop
5. SPO
6. Meja, kursi
7. Buku referensi

V. RINGKASAN

Alur dan flow chart penerimaan pasien yaitu gambar alur atau tata cara penerimaan pasien yang disebut *admitting prosedure* untuk memudahkan petugas dan pasien menerima setiap pelayanan yang dibutuhkan. SPO adalah serangkaian instruksi tertulis yg dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan aktivitas organisasi, bagaimana dan kapan harus dilakukan dimana dan oleh siapa dilakukan. SPO ini menjadi panduan dalam berbagai kegiatan dalam akreditasi Rumah Sakit. Tanpa adanya

SPO akreditasi Rumah Sakit di anggap belum berjalan sesuai dengan rel yang ada. Disamping itu adanya dokumen SPO juga menjadi elemen penilaian untuk akreditasi.

VI. PROSEDUR PRAKTIK KLINIK

1. Mahasiswa mempersiapkan alat yang dibutuhkan
2. Mahasiswa mengidentifikasi alur prosedur penerimaan pasien yang datang ke Rumah Sakit meliputi penerimaan pasien rawat jalan/ inap, baru/lama
3. Mahasiswa mengidentifikasi ketentuan umum penerimaan pasien rawat jalan/inap
4. Mahasiswa melakukan prosedur pasien masuk untuk di rawat inap
5. Mahasiswa menunjukan hasil tugasnya kepada dosen pembimbing dan CI.

VII. HASIL PENGAMATAN

Hasil pengamatan dan tagihan praktik klinik yaitu: Gambar alur *flow chart* penerimaan pasien rawat jalan, rawat inap pada pasien baru dan lama.

VIII. PELAPORAN HASIL PRAKTIK KLINIK

Pelaporan hasil praktik klinik disusun dalam Buku ADL tiap individu dan Laporan PKL secara berkelompok.

IX. UJIAN PRAKTIK KLINIK

Tidak ada ujian praktik klinik. Nilai kegiatan praktik klinik Pelaksanaan Proses Alur Prosedur Penerimaan Pasien di Unit Rawat Jalan dan Rawat Inap diberikan melalui Buku ADL tiap individu dan Laporan PKL yang diseminarkan secara berkelompok.

FORMATPROSEDUR

PRAKTIK KLINIK ALUR DAN PROSEDUR PASIEN DAN DOKUMEN REKAM MEDIS (DRM)

Nama : .....

NIM : .....

Tanggal : .....

Penguji : .....

NO	PROSEDUR
	PersiapanAlat
1	Modul Klinik PKL-IV
2	Buku ADL
3	Alat untuk mencatat (alat tulis)
4	Komputer/Laptop
5	Meja, kursi
6	Buku referensi
	Tahap Kerja
1	Mahasiswa mempersiapkan alat yang dibutuhkan.
2	Mahasiswa membuat Flowchat alur pendaftaran
3	Mahasiswa menunjukan hasil tugasnya kepada dosen pembimbing dan CI.
	Sikap
1	Teliti
2	Sistematis
3	Objektif

Komentar :

FORMAT PENILAIAN

Skala Penilaian	0	1	2	3	Nilai
Persiapan alat	Tidak menyiapakan alat	Bila alat yang disiapkan 75% sesuai standart praktik klinik	Bila alat yang disiapkan sudah sesuai standart pratikum namun penggunaan alat kurang paham	Bila alat yang disiapkan lengkap sesuai standart praktik klinik dan penggunaan alat sudah paham	
Tahap Kerja	Tidak melakukan semua tahap kerja	Hanya melakukan 1 tahap kerja dari 4 tahap yang harus dilakukan	Hanya melakukan 2-3 tahap kerja dari 4 tahap yang harus dilakukan	Melakukan seluruh (4 tahap) kerja dengan baik	
Sikap	Tidak menunjukan sikap yang baik selama praktik klinik berlangsung	Hanya menunjukan 1 sikap dari 3 sikap interaksi yang baik	Hanya menunjukan 2 sikap dari 3 sikap interaksi yang baik	Menunjukan seluruh sikap (3 sikap) dengan baik saat praktik klinik berlangsung	

Nilai Akhir = $\frac{Jumlahtotalskor}{12} \times 100 =$ ……

Nilai ≥ 75 : Selamat Buat Anda

Nilai < 75 : Ulangi materi dan praktik klinik

TandaTanganMahasiswa TandaTanganPenguji

(……) (.....)

DAFTAR PUSTAKA

Budi,Savitri Citra. 2011. *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta: Quantum Sinergi Media.

Farida, Wilda Eka, 2019. *Manajemen Sumber Daya Manusia dan Ergonomi Unit Kerja Rekam Medis*. Sidoarjo: Indomedia Pustaka.

Hatta, Gemala R. 2009. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Universitas IndonesiaPress.

Hasibuan S.P, Malayu. 2016. *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Edisi Revisi, Jakarta: PT Bumi Aksara.

Kepmenkes RI No 377 Tahun 2007 tentang *Standar Profesi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.*

Permenkes RI No 81 Tahun 2004 tentang *Pedoman Perencanaan SDM Kesehatan.*

BAB II
PRAKTIK KLINIK SISTEM REGISTRASI, IDENTIFIKASI DAN INDEKS UTAMA PASIEN (MASTER PATIENT INDEKS)

Nila Sari, S.KM, M.KM

KEGIATAN PRAKTIK KLINIK
PRAKTEK SISTEM REGISTRASI PASIEN RAWAT JALAN, RAWAT INAP, GAWAT DARURAT DAN INDEKS UTAMA PASIEN RAWAT JALAN, RAWAT INAP, RAWAT DARURAT DAN INDEKS UTAMA PASIEN

I. SISTEM REGISTERASI PASIEN RAWAT JALAN

Sistem Pendaftaran Pasien, Menurut DEPKES, 1997 sistem pendaftaran merupakan pelayanan pertama kali yang diterima pasien saat tiba di rumah sakit. Disinilah pasien mendapatkan kesan baik ataupun sebaliknya. Tata cara melayani pasien dapat dinilai baik bilamana dilaksanakan petugas dengan sikap yang ramah, sopan, tertib, dan penuh yanggung jawab.

Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan kedokteran yang disediakan untuk pasien tidak dalam bentuk rawat inap (Feste, 1989).

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

II. SISTEM REGISTRASI PASIEN RAWAT INAP

Bersumber dari DEPKES, 1997 Penerimaan Pasien Rawat Inap berfungsi menerima pasien untuk dirawat di rumah sakit. Pada bab V menerangkan tentang :

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 II

III. SISTEM REGISTRASI PASIEN GAWATDARURAT

Menurut Azwar, 1996 pelayanan gawat darurat merupakan pelayanan kedokteran yang dibutuhkan oleh penderita dalam waktu segera atau pertolongan segera dan mendadak untuk menyelamatkan kehidupannya.

Berdasarkan Prosedur Tetap RSUD Sleman Penerimaan Pasien Gawat Darurat yaitu :

1. Pasien mendaftar di TPP IGD yang menyatu dengan TPP Rawat Inap. Jika pasien dalam keadaan darurat pasien bisa langsung masuk IGD baru kemudian keluarga/pengantar mendaftarkan di TPP.
2. Untuk Pasien Baru :

a. Pasien, keluarga atau pengantar mendaftar di loket penerimaan dengan menunjukkan kartu identitas pasien (KTP, SIM, dll).

b. Pasien diberikan nomor rekam medis dan dibuatkan kartu berobat yang akan digunakan setiap kali berkunjung.
c. Petugas memasukkan data pasien ke dalam komputer.
d. Petugas membuatkan berkas rekam medis.
e. Bagi pasien akses membawa kartu akses dan surat rujukan dari Rumah Sakit.
f. Bagi pasien askin membawa kartu askin, dan surat rujukan dari Rumah Sakit.

3. Untuk pasien lama :

a. Pasien, keluarga atau pengantar datang dengan membawa kartu berobat.
b. Petugas memasukkan data pasien ke komputer.
c. Bagi pasien askes membawa kartu askes dan surat rujukan dari Rumah Sakit.

Sistem Penomoran

Menurut DEPKES, 1997 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 dismpan 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.

SISTEM PENAMAAN

1. 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 terebut

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.

2. Nama Orang Eropa

Nama keluarga orang eropa terletak di bagian akhir nama tersebut

Contoh :

Nama pasien : Bryan McFadden

Nama pasien ditulis menjadi : McFadden, Bryan

3. Nama orang Arab

Contoh :

Nama pasien : Umar bin Khattab

Nama pasien ditulis menjadi : Khattab, Umar bin

4. Nama orang India, Jepang, Thailand

Contoh :

Nama pasien : Shinichi Kudo

Nama pasien ditulis menjadi : Kudo, Shinichi

5. 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

6. Nama Cina yang digabung dengan nama Amerika

Contoh :

Nama pasien : Silvia Than

Nama pasien ditulis menjadi : Than, Silvia

7. Nama orang suci dan haji menjadi bagian dari nama tersebut

Contoh:

Nama pasien : Haji Umar Said

Nama pasien ditulis menjadi : Said, Haji Umar

8. 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

IV. INDEKS UTAMA PASIEN

Menurut Dirjen Yanmed (1997:20) Kartu Indeks Utama Paisen (KIUP) adalah kartu katalog yang berisi identitas pasien baru dan nomor rekam medis serta sebagai salah satu cara unuk menunjang kelancaran pelayanan terhadap pasien. KIUP digunakan sebagai kunci untuk memperoleh rekam medis pasien, terutama apabila pasien lupa membawa KIB (Kartu Identitas Berobat) yang disimpan oleh sarana pelayanan kesehatan dan disusun berdasarkan alphabet/ kamus dari nama pasien dapat dibuat secara manual atau apabila dengan computer harus bisa ditampilkan di monitor atau dapat di print out dengan ukuran standar 12,5 x 7,5 cm.

Prosedur Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP)

Adapun prosedur yang harus dilakukan dalam pembuatan kartu indeks utama pasien (KIUP) yaitu petugas admission mengirim tembusan slip admission semua pasien yang dirawat ke IRM (Intalasi Rekam Medis) secara harian, pengecekan dilakukan untuk menelusuri apakah ada pasien yg sudah pernah

dirawat, jika sudah maka KIUP yang lama dicabut, kemudian dilengkapi dengan data terbaru, bila pasien belum punya KIUP maka diterbitkan KIUP nya, dibeberapa RS KIUP disimpan secara terpisah (house file) & dikotak file KIUP diletakkan sampai pas keluar RS, jika pas keluar maka KIUP diambil dari in-house box, diisikan tanggal keluar, keadaan pulang [sembuh atau meninggal (pakai tinta merah)].

Data Pada Kartu Indek Utama Pasien (KIUP)

Adapun data yang harus ada pada KIUP (kartu Indeks Utama Pasien) yaitu :

1). Halaman depan KIUP

a. Identitas RS (Nama & Alamat)
b. Nama Formulir
c. Nama lengkap pasien & nama orangtua/marga
d. Nomor Rekam Medis
e. Tempat/Tanggal lahir
f. Jenis Kelamin, Status perkawinan, Agama, Pekerjaan
g. Alamat Lengkap

2). Halaman belakang KIUP

a. Tanggal Masuk/Tanggal Keluar
b. Dokter
c. Hasil

Penyimpanan Kartu Indek Utama Pasien (KIUP)

KIUP dijajar seperti lazimnya urutan kata dalam kamus, huruf abjad diurut berdasarkan nama keluarga (marga, nama pertama) yg diikuti nama pasien, bila ada nama keluarga pasien yang sama maka disusun menurut abjad nama pasien, jika nama diri juga sama maka di susun berdasarkan nama tengah. Jika semuanya sama maka disusun berdasarkan tanggal lahir atau usia, dimana usia lebih tua ditaruh mendahului usia lebih muda. Cara ini akan memudahkan dalam pengambilan kembali (retrieval), ada juga cara pengorganisasiannya berdasarkan tanggal & tahun kunjungan, hal ini akan menyulitkan dalam pengambilan kembali (retrieval).

V. ALAT DAN BAHAN

Alat dan bahan yang perlu dipersiapkan antara lain:

1. Modul Klinik PKL-IV
2. Buku ADL
3. Alat untuk mencatat (alat tulis)
4. KIUP
5. KIB
6. Buku Registrasi Pendaftaran
7. Komputer/Laptop
8. Meja, kursi
9. Buku referensi

VI. RINGKASAN

Sistem pendaftaran pasien ini dapat dibedakan menjadi pendaftaran pasien baru dan pasien lama. Ketika melakukan pendaftaran pasien seorang petugas rekam medis harus mengetahui cara membuat sistem penomoran pada berkas rekam medis dan mampu membuat sistem penamaan yang benar ketika melakukan pendaftaran pasien terutama pada pasien baru dan dituliskan pada map berkas rekam medis.

VII. PROSEDUR PRAKTIK KLINIK

1. Mahasiswa mempersiapkan alat yang dibutuhkan.
2. Mahasiswa melakukan registrasi pasien mulai dari sistem penomoran berkas rekam medis sampai sistem penamaan pada berkas rekam medis.
3. Mahasiswa membuat Kartu Identitas Berobat
4. Mahasiswa mengisi identitas data sosial pada formulir
5. Mahasiswa menunjukan hasil tugasnya kepada dosen pembimbing dan CI.

VIII. HASIL PENGAMATAN

Hasil pengamatan dan tagihan praktik klinik yaitu:

1. Hasil registrasi pasien baru dan pasien lama (rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat) sebanyak 5 pasien
2. Hasil pembenaran didalam sistem penomoran berkas rekam medis dan sistem penamaannya.

IX. PELAPORAN HASIL PRAKTIK KLINIK

Pelaporan hasil praktik klinik disusun dalam Buku ADL tiap individu dan Laporan PKL secara berkelompok.

X. UJIAN PRAKTIK KLINIK

Tidak ada ujian praktik klinik. Nilai kegiatan praktik klinik tentang Sistem Registrasi, identifikasi dan indeks utama pasien (Master Patient Indeks)diberikan melalui Buku ADL tiap individu dan Laporan PKL yang diseminarkan secara berkelompok.

FORMATPROSEDUR

PRAKTIK KLINIK SISTEM REGISTRASI, IDENTIFIKASI DAN INDEKS UTAMA PASIEN (MASTER PATIENT INDEKS)

Nama : .....

NIM : .....

Tanggal : .....

Penguji : .....

NO	PROSEDUR
	PersiapanAlat
1	Modul Klinik PKL-IV
2	Buku ADL
3	Alat untuk mencatat (alat tulis)
4	Komputer/Laptop
5	Alat hitung/kalkulator
6	Meja, kursi
7	Buku referensi
	Tahap Kerja
1	Mahasiswa mempersiapkan alat yang dibutuhkan.
2	Mahasiswa melakukan registrasi pasien rawat jalan
3	Mahasiswa melakukan registrasi pasien rawat Inap
4	Mahasiswa melakukan registrasi pasien Gawat Darurat
5	Mahasiswa menunjukan hasil tugasnya kepada dosen pembimbing dan CI.
	Sikap
1	Teliti
2	Sistematis
3	Objektif

Komentar :

FORMAT PENILAIAN

Skala Penilaian	0	1	2	3	Nilai
Persiapan alat	Tidak menyiapakan alat	Bila alat yang disiapkan 75% sesuai standart praktik klinik	Bila alat yang disiapkan sudah sesuai standart pratikum namun penggunaan alat kurang paham	Bila alat yang disiapkan lengkap sesuai standart praktik klinik dan penggunaan alat sudah paham	
Tahap Kerja	Tidak melakukan semua tahap kerja	Hanya melakukan 1-2 tahap kerja dari 6 tahap yang harus dilakukan	Hanya melakukan 3-5 tahap kerja dari 6 tahap yang harus dilakukan	Melakukan seluruh (6 tahap) kerja dengan baik	
Sikap	Tidak menunjukan sikap yang baik selama praktik klinik berlangsung	Hanya menunjukan 1 sikap dari 3 sikap interaksi yang baik	Hanya menunjukan 2 sikap dari 3 sikap interaksi yang baik	Menunjukan seluruh sikap (3 sikap) dengan baik saat praktik klinik berlangsung	

Nilai Akhir = $\frac{Jumlahtotalskor}{15} \times 100 =$ ……

Nilai ≥ 75 : Selamat Buat Anda

Nilai < 75 : Ulangi materi dan praktik klinik

TandaTanganMahasiswa TandaTanganPenguji

(……) (.....)

DAFTAR PUSTAKA

Enda K. Huffman. 1994. *Health Information Management, Edisi 10.* Berwyn IIIinois : Psycians Record Company.

http://rekammedisugm08.blogspot.com/2009/05/rekam-medis-menurut-permenkes-no.html

BAB III
PRAKTIK KLINIK PENDOKUMENTASIKAN JENIS/ FORMAT DAN ISI DRM

Nila Sari, S.KM, M.KM

KEGIATAN PRAKTIK KLINIK
PRAKTEK PENDOKUMENTASIKAN JENIS/ FORMAT DAN ISI DRM

I. TEORI

A. Definisi Dokumentasi

Tungpalan (1983) mengatakan bahwa "Dokumen adalah suatu catatan yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum" . Sedangkan pendokumentasian adalah pekerjaan mencatat atau merekam peristiwa dan objek maupun aktifitas pemberian jasa (pelayanan) yang dianggap berharga dan penting. Dokumentasi merupakan suatu informasi lengkap meliputi status kesehatan pasien, kebutuhan pasien, kegiatan asuhan keperawatan/kebidanan serta respons pasien terhadap asuhan yang diterimanya. Dengan demikian dokumentasi rekam medis mempunyai porsi yang besar dari catatan klinis pasien yang menginformasikan faktor tertentu atau situasi yang terjadi selama asuhan dilaksanakan. Disamping itu catatan juga dapat sebagai wahana komunikasi dan koordinasi antar profesi (Interdisipliner) yang dapat dipergunakan untuk mengungkap suatu fakta aktual untuk dipertanggungjawabkan.

Catatan pasien merupakan suatu dokumen yang legal, dari status sehat sakit pasien pada saat lampau, sekarang, dalam bentuk tulisan, yang menggambarkan asuhan keperawatan/ kebidanan yang diberikan. Umumnya catatan pasien berisi imformasi yang mengidentifikasi masalah, diagnosa keperawatan dan medik, respons pasien terhadap asuhan kerawatan/kebidanan yang diberikan dan respons terhadap pengobatan serta berisi beberapa rencana untuk

intervensi lebih lanjutan. Keberadaan dokumentasi baik berbentuk catatan maupun laporan akan sangat membantu komunikasi antara sesama perekam medis maupun disiplin ilmu lain dalam rencana pengobatan.

Kategori informasi yang biasanya masuk dalam status (chart) pasien adalah :

1. Data demografik
2. Riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik
3. Formulir persetujuan
4. Diagnosa
5. Pengobatan
6. Catatan perkembangan /kemajuan
7. Catatan secara berkesinambungan (flow sheet)
8. Catatan perawat
9. Keberadaan dokumentasi baik berbentuk catatan maupun laporan akan sangat membantu dalam berkomunikasi baik antara sesama perawat/bidan maupun lembaran tindakan (treatment)
10. Catatan laboratorium
11. Laporan rontgen (X – ray)
12. Ringkasan pasen pulang

TUJUAN DOKUMENTASI

Sebagai Sarana Komunikasi

Dokumentasi yang dikomunikasikan secara akurat dan lengkap dapat berguna untuk:

1. Membantu koordinasi rekam medi yang diberikan oleh tim kesehatan.
2. Mencegah informasi yang berulang terhadap pasien atau anggota tim kesehatan atau mencegah tumpang tindih, bahkan

sama sekali tidak dilakukan untuk mengurangi kesalahan dan meningkatkan ketelitian dalam memberikan informasi pada pasien.

3. Membantu perekam medis dalam menggunakan waktu sebaik-baiknya.
4. Sebagai Tanggung Jawab dan Tanggung Gugat
5. Sebagai upaya untuk melindungi pasien terhadap kualitas pelayanan kesehatan yang diterima dan perlindungan terhadap keamanan perekam medis dalam melaksanakan tugasnya, maka perekam medis diharuskan mencatat segala tindakan yang dilakukan terhadap pasien. Hal ini penting berkaitan dengan langkah antisipasi terhadap ketidakpuasan pasen terhadap pelayanan yang diberikan dan kaitannya dengan aspek hukum yang dapat dijadikan settle concern, artinya dokumentasi dapat digunakan untuk menjawab ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diterima secara hukum.
6. Sebagai Informasi statistik

   Data statistik dari dokumentasi perekam medis dapat membantu merencanakan kebutuhan di masa mendatang, baik SDM, sarana, prasarana dan teknis.

7. Sebagai Sarana Pendidikan

   Dokumentasi asuhan perekam medis yang dilaksanakan secara baik dan benar akan membantu para siswa rekam medis maupun siswa kesehatan lainnya dalam proses belajar mengajar untuk mendapatkan pengetahuan dan membandingkannya, baik teori maupun praktek lapangan.

8. Sebagai Sumber Data Penelitian

   Informasi yang ditulis dalam dokumentasi dapat digunakan sebagai sumber data penelitian. Hal ini erat kaitannya dengan yang dilakukan terhadap rekam medis yang diberikan, sehingga

melalui penelitian dapat diciptakan satu bentuk pelayanan kesehatan yang aman, efektif dan etis.

9. Sebagai Jaminan Kualitas Pelayanan Kesehatan

   Melalui dokumentasi yang dilakukan dengan baik dan benar, diharapkan pelayanan kesehatan yang berkualitas dapat dicapai, karena jaminan kualitas merupakan bagian dari program pengembangan pelayanan kesehatan. Suatu perbaikan tidak dapat diwujudkan tanpa dokumentasi yang kontinu, akurat dan rutin baik yang dilakukan oleh perekam medis maupun tenaga kesehatan lainnya. Audit jaminan kualitas membantu untuk menetapkan suatu akreditasi pelayanan rekam medis dalam mencapai standar yang telah ditetapkan.

10. Sebagai Sumber Data Perencanaan Rekam Medis Berkelanjutan

    Dengan dokumentasi akan didapatkan data yang aktual dan konsisten mencakup seluruh kegiatan perekam medis yang dilakukan melalui tahapan kegiatan proses pelayanan kesehatan.

PRINSIP-PRINSIP PENDOKUMENTASIAN

Prinsip pencatatan ditinjau dari dua segi, yaitu dari segi isi maupun teknik pencatatan.

1. Isi Pencatatan

a. Mengandung Nilai Administratif

   Misalnya rangkaian pendokumentasian kegiatan pelayanan kesehatan merupakan alat pembelaan yang sah manakala terjadi gugatan.

b. Mengandung Nilai Hukum

   Misalnya catatan medis kesehatan dapat dijadikan sebagai pegangan hukum bagi rumah sakit, petugas kesehaan, maupun pasien.

c. Mengandung Nilai Keuangan

Kegiatan pelayanan medis akan menggambarkan tinggi rendahnya biaya perawatan yang merupakan sumber perencanaan keuangan rumah sakit.

d. Mengandung Nilai Riset

Pencatatan mengandung data, atau informasi, atau bahan yang dapat digunakan sebagai objek penelitian, karena dokumentasi merupakan informasi yang terjadi di masa lalu.

e. Mengandung Nilai Edukasi

Pencatatan medis dapat digunakan sebagai referensi atau bahan pengajaran di bidang profesi si pemakai.

2. Teknik Pencatatan

a. Menulis nama pasien pada setiap rekam medis
b. Mudah dibaca, sebaiknya menggunakan tinta warna biru atau hitam
c. Akurat, menulis catatan selalu dimulai dengan menulis tanggal, waktu dan dapat dipercaya secara faktual
d. Ringkas, singkatan yang biasa digunakan dan dapat diterima, dapat dipakai.Contoh : Kg untuk Kilogram
e. Pencatatan mencakup keadaan sekarang dan waktu lampau
f. Jika terjadi kesalahan pada saat pencatatan, coret satu kali kemudian tulis kata “salah” diatasnya serta paraf dengan jelas. Dilanjutkan dengan informasi yang benar “jangan dihapus”. Validitas pencatatan akan rusak jika ada penghapusan.
g. Tulis nama jelas pada setiap hal yang telah dilakukan dan bubuhi tanda tangan
h. Jika pencatatan bersambung pada halaman baru, tandatangani dan tulis kembali waktu dan tanggal pada bagian halaman tersebut.

II. ALAT DAN BAHAN

Alat dan bahan yang perlu dipersiapkan antara lain:

1. Modul Klinik PKL-IV
2. Buku ADL
3. Alat untuk mencatat (alat tulis)
4. Komputer/Laptop
5. Meja, kursi

6. Buku referensi

III. RINGKASAN

Catatan pasien merupakan suatu dokumen yang legal, dari status sehat sakit pasien pada saat lampau, sekarang, dalam bentuk tulisan, yang menggambarkan asuhan keperawatan/ kebidanan yang diberikan. Umumnya catatan pasien berisi imformasi yang mengidentifikasi masalah, diagnosa keperawatan dan medik, respons pasien terhadap asuhan kerawatan/kebidanan yang diberikan dan respons terhadap pengobatan serta berisi beberapa rencana untuk intervensi lebih lanjutan. Keberadaan dokumentasi baik berbentuk catatan maupun laporan akan sangat membantu komunikasi antara sesama perekam medis maupun disiplin ilmu lain dalam rencana pengobatan.

IV. PROSEDUR PRAKTIK KLINIK

1. Mahasiswa mempersiapkan alat yang dibutuhkan.
2. Mahasiswa mengidentifikasi Data Non Klinis (*administrative*):data demografi, data keuangan, *preliminary clinical data, consents*
3. Mahasiswa melakukan Informasi Klinis:Medical history, lab pemeriksaan fisik, intruksi dokter, catatan perkembangan, ringkasan klinik dan Resume
4. Mahasiswa menunjukan hasil tugasnya kepada dosen pembimbing dan CI.

V. HASIL PENGAMATAN

Hasil pengamatan dan tagihan praktik klinik yaitu Hasil identifikasi data non klinis dan data klinis sebanyak 10 berkas rekam medis

VI. PELAPORAN HASIL PRAKTIK KLINIK

Pelaporan hasil praktik klinik disusun dalam Buku ADL tiap individu dan Laporan PKL secara berkelompok.

VII. UJIAN PRAKTIK KLINIK

Tidak ada ujian praktik klinik. Nilai kegiatan praktik klinik pendokumentasikan jenis/ format dan isi DRM diberikan melalui Buku ADL tiap individu dan Laporan PKL yang diseminarkan secara berkelompok.

FORMATPROSEDUR

PRAKTIK KLINIK PENDOKUMENTASIKAN JENIS/ FORMAT DAN ISI DRM

Nama : .....

NIM : .....

Tanggal : .....

Penguji : .....

NO	ASPEKYANGDINILAI
	PersiapanAlat
1	Modul Klinik PKL-IV
2	Buku ADL
3	Alat untuk mencatat (alat tulis)
4	Komputer/Laptop
5	Meja, kursi
6	Buku referensi
	Tahap Kerja
1	Mahasiswa mempersiapkan alat yang dibutuhkan.
2	Mahasiswa mengidentifikasi Data Non Klinis (*administrative*):data demografi, data keuangan, *preliminary clinical data, consents*
3	Informasi Klinis:Medical history, lab pemeriksaan fisik, intruksi dokter, catatan perkembangan, ringkasan klinik dan Resume
4	Mahasiswa menunjukan hasil tugasnya kepada dosen pembimbing dan CI.
	Sikap
1	Teliti
2	Sistematis
3	Objektif

Komentar :

FORMAT PENILAIAN

Skala Penilaian	0	1	2	3	Nilai
Persiapan alat	Tidak menyiapakan alat	Bila alat yang disiapkan 75% sesuai standart praktik klinik	Bila alat yang disiapkan sudah sesuai standart pratikum namun penggunaan alat kurang paham	Bila alat yang disiapkan lengkap sesuai standart praktik klinik dan penggunaan alat sudah paham	
Tahap Kerja	Tidak melakukan semua tahap kerja	Hanya melakukan 1 tahap kerja dari 4 tahap yang harus dilakukan	Hanya melakukan 2-3 tahap kerja dari 4 tahap yang harus dilakukan	Melakukan seluruh (4 tahap) kerja dengan baik	
Sikap	Tidak menunjukan sikap yang baik selama praktik klinik berlangsung	Hanya menunjukan 1 sikap dari 3 sikap interaksi yang baik	Hanya menunjukan 2 sikap dari 3 sikap interaksi yang baik	Menunjukan seluruh sikap (3 sikap) dengan baik saat praktik klinik berlangsung	

Nilai Akhir = $\frac{Jumlahtotalskor}{13} \times 100 =$ ……

Nilai ≥ 75 : Selamat Buat Anda

Nilai < 75 : Ulangi materi dan praktik klinik

TandaTanganMahasiswa TandaTanganPenguji

(……) (.....)

DAFTAR PUSTAKA

Faida, Eka Wilda. 2019. *Manajemen Sumber Daya Manusia dan Ergonomi Unit Kerja Rekam Medis*. Sidoarjo: Indonesia Pusaka.

Rustam, Bambang Rianto. 2017. *Manajemen Risiko: Prinsip, Penerapan, dan Penelitian*. Jakarta: Salemba Empat.

Siahaan, Hinsa. 2008, *Manajemen Resiko Konsep, Kasus dan Implementasi*: Jakarta

Siswati dan Yati Maryati. 2017. *Manajemen Mutu Informasi Kesehatan: Akreditasi dan Manjemen Resiko*. Jakarta: Kemenkes RI.

BAB IV
PRAKTIK KLINIK PENATAAN DRM/ ASSEMBLING, PENYIMPANAN DRM, PENJAJARAN DRM

Nila Sari, S.KM, M.KM

KEGIATAN PRAKTIK KLINIK 1
PRAKTEK PENATAAN DRM / ASSEMBLING

I. TEORI

A. Pengertian Assembling

Arti kata assembling adalah perakitan dokumen rekam medis dengan menganalisis kelengkapan berkas rekam medis.

Pendapat lain assembling adalah pengorganisasian formulir yang menggambarkan siapa, apa, kapan dan bagaimana dalam hal pelayanan kesehatan pasien yang merupaka bukti tertulis tentang dikumen resmi rumah sakit secara kronologis.

Tujuan Assembling Berkas Rekam Medis

Adalah memberi gambaran fakta terkait keadaan pasien, riwayat penyakit dan pengobatan masa lalu serta saat ini yang ditulis oleh profesi kesehatan dalam pelayanan kepada pasien.

Manfaat Assembling Berkas Rekam Medis

Adalah user memperoleh data keadaan kesehatan individu yag mendapat yankes, meliputi data sosial pasien, catatan imunisasi, hasil pemeriksaan fisik sesuai dengan penyakit dan pengobatan yang diperoleh selama mendapat pelayanan.

Fungsi dan peranan assembling dalam pelayanan rekam medis adalah sebagai perakit formulir rekam medis, peneliti isi data rekam medis, pengendali dokumen rekam medis tidak lengkap, pengendali penggunaaan nomor rekam medis dan formulir rekam medis.

Berdasarkan fungsi di atas, assembling memiliki tugas pokok sebagai berikut:

1. Menerima dokumen rekam medis dan sensus harian dari unit-unit pelayanan
2. menyerahkan dokumen rekam medis baru dan kelegkapan formulirnya kepada unit pengguna
3. Mencatat setiappenggunaan formulir rekam medis ke dalam buku pengendalian penggunaan formulir rekam medis
4. Mengalokasikan dan mencatat penggunaan nomor rekam medis kedalam buku penggunaan nomor RM
5. Menerima pengembalian dokumen rekam medis dan sensus harian rawat inap, rawat jalan, dan unit gawat darurat dengan menandatangani buku ekspedisi
6. Mencocokan jumlah dokumen rekam medis dan jumlah pasien yang tertulis pada sensus harian. Jumlah dokumen rekam medis yang di terima harus sesuai dengan jumlah yang tercatat dalam sensus harian
7. Meneliti isi kelengkapan dokumen rekam medis dan mencatat identitas pasien ke dalam kartu kendali. Sambil meneliti kelengkapan isi sekaligus formulir-formulir rekam medis di atur kembali sehingga sejarah dan riwayat penyakit pasien mudah di telusuri
8. Bila dokumen rekam medis belum lengkap, tulis ketidaklengkapannya di atas secarik kertas yang ditempelkan yang ditempelkan pada sampul depan dokumen rekam medis kemudian dikembalikan ke unit pelayanan yang bersangkutan untuk dilengkapi oleh petugas yang bertanggung jawab dengan menggunakan buku ekspedisi, penggunaan kartu kendali di simpan menurut tanggal pengembalian
9. Menyerahkan dokumen rekam medis yang sudah lengkap
10. Menyerahkan sensus harian ke fungsi analisdan pelaporan
11. Mencatat dan mengendalikan dokumen rekam medis yang isinya belum lengkap dan secara periodik melaporkan kepada kepala unit

rekam medis mengenai ketidak lengkapan isi dokument dan petugas yang bertanggung jawab terhadap kelengkapan isi tersebut.

12. Mengendalikan penggunaan formulir – formulir rekam medis dan secara periodik melaporkan kepada kepala unit rekam medis mengenai jumlah dan jenis formulir yang digunakan;
13. Membuat laporan penggunaan formulir rekam medis.
14. Fungsi-fungsi yang terkait dengan assembling menyerahkan dokumen rekam medis baru dan kelegkapan formulirnya kepada unit pengguna
15. Mencatat setiap penggunaan formulir rekam medis ke dalam buku pengendalian penggunaan formulir rekam medis
16. Mengalokasikan dan mencatat penggunaan nomor rekam medis kedalam buku penggunaan nomor RM
17. Menerima pengembalian dokumen rekam medis dan sensus harian rawat inap, rawat jalan, dan unit gawat darurat dengan menandatangani buku ekspedisi
18. Mencocokan jumlah dokumen rekam medis dan jumlah pasien yang tertulis pada sensus harian. Jumlah dokumen rekam medis yang di terima harus sesuai dengan jumlah yang tercatat dalam sensus harian
19. Meneliti isi kelengkapan dokumen rekam medis dan mencatat identitas pasien kedalam kartu kendali. Sambil meneliti kelengkapan isi sekaligus formulir-formulir rekam medis di atur kembali sehingga sejarah dan riwayat penyakit pasien mudah di telusuri
20. Bila dokumen rekam medis belum lengkap, tulis ketidaklengkapannya di atas secarik kertas yang ditempelkan pada sampul depan dokumen rekam medis kemudian dikembalikan ke unit pelayanan yang bersangkutan untuk dilengkapi oleh petugas yang bertanggung jawab dengan menggunakan buku ekspedisi, penggunaan kartu kendali disimpan menurut tanggal pengembalian
21. Menyerahkan dokumen rekam medis yang sudah lengkap
22. Menyerahkan sensus harian ke fungsi analis dan pelaporan

23. Mencatat dan mengendalikan dokumen rekam medis yang isinya belum lengakap dan secara periodik melaporkan kepada kepala unit rekam medis mengenai ketidaklengkapan isi dokument dan petugas yang bertanggung jawab terhadap kelengkapan isi tersebut.
24. Mengendalikan penggunaan formulir – formulir rekam medis dan secara periodik melaporkan kepada kepala unit rekam medis mengenai jumlah dan jenis formulir yang digunakan;
25. Membuat laporan penggunaan formulir rekam medis.

II. ALAT DAN BAHAN

Alat dan bahan yang perlu dipersiapkan antara lain:

1. Modul Klinik PKL-IV
2. Buku ADL
3. Alat untuk mencatat (alat tulis)
4. Komputer/Laptop
5. Meja, kursi
6. Buku referensi

III. RINGKASAN

Unsur-unsur pengendalian yang menjamin pelaksanaan sistem pelayanan rekam medis di assembling

1. Kartu kendali, fungsi kartu kendali
    a. Mengendalikan rekam medis yang belum lengkap, pencatatan data rekam medis guna pengendalian rekam medis tidak lengkap dari pengkodean penyakit, kode operasi, kode sebab kematian dan kode dokter.
    b. Mengendalikan dokumen rekam medis tidak lengkap dikembalikan ke unit rekam medis.
    c. Melacak kehilangan dokumen, misalnya melacak keberadaan dokumen rekam medis yang sedang dilengkapi.
    d. Membuat indeks penyakit, operasi, kematian, dan indeks dokter.
    e. Menghitung angka Incomplete Medical Records (IMR) yaitu membuat laporan ketidaklengkapan isi dokumen.

2. Digunakannya buku ekspedisi untukserah terima dokumen rekam medis
3. Buku catatan penggunan nomor
4. Buku catatan penggunaan formulir
5. Lembar pemantauan kelengkapan DRM
6. Analisa kuantitatif
7. Alat tulis kantor (ATK) misalnya pembolong kertas (perforator), gunting, sablon, alat tulis sablon (rotring 0,8 mm).
8. Perlengkapan kantor furnitur (meja, kursi, rak kertas, rak sortir), alat komunikasi (telpon).
9. Perlengkapan lain untuk menjaga kebersiha seperti tempat sampah.

IV. PROSEDUR PRAKTIK KLINIK

1. Mahasiswa mempersiapkan alat yang dibutuhkan.
2. Mahasiswa melakukan perakitan berkas pasien rawat jalan
3. Mahasiswa melakukan perakitan berkas pasien rawat inap
4. Mahasiswa menganalisis kelengkapan berkas pasien rawat jalan
5. Mahasiswa menganalisis kelengkapan berkas pasien rawat Inap
6. Mahasiswa menunjukan hasil tugasnya kepada dosen pembimbing dan CI.

V. HASIL PENGAMATAN

Hasil pengamatan dan tagihan praktik klinik yaitu perakitan kelengkapan berkas pasien rawat jalan dan rawat inap sebanyak 10 berkas pasien

VI. PELAPORAN HASIL PRAKTIK KLINIK

Pelaporan hasil praktik klinik disusun dalam Buku ADL tiap individu dan Laporan PKL secara berkelompok.

VII. UJIAN PRAKTIK KLINIK

Tidak ada ujian praktik klinik. Nilai kegiatan praktik klinik Penataan DRM/ Assemblingdiberikan melalui Buku ADL tiap individu dan Laporan PKL yang diseminarkan secara berkelompok.

FORMATPROSEDUR

PRAKTIK KLINIK PENATAAN DRM/ ASSEMBLING

Nama : .....

NIM : .....

Tanggal : .....

Penguji : .....

NO	ASPEKYANGDINILAI
	PersiapanAlat
1	Modul Klinik PKL-IV
2	Buku ADL
3	Alat untuk mencatat (alat tulis)
4	Komputer/Laptop
5	Meja, kursi
6	Buku referensi
	Tahap Kerja
1	Mahasiswa mempersiapkan alat yang dibutuhkan.
2	Mahasiswa melakukan perakitan berkas pasien rawat jalan
3	Mahasiswa melakukan perakitan berkas pasien rawat inap
4	Mahasiswa menganalisis kelengkapan berkas pasien rawat jalan
5	Mahasiswa menganalisis kelengkapan berkas pasien rawat Inap
6	Mahasiswa menunjukan hasil tugasnya kepada dosen pembimbing dan CI.
	Sikap
1	Teliti
2	Objektif
3	Empati
4	Sistematis

Komentar :

FORMAT PENILAIAN

Skala Penilaian	0	1	2	3	Nilai
Persiapan alat	Tidak menyiapakan alat	Bila alat yang disiapkan 75% sesuai standart praktik klinik	Bila alat yang disiapkan sudah sesuai standart pratikum namun penggunaan alat kurang paham	Bila alat yang disiapkan lengkap sesuai standart praktik klinik dan penggunaan alat sudah paham	
Tahap Orientasi	Tidak melakukan semua tahap kerja	Hanya melakukan 1 tahap kerja dari 3 tahap yang harus dilakukan	Hanya melakukan 2 tahap kerja dari 3 tahap yang harus dilakukan	Melakukan seluruh (3 tahap) kerja dengan baik	
Tahap Kerja	Tidak melakukan semua tahap kerja	Hanya melakukan 1-3 tahap kerja dari 7 tahap yang harus dilakukan	Hanya melakukan 4-6 tahap kerja dari 7 tahap yang harus dilakukan	Melakukan seluruh (7 tahap) kerja dengan baik	
Sikap	Tidak menunjukan sikap yang baik selama praktik klinik berlangsung	Hanya menunjukan 1 sikap dari 4 sikap interaksi yang baik	Hanya menunjukan 2-3 sikap dari 4 sikap interaksi yang baik	Menunjukan seluruh sikap (4 sikap) dengan baik saat praktik klinik berlangsung	

Nilai Akhir = $\frac{Jumlahtotalskor}{16} \times 100 =$ ……

Nilai ≥ 75 : Selamat Buat Anda

Nilai < 75 : Ulangi materi dan praktik klinik

TandaTanganMahasiswa TandaTanganPenguji

(……) (.....)

KEGIATAN PRAKTIK KLINIK 2
PRAKTEK PENYIMPANAN DRM

I. TEORI

A. Sistem Penyimpanan

Pengertian Penyimpanan

Penyimpanan adalah kegiatan menyimpan, penataan, atau penyimpanan berkas rekam medis untuk mempermudah pengambilan kembali.

Tugas, Peran dan Fungsi Pokok Penyimpanan

Menurut Shofari (2002:6) tugas, peran dan fungsi pokok penyimpanan di unit rekam medis antara lain :

1. Bagian penyimpanan berfungsi sebagai penjaga keamanan dan kerahasiaan dokumen rekam medis.
2. Menyimpan dokumen rekam medis yang sudah lengkap dengan metoda penyimpanan angka akhir dan diurutkan sesuai nomor urutnya.
3. Mencarikan dokumen atau menyediakan dokumen rekam medis untuk keperluan pelayanan dan keperluan lainnya dengan langkah–langkah sebagai berikut :
    a. Menerima tracer yang sudah terisi.
    b. Mencari nomor rekam medis.
    c. Menyelipkan tracer pada dokumen rekam medis yang sudah diambil.
    d. Mengambil dokumen rekam medis yang sudah ditemukan.
    e. Mencatat penggunaan dokumen rekam medis dalam buku peminjaman.
    f. Manandatangi dan meminta tanda tangan penerima dokumen rekam medis.
1. Melakukan retensi dokumen rekam medis menjadi dokumen aktif dan non aktif.

2. Membantu dalam penilaian nilai guna rekam medis.
3. Menyimpan dokumen rekam medis yang diabadikan.
4. Mengusulkan pemusnahan dokumen rekam medis.
5. Membantu dalam pelaksanaan pemusnahan formulir rekam medis.
6. Melindungi dokumen rekam medis dari bahaya kerusakan fisik, kimiawi dan bilogi.
7. Melakukan penyisiran dokumen rekam medis yang salah letak dengan melihat kode warna.
8. Melakukan retensi dokumen rekam medis, langkahnya : mencatat nomor yang sudah waktunya diretensi dan mengambil dokumen yang akan disimpan in-aktif.
9. Bersama Tim Pemusnah melaksanakan pemusnahan.
10. Menghitung tingkat penggunaan dokumen rekam medis perbulan atau per triwulan.
11. Menghitung tingkat ketidaklengkapan.
12. Menghitung tingkat kehilangan dokumen rekam medis

Aturan Prosedur Penyimpanan

Aturan-aturan dan prosedur di dalam penyimpanan dokumen rekam medis, seorang petugas perekam medis khususnya dibagian penyimpanan harus dapat melakukan hal-hal seperti berikut ini :

1. Ketika dokumen rekam medis dikembalikan di URM (bagian Assembling) harus disortir terlebih dahulu, sebelum disimpan.
2. Dokumen rekam medis yang foldernya sudah rusak atau robek harus segera diganti / diperbaiki.
3. Harus selalu melakukan audit dokumen rekam medis secara berkala untuk mencari dokumen rekam medis yang salah letak.
4. Memeriksa arsip di buku peminjaman dokumen (untuk mengetahui dokumen rekam medis sudah dikembalikan atau belum atau untuk mengetahui tingkat kehilangan dokumen rekam medis).

5. Dokumen rekam medis yang melibatkan kasus hukum tidak boleh diletakkan.
6. Setiap petugas penyimpanan, masing-masing harus bertanggung jawab memelihara kerapian dan keteraturan rak-rak file. Jika file berantakan memungkinkan terjadinya salah letak.
7. Dokumen rekam medis yang sedang diproses atau masih digunakan oleh pegawai harus berada diatas meja.
8. Harus ada prosedur tetap dan tugas pokok kerja tertulis untuk masing-masing staff.

Sistem dan Metode Penyimpanan

Dalam pengelolaan rekam medis, cara penyimpanan rekam medis terdiri dari :

Sentralisasi

Semua berkas rekam medis pasien disimpan dalam satu berkas dan satu tempat, baik untuk rawat jalan maupun rawat inap.

Kelebihannya :

a. Mengurangi terjadinya duplikasi dalam pemeliharaan dan penyimpanan.
b. Mengurangi jumlah pembiayaan, untuk peralatan dan pembuatan ruangan.
c. Peningkatan efesiensi petugas dalam penyimpanan atau penemuan kembali dokumen rekam medis.
d. Lebih efektif didalam pelaksanaan koordinasi dan kontrol didalam penyimpanan.
e. Penggunaan alat dan prosedur lebih mudah diseragamkan.
f. Dokumen rekam medis lebih terjamin keselamatan baik fisik maupun informasinya.
g. Memudahkan didalam pelaksanaan penyusutan dokumen rekam medis.

h. Lebih mudah dalam menjaga hubungan data, baik data rawat jalan, rawat inap dan UGD.

Kekurangan :

a. Petugas lebih sibuk, karena menangani rawat jalan dan rawat inap.
b. Sistem penerimaan pasien harus 24 jam.
c. Jika tempat / unit kerja berjauhan, maka akan menimbulkan permasalahan bagi pengguna atau pemakai dokumen rekam medis, sehingga nilai akan accesibility kurang terpenuhi.
d. Sudah hampir semua rumah sakit di Indonesia menerapkan cara penyimpanan ini, karena dinilai sudah sangat efektif.

Desentralisai

Sistem penyimpanan berkas yang dibuat terpisah antar data yang satu dengan yang lain. Didalam sistem desentralisasi penyimpanan dokumen rekam medis ada beberapa rumah sakit di Indonesia untuk pelayanan dibagian poliklinik disimpan di bagian pendaftaran atau unit kerja rekam medis rawat jalan dan dokumen rekam medis rawat inap disimpan dibagian pencatatan medis atau unit rekam medis rawat inap.

Kelebihannya :

a. Efesiensi waktu, sehingga pasien lebih cepat mendapatkan pelayanan.
b. Beban kerja petugas lebih ringan.

Kekurangannya :

a. Banyak terjadi duplikasi data rekam medis.
b. Biaya untuk pembuatan rak dan ruangan lebih banyak.
c. Membutuhkan rak dan ruangan yang banyak.
d. Membutuhkan banyak tenaga pelaksana.

II. ALAT DAN BAHAN

Alat dan bahan yang perlu dipersiapkan antara lain:

1. Modul Klinik PKL-IV
2. Buku ADL
3. Alat untuk mencatat (alat tulis)
4. SPO
5. Meja, kursi
6. Buku referensi

III. RINGKASAN

Penyimpanan adalah kegiatan menyimpan, penataan, atau penyimpanan berkas rekam medis untuk mempermudah pengambilan kembali.

IV. PROSEDUR PRAKTIK KLINIK

1. Mahasiswa mempersiapkan alat yang dibutuhkan
2. Mahasiswa melakukan sistem penyimpanan dokumen rekam medis
3. Mahasiswa menunjukan hasil tugasnya kepada dosen pembimbing dan CI.

V. HASIL PENGAMATAN

Hasil pengamatan dan tagihan praktik klinik yaitu: berkas rekam medis yang disimpan dibagian rak filling sebanyak 10 berkas pasien.

VI. PELAPORAN HASIL PRAKTIK KLINIK

Pelaporan hasil praktik klinik disusun dalam Buku ADL tiap individu dan Laporan PKL secara berkelompok.

VII. UJIAN PRAKTIK KLINIK

Tidak ada ujian praktik klinik. Nilai kegiatan praktik klinik Pelaksanaan Penyimpanan DRM diberikan melalui Buku ADL tiap individu dan Laporan PKL yang diseminarkan secara berkelompok.

FORMATPROSEDUR

PRAKTIK KLINIK PELAKSANAAN PENYIMPANAN DRM

Nama : .....

NIM : .....

Tanggal : .....

Penguji : .....

NO	ASPEKYANGDINILAI
	PersiapanAlat
1	Modul Klinik PKL-IV
2	Buku ADL
3	Alat untuk mencatat (alat tulis)
4	SPO Penyimpanan
5	Meja, kursi
6	Buku referensi
	Tahap Kerja
1	Mahasiswa mempersiapkan alat yang dibutuhkan.
2	Mahasiswa melakukan sistem penyimpanan dokumen rekam medis di bagian rak filling
3	Mahasiswa menunjukan hasil tugasnya kepada dosen pembimbing dan CI.
	Sikap
1	Teliti
2	Sistematis
3	Objektif

Komentar :

FORMAT PENILAIAN

Skala Penilaian	0	1	2	3	Nilai
Persiapan alat	Tidak menyiapakan alat	Bila alat yang disiapkan 75% sesuai standart praktik klinik	Bila alat yang disiapkan sudah sesuai standart pratikum namun penggunaan alat kurang paham	Bila alat yang disiapkan lengkap sesuai standart praktik klinik dan penggunaan alat sudah paham	
Tahap Kerja	Tidak melakukan semua tahap kerja	Hanya melakukan 1-2 tahap kerja dari 5 tahap yang harus dilakukan	Hanya melakukan 3-4 tahap kerja dari 5 tahap yang harus dilakukan	Melakukan seluruh (5 tahap) kerja dengan baik	
Sikap	Tidak menunjukan sikap yang baik selama praktik klinik berlangsung	Hanya menunjukan 1 sikap dari 3 sikap interaksi yang baik	Hanya menunjukan 2 sikap dari 3 sikap interaksi yang baik	Menunjukan seluruh sikap (3 sikap) dengan baik saat praktik klinik berlangsung	

Nilai Akhir = $\frac{Jumlahtotalskor}{12} \times 100 =$ ……

Nilai ≥ 75 : Selamat Buat Anda

Nilai < 75 : Ulangi materi dan praktik klinik

TandaTanganMahasiswa TandaTanganPenguji

(……) (.....)

KEGIATAN PRAKTIK KLINIK 3

PRAKTEK PENJAJARAN DRM

I. TEORI

A. Sistem Penjajaran

Sistem penjajaran yaitu sistem penyusunan dokumen rekam medis yang sejajar antara dokumen rekam medis yang satu dengan yang lainnya. Sistem penjajaran ada 3 yaitu :

1. Straight Numerical Filing System

Straight Numerical Filing Systemyaitu sistem penyimpanan dokumen rekam medis dengan mensejajarkan folder dokumen rekam medis berdasarkan urutan langsung nomor rekam medis pada rak penyimpanan.

Kelebihan :

a. Memudahkan kita mengambil dokumen rekam medis secara banyak dan berurutan untuk keperluan pendidikan, penelitian atau untuk di nonaktifkan.
b. Mudah dalam melatih petugas dalam penyimpanan.

Kekurangan :

a. Mudah terjadinya kekeliruan dalam menyimpan.
b. Pengawasan kerapihan penyimpanan sangat sukar dilakukan.

2. Terminal Digit Filing System

Terminal Digit Filing Systemyaitu sistem penyimpanan dokumen rekam medis dengan mensejajarkan folder dokumen rekam medis berdasarkan urutan nomor rekam medis pada 2 angka atau 2 digit kelompok terakhir.

Kelebihan :

a. Penambahan jumlah dokumen rekam medsi selalu tersebar secara merata didalam rak penyimpanan .
b. Petugas penyimpanan tidak akan berdesakan ditempat penyimpanan.
c. Petugas dapat diserahi tanggung jawab untuk jumlah section tertentu.
d. Pekerjaan akan terbagi secara merata.
e. Dokumen rekam medis yang dapat diambil dirak penyimpanan disetiap section.
f. Jumlah dokumen rekam medis untuk setiap section terkontrol.
g. Memudahkan perencanaan peralatan penyimpanan.
h. Kekeliruan menyimpan dapat tercegah.

Kekurangan :

a. Latihan dan bimbingan untuk petugas lebih lama.
b. Membutuhkan biaya awal lebih besar.

3. Midel Digit Filing System

Midel Digit Filing Systemyaitu sistem penyimpanan dokumen rekam medis dengan mensejajarkan folder dokumen rekam medis berdasarkan urutan nomor rekam medis pada 2 angka kelompok tengah.

Kelebihan :

a. Penambahan jumlah folder dokumen rekam medis selalu tersebar secara merata di dalam rak penyimpanan.
b. Petugas penyimpanan tidak akan berdesakan di tempat penyimpanan.
c. Petugas dapat diserahi tanggung jawab untuk jumlah section tertentu.
d. Pekerjaan akan terbagi secara merata.
e. Dokumen rekam medis yang dapat diambil dirak penyimpanan disetiap section.
f. Jumlah dokumen rekam medis untuk setiap section
g. Memudahkan perencanaan peralatan penyimpanan.
h. Kekeliruan menyimpan dapat tercegah.

Kekurangan :

a. Latihan dan bimbingan untuk petugas lebih lama.
b. Membutuhkan biaya awal lebih besar.

II. ALAT DAN BAHAN

Alat dan bahan yang perlu dipersiapkan antara lain:

1. Modul Klinik PKL-IV
2. Buku ADL
3. Alat untuk mencatat (alat tulis)
4. Dokumen Rekam Medis
5. Meja, kursi
6. Buku referensi

III. RINGKASAN

Sistem penjajaran yaitu sistem penyusunan dokumen rekam medis yang sejajar antara dokumen rekam medis yang satu dengan yang lainnya. Sistem penjajaran ada 3 yaitu : nomor langsung, nomor angka tengah dan nomor angka akhir.

IV. PROSEDUR PRAKTIK KLINIK

1. Mahasiswa mempersiapkan alat yang dibutuhkan.

2. Mahasiswa menjajarkan dokumen rekam medis dibagian filling
3. Mahasiswa menunjukan hasil tugasnya kepada dosen pembimbing dan CI.

V. HASIL PENGAMATAN

Hasil pengamatan dan tagihan praktik klinik yaitu: melakukan penjajaran dokumen rekam medis dibagian rak penyimpanan sebanyak 10 berkas pasien.

VI. PELAPORAN HASIL PRAKTIK KLINIK

Pelaporan hasil praktik klinik disusun dalam Buku ADL tiap individu dan Laporan PKL secara berkelompok.

VII. UJIAN PRAKTIK KLINIK

Tidak ada ujian praktik klinik. Nilai kegiatan praktik klinik Pelaksanaan penjajaran dokumen rekam medisdiberikan melalui Buku ADL tiap individu dan Laporan PKL yang diseminarkan secara berkelompok.

FORMATPROSEDUR

PRAKTIK KLINIK PELAKSANAAN PENJAJARAN DOKUMEN REKAM MEDIS

Nama : .....

NIM : .....

Tanggal : .....

Penguji : .....

NO	ASPEKYANGDINILAI	YA	TIDAK
	PersiapanAlat		
1	Modul Klinik PKL-IV		
2	Buku ADL		
3	Alat untuk mencatat (alat tulis)		
4	Meja, kursi		
5	Buku referensi		
	Tahap Kerja		
1	Mahasiswa mempersiapkan alat yang dibutuhkan.		
2	Mahasiswa melakukan penjajaran dokumen rekam medis		
3	Mahasiswa menunjukan hasil tugasnya kepada dosen pembimbing dan CI.		
	Sikap		
1	Teliti		
2	Sistematis		
3	Objektif		

Komentar :

FORMAT PENILAIAN

Skala Penilaian	0	1	2	3	Nilai
Persiapan alat	Tidak menyiapakan alat	Bila alat yang disiapkan 75% sesuai standart praktik klinik	Bila alat yang disiapkan sudah sesuai standart pratikum namun penggunaan alat kurang paham	Bila alat yang disiapkan lengkap sesuai standart praktik klinik dan penggunaan alat sudah paham	
Tahap Kerja	Tidak melakukan semua tahap kerja	Hanya melakukan 1 tahap kerja dari 4 tahap yang harus dilakukan	Hanya melakukan 2-3 tahap kerja dari 4 tahap yang harus dilakukan	Melakukan seluruh (4 tahap) kerja dengan baik	
Sikap	Tidak menunjukan sikap yang baik selama praktik klinik berlangsung	Hanya menunjukan 1 sikap dari 3 sikap interaksi yang baik	Hanya menunjukan 2 sikap dari 3 sikap interaksi yang baik	Menunjukan seluruh sikap (3 sikap) dengan baik saat praktik klinik berlangsung	

Nilai Akhir = $\frac{\square jumlah\ total\ skor}{11} \times 100 =$ ……

Nilai ≥ 75 : Selamat Buat Anda

Nilai < 75 : Ulangi materi dan praktik klinik

TandaTanganMahasiswa TandaTanganPenguji

(……) (.....)

BAB V
SISTEM PEMINJAMAN, SISTEM PENGENDALIAN, PENYUSUTAN/ RETENSI DAN SISTEM PEMUSNAHAN DRM

Nila Sari, S.KM, M.KM

KEGIATAN PRAKTIK KLINIK 1
PRAKTEK SISTEM PEMINJAMAN DAN SISTEM PENGENDALIAN DRM

I. TEORI

A. Sistem Peminjaman dan Pengendalian DRM

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (2005:876) "Peminjaman adalah proses, cara, perbuatan meminjamkan". Menurut Alwi (2005:876), "Peminjaman yaitu proses, cara, perbuatan meminjam dan meminjamkan barang (uang, dsb) untuk waktu tertentu (kalau sudah sampai waktunya harus dikembalikan)". Peminjaman rekam medis adalah tata cara peminjaman yang harus dijalankan oleh petugas rekam medis dibagian pengarsipan rekam medis.

Standar Prosedur Peminjaman Rekam Medis

Direktur jendral Pelayanan Medik membuat Standar Prosedur Peminjaman Rekam Medis untuk kelancaran dalam pelaksanaan kegiatan peminjaman rekam medis, yaitu :

1. Persyaratan
2. Rekam Medis
3. Permintaan
4. Tracer/out guide
5. Sarana
6. Formulir

Formulir yang disediakan untuk peminjaman rekam medis

1. Bon peminjaman

   Bon peminjaman biasanya berbentuk satu formulir yang berisi nomor rekam medis, nama pasien, nama peminjam, tanggal peminjaman, tanggal pengembalian, keperluan, tanda tangan peminjam dan petugas.

   Formulir tersebut biasanya dibuat rangkap tiga, satu ditempelkan pada rekam medisnya, satu disimpan sebagai tanda bukti keluarnya rekam medis pada rak dimana rekam medis tersebut disimpan dan satu ditinggal dipoliklinik / bagian/ orang yang meminjam rekam medis tersebut. Pada saat rekam medisnya kembali, kedua copy surat permintaan dibuang. Bon peminjaman rekam medis biasa dibuat dari kertas biasa dengan ukuran ± 10,5 x 7 cm. Dirjen Yanmed (2006:92)

2. Buku ekspedisi

   Buku ekspedisi adalah buku petunjuk untuk mengetahui dan memonitor rekam medis yang sedang dipinjam maupun yang sudah dikembalikan.

   Contoh Buku Ekspedisi :

NO	NO. RM	Nama Pasien	Peminjam			Kembali		KET
			Bagian/Nama	TGL	Paraf	TGL	Paraf	
1.								

Dirjen Yanmed (2006:92)

3. Komputer

   Komputer digunakan untuk menginput rekam medis yang akan di pinjam dan yang sudah dikembalikan.

4. Printer

   Printer yang digunakan dibagian peminjaman rekam medis.

5. Alat tulis kantor

   Alat tulis kantor digunakan untuk keperluan peminjaman rekam medis.

6. Telepon

   Telepon digunakan untuk kepentingan peminjaman rekam medis.

7. Prasarana

   a. Peminjam rekam medis dilaksanakan dengan pemesanan melalui transaksi pendaftaran, telepon ataupun kurir.
   b. Peminjam rekam medis untuk keperluan pembuatan makalah, riset, dll oleh dokter, tenaga medis lainnya sebaiknya dikerjakan di ruang rekam medis.
   c. Petugas peminjaman rekam medis harus membuat bon peminjaman rangkap 3, karena bon tersebut untuk di berkas rekam medis itu sendiri, disimpan di tracer (out guide) dan di simpan di tempat peminjaman sebagai bukti.
   d. Setiap rekam medis yang keluar haruslah diganti menggunakan tracer (out guide) sebagai penanda bahwa rekam medis tersebut sedang dipinjam.
   e. Apabila ada perpindahan peminjam maka dicatat pada slip transfer dan diberikan ke unit rekam medis.
   f. Slip transfer disimpan di tracer (out guide).
   g. Tidak dibenarkan menyimpan rekam medis diluar tempat penyimpanan rekam medis.
   h. Selama rekam medis berada di ruang rawat inap atau dipinjam maka menjadi tanggung jawab si peminjam atau perawat ruangan yang meminjam.
   i. Tanggal jatuh tempo pengembalian rekam medis harus selalu diperiksa oleh instalasi rekam medis guna memperkecil resiko hilangnya rekam medis yang dipinjam.
   j. Instalasi rekam medis wajib memiliki buku ekspedisi guna mengetahui perjalanan rekam medis (rekam medis yang keluar)

yang dipinjam secara manual untuk keperluan perawatan, dipinjam dokter, maupun kasus-kasus tertentu.

Prosedur dan Ketentuan Pengambilan Kembali Rekam Medis menurut Direktur Jendral Pelayanan Medik (2006:92) ketentuan pengeluaran rekam medis harus ditaati ditempat penyimpanan, yaitu:

a. Berkas rekam medis tidak boleh keluar dari ruang rekam medis tanpa bukti peminjaman atau tercatat. Ini berlaku untuk yang berhak peminjam berkas rekam medis.
b. Seorang yang menerima atau meminjam rekam medis, berkewajiban untuk mengembalikan dalam keadaan baik dan tepat waktunya. Dan harus dibuat ketentuan beberapa lama jangka waktu peminjaman rekam medis, atau rekam medis berada di luar ruang penyimpanan rekam medis. Seharusnya setiap rekam medis kembali lagi ke raknya pada setiap akhir hari kerja, sehingga dalam keadaan darurat staf rumah sakit dapat mencari informasi yang diperlukan.
c. Rekam medis tidak dibenarkan berada di luar rumah sakit, kecuali atas perintah pengadilan.
d. Dokter-dokter atau pegawai-pegawai rumah sakit yang berkepentingan dapat meminjam rekam medis, untuk dibawa keruang kerjanya selama jam kerja, tetapi semua rekam medis harus dikembalikan keruang rekam medis pada akhir jam kerja.
e. Jika beberapa rekam medis akan digunakan selama beberapa hari, rekam medis tersebut disimpan dalam tempat sementara diruang rekam medis.

Kemungkinan rekam medis dipergunakan oleh beberapa orang, dan berpindah dari satu orang ke lain orang harus dilakukan dengan mengisi " Kartu Pindah Tangan" karena dengan cara ini rekam medis tidak perlu bolak-balik dikirim kebagian rekam medis. Kartu pindah tangan ini dikirim kebagian rekam medis, untuk diletakkan sebagai petunjuk keluarnya rekam medis, kartu pindah tangan tersebut berisi

tanggal, pindah tangan dari siapa, kepada siapa, untuk keperluan apa, dan digunakan oleh dokter siapa.

II. ALAT DAN BAHAN

Alat dan bahan yang perlu dipersiapkan antara lain:

1. Modul Klinik PKL-IV
2. Buku ADL
3. Alat untuk mencatat (alat tulis)
4. Dokumen rekam medis
5. Rak penyimpanan
6. Meja, kursi
7. Buku referensi

III. RINGKASAN

Peminjaman adalah proses, cara, perbuatan meminjamkan". Menurut Alwi (2005:876), "Peminjaman yaitu proses, cara, perbuatan meminjam dan meminjamkan barang (uang, dsb) untuk waktu tertentu (kalau sudah sampai waktunya harus dikembalikan)". Peminjaman rekam medis adalah tata cara peminjaman yang harus dijalankan oleh petugas rekam medis dibagian pengarsipan rekam medis.

IV. PROSEDUR PRAKTIK KLINIK

1. Mahasiswa mempersiapkan alat yang dibutuhkan.
2. Mahasiswa melakukan sistem peminjaman DRM di bagian Filling.
3. Mahasiswa menunjukan hasil tugasnya kepada dosen pembimbing dan CI.

V. HASIL PENGAMATAN

Hasil pengamatan dan tagihan praktik klinik yaitu:

1. Daftar dokumen rekam medis yang akan dipinjam berdasarkan temuan di Rumah Sakit.
2. Hasil pelaksanaan peminjaman rekam medissebanyak 10 berkas pasien.

VI. PELAPORAN HASIL PRAKTIK KLINIK

Pelaporan hasil praktik klinik disusun dalam Buku ADL tiap individu dan Laporan PKL secara berkelompok.

VII. UJIAN PRAKTIK KLINIK

Tidak ada ujian praktik klinik. Nilai kegiatan praktik klinik PelaksanaanPeminjaman dan Pengendalian Rekam Medis diberikan melalui Buku ADL tiap individu dan Laporan PKL yang diseminarkan secara berkelompok.

FORMATPROSEDUR

PRAKTIK KLINIK PELAKSANAAN PEMINJAMAN DAN PENGENDALIAN REKAM MEDIS

Nama : .....

NIM : .....

Tanggal : .....

Penguji : .....

NO	ASPEKYANGDINILAI
	PersiapanAlat
1	Modul Klinik PKL-IV
2	Buku ADL
3	Alat untuk mencatat (alat tulis)
4	Dokumen rekam medis
5	Rak penyimpanan
6	Meja, kursi
7	Buku referensi
	Tahap Kerja
1	Mahasiswa mempersiapkan alat yang dibutuhkan.
2	Mahasiswa melakukan peminjaman dokumen rekam medis di bagian rak penyimpanan.
3	Mahasiswa menunjukan hasil tugasnya kepada dosen pembimbing dan CI.
	Sikap
1	Teliti
2	Sistematis
3	Objektif

Komentar :

FORMAT PENILAIAN

Skala Penilaian	0	1	2	3	Nilai
Persiapan alat	Tidak menyiapakan alat	Bila alat yang disiapkan 75% sesuai standart praktik klinik	Bila alat yang disiapkan sudah sesuai standart pratikum namun penggunaan alat kurang paham	Bila alat yang disiapkan lengkap sesuai standart praktik klinik dan penggunaan alat sudah paham	
Tahap Kerja	Tidak melakukan semua tahap kerja	Hanya melakukan 1-2 tahap kerja dari 5 tahap yang harus dilakukan	Hanya melakukan 3-4 tahap kerja dari 5 tahap yang harus dilakukan	Melakukan seluruh (5 tahap) kerja dengan baik	
Sikap	Tidak menunjukan sikap yang baik selama praktik klinik berlangsung	Hanya menunjukan 1 sikap dari 3 sikap interaksi yang baik	Hanya menunjukan 2 sikap dari 3 sikap interaksi yang baik	Menunjukan seluruh sikap (3 sikap) dengan baik saat praktik klinik berlangsung	

Nilai Akhir = $\frac{jumlah\ total\ Skor}{13} \times 100 =$ ……

Nilai ≥ 75 : Selamat Buat Anda

Nilai < 75 : Ulangi materi dan praktik klinik

TandaTanganMahasiswa TandaTanganPenguji

(……) (.....)

KEGIATAN PRAKTIK KLINIK 2
PRAKTEK SISTEM PENYUSUTAN/ RETENSI DAN SISTEM PEMUSNAHAN DRM

I. TEORI

A. Pengidentifikasian dan Pemilahan Rekam Medis

Retensi atau penyusutan dokumen rekam medis adalah pengurangan jumlah formulir yang terdapat didalam berkas rekam medis dengan cara mensortir/memilih arsip dengan terakhir pasien tersebut dilayani atau 5 tahun setelah pasien tersebut terakhir berobat.

Dalam melaksanakan retensi atau penyusutan rekam medis perlu diketahui jadwal retensi rekam medis, yaitu daftar yang berisikan daftar formulir rekam medis yang akan disimpan dan jangka waktu penyimpanan sesuai dengan kegunaanya yang wajib dimiliki oleh setiap badan pemerintah sebagai pedoman dalam penyususstan berkas rekam medis. Penentuan jangka waktu penyimpanan berkas rekam medis ditentukan atas dasar nilai kegunaan tiap-tiap berkas rekam medis. Untik menjaga objektifitas dalam menetukan nilai kegunaan tersebut, sebaiknya jadwal retensi rekam medis disusun oleh suatu kepanitiaan yang terdiri dari unsur komite rekam medis dan unit rekam medis yang benar-benar memahami rekam medis, fungsi, dan nilai guna rekam medis.

B. Penyimpanan Rekam Medis Inaktif

Dokumen rekam medis yang telah diretensi akan disimpan diruang penyimpanan in aktif berdasarkan tanggal terakhir pasien berobat dan berdasarkan diagnosis penyakit pasien.Tata cara pemindahan berkas rekam medis aktif menjadi rerkas rekam medis in-aktif:

a. Dilihat dari tanggal kunjungan terakhir.
b. Setelah 5 (lima) tahun dari kunjungan terakhir tersebut berkas dipisahkan di ruang lain/terpisah dari berkas rekam medis aktif.
c. Berkas rekam medis inaktif dikelompokkan sesuai dengan tahun terakhir kunjungan.

Dibawah ini merupakan jadwal retensi arsip berdasarkan kelompok penyakit:

1. Umum

Tabel 4.1. Jadwal Retensi Arsip Berdasarkan Kelompok Penyakit

No	Keluhan Penyakit	Aktif		Inaktif	
		Rawat Inap	Rawat Jalan	Rawat Inap	Rawat Jalan
1	Umum	5 Tahun	5 Tahun	2 Tahun	2 Tahun
2	Mata	5 Tahun	10 Tahun	2 Tahun	2 Tahun
3	Jiwa	10 Tahun	5 Tahun	2 Tahun	2 Tahun
4	Orthopedic	10 Tahun	10 Tahun	2 Tahun	2 Tahun
5	Kusta	15 Tahun	15 Tahun	2 Tahun	2 Tahun
6	Ketergantungan obat	15 Tahun	15 Tahun	2 Tahun	2 Tahun
7	Jantung	10 Tahun	10 Tahun	2 Tahun	2 Tahun
8	Paru	5 Tahun	10 Tahun	2 Tahun	2 Tahun
9	Anak	Menurut Kebutuhan		2 Tahun	2 Tahun

Sumber:Surat Edaran Dikrektorat Jederal Pelayanan MedisNO.HK.00.06.1.5.01160

2. Anak di retensi menurut kebutuhan
3. KIUP + Register + Indek, disimpan permanen
4. Retensi berkas-berkas Rekam medis berdasarkan penggolongan penyakit.Rumah Sakitharus mebuat ketentuan sendiri bila retensinya lebih lama dari ketentuan umum yang ada antara lain untuk: a) Riset dan edukasi,b) Kasus-kasus terlibat hukum (legal aspek) minimal 23 tahun setelah ada ketapan hukum, c) Untuk kepentingan tertentu, d) Penyakit jiwa, ketergantungan obat, Orthopaedi, Kusta, Mata, e) Pemerkosaan, f) HIV/AIDS, g) Penyesuaian kelamin, h) Pasien orang asing, i) Kasus adopsi, j) Bayi tabung,dan k) Plastik rekontruksi.
5. Retensi berdasarkan diagnosa

C. Penilaian dan Cara Pemusnahan Dokumen Rekam Medis

Pemusnahan berkas rekam medis adalah proses kegiatan penghancuran secara fisik arsip rekam medis yang telah berakhir fungsi dan nilainya. Tata cara penilaian dokumen rekam medis yaitu berkas rekam medis yang dinilai adalah berkas rekam medis yang telah 2 tahun inaktif. Indikator yang digunakan untuk menilai berkas rekam medis inaktif yaitu seringnya rekam medis digunakan untuk pendidikan dan penelitian dan nilai guna.

Cara pemusnahan rekam medis harus dilakukan secara total dengan membakar habis, mencacah atau daur. Ketentuan pemusnahan berkas rekam medis yaitu:

1. Pembentukan tim pemusnah berkas rekam medis dengan Surat Keputusan Direktur/Kepala Rumah Sakit, yang sekurang-kurangnya terdiri dari: administrasi, Instalasi Rekam Medis.
2. Formulir rekam medis yang memiliki nilai guna tertentu tidak dimusnahkan tetapi dosompan dalam jangka waktu tertentu sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
3. Membuat pertelaan arsip bagi rekam medis yang akan dimusnahkan.
4. Daftar pertelaan berkas rekam medis yang akan dimusnahkan oleh tim pemusnah, dilaporkan kepada Direktur Rumah Sakit/Kepala Rumah Sakit dan Direktur Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI.
5. Berita acara pelaksanaan pemusnahan dikirim kepada pemilik rumah sakit/Rumah Sakit dan kepada Direktur Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI.

II. ALAT DAN BAHAN

Alat dan bahan yang perlu dipersiapkan antara lain:

1. Modul Klinik PKL-IV
2. Buku ADL
3. Alat untuk mencatat (alat tulis)
4. Dokumen rekam medis

5. Rak penyimpanan inaktif
6. Meja, kursi
7. Buku referensi

III. RINGKASAN

Retensi atau penyusutan dokumen rekam medis adalah pengurangan jumlah formulir yang terdapat didalam berkas rekam medis dengan cara mensortir/memilih arsip dengan terakhir pasien tersebut dilayani atau 5 tahun setelah pasien tersebut terakhir berobat. Dokumen rekam medis yang telah diretensi akan disimpan diruang penyimpanan in aktif berdasarkan tanggal terakhir pasien berobat dan berdasarkan diagnosis penyakit pasien. Pemusnahan berkas rekam medis adalah proses kegiatan penghancuran secara fisik arsip rekam medis yang telah berakhir fungsi dan nilainya. Tata cara penilaian dokumen rekam medis yaitu berkas rekam medis yang dinilai adalah berkas rekam medis yang telah 2 tahun inaktif. Cara pemusnahan rekam medis harus dilakukan secara total dengan membakar habis, mencacah atau daur.

IV. PROSEDUR PRAKTIK KLINIK

1. Mahasiswa mempersiapkan alat yang dibutuhkan.
2. Mahasiswa melakukan sistem retensi dokumen rekam medis dibagian filling.
3. Mahasiswa menunjukan hasil tugasnya kepada dosen pembimbing dan CI.

V. HASIL PENGAMATAN

Hasil pengamatan dan tagihan praktik klinik yaitu:

1. Daftar dokumen rekam medis yang akan yang diretensiberdasarkan temuan di Rumah Sakit.
2. Hasil retensi dokumen rekam medissebanyak 10 berkas pasien.

VI. PELAPORAN HASIL PRAKTIK KLINIK

Pelaporan hasil praktik klinik disusun dalam Buku ADL tiap individu dan Laporan PKL secara berkelompok.

VII. UJIAN PRAKTIK KLINIK

Tidak ada ujian praktik klinik. Nilai kegiatan praktik klinik PelaksanaanPeminjaman dan pengendalian Rekam Medis diberikan melalui Buku ADL tiap individu dan Laporan PKL yang diseminarkan secara berkelompok.

FORMATPROSEDUR

PRAKTIK KLINIK PELAKSANAAN PEMIJAMAN DAN PENGENDALIAN REKAM MEDIS

Nama : .....

NIM : .....

Tanggal : .....

Penguji : .....

NO	ASPEKYANGDINILAI
	PersiapanAlat
1	Modul Klinik PKL-IV
2	Buku ADL
3	Alat untuk mencatat (alat tulis)
4	Dokumen rekam medis
5	Rak penyimpanan
6	Meja, kursi
7	Buku referensi
	Tahap Kerja
1	Mahasiswa mempersiapkan alat yang dibutuhkan.
2	Mahasiswa melakukan sistem peminjaman dokumen rekam medis dibagian sistem penyimpanan
3	Mahasiswa melakukan sistem pengendalian rekam medis pada rak
4	Mahasiswa menunjukan hasil tugasnya kepada dosen pembimbing dan CI.
	Sikap
1	Teliti
2	Sistematis
3	Objektif

Komentar :

FORMAT PENILAIAN

Skala Penilaian	0	1	2	3	Nilai
Persiapan alat	Tidak menyiapakan alat	Bila alat yang disiapkan 75% sesuai standart praktik klinik	Bila alat yang disiapkan sudah sesuai standart pratikum namun penggunaan alat kurang paham	Bila alat yang disiapkan lengkap sesuai standart praktik klinik dan penggunaan alat sudah paham	
Tahap Kerja	Tidak melakukan semua tahap kerja	Hanya melakukan 1-2 tahap kerja dari 5 tahap yang harus dilakukan	Hanya melakukan 3-4 tahap kerja dari 5 tahap yang harus dilakukan	Melakukan seluruh (5 tahap) kerja dengan baik	
Sikap	Tidak menunjukan sikap yang baik selama praktik klinik berlangsung	Hanya menunjukan 1 sikap dari 3 sikap interaksi yang baik	Hanya menunjukan 2 sikap dari 3 sikap interaksi yang baik	Menunjukan seluruh sikap (3 sikap) dengan baik saat praktik klinik berlangsung	

Nilai Akhir = $\frac{Jumlahtotalskorr}{14} \times 100 =$ ……

Nilai ≥ 75 : Selamat Buat Anda

Nilai < 75 : Ulangi materi dan praktik klinik

TandaTanganMahasiswa TandaTanganPenguji

(……) (.....)

BAB VI
PELAKSANAAN SISTEM STATISTIC MELIPUTI: BED OCCUPANCY RATE (BOR), AVEREGE LENGTH OF STAY (AV LOS), BED TURN OVER (TOI), NET DEATH RATE (NDR), DAN GROSS DEATH RATE (GDR)

Nila Sari, S.KM, M.KM

KEGIATAN PRAKTIK KLINIK
PERHITUNGAN STATISTIK MELIPUTI ; BED OCCUPANCY RATE (BOR), AVEREGE LENGTH OF STAY (AV LOS), BED TURN OVER (TOI), NET DEATH RATE (NDR), DAN GROSS DEATH RATE (GDR)

I. TEORI

A. Indikator Pelayanan Di Rumah Sakit

Indikator statistik rumah sakit merupakan pengumpulan data di rumah sakit yang dikumpulkan setiap hari dari pasien rawat inap dan rawat jalan. Data tersebut berguna untuk memantau perawatan pasien setiap hari, minggu, bulan, dan lain-lain. Informasi dari statistik rumah sakit digunakan untuk perencanaan memantau pendapatan dan pengeluaran dari pasien oleh pihak manajemen rumah sakit.

Beberapa istilah yang telah dikembangkan, seperti:

1. Hospital patient, seorang individu yang mendapatkan layanan medis rumah sakit.
2. Hospital inpatient, seorang pasien yang telah mendapatkan layanan rumah sakit, berupa menginap, perawatan, pengobatan dan umumnya pasien tersebut telah menginap 1 malam.
3. Hospital newborn inpatient, bayi yang dilahirkan di rumah sakit. Umumnya bayi baru lahir ini dihitung terpisah karena mereka mendapatkan layanan yang berbeda.

4. Inpatient hospitalization, periode dalam kehidupan pasien yang ketika ia dirawat di satu rumah sakit terus menerus, tidak terputus kecuali cuti perawatan.
5. Inpatient admission, prosedur penerimaan untuk pasien menginap di rumah sakit termasuk ruangan, perawatan dimana pasien menginap.
6. Inpatient discharge, akhir dari periode pasien menginap sampai keluar dari rumah sakit setelah disetujui oleh rumah sakit. Umumnya melalui persetujuan bersama dokter yang merawat, pergi menemui penasihat pengobatannya, dirujuk ke fasilitas lain atau meninggal.
7. Hospital outpatient. Pasien rumah sakit yang mendapatkan layanan di satu atau lebih dari fasilitas rumah sakit, ketika tidak dirawat atau dalam home care patient. Seorang pasien rawat jalan dapat diklasifikasikan pada pasien yang datang pada fasilitas gawat darurat atau dapat juga datang untuk ke klinik.

Indikator Efisiensi Pelayanan Rumah Sakit

Indikator-indikator pelayanan rumah sakit dapat dipakai untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu dan efisiensi pengelolaan rumah sakit. Beberapa indikator penilaian pelayanan rumah sakit menurut Irwandy (2007), diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Gross Death Rate (GDR)

Hubungan rate untuk kematian didasari pada jumlah pasien yang keluar, hidup atau meninggal. Kematian merupakan akhir dari periode perawatan. Pada kematian dibedakan kematian secara keseluruhan atau gross death rate, kematian yang telah disesuaikan dengan lebih dari 48 jam perawatan dikenal sebagai net death rate, kemudian kematian bayi baru lahir atau yang dikenal dengan newborn death rate, lalu kematian bayi lahir meninggal atau fetal death rate, kematian atas ibu melahirkan atau kematiannya yang berhubungan

dengan melahirkan atau selama masa kehamilan, dikenal maternal death rate.

Dasar dari angka kematian kasar rumah sakit adalah merupakan kematian dari fasilitas kesehatan. Perhitungan yang didapati dengan cara: Rumus:

$$GDR = \frac{\sum \text{pasien rawat yang meninggal termasuk bayi baru lahir dalam satu periode waktu tertentu}}{\sum \text{pasien yang keluar (dewasa + anak bayi baru lahir yang meninggal) pada waktu yang sama}} \times 100$$

2. Bed Occupancy Rate (BOR)

BOR menurut Huffman (1994) adalah "the ratio of patient service days to inpatient bed count days in a period under consideration". Sedangkan menurut Depkes RI (2005), BOR adalah presentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. Angka BOR yang rendah menunjukkan kurangnya pemanfaatan fasilitas perawatan rumah sakit oleh masyarakat. Angka BOR yang tinggi (lebih dari 85%) menunjukkan tingkat pemanfaatan tempat tidur yang tinggi sehingga perlu pengembangan rumah sakit atau penambahan tempat tidur. Nilai indikator BOR yang ideal adalah antara 60-85% (DepKes RI, 2005), sedangkan menurut Barber Johnson nilai BOR yang ideal adalah 75-85%.

Rumus:

3. Length Of Stay (LOS)

LOS menurut Huffman (1994) adalah "the average hospitalization stay of inpatient dischargedduring the period under consideration". LOS menurut DepKes RI (2005) adalah rata-rata lama rawat seorang pasien. Indikator ini digunakan untuk mengukur

efisiensi pelayanan rawat inap yang tidak dapat dilakukan sendiri, tetapi harus bersama dengan interpretasi BOR dan TOI. Disamping memberikan gambaran tingkat efisiensi, juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan, apabila diterapkan pada diagnosis tertentu dapat dijadikan hal yang memerlukan pengamatan lebih lanjut. Secara umum nilai LOS yang ideal adalah antara 6-9 hari (DepKes, 2005). Sedangkan menurut Baber Johnson adalah 3-12 hari.

Rumus:

$$LOS = \frac{\sum \text{lama rawat}}{\sum \text{pasien keluar (hidup + mati)}}$$

4. Turn Over Interval (TOI)

TOI menurut Depkes RI (2005) adalah rata-rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi ke saat terisi berikutnya. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur. Semakin besar TOI maka efisiensi penggunaan tempat tidur semakin jelek. Idealnya tempat tidur kosong tidak terisi pada kisaran 1-3 hari.

Rumus:

$$TOI = \frac{(\text{jumlah TT} \times \text{periode}) - \text{hari perawatan}}{}$$

5. Bed Turn Over (BTO)

BTO menurut Huffman (1994) adalah "…the net effect of changed in occupancy rate and length of stay". BTO menurut DepKes RI (2005) adalah frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu tertentu. Idealnya dalam satu tahun, satu tempat tidur rata-rata dipakai 40-50 kali. Sedangkan menurut Barber Johnson angka ideal untuk nilai BTO adalah lebih dari 30 kali.

Rumus

$$BTO = \frac{\sum \text{pasien keluar (hidup + mati)}}{\text{Kapasitas tempat tidur}}$$

6. Net Death Rate (NDR)

Net death rate adalah rate kematian yang telah disesuaikan dengan menghitung kematian yang hanya diatas 48 jam (dihitung apakah dewasa + anak-anak + bayi baru lahir). Mengapa kematian di bawah 48 jam tidak masuk pada perhitungan net death rate karena waktu tersebut tidak cukup untuk mengukur perawatan dari rumah sakit.

Rumus:

NDR = ∑ kematian setelah 48 jam dan lebih x 100%

dalam jangka waktu tertentu

∑ seluruh penderita rumah sakit

II. ALAT DAN BAHAN

Alat dan bahan yang perlu dipersiapkan antara lain:

1. Modul Klinik PKL-IV
2. Buku ADL
3. Alat untuk mencatat (alat tulis)
4. Data untuk Indikator Pelayanan Rumah Sakit
5. Komputer/Laptop
6. Meja, kursi
7. Buku referensi

III. RINGKASAN

Indikator statistik rumah sakit merupakan pengumpulan data di rumah sakit yang dikumpulkan setiap hari dari pasien rawat inap dan rawat jalan. Data tersebut berguna untuk memantau perawatan pasien setiap hari, minggu, bulan, dan lain-lain. Informasi dari statistik rumah sakit digunakan untuk perencanaan memantau pendapatan dan pengeluaran dari pasien oleh pihak manajemen rumah sakit.

IV. PROSEDUR PRAKTIK KLINIK

1. Mahasiswa mempersiapkan alat yang dibutuhkan.
2. Mahasiswa mengumpulkan data yang dibutuhkan dalam catatan laporan indikator Pelayanan Rumah Sakit.

3. Mahasiswa membuat catatan laporan Perhitungan Indikator Pelayanan Rumah Sakit.
4. Mahasiswa menunjukan hasil tugasnya kepada dosen pembimbing dan CI.

V. HASIL PENGAMATAN

Hasil pengamatan dan tagihan praktik klinik yaitu:

1. Laporan Sensus Harian
2. Perhitungan Jumlah Kunjungan Pasien bulanan, tri wulan dan tahunan

VI. PELAPORAN HASIL PRAKTIK KLINIK

Pelaporan hasil praktik klinik disusun dalam Buku ADL tiap individu dan Laporan PKL secara berkelompok.

VII. UJIAN PRAKTIK KLINIK

Tidak ada ujian praktik klinik. Nilai kegiatan praktik klinik Pelaksanaan Sistem perhitungan indikator pelayanan Rumah Sakitdiberikan melalui Buku ADL tiap individu dan Laporan PKL yang diseminarkan secara berkelompok.

FORMATPROSEDUR

PRAKTIK KLINIK PELAKSANAAN SISTEM STATISTIC MELIPUTI: BED OCCUPANCY RATE (BOR), AVEREGE LENGTH OF STAY (AV LOS), BED TURN OVER (TOI), NET DEATH RATE (NDR), DAN GROSS DEATH RATE (GDR)

Nama : .....

NIM : .....

Tanggal : .....

Penguji : .....

NO	ASPEKYANGDINILAI
	PersiapanAlat
1	Modul Klinik PKL-IV
2	Buku ADL
3	Alat untuk mencatat (alat tulis)
4	Data untuk laporan
5	Komputer/Laptop
6	Meja, kursi
7	Buku referensi
	Tahap Kerja
1	Mahasiswa mempersiapkan alat yang dibutuhkan.
2	Mahasiswa mengumpulkan data yang dibutuhkan dalam catatan laporan sensus Harian
3	Mahasiswa melakukan perhitungan jumlah kunjungan pasien
4	Mahasiswa menunjukan hasil tugasnya kepada dosen pembimbing dan CI.
	Sikap
1	Teliti
2	Sistematis

3	Objektif

Komentar :

FORMAT PENILAIAN

Skala Penilaian	0	1	2	3	Nilai
Persiapan alat	Tidak menyiapakan alat	Bila alat yang disiapkan 75% sesuai standart praktik klinik	Bila alat yang disiapkan sudah sesuai standart pratikum namun penggunaan alat kurang paham	Bila alat yang disiapkan lengkap sesuai standart praktik klinik dan penggunaan alat sudah paham	
Tahap Kerja	Tidak melakukan semua tahap kerja	Hanya melakukan 1 tahap kerja dari 4 tahap yang harus dilakukan	Hanya melakukan 2-3 tahap kerja dari 4 tahap yang harus dilakukan	Melakukan seluruh (4 tahap) kerja dengan baik	
Sikap	Tidak menunjukan sikap yang baik selama praktik klinik berlangsung	Hanya menunjukan 1 sikap dari 3 sikap interaksi yang baik	Hanya menunjukan 2 sikap dari 3 sikap interaksi yang baik	Menunjukan seluruh sikap (3 sikap) dengan baik saat praktik klinik berlangsung	

Nilai Akhir = $\frac{oJumlahtotalskorr}{14} \times 100 =$ ……

Nilai ≥ 75 : Selamat Buat Anda

Nilai < 75 : Ulangi materi dan praktik klinik

TandaTanganMahasiswa TandaTanganPenguji

(……) (.....)

BAB VII
SYSTEM PELAPORAN RUMAH SAKIT

Nila Sari, S.KM, M.KM

KEGIATAN PRAKTIK KLINIK
PELAKSANAAN PELAPORAN RUMAH SAKIT ;
DATA DASAR RUMAH SAKIT (RL 1), DATA KETENAGAAN FUNGSIONAL (RL 2), DATA KEGIATAN PELAYANAN (RL 3), DATA MORBIDITAS DAN MORTALITAS (RL 4), DATA PENGUNJUNG RUMAH SAKIT (RL 5).

I. TEORI

A. Sistem Pelaporan

Pelaporan merupakan suatu kegiatan yang dilakukan bawahan untuk menyampaikan hal-hal yang berhubungan dengan hasil pekerjaan yang telah dilakukan selama satu periode tertentu.

Pelaporan Rumah Sakit yaitu suatu alat organisasi yang bertujuan untuk dapat menghasilkan laporan secara cepat, tepat dan akurat yang secara garis besar jenis pelaporan rumah sakit dapat dibedakan menjadi 2 kelompok:

1. Laporan Intern Rumah Sakit

Laporan intern rumah sakit dapat disesuaikandengan kebutuhan rumah sakit. Jenis laporan tersebut meliputi:

Pasien masuk rumah sakit dklasifikasikan menjadi:

1. Pasien umum
2. Pasien Kebidanan
3. Pasien Anak
4. Bayi Lahir di Rumah Sakit
5. Bayi kiriman dari luar

Pasien keluar Rumah Sakit diklasifikasikan menjadi:

1. Pasien Umum

2. Pasien Kebidanan
3. Pasien Anak
4. Bayi Lahir di Rumah sakit
5. Bayi kiriman dari luar

Pasien meninggal di Rumah Sakit diklasifikasikan menjadi:

1. Pasien Umum
2. Pasien Meninggal <48jam
3. Pasien meninggal >48jam
4. Pasien DOA
5. Pasien Stillbirth
6. Net Death Rate (NDR)
7. Gross Death rate (GDR)
8. Maternal death Rate (MDR)

Lamanya pasien dirawat diklasifikasikan menjadi:

1. Pasien Umum
2. Pasien Kebidanan
3. Pasien Anak
4. Bayi Lahir di Rumah sakit
5. Bayi kiriman dari luar

Hari Perawatan Pasien (HP) diklasifikasikan menjadi:

1. Pasien Umum
2. Pasien Kebidanan
3. Pasien Anak
4. Bayi Lahir di Rumah sakit
5. Bayi kiriman dari luar

Presentasi pemakaian tempat tidur (BOR) diklasifikasikan menjadi:

1. Pasien Umum
2. Pasien Kebidanan
3. Pasien Anak

4. Bayi Lahir di Rumah sakit
5. Bayi kiriman dari luar

Kegiatan Persalinan diklasifikasikan menjadi:

1. Letak belakang kepala
2. Vacum Ektrasi
3. Seksio Sesarea
4. Forcep, Dll

Kegiatan Pembedahan dan tindakan medik lain, diklasifikasikan menjadi:

1. Operasi besar
2. Operasi sedang
3. Operasi kecil

Kegiatan Rawat Jalan meliputi:

1. Laporan pengunjung pasien
2. Laporan kunjungan pasien
3. Laporan Konsultasi
4. Laporan kegiatan Imunisasi
5. Laporan kegiatan Keluarga Berencana
6. Laporan kegiatan Penunjang Medis
7. Sensus harian menjadi dasar dalam pelaksanaan pembuatan pelaporan rumah sakit yang kegiatannya dihitung mulai jam 00.00 s/d 24.00 setiap harinya.

2. Laporan Ektern Rumah Sakit

Laporan ektern rumah sakit ditujukan kepada Direktorat jenderal Bina Pelayanan medik Departemen Kesehatan RI (DITJEN YANMED), Dinas Kesehatan Propinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Pelaporan ektern rumah sakit dibuat sesuai dengan kebutuhan Departemen Kesehatan RI yang meliputi:

1. Data kegiatan Rumah Sakit (RL 1)
    a. Data keadaan morbiditas Pasien Rawat Inap Rumah Sakit (RL 2a)
    b. Data keadaan morbiditas Pasien Rawat Inap Survailans terpadu Rumah sakit (RL 2a.1)
    c. Data keadaan morbiditas Pasien Rawat jalan Rumah Sakit (RL 2b)
    d. Data keadaan morbiditas pasien rawat jalan survailans terpadu rumah sakit (RL 2b.1)
    e. Data status imunisasi (RL 2c)
    f. Data individu morbiditas pasien rawat inap, terdiri dari:
2. Pasien Umum (RL 2.1)
3. Pasien Obstetri (RL 2.2)
4. Pasien baru lahir/lahir mati (RL 2.3)

a. Data dasar Rumah Sakit (RL 3)
b. Data ketenagaan Rumah Sakit (RL 4)
c. Data ketenagaan Individual Rumah Sakit (RS Vertikal Depkes) (RL 4a)
d. Data Peralatan Medik Rumah Sakit (RL 5)
e. Data Kegiatan Kesehatan Lingkungan (RL 5)
f. Data Infeksi Nosokomial Rumah Sakit (RL 6)

1. Periode Laporan

    Data kegiatan Rumah sakit (RL 2)

    Laporan ini dibuat setiap triwulan berdasarkan catatan harian yang dikompilasi setiap bulan, dan dilaporkan setiap tanggal 15 pada bulan ke empat pada DITJEN YANMED, Dinas Kesehatan Propinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

    Data keadaan morbiditas pasien rawat inap rumah sakit (RL 2a)

    Laporan ini dibuat setiap triwulan berdasarkan catatan harian yang dikompilasi setiap bulan, dan dilaporkan setiap tanggal 15 pada bulan

ke empat pada DITJEN YANMED, Dinas Kesehatan Propinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Data keadaan morbiditas pasien rawat jalan rumah sakit (RL 2b)
Laporan ini dibuat setiap triwulan berdasarkan catatan harian yang dikompilasi setiap bulan, dan dilaporkan setiap tanggal 15 pada bulan ke empat pada DITJEN YANMED, Dinas Kesehatan Propinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Data keadaan morbiditas pasien rawat inap survailans terpadu RS (RL 2a.1)
Laporan ini dibuat setiap bulan dan dilaporkan setiap tanggal 15 bulan berikut dan hanya dilaporkan untuk Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota(Dinas kesehatan setempat).

Data keadaan morbiditas pasien rawat jalan survailans terpadu RS(RL 2b.1)
Laporan ini dibuat setiap bulan dan dilaporkan setiap tanggal 15 bulan berikut dan hanya dilaporkan untuk Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota(Dinas kesehatan setempat).

Data status imunisasi (RL 2c)
Laporan ini dibuat setiap bulan dan dilaporkan setiap tanggal 15 bulan berikut dan hanya dilaporkan untuk Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota(Dinas kesehatan setempat).

Data individual morbiditas pasien rawat inap pasien umum(RL 2.1)
Laporan ini dibuat setiap triwulan dengan pengambilan sampeling 10 hari(setiap tanggal 1 s/d 10 setiap bulan februari,mei,agustus dan november), serta dilaporkan setiap tanggal 25 bulan sampeling dan hanya dilaporkan untuk Dinas kesehatan kabupaten/kota(Dinas kesehatan setempat).

Data individual morbiditas pasin rawat inap pasien obstetri (RL 2.2)

Laporan ini dibuat setiap triwulan dengan pengambilan sampeling 10 hari (setiap tanggal 1 s/d 10 setiap bulan februari,mei,agustus dan november), serta dilaporkan setiap tanggal 25 bulan sampeling dan hanya dilaporkan untuk Dinas kesehatan kabupaten/kota(Dinas kesehatan setempat).

Data individual morbiditas pasien rawat inap pasien bayi baru lahir/lahir mati (RL 2.3)

Laporan ini dibuat setiap triwulan dengan pengambilan sampeling 10 hari (setiap tanggal 1 s/d 10 setiap bulan februari,mei,agustus dan november), serta dilaporkan setiap tanggal 25 bulan sampeling dan hanya dilaporkan untuk Dinas kesehatan kabupaten/kota (Dinas kesehatan setempat).

2. Data dasar Rumah Sakit (RL 3)

   Laporan data dasar rumah sakit ini dilaporkan 1 kali dalam setahun sesuai dengan keadaan pada tanggal 31 Desember setiap tahunnya, serta dilaporkan setiap tanggal 15 Januari, dan dilaporkan pada Ditjen Yanmed, Dinas Kesehatan Propinsi, Dinas Kesehatan kabupaten/Kota.

3. Data ketenagaan rumah sakit (RL 4)

   Formulir RL4 dibuat 2 kali dalam setahun, data yang dilaporkan sesuai dengan keadaan pada tanggal 30 Juni dan tanggal 31 Desember serta dilaporkan setiap tanggal 15 Juli dan 15 Januari kepada Ditjen Yanmed, Dinkes Propinsi Kesehatan Kabupaten/Kota.

   Data individual ketenagaan Rumah Sakit (RL 4a)

   Formulir RL4a hanya untuk RS vertikal Depkes, dibuat satu kali dalam setahun data yang dilaporkan sesuai dengan keadaan pada tanggal 31 Desember serta dilaporkan setiap tanggal 15 Januari kepada Ditjen Yanmed.

4. Data peralatan medik rumah sakit(RL 5)

   Laporan data peralatan medik rumah sakit ini, dibuat satu kali dalam setahun data yang dilaporkan sesuai dengan keadaan pada tanggal 31 Desember serta dilaporkan setiap tanggal 15 Januari kepada Ditjen Yanmed.

5. Data kegiatan kesehatan lingkungan (RL 5)

   Data kegiatan kesehatan lingkungan ini, dibuat satu kali dalam setahun data yang dilaporkan sesuai dengan keadaan pada tanggal 31 Desember serta dilaporkan setiap tanggal 15 Januari kepada Ditjen Yanmed, Dinkes Propinsi Kabupaten/Kota.

6. Data infeksi Nosokomial Rumah Sakit (RL 6)

   Data infeksi nosokomial rumah sakit ini, dibuat satu kali dalam setahun data yang dilaporkan sesuai dengan keadaan pada tanggal 31 Desember serta dilaporkan setiap tanggal 15 Januari kepada Ditjen Yanmed, Dinkes Propinsi kabupaten/kota.

   Saluran pengiriman laporan

   Laporan dibuat rangkap 6 kecuali laporan yang bersifat individual dibuat rangkap 2. Laporan asli dikirim ke Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik. Sub Bagian Data dan informasi Dep.Kes.RI.Sedang Rangkap Kedua dan seterusnya dikirim kepada:

   Dinas Kesehatan Propinsi
   Dinas Kesehatan Kabupaten
   Direktur Rumah Sakit
   Kepala Bagian Sekertariat RS
   Implementasi di Unit rekam medis

   Laporan harian kegiatan rumah sakit dari setiap ruangan, baik dari ruang rawat inap yang berupa sensus harian pasien rawat inap, ataupun formulir lainnya yang telah diisi oleh bagian masing-masing. Laporan tersebut diolah oleh bagian pengolah data sehingga laporan tersebut

sesuai dengan kebutuhan untuk mengisi RL dan rumah sakit, pengolahan ini dilakukan secara manual.

Bersumber dari sensus harian yang diperoeh dari ruang rawat inap berdasarkan formulir sensus harian yang direkapitilasi setiap bulan (RP1).

Banyak indikator yang bisa digunakan untuk menilai rumah sakit, yang paling sering digunakan adalah :

Bed Occupancy Rate (BOR) yaitu prosentase pemakaian tempat tidir pada satu satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit.
Adapun rumus BOR itu adalah :

Jumlah hari perawatan rumah sakit

BOR : ——————————————————— x 100 %

Jumlah tempat tidur x jumlah hari dalam satu periode

Nilai parameter BOR yang ideal adalah antara 60-85 %

Average Length of Stay (ALOS) yaitu rata-rata lama rawat seorang pasien . Indikator ini disamping memberikan gambaran tingkat efisiensi, juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan, apabila diterapkan pada diagnosis tertentu dapat dijadikan hal yang perlu pengamatan yang lebih lanjut.
Jumlah lama dirawat

ALOS : ——————————————————- x 100%

Jumlah pasien keluar (Hidup+ mati)

Seara umum nilai ALOS yang ideal antara 6-9 hari

Bed Turn Over (BTO) yaitu prekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu (biasanya dalam periode1 tahun). Indikator ini memberikan tingkat efisiensi pada pemakaian tempat tidur.

Jumlah pasien keluar (hidup + mati)

BTO : ——————————————————————-

Jumlah tempat tidur

Idealnya dalam satu tahun, 1 (satu) tempat tidur rata-rata dipakai 40-50 kali.

Turn Over Interval (TOI) yaitu rata-rata dimana tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi ke saat terisi berikutnya. Indikator ini juga memberikan gambaran tingkat efesiensi penggunaan tempat tidur.

(jumlah TT x periode) – hari perawatan

TOI : ——————————————————————-

Jumlah pasien keluar (hidup + mati)

Idealnya tempat tidur kosong / tidak terisi ada pada kisaran 1-3 hari.

Net Death Rate (NDR) yaitu angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap- tiap 1000 penderita keluar. Indikator ini memberikan gambaran mutu pelayanan di rumah sakit.

Jumlah pasien mati > 48 jam dirawat

NDR : ——————————————————————-

Jumlah pasien keluar (hidup + mati

Nilai NDR yang dianggap masih dapat ditolelir adalah kurang dari 25 per 1000.

Gross Death Rate
Jumlah pasien mati seluruhnya

GDR : ——————————————————————

Jumlah pasien keluar (hidup = mati)

Nilai GDR seyogyanya tidak lebih dari 45 per 1000 penderita keluar.

Rata-rata kunjungan poliklinik per hari indikator ini diperlukan untuk menilai tingkat pemanfaatan poliklinik rumah sakit. Angka rata-rata ini apabila dibandingkan dengan jumlah penduduk diwilayahnya akan memberikan gambaran akupan pelayanan dari suatu rumah sakit.

II. ALAT DAN BAHAN

Alat dan bahan yang perlu dipersiapkan antara lain:

1. Modul Klinik PKL-IV
2. Buku ADL
3. Alat untuk mencatat (alat tulis)
4. Komputer/Laptop
5. Aplikasi SIRS
6. Dokumen rekam medis
7. Meja, kursi
8. Buku referensi

III. RINGKASAN

Pelaporan merupakan suatu kegiatan yang dilakukan bawahan untuk menyampaikan hal-hal yang berhubungan dengan hasil pekerjaan yang telah dilakukan selama satu periode tertentu.

Pelaporan Rumah Sakit yaitu suatu alat organisasi yang bertujuan untuk dapat menghasilkan laporan secara cepat, tepat dan akurat yang secara garis besar jenis pelaporan rumah sakit dapat dibedakan menjadi 2 kelompok; Laporan Intern Rumah Sakit dan Laporan Ektern Rumah Sakit

IV. PROSEDUR PRAKTIK KLINIK

1. Mahasiswa mempersiapkan alat yang dibutuhkan.
2. Mahasiswa mempraktekan cara mengoperasikan SIRS
3. Mahasiswa mempraktekan menu yang ada pada SIRS
4. Mahasiswa menunjukan hasil tugasnya kepada dosen pembimbing dan CI.

V. HASIL PENGAMATAN

Hasil pengamatan dan tagihan praktik klinik yaitu:Hasil perhitungan BOR, AvLOS,TOI, GDR dan NDR

VI. PELAPORAN HASIL PRAKTIK KLINIK

Pelaporan hasil praktik klinik disusun dalam Buku ADL tiap individu dan Laporan PKL secara berkelompok.

VII. UJIAN PRAKTIK KLINIK

Tidak ada ujian praktik klinik. Nilai kegiatan praktik klinik Pengaplikasian Sistem Informasi Rumah Sakit diberikan melalui Buku ADL tiap individu dan Laporan PKL yang diseminarkan secara berkelompok.

FORMATPROSEDUR

PRAKTIK KLINIK PELAPORAN RUMAH SAKIT

Nama : .....

NIM : .....

Tanggal : .....

Penguji : .....

NO	ASPEKYANGDINILAI
	PersiapanAlat
1	Modul Klinik PKL-IV
2	Buku ADL
3	Alat untuk mencatat (alat tulis)
4	Komputer/Laptop
5	Aplikasi SIRS
6	Dokumen rekam medis
7	Meja, kursi
8	Buku referensi
	Tahap Kerja
1	Mahasiswa mempersiapkan alat yang dibutuhkan.
2	Mahasiswa mempraktekan cara mengperasikan sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS)
3	Mahasiswa mempraktekan menu SIRS
4	Mahasiswa mempraktekan menu pelaporan
5	Mahasiswa menunjukan hasil tugasnya kepada dosen pembimbing dan CI.
	Sikap
1	Teliti
2	Sistematis
3	Objektif

Komentar :

FORMAT PENILAIAN

Skala Penilaian	0	1	2	3	Nilai
Persiapan alat	Tidak menyiapakan alat	Bila alat yang disiapkan 75% sesuai standart praktik klinik	Bila alat yang disiapkan sudah sesuai standart pratikum namun penggunaan alat kurang paham	Bila alat yang disiapkan lengkap sesuai standart praktik klinik dan penggunaan alat sudah paham	
Tahap Kerja	Tidak melakukan semua tahap kerja	Hanya melakukan 1-2 tahap kerja dari 5 tahap yang harus dilakukan	Hanya melakukan 3-4 tahap kerja dari 5 tahap yang harus dilakukan	Melakukan seluruh (5 tahap) kerja dengan baik	
Sikap	Tidak menunjukan sikap yang baik selama praktik klinik berlangsung	Hanya menunjukan 1 sikap dari 3 sikap interaksi yang baik	Hanya menunjukan 2 sikap dari 3 sikap interaksi yang baik	Menunjukan seluruh sikap (3 sikap) dengan baik saat praktik klinik berlangsung	

Nilai Akhir = $\frac{Jumla\square total\ Skor}{16} \times 100 =$ ……

Nilai ≥ 75 : Selamat Buat Anda

Nilai < 75 : Ulangi materi dan praktik klinik

TandaTanganMahasiswa TandaTanganPenguji

(……) (.....)

BAB VIII
PELAKSANAAN KLASIFIKASI DAN KODEFIKASI PENYAKIT DAN TINDAKAN MEDIS (ICD-10 DAN ICD-9-CM) PADA SISTEM DIGESTIF, ENDOKRIN, URINARIA, PANCA INDERA, SARAF, MENTAL, REPRODUKSI, MALFORMASI KONGENITAL, DEFORMITAS DAN ABNORMALI KROMOSOM, NEOPLASMA DAN INFEKSI, CEDERA(INJURY), DAN KERACUNAN

Nila Sari, S.KM, M.KM

KEGIATAN PRAKTIK KLINIK
PELAKSANAAN KLASIFIKASI KODEFIKASI PENYAKIT DAN TINDAKAN MEDIS BERDASARKAN ICD 10 DAN ICD 9 CM ; SISTEM DIGESTIF, SISTEM ENDOKRIN, SISTEM URINARIA, SISTEM PANCA INDERA, SISTEM SARAF, SISTEM MENTAL, SISTEM REPRODUKSI, SISTEM MALFORMASI KONGENITAL, SISTEM DEFORMITAS DAN ABNORMALI KROMOSOM, SISTEM NEOPLASMA DAN INFEKSI, SISTEM CEDERA(INJURY), SISTEM KERACUNAN

I. TEORI

A. ICD 9-CM Volume 3 Klasifikasi Kode Prosedur Tindakan Medis

International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification (Klasifikasi Statistik Internasional Penyakit dan Masalah Kesehatan Terkait revisi ke sembilan modifikasi klinis) ICD 9-CM volume 3 merupakan bagian dari ICD 9-CM yang digunakan untuk mengklasifikasikan kode prosedur tindakan medis. ICD 9-CM Volume 1 dan 2 digunakan untuk kode diagnostik (diagnosis penyakit) sedangkan volume 3 untuk kode prosedur tindakan medis.

Dalam pengeklaiman program Jaminan Kesehatan BPJS Kesehatan dengan aplikasi INACBG, ICD 9-CM ini hanya digunakan untuk mengkode prosedur tindakan medis, sedangkan untuk mengkode

diagnosis penyakitnya digunakan ICD 10. Berikut ini daftar pengklasifikasian prosedur dan tindakan medis dalam ICD 9-CM volume 3 :

Main sections

(00) Procedures and interventions, not elsewhere classified

(01–05) Operations on the nervous system

(06–07) Operations on the endocrine system

(08–16) Operations on the eye

(18–20) Operations on the ear

(21–29) Operations on the nose, mouth and pharynx

(30–34) Operations on the respiratory system

(35–39) Operations on the cardiovascular system

(40–41) Operations on the hemic and lymphatic system

(42–54) Operations on the digestive system

(55–59) Operations on the urinary system

(60–64) Operations on the male genital organs

(65–71) Operations on the female genital organs

(72–75) Obstetrical procedures

(76–84) Operations on the musculoskeletal system

(85–86) Operations on the integumentary system

(87–99) Miscellaneous diagnostic and therapeutic procedures

a. Diagnostic radiology
b. Interview, evaluation, consultation, and examination
c. Nuclear medicine
d. Physical therapy, respiratory therapy, rehabilitation, and related procedures
e. Procedures related to the psyche
f. Ophthalmologic and otologic diagnosis and treatment
g. Nonoperative intubation and irrigation
h. Replacement and removal of therapeutic appliances/nonoperative removal of foreign body or calculus
i. Other nonoperative procedures

II. ALAT DAN BAHAN

Alat dan bahan yang perlu dipersiapkan antara lain:

1. Modul Klinik PKL-IV
2. Buku ADL
3. Alat untuk mencatat (alat tulis)
4. Komputer/Laptop
5. Buku ICD-10 dan ICD 9 CM
6. Dokumen rekam medis
7. Meja, kursi
8. Buku referensi

III. RINGKASAN

International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification (Klasifikasi Statistik Internasional Penyakit dan Masalah Kesehatan Terkait revisi ke sembilan modifikasi klinis) ICD 9-CM volume 3 merupakan bagian dari ICD 9-CM yang digunakan untuk mengklasifikasikan kode prosedur tindakan medis. ICD 9-CM Volume 1 dan 2 digunakan untuk kode diagnostik (diagnosis penyakit) sedangkan volume 3 untuk kode prosedur tindakan medis.

IV. PROSEDUR PRAKTIK KLINIK

1. Mahasiswa mempersiapkan alat yang dibutuhkan.
2. Mahasiswa melakukan sistem pengkodean penyakit dan tindakan berdasarakan ICD 10 dan ICD 9 CM.
3. Mahasiswa menunjukan hasil tugasnya kepada dosen pembimbing dan CI.

V. HASIL PENGAMATAN

Hasil pengamatan dan tagihan praktik klinik yaitu: Hasil pengkodean penyakit dan tindakan berdasarakan ICD 10 dan ICD 9 CM sebanyak 5 berkas pasien

VI. PELAPORAN HASIL PRAKTIK KLINIK

Pelaporan hasil praktik klinik disusun dalam Buku ADL tiap individu dan Laporan PKL secara berkelompok.

VII. UJIAN PRAKTIK KLINIK

Tidak ada ujian praktik klinik. Nilai kegiatan praktik klinik klasifikasi dan kodefikasi penyakitdiberikan melalui Buku ADL tiap individu dan Laporan PKL yang diseminarkan secara berkelompok.

FORMATPROSEDUR

PRAKTIK KLINIK KLASIFIKASI DAN KODEFIKASI PENYAKIT DAN TINDAKAN BERDASARKAN ICD 10 DAN ICD 9 CM

Nama : .....

NIM : .....

Tanggal : .....

Penguji : .....

NO	ASPEKYANGDINILAI
	PersiapanAlat
1	Modul Klinik PKL-IV
2	Buku ADL
3	Alat untuk mencatat (alat tulis)
4	Komputer/Laptop
5	Dokumen rekam medis
6	Buku ICD 10 dan ICD 9 CM
7	Meja, kursi
8	Buku referensi
	Tahap Kerja
1	Mahasiswa mempersiapkan alat yang dibutuhkan.
2	Mahasiswa melakukan pengkodean penyakit dan tindakan berdasarakan ICD 10 Untuk penyakit dan ICD 9 CM untuk Tindakan
3	Mahasiswa mempraktekan menuprogram INA C BGS
4	Mahasiswa menunjukan hasil tugasnya kepada dosen pembimbing dan CI.
	Sikap
1	Teliti
2	Sistematis
3	Objektif

Komentar :

FORMAT PENILAIAN

Skala Penilaian	0	1	2	3	Nilai
Persiapan alat	Tidak menyiapakan alat	Bila alat yang disiapkan 75% sesuai standart praktik klinik	Bila alat yang disiapkan sudah sesuai standart pratikum namun penggunaan alat kurang paham	Bila alat yang disiapkan lengkap sesuai standart praktik klinik dan penggunaan alat sudah paham	
Tahap Kerja	Tidak melakukan semua tahap kerja	Hanya melakukan 1-3 tahap kerja dari 6 tahap yang harus dilakukan	Hanya melakukan 4-5 tahap kerja dari 6 tahap yang harus dilakukan	Melakukan seluruh (6 tahap) kerja dengan baik	
Sikap	Tidak menunjukan sikap yang baik selama praktik klinik berlangsung	Hanya menunjukan 1 sikap dari 3 sikap interaksi yang baik	Hanya menunjukan 2 sikap dari 3 sikap interaksi yang baik	Menunjukan seluruh sikap (3 sikap) dengan baik saat praktik klinik berlangsung	

Nilai Akhir = $\frac{jumlah\ total\ skorr}{15} \times 100 =$ ……

Nilai ≥ 75 : Selamat Buat Anda

Nilai < 75 : Ulangi materi dan praktik klinik

TandaTanganMahasiswa TandaTanganPenguji

(……) (.....)

DAFTAR PUSTAKA

Budi,Savitri Citra. 2011. *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta: Quantum Sinergi Media.

Faida, Eka Wilda. 2019. *Manajemen Sumber Daya Manusia dan Ergonomi Unit Kerja Rekam Medis*. Sidoarjo: Indonesia Pusaka.

Rustam, Bambang Rianto. 2017. *Manajemen Risiko: Prinsip, Penerapan, dan Penelitian*. Jakarta: Salemba Empat.

Kemenkes RI, 2011. *SIKDA Generik*. BuletinJendela Data dan Informasi Triwulan III, 2011. Jakarta: Kemenkes RI.

World Health Association. 2011. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)* Version for 2010.Geneva: WHO.

World Health Association. 2011. *International Classification of Diseases*, Ninth Revision, Clinical Modification (*ICD-9-CM*). Geneva: WHO.

World Health Association. 2003. *International Classification of Primary Care*, Second Edition (ICPC-2). Geneva: WHO.