

MODUL PRAKTIK

PENGELOLAAN SISTEM REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN

SISTEM PENGINDEKSAN



Oleh:

LILY WIDJAJA, SKM, MM.

PRODI REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN

FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS ESA UNGGUL

2016

KATA PENGANTAR

Dengan adanya perkembangan teknologi informasi, paradigma Sistem Rekam Medis jadi rekam kesehatan dan saat ini eranya Manajemen Informasi Kesehatan mengalami perubahan yang sangat signifikan. Namun demikian pelaksanaan Rekam Medis secara manual masih banyak digunakan, sehingga pembelajaran manual dan elektronik perlu diajari secara bersama-sama.

Oleh karena itu, perlu dipelajari sistem pengelolaan Rekam Medis baik secara manual maupun komputerisasi, mulai dari awal pada tempat pendaftaran hingga disimpan di rak/ tempat penjajaran berkas Rekam

Walaupun ada buku petunjuk teknis yang dibuat untuk rumah sakit , perlu dipelajari secara teoritis dan praktis mengenai sistem pengelolaan Rekam Medis yang diambil dari beberapa referensi buku Health Information Management dan pengalaman praktis di rumah sakit..

Sistem Rekam Medis meliputi pencatatan yang diawali saat kedatangan pasien di tempat pendaftaran dan berakhir sesudah pasien pulang/ keluar dari institusi pelayanan kesehatan.

Selama pasien masih aktif ke rumah sakit tersebut maka berkas Rekam Medis nya tetap disimpan dengan baik hingga dapat digunakan setiap waktu.

Oleh karena itu, perlu dipelajari sistem pengelolaan Rekam Medis mulai dari awal pada tempat pendaftaran hingga disimpan di rak/ tempat penjajaran berkas Rekam Medis. Juga pengelolaan Rekam Medis Inaktif baik pemindahan, penilaian , alih media dan pemusnahannya.

Untuk itu modul ini dibuat khusus untuk praktikum mata kuliah “Manajemen Informasi Kesehatan 2” pada awal semester 2 Program Studi D-III RMIK dan D-IV / S1 Manajemen Informasi Kesehatan, Universitas Esa Unggul. Dengan topik MODUL PRAKTEK PENGINDEKSAN

Jakarta ,5 Februari 2016

LILY WIDJAJA, SKM., MM.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iii
MODUL PRAKTIKUM SISTEM PENGINDEKSAN	
A Pendahuluan	1
B Kompetensi Dasar	1
C Kemampuan akhir yang diharapkan	1
D Kegiatan Belajar 1, Membuat Kartu Indeks	2
1. Uraian dan Contoh	
a. Jenis Indeks	2
b. Indeks Utama Pasien	2
c. Kartu Indeks Penyakit dan Tindakan.....	17
d. Indeks Dokter	18
e. Indeks Kematian	18
2. Latihan.....	19
3. Rangkuman.....	22
4. Tes Formatif.....	23
5. Umpan Balik.....	24
E Kunci Jawaban	25
F Daftar Pustaka	26
LAMPIRAN	
Kartu Indeks Penyakit	27
Kartu Indeks Tindakan.....	28
Kartu Indeks Dokter	29
Kartu Indeks Kematian	30



MODUL PRAKTIKUM SISTEM PENGINDEKSAN

A. Pendahuluan

Indeks merupakan pengolahan data yang telah dikumpulkan.

Pembuatan indeks adalah suatu keharusan di setiap pelayanan rumah sakit, klinik ataupun pusat pelayanan kesehatan primer.

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

B. Kompetensi Dasar

Mahasiswa memahami cara pengolahan data pasien yang lengkap dan akurat setelah mengumpulkan data identifikasi pasien, data morbiditas dan tindakan, mortalitas dan data dokter yang memberikan pelayanan.

C. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Mahasiswa dapat menjelaskan:

1. Cara mengolah data pasien dengan membuat indeks utama pasien
2. Cara mengolah data morbiditas/ penyakit pasien dengan membuat indeks penyakit
3. Cara mengolah data tindakan/ operasi dengan membuat indeks tindakan/ operasi
4. Cara mengolah data kematian pasien dengan membuat indeks kematian
5. Cara mengolah data tiap dokter dengan membuat indeks dokter

D. Kegiatan Belajar 1 Membuat Kartu Indeks

1 Uraian dan Contoh

a. Jenis Indeks

Kartu indeks yang umumnya dibuat di rumah sakit:

- Kartu Indeks Utama Pasien
- Kartu Indeks Penyakit
- Kartu Indeks Operasi/ tindakan
- Kartu Indeks Dokter
- Kartu Indeks Kematian

b. INDEKS UTAMA PASIEN (= IUP= PATIENT'S MASTER INDEX=PMI)

1) Definisi

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

2) Tujuan

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

3) Isi IUP

Informasi terkandung di dalam indeks bervariasi tergantung kepada kebutuhan rumah sakit atau kliniknya. Yang harus tertera di dalam Indeks Pasien hanya informasi yang mengarah ke identitas khusus untuk panduan mencari lokasi rekam medis pasien terkait.

Untuk menjaga kerahasiaan informasi pribadi, maka penyertaan sebutan diagnoses di kartu IUP harus dihindari.

Informasi yang harus ada:

- a) Nama lengkap (nama keluarga dan nama diri) garis bawah nama keluarga.
- b) Alamat lengkap
- c) Nomor Rekam Medis = nomor yang sesuai dengan nomor yang digunakan untuk menjejat rekam medisnya.
- d) Tanggal lahir (hari, bulan dan tahun) usia (bila pasien memiliki nama sama maka tanggal lahir bisa menjadi informasi tambahan untuk identifikasi nomor pasien dan untuk mencari berkasnya)
- e) Informasi identifikasi lain yang dapat membantu menentukan identitas pasien adalah nama yang dapat mewakili pasien secara hukum/ nama diri ibu, surat jaminan sosial lain.

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

- f) Tanggal masuk dan keluar rawat

g) Hasil (hidup atau meninggal)

h) Nama dokter yang merawat.

Indeks pasien ini secara manual dibuat dalam bentuk kartu yang disebut Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP). Bila telah dibuat indeks pasien dengan media komputer, maka lebih memudahkan penggunaannya dan tidak dibuat lagi kartu secara manual.

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

<u>KARTU INDEKS UTAMA PASIEN</u>		
PATIENT MASTER INDEX CARD		
MUNTHE Hasan Jl. Pinang No. 18 Rawamangun, 13220 KTP: NO. 13786239 Kunjungan ke 1: 18-03-2001 R.Inap ke 1 _____	Tanggal Lahir: 17-3-59 Kelamin: Laki Wiraswasta S1	10-26-42 Usia: 40
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

4) Alur IUP

Prosedur KIUP pasien rawat inap secara manual sebagai berikut:

- a) Petugas pendaftaran mengirim tembusan slip pendaftaran semua pasien masuk rawat ke Unit rekam medis secara harian. Tembusan yang dikirim adalah lembar tembusan pertama dari format lembar pertama rekam medis.
- b) Pengecekan dilaksanakan untuk menelusuri apa ada pasien yang sudah pernah dirawat, bila ada, maka harus sudah memiliki kartu indeks. Kartu indeks lama dicabut untuk dilengkapi dengan tambahan data yang baru. Perlu dicek, untuk kemungkinan bila ada perubahan nama, alamat dll.

- c) Bila pasien belum memiliki kartu indeks maka diterbitkan kartu baru untuk pasien baru
- d) Di beberapa rumah sakit kartu indeks disimpan di file terpisah yang disebut in-house file, dan di kotak file ini kartu diletakkan sampai pasien pulang.

Pada saat pasien pulang, KIUP diambil dari in-house box dan dibubuhi tanggal keluar. **Bila pasien meninggal** tanggal ditulis dengan tinta warna merah. Bila rumah sakit tidak menyediakan in-house box, kartu-kartu difile langsung setelah diisi. Di banyak rumah sakit menyediakan petugas pengecek khusus untuk memastikan tidak ada kesalahan penulisan atau pengisian dsb.

5) Pelaksanaan IUP

Buku khusus atau kartu indeks dapat digunakan untuk mendaftarkan nama pasien. Penerapan kartu indeks (KIUP) adalah yang paling banyak diminati.

Bila buku yang digunakan harus dipisahkan antara seksi-seksi berdasarkan alfabet Nama pasien didaftar kronologis urut alfabet atas dasar huruf pertama nama keluarga (nama pertama) pasien sesuai tanggal pendaftaran. Metode ini bisa diterapkan untuk pelayanan di rumah sakit kecil yang jumlah pasiennya sedikit. Di rumah sakit besar yang pasiennya banyak

metode tersebut akan memberi kesulitan dalam pengambilan kembali (retrieval) nya, apalagi bila pengurutan alfabetnya tidak dipatuhi petugas. Oleh karenanya metode ini tidak direkomendasi untuk pengembangan pengorganisasian IUP.

Metode yang paling efisien dan paling populer adalah menata KIUP dalam urut alfabetis di dalam file vertikal dengan masing pasien memiliki satu kartu tersendiri. Metode ini memudahkan pencarian dan pengambil kembali (retrieval) masing kartu pasien yang tersimpan.

Ada rumah sakit yang menyimpan kartu tersebut sesuai kurun waktu tahunan. Ini bukan metode yang baik karena tidak semua pasien mampu mengingat tanggal/tahun berobat/pemeriksaan yang terdahulu, pencarian kembali kartu akan memakan waktu lebih lama.

6) Metoda Penjajaran (Methodes of Filing) KIUP

a) Alfabetis

Kartu KIUP ditata dalam jajaran seperti lazimnya urut kata di dalam kamus, huruf abjad diurut berdasarkan nama keluarga (marga, nama pertama), yang diikuti oleh nama diri pasien, kemudian diikuti nama tengah (bila punya) atau singkatan (insial)

Bila ada pasien dengan nama keluarga sama kartu disusun urut abjad nama diri pasien. Bila nama diri juga sama,

kartu diurut menurut abjad nama tengah atau inisialnya.

Bila seluruh bagian nama sama, maka kartu diurut menurut tanggal lahir, usia yang lebih tua ditaruh mendahului usia yang lebih muda.

Bila nama keluarga dan nama diri ditulis dengan inisial, maka terapkan "Rule" "file nothing before something".

Sebagai contoh: M. Hasan akan ditaruh sebelum/mendahului letak Mohamad Hasan.

Nama majemuk atau disertai garis hyphen (-), maka nama difile huruf demi huruf, sebagai satu kata; contoh: Ai-Min akan difile A-I-M-I-N.

b) Phonetic (fonetik)

Pada sistem penjajaran atas dasar fonetic, kartu KIUP ditata di dalam jajaran atas dasar huruf pertama dari nama keluarga, yang diikuti oleh lafal bukan oleh ejaan.

Dengan demikian, nama keluarga dengan lafal sama walau ejaan berbeda disatukan dalam jajaran sama. Sebagai contoh:

SMITH P. LEA S.

SMYTH P. LEE S.

SMYTHE P. LEIGH S.

c) **SISTEM FONETIK “ SOUNDEX”** (SOUNDEX Phonetic System)

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

Huruf kunci	Nomor Kode	Ekuivalens
(setara)		

b	1	p,f,v
c	2	s,k,g,j,q,x,z
d	3	t
l	4	nihil
m	5	n
f	6	nihil

“Rule” untuk Soundex Filing adalah:

- * Huruf pertama dari nama keluarga tidak diberi kode, namun difungsikan sebagai PREFIX dari nomor kode tiga-digit.

Sebagai contoh, untuk mengfile nama Wong

W	=	prefix, tidak dikode
O	=	huruf hidup, tidak dikode
N	=	5 (huruf kunci)
G	=	2 (ekuivalen dengan c)

* Bila suatu nama keluarga terdiri dari huruf di luar tiga huruf yang terkode (w,h,y) , maka tambah angka nol (0) di belakang huruf yang dimaksud sampai menjadi 3 digits. Di contoh di atas nama Wong menjadi W520.

* Bila suatu nama keluarga terdiri lebih dari tiga huruf yang terkode, yang dikode hanya 3 huruf yang di depan agar sesuai dengan kode 3-digits, huruf-2 sisa diabaikan saja. H513 adalah kode untuk sebutan nama keluarga Hampton

Hampton = H-513
H - 513--

* Ejaan nama yang tidak memiliki huruf yang dapat diberi kode diberi nomor kode 0. Sebagai contoh: Liu

Liu = L-000
L - -

* Ejaan nama dengan 2 huruf kunci runtun yang setara seperti pada ejaan "Dinwiddie" maka diberi kode sebagai satu huruf: Sebagai contoh:

Dinwiddie = D-530
D - 5 - - `3 - -

* Bila huruf kunci berserta huruf yang setara muncul bersamaan pada nama keluarga, maka dikode sebagai juga satu huruf. Huruf runtun setara dikode sebagai satu huruf.

Contoh:

C a m p b e l l = C-514

C - 5 - 1 - 4 -

* Bila huruf yang mengikuti huruf pertama pada nama keluarga adalah huruf setara, huruf kedua jangan diberi kode. Sebagai contoh: huruf kedua "c" pada ejaan Schultz, maka c tersebut tidak dikode

S c h u l t z = S-432

S - - - 4 3 2

* Bila huruf hidup a, e, i, o, u atau y dipisahkan oleh kata kunci yang sama, atau kata kunci yang setara maka masing huruf tersebut dikode. Namun, bila dipisah oleh huruf "h" atau "w" maka pisahkan kata kuncinya atau satu kata kunci beserta kata setaranya, dan yang dikode hanya kata kuncinya. Sebagai contoh:

T s u k u n o = T-225

H e a t h d a l e

= H-340

T 2 - 2 - 5 -

H - - 3 - -

- 4 -

Sistem "Soundex", tidak digunakan pada sistem IUP manual, namun sering digunakan pada sistem komputer.

7) Penjajaran alfabetik vs Fonetik (Alphabetical Filing vs Phonetic Filing)

- a) Sistem penjajaran alfabetis menggunakan 26 huruf abjad, pada sistem fonetik hanya menggunakan 6 nomor kode
- b) Nama dengan lafal yang mirip ejaanya berbeda digolongkan ke dalam “phonetic patient index”, dan tidak di jajar berdasarkan urut huruf seperti pada sistem alfabetis
- c) Dengan cara pengelompokan tersebut mengurangi kemungkinan kehilangan kartu indeks karena nama yang salah eja, dengan demikian nama yang penulisannya salah eja masih mudah dapat ditemukan.

8) Peraturan Umum Penjajaran KIUP (General Filing Rules for Patients' Master Index)

- a) Peraturan untuk mengfile kartu KIUP harus rinci. Bila Anda tidak menemukan kartu IUP pasien, maka Anda akan sulit untuk mencari rekam medis pasien lama. Peraturan filing harus diletakkan di lokasi dekat indeks pasien agar mudah bila perlu merujuk.
- b) Yang boleh memanfaatkan KIUP dan mengfile kartu hanya petugas yang diberi wewenang. Petugas baru harus terlebih

dahulu mengikuti orientasi tentang prosedur pengfile, dan difollow up ketepatan kerjanya secara rutin.

c) KIUP adalah file berkesinambungan dan tidak dipisahkan atas dasar tahunan.

d) KIUP tidak boleh dicabut dari lokasinya, bila perlu diambil maka di lokasinya diberi kartu tanda pengganti (beda warna atau cara lain) Sehingga memudahkan pengembalian bagi yang dicabut.

e) Terkadang untuk meng-audit indeks pasien, dapat disarankan dengan cara memonitor akurasi penjajaran, yakni dilaksanakan dengan cara menyisipkan kartu berbeda warna dengan ukuran lebih tinggi diletakkan di belakang kartu yang baru dijajar. Kemudian petugas lain mengaudit atau mengecek apakah peletakkan urutan kartu yang baru masuk file sudah sesuai

f) Catatan: Untuk itu harus menyediakan kartu ukuran besar sebanyak jumlah lebih dari jumlah rata-rata pasien sehari!

g) Pasien yang mengganti nama setelah pendaftaran pertama perlu dibuatkan kartu indeks baru. Kartu indeks baru ini harus bisa untuk merujuk silang ke kartu yang lama dan

sebaliknya. Semua informasi yang terkandung di kartu lama hendaknya dipindah ke kartu yang baru.

Catatan: kartu lama tidak di buang!

h) Untuk memastikan bahwa setiap pasien memiliki kartu indeks, harus dilaksanakan prosedur sebagai berikut:

- * Pada setiap registrasi pastikan bahwa pasien sudah atau belum memiliki kartu indeks, bila sudah pasti sudah memiliki rekam medis, maka selalu bisa dilacak. Bila belum punya atau kartu indeksnya tidak ditemukan harus dibuat kan nomor kartu baru, dan pasien diregistrasi.

- * Pada setiap registrasi dibuatkan kopi tembusannya
- * Kopi tembusan dikirim ke unit rekam medis secara harian, dan dicek kembali kartu KIUP nya, untuk memastikan bahwa pasien belum memiliki kartu lama.

- * Petugas mengetik setiap kartu indeks pasien baru. Penulisan dengan cara ketik lebih memenuhi persyaratan daripada tulisan tangan.

- * Kartu disimpan dengan cara urut alfabetik sesuai aturan penjajaran KIUP, atau cara fonetik, di dalam laci yang disediakan.

- * Bila rekam medis pasien kembali ke kantor rekam medis maka kartu indeks dicek untuk memastikan bahwa telah

diketik dan tidak ada kesalahan tulis maupun penjarannya.

9) Logistik dan Peralatan (Supplies and Equipment)

Kartu Indeks, Kartu Indeks Pemandu dan peralatan penjaran (Filing Equipment) adalah alat-alat dan logistik yang diperlukan untuk KIUP.

a) **Kartu indeks:** ukuran umum adalah 3 x 5 inci (atau 7.5 x 12.5 cm), ukuran bisa berubah bergantung kepada kandungan informasi yang harus ada.

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

b) **Kartu Indeks Pemandu (Index Guides):** Indeks pemandu bagi sistem penjaran indeks pasien alfabetis atau fonetik sama-sama memfasilitasi lokasi file secara individual bagi masing-masing kartu indeks pasien. Ukuran kartu pemandu lebih besar dari kartu pasien sehingga ada bagian yang mencuat yang memuat initial nama keluarga ini untuk memberi petunjuk lokasi kartu indeks yang dimaksud. Pada indeks pemandu fonetik, memerlukan tambahan nomor kode di samping inisial nama keluarga. Besar dan aktivitas indeks akan menentukan jumlah kartu pemandu yang diperlukan bagi setiap kelompok

nama (nomor kode), umumnya sebanyak 20 kartu indeks yang dijajar di belakang masing-masing pemandu

c) Peralatan penjajaran (Filing Equipment): Laci penyimpanan dengan ukuran yang tepat. Biasanya menggunakan laci letak vertikal susun 8 dalam 3 baris. Bila kartu sudah melebihi 500.000 bisa memanfaatkan tempat penyimpanan yang dijalankan dengan listrik, dengan cara menekan tombol yang dimaksud mesin akan berhenti pada lokasi kelompok nomor kode (nama keluarga) yang dituju.

10) UKURAN KIUP

Ukuran standar 12.5 cm X 7.5 cm

Bagi rumah sakit yang sangat banyak pasien rawat jalannya maka digunakan kartu dengan ukuran 4.25 cm X 7.5 cm

Saat ini kartu indeks pasien dapat disimpan dalam komputer. Secara otomatis komputer bisa menampilkan nama/nomor indeks individual pasien. Bila pasien sudah pernah dirawat, maka tambahan informasi dapat secara otomatis masuk ke file pasien terkait.

c. **KARTU INDEKS PENYAKIT DAN OPERASI**

Kartu katalog yang berisi kode penyakit dan kode operasi dari pasien yang berobat ke institusi pelayanan kesehatan.

Isi:

Nomor Kode Penyakit/ Operasi

Judul, Bulan, Tahun

Nomor R M

Kelompok Umur

Untuk indeks penyakit ditambah diagnosa lain, nama dokter, hari perawatan, keadaan keluar: meninggal/ keluar (sembuh, cacat)

Untuk indeks operasi ditambah; dokter bedah, dokter anestesi, hari pre op, postop, keadaan keluar: meninggal/ keluar (sembuh, cacat)

1). Penyimpanan Kartu Indeks Penyakit dan Operasi

Kartu disimpan dalam laci menurut urutan nomor diagnosa/ operasi

Kegunaan:

Mengambil R M guna keperluan manajemen/ penelitian/ pendidikan sbb:

a) Mempelajari kasus – kasus terdahulu dari satu jenis penyakit

- b) Menguji teori-teori , membandingkan data tentang penyakit/ pengobatan dalam rangka membuat tulisan ilmiah
- c) Mengumpulkan data penggunaan fasilitas RS u/ menyusun keperluan alat-alat baru, tt, dll
- d) Menilai kualitas pelayanan yang diberikan RS
- e) Mengumpulkan data pelayanan yang diperlukan dalam survey kemampuan RS
- f) Menemukan R M pasien yang diingat dokter hanya diagnosa/ operasinya sedangkan nama/ no. R M nya lupa.
- g) Menyediakan materi pendidikan untuk mahasiswa kedokteran, perawat, dll.

d. INDEKS DOKTER

Kartu katalog yang berisi nama dokter yang memberikan pelayanan medis kepada pasien di RS. Berguna untuk menilai pekerjaan dokter.

e. INDEKS KEMATIAN

Isi yang tetap:

Nama pasien

No. R M

Jenis Kelamin

Umur

Kematian; < 48 jam, > 48 jam, < 1 jam postop

Dokter yang merawat

Hari perawatan

Alamat

Berguna untuk statistik menilai mutu pelayanan dasar dan menambah/ meningkatkan peralatan/ tenaga.

Disimpan menurut nomor indeks kematian

2 Latihan

- a. Apa tujuan KIUP (IUP)?
- b. Buatlah KIUP atas nama anda sendiri!
- c. Bagaimana cara mempersiapkan KIUP?
- d. Bagaimana cara mengkoleksi datanya?
- e. Peralatan apa saja yang diperlukan untuk KIUP?
- f. Buatlah KIUP atas nama anda sendiri!
- g. Apa guna membuat Indeks Penyakit dan operasi?
- h. Buatlah soal di bawah ini dengan menggunakan kartu indeks penyakit

Soal Indeks Penyakit di RS TUGU 17 FEBRUARI 2015

- 1 Bayu Pramono, laki-laki 45 thun, ke klinik P.dalam 17 Feb 2015 menderita sakit perut, D/ Appendicitis, Dr. Otong Sumarno, Sp.PD., Jaktim, Saran Konsultasi ke Dr Bedah u. ditindaklanjuti. 19 Feb 2015 ke klinik bedah dan langsung dirawat 19/2-22/2 operasi tanggal 20/2 pk 14.00 oleh dr. Ibrahim Chandra, Sp.B. di rg bedah kelas3, pasien pulang sembuh
- 2 Sri Mulyati, perempuan, 70 tahun ke klinik bedah, colic abdomen sejak pagi tidak berhenti, telah Dokter di puskesmas tidak ada perbaikan. Di

klirik bedah dengan Dokter Atika Setianingsih Sp.B, menyarankan u. dioperasi karena menderita appendicitis acute. Jak utara. Rawat 17/2-20/2 -2015 operasi tanggal 18/2 pk 7.00 di rg bedah kelas 1, pasien pulang sembuh

3 Chairul Anwar 28th. kiriman dari dokter praktek di daerah T.Priok. ke RS Tugu didiagnosa appendicitis untuk ditindak lanjuti oleh dr.bedah ; dr. Ibrahim Chandra, Sp.B. Setelah diperiksa dianjurkan masuk rawat u.persiapan operasi. Masuk 17/2-21/2 operasi tanggal 18/2 pk 13.00 di rg bedah kelas3, pasien pulang sembuh. Tinggal di Jakarta Utara

4 Abdullah Zakir, 12 tahun sejak malam sakit perut. Ke UGD dari RS Tugu dengan Dr. Mulyadi Santoso, ternyata appendicitis. Orang tua nya tidak bersedia anaknya dioperasi, sesudah diobati langsung pulang. Tinggal di Jaktim.. Seminggu kemudian kembali ke UGD dengan keluhan yang sama dan mau dilakukan operasi dirawat oleh dr. Dr. Surya Suherman Sp.B. tanggal 27/2-4/3 operasi tanggal 28/2 pk 7.00 di rg bedah kelas3, pasien pulang sembuh

5 Triningsih Zulkarnain, 43tahun perempuan, 17 feb 2015 ke dokter bedah kiriman dari dokter praktek karena diperkirakan menderita sakit appendicitis. Hasil pemeriksaan lebih lanjut oleh Dokter Atika Setianingsih Sp.B, maka dianjurkan untuk operasi dijadwalkan besok pagi pk 7.00 tanggal rawat 17/2-25/2 di rg bedah VIP, pasien pulang sembuh.Pasien tinggal di Bekasi Barat

6 Probo Sukardi, 25 tahun, laki-laki ke dr. Ibrahim Chandra, Sp.B. 17 feb 2015, sakit perut, dan demam sangat menderita kesakitan, dianjurkan dirawat karena menderita appendicitis. Pasien tinggal di Bogor. 17/2-25/2, operasi tanggal 18/2 pk 7.00 di rg bedah kelas3, pasien pulang sembuh

7 Septi Purwaningrum, 56 tahun perempuan, ke UGD dengan keluhan colic abdomen sejak 4 jam yll, dokter UGD merujuk ke Dr Bedah yang datang saat itu Dr. Surya Suherman Sp.B. maka dokter ini melakukan pemeriksaan lanjutan dan di diagnosa menderita peny. Appendicitis. Pasien tinggal di Bintaro, Tangerang. 17/2-22/2, operasi tanggal 18/2 pk 800 di rg bedah kelas2 pasien pulang sembuh

8.8.Ferri Yanti, 34 tahun, perawat RS, saat dinas malam menderita sakit perut, oleh dr. UGD Dr. Santarwan diperiksa dan dinyatakan menderita appendicitis, langsung dirawat. Pasien tinggal di asrama perawat RS . Jakarta Utara Rawat 17/2-20/2 operasi oleh Dr. Surya Suherman Sp.B tanggal 18/2 pk 9.00 di rg bedah kelas2, pasien pulang sembuh

9 Gerry Widjaja , 76 tahun , sakit perut dikirim oleh puskesmas ke klinik bedah. Dr Surya Suherman Sp.B. disarankan unuk langsung dirawat dalam persiapan untuk operasi appendectomy, Pasien ini juga menderita penyakit hipertensi.Tinggal di Jakarta Barat. Rawat 17/2-21/2, operasi tanggal 17/2 pk 17.00 di rg bedah kelas3, pasien pulang sembuh

10 Johnny Nababan, 37 tahun, langsung ke klinik bedah 17/2 ke Dr. Surya Suherman Sp.B. menderita appendicitis tetapi belum bersedia untuk dioperasi. Pasien pulang. Tinggal di Jakarta timur. Kemudian kembali karena kesakitan terus dan langsung dirawat 19/2-24/2 operasi tanggal 19/2 pk 13.00 di rg bedah kelas3, pasien pulang sembuh

3 Rangkuman

- a. KIUP (IUP) adalah daftar PERMANEN yang memuat seluruh pasien yang pernah berobat atau terlayani di fasilitas kesehatan terkait.
- b. IUP harus disiapkan secepat mungkin registrasi pasien baru terlaksana, dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap.
- c. IUP adalah kunci pencari rekam medis, maka harus dfile secara benar, tepat waktu secara alfabetik ataupun foetik.
- d. Tipe peralatan yang diperlukan tergantung tipe dan volume kartu yang digunakan. Umumnya adalah ukuran 3x5 inci (7.5 x 12.5 cm).
- e. Tanpa memperhatikan besar ukuran kartu, yang penting minimum isi yang terkandung INFORMASI IDENTITAS yang mampu digunakan sebagai pelacak lokasi rekam medis pasien.
- f. KIUP harus dijajar segera dengan tepat dan hanya diangkat bila ada data yang harus dimutakhirkan. Untuk membantu mencarinya gunakan kartu pelacak pada setiap saat diperlukan.

- g. Bila komputerisasi akan dilaksanakan, maka IUP diprioritaskan paling dini bila kapasitas penyimpanan data komputer memenuhi kebutuhan. Data IUP disimpan dalam bank memori dan sewaktu pasien mendaftar, petugas perlu melacak untuk mengecek nomor RM, nama pasien atau melalui tanggal lahir pasien dalam IUP dengan dipanggil kembali untuk ditampilkan pada monitor komputer.
- h. Indeks lain yang penting adalah Indeks Penyakit dan Operasi.
- i. Indeks lain indeks dokter dan kematian

4 Tes Formatif

1. Ukuran Standar Kartu indeks Utama Pasien :

- a. 7.5 x 10.5 cm
- b. 12 x 7 cm
- c. 7.5 x 12 cm
- d. 12.5 x 7.5 cm
- e. 7.5 x 11.5 cm

2. Kartu Indeks disusun secara:

- a. Straight numerical
- b. Terminal digit
- c. Middle digit
- d. Alphabetic
- e. Penomoran

3. Kegunaan dari Indeks Utama Pasien untuk:

- a. Menilai kualitas pelayanan yang diberikan
- b. Menemukan berkas Rekam Medis penderita
- c. Mengetahui kegiatan rumah sakit
- d. Menilai pekerjaan dokter
- e. Mengetahui jumlah pasien rawat jalan

4. Kegunaan dari Indeks Operasi untuk:

- a. Menilai kualitas pelayanan yang diberikan

- b. Menemukan berkas Rekam Medis penderita pasien rawat jalan
- c. Mengetahui kegiatan rumah sakit
- d. Menilai pekerjaan dokter umum
- e. Mengetahui jumlah pasien rawat jalan

5 Umpan Balik dan Tindak Lanjut

Cocokkan jawaban di atas dengan kunci jawaban tes formatif 1 yang ada di bagian akhir modul ini. Ukurlah tingkat penguasaan materi kegiatan belajar 1 dengan rumus sebagai berikut :

$$\text{Tingkat penguasaan} = (\text{Jumlah jawaban benar} : 6) \times 100 \%$$

Arti tingkat penguasaan yang diperoleh adalah :

Baik sekali	=	90 – 100 %
Baik	=	80 – 89 %
Cukup	=	70 – 79 %
Kurang	=	0 – 69 %

Bila tingkat penguasaan mencapai 80 % ke atas, silahkan melanjutkan ke Modul 3. **Bagus!**. Namun bila tingkat penguasaan masih di bawah 80 % harus mengulangi Kegiatan Belajar 1 terutama pada bagian yang belum dikuasai

6 Kunci Jawaban

a. Tes formatif 1

1. D

Universitas
Esa Unggul

2. D

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

3. B

4. A

Universitas
Esa Unggul

DAFTAR KEPUSTAKAAN

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

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

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

International Federation of Health Information Management Associations,, *Education Module for Health Record Practice , Module 2 - Patient Identification, Registration and the Master Patient Index*, (IFHIMA, 2012)

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

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

KARTU INDEKS PENYAKIT



KARTU INDEKS TINDAKAN/ OPERASI



.KARTU INDEKS DOKTER



KARTU INDEKS KEMATIAN

