



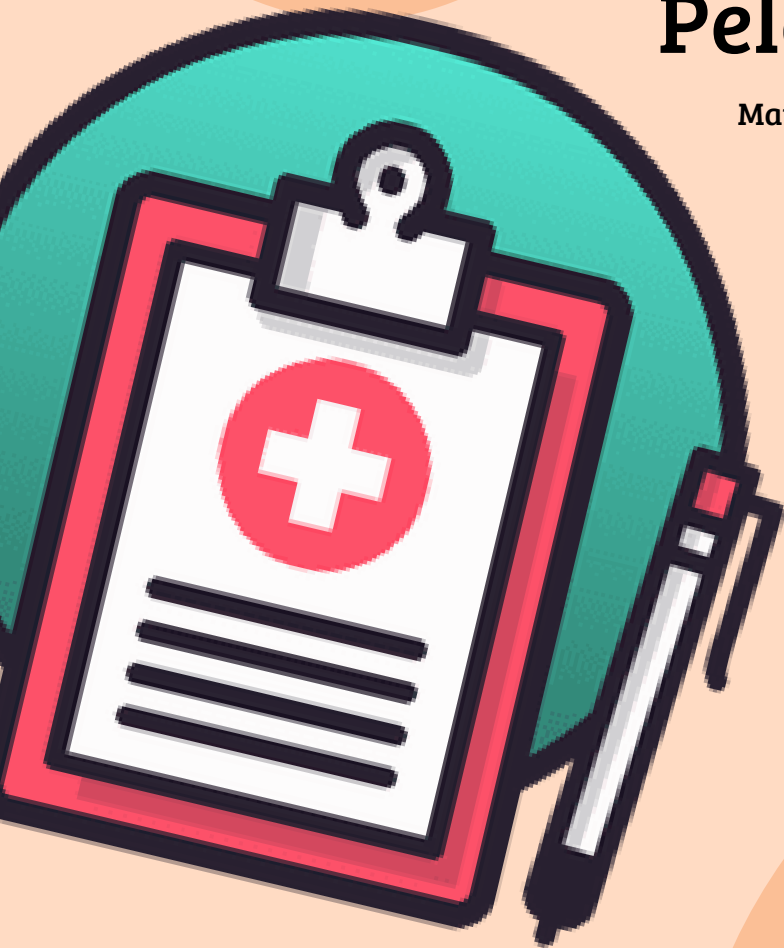
KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



MODUL 1

Alur dan Prosedur Pelayanan Pasien

Mata Kuliah: Manajemen Rekam Medis



Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Kodefikasi terkait : Manajemen Rekam Medis
Sistem
Pencernaan dan
Endokrin
Kode Mata Kuliah : RMIK205
Tanggal Mulai : 18 Januari 2022

Alur dan Prosedur Pelayanan Pasien

Modul: 1



Arif Nugroho Triutomo
Alfian Eka Pradana

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Praktik Manajemen Rekam Medis dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul praktik ini mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan tentang sistem genitourinari dan reproduksi, pada mata kuliah Manajemen Rekam Medis. Dengan demikian diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti praktik laboratorium.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan praktik mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan instruktur praktik.

Yogyakarta, 14 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar Isi

Kata Pengantar.....	2
Daftar Isi.....	3
1. Pengantar.....	4
2. Capaian Pembelajaran	4
3. Bahan Kajian	4
4. Tujuan Pembelajaran	4
5. Luaran.....	5
6. Alur dan Prosedur Pelayanan Pasien	5
a. Standar Prosedur Operasional	5
b. Flowchart.....	8
c. Alur dan Prosedur Pasien Rawat Jalan.....	9
d. Alur dan Prosedur Pasien Gawat Darurat.....	14
e. Alur dan Prosedur Pasien Rawat Inap	15
f. Alur dan Prosedur Pasien Pulang	17
7. Penugasan.....	19
8. Referensi.....	22
9. Lembar Catatan Pembelajaran.....	23

1. Pengantar

Mata kuliah ini memuat tentang manajemen rekam medis meliputi penyelenggaraan rekam medis manual dan komputerisasi, alur dan prosedur pelayanan rekam medis, alur dan prosedur pelayanan pasien, sistem dan subsistem rekam medis (pengolahan, assembling, analisis, koding, indeks dokter dan kematian), indeks penyakit dan tindakan, sistem dan subsistem rekam medis dan subsistem rekam medis (registrasi, penomoran, penamaan, master pasien indeks). Mata kuliah ini dilaksanakan untuk mengintegrasikan dasar ilmu dalam manajemen rekam medis. Secara khusus mahasiswa akan diberikan pengetahuan dan keterampilan tentang tata cara rekam medis, alur dan prosedur pelayanan pasien, sistem dan subsistem rekam medis. Mata kuliah ini memberikan pengalaman belajar kepada mahasiswa yang mendukung untuk mencapai Koordinator Unit Kerja Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (P2).

Modul Praktik Manajemen Rekam Medis, Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Semester Ganjil Tahun Akademik 2021/2022, disusun dengan tujuan untuk memberikan arahan serta acuan bagi mahasiswa dan instruktur praktik, dalam melaksanakan kegiatan praktikum selama Semester Genap di Prodi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Tahun Akademik 2021/2022. Modul praktik ini berisi tentang materi penyelenggaraan rekam medis manual dan komputerisasi, alur dan prosedur pelayanan pasien dan rekam medis, sistem dan subsistem rekam medis, serta indeks rekam medis.

2. Capaian Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami tentang manajemen unit kerja rekam medis dan informasi kesehatan.

3. Bahan Kajian

- a. Penyelenggaraan rekam medis manual dan komputerisasi.
- b. Alur dan prosedur pelayanan rekam medis.
- c. Alur dan prosedur pelayanan pasien.
- d. Sistem dan subsistem rekam medis meliputi assembling, analisis, koding, indeks dokter dan kematian, serta filing.
- e. Indeks penyakit dan tindakan.
- f. Sistem dan subsistem rekam medis meliputi registrasi pasien, penomoran, penamaan, dan master pasien indeks.

4. Tujuan Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami dan melaksanakan proses manajemen unit kerja rekam medis dan informasi kesehatan.

- a. Peserta didik mampu memahami tentang penyelenggaraan rekam medis manual dan elektronik.
- b. Peserta didik mampu memahami dan menyusun alur dan prosedur pelayanan rekam medis.
- c. Peserta didik mampu memahami dan menyusun alur dan prosedur pelayanan pasien.
- d. Peserta didik mampu memahami dan melaksanakan proses manajemen assembling, analisis, koding, indeks dokter dan kematian, serta filing.
- e. Peserta didik mampu memahami dan melaksanakan proses manajemen indeks penyakit dan tindakan.
- f. Peserta didik mampu memahami dan melaksanakan proses manajemen sistem dan subsistem rekam medis meliputi registrasi, penamaan, penomoran, dan master pasien indeks.

5. Luaran

- a. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan penyelenggaraan rekam medis manual dan elektronik.
- b. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menyusun dan menjelaskan tentang alur dan prosedur pelayanan rekam medis.
- c. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menyusun dan menjelaskan tentang alur dan prosedur pelayanan pasien.
- d. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjalankan proses manajemen assembling, analisis, koding, indeks dokter dan kematian, serta filing.
- e. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjalankan proses manajemen indeks penyakit dan tindakan.
- f. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjalankan proses manajemen sistem dan subsistem rekam medis meliputi registrasi, penamaan, penomoran, dan master pasien indeks.

6. Alur dan Prosedur Pelayanan Pasien

a. Standar Prosedur Operasional

Standar Prosedur Operasional (SPO) adalah sistem yang disusun untuk memudahkan, merapikan, dan menertibkan pekerjaan tersebut. SPO dibuat

dalam bentuk dokumen, isi SPO berkaitan dengan prosedur yang dilakukan secara kronologis untuk membantu menyelesaikan pekerjaan dan memperoleh hasil kerja efektif dari pekerja dengan biaya serendah - rendahnya.

Prosedur dapat dilaksanakan dengan baik apabila ada komitmen dari petugas dan manajemen penyelenggara pelayanan. Prosedur perlu disosialisasikan sehingga seluruh petugas dapat mengetahui langkah atau tahapan pelayanan yang sesuai standar. Penulisan prosedur mengacu pada standar Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS).

LOGO INSTANSI DAN NAMA INSTANSI	JUDUL SOP		
	No Dokumen:	No Revisi:	Halaman:
Standar Prosedur Operasional	Tanggal terbit:	Ditetapkan oleh: (Nama Pimpinan Instansi) NIP	
Pengertian			
Tujuan			
Kebijakan			
Prosedur			
Unit Terkait			

Konsep pembuatan prosedur sesuai standar KARS dari segi anatomi terdiri dari kepala dan badan format prosedur.

Kepala format prosedur terdiri dari:

- a) identitas rumah sakit (logo rumah sakit, nama, dan alamat rumah sakit);
- b) judul SPO;
- c) nomor dokumen spo;
- d) nomor revisi yang telah dilakukan dalam pembuatan prosedur;
- e) halaman
- f) tulisan “standar prosedur operasional” (untuk menegaskan bahwa bahwa dokumen tersebut merupakan sebuah prosedur)
- g) tanggal terbit prosedur;

- h) dan penetapan dari prosedur yang dibuat (nama, tanda tangan, nomor induk, dan cap petugas yang mengesahkan).

Badan format terdiri dari:

- a) Pengertian;

Berisi penjelasan tentang istilah yang mungkin sulit dipahami dan atau definisi dari standar prosedur operasional, pengertian ini mendefinisikan maksud dari pembuatan prosedur, misalnya prosedur pendaftaran pasien rawat jalan adalah suatu kegiatan dalam melakukan pendaftaran pasien rawat jalan sesuai dengan prosedur.

- b) Tujuan;

Berisi tujuan spesifik dari pelaksanaan prosedur yang menyebutkan nama kegiatan dan yang bertugas melaksanakannya, contohnya prosedur pendaftaran pasien rawat jalan ini dibuat untuk petugas pendaftaran dalam melaksanakan kegiatan pendaftaran di instansinya

- c) Kebijakan;

Berisi kebijakan yang menjadi dasar bagi pelaksanaan prosedur, kebijakan dapat diambil dari undang - undang, peraturan daerah, peraturan pemerintah atau kebijakan rumah sakit atau kebijakan kepala rekam medis

- d) Prosedur;

Berisi bagian utama dari prosedur yang menguraikan langkah kegiatan untuk menyelesaikan proses kerja, langkah pelayanan ini dituliskan dalam bentuk kalimat aktif dengan mencantumkan petugas yang melaksanakannya, satu kalimat prosedur sebaiknya berisi komponen siapa, apa, dimana, kapan, bagaimana, contohnya petugas pendaftaran rawat jalan menanyakan kartu identitas pasien sebagai dasar pengisian identitas pasien pada berkas rekam medis

- e) Unit terkait




Berisi unit yang berkaitan dalam proses kerja yang ada dalam suatu prosedur, contoh unit terkait dari prosedur pendaftaran pasien rawat jalan adalah bagian distribusi, bagian penyimpanan, bagian klinik, dan bagian igd.






b. Flowchart

Tempat penerimaan pasien merupakan gerbang pelayanan pertama di fasilitas pelayanan kesehatan. Pasien memutuskan berobat di fasilitas pelayanan kesehatan dengan mempertimbangkan tempat penerimaan pasien yang nyaman dan petugas yang ramah, selain fasilitas yang mendukung, petugas harus menguasai alur pelayanan pasien, alur berkas rekam medis, dan prosedur penerimaan pasien, sehingga petugas dapat memberikan pelayanan dan informasi yang tepat dan cepat. Alur pasien menggambarkan tentang tahapan pelayanan, mulai dari awal pasien datang sampai pelayanan berakhir atau pulang dari fasilitas pelayanan kesehatan.

Alur merupakan urutan atau tahapan yang diberikan kepada pasien. Alur akan mudah dipahami apabila dibuat dalam bentuk bagan atau skema. Alur erat kaitannya dengan prosedur, pada setiap tahapan alur terdapat beberapa kegiatan pelayanan yang diberikan, tahapan kegiatan tersebut dituliskan dalam prosedur. Fungsi prosedur adalah memberikan instruksi tahapan pelayanan yang konsisten sehingga pelayanan yang diberikan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Prinsip pembuatan alur adalah mudah dipahami, sehingga sebaiknya alur dibuat dari satu tempat ke tempat yang lain atau dari suatu kegiatan kekegiatan yang lain.

Bentuk simbol yang digunakan dalam pembuatan alur dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Simbol	Nama	Fungsi
	Terminator	Permulaan atau akhir program
	Garis alir (<i>flow line</i>)	Arah aliran program
	<i>Preparation</i>	Proses inisialisasi atau pemberian harga awal

	Proses	Proses penghitungan atau proses pengolahan data
	Input atau output data	Proses input atau output data, parameter, informasi
	Decision	Perbandingan pernyataan, penyeleksian data yang memberikan pilihan untuk langkah selanjutnya
	On page connector	Penghubung bagian - bagian flowchart yang berada pada satu halaman
	Off page connector	Penghubung bagian - bagian flowchart yang berada pada halaman berbeda

c. Alur dan Prosedur Pasien Rawat Jalan

1) Jenis Pasien

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

a) Dari segi pelayanan, pasien yang datang dapat dibedakan menjadi :

i. Pasien yang dapat menunggu.

- Pasien berobat jalan yang datang dengan perjanjian.
- Pasien yang datang tidak dalam keadaan gawat.

ii. Pasien yang segera ditolong (pasien gawat darurat).

b) Menurut jenis kedatangan, dapat dibedakan menjadi :

- i. Pasien baru adalah pasien yang baru pertama kali datang ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
 - ii. Pasien lama adalah pasien yang pernah datang sebelumnya untuk keperluan mendapatkan pelayanan kesehatan.
- c) Kedatangan pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan, dapat disebabkan :
- i. Dikirim oleh praktek dokter atau bidan di luar fasilitas pelayanan kesehatan.
 - ii. Dikirim oleh rumah sakit lain/ Puskesmas/ Rumah Bersalin/ jenis pelayanan kesehatan lainnya.
 - iii. Datang atas kemauan sendiri

2) Pasien dan Prosedur Pasien Rawat Jalan

a) Pasien Baru Rawat Jalan

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



Gambar 1. Alur Pasien Rawat Jalan

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

- i. Pasien menuju petugas untuk mendapatkan nomor antrian. Pasien yang datang bisa disebabkan oleh kemauan sendiri, rujukan rumah sakit, rujukan dokter praktek, rujukan puskesmas atau instansi kesehatan lain
- ii. Pasien menuju mesin antrian dan mengambil antrian pendaftaran
- iii. Pasien melaksanakan pendaftaran dengan identifikasi petugas mengenai data pasien, apakah pasien tersebut pasien baru atau pasien lama. Bagi pasien baru, petugas akan meminta pasien atau keluarga untuk mengisi formulir pendaftaran (Gambar 1.2 Formulir Pendaftaran Pasien). Formulir pasien baru akan dicek petugas dengan identitas lain (KTP/SIM/PASPOR/Lainnya). Selanjutnya petugas melakukan pengecekan pada dokumen lainnya jika pasien menggunakan asuransi Kesehatan (Gambar 1.3 Kartu Asuransi Kesehatan) kemudian registrasi sesuai klinik

yang dituju. Pasien baru akan mendapatkan nomor rekam medis dan kartu berobat (Gambar 1.4 Kartu Berobat)

- iv. Pasien menuju klinik yang sesuai dengan pendaftaran dan menunggu panggilan antrian sesuai nomor antrian klinik (gambar 1.5 Nomor Antrian Klinik)
- v. Dokter melakukan pemeriksaan dan berkonsultasi dengan pasien.
- vi. Setelah pasien diperiksa dan berkonsultasi oleh dokter, lanjutan pelayanan dapat berupa:
 - Sembuh, pasien menyelesaikan pembayaran di kasir dan mengambil obat di apotik.
 - Jika pasien mendapat pengantar untuk pemeriksaan penunjang, pasien menuju ke instalasi pemeriksaan penunjang dengan membawa surat pengantar dari dokter
 - Jika pasien dirujuk keluar, dokter akan membuat surat pengantar rujukan
 - Jika pasien dikonsulkan ke spesialis lain, dokter akan membuat surat konsultasi. Untuk pendaftaran di klinik spesialis lainnya bisa dilakukan dihari tersebut atau sesuai jadwal dokter spesialis tersebut
 - Jika pasien dirawat, maka mengikuti alur pasien masuk rawat.
- vii. Pasien menyelesaikan pembayaran di kasir, mengambil obat di apotik, dan pulang

b) Pasien Lama Rawat Jalan

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

i. Pasien Perjanjian

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

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

(2). Petugas akan mengecek dokumen lainnya untuk pasien asuransi Kesehatan

(3). Petugas akan mencetak registrasi dan memberikan nomor antrian klinik yang dituju pasien.

(4). Pasien akan mendapatkan nomor antrian klinik dan diarahkan menunggu di klinik yang dituju

(5). Setelah pasien selesai berkonsultasi dengan dokter, lanjutan pelayanan dapat berupa:

- Sembuh.
- Jika pasien mendapat pengantar untuk pemeriksaan penunjang, pasien menuju ke instalasi pemeriksaan penunjang dengan membawa surat pengantar dari dokter.
- Jika pasien dirujuk keluar, dokter akan membuat surat pengantar rujukan.
- Jika pasien dikonsulkan ke spesialis lain, dokter akan membuat surat konsultasi. Untuk pendaftaran di spesialis lainnya bias dilakukan di hari tersebut atau sesuai jadwal dokter spesialis.
- Jika pasien di rawat, maka mengikuti alur pasien masuk rawat

(6). Pasien menyelesaikan pembayaran di kasir dan mengambil obat di apotik

ii. Pasien Tanpa Perjanjian

Pasien tanpa perjanjian adalah pasien yang datang langsung ke instansi pelayanan Kesehatan:

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

d. Alur dan Prosedur Pasien Gawat Darurat

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

- 1) Pasien pulang/kontrol rawat jalan.
- 2) Pasien dirujuk ke rumah sakit lain dengan alasan tidak ada fasilitas/kamar penuh.

3) Pasien di rawat mengikuti prosedur masuk rawat inap.

Alur pasien gawat darurat, sebagai berikut:

- 1) Setelah pasien ditolong, keluarga/pasien datang ke petugas pendaftaran.
- 2) Pasien akan diidentifikasi petugas pendaftaran apakah pasien baru atau pasien lama. Untuk pasien baru, petugas akan meminta pasien/keluarga mengisi formulir pendaftaran pasien baru (Gambar 1.2 Formulir Pendaftaran Pasien).
- 3) Formulir pasien baru akan dicek petugas dengan identitas lain (KTP/SIM/PASPOR/Lainnya). Untuk pasien asuransi kesehatan, petugas akan mengecek dokumen yang berhubungan dengan asuransi atau penjamin pasien tersebut. Setelah itu, pasien melakukan registrasi dan mendapatkan kartu berobat.
- 4) Untuk pasien lama, petugas akan menanyakan kartu berobat pasien, bila pasien tidak membawa, petugas akan mencarikan nomor rekam medis pasien pada MIUP.
- 5) Petugas akan melakukan validasi data pasien yang lama dan mengecek dokumen lainnya untuk pasien asuransi kesehatan kemudian melakukan registrasi.
- 6) Pasien/keluarga diarahkan kembali ke pelayanan gawat darurat. Kemudian, setelah pasien selesai mendapat layanan kesehatan di gawat darurat, tindak lanjut berikutnya dapat berupa:
 - Boleh pulang/kontrol rawat jalan, pasien/keluarga menyelesaikan pembayaran di kasir dan mengambil obat di apotik.
 - Jika Pasien dirujuk keluar, dokter akan membuat surat pengantar rujukan, pasien menyelesaikan pembayaran di kasir dan mengambil obat di apotik.
 - Jika pasien dikonsulkan ke spesialis lain, dokter akan membuat surat konsultasi, pasien menyelesaikan pembayaran di kasir dan mengambil obat di apotik, untuk pendaftaran di spesialis lainnya bias dilakukan di hari tersebut atau sesuai jadwal dokter spesialis tersebut.
 - Jika pasien di rawat, maka mengikuti alur pasien masuk rawat

e. Alur dan Prosedur Pasien Rawat Inap

Pasien yang memerlukan perawatan, dibagi menjadi 3, yaitu :

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



Gambar 2. Alur Pendaftaran Pasien Rawat Inap

Alur pasien rawat inap, sebagai berikut :

- 1) Pasien membawa surat pengantar rawat dari klinik rawat jalan/gawat darurat/ kamar bersalin ke pendaftaran rawat inap.
- 2) Pasien memesan kamar perawatan sesuai dengan jenis pembayaran (jika pasien asuransi kesehatan akan di cek dengan pelayanan dan kamar perawatan sesuai dengan plafon pasien) dan melakukan registrasi pendaftaran rawat inap.
- 3) Petugas menghubungi kamar perawatan untuk memesan kamar dan menyampaikan hal-hal yang diperlukan dalam perawatan pasien berdasarkan catatan dalam surat pengantar rawat.
- 4) Pasien diberi penjelasan *general consent*/persetujuan umum dan membubuhkan nama, tandatangan pada formulir tersebut (Gambar 1.8 Formulir *General Consent*).
- 5) Pasien kembali ke klinik/ ruang gawat darurat untuk di pasang infus dan diberi gelang pasien (Gambar 1.9 Gelang Pasien). Kemudian perawat menghubungi ruang perawatan sebelum membawa pasien ke ruang

perawatan. Perawat akan serah terima pasien dan rekam medis serta dokumen penunjang lainnya untuk tindak lanjut perawatan pasien.

6) Pasien masuk ruang perawatan diterima dokter ruangan/ perawat ruangan

f. Alur dan Prosedur Pasien Pulang

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

1) Pasien pulang sembuh, yaitu pasien yang diperbolehkan pulang perawatan atas persetujuan dokter penanggungjawab pasien. Alur pasien pulang sembuh, sebagai berikut:

- a) Setelah visit, dokter penanggungjawab pasien (DPJP) akan mengkaji asuhan perawatan. Jika pasien sudah sembuh, dokter akan memberikan surat izin pulang dan member ceklis kolom diizinkan pulang oleh dokter untuk diproses di pendaftaran rawat inap.
- b) Pasien menyelesaikan administrasi dan pembayaran di pendaftaran rawat inap dan kasir rawat inap.
- c) Pasien menyerahkan surat izin pulang yang sudah diketahui bagian pendaftaran dan kasir.
- d) Pasien diberikan surat lepas perawatan dan resum medis dan juga penjelasan tentang cara menggunakan obat, diet, waktu dan tempat kontrol oleh perawat ruangan

2) Pasien dirujuk, yaitu pasien yang diberikan surat rujukan untuk pindah ke rumah sakit dengan fasilitas atau sumber daya yang lebih lengkap dari tipe rumah sakit saat pasien di rawat. Alur pasien dirujuk ke rumah sakit yang lebih tinggi, sebagai berikut:

- a) Setelah visit, DPJP akan mengkaji asuhan perawatan jika pasien memerlukan perawatan lebih lanjut karena keterbatasan fasilitas/ sumber daya yang ada di rumah sakit, maka pasien dapat di rujuk ke rumah sakit yang lebih tinggi tipenya dari rumah sakit tersebut. DPJP akan membuat surat rujukan, surat izin pulang dengan member ceklis kolom lain-lain di isi dirujuk ke rumah sakit (sebutkan

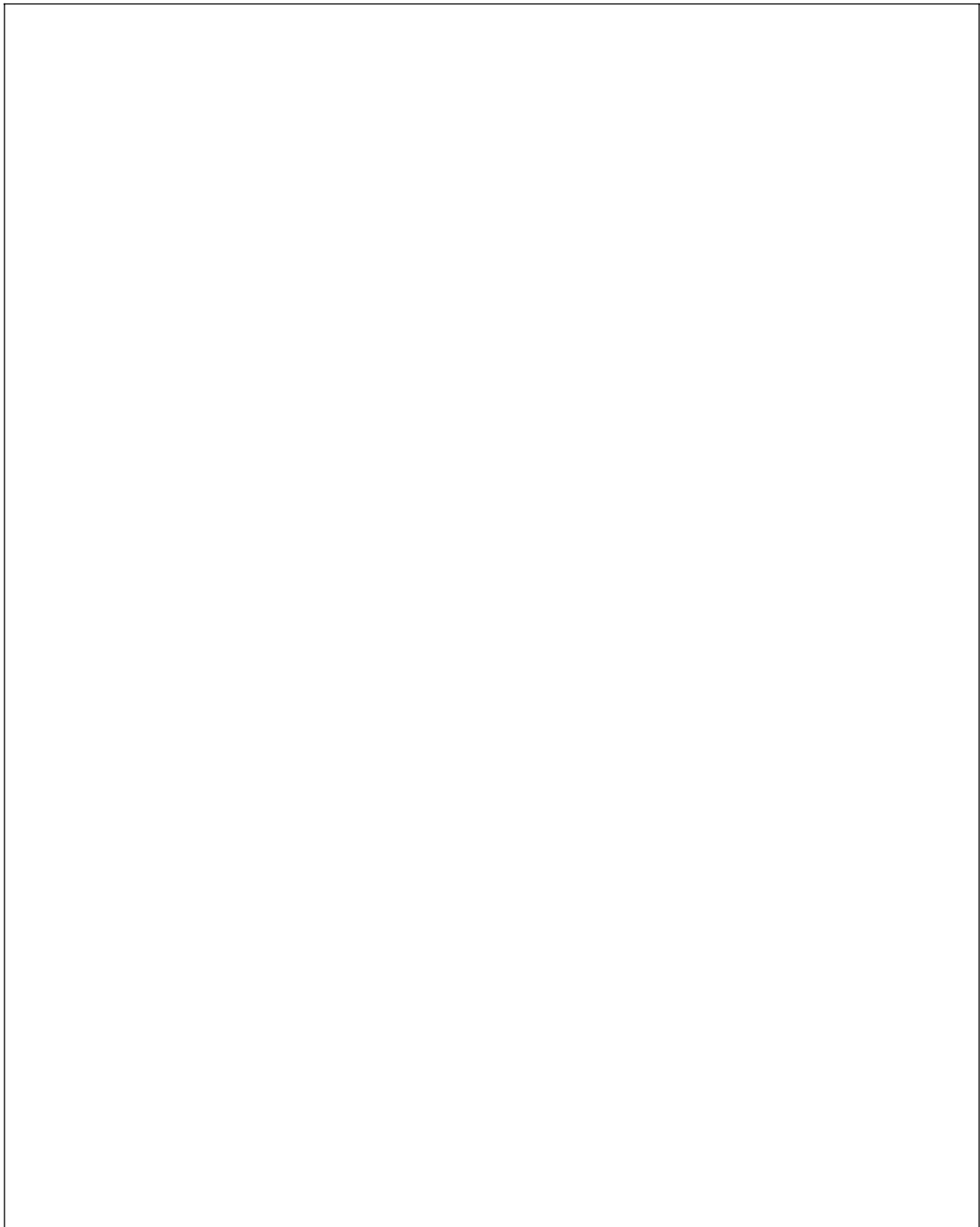
nama rumah sakitnya) dan keluarga pasien akan membawa surat tersebut ke pendaftaran rawat inap dan bagian kasir untuk memproses pembayaran.

- b) Perawat ruangan akan melaksanakan prosedur pasien dirujuk.
 - c) Saat merujuk pasien/ keluarga didampingi dokter ruangan/ perawat ruangan sesuai ketentuan yang berlaku dengan membawa surat rujukan dan *copy* hasil pemeriksaan selama perawatan di rumah sakit
- 3) Pasien pindah rumah sakit karena alasan pribadi, yaitu pasien yang pulang karena alasan atau permintaan khusus, misalnya memilih rumah sakit yang lokasinya dekat dengan rumah pribadi, memilih rumah sakit yang terdapat dokter keluarga, dan sebagainya. Alur pasien pindah ke rumah sakit lain, sebagai berikut:
- a) Setelah visit, DPJP akan mengkaji asuhan perawatan jika pasien ingin pindah rumah sakit dengan alasan yang dapat diterima. Selanjutnya dokter akan memberikan surat izin pulang dan member ceklis kolom pindah RS, untuk diproses di pendaftaran rawat inap.
 - b) Pasien menyelesaikan administrasi dan pembayaran di pendaftaran rawat inap dan kasir rawat inap.
 - c) Pasien diberikan surat lepas perawatan dan resum medis dan juga penjelasan tentang cara menggunakan obat, diet, waktu dan tempat kontrol oleh perawat ruangan
- 4) Pasien pulang paksa, yaitu pasien yang pulang perawatan tanpa adanya persetujuan dokter. Untuk menghindari resiko, maka setiap pasien pulang paksa harus membuat surat pernyataan yang menyatakan pelayanan kesehatan tidak bertanggungjawab bila terjadi sesuatu kepada pasien akibat perawatan yang tidak tuntas, dan resiko ditanggung oleh keluarga. Alur pasien pulang paksa, sebagai berikut:
- a) Jika pasien ingin pulang paksa, dokter ruangan akan menghubungi DPJP, pasien/keluarga pasien akan membuat surat pernyataan pulang paksa, dokter ruangan akan memberikan surat izin pulang dan member ceklis kolom pulang paksa, untuk diproses di pendaftaran rawat inap.

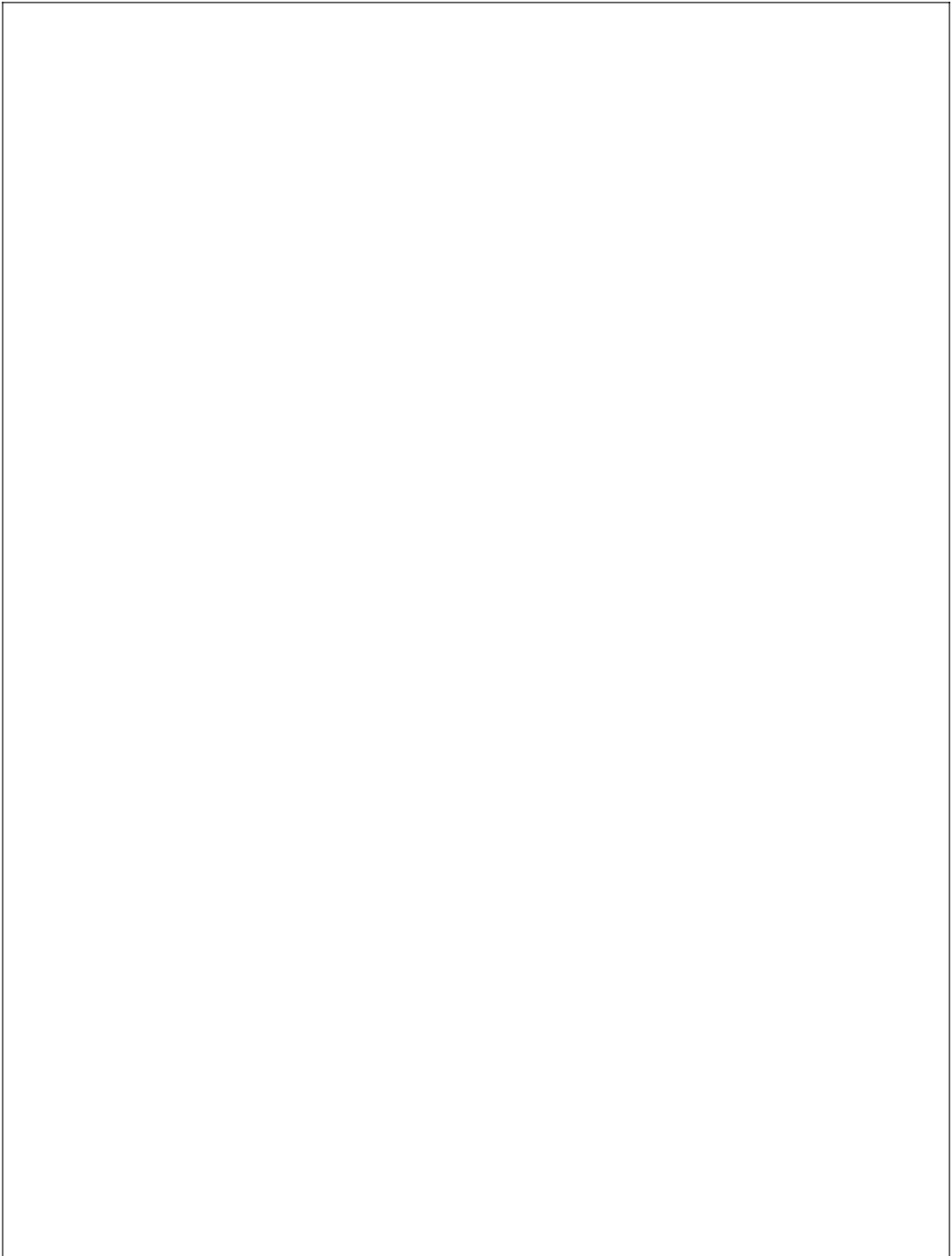
- b) Pasien menyelesaikan administrasi dan pembayaran di pendaftaran rawat inap dan kasir rawat inap.
- c) Pasien diberikan surat lepas perawatan dan resume medis dan juga penjelasan tentang cara menggunakan obat, diet, waktu dan tempat kontrol oleh perawat ruangan.

7. Penugasan

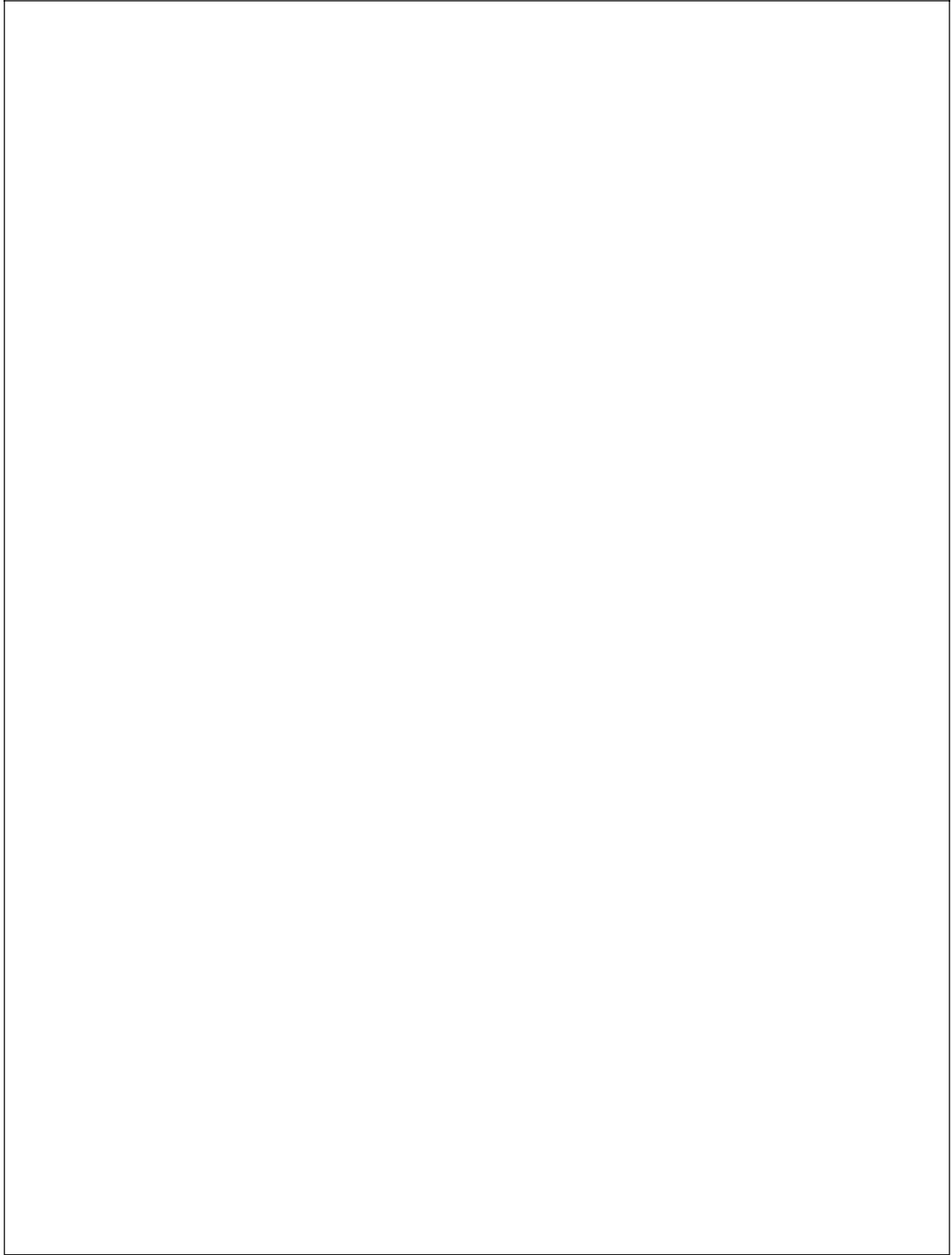
Buatlah alur pelayanan pasien rawat jalan.



Buatlah alur pelayanan pasien rawat inap.



Buatlah SOP pasien rawat jalan dan rawat inap berdasarkan alur yang sudah disusun



Penilaian:
Dinilai secara kualitatif dengan *range* nilai dari 0 sampai 100.

8. Referensi

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

9. Lembar Catatan Pembelajaran

Nama :

NIM :

Kelas :

No	Tanggal	Aktivitas	Catatan pengampuan	Tanda tangan pengampu
1				
2				
3				

Nilai Akhir: _____

Pengampu,



**KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA**



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLTEKKES KEMENKES YOGYAKARTA**



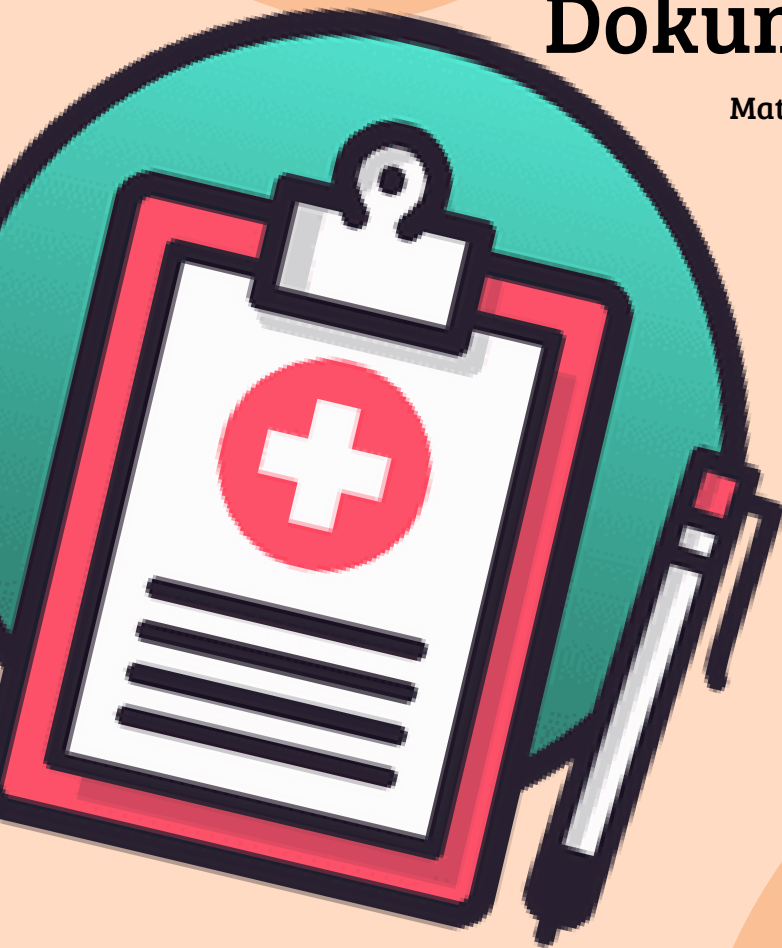
KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



MODUL 2

Alur dan Prosedur Dokumen Rekam Medis

Mata Kuliah: Manajemen Rekam Medis



Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Kodefikasi terkait : Manajemen Rekam Medis
Sistem
Pencernaan dan
Endokrin
Kode Mata Kuliah : RMIK205
Tanggal Mulai : 18 Januari 2022

Alur dan Prosedur Dokumen Rekam Medis

Modul: 2



Arif Nugroho Triutomo
Alfian Eka Pradana

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Praktik Manajemen Rekam Medis dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul praktik ini mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan tentang sistem genitourinari dan reproduksi, pada mata kuliah Manajemen Rekam Medis. Dengan demikian diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti praktik laboratorium.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan praktik mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan instruktur praktik.

Yogyakarta, 14 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar Isi

Kata Pengantar.....	2
Daftar Isi.....	3
1. Pengantar.....	4
2. Capaian Pembelajaran	4
3. Bahan Kajian	4
4. Tujuan Pembelajaran	4
5. Luaran.....	5
6. Alur dan Prosedur Dokumen Rekam Medis.....	5
a. Standar Prosedur Operasional	5
b. Tujuan dan Fungsi Standar Prosedur Operasional	8
c. Fungsi Standar Prosedur Operasional	8
d. Manfaat Standar Prosedur Operasional.....	8
e. Flowchart.....	9
f. Alur dan Prosedur Rekam Medis.....	11
1) Alur dan Prosedur Rekam Medis Rawat Jalan	11
a) Pasien Baru	11
2) Alur dan Prosedur Rekam Medis Rawat Inap.....	13
7. Penugasan.....	14
8. Referensi.....	18
9. Lembar Catatan Pembelajaran.....	19

1. Pengantar

Mata kuliah ini memuat tentang manajemen rekam medis meliputi penyelenggaraan rekam medis manual dan komputerisasi, alur dan prosedur pelayanan rekam medis, alur dan prosedur pelayanan pasien, sistem dan subsistem rekam medis (pengolahan, assembling, analisis, koding, indeks dokter dan kematian), indeks penyakit dan tindakan, sistem dan subsistem rekam medis dan subsistem rekam medis (registrasi, penomoran, penamaan, master pasien indeks). Mata kuliah ini dilaksanakan untuk mengintegrasikan dasar ilmu dalam manajemen rekam medis. Secara khusus mahasiswa akan diberikan pengetahuan dan keterampilan tentang tata cara rekam medis, alur dan prosedur pelayanan pasien, sistem dan subsistem rekam medis. Mata kuliah ini memberikan pengalaman belajar kepada mahasiswa yang mendukung untuk mencapai Koordinator Unit Kerja Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (P2).

Modul Praktik Manajemen Rekam Medis, Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Semester Ganjil Tahun Akademik 2021/2022, disusun dengan tujuan untuk memberikan arahan serta acuan bagi mahasiswa dan instruktur praktik, dalam melaksanakan kegiatan praktikum selama Semester Genap di Prodi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Tahun Akademik 2021/2022. Modul praktik ini berisi tentang materi penyelenggaraan rekam medis manual dan komputerisasi, alur dan prosedur pelayanan pasien dan rekam medis, sistem dan subsistem rekam medis, serta indeks rekam medis.

2. Capaian Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami tentang manajemen unit kerja rekam medis dan informasi kesehatan.

3. Bahan Kajian

- a. Penyelenggaraan rekam medis manual dan komputerisasi.
- b. Alur dan prosedur pelayanan rekam medis.
- c. Alur dan prosedur pelayanan pasien.
- d. Sistem dan subsistem rekam medis meliputi assembling, analisis, koding, indeks dokter dan kematian, serta filing.
- e. Indeks penyakit dan tindakan.
- f. Sistem dan subsistem rekam medis meliputi registrasi pasien, penomoran, penamaan, dan master pasien indeks.

4. Tujuan Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami dan melaksanakan proses manajemen unit kerja rekam medis dan informasi kesehatan.

- a. Peserta didik mampu memahami tentang penyelenggaraan rekam medis manual dan elektronik.
- b. Peserta didik mampu memahami dan menyusun alur dan prosedur pelayanan rekam medis.
- c. Peserta didik mampu memahami dan menyusun alur dan prosedur pelayanan pasien.
- d. Peserta didik mampu memahami dan melaksanakan proses manajemen assembling, analisis, koding, indeks dokter dan kematian, serta filing.
- e. Peserta didik mampu memahami dan melaksanakan proses manajemen indeks penyakit dan tindakan.
- f. Peserta didik mampu memahami dan melaksanakan proses manajemen sistem dan subsistem rekam medis meliputi registrasi, penamaan, penomoran, dan master pasien indeks.

5. Luaran

- a. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan penyelenggaraan rekam medis manual dan elektronik.
- b. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menyusun dan menjelaskan tentang alur dan prosedur pelayanan rekam medis.
- c. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menyusun dan menjelaskan tentang alur dan prosedur pelayanan pasien.
- d. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjalankan proses manajemen assembling, analisis, koding, indeks dokter dan kematian, serta filing.
- e. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjalankan proses manajemen indeks penyakit dan tindakan.
- f. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjalankan proses manajemen sistem dan subsistem rekam medis meliputi registrasi, penamaan, penomoran, dan master pasien indeks.

6. Alur dan Prosedur Dokumen Rekam Medis

a. Standar Prosedur Operasional

Standar Prosedur Operasional (SPO) adalah sistem yang disusun untuk memudahkan, merapikan, dan menertibkan pekerjaan tersebut. SPO dibuat

dalam bentuk dokumen, isi SPO berkaitan dengan prosedur yang dilakukan secara kronologis untuk membantu menyelesaikan pekerjaan dan memperoleh hasil kerja efektif dari pekerja dengan biaya serendah - rendahnya.

Prosedur dapat dilaksanakan dengan baik apabila ada komitmen dari petugas dan manajemen penyelenggara pelayanan. Prosedur perlu disosialisasikan sehingga seluruh petugas dapat mengetahui langkah atau tahapan pelayanan yang sesuai standar. Penulisan prosedur mengacu pada standar Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS).

LOGO INSTANSI DAN NAMA INSTANSI	JUDUL SOP		
	No Dokumen:	No Revisi:	Halaman:
Standar Prosedur Operasional	Tanggal terbit:	Ditetapkan oleh: (Nama Pimpinan Instansi) NIP	
Pengertian			
Tujuan			
Kebijakan			
Prosedur			
Unit Terkait			

Konsep pembuatan prosedur sesuai standar KARS dari segi anatomi terdiri dari kepala dan badan format prosedur.

Kepala format prosedur terdiri dari:

- a) identitas rumah sakit (logo rumah sakit, nama, dan alamat rumah sakit);
- b) judul SPO;
- c) nomor dokumen spo;
- d) nomor revisi yang telah dilakukan dalam pembuatan prosedur;
- e) halaman
- f) tulisan “standar prosedur operasional” (untuk menegaskan bahwa bahwa dokumen tersebut merupakan sebuah prosedur)
- g) tanggal terbit prosedur;

- h) dan penetapan dari prosedur yang dibuat (nama, tanda tangan, nomor induk, dan cap petugas yang mengesahkan).

Badan format terdiri dari:

- a) Pengertian;

Berisi penjelasan tentang istilah yang mungkin sulit dipahami dan atau definisi dari standar prosedur operasional, pengertian ini mendefinisikan maksud dari pembuatan prosedur, misalnya prosedur pendaftaran pasien rawat jalan adalah suatu kegiatan dalam melakukan pendaftaran pasien rawat jalan sesuai dengan prosedur.

- b) Tujuan;

Berisi tujuan spesifik dari pelaksanaan prosedur yang menyebutkan nama kegiatan dan yang bertugas melaksanakannya, contohnya prosedur pendaftaran pasien rawat jalan ini dibuat untuk petugas pendaftaran dalam melaksanakan kegiatan pendaftaran di instansinya

- c) Kebijakan;

Berisi kebijakan yang menjadi dasar bagi pelaksanaan prosedur, kebijakan dapat diambil dari undang - undang, peraturan daerah, peraturan pemerintah atau kebijakan rumah sakit atau kebijakan kepala rekam medis

- d) Prosedur;

Berisi bagian utama dari prosedur yang menguraikan langkah kegiatan untuk menyelesaikan proses kerja, langkah pelayanan ini dituliskan dalam bentuk kalimat aktif dengan mencantumkan petugas yang melaksanakannya, satu kalimat prosedur sebaiknya berisi komponen siapa, apa, dimana, kapan, bagaimana, contohnya petugas pendaftaran rawat jalan menanyakan kartu identitas pasien sebagai dasar pengisian identitas pasien pada berkas rekam medis

- e) Unit terkait

Berisi unit yang berkaitan dalam proses kerja yang ada dalam suatu prosedur, contoh unit terkait dari prosedur pendaftaran pasien rawat jalan adalah bagian distribusi, bagian penyimpanan, bagian klinik, dan bagian igd.

b. Tujuan dan Fungsi Standar Prosedur Operasional

Tujuan penyusunan SOP adalah untuk menjelaskan perincian atau standar yang tetap mengenai aktivitas pekerjaan yang berulang-ulang yang diselenggarakan dalam suatu organisasi. SOP yang baik adalah SOP yang mampu mengarahkan arus kerja menjadi lebih baik, menjadi panduan untuk karyawan baru, serta menghasilkan koordinasi yang baik antara bagian-bagian yang berlainan dalam perusahaan.

Tujuan Standar Operasional Prosedur (SOP) adalah sebagai berikut,

- 1) menjaga konsistensi tingkat penampilan dalam melaksanakan tugas atau pekerjaan tertentu,
- 2) sebagai acuan dalam pelaksanaan kegiatan tertentu bagi sesama pekerja dan supervisor,
- 3) menghindari kegagalan atau kesalahan, keraguan, duplikasi serta pemborosan dalam proses pelaksanaan kegiatan,
- 4) parameter untuk menilai mutu pelayanan,
- 5) lebih menjamin penggunaan tenaga dan tanggung jawab dari petugas yang terkait,
- 6) menjelaskan alur tugas, wewenang dan tanggung jawab dari petugas yang terkait,
- 7) dokumen yang akan menjelaskan dan menilai pelaksanaan proses kerja bila terjadi suatu kesalahan atau dugaan mal praktik dan kesalahan administratif lainnya, sehingga sifatnya melindungi perusahaan dan petugas,
- 8) dokumen yang digunakan dalam rangka pelatihan,
- 9) dokumen sejarah bila telah dibuat revisi SOP yang baru.

c. Fungsi Standar Prosedur Operasional

- 1) Memperlancar petugas/tim/unit kerja dalam melaksanakan pekerjaan.
- 2) Sebagai dasar hukum bila terjadi penyimpangan.
- 3) Mengetahui hambatan dalam pelaksanaan kerja dan solusinya.
- 4) Menjadi alat untuk mendisiplinkan petugas dalam melaksanakan proses kerja.
- 5) Sebagai pedoman dalam melaksanakan pekerjaan rutin.

d. Manfaat Standar Prosedur Operasional

SOP adalah penetapan tertulis mengenai apa yang harus dilakukan, kapan, dimana dan oleh siapa. SOP dibuat untuk menghindari terjadinya variasi dalam proses pelaksanaan kegiatan oleh pegawai yang akan mengganggu kinerja organisasi. Berdasarkan Permenpan No.PER/21/M-PAN/11/2008, SOP memiliki manfaat bagi organisasi diantaranya adalah sebagai berikut:






- 1) Sebagai standarisasi cara yang dilakukan pegawai dalam menyelesaikan pekerjaan khusus, mengurangi kesalahan dan kelalaian.
 - 2) SOP membantu staf menjadi lebih mandiri dan tidak tergantung pada intervensi manajemen, sehingga akan mengurangi keterlibatan pimpinan dalam pelaksanaan proses sehari-hari.
 - 3) Meningkatkan akuntabilitas dengan mendokumentasikan tanggung jawab khusus dalam melaksanakan tugas.
 - 4) Menciptakan ukuran standar kinerja yang akan memberikan pegawai cara konkret untuk memperbaiki kinerja serta membantu mengevaluasi usaha yang telah dilakukan.
 - 5) Menciptakan bahan-bahan training yang dapat membantu pegawai baru untuk cepat melakukan tugasnya.
 - 6) Menunjukkan kinerja bahwa organisasi efisien dan dikelola dengan baik.
 - 7) Menyediakan pedoman bagi setiap pegawai di unit pelayanan dalam melaksanakan pemberian pelayanan sehari-hari.
 - 8) Menghindari tumpang tindih pelaksanaan tugas pemberian pelayanan.
 - 9) Membantu penelusuran terhadap kesalahan-kesalahan prosedural dalam memberikan pelayanan.
 - 10) Menjamin proses pelayanan tetap berjalan dalam berbagai situasi.
- e. Flowchart




Tempat penerimaan pasien merupakan gerbang pelayanan pertama di fasilitas pelayanan kesehatan. Pasien memutuskan berobat di fasilitas pelayanan kesehatan dengan mempertimbangkan tempat penerimaan pasien yang nyaman dan petugas yang ramah, selain fasilitas yang mendukung, petugas harus menguasai alur pelayanan pasien, alur berkas rekam medis, dan prosedur penerimaan pasien, sehingga petugas dapat memberikan pelayanan dan informasi yang tepat dan cepat. Alur pasien menggambarkan tentang tahapan pelayanan, mulai dari awal pasien

datang sampai pelayanan berakhir atau pulang dari fasilitas pelayanan kesehatan.

Alur merupakan urutan atau tahapan yang diberikan kepada pasien. Alur akan mudah dipahami apabila dibuat dalam bentuk bagan atau skema. Alur erat kaitannya dengan prosedur, pada setiap tahapan alur terdapat beberapa kegiatan pelayanan yang diberikan, tahapan kegiatan tersebut dituliskan dalam prosedur. Fungsi prosedur adalah memberikan instruksi tahapan pelayanan yang konsisten sehingga pelayanan yang diberikan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Prinsip pembuatan alur adalah mudah dipahami, sehingga sebaiknya alur dibuat dari satu tempat ke tempat yang lain atau dari suatu kegiatan kekegiatan yang lain.

Bentuk simbol yang digunakan dalam pembuatan alur dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Simbol	Nama	Fungsi
	Terminator	Permulaan atau akhir program
	Garis alir (<i>flow line</i>)	Arah aliran program
	<i>Preparation</i>	Proses inisialisasi atau pemberian harga awal
	Proses	Proses penghitungan atau proses pengolahan data
	Input atau output data	Proses input atau output data, parameter, informasi

	Decision	Perbandingan pernyataan, penyeleksian data yang memberikan pilihan untuk langkah selanjutnya
	On page connector	Penghubung bagian - bagian flowchart yang berada pada satu halaman
	Off page connector	Penghubung bagian - bagian flowchart yang berada pada halaman berbeda

f. Alur dan Prosedur Rekam Medis

Setelah mempelajari alur dan prosedur pasien, kali ini yang akan dipelajari adalah alur dan prosedur rekam medis. Alur dan prosedur rekam medis, merupakan proses perjalanan berkas rekam medis pasien baru atau pasien lama. Proses awal berkas rekam medis pasien baru dimulai dari tempat pendaftaran pasien, sedangkan untuk pasien lama dimulai dari *filing* atau distribusi berkas rekam medis.

1) Alur dan Prosedur Rekam Medis Rawat Jalan

a) Pasien Baru

- i. Berkas rekam medis dibuat di tempat pendaftaran pasien rawat jalan.
- ii. Berkas rekam medis diserahkan ke bagian distribusi berkas.
- iii. Petugas distribusi berkas mengantarkan berkas rekam medis ke klinik spesialis rawat jalan atau IGD
- iv. Jika pasien mendapat rekomendasi untuk melaksanakan tindakan penunjang, maka perawat klinik spesialis rawat jalan atau IGD akan mengantarkan berkas rekam medis ke unit tindakan penunjang.

- v. Setelah selesai di unit tindakan penunjang, maka berkas rekam medis akan dikembalikan ke klinik spesialis rawat jalan atau IGD.
 - vi. Jika pasien mendapat rekomendasi untuk melaksanakan rawat inap, maka perawat akan mengantarkan berkas rekam medis menuju tempat pendaftaran pasien rawat inap.
 - vii. Jika pasien tidak mendapat rekomendasi untuk melaksanakan rawat inap, maka perawat akan mengembalikan berkas rekam medis ke instalasi rekam medis melalui bagian analisis dan *assembling*.
 - viii. Setelah berkas rekam medis selesai diproses di bagian analisis dan *assembling*, maka berkas rekam medis akan diserahkan ke bagian koding atau indeksing.
 - ix. Jika berkas rekam medis diperlukan untuk penyusunan pelaporan/SKM/visum, maka berkas rekam medis akan diantarkan ke bagian pelaporan/SKM/visum.
 - x. Jika berkas rekam medis tidak digunakan untuk penyusunan pelaporan/SKM/visum, maka berkas rekam medis akan diantarkan ke bagian *filing* untuk disimpan.
- b) Pasien lama
- i. Berkas rekam medis diambil dari bagian *filing* dan diserahkan ke bagian distribusi berkas.
 - ii. Petugas distribusi berkas mengantarkan berkas rekam medis ke klinik spesialis rawat jalan atau IGD.
 - iii. Jika pasien mendapat rekomendasi untuk melaksanakan tindakan penunjang, maka perawat klinik spesialis rawat jalan atau IGD akan mengantarkan berkas rekam medis ke unit tindakan penunjang.
 - iv. Setelah selesai di unit tindakan penunjang, maka berkas rekam medis akan dikembalikan ke klinik spesialis rawat jalan atau IGD.
 - v. Jika pasien mendapat rekomendasi untuk melaksanakan rawat inap, maka perawat akan mengantarkan berkas rekam medis menuju tempat pendaftaran pasien rawat inap.
 - vi. Jika pasien tidak mendapat rekomendasi untuk melaksanakan rawat inap, maka perawat akan mengembalikan berkas rekam

medis ke instalasi rekam medis melalui bagian analisis dan *assembling*.

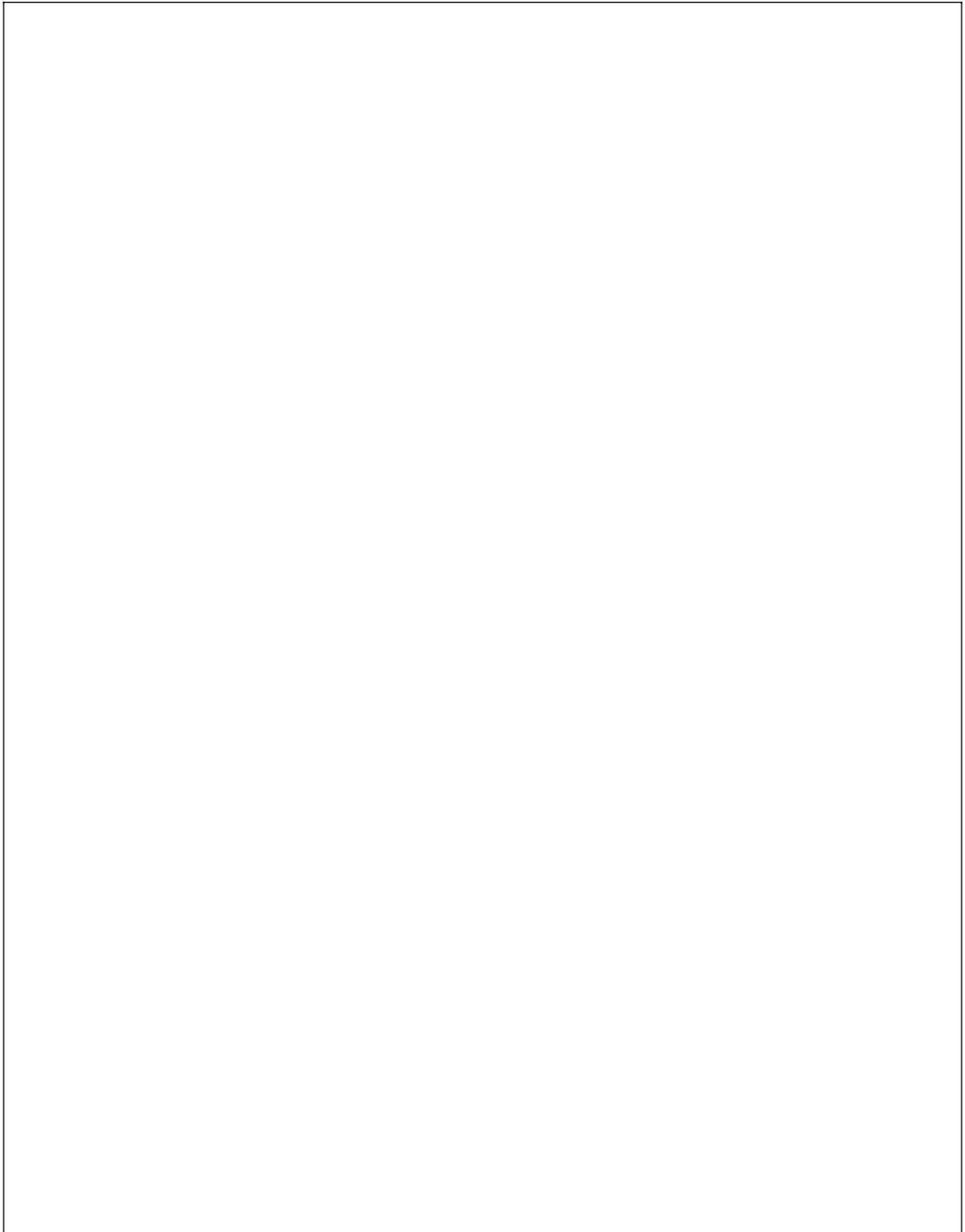
- vii. Setelah berkas rekam medis selesai diproses di bagian analisis dan assembling, maka berkas rekam medis akan diserahkan ke bagian koding atau indeksing.
- viii. Jika berkas rekam medis diperlukan untuk penyusunan pelaporan/SKM/visum, maka berkas rekam medis akan diantarkan ke bagian pelaporan/SKM/visum.
- ix. Jika berkas rekam medis tidak digunakan untuk penyusunan pelaporan/SKM/visum, maka berkas rekam medis akan diantarkan ke bagian *filing* untuk disimpan.

2) Alur dan Prosedur Rekam Medis Rawat Inap

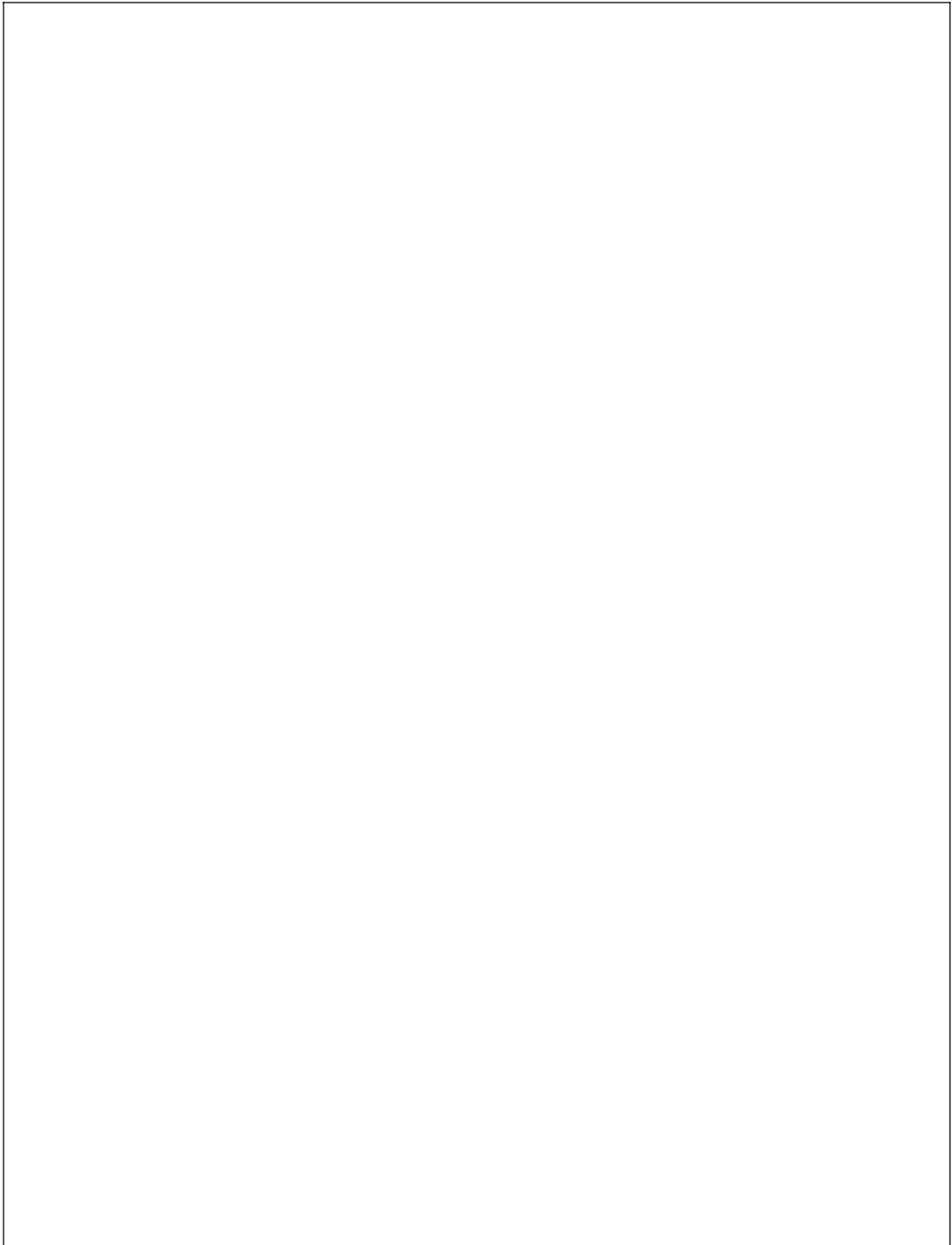
- i. Berkas rekam medis diterima oleh petugas pendaftaran pasien rawat inap dari klinik spesialis rawat jalan atau IGD.
- ii. Petugas pendaftaran rawat inap menyiapkan berkas rekam medis rawat inap pasien dan mengantarkannya klinik spesialis rawat jalan atau IGD untuk diteruskan ke bangsal rawat inap.
- iii. Jika pasien mendapat rekomendasi dari dokter untuk melaksanakan tindakan penunjang, maka berkas rekam medis akan dibawa ke unit tindakan penunjang.
- iv. Setelah selesai di unit tindakan penunjang, maka berkas rekam medis akan dikembalikan ke bangsal rawat inap.
- v. Jika pasien telah selesai mendapat perawatan (pulang), maka berkas rekam medis akan dikembalikan perawat ke instalasi rekam medis melalui bagian analisis dan assembling.
- vi. Setelah berkas rekam medis selesai diproses di bagian analisis dan assembling, maka berkas rekam medis akan diserahkan ke bagian koding atau indeksing.
- vii. Jika berkas rekam medis diperlukan untuk penyusunan pelaporan/SKM/visum, maka berkas rekam medis akan diantarkan ke bagian pelaporan/SKM/visum.
- viii. Jika berkas rekam medis tidak digunakan untuk penyusunan pelaporan/SKM/visum, maka berkas rekam medis akan diantarkan ke bagian *filing* untuk disimpan.

7. Penugasan

- a. Buatlah alur berkas rekam medis rawat jalan baru.

A large empty rectangular box with a thin black border, intended for the student to draw a flowchart for the medical record process.

b. Buatlah alur berkas rekam medis rawat jalan lama.

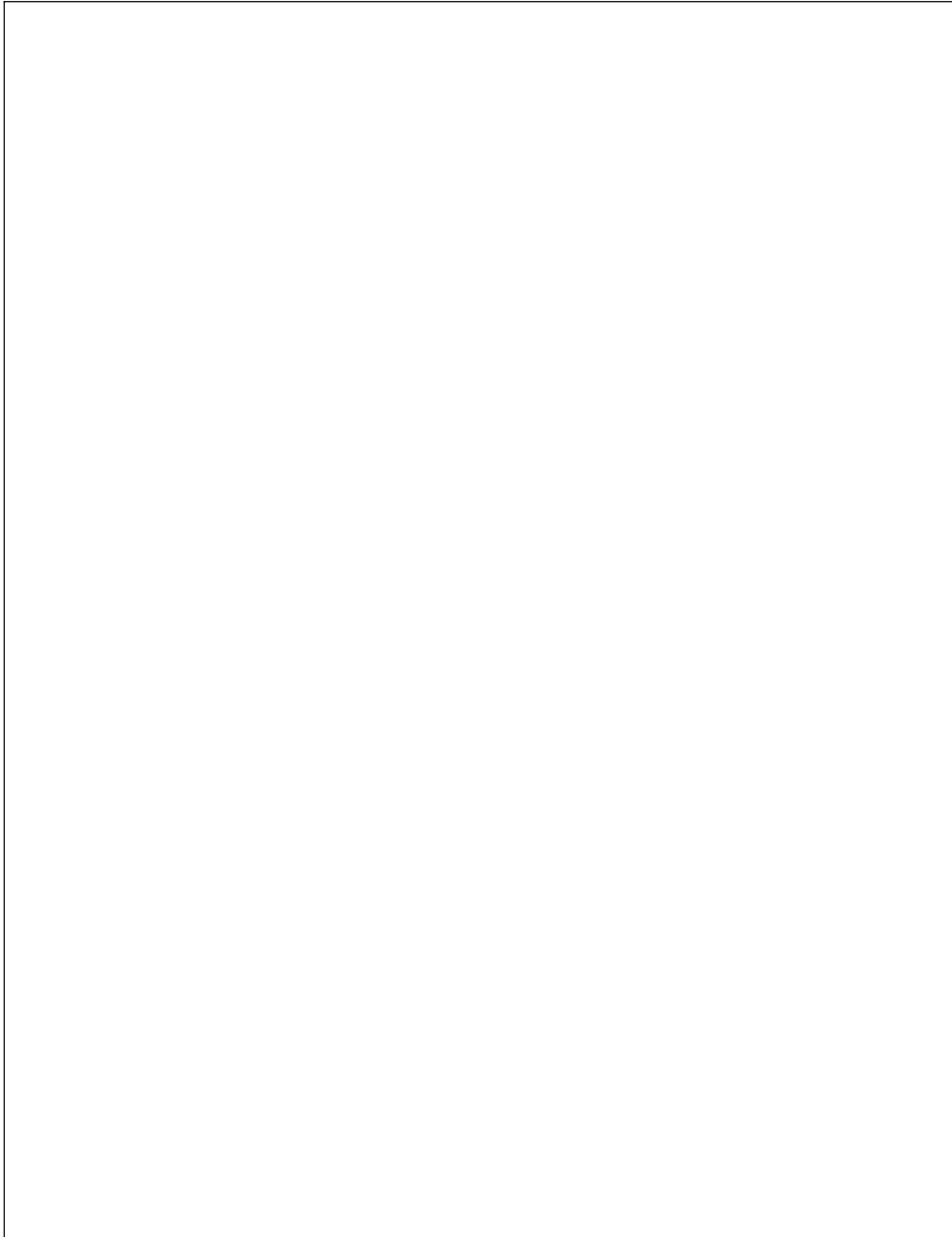
A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the student to draw a flowchart illustrating the process of creating an old outpatient medical record file.

c. Buatlah alur berkas rekam medis rawat inap.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the student to draw a flowchart illustrating the process of creating an inpatient medical record file.

d. Buatlah SOP berdasarkan:

- 1) Alur berkas rekam medis rawat jalan baru
- 2) Alur berkas rekam medis rawat jalan lama
- 3) Alur berkas rekam medis rawat inap



Penilaian:

Dinilai secara kualitatif dengan *range* nilai dari 0 sampai 100.

8. Referensi

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

9. Lembar Catatan Pembelajaran

Nama :

NIM :

Kelas :

No	Tanggal	Aktivitas	Catatan pengampuan	Tanda tangan pengampu
1				
2				
3				
4				

Nilai Akhir: _____

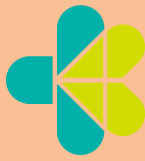
Pengampu,



**KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA**



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLTEKKES KEMENKES YOGYAKARTA**



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



MODUL 3

Registrasi Pasien

Mata Kuliah: Manajemen Rekam Medis



Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Kodefikasi terkait : Manajemen Rekam Medis
Sistem
Pencernaan dan
Endokrin
Kode Mata Kuliah : RMIK205
Tanggal Mulai : 18 Januari 2022

Registrasi Pasien

Modul: 3



Arif Nugroho Triutomo
Alfian Eka Pradana

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Praktik Manajemen Rekam Medis dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul praktik ini mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan tentang sistem genitourinari dan reproduksi, pada mata kuliah Manajemen Rekam Medis. Dengan demikian diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti praktik laboratorium.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan praktik mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan instruktur praktik.

Yogyakarta, 14 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar Isi

Kata Pengantar.....	2
Daftar Isi.....	3
1. Pengantar.....	4
2. Capaian Pembelajaran	4
3. Bahan Kajian	4
4. Tujuan Pembelajaran	4
5. Luaran.....	5
6. Registrasi Pasien	6
a. Registrasi Pasien	6
b. Identifikasi Pasien	7
c. Penomoran.....	7
d. Penamaan	9
e. .Penyusunan MPI/KIUP	9
f. Manajemen Komplain.....	11
7. Penugasan.....	12
8. Referensi.....	13
9. Lembar Catatan Pembelajaran.....	14

1. Pengantar

Mata kuliah ini memuat tentang manajemen rekam medis meliputi penyelenggaraan rekam medis manual dan komputerisasi, alur dan prosedur pelayanan rekam medis, alur dan prosedur pelayanan pasien, sistem dan subsistem rekam medis (pengolahan, assembling, analisis, koding, indeks dokter dan kematian), indeks penyakit dan tindakan, sistem dan subsistem rekam medis dan subsistem rekam medis (registrasi, penomoran, penamaan, master pasien indeks). Mata kuliah ini dilaksanakan untuk mengintegrasikan dasar ilmu dalam manajemen rekam medis. Secara khusus mahasiswa akan diberikan pengetahuan dan keterampilan tentang tata cara rekam medis, alur dan prosedur pelayanan pasien, sistem dan subsistem rekam medis. Mata kuliah ini memberikan pengalaman belajar kepada mahasiswa yang mendukung untuk mencapai Koordinator Unit Kerja Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (P2).

Modul Praktik Manajemen Rekam Medis, Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Semester Ganjil Tahun Akademik 2021/2022, disusun dengan tujuan untuk memberikan arahan serta acuan bagi mahasiswa dan instruktur praktik, dalam melaksanakan kegiatan praktikum selama Semester Genap di Prodi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Tahun Akademik 2021/2022. Modul praktik ini berisi tentang materi penyelenggaraan rekam medis manual dan komputerisasi, alur dan prosedur pelayanan pasien dan rekam medis, sistem dan subsistem rekam medis, serta indeks rekam medis.

2. Capaian Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami tentang manajemen unit kerja rekam medis dan informasi kesehatan.

3. Bahan Kajian

- a. Penyelenggaraan rekam medis manual dan komputerisasi.
- b. Alur dan prosedur pelayanan rekam medis.
- c. Alur dan prosedur pelayanan pasien.
- d. Sistem dan subsistem rekam medis meliputi assembling, analisis, koding, indeks dokter dan kematian, serta filing.
- e. Indeks penyakit dan tindakan.
- f. Sistem dan subsistem rekam medis meliputi registrasi pasien, penomoran, penamaan, dan master pasien indeks.

4. Tujuan Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami dan melaksanakan proses manajemen unit kerja rekam medis dan informasi kesehatan.

- a. Peserta didik mampu memahami tentang penyelenggaraan rekam medis manual dan elektronik.
- b. Peserta didik mampu memahami dan menyusun alur dan prosedur pelayanan rekam medis.
- c. Peserta didik mampu memahami dan menyusun alur dan prosedur pelayanan pasien.
- d. Peserta didik mampu memahami dan melaksanakan proses manajemen assembling, analisis, koding, indeks dokter dan kematian, serta filing.
- e. Peserta didik mampu memahami dan melaksanakan proses manajemen indeks penyakit dan tindakan.
- f. Peserta didik mampu memahami dan melaksanakan proses manajemen sistem dan subsistem rekam medis meliputi registrasi, penamaan, penomoran, dan master pasien indeks.

5. Luaran

- a. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan penyelenggaraan rekam medis manual dan elektronik.
- b. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menyusun dan menjelaskan tentang alur dan prosedur pelayanan rekam medis.
- c. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menyusun dan menjelaskan tentang alur dan prosedur pelayanan pasien.
- d. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjalankan proses manajemen assembling, analisis, koding, indeks dokter dan kematian, serta filing.
- e. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjalankan proses manajemen indeks penyakit dan tindakan.
- f. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjalankan proses manajemen sistem dan subsistem rekam medis meliputi registrasi, penamaan, penomoran, dan master pasien indeks.

6. Registrasi Pasien

a. Registrasi Pasien

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

Saat ini perkembangan registrasi pendaftaran sudah semakin maju, sudah ada beberapa rumah sakit yang menyediakan pelayanan registrasi pendaftaran online. Sistem ini memudahkan pasien rawat jalan mendaftar untuk mendapatkan pelayanan di rumah sakit. Pasien tidak perlu datang langsung ke rumah sakit untuk mendapatkan nomor antrian, pasien hanya cukup mendaftar melalui website RS lalu mengisi data-data yang dibutuhkan dan memilih jadwal kunjungan yang diinginkan serta memilih dokter. Pada intinya, dengan sistem ini pasien membuat janji dengan dokter yang ada di rumah sakit sehingga akan mengurangi antrian di rumah sakit dan memperjelas waktu pelayanan. Pasien tidak perlu antri berjam-jam sejak pagi karena sudah mendapatkan jam pelayanan yang sudah ditentukan. Pasien hanya perlu datang tepat waktu sesuai dengan yang dipilih dan membawa berkas-berkas administrasi yang dibutuhkan serta bukti pendaftaran yang telah di unduh.

Tempat penerimaan pasien merupakan gerbang pelayanan pertama di fasilitas pelayanan kesehatan. Beberapa pasien memilih berobat disuatu fasilitas pelayanan kesehatan dengan mempertimbangkan tempat penerimaan pasien yang nyaman serta pelayanan petugas yang memuaskan.

Selain fasilitas, petugas perlu mengetahui hal-hal apa saja yang perlu dilakukan saat melaksanakan pendaftaran, hal tersebut diantaranya adalah identifikasi pasien, sistem penomoran berkas rekam medis, sistem penamaan pasien, penyusunan MPI/KIUP, dan manajemen komplain.

b. Identifikasi Pasien

Setiap pasien yang mendapat pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, peskesmas dan lainnya membutuhkan identitas pasien yang jelas. Pasien yang pertama kali datang ke fasilitas pelayanan kesehatan kita sebut dengan pasien baru, tujuan mengidentifikasi pasien baru adalah mendapatkan data sosial yang benar terkait pasien yang akan digunakan sebagai pembeda antara 1 pasien dengan pasien lain, keperluan asuransi atau keuangan dan sebagainya.

Pada standar akreditasi minimal terdapat 3 jenis identifikasi pasien yaitu nama pasien, tanggal lahir pasien, dan nomor rekam medis pasien. Karena itu perlu keseragaman dalam identifikasi pasien, penulisan nama pasien, dan penomoran rekam medis. Dengan demikian fasilitas pelayanan kesehatan perlu menetapkan suatu sistem yang berkaitan dengan identifikasi pasien. Pada prinsipnya identifikasi dilakukan kepada semua pasien, baik itu pasien lama atau pasien baru.

c. Penomoran

Sistem penomoran dalam pelayanan rekam medis merupakan tata cara penulisan nomor yang diberikan kepada pasien, nomor tersebut merupakan bagian dari identitas pribadi pasien di lingkungan rumah sakit. Nomor rekam medis memiliki kegunaan sebagai petunjuk pemilik berkas rekam medis, sebagai pedoman dalam tata cara penyimpanan berkas rekam medis, dan sebagai petunjuk dalam pencarian berkas rekam medis yang telah tersimpan di ruang *filing*. Terdapat 3 sistem penomoran rekam medis pasien, diantaranya adalah *serial numbering system*, *unit numbering system*, dan *seri unit numbering system*.

a. *Serial numbering system*

Pada sistem ini, petugas pendaftaran memberikan nomor baru pada setiap kali pasien berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan. Petugas memberikan nomor baru tanpa membedakan antara pasien baru atau pasien lama, sehingga seorang pasien memiliki sejumlah berkas rekam

medis sesuai dengan jumlah kunjungan berobat. Keuntungan dari sistem ini adalah pelayanan pasien ke klinik spesialis atau ke bangsal akan lebih cepat, tanpa menunggu pencarian berkas rekam medis yang lama.

Kekurangan dari sistem ini yang pertama adalah, informasi pelayanan yang pernah didapatkan pasien menjadi tidak berkesinambungan, karena berkas rekam medis yang banyak, sehingga beresiko pelayanan yang didapatkan pasien tidak relevan. Kedua, ruang *filing* cepat penuh dan membutuhkan ruang *filing* yang luas, jika ruang *filing* kurang luas, maka fasilitas pelayanan kesehatan terkait perlu melakukan pengadaan rak penyimpanan secara rutin. Ketiga, terdapat pemborosan formulir dan map rekam medis, karena setiap pasien melakukan pemeriksaan, maka pasien perlu dibuatkan berkas rekam medis baru.

b. Unit numbering system

Pada sistem ini, setiap pasien yang berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan akan mendapatkan satu nomor rekam medis. Nomor rekam medis ini dapat dipergunakan untuk semua pelayanan kesehatan yang ada di fasilitas pelayanan kesehatan yang bersangkutan, tanpa membedakan pelayanan rawat darurat, rawat jalan, rawat inap, dan penunjang medis.

Kelebihan pada sistem ini adalah, informasi klinis pasien dapat berkesinambungan, karena semua data terkumpul dalam satu berkas rekam medis, selain itu instalasi rekam medis dapat melakukan penghematan formulir dan map rekam medis, karena satu pasien hanya membutuhkan satu berkas rekam medis saja. Sedangkan kekurangan untuk sistem ini adalah pelayanan pasien lama akan memakan lebih banyak waktu, karena memerlukan waktu lebih untuk menemukan berkas rekam medis pasien di ruang *filing*

c. Seri unit numbering system

Sistem seri unit merupakan perpaduan antara sistem seri dan unit, yaitu dengan memberikan nomor dan rekam medis baru kepada seluruh pasien yang berobat, tetapi untuk pasien lama akan dicarikan juga berkas rekam medis yang sebelumnya. Pada sistem ini, berkas rekam medis lama akan digabungkan dengan berkas rekam medis baru dan

selanjutnya digabung menggunakan berkas rekam medis baru. Pada tempat penyimpanan berkas lama diberi petunjuk bisa berupa *tracer* sebagai petunjuk dimana letak berkas rekam medis baru disimpan.

Kelebihan dari sistem ini yaitu pelayanan menjadi lebih cepat, karena tidak memilah antara pasien baru atau lama, semua pasien yang datang dianggap sebagai pasien baru dan dibuatkan berkas rekam medis baru. Kekurangan dari sistem ini diantaranya adalah petugas memerlukan waktu untuk menemukan berkas rekam medis lama dan menggabungkannya dengan berkas rekam medis baru, selain itu informasi klinis pada saat pelayanan tidak disertakan, sehingga petugas pelayanan tidak dapat melihat pelayanan yang sebelumnya diberikan kepada pasien, dan beresiko menyebabkan pelayanan berikutnya yang diterima pasien tidak relevan.

d. Penamaan

Nama merupakan identitas individu untuk membedakan 1 individu dengan individu lainnya. Sistem penamaan dalam berkas rekam medis adalah tata cara penulisan nama pasien dalam berkas rekam medis, hal tersebut bertujuan untuk membedakan 1 pasien dengan pasien lainnya. Penulisan nama pasien dapat dilakukan dengan cara berikut ini:

- 1) Nama langsung dan nama tunggal, ditulis dengan penulisan nama aslinya. Nama minimal terdiri dari 2 kata, apabila hanya 1 kata maka nama akan diulang untuk laki-laki, untuk wanita akan ditambahkan nama suami jika sudah menikah atau ditambahkan nama ayah jika belum menikah.
- 2) Nama majemuk, tanpa nama keluarga/marga, ditulis dengan penulisan nama aslinya.
- 3) Nama keluarga, ditulis dengan menjadikan nama keluarga sebagai nama yang ditulis di depan diikuti nama diri.
- 4) Nama dengan gelar keagamaan, ditulis dengan menjadikan nama diri sebagai nama yang ditulis di depan.
- 5) Nama dengan gelar akademik/kebangsawanan/status perkawinan, ditulis semua gelar di belakang nama diri dalam tanda kurung “()”.
- 6) Nama bayi ditulis nama ibu kandungngya.

e. .Penyusunan MPI/KIUP

Kartu indeks utama pasien (KIUP) berfungsi sebagai alat pelacak data pasien dan sarana komunikasi antar bagian dalam pelayanan kesehatan pasien. Selain itu KIUP digunakan untuk mengidentifikasi semua pasien yang pernah mendapat pelayanan, karena hal tersebut selayaknya KIUP disusun secara rapi dan akurat karena KIUP merupakan sumber data yang sangat dibutuhkan dalam sarana pelayanan kesehatan. KIUP dapat dikelola secara manual maupun elektronik, KIUP pada umumnya digunakan untuk fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit.

Fungsi indeks akan sangat dirasakan saat pasien lupa membawa atau menghilangkan kartu berobatnya, bagi kepentingan administratif data sosial pasien sangat berguna bagi manajemen dan juga dapat difungsikan saat membuat laporan bulanan. Indeks utama pasien dibuat saat pasien pertama kali melakukan pendaftaran di loket pendaftaran fasilitas pelayanan kesehatan, seiring perkembangan teknologi informasi kesehatan, rumah sakit sudah memberlakukan sistem pendaftaran secara *online*, namun demikian dalam akreditasi rumah sakit (2012) rumah sakit perlu memiliki *back up* data agar dapat digunakan dalam kondisi tertentu, sehingga indeks pasien dicetak sesuai dengan kebijakan yang ada di sarana pelayanan kesehatan terkait. Indeks utama pasien adalah kunci petunjuk lokasi rekam medis pasien dalam jajaran file, karena itu IUP merupakan satu diantara alat yang penting dalam unit kerja rekam medis dan atau fasilitas pelayanan kesehatan.

Elemen data yang tertera dalam indeks utama pasien bisa bervariasi dari setiap fasilitas pelayanan kesehatan, namun secara garis besar mencakup unsur sebagai berikut:

- 1) Nomor rekam medis pasien
- 2) Nama lengkap pasien
- 3) Alamat lengkap pasien
- 4) Tempat dan tanggal lahir pasien
- 5) Jenis kelamin pasien
- 6) Nama orang tua atau penanggung jawab pasien
- 7) Informasi lain seperti tanggal masuk dan keluar, keadaan pulang, dan nama dokter yang merawat.

f. Manajemen Komplain

Penanganan komplain terkait erat dengan kualitas produk atau jasa sehingga instansi pelayanan kesehatan perlu memastikan bahwa barang atau jasa yang dihasilkannya benar-benar berfungsi dengan baik sejak awal diluncurkan. Namun jika terdapat masalah, instansi pelayanan kesehatan harus segera berusaha memperbaikinya melalui sistem penanganan komplain. Fakta menunjukkan bahwa kebanyakan pasien komplain karena mengalami berbagai macam masalah, setidaknya berkaitan dengan jenis produk, waktu penyampaian, dan layanan terhadap pelanggan. Karena itu perusahaan perlu memiliki sistem penanganan komplain yang efektif.

Komplain pasien mengindikasikan ketidakpuasan dan kekecewaan. Upaya tindak lanjut yang cepat dan efektif memungkinkan instansi pelayanan kesehatan mempertahankan sebagian diantara pasien yang tidak puas sebelum mereka beralih ke instansi pelayanan kesehatan lain. Instansi pelayanan kesehatan perlu mengidentifikasi kelemahan dalam sistem pelayanan jasa dan melakukan tindakan korektif yang diperlukan untuk meminimumkan kemungkinan terulangnya masalah yang sama. Karena itu komplain pasien perlu dikumpulkan dan ditindaklanjuti secara berkesinambungan.

Sistem penanganan komplain yang efektif memerlukan beberapa aspek, yaitu:

- 1) Permohonan maaf kepada pasien atas ketidaknyamanan
- 2) Empati terhadap pasien yang marah
- 3) Kecepatan dalam penanganan keluhan
- 4) Kewajiban atau keadilan dalam menyelesaikan masalah
- 5) Kemudahan bagi pasien untuk menghubungi instansi pelayanan kesehatan melalui berbagai jalur komunikasi

7. Penugasan

- a. Mahasiswa menyusun SPO terkait dengan pelayanan yang ada berdasarkan materi di atas, SPO yang dihasilkan sebanyak 5 SPO, terdiri dari:
 - 1) SPO identifikasi pasien,
 - a) Identifikasi pasien baru
 - b) Identifikasi pasien lama
 - c) Identifikasi pasien difabel
 - d) Identifikasi pasien warga negara asing
 - 2) SPO penomoran rekam medis,
 - 3) SPO penamaan pasien,
 - 4) SPO penyimpanan MPI/KIUP,
 - 5) dan SPO penanganan komplain.
- b. Mahasiswa membahas hasil penyusunan SPO dengan dosen pengampu.

Penilaian:

Dinilai secara kualitatif dengan *range* nilai dari 0 sampai 100.

8. Referensi

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

9. Lembar Catatan Pembelajaran

Nama :

NIM :

Kelas :

No	Tanggal	Aktivitas	Catatan pengampuan	Tanda tangan pengampu
1				
2				

Nilai Akhir: _____

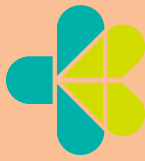
Pengampu,



**KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA**



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLTEKKES KEMENKES YOGYAKARTA**



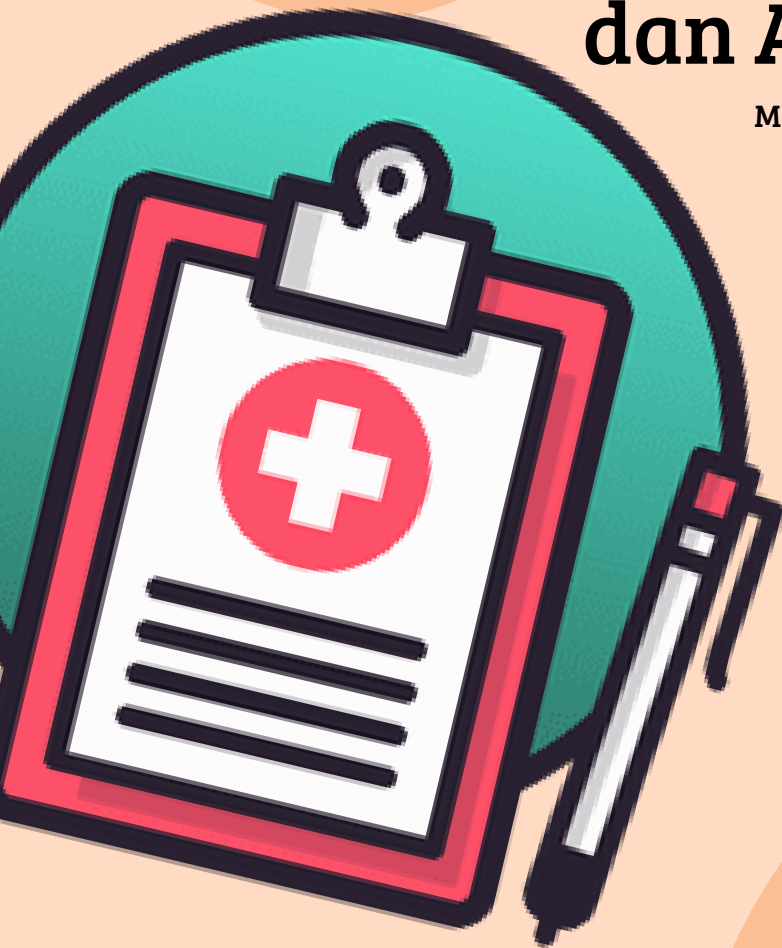
KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



MODUL 4

Analisis Kuantitatif dan Analisis Kualitatif

Mata Kuliah: Manajemen Rekam Medis



Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Kodefikasi terkait : Manajemen Rekam Medis
Sistem
Pencernaan dan
Endokrin
Kode Mata Kuliah : RMIK205
Tanggal Mulai : 18 Januari 2022

Analisis Kuantitatif dan Analisis Kualitatif

Modul: 4



Arif Nugroho Triutomo
Alfian Eka Pradana

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Praktik Manajemen Rekam Medis dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul praktik ini mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan tentang sistem genitourinari dan reproduksi, pada mata kuliah Manajemen Rekam Medis. Dengan demikian diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti praktik laboratorium.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan praktik mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan instruktur praktik.

Yogyakarta, 14 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar Isi

Kata Pengantar.....	2
Daftar Isi.....	3
1. Pengantar.....	4
2. Capaian Pembelajaran	4
3. Bahan Kajian	4
4. Tujuan Pembelajaran	4
5. Luaran.....	5
6. Assembling, Analisis Kuantitatif dan Analisis Kualitatif	6
a. Assembling.....	6
b. Analisis Kuantitatif.....	6
c. Tujuan Analisis Kuantitatif.....	6
d. Komponen Analisis Kuantitatif	7
e. Analisis Kualitatif	8
f. Tujuan Analisis Kualitatif	8
g. Komponen Analisis Kualitatif.....	8
7. Penugasan.....	11
8. Referensi.....	12
9. Lembar Catatan Pembelajaran.....	13

1. Pengantar

Mata kuliah ini memuat tentang manajemen rekam medis meliputi penyelenggaraan rekam medis manual dan komputerisasi, alur dan prosedur pelayanan rekam medis, alur dan prosedur pelayanan pasien, sistem dan subsistem rekam medis (pengolahan, assembling, analisis, koding, indeks dokter dan kematian), indeks penyakit dan tindakan, sistem dan subsistem rekam medis dan subsistem rekam medis (registrasi, penomoran, penamaan, master pasien indeks). Mata kuliah ini dilaksanakan untuk mengintegrasikan dasar ilmu dalam manajemen rekam medis. Secara khusus mahasiswa akan diberikan pengetahuan dan keterampilan tentang tata cara rekam medis, alur dan prosedur pelayanan pasien, sistem dan subsistem rekam medis. Mata kuliah ini memberikan pengalaman belajar kepada mahasiswa yang mendukung untuk mencapai Koordinator Unit Kerja Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (P2).

Modul Praktik Manajemen Rekam Medis, Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Semester Ganjil Tahun Akademik 2021/2022, disusun dengan tujuan untuk memberikan arahan serta acuan bagi mahasiswa dan instruktur praktik, dalam melaksanakan kegiatan praktikum selama Semester Genap di Prodi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Tahun Akademik 2021/2022. Modul praktik ini berisi tentang materi penyelenggaraan rekam medis manual dan komputerisasi, alur dan prosedur pelayanan pasien dan rekam medis, sistem dan subsistem rekam medis, serta indeks rekam medis.

2. Capaian Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami tentang manajemen unit kerja rekam medis dan informasi kesehatan.

3. Bahan Kajian

- a. Penyelenggaraan rekam medis manual dan komputerisasi.
- b. Alur dan prosedur pelayanan rekam medis.
- c. Alur dan prosedur pelayanan pasien.
- d. Sistem dan subsistem rekam medis meliputi assembling, analisis, koding, indeks dokter dan kematian, serta filing.
- e. Indeks penyakit dan tindakan.
- f. Sistem dan subsistem rekam medis meliputi registrasi pasien, penomoran, penamaan, dan master pasien indeks.

4. Tujuan Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami dan melaksanakan proses manajemen unit kerja rekam medis dan informasi kesehatan.

- a. Peserta didik mampu memahami tentang penyelenggaraan rekam medis manual dan elektronik.
- b. Peserta didik mampu memahami dan menyusun alur dan prosedur pelayanan rekam medis.
- c. Peserta didik mampu memahami dan menyusun alur dan prosedur pelayanan pasien.
- d. Peserta didik mampu memahami dan melaksanakan proses manajemen assembling, analisis, koding, indeks dokter dan kematian, serta filing.
- e. Peserta didik mampu memahami dan melaksanakan proses manajemen indeks penyakit dan tindakan.
- f. Peserta didik mampu memahami dan melaksanakan proses manajemen sistem dan subsistem rekam medis meliputi registrasi, penamaan, penomoran, dan master pasien indeks.

5. Luaran

- a. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan penyelenggaraan rekam medis manual dan elektronik.
- b. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menyusun dan menjelaskan tentang alur dan prosedur pelayanan rekam medis.
- c. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menyusun dan menjelaskan tentang alur dan prosedur pelayanan pasien.
- d. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjalankan proses manajemen assembling, analisis, koding, indeks dokter dan kematian, serta filing.
- e. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjalankan proses manajemen indeks penyakit dan tindakan.
- f. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjalankan proses manajemen sistem dan subsistem rekam medis meliputi registrasi, penamaan, penomoran, dan master pasien indeks.

6. Assembling, Analisis Kuantitatif dan Analisis Kualitatif

a. Assembling

Assembling merupakan salah satu bagian unit rekam medis yang mempunyai tugas pokok diantaranya, pertama merakit kembali dokumen rekam medis (DRM) rawat jalan, rawat inap menjadi urut atau runtut sesuai dengan kronologi penyakit bersangkutan. Kedua, meneliti kelengkapan data yang seharusnya tercatat di dalam formulir rekam medis sesuai dengan kasus penyakitnya. Ketiga, meneliti kebenaran pencatatan data rekam medis sesuai dengan kasus penyakitnya. Keempat, mengendalikan DRM yang dikembalikan ke unit pencatatan data karena isinya tidak lengkap. Kelima, mengendalikan penggunaan nomor rekam medis. Keenam, mendistribusikan dan mengendalikan penggunaan formulir rekam medis (Harjanti, Joebagio, and Mundigdo 2014).

b. Analisis Kuantitatif

Analisis kuantitatif adalah telaah/review bagian tertentu dari isi rekam medis dengan maksud menemukan kekurangan khusus yang berkaitan dengan pencatatan rekam medis. Analisis kuantitatif dapat disebut juga sebagai analisis ketidaklengkapan baik dari segi formulir yang harus ada maupun dari segi kelengkapan pengisian semua item pertanyaan yang ada pada formulir sesuai dengan pelayanan yang diberikan pada pasien. Tenaga rekam medis yang melakukan analisis kuantitatif harus "tahu" (dapat mengidentifikasi, mengenal, menemukan bagian yang tidak lengkap ataupun belum tepat pengisiannya) tentang :

- 1) Jenis formulir yang digunakan
- 2) Jenis formulir yang harus ada
- 3) Orang yang berhak mengisi rekam medis
- 4) Orang yang harus melegalisasi penulisan

c. Tujuan Analisis Kuantitatif

- 1) Menentukan sekiranya ada kekurangan agar dapat dikoreksi dengan segera pada saat pasien masih dirawat, dan item kekurangan belum terlupakan, untuk menjamin efektifitas kegunaan isi rekam medis di kemudian hari. Yang dimaksud dengan koreksi ialah perbaikan sesuai keadaan yang sebenarnya terjadi.

- 2) Untuk mengidentifikasi bagian yang tidak lengkap yang dengan mudah dapat dikoreksi dengan adanya suatu prosedur sehingga rekam medis menjadi lebih lengkap dan dapat dipakai untuk pelayanan pada pasien, melindungi dai kasus hukum, memenuhi peraturan dan untuk analisa statistik yang akurat.
 - 3) Kelengkapan Rekam medis sesuai dengan peraturan yang ditetapkan jangka waktunya, perizinan, akreditasi, keperluan sertifikat lainnya
 - 4) Mengetahui hal-hal yang berpotensi untuk membayar ganti rugi
- d. Komponen Analisis Kuantitatif
- 1) Memeriksa identifikasi pasien pd setiap lebar RM
 - a) Setiap lembar RM harus ada identitas pasien (No. RM, Nama), bila ada lembaran rekam medis yang tanpa identitas harus di review untuk menentukan milik siapa lembaran tersebut.
 - b) Dalam hal ini dengan Concurrent Analysis akan lebih mudah untuk dilengkapi dilakukan daripada Restrospective analysis
 - 2) Adanya semua laporan yang penting
 - a) Pada komponen ini akan memeriksa laporan-laporan dari kegiatan pelayanan yang diberikan ada atau tidak ada.
 - b) Laporan yang ada di rekam medis :
 - i. Laporan umum seperti ; lembar riwayat pasien, pemeriksaan fisik, catatan perkembangan, observasi klinik, ringkasan penyakit
 - ii. Laporan khusus, seperti laporan operasi, anasthesi dan hasil-hasil pemeriksaan lab.
 - c) Dalam laporan tersebut pencatatan tanggal dan jam pencatatan menjadi penting karena ada kaitannya dengan peraturan seperti lembar riwayat pasien dan pemeriksaan fisik harus diisi < 24 jam sesudah pasien masuk rawat inap, maka agar lengkap harus dilakukan analisis ketidak lengkapan dengan cara Concurrent, karena kalau dengan retrsopective pemeriksaan yang tidak lengkap diketahui setelah pasien pulang sedangkan aturannya pemeriksaan fisik harus diisi < 24 jam, sehingga rekam medis tersebut tidak dapat dilengkapi lagi atau disebut dengan "*Deficiency*".
 - 3) Review Autentifikasi

Pada komponen ini analisis kuantitatif memeriksa autentifikasi dari pencatatan berupa tanda tangan, nama jelas termasuk cap/stempel atau kode seseorang untuk kompetensi, dalam penulisan nama jelas harus ada gelar/profesi profesional (Dokter, perawat). Dalam autentifikasi tidak boleh tanda tangan oleh orang lain selain dari penulisnya, kecuali bila ditulis oleh dokter jaga atau mahasiswa maka ada tanda tangan sipenulis di tambah countersign oleh supervisor dan ditulis telah direview dan dilaksanakan atas instruksi dari ... atau telah diperiksa oleh...atau diketahui oleh ...

4) Review Pencatatan

Pada komponen ini akan dilakukan :

- a) Pemeriksaan pada pencatatan yang tidak lengkap dan tidak dapat dibaca, sehingga dapat dilengkapi dan diperjelas.
- b) Memeriksa baris perbaris dan bila ada barisan yang kosong digaris agar tidak diisi belakangan
- c) Bila ada yang salah pencatatan, maka bagian yg salah digaris dan dicatatan tersebut masih terbaca, kemudian diberi keterangan disampingnya bahwa catatan tersebut salah.

e. Analisis Kualitatif

Analisis kualitatif merupakan suatu review yang ditujukan terhadap dokumen rekam medis untuk mengidentifikasi tentang ketidaklengkapan dalam pengisian dokumen rekam medisi. Saat proses analisa kualitatif, petugas memerlukan pengetahuan tentang terminologi medis, anatomi dan fisiologi, dasar ilmu penyakit, serta isi catatan medis. Selain itu petugas juga perlu tahu terminologi formulir, dan anatomi formulir.

f. Tujuan Analisis Kualitatif

Analisis kualitatif dilakukan dengan berbagai tujuan, seperti menunjang informasi untuk aktivitas penjamin mutu (*quality assurance*), membantu penetapan diagnosis dan prosedur pengkodean penyakit, dan agar berkas rekam medis lengkap serta dapat digunakan sebagai referensi pelayanan kesehatan, dan sebagai bahan pertimbangan kasus hukum. Selain itu analisis kualitatif juga bermanfaat untuk riset medis, studi administrasi dan penggantian biaya perawatan.

g. Komponen Analisis Kualitatif

Beberapa komponen analisis kualitatif adalah sebagai berikut:

- 1) Review Kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa
- 2) Review kekonsistenan pencatatan diagnosa
- 3) Review pencatatan hal-hal yg dilakukan saat perawatan dan pengobatan
- 4) Review adanya informed consent
- 5) Review cara/praktek pencatatan
- 6) Review hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi

Komponen-komponen tersebut perlu dianalisis dalam rangka menciptakan susunan data yang rapi dalam berkas rekam medis, dan dapat ditemukan kapan saja saat data tersebut dibutuhkan.

- 1) Review Kelengkapan dan kekonsistenan diagnose

Pada review ini akan memeriksa kekonsistenan Diagnosa diantaranya :

- a) Diagnosa saat masuk / alasan saat masuk rawat
- b) Diagnosa tambahan
- c) Preoperative diagnosis
- d) Postoperative diagnosis
- e) Phatological diagnosis
- f) Clinical diagnosis
- g) Diagnosis akhir/utama
- h) Diagnosa kedua

- 2) Review kekonsistenan pencatatan diagnose

Konsistensi merupakan suatu penyesuaian/kecocokan antara 1 bagian dengan bagian lain dan dengan seluruh bagian, dimana diagnosa dari awal sampai akhir harus konsisten, 3 hal yang harus konsisten yaitu catatan perkembangan, intruksi dokter, dan catatan obat.

Contoh Review kekonsistenan pencatatan diagnosa;

- a) Pada pelayanan rawat inap hasil operasi, hasil pemeriksaan PA, hasil pemeriksaan diagnostik, dan surat pernyataan tindakan harus konsisten, apabila berbeda menunjukkan rekam medis yang buruk
- b) Catatan perkembangan menulis pasien menderita demam, sedangkan dokter menulis pasien tidak demam. Perbedaan tersebut mendatangkan pertanyaan dalam evaluasi dokter dan diputuskan untuk tidak dilakukan tindakan

- 3) Review pencatatan hal-hal yg dilakukan saat perawatan dan pengobatan
Rekam medis harus menjelaskan keadaan pasien selama dirawat, dan harus menyimpan seluruh hasil pemeriksaan dan mencatat tindakan yang telah dilakukan pada pasien. Contoh hasil test normal, pasien dalam keadaan baik, pasien telah diberi penjelasan dan petunjuk. Semua hal diatas harus ada catatan yang melihatkan kondisi tersebut dalam rekam medis.
- 4) Review adanya informed consent yg seharusnya ada
Pada komponen ini menganalisa surat persetujuan dari pasien apakah sudah diisi dengan benar dan lengkap sesuai dengan prosedur dan peraturan yang dibuat secara konsisten
- 5) Review cara/praktek pencatatan
Pada komponen ini akan dilakukan review cara pencatatan, seperti :
 - a) Waktu pencatatan harus ada, tidak ada waktu kosong antara 2 penulisan, khususnya pada saat emergency. Tidak ada pencatatan pada suatu periode tidak hanya catatannya saja yang tidak ada tetapi juga meningkatkan resiko kegagalan dalam pengobatan, dan malpraktek penelitian dilakukan dengan hati-hati dan lengkap
 - b) Mudah Dibaca, tulisan harus bagus, tinta yang digunakan harus tahan lama, penulisan dilakukan dengan hati-hati dan lengkap
 - c) Menggunakan singkatan yang umum, perlu dibuatkan pedoman untuk singkatansingkatan yang digunakan sehingga semua tahu tentang arti singkatan tersebut
 - d) Tidak menulis komentar/hal-hal yang tidak ada kaitannya dengan pengobatan pasien /kritikan/hinaan
 - e) Bila ada kesalahan lebih baik dibiarkan dan kemudian dikoreksi, jangan di tipp ex
- 6) Review hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi
Rekam medis harus mempunyai semua catatan mengenai kejadian yang dapat menyebabkan/berpotensi tuntutan kepada institusi pelayanan kesehatan baik oleh pasien maupun oleh pihak ketiga.

7. Penugasan

- a. Mahasiswa menganalisis formulir ringkasan masuk dan keluar (RMK) secara kuantitatif.
- b. Mahasiswa membahas hasil analisis formulir masuk dan keluar (RMK) dengan dosen pengampu.

Penilaian:

Dinilai secara kualitatif dengan *range* nilai dari 0 sampai 100.

8. Referensi

- Departemen Kesehatan, 1997, Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, Jakarta: Dirjen. Pelayanan Medik.
- Departemen Kesehatan, 2005, Buku Petunjuk Pengisian, Pengolahan dan Penyajian Data Rumah Sakit, Jakarta: Dirjen. Pelayanan Medik.
- Huffman, Edna K., 1994, Health Information Management ,10th ed. (Chicago: Physicians Record Co.
- International Federation of Health Information Management Associations, 2012, Education Module for Health Record Practice , Module 2 - Patient Identification, Registration and the Master Patient Index.
- Johns, Merida L., 2003, Health Information Management Technology, Chicago, Illionis: AHIMA .
- Skurka, Margaret A.,2003, Health Information Management, 5th ed, San Fransisco: JosseyBass, A Wiley Imprin
- Harjanti, Hermanu Joebagio, and Ambar Mundigdo. 2014. "Model Pembelajaran Sprm Berbasis Visualisasi Assembling Untuk Meningkatkan Kompetensi Praktik Laboratorium." Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia. <https://doi.org/10.33560/.v2i>.

9. Lembar Catatan Pembelajaran

Nama :

NIM :

Kelas :

No	Tanggal	Aktivitas	Catatan pengampuan	Tanda tangan pengampu
1				
2				

Nilai Akhir: _____

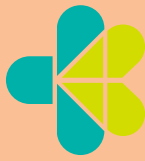
Pengampu,



**KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA**



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLTEKKES KEMENKES YOGYAKARTA**



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



MODUL 5

Indeksing Rekam Medis

Mata Kuliah: Manajemen Rekam Medis



Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Kodefikasi terkait : Manajemen Rekam Medis
Sistem
Pencernaan dan
Endokrin
Kode Mata Kuliah : RMIK205
Tanggal Mulai : 18 Januari 2022

Indeksing Rekam Medis

Modul: 5



Arif Nugroho Triutomo
Alfian Eka Pradana

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Praktik Manajemen Rekam Medis dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul praktik ini mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan tentang sistem genitourinari dan reproduksi, pada mata kuliah Manajemen Rekam Medis. Dengan demikian diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti praktik laboratorium.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan praktik mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan instruktur praktik.

Yogyakarta, 14 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar Isi

Kata Pengantar.....	2
Daftar Isi.....	3
1. Pengantar.....	4
2. Capaian Pembelajaran	4
3. Bahan Kajian	4
4. Tujuan Pembelajaran	4
5. Luaran.....	5
6. Indeksing Rekam Medis	6
a. Indeks Pasien	6
b. Indeks Dokter.....	6
c. Indeks Penyakit	7
d. Indeks Tindakan	8
e. Indeks Kematian.....	9
7. Penugasan.....	11
8. Referensi.....	12
9. Lembar Catatan Pembelajaran.....	13

1. Pengantar

Mata kuliah ini memuat tentang manajemen rekam medis meliputi penyelenggaraan rekam medis manual dan komputerisasi, alur dan prosedur pelayanan rekam medis, alur dan prosedur pelayanan pasien, sistem dan subsistem rekam medis (pengolahan, assembling, analisis, koding, indeks dokter dan kematian), indeks penyakit dan tindakan, sistem dan subsistem rekam medis dan subsistem rekam medis (registrasi, penomoran, penamaan, master pasien indeks). Mata kuliah ini dilaksanakan untuk mengintegrasikan dasar ilmu dalam manajemen rekam medis. Secara khusus mahasiswa akan diberikan pengetahuan dan keterampilan tentang tata cara rekam medis, alur dan prosedur pelayanan pasien, sistem dan subsistem rekam medis. Mata kuliah ini memberikan pengalaman belajar kepada mahasiswa yang mendukung untuk mencapai Koordinator Unit Kerja Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (P2).

Modul Praktik Manajemen Rekam Medis, Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Semester Ganjil Tahun Akademik 2021/2022, disusun dengan tujuan untuk memberikan arahan serta acuan bagi mahasiswa dan instruktur praktik, dalam melaksanakan kegiatan praktikum selama Semester Genap di Prodi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Tahun Akademik 2021/2022. Modul praktik ini berisi tentang materi penyelenggaraan rekam medis manual dan komputerisasi, alur dan prosedur pelayanan pasien dan rekam medis, sistem dan subsistem rekam medis, serta indeks rekam medis.

2. Capaian Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami tentang manajemen unit kerja rekam medis dan informasi kesehatan.

3. Bahan Kajian

- a. Penyelenggaraan rekam medis manual dan komputerisasi.
- b. Alur dan prosedur pelayanan rekam medis.
- c. Alur dan prosedur pelayanan pasien.
- d. Sistem dan subsistem rekam medis meliputi assembling, analisis, koding, indeks dokter dan kematian, serta filing.
- e. Indeks penyakit dan tindakan.
- f. Sistem dan subsistem rekam medis meliputi registrasi pasien, penomoran, penamaan, dan master pasien indeks.

4. Tujuan Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami dan melaksanakan proses manajemen unit kerja rekam medis dan informasi kesehatan.

- a. Peserta didik mampu memahami tentang penyelenggaraan rekam medis manual dan elektronik.
- b. Peserta didik mampu memahami dan menyusun alur dan prosedur pelayanan rekam medis.
- c. Peserta didik mampu memahami dan menyusun alur dan prosedur pelayanan pasien.
- d. Peserta didik mampu memahami dan melaksanakan proses manajemen assembling, analisis, koding, indeks dokter dan kematian, serta filing.
- e. Peserta didik mampu memahami dan melaksanakan proses manajemen indeks penyakit dan tindakan.
- f. Peserta didik mampu memahami dan melaksanakan proses manajemen sistem dan subsistem rekam medis meliputi registrasi, penamaan, penomoran, dan master pasien indeks.

5. Luaran

- a. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan penyelenggaraan rekam medis manual dan elektronik.
- b. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menyusun dan menjelaskan tentang alur dan prosedur pelayanan rekam medis.
- c. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menyusun dan menjelaskan tentang alur dan prosedur pelayanan pasien.
- d. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjalankan proses manajemen assembling, analisis, koding, indeks dokter dan kematian, serta filing.
- e. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjalankan proses manajemen indeks penyakit dan tindakan.
- f. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjalankan proses manajemen sistem dan subsistem rekam medis meliputi registrasi, penamaan, penomoran, dan master pasien indeks.

6. Indeksing Rekam Medis

Indeks adalah daftar istilah atau kata-kata penting yang tersusun secara alfabetik untuk memberi informasi tentang halaman atau kata tersebut ditemukan. Indeks dalam dunia rekam medis, adalah daftar kata atau istilah penting yang disusun dengan tata cara/kebijakan suatu institusi penyelenggara kesehatan baik secara manual maupun elektronik, yang bertujuan agar memudahkan dalam pencarian kembali kata atau istilah tersebut. Menurut Diren Yanmed (2006:61) "Indeksing adalah membuat tabulasi sesuai dengan kode yang sudah dibuat kedalam indeks-indeks (dapat menggunakan kartu indeks atau komputerisasi)". Indeks dalam rekam medis atau manajemen informasi kesehatan dibagi menjadi 5, yakni:

a. Indeks Pasien

Indeks pasien adalah suatu tabulasi kartu katalog yang berisikan nama pasien yang pernah berobat di rumah sakit. Informasi yang terdapat dalam kartu ini adalah:

- 1) Halaman Depan: nama lengkap, jenis kelamin, umur, alamat, tempat, pekerjaan dan tanggal lahir pasien.
- 2) Halaman Belakang: Tanggal masuk, tanggal keluar, hasil penunjang medis, dokter, nomor rekam medis.
- 3) Ukuran kartu indeks penderita tergantung dari banyak sedikitnya penderita yang berobat ke rumah sakit. Ukuran yang dianjurkan adalah 12,5 x 7,5 cm. untuk rumah sakit sangat banyak penderita rawat jalannya dianjurkan menggunakan kartu dengan ukuran 4,25x7,5 cm. Kartu indeks penderita dapat digunakan sebagai kunci untuk menemukan berkas rekam medis seorang penderita.

Untuk rumah sakit yang menggunakan sistem komputerisasi tabulasi daftar nama pasien dapat dilakukan dengan menggunakan komputer, dengan menggunakan sistem komputerisasi akan diperoleh kemudahan secara kecepatan-didalam proses tabulasi data. Kegunaan kartu indeks adalah kartu indeks penderita adalah kunci untuk menemukan berkas rekam medis seorang penderita.

b. Indeks Dokter

Indeks dokter adalah sebuah tabulasi data yang berisi nama dokter yang memberikan pelayanan medis kepada pasien. Indeks dokter merupakan

catatan yang bersifat rahasia (*confidential record*). Kegunaan untuk menilai pekerjaan dokter dan bukti pengadilan. Indeks dokter menyediakan catatan tentang pasien yang telah dirawat bagi setiap staf medis yang bersifat rahasia (*confidential record*), informasi pada indeks dokter tersedia hanya bagi *the governing board, chief executive officer, dan committees of the medical staff* yang ditugaskan untuk menelaah kerja dokter.

Kadang-kadang informasi pada Indeks dokter dapat digunakan pada kasus-kasus malpraktek atau investigasi pajak penghasilan. Indeks dokter dibuat dengan kode dokter, kode dokter sebaiknya dibedakan antara dokter yang satu dengan yang lainnya.

Data yang diperlukan pada indeks dokter meliputi:

- 1) Nama Pasien
- 2) Nomor Rekam Medis
- 3) Length of stay (LOS)
- 4) Biaya Pengobatan dan perawatan
- 5) Hasil perawatan (pulang, meninggal) yang diperlukan

c. Indeks Penyakit

Indeks penyakit adalah daftar tabulasi kode-kode penyakit yang disusun dalam masing-masing daftar sesuai dengan kode penyakitnya. Ketentuan penulisan indeks penyakit yaitu, satu jenis penyakit menggunakan satu kartu indeks, setiap nama penyakit diikuti dengan penulisan kode ICD (*International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem*) yang berlaku (revisi ke 10 sampai 3 digit) (Budi, 2011). Pada umumnya indeks penyakit dapat memberikan rincian guna melengkapi keperluan laporan medis dan statistik, dan dapat digunakan untuk memenuhi permintaan informasi pasien secepat mungkin dan terperinci.

Manfaat Indeks Penyakit:

- 1) Menelusuri nomor rekam medis dan nama pasien dengan penyakit yang sama untuk disediakan dokumen rekam medisnya guna berbagai keperluan, misalnya untuk audit medik oleh Komite Medik.
- 2) Menyusun laporan morbiditas berdasarkan umur, jenis kelamin, wilayah, hasil pelayanan (sembuh, dirujuk, mati < 48 jam dan > 48 jam), dokter yang menangani dan bagaimana cara pembayaran pasien dalam memperoleh pelayanan tersebut.

- 3) Sebagai sumber data untuk statistik RS.
- 4) Sebagai sumber data untuk keputusan-keputusan manajemen setelah data tersebut diolah, misalnya perencanaan obat dengan metode morbiditas, perencanaan kebutuhan peralatan medis dll.

Kegunaan:

- 1) Meyuguhkan data pelayanan yang di perlukan dalam survey kemampuan rumah sakit.
 - 2) Menemukan rekam medis dimana dokternya hanya ingat diagnosa atau operasinya, sedangkan nama pasien yang bersangkutan lupa.
 - 3) Menyediakan materi pendidikan untuk mahasiswa kedokteran, perawat dll.
 - 4) Informasi yang ada didalam kartu ini adalah:
 - a) Nomor Kode
 - b) Judul, Bulan, Tahun
 - c) Nomor penderita
 - d) Jenis kelamin
 - e) Umur
 - f) Untuk indeks Operasi ditambah: Dokter bedah, hari pre operasi, post po, pasien meninggal keluar (sembuh, cacat).
 - g) Untuk indeks penyakit ditambah: Diagnosa lain, dokter lain, hari perawatan, meninggal/keluar (sembuh, cacat).
- d. Indeks Tindakan

Indeks tindakan atau operasi yaitu indeks tentang tindakan medis yang diberikan kepada pasien yang disusun kedalam daftar tabulasi indeks sesuai dengan masing-masing kode tindakan medisnya. Menurut (Huffman, 1994) indeks tindakan atau operasi adalah sebuah daftar nomor kode bedah dan prosedur. Ketentuan penulisan indeks operasi yaitu, satu jenis tindakan medis dimasukkan dalam satu daftar indeks tindakan medis, setiap nama tindakan atau operasi diikuti dengan penulisan kode tindakan (ICD-9CM).

Indeks tindakan atau operasi berguna untuk menelusuri nomor rekam medis dan nama pasien dengan jenis operasi yang sama, hal ini sering kali diminta oleh Komite Medik untuk audit medik, menyusun laporan jenis operasi berdasarkan umur, jenis kelamin, wilayah/alamat, hasil pelayanan (sembuh, dirujuk, mati <48 jam dan 48 jam), dokter yang menangani dan bagaimana

cara pembayaran pasien dalam memperoleh pelayanan tersebut. (Budi, 2011).

Kegunaan Indeks Penyakit dan Tindakan:

- 1) Mempelajari kasus-kasus terdahulu dari satu penyakit untuk memperoleh pengertian tentang penanggulangan terhadap penyakit-penyakit/masalah-masalah kesehatan pada saat ini.
- 2) Untuk menguji teori-teori membandingkan data-data tentang penyakit/pengobatan dalam rangka penyuguhan tulisan-tulisan ilmiah.
- 3) Menyuguhkan data penggunaan fasilitas rumah sakit untuk menyusun keperluan alat-alat baru, tempat tidur dan lain-lain.
- 4) Menilai kualitas pelayanan yang diberikan rumah sakit.
- 5) Mengumpulkan data pelayanan yang diperlukan dalam survei kemampuan rumah sakit.
- 6) Menemukan rekam medis pasien yang diingat dokter hanya diagnosa/operasinya sedangkan nama/nomor rekam medisnya tidak.
- 7) Menyediakan materi pendidikan untuk mahasiswa kedokteran, perawat dan lain-lain. (Nani, 2007).

e. Indeks Kematian

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

- 1) Informasi yang tetap dalam indeks kematian:
- 2) Nama penderita
- 3) Nomor rekam medis
- 4) Jenis kelamin
- 5) Umur
- 6) Kematian: kurang dari sejam post operasi
- 7) Dokter yang merawat
- 8) Hari perawatan
- 9) Wilayah

Manfaat Indeks Kematian:

- 1) Menelusuri nomor rekam medis dan nama pasien dengan sebab kematian yang sama (untuk auditkematian).
- 2) Menyusun laporan sebab kematian (mortalitas) berdasarkan umur, jenis kelamin, wilayah, mati < 48 jam dan > 48 jam, dokter yang menangani.

7. Penugasan

- a. Mahasiswa membuat indeks penyakit pasien rawat jalan, indeks penyakit pasien rawat inap dan indeks dokter.
- b. Mahasiswa membahas hasil indeks dengan pengampu.

Penilaian:

Dinilai secara kualitatif dengan *range* nilai dari 0 sampai 100.

8. Referensi

- Departemen Kesehatan, 1997, Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, Jakarta: Dirjen. Pelayanan Medik.
- Departemen Kesehatan, 2005, Buku Petunjuk Pengisian, Pengolahan dan Penyajian Data Rumah Sakit, Jakarta: Dirjen. Pelayanan Medik.
- Harjanti, Hermanu Joebagio, and Ambar Mundigdo. 2014. "Model Pembelajaran Sprm Berbasis Visualisasi Assembling Untuk Meningkatkan Kompetensi Praktik Laboratorium." Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia. <https://doi.org/10.33560/.v>
- Huffman, Edna K., 1994, Health Information Management ,10th ed. (Chicago: Physicians Record Co.
- International Federation of Health Information Management Associations, 2012, Education Module for Health Record Practice , Module 2 - Patient Identification, Registration and the Master Patient Index.
- Johns, Merida L., 2003, Health Information Management Technology, Chicago, Illionis: AHIMA .
- Skurka, Margaret A.,2003, Health Information Management, 5th ed, San Fransisco: JosseyBass, A Wiley Imprin.

9. Lembar Catatan Pembelajaran

Nama :

NIM :

Kelas :

No	Tanggal	Aktivitas	Catatan pengampuan	Tanda tangan pengampu
1				
2				

Nilai Akhir: _____

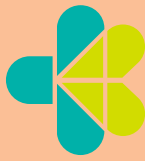
Pengampu,



**KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA**



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLTEKKES KEMENKES YOGYAKARTA**



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



MODUL 6

Pelaporan Rekam Medis

Mata Kuliah: Manajemen Rekam Medis



Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Kodefikasi terkait : Manajemen Rekam Medis
Sistem
Pencernaan dan
Endokrin
Kode Mata Kuliah : RMIK205
Tanggal Mulai : 18 Januari 2022

Pelaporan Rekam Medis

Modul: 6



Arif Nugroho Triutomo
Alfian Eka Pradana

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Praktik Manajemen Rekam Medis dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul praktik ini mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan tentang sistem genitourinari dan reproduksi, pada mata kuliah Manajemen Rekam Medis. Dengan demikian diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti praktik laboratorium.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan praktik mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan instruktur praktik.

Yogyakarta, 14 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar Isi

Kata Pengantar.....	2
Daftar Isi.....	3
1. Pengantar.....	4
2. Capaian Pembelajaran	4
3. Bahan Kajian	4
4. Tujuan Pembelajaran	4
5. Luaran.....	5
6. Pelaporan Rekam Medis	6
a. Konsep Pelaporan Fasilitas Pelayanan Kesehatan	6
b. Sensus Harian Pasien.....	7
c. Formulir Kunjungan Rawat Jalan (Formulir 5.2)	8
7. Penugasan.....	9
8. Referensi.....	10
9. Lembar Catatan Pembelajaran.....	11

1. Pengantar

Mata kuliah ini memuat tentang manajemen rekam medis meliputi penyelenggaraan rekam medis manual dan komputerisasi, alur dan prosedur pelayanan rekam medis, alur dan prosedur pelayanan pasien, sistem dan subsistem rekam medis (pengolahan, assembling, analisis, koding, indeks dokter dan kematian), indeks penyakit dan tindakan, sistem dan subsistem rekam medis dan subsistem rekam medis (registrasi, penomoran, penamaan, master pasien indeks). Mata kuliah ini dilaksanakan untuk mengintegrasikan dasar ilmu dalam manajemen rekam medis. Secara khusus mahasiswa akan diberikan pengetahuan dan keterampilan tentang tata cara rekam medis, alur dan prosedur pelayanan pasien, sistem dan subsistem rekam medis. Mata kuliah ini memberikan pengalaman belajar kepada mahasiswa yang mendukung untuk mencapai Koordinator Unit Kerja Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (P2).

Modul Praktik Manajemen Rekam Medis, Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Semester Ganjil Tahun Akademik 2021/2022, disusun dengan tujuan untuk memberikan arahan serta acuan bagi mahasiswa dan instruktur praktik, dalam melaksanakan kegiatan praktikum selama Semester Genap di Prodi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Tahun Akademik 2021/2022. Modul praktik ini berisi tentang materi penyelenggaraan rekam medis manual dan komputerisasi, alur dan prosedur pelayanan pasien dan rekam medis, sistem dan subsistem rekam medis, serta indeks rekam medis.

2. Capaian Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami tentang manajemen unit kerja rekam medis dan informasi kesehatan.

3. Bahan Kajian

- a. Penyelenggaraan rekam medis manual dan komputerisasi.
- b. Alur dan prosedur pelayanan rekam medis.
- c. Alur dan prosedur pelayanan pasien.
- d. Sistem dan subsistem rekam medis meliputi assembling, analisis, koding, indeks dokter dan kematian, serta filing.
- e. Indeks penyakit dan tindakan.
- f. Sistem dan subsistem rekam medis meliputi registrasi pasien, penomoran, penamaan, dan master pasien indeks.

4. Tujuan Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami dan melaksanakan proses manajemen unit kerja rekam medis dan informasi kesehatan.

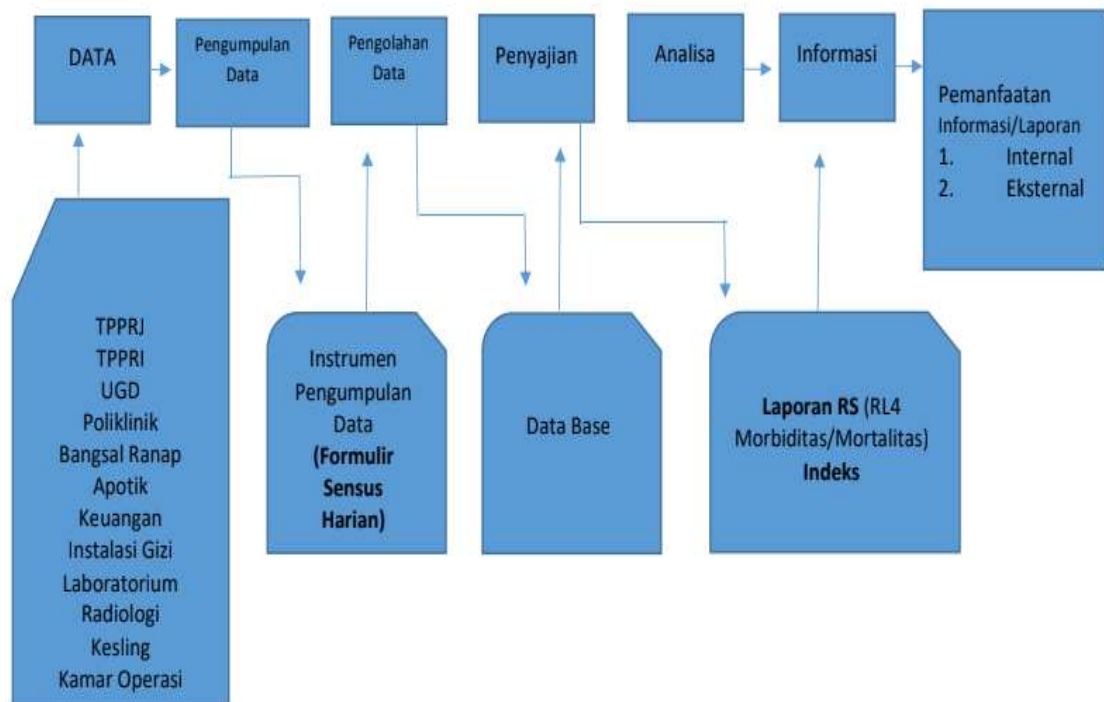
- a. Peserta didik mampu memahami tentang penyelenggaraan rekam medis manual dan elektronik.
- b. Peserta didik mampu memahami dan menyusun alur dan prosedur pelayanan rekam medis.
- c. Peserta didik mampu memahami dan menyusun alur dan prosedur pelayanan pasien.
- d. Peserta didik mampu memahami dan melaksanakan proses manajemen assembling, analisis, koding, indeks dokter dan kematian, serta filing.
- e. Peserta didik mampu memahami dan melaksanakan proses manajemen indeks penyakit dan tindakan.
- f. Peserta didik mampu memahami dan melaksanakan proses manajemen sistem dan subsistem rekam medis meliputi registrasi, penamaan, penomoran, dan master pasien indeks.

5. Luaran

- a. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan penyelenggaraan rekam medis manual dan elektronik.
- b. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menyusun dan menjelaskan tentang alur dan prosedur pelayanan rekam medis.
- c. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menyusun dan menjelaskan tentang alur dan prosedur pelayanan pasien.
- d. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjalankan proses manajemen assembling, analisis, koding, indeks dokter dan kematian, serta filing.
- e. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjalankan proses manajemen indeks penyakit dan tindakan.
- f. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjalankan proses manajemen sistem dan subsistem rekam medis meliputi registrasi, penamaan, penomoran, dan master pasien indeks.

6. Pelaporan Rekam Medis

a. Konsep Pelaporan Fasilitas Pelayanan Kesehatan



Kegiatan pelaporan di rumah sakit biasa disebut dengan istilah pelaporan statistik di fasilitas pelayanan kesehatan, sebab kegiatan pelaporan tersebut menggunakan statistik yang diaplikasikan di pelayanan kesehatan berupa proses pengumpulan data, pengolahan data, penyajian data, analisis atau interpretasi data, dan bentuk akhirnya adalah berupa informasi atau laporan. Informasi yang dihasilkan dapat digunakan untuk berbagai kepentingan antara lain untuk perencanaan, evaluasi program, evaluasi pelayanan, pemantauan pendapatan dan pengeluaran rumah sakit, penggunaan sumber daya rumah sakit atau untuk mengetahui kinerja petugas medis dan non medis. *Tool* berupa statistik ini mulai digunakan untuk pengumpulan data misalnya dalam kegiatan sensus harian pasien. Formulir sensus harian sebagai instrumen pengumpulan data.

Jadi yang dimaksud dengan **Sensus Harian Pasien** adalah cara untuk mengetahui jumlah pasien yang masuk dirawat, pasien keluar, lahir/meninggal dan perpindahan pasien antar ruangan, kapasitas tempat tidur (TT) tersedia dan yang terisi di suatu rs. (Taufik:1986). Sensus harian menjadi dasar dalam pelaksanaan pembuatan laporan rs yang kegiatannya dihitung mulai jam 00.00 sampai dengan 24.00 setiap harinya. (Departemen

Kesehatan RI:1997).

b. Sensus Harian Pasien

Sensus harian rawat inap adalah kegiatan pencacahan atau penghitungan pasien yang dilakukan setiap hari pada suatu ruang rawat inap, berisi mutasi keluar masuk pasien selama 24 jam yang dimulai pada pukul 00.01 sd 23.59, dengan tujuan untuk memperoleh informasi pasien yang masuk dan keluar rs selama 24 jam. Sensus harian pasien rawat jalan adalah kegiatan pencatatan atau perhitungan pasien yang dilakukan setiap hari pada setiap instalasi rawat jalan, (Departemen Kesehatan RI:1998). Pengumpulan lembar sensus ke unit rekam medis dilakukan setiap kali setelah selesai pelayanan.

Berdasarkan penyakit pasien, dokter akan menentukan diagnosa dan dicatat pada lembar rekam medis rawat jalan. Petugas melakukan rekapitulasi sensus harian pasien rawat jalan setelah selesai pelayanan dan hasilnya diserahkan ke bagian rekam medis. Data dari sensus tersebut selanjutnya disajikan dalam format tabel seperti Laporan RL 5.2 dan RL 3.15 : Kunjungan Rawat Jalan dan Cara Bayar.

Prinsip Pelaksanaan Sensus Harian Pasien (manual)

- 1) Sensus dimulai pada pukul 00.01 sd 23.59
- 2) Sensus harian rawat inap (SHRI) dikerjakan oleh petugas bangsal
- 3) SHRI dikirim ke unit kerja RM atau diambil oleh petugas RM pada jam 00.00
- 4) Jumlah sisa penderita yang masih tinggal di bangsal hari sebelumnya harus sesuai dengan jumlah penderita sisa dalam sensus hari berikutnya
- 5) Memerlukan keakuratan perhitungan yang dibuat oleh setiap bangsal
- 6) Semua lembaran sensus harian disusun menurut bangsal-bangsal
- 7) Kemudian dilakukan rekapitulasi kesatu lembar sensus harian untuk seluruh rumah sakit
- 8) Sensus harian dapat dilakukan secara manual atau komputerisasi

c. Formulir Kunjungan Rawat Jalan (Formulir 5.2)

1) Kunjungan Rawat Jalan

Adalah jumlah kunjungan baru dan kunjungan lama di Rawat jalan

2) Kunjungan Baru

Adalah pasien yang pertama kali datang ke salah satu jenis pelayanan rawat jalan, pada tahun yang sedang berjalan.

3) Kunjungan Lama

Adalah kunjungan berikutnya dari suatu kunjungan baru, pada tahun yang berjalan.

4) Jika suatu Rumah Sakit Umum hanya mempunyai satu poliklinik, maka poliklinik tersebut dikategorikan sebagai unit rawat jalan UMUM dan isilah dengan banyaknya kunjungan baru dan kunjungan ulang selama satu tahun yang bersangkutan pada butir 23. UMUM.

5) Jika suatu Rumah Sakit Umum mempunyai unit rawat jalan UMUM dan satu atau lebih unit rawat jalan (poliklinik) tertentu lainnya maka isilah jumlah kunjungan baru dan jumlah kunjungan ulang masing-masing jenis unit rawat jalan yang ada.

6) Untuk Rumah Sakit Khusus isilah jumlah kunjungan baru dan jumlah kunjungan ulang pada jenis unit rawat jalan yang cocok untuk jenis Rumah Sakitnya.

7) Jika suatu Rumah Sakit mempunyai pelayanan rawat jalan sub spesialisasi maka dimasukkan dalam spesialisasinya.

8) Untuk pelayanan rawat jalan "DAY CARE" isilah sesuai dengan jumlah pasien rawat siang yang datang ke Rumah Sakit dalam satu tahun yang bersangkutan. Untuk pasien yang berkunjung ini biasanya diberikan satu kali makan siang akan tetapi bukan merupakan pasien rawat inap karena pasien tersebut datang pagi dan pulang di sore hari.

7. Penugasan

- a) Mahasiswa membuat Laporan RL5.2 Kunjungan Rawat Jalan dan RL 3.15 Cara Bayar
- b) Mahasiswa membahas hasil laporan dengan pengampu.

Penilaian:

Dinilai secara kualitatif dengan *range* nilai dari 0 sampai 100.

8. Referensi

- Departemen Kesehatan, 1997, Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, Jakarta: Dirjen. Pelayanan Medik.
- Departemen Kesehatan, 2005, Buku Petunjuk Pengisian, Pengolahan dan Penyajian Data Rumah Sakit, Jakarta: Dirjen. Pelayanan Medik.
- Huffman, Edna K., 1994, Health Information Management ,10th ed. (Chicago: Physicians Record Co.
- International Federation of Health Information Management Associations, 2012, Education Module for Health Record Practice , Module 2 - Patient Identification, Registration and the Master Patient Index.
- Johns, Merida L., 2003, Health Information Management Technology, Chicago, Illionis: AHIMA .
- Skurka, Margaret A.,2003, Health Information Management, 5th ed, San Fransisco: JosseyBass, A Wiley Imprin
- Harjanti, Hermanu Joebagio, and Ambar Mundigdo. 2014. "Model Pembelajaran Sprm Berbasis Visualisasi Assembling Untuk Meningkatkan Kompetensi Praktik Laboratorium." Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia. <https://doi.org/10.33560/.v>

9. Lembar Catatan Pembelajaran

Nama :

NIM :

Kelas :

No	Tanggal	Aktivitas	Catatan pengampuan	Tanda tangan pengampu
1				
2				

Nilai Akhir: _____

Pengampu,



**KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA**



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLTEKKES KEMENKES YOGYAKARTA**



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



MODUL 7

Implementasi Pelepasan Informasi Rekam Medis

Mata Kuliah: Manajemen Rekam Medis



Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Kodefikasi terkait : Manajemen Rekam Medis
Sistem
Pencernaan dan
Endokrin
Kode Mata Kuliah : RMIK205
Tanggal Mulai : 18 Januari 2022

Implementasi Pelepasan Informasi Rekam Medis

Modul: 7



Arif Nugroho Triutomo
Alfian Eka Pradana

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Praktik Manajemen Rekam Medis dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul praktik ini mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan tentang sistem genitourinari dan reproduksi, pada mata kuliah Manajemen Rekam Medis. Dengan demikian diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti praktik laboratorium.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan praktik mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan instruktur praktik.

Yogyakarta, 14 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar Isi

Kata Pengantar.....	2
Daftar Isi.....	3
1. Pengantar.....	4
2. Capaian Pembelajaran	4
3. Bahan Kajian	4
4. Tujuan Pembelajaran	4
5. Luaran.....	5
6. Pelepasan Informasi Rekam Medis	6
a. Pelepasan Informasi	6
b. Surat Keterangan Medis	10
7. Penugasan.....	15
8. Referensi.....	16
9. Lembar Catatan Pembelajaran.....	17

1. Pengantar

Mata kuliah ini memuat tentang manajemen rekam medis meliputi penyelenggaraan rekam medis manual dan komputerisasi, alur dan prosedur pelayanan rekam medis, alur dan prosedur pelayanan pasien, sistem dan subsistem rekam medis (pengolahan, assembling, analisis, koding, indeks dokter dan kematian), indeks penyakit dan tindakan, sistem dan subsistem rekam medis dan subsistem rekam medis (registrasi, penomoran, penamaan, master pasien indeks). Mata kuliah ini dilaksanakan untuk mengintegrasikan dasar ilmu dalam manajemen rekam medis. Secara khusus mahasiswa akan diberikan pengetahuan dan keterampilan tentang tata cara rekam medis, alur dan prosedur pelayanan pasien, sistem dan subsistem rekam medis. Mata kuliah ini memberikan pengalaman belajar kepada mahasiswa yang mendukung untuk mencapai Koordinator Unit Kerja Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (P2).

Modul Praktik Manajemen Rekam Medis, Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Semester Ganjil Tahun Akademik 2021/2022, disusun dengan tujuan untuk memberikan arahan serta acuan bagi mahasiswa dan instruktur praktik, dalam melaksanakan kegiatan praktikum selama Semester Genap di Prodi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Tahun Akademik 2021/2022. Modul praktik ini berisi tentang materi penyelenggaraan rekam medis manual dan komputerisasi, alur dan prosedur pelayanan pasien dan rekam medis, sistem dan subsistem rekam medis, serta indeks rekam medis.

2. Capaian Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami tentang manajemen unit kerja rekam medis dan informasi kesehatan.

3. Bahan Kajian

- a. Penyelenggaraan rekam medis manual dan komputerisasi.
- b. Alur dan prosedur pelayanan rekam medis.
- c. Alur dan prosedur pelayanan pasien.
- d. Sistem dan subsistem rekam medis meliputi assembling, analisis, koding, indeks dokter dan kematian, serta filing.
- e. Indeks penyakit dan tindakan.
- f. Sistem dan subsistem rekam medis meliputi registrasi pasien, penomoran, penamaan, dan master pasien indeks.

4. Tujuan Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami dan melaksanakan proses manajemen unit kerja rekam medis dan informasi kesehatan.

- a. Peserta didik mampu memahami tentang penyelenggaraan rekam medis manual dan elektronik.
- b. Peserta didik mampu memahami dan menyusun alur dan prosedur pelayanan rekam medis.
- c. Peserta didik mampu memahami dan menyusun alur dan prosedur pelayanan pasien.
- d. Peserta didik mampu memahami dan melaksanakan proses manajemen assembling, analisis, koding, indeks dokter dan kematian, serta filing.
- e. Peserta didik mampu memahami dan melaksanakan proses manajemen indeks penyakit dan tindakan.
- f. Peserta didik mampu memahami dan melaksanakan proses manajemen sistem dan subsistem rekam medis meliputi registrasi, penamaan, penomoran, dan master pasien indeks.

5. Luaran

- a. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan penyelenggaraan rekam medis manual dan elektronik.
- b. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menyusun dan menjelaskan tentang alur dan prosedur pelayanan rekam medis.
- c. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menyusun dan menjelaskan tentang alur dan prosedur pelayanan pasien.
- d. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjalankan proses manajemen assembling, analisis, koding, indeks dokter dan kematian, serta filing.
- e. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjalankan proses manajemen indeks penyakit dan tindakan.
- f. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjalankan proses manajemen sistem dan subsistem rekam medis meliputi registrasi, penamaan, penomoran, dan master pasien indeks.

6. Pelepasan Informasi Rekam Medis

a. Pelepasan Informasi

Menurut Gunarti(2019), Pelepasan Informasi adalah data rekam medis yang diminta baik oleh pasien, dokter dan tenaga kesehatan lainnya, guna menentukan proses pengobatan dan tindakan selanjutnya, serta kepada pihak BPJS Kesehatan untuk keperluan pengajuan klaim asuransi biaya perawatan dan pengobatan pasien, supaya bisa dipastikan asuransi yang diajukan sudah sesuai dengan kesepakatan dan telah disetujui.

Informasi medis yang terdapat dalam berkas rekam medis dapat diberikan kepada pihak-pihak terkait seperti asuransi, pasien atau keluarga pasien, rumah sakit yang menjadi tempat rujukan, dokter lain yang merawat pasien, kepolisian, dan untuk keperluan pengadilan. Pemberian informasi medis harus mengikuti prosedur yang berlaku. Informasi medis dapat diberikan apabila pasien menandatangani serta memberikan kuasa kepada pihak ketiga untuk mendapatkan informasi medis mengenai dirinya. Hal ini bertujuan untuk melindungi rumah sakit dari tuntutan yang lebih jauh.

Informasi medis seorang pasien dapat diberikan kepada pihak-pihak terkait antara lain:

- 1) Asuransi,
- 2) pasien/keluarga pasien,
- 3) rumah sakit yang menjadi tempat rujukan,
- 4) dokter lain yang merawat pasien,
- 5) kepolisian, dan
- 6) untuk keperluan pengadilan,



Gambar 1. Pelepasan Informasi. Sumber: <http://www.fhcsi.com>. Diakses pada tanggal 18 April 2022.

Pemberian informasi medis harus mengikuti prosedur yang berlaku, informasi medis dapat diberikan apabila pasien menandatangani serta memberikan kuasa kepada pihak ketiga untuk mendapatkan informasi medis mengenai dirinya, hal ini bertujuan untuk melindungi rumah sakit dari tuntutan yang lebih jauh. Tujuan pengendalian pelepasan informasi medis antara lain untuk menjaga kerahasiaan riwayat kesehatan pasien, menghindari pelepasan informasi pasien kepada pihak yang tidak bertanggung jawab, menghindari terjadinya tuntutan hukum bagi tenaga kesehatan yang memberikan informasi medis pasien dan bagi rumah sakit

Orang yang membawa surat kuasa harus menunjukkan identitas (tanda pengenal) yang sah kepada pimpinan rumah sakit, sebelum mereka diijinkan meneliti isi rekam medis yang diminta. Badan-badan pemerintah sering kali meminta informasi rahasia tentang seorang pasien. Apabila tidak ada undang-undang yang menetapkan hak suatu badan pemerintah untuk menerima informasi tentang pasien, mereka hanya dapat memperoleh informasi atas persetujuan (dari/pihak yang bersangkutan) sebagaimana yang berlaku bagi badan-badan swasta. Jadi patokan yang perlu dan harus senantiasa diingat oleh petugas rekam medis adalah surat persetujuan untuk memberikan informasi yang ditandatangani oleh pasien atau pihak yang bertanggung jawab, hal tersebut selalu diperlukan untuk setiap pemberian informasi dari rekam medis.

Untuk melengkapi persyaratan, surat kuasa/persetujuan tindakan medis harus ditandatangani oleh yang bersangkutan, rumah sakit menyediakan formulir surat kuasa, dengan demikian tanda tangan dapat diperoleh pada saat pasien tersebut masuk dirawat. Ketentuan-ketentuan berikut secara umum dapat dijadikan pedoman bagi setiap rumah sakit, kecuali jika ada ketentuan-ketentuan khusus yang ditetapkan oleh peraturan perundangan yang berlaku.

- 1) Setiap informasi yang bersifat medis yang dimiliki rumah sakit tidak boleh disebarkan oleh pegawai rumah sakit itu sendiri, kecuali bila ada ijin dari pimpinan rumah sakit.

- 2) Rumah sakit tidak menggunakan rekam medis dengan cara yang dapat membahayakan kepentingan pasien, kecuali jika rumah sakit menggunakan rekam medis bila perlu, untuk melindungi dirinya atau yang mewakilinya.
- 3) Para asisten dan dokter yang bertanggung jawab dapat berkonsultasi dengan bagian rekam medis menggunakan catatan yang berhubungan dengan pekerjaannya. Jika terdapat keragu-raguan dipihak staf rekam medis, maka persetujuan masuk ke tempat rekam medis dapat ditolak, dan persoalan tersebut diserahkan kepada keputusan pimpinan rumah sakit. Bagaimanapun salinan rekam medis tidak boleh dibuat tanpa persetujuan khusus dari kepala unit/instalasi rekam medis yang akan bermusyawarah dengan pimpinan rumah sakit jika ada keragu-raguan. Tidak seorang pun boleh memberikan informasi lisan atau tertulis kepada seseorang di luar organisasi rumah sakit tanpa persetujuan tertulis dari pihak pimpinan rumah sakit (pengecualian: mengadakan diskusi mengenai kemajuan daripada kasus dengan keluarga atau wali pasien dan mempunyai kepentingan yang sah).
- 4) Dokter tidak boleh memberikan persetujuan kepada perusahaan asuransi atau badan lain untuk memperoleh rekam medis.
- 5) Badan-badan sosial boleh mengetahui isi data sosial dari rekam medis, apabila mempunyai alasan-alasan yang sah untuk memperoleh informasi, namun untuk data medisnya tetap diperlukan surat persetujuan dari pasien yang bersangkutan.
- 6) Permohonan pasien untuk memperoleh informasi mengenai catatan dirinya diserahkan kepada dokter yang merawatnya.
- 7) Permohonan permintaan informasi harus secara tertulis, permohonan informasi secara lisan sebaiknya ditolak.
- 8) Informasi rekam medis hanya dikeluarkan dengan surat kuasa yang ditandatangani dan diberi tanggal oleh pasien atau walinya jika pasien tersebut secara mental tidak kompeten, atau keluarga terdekat kecuali jika ada ketentuan lain dalam peraturan. Surat kuasa juga ditandatangani dan diberi tanggal oleh orang yang mengeluarkan informasi medis dan disimpan di dalam berkas rekam medis tersebut.

- 9) Informasi di dalam rekam medis boleh diperlihatkan kepada perwalian rumah sakit yang sah untuk melindungi kepentingan rumah sakit dalam hal-hal yang bersangkutan dengan pertanggungjawaban.
- 10) Informasi boleh diberikan kepada rumah sakit lain, tanpa surat kuasa yang ditandatangani oleh pasien berdasarkan permintaan dari rumah sakit tersebut yang menerangkan bahwa pasien sedang dalam perawatan mereka.
- 11) Dokter dari luar rumah sakit yang mencari keterangan mengenai pasien pada suatu rumah sakit, harus memiliki surat kuasa dari pasien tersebut. Tidak boleh seorang beranggapan bahwa karena pemohon seorang dokter ia seolah-olah lebih berhak untuk memperoleh informasi dari pemohon yang bukan dokter. Rumah sakit dalam hal ini akan berusaha memberikan segala pelayanan yang pantas kepada dokter luar, tetapi selalu berusaha lebih memperhatikan kepentingan pasien dan rumah sakit
- 12) Ketentuan ini tidak saja berlaku bagi unit/instalasi rekam medis, tetapi juga berlaku bagi semua orang yang menangani pasien di bagian perawatan, bangsal-bangsal dan lain-lain.
- 13) Rekam medis yang asli tidak boleh dibawa keluar rumah sakit, kecuali bila atas permintaan pengadilan, dengan surat kuasa khusus tertulis dari pimpinan rumah sakit.
- 14) Rekam medis tidak boleh diambil dari tempat penyimpanan untuk dibawa ke bagian lain dari rumah sakit, kecuali jika diperlukan untuk keperluan medis.
- 15) Dengan persetujuan pimpinan rumah sakit, pemakaian rekam medis untuk keperluan riset diperbolehkan. Mereka yang bukan dari staf medis rumah sakit, apabila ingin melakukan riset harus memperoleh persetujuan tertulis dari pimpinan rumah sakit.
 - a) Bila suatu rekam medis diminta untuk dibawa ke pengadilan segala upaya hendaklah dilakukan supaya pengadilan menerima salinan foto statik rekam medis yang dimaksud. Apabila hakim minta yang asli tanda terima harus diminta dan disimpan di folder sampai rekam medis yang asli tersebut kembali.

- b) Fakta bahwa seorang pimpinan instansi telah membayar atau telah menyetujui untuk membayar biaya rumah sakit bagi pegawainya, tidak dapat dijadikan alasan bagi rumah sakit untuk memberikan informasi medis pegawai tersebut kepada pimpinan instansi, jika tidak ada surat kuasa/persetujuan tertulis dari pasien atau walinya yang sah.
- c) Pengesahan untuk memberikan informasi hendaklah berisi indikasi mengenai periode-periode perawatan tertentu. Surat kuasa/persetujuan itu hanya berlaku untuk informasi medis termasuk dalam jangka waktu/tanggal yang ditulis di dalamnya.

b. Surat Keterangan Medis

Surat Keterangan Medis (SKM) adalah surat yang berisi informasi medis pasien yang meliputi diagnosis, riwayat sakit, dan terapi seseorang pasien selama dirawat. SKM dibuat oleh dokter yang merawat pasien. SKM tidak boleh sembarangan dibuat karena berkaitan tentang data medis pasien yang bersifat rahasia.

Dalam pembuatan SKM erat kaitannya dengan kegiatan pelepasan informasi medis. SKM ada 2 macam, yaitu:

- 1) SKM pengadilan: Visum et Repertum (VeR)
- 2) SKM non pengadilan: SKM untuk asuransi, surat kelahiran, surat kematian, surat keterangan dirawat, surat keterangan sehat.

Ketentuan dalam pembuatan SKM, meliputi hal-hal sebagai berikut.

- 1) Dibuat di unit kerja rekam medis dan sumber yang digunakan adalah berkas rekam medis pasien.
- 2) Setiap permohonan SKM harus dengan surat permohonan dari pasien.
- 3) Permohonan informasi secara lisan pada saat pasien masih dirawat, dapat dilayani oleh dokter yang merawat.
- 4) Surat permohonan dapat dibuat oleh orang tua jika pasien belum dewasa atau gangguan jiwa.
- 5) Permohonan penggandaan (foto kopi) yang diperbolehkan adalah hasil pemeriksaan penunjang medis.
- 6) Pembuatan SKM dilakukan oleh dokter yang merawat.
- 7) Pelepasan informasi kepada pihak ketiga tidak boleh dilakukan melalui telepon.

- 8) Peminjaman berkas rekam medis untuk keperluan pengadilan harus mendapat ijin direktur.
- 9) Permohonan membaca rekam medis secara keseluruhan oleh pasien/keluarga tidak dapat dilayani, hanya diperbolehkan membaca pada lembar Ringkasan Masuk Keluar (RMK) atau resume dan didampingi oleh dokter yang merawat.

Surat permohonan SKM adalah surat pernyataan bahwa pasien/keluarga bersedia melepas informasi kesehatannya kepada pihak ketiga. Berisi antara lain:

- 1) Tujuan (nama dokter yang merawat dan institusi)
- 2) Nama, tanggal lahir/umur, alamat pasien
- 3) Jika pemohon keluarga pasien maka dilengkapi nama, tanggal lahir/umur, alamat pemohon
- 4) Pernyataan pernah dirawat dan waktu perawatan di sarana pelayanan kesehatan tersebut
- 5) Pernyataan pemberian kusus kepada dokter untuk melepaskan informasi medis pasien kepada pihak ketiga.
- 6) Tujuan pelepasan informasi dan institusi yang menerima informasi medis tersebut.
- 7) Tanggal pembuatan permohonan.
- 8) Tanda tangan pemohon.
- 9) Jika perlu dilengkapi dengan materai.

Isi SKM antara lain:

- 1) Kepala surat
- 2) Nomor SKM
- 3) Identitas dokter yang membuat SKM
- 4) Identitas pasien
- 5) Tanggal perawatan dan kamar perawatan
- 6) Anamnesa
- 7) pemeriksaan
- 8) Diagnosis akhir
- 9) Terapi
- 10) Tanggal pembuatan SKM
- 11) Tandatangan dokter

12) Stempel rumah sakit

Contoh Formulir

PERMOHONAN SURAT KETERANGAN MEDIS OLEH PASIEN

Hal : Permohonan Surat Keterangan Medis

Kepada :

Yth. Dokter

Rumah Sakit X

Jakarta

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama :

Umur :

Pekerjaan :

Alamat :

Dirawat inap / jalan* di Rumah Sakit X Jakarta sejak tanggal..... sampai dengan tanggal Dengan ini memohon dan memberikan kuasa kepada dokter Rumah Sakit X Jakarta yang telah merawat saya, untuk memberikan keterangan tertulis mengenai segala sesuatu tentang rahasia kesehatan / penyakit saya selama dirawat di Rumah Sakit X Jakarta pada tanggal tersebut di atas.

Untuk keperluan :

Saya akan bertanggung jawab sepenuhnya atas akibat dibukanya rahasia tersebut dan saya menyatakan tidak akan menuntut kepada dokter Rumah Sakit X Jakarta di kemudian hari.

Demikian surat ini, saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Jakarta,.....20....

Hormat saya,

.....

NB: * coret yang tidak perlu

PERMOHONAN SURAT KETERANGAN MEDIS OLEH KELUARGA PASIEN

Hal : Permohonan Surat Keterangan Medis
Kepada :
Yth. Dokter.....
Rumah Sakit X
Jakarta

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama :
Umur :
Pekerjaan :
Alamat :
Hubungan keluarga dengan pasien:.....

Selaku wali / penanggung jawab pasien :

Nama :
Umur :
Pekerjaan :
Alamat :

Pasien tersebut di atas telah dirawat inap / jalan* di Rumah Sakit X Jakarta sejak tanggalsampai dengan tanggal.....dengan ini memohon dan memberi kuasa kepada dokter Rumah Sakit X Jakarta yang telah merawatnya, untuk memberikan keterangan tertulis mengenai segala sesuatu tentang rahasia kesehatan / penyakitnya selama dirawat di Rumah Sakit X Jakarta pada tanggal tersebut di atas.

Untuk keperluan :.....
Saya akan bertanggung jawab sepenuhnya atas akibat dibukanya rahasia tersebut dan saya menyatakan tidak akan menuntut kepada dokter Rumah Sakit X Jakarta di kemudian hari. Demikian surat ini, saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Jakarta,.....20.....
Hormat saya,

(materai Rp. 6000,-)**)

NB : * Coret yang tidak perlu

** Pemohon harus mempunyai hubungan keluarga dengan pasien

Cantoh Surat Keterangan Medis

KOP SURAT

No :

Hal : Surat Keterangan Medis

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : dr.

Jabatan : Dokter

Menerangkan bahwa pasien:

Nama :

No. RM :

Umur : tahun

Alamat :

Keperluan :

Pada tanggal s/d di rawat inap di ruang
..... kelas Rumah Sakit X Jakarta dengan :

1. Anamnesa :
2. Pemeriksaan :
3. Diagnosa Akhir :
4. Tindakan/ Operasi :
5. Terapi :
6. Keterangan :

Demikian surat ini dibuat dengan sebenar-benarnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jakarta, 20

Dokter yang merawat,

(dr.)

7. Penugasan

- a. Mahasiswa membuat SPO surat keterangan medis dan peminjaman berkas rekam medis.
- b. Mahasiswa menjelaskan proses dalam pelayanan pembuatan surat keterangan medis dan peminjaman berkas rekam medis, persyaratan apa saja yang harus dilengkapi oleh pihak pasien.
- c. Mahasiswa membahas hasil penyusunan SPO surat keterangan medis dan peminjaman berkas rekam medis kepada pengampu.

Penilaian:

Dinilai secara kualitatif dengan *range* nilai dari 0 sampai 100.

8. Referensi

Guwandi, J. 2005. *Rahasia Medis*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.

Hatta, G.R. 2013. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI Press.

Kemenkes RI. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.

Permenkes RI Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis.

Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

9. Lembar Catatan Pembelajaran

Nama :

NIM :

Kelas :

No	Tanggal	Aktivitas	Catatan pengampuan	Tanda tangan pengampu
1				
2				

Nilai Akhir: _____

Pengampu,



**KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA**



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLTEKKES KEMENKES YOGYAKARTA**



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



MODUL 8

Retensi dan Pemusnahan Rekam Medis

Mata Kuliah: Manajemen Rekam Medis



Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Kodefikasi terkait : Manajemen Rekam Medis
Sistem
Pencernaan dan
Endokrin
Kode Mata Kuliah : RMIK205
Tanggal Mulai : 18 Januari 2022

Retensi dan Pemusnahan Rekam Medis

Modul: 8



Arif Nugroho Triutomo
Alfian Eka Pradana

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Praktik Manajemen Rekam Medis dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul praktik ini mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan tentang sistem genitourinari dan reproduksi, pada mata kuliah Manajemen Rekam Medis. Dengan demikian diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti praktik laboratorium.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan praktik mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan instruktur praktik.

Yogyakarta, 14 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar Isi

Kata Pengantar.....	2
Daftar Isi.....	3
1. Pengantar.....	4
2. Capaian Pembelajaran	4
3. Bahan Kajian	4
4. Tujuan Pembelajaran	5
5. Luaran.....	5
6. Retensi dan Pemusnahan Rekam Medis	6
a. Retensi.....	6
b. Tujuan Retensi	6
c. Konsep Jadwal Retensi dan Mikrofilmisasi Rekam Medis	6
d. Mikrofilmisasi Rekam Medis.....	7
e. Berkas Rekam Medis yang Disimpan secara Permanen	8
f. Konsep Penelitian Nilai Guna Rekam Medis.....	8
g. Pemindehan Berkas Rekam Medis Aktif ke In-Aktif	8
7. Penugasan.....	10
8. Referensi.....	11
9. Lembar Catatan Pembelajaran.....	12

1. Pengantar

Mata kuliah ini memuat tentang manajemen rekam medis meliputi penyelenggaraan rekam medis manual dan komputerisasi, alur dan prosedur pelayanan rekam medis, alur dan prosedur pelayanan pasien, sistem dan subsistem rekam medis (pengolahan, assembling, analisis, koding, indeks dokter dan kematian), indeks penyakit dan tindakan, sistem dan subsistem rekam medis dan subsistem rekam medis (registrasi, penomoran, penamaan, master pasien indeks). Mata kuliah ini dilaksanakan untuk mengintegrasikan dasar ilmu dalam manajemen rekam medis. Secara khusus mahasiswa akan diberikan pengetahuan dan keterampilan tentang tata cara rekam medis, alur dan prosedur pelayanan pasien, sistem dan subsistem rekam medis. Mata kuliah ini memberikan pengalaman belajar kepada mahasiswa yang mendukung untuk mencapai Koordinator Unit Kerja Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (P2).

Modul Praktik Manajemen Rekam Medis, Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Semester Ganjil Tahun Akademik 2021/2022, disusun dengan tujuan untuk memberikan arahan serta acuan bagi mahasiswa dan instruktur praktik, dalam melaksanakan kegiatan praktikum selama Semester Genap di Prodi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Tahun Akademik 2021/2022. Modul praktik ini berisi tentang materi penyelenggaraan rekam medis manual dan komputerisasi, alur dan prosedur pelayanan pasien dan rekam medis, sistem dan subsistem rekam medis, serta indeks rekam medis.

2. Capaian Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami tentang manajemen unit kerja rekam medis dan informasi kesehatan.

3. Bahan Kajian

- a. Penyelenggaraan rekam medis manual dan komputerisasi.
- b. Alur dan prosedur pelayanan rekam medis.
- c. Alur dan prosedur pelayanan pasien.
- d. Sistem dan subsistem rekam medis meliputi assembling, analisis, koding, indeks dokter dan kematian, serta filing.
- e. Indeks penyakit dan tindakan.
- f. Sistem dan subsistem rekam medis meliputi registrasi pasien, penomoran, penamaan, dan master pasien indeks.

4. Tujuan Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami dan melaksanakan proses manajemen unit kerja rekam medis dan informasi kesehatan.

- a. Peserta didik mampu memahami tentang penyelenggaraan rekam medis manual dan elektronik.
- b. Peserta didik mampu memahami dan menyusun alur dan prosedur pelayanan rekam medis.
- c. Peserta didik mampu memahami dan menyusun alur dan prosedur pelayanan pasien.
- d. Peserta didik mampu memahami dan melaksanakan proses manajemen assembling, analisis, koding, indeks dokter dan kematian, serta filing.
- e. Peserta didik mampu memahami dan melaksanakan proses manajemen indeks penyakit dan tindakan.
- f. Peserta didik mampu memahami dan melaksanakan proses manajemen sistem dan subsistem rekam medis meliputi registrasi, penamaan, penomoran, dan master pasien indeks.

5. Luaran

- a. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan penyelenggaraan rekam medis manual dan elektronik.
- b. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menyusun dan menjelaskan tentang alur dan prosedur pelayanan rekam medis.
- c. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menyusun dan menjelaskan tentang alur dan prosedur pelayanan pasien.
- d. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjalankan proses manajemen assembling, analisis, koding, indeks dokter dan kematian, serta filing.
- e. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjalankan proses manajemen indeks penyakit dan tindakan.
- f. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjalankan proses manajemen sistem dan subsistem rekam medis meliputi registrasi, penamaan, penomoran, dan master pasien indeks.

6. Retensi dan Pemusnahan Rekam Medis

a. Retensi

Menurut Dirjen Yanmed (2006;99) retensi yaitu suatu kegiatan pengurangan atau memisahkan arsip dari rak penyimpanan dari dokumen aktif menjadi in aktif.

b. Tujuan Retensi

- 1) Mengurangi jumlah arsip rekam medis yang semakin bertambah
- 2) Menyiapkan fasilitas yang cukup untuk tersedianya tempat rekam medis baru
- 3) Tetap menjaga kualitas pelayanan dengan mempercepat penyiapan rekam medis bila sewaktu – waktu di butuhkan
- 4) Menyelamatkan arsip Yang bernilai
- 5) Mengurangi arsip yang tidak bernilai
- 6) Cara Retensi Arsip:
- 7) Membuat Jadwal Retensi Arsip (JRA).
- 8) Mencari data rekam medis yang sudah melebihi masa aktif 5 tahun dari buku registrasi.
- 9) Merekap data rekam medis/nomor rekam medis tersebut untuk mencari pada rak penyimpanan aktif.
- 10) Mengelompokan berkas rekam medis berdasarkan penggolongan penyakit/tahun kunjungan.
- 11) Memindahkan arsip rekam medis in aktif dari rak aktif ke in-aktif.
- 12) Melaksanakan mikrofilmisasi berkas rekam medis in-aktif sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- 13) Memusnahkan berkas rekam medis yang telah di mikrofilmiasi dengan cara yang telah ditentukan.

c. Konsep Jadwal Retensi dan Mikrofilmisasi Rekam Medis

Jadwal Retensi Arsip (JRA) berdasarkan surat edaran YanMed No.HK.00.06.1.501160 tahun 1995 yaitu : “Merupakan daftar yang berisikan sekurang-kurangnya jenis arsip dan jangka waktu penyimpanan sesuai kegunaan. Jadwal Retensi Arsip (JRA) disusun oleh komite medis dan unit rekam medis dengan persetujuan direktur rumah sakit”

- 1) Nomor Rekam Medis
- 2) Tahun Jangka

3) Waktu Penyimpanan

4) Keterangan

Sebelum retensi perlu disusun jadwal retensi, berdasarkan SE Dirjen

No	Kelompok	Aktif		Inaktif	
		Umum & Khusus	R. Jalan	R. Inap	R. 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	5 tahun	5 tahun
4	Orthopedi	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

Yanmed No.HK.00.06.1.501160 tanggal 21 Maret 1995, tentang pemusnahan rekam medis.

Sumber : Surat Dirjen Yanmed No.HK.00.06.1.501160
(tentang jadwal Retensi dan Pemusnahan berkas menurut penyakitnya)

Keterangan :

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

d. Mikrofilmisasi Rekam Medis

Tujuan: melestarikan dokumen dalam bentuk mikro, sebelum dilakukan pemusnahan.

Prosedur Mikrofilmisasi berkas rekam medis :

- 1) Penyusunan berkas rekam medis in aktif.
- 2) Penilaian atas rekam medis yang telah disusutkan.
- 3) Proses pencucian film.

- 4) Proses penjaketan (memasukan Mikrofilm ke dalam jaket film)
 - 5) Pemberian identitas pasien pada jaket Mikrofilm
 - 6) Penjajaran bentuk Mikrofilm dengan *Terminal Digit Filling*
- e. Berkas Rekam Medis yang Disimpan secara Permanen
- 1) Lembar rekam medis 1
 - 2) Lembar resume keluar
 - 3) Lembar laporan operasi
 - 4) Lembar persetujuan/penolakan tindak medis
 - 5) Formulir indeks dokter, penyakit, sebab kematian, operasi
 - 6) Formulir dengan kasus rudapaksaan
 - 7) Formulir ketergantungan obat
 - 8) Lembar keterangan kematian yang akan mendapat sertifikat kematian
 - 9) Visum et repertum
 - 10) Lembar yang sesuai kasus, diantaranya:
 - a) Bayi tabung
 - b) Adopsi
 - c) Penganiayaan
 - 11) Buku register
 - 12) KIUP
- f. Konsep Penelitian Nilai Guna Rekam Medis
- Penilaian nilai guna rekam medis yaitu suatu kegiatan penilaian terhadap formulir-formulir rekam medis yang perlu di abadikan atau sudah boleh di musnahkan. Penilaian nilai guna dilaksanakan oleh direktur Rumah Sakit.
- Tim pemusnah dokumen rekam medis terdiri dari :
- 1) Direktur Rumah Sakit sebagai ketua
 - 2) Kepala Rekam Medis sebagai Sekertaris
 - 3) Anggota lain (petugas *filling* dengan saksi – saksi yang ditunjuk oleh Direktur Rumah Sakit).
- g. Pemindahan Berkas Rekam Medis Aktif ke In-Aktif
- 1) Dilihat hari tanggal kunjungan terakhir
 - 2) Setelah 5 (lima) tahun dari kunjungan terakhir tersebut berkas dipisahkan di ruang lain/terpisah dari berkas RM Aktif
 - 3) Berkas rekam medis in-aktif dikelompokkan sesuai dengan tahun terakhir kunjungan

- **Tata cara penilaian nilai guna:**
 - 1) Seringnya berkas berkas rekam medis digunakan untuk pendidikan dan penelitian
 - 2) Nilai guna:
 - a) Primer: Administrasi, Hukum, Keuangan, Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK).
 - b) Sekunder: pembuktian, sejarah.
- **Lembar Rekam Medis yang dipilah:**
 - 1) Ringkasan masuk dan keluar
 - 2) Resume
 - 3) Lembar operasi
 - 4) Identifikasi bayi
 - 5) Lembar persetujuan
 - 6) Lembar kematian

7. Penugasan

- a. Isilah formulir berita acara pelaksanaan berdasarkan kasus di bawah ini
 - 1) Rumah sakit Mangkuyudan pada Rabu, 18 Mei 2022 melalui panitia pemusnahan rekam medis melaksanakan proses pemusnahan berkas rekam medis in aktif secara internal sebanyak 10.000 BRM dengan cara di bakar dengan *incinerator*, tempat pemusnahan RS Mangkuyudan, alamat Mangkuyudan.
 - 2) Rumah sakit Mangkuyudan pada Kamis, 19 Mei 2022 melalui pihak ketiga CV. Makmur Jaya akan melaksanakan proses pemusnahan berkas rekam medis in aktif secara eksternal sebanyak 100.000 BRM dengan cara di cacah, tempat pemusnahan CV. Makmur Jaya, alamat Sudirman.
- b. Sebutkan manfaat dari pelaksanaan retensi dalam rangka manajemen instalasi rekam medis.

Penilaian:

Dinilai secara kualitatif dengan *range* nilai dari 0 sampai 100.

8. Referensi

Guwandi, J. 2005. *Rahasia Medis*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.

Hatta, G.R. 2013. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI Press.

Kemenkes RI. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.

Permenkes RI Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis.

Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

9. Lembar Catatan Pembelajaran

Nama :

NIM :

Kelas :

No	Tanggal	Aktivitas	Catatan pengampuan	Tanda tangan pengampu
1				
2				

Nilai Akhir: _____

Pengampu,



**KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA**



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLTEKKES KEMENKES YOGYAKARTA**