# MODUL – 02SISTEM DOKUMENTASI REKAM MEDIS

Sistem dokumentasi rekam medis yaitu tata-cara pengumpulan data rekam medis, penyimpanan DRM, pengolahan data rekam medis dan penyampaian laporan informasi hasil pelayanan pasien untuk digunakan berbagai keperluan pelayanan klinis, kesehatan masyarakat dan manajemen. Pada sistem ini akan dibahas Sistem penamaan dalam pelayanan rekam medis; Sistem pengindeksan dalam pelayanan rekam medis; Sistem penomoran dalam pelayanan rekam medis; Sistem penyimpanan dan penjajaran dokumen dalam pelayanan rekam medis dan Sistem retensi dan pemusnahan dalam pelayanan rekam medis.

## Sistem penamaan dalam dokumentasi rekam medis.

Nama dalam arti bahasa yaitu kata yang digunakan untuk menyebut dan memanggil orang, barang, binatang; dapat pula berarti gelar, sebutan, kemasyhuran, kehormatan. Sistem penamaan dalam pelayanan rekam medis adalah tata-cara penulisan nama seseorang yang bertujuan untuk membedakan satu pasien dengan pasien lain dan untuk memudahkan dalam pengindeksan Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP). Penulisan nama dan nomor rekam medis dilakukan pada setiap lembar formulir rekam medis. Hal ini dimaksudkan bila salah satu formulir rekam medis tercecer, maka akan dengan mudah dikembalikan pada foldernya.

Nama seseorang merupakan identitas pribadi yang diberikan oleh orang tuanya pada saat ia lahir dan akan dimiliki sampai setelah ia meninggal dunia. Sistem pemberian nama seseorang di suatu bangsa atau suku atau marga mempunyai cara dan ciri masing-masing, sehinga dengan nama itu seseorang dapat dipanggil dan dapat membedakan satu dengan lainnya. Oleh sebab itu penulisan nama pasien di setiap formulir rekam medis sangat penting artinya agar tidak terjadi kesalahan dalam pelayanan karena DRM yang telah terisi data rekam medis pasien yang bersangkutan keliru dengan DRM milik pasien lain. Tertukarnya bayi misalnya, dapat terjadi karena pencatuman nama ibunya yang salah pada saat yang sama ada dua atau lebih ibu melahirkan.

Nama orang dibedakan menjadi : (a) nama orang Indonesia; (b) nama orang Cina, Korea, Vietnam dan sejenisnya; (c) nama orang India, Jepang, Muangthai dan sejenisnya; (d) nama orang Arab, Persia, Turki dan sejenisnya; (e) nama orang Eropa, Amerika dan sejenisnya.

Penulisan nama ke dalam formulir RM harus memenuhi persyaratan penulisan untuk diindeks dan memenuhi kelengkapan nama seseorang. Berikut ini cara menulis dan mengindeks nama pada formulir rekam medis.

### Menulis nama orang Indonesia.

#### Nama Tunggal.

Nama orang dapat terdiri dari satu kata, dua kata atau lebih. Nama orang yang hanya terdiri dari satu kata, diindeks sebagaimana nama itu disebut.

Contoh :

|  |  |
| --- | --- |
| Nama | Diindeks & ditulis |
| Sumarto | Sumarto |
| Suryadi | Suryadi |
| Raharjo | Raharjo |
| Mintoro go | Mintorogo |

#### Nama Majemuk.

Nama orang Indonesia yang majemuk dan oleh si pemilik nama itu ditulis menjadi satu, diindeks sebagaimana nama itu ditulis.

Contoh :

|  |  |
| --- | --- |
| Nama | Diindeks & ditulis |
| Amir Hamzah | Amir Hamzah |
| Guna Jaya | Guna Jaya |
| Dwipa Yana | Dwipa Yana |

#### Nama Keluarga.

Nama orang Indonesia yang mempergunakan nama keluarga, yang diutamakan nama keluarganya.

Contoh :

|  |  |
| --- | --- |
| Nama | Diindeks & ditulis |
| Danan Hadisubroto | Hadisubroto Danan |
| Anton Wiryosukartoi | Wiryosukarto Anton |
| Sumantri Brojonegoro | Brojonegoro Sumantri |
| Basuki Mangunwijoyo | Mangunwijoyo Basuki |
| Masruri Joyokusumo | Joyokusumo Masruri |

#### Bukan Nama Keluarga.

Di Indonesia nama keluarga belum dikenal secara luas. Banyak nama orang Indonesia yang terdiri lebih dari satu atau dua kata, akan tetapi nama itu adalah nama sebenarnya, bukan nama keluarga. Hal ini akan membingungkan petugas. Untuk menghindari hal tersebut, maka untuk nama orang Indonesia yang terdiri lebih dari satu atau dua kata, kata terakhir dijadikan kata tangkap utama, atau dianggap sebagai nama keluarga.

Contoh :

|  |  |
| --- | --- |
| Nama | Diindeks & ditulis |
| Bagus Basudewo | Basudewo Bagus |
| Memet Anton Witular | Witular Memet Anton |
| Agus Mulyono | Mulyono Agus |
| Didi Sukardi | Sukardi Didi |
| Tinton Suprapto | SupraptoTinton |
| Gunawan Bimo Susetyo | Susetyo Gunawan Bimo |

#### Nama Marga, Suku, Clan.

ama orang Indonesia yang mepergunakan nama marga, suku dan clan, yang diutamakan nama marga, suku, dan nama clan (kaum).

Contoh :

|  |  |
| --- | --- |
| Nama | Diindeks & ditulis |
| Walfaret Limbong | Limbong Walfaret |
| Abdul Muslim Harahap | Harahap Abdul Muslim |
| Dede Marga Simatupang | Simatupang Dede Marga |
| Abdul Haris Nasution | Nasution Abdul Haris |
| Arnold Mononutu | Mononutu Arnold |
| Cornel Simanjuntak | Simanjuntak Cornel |
| Leo Watimena | Watimena Leo |
| Armyn Pane | Pane Armyn |
| Bob Tutupoli | Tutupoli Bob |
| Anwar Siregar | Siregar Anwar |

#### Nama Wanita yang mempergunakan nama laki-Laki.

Banyak wanita Indonesia yang mempergunakan nama laki-laki. Nama laki-laki itu mungkin nama ayahnya, nama suaminya, atau mungkin namanya sendiri (bukan nama ayah dan suami). Tanpa memperhatikan apakah nama laki-laki yang dipergunakan itu nama suaminya, nama ayahnya atau namanya sendiri, bagi wanita Indonesia yang mempergunakan nama laki-laki diindeks & ditulis nama laki-laki dijadikan kata tangkap utama dalam mengindeks.

Contoh :

|  |  |
| --- | --- |
| Nama | Diindeks & ditulis |
| Neno Warisman | Warisman Neno |
| Erni Johan | Johan Erni |
| Heni Purwonegoro | Purwonegoro heni |
| Sumanti Suprapto | Suprapto Sumanti  |
| Kartini Kartono | Kartono Kartini |
| Mimien Raharjo | Raharjo Mimien |

#### Nama Permandian.

Orang-orang Kristen biasanya menggunakan nama permandian atau nama baptis. Bagi orang Indonesia yang mempergunakan nama permandian atau nama baptis, maka nama tersebut diindeks & ditulis menurut nama terakhir.

Contoh :

|  |  |
| --- | --- |
| Nama | Diindeks & ditulis |
| Florensius Suhardi | Suhardi Florensius |
| Franciscus Xaverius Muntoro | Muntoro Franciscus Xaverius |
| Ignatius Hadi Sukarto | Sukarto Hadi Ignatius |
| Francisca Sundari Suwandi | Suwandi Sundari Francisca |
| Paulina Suwarsih | Suwarsih Paulina |
| Bartolomeus Marwan Suganda | Suganda Marwan Bartolomeus |

#### Nama Gelar.

Gelar dapat dibedakan menjadi :

Gelar Kesarjanaan, misalnya

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| B.Sc. | = Bachelor of Science. | Prof. | = Profesor. |
| B.A | = Bachelor of Art. | Ir | = Insinyur. |
| B.St | = Bachelor of Statistic | M.P.H. | = Master of Public Health. |
| Drs. | = Doktorandus. | M.Sc | = Master of Science. |
| Dra | = Dokoranda. | M.D | = Dokter of Medicine. |
| S.H. | = Sarjana Hukum. | DR | = Doktor |
| Dr | = Dokter. | Ph. D | = Doctor of Philosophy. |

Gelar Kepangkatan, misalnya :

|  |  |
| --- | --- |
| Mayor | Direktur |
| Letnan Kolonel | Direktur Utama |
| Kolonel | Direktur Jendral |
| Mayor Jendral | Gubernur |
| Letnan Jendral | Bupati |
| Jendral | Manager |

Gelar Keagamaan, misalnya :

|  |  |
| --- | --- |
| Pendeta | Haji |
| Pastur/Romo | Kyai Haji |
| Monsinyur | Biksu |

Gelar Kebangsawanan, misalnya:

|  |  |
| --- | --- |
| R = Raden | Kanjeng |
| R.M = Raden Mas | Pangeran |
| R.A = Raden Ajeng | Tubagus |
| B.R = Bendoro Raden | Andi |
| B.R.A = Bendoro Raden Ayu/Ajeng | Daeng |
| B.R.M = Bendoro Raden Mas | Teuku |
| K.G.P.H = Kanjeng Gusti Pangeran Hario. | Lord |
| Sultan | SirGelar Adat, misalnya : |
| Ratu | Sutan |
| Gusti | Datuk |

Gelar Kekeluargaan, misalnya :

Tn. = Tuan

Nn = Nona

Ny = Nyonya

Nama-nama yang diikuti dengan gelar-gelar seperti di atas dalam menulis gelar-gelar tersebut ditempatkan dibelakang tanda kurung.

Contoh :

|  |  |
| --- | --- |
| **Nama** | **Diindeks & ditulis** |
| R.R. Murbandini | Murbandini (R.R) |
| R.M. Sahid | Sahid (R.M) |
| K.G.P.H Jatikusuma | Jatikusuma (K.G.P.H) |
| Drs. Ir. Ginanjar Kartasasmita | Kartasasmita, Ginanjar (Drs. Ir) |
| Dra. Pratiwi Kusuma | Kusuma Pratiwi (Dra) |
| Prof. Dr. Emil Kurdiatmoko | Kurdiatmoko Emil (Prof. Dr) |
| Dra. Florensia Nunik Wilopo | Wilopo Nunik Florensia (Dra) |
| K.G.P.H Mangkubumi S.H | Mangkubumi (K.G.P.H., S.H) |
| Drs. Andi Lala | Lala (Andi, Drs) |
| Daeng Lalo | Lalo (Daeng) |
| Haji Abubakar Abdulkadir | Abdulkadir Abubakar (Haji) |
| Sir Stanford Raffles | Raffles Starford (Sir) |
| Syamsudin Sutan Bendaharo | Syamsudin (Sutan Bendaharo) |
| Rusli Datuk Temenggung | Rusli (Datuk temenggung) |
| Gubernur Ismail | Ismail (Gubernur) |
| Bupati Pairin Marwoco | Marwoco Pairin (Bupati) |
| Letjen Jatikusumo | Jatikusumo (Letjen) |
| Mayor Rusman Romali | Romali Rusman (Mayor) |
| Ny. Sulastri Sukendar | Sukendar Sulastri (Ny) |
| Nn. Sumantini S.H | Sumantini (Nn. S.H) |

Ada yang berpendapat bahwa gelar keagamaan (Haji, Pastur), gelar kebangsawanan (K.G.P.H, Andi), dan gelar adat (Datuk, Sutan) merupakan bagian dari nama, sehingga nama yang diikuti dengan gelar-gelar tersebut diindeks dan ditulis seperti halnya mengindeks nama permandian. Gelar apa saja bila diindeks sebaiknya ditempatkan dalam tanda kurung. Gelar apa saja bukan merupakan nama, sehingga bukan bagian dari nama. Karena gelar bukan bagian dari nama, maka sebaiknya gelar apa saja bila diindeks & ditulis dalam tanda kurung.

#### Nama Singkatan

Nama Singkatan yang tidak Diketahui Kepanjangannya

Nama yang diiringi atau didahului dengan singkatan, tetapi tidak diketahui kepanjangannya, yang diutamakan adalah nama lengkapnya.

Contoh :

|  |  |
| --- | --- |
| **Nama** | **Diindeks & ditulis** |
| A. Mintorogo | Mintorogo, A. |
| A.S Mardiatmoko | Mardiatmoko, A.S. |
| A. Bambang Gunarso | Gunarso Bambang, A. |
| Akhmad B. Sugianto | Sugianto Akhmad, B. |
| Drs. Sigit P. Mulyanto | Mulyanto Sigit, P. (Drs) |

Nama Singkatan yang Diketahui Kepanjangannya

Apabila nama didahului atau diiringi dengan nama singkatan, dan singkatan itu diketahui kepanjangannya, singkatan itu ditulis kepanjangannya dan diindeks menurut yang telah dibicarakan.

Contoh :

|  |  |
| --- | --- |
| **Nama** | **Diindeks & ditulis** |
| I.R. Rais | Rais Idwan Ridwan |
| M. Sy. Harahap | Harahap Muslim Syamsul |
| S. Ranuwijaya | Ranuwijaya Slamet |
| A. Saichu | Saichu Akhmad |
| A.M. Ghani | Ghani Abdul Muntolib |
| B.M. Diah | Diah, Burhanuddin Mochammad |
| Wulandari S. | Sulardiyanto Wulandari |

### Menulis Nama Orang Cina, Korea, Vietnam, dan sejenisnya.

Nama asli

Nama asli orang Cina, Korea, Vietnam, dan sejenisnya, Diindeks & ditulis sebagaimana aslinya.

Contoh :

|  |  |
| --- | --- |
| **Nama** | **Diindeks & ditulis** |
| Pak Tjung Hui | Pak Tjung hui |
| Lee Thek Cheng | Lee Thek Cheng |
| Mien Hua Ho | Mien Hua Ho |
| Kim Ill Sung | Kim Ill Sung |
| Wong Peng Sun | Wong Peng Sun |
| Le Duc To | Le Duc To |
| Tan Guan Po | Tan Guan Po |
| Tranh Van Dong | Tranh Van Dong |
| Ho Chi Min | Ho Chi Min |

### Nama Orang Cina Yang Digabung Dengan Nama Orang Eropa

Sering dijumpai nama-nama orang Cina yang digabung dengan nama-nama orang Eropa. Dalam kasus semacam ini, nama Cina lebih diutamakan, baru menyusul nama Eropa.

Contoh :

|  |  |
| --- | --- |
| **Nama** | **Diindeks & ditulis** |
| Johny Ong | Ong Johny |
| Robert Liem | Liem Robert |
| Sylvia Tan | Tan Sylvia |

### Menulis Nama Orang India, Jepang, Muang Thai, dan sejenisnya.

Dalam kaitan dengan nama-nama orang India, Jepang, Muang Thai dan sejenisnya, kata akhir dijadikan kata tangkap utama dalam indeks, tanpa memperhatikan apakah kata akhir itu nama keluarga atau nama clan.

Contoh :

|  |  |
| --- | --- |
| **Nama** | **Diindeks & ditulis** |
| Bumibol Adulyadey | Adulyadey, Bumibol |
| Charrom Ratanatsin | Ratanatsin, Charrom |
| Mahatma Gandhi | Gandhi, Mahatma |
| Tusiro Kobayashi | Kobayashi, Tusiro |
| Pandit Nehru | Nehru, Pandit |
| Koichi Kishi | Kishi, Koichi |

### Menulis Nama Orang Arab, Persia, Turki, dan sejenisnya.

Nama-nama orang Arab, Persia, Turki, dan sejenisnya diindeks & ditulis berdasarkan ketentuan sebagai berikut :

Nama Arab, Persia, Turki dan sejenisnya yang diikuti nama keluarga, nama keluarga dijadikan kata pengenal utama.

Contoh :

|  |  |
| --- | --- |
| **Nama** | **Diindeks & ditulis** |
| Abdullah Majid | Majid, Abdullah |
| Awab Sungkar | Sungkar, Awab |
| Muhammad Walid | Walid, Muhammad |
| Jacob Mohammad Soleh | Soleh, Jacob Mohammad |

Nama orang Arab, Persia, Turki dan sejenisnya, yang menggunakan kata-kata bin, binti, ibn, ibnu, maka bagian nama yang didahului oleh kata-kata tersebut dijadikan sebagai kata pengenal utama.

Contoh :

|  |  |
| --- | --- |
| **Nama** | **Diindeks & ditulis** |
| Sajid bin Ali | Ali, Sajid bin |
| Ali bin Umar | Umar, Ali bin |
| Jacob bin Muhammad | Muhammad, Jacob bin |
| Arifin bin Said | Said, Arifin bin |
| Gozali bin Abubakar | Abubakar, Gozali bin |

Nama orang Arab, Persia, Turki dan sejenisnya, yang sesudah kata *bin, binti* dan sebagainya terdapat dua nama atau lebih, maka nama yang demikian Diindeks & ditulis dengan mempergunakan kata akhir sebagai kata pengenal utama.

Contoh :

|  |  |
| --- | --- |
| **Nama** | **Diindeks & ditulis** |
| Jacob bin Muhammad Soleh | Soleh, Jacob bin Muhammad |
| Awab bin Abdullah Majid | Majid, Awab bin Abdullah |

Nama orang Arab, Persia, Turki dan sejenisnya, yang sesudah kata bin diiringi dengan dua nama (kata) yang mempergunakan kata bin juga, maka nama yang demikian Diindeks & ditulis seperti contoh di bawah ini.

Contoh :

|  |  |
| --- | --- |
| **Nama** | **Diindeks & ditulis** |
| Gozali bin Umar bin Majid | Majid, Umar bin Gozali |
| Jacob bin Muhammad bin Soleh | Soleh, Muhammad bin Jacob |

### Menulis Nama Orang Eropa, Amerika dan sejenisnya.

Nama orang Eropa, Amerika dan sejenisnya diindeks & ditulis dengan mempergunakan ketentuan sebagai berikut :

Nama orang Eropa, Amerika, dan sejenisnya diindeks & ditulis berdasarkan nama keluarga, seperti contoh di bawah ini.

Contoh :

|  |  |
| --- | --- |
| **Nama** | **Diindeks & ditulis** |
| George Robert Terry | Terry, George Robert |
| Henry Mill | Mill, Henry |
| Richard D. Dallas | Dallas, Richard D. |
| James F. Bender | Bender, James F |

Nama orang Eropa, Amerika dan sejenisnya yang mempunyai kata sandang misalnya : Van, Van den, Van der, Von, da, de, la, Diindeks & ditulis sebagai berikut :

Contoh :

|  |  |
| --- | --- |
| **Nama** | **Diindeks & ditulis** |
| Albert van der Molen | Molen, Albert van der |
| Joost van den Vondel | Vondel, Joost van den |
| H.J. van Mook | Van Mook, H.J |
| Mike de la Guzman | De la Guzman Mike |
| Du Monchy | Du Monchy |
| Florence D’Harnocourt | D’Harnocourt, Florence |
| Pastario di Bilameo | Di Bilameo, Pastario |
| Rodney MacGregor | MacGregor, Rodney |

## Sistem pengindeksan dalam dokumentasi rekam medis

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

**Indeks Utama Pasien** disebut juga *Master Patient Index* (MPI) yaitu indeks yang berisi data pokok mengenai identitas pasien untuk mengidentifikasikan semua pasien yang pernah berobat. Indeks ini sering dalam wujud kartu maka disebut Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP). Data identitas pasien tersebut meliputi : nomor rekam medis, nama pasien, tanggal lahir (umur), jenis kelamin, alamat lengkap, nama orang tua/wali, alamat orang tua/wali dan tahun terakhir berobat. Selain berwujud kartu, penggunaan indeks pasien telah banyak menggunakan komputer.

KIUP diindeks secara alfabetik (abjad) yaitu berdasarkan nama pasien dengan cara menulis 3 huruf pertama nama pasien pada pojok kanan KIUP. KIUP disimpan berdasarkan urutan abjad tersebut di dalam kotak indeks. Manfaatnya yaitu (a) untuk mencari kembali data identitas pasien terutama no. rekam medis, bila pasien yang pernah berobat datang kembali tanpa membawa Kartu Identitas Berobat (KIB); (b) untuk mencari kembali data identitas pasien terutama no. rekam medis guna keperluan retensi (penyusutan) DRM; (c) sebagai alat bantu penyusunan laporan kunjungan pasien.

**Indeks Penyakit** yaitu indeks tentang jenis penyakit tertentu yang telah ditetapkan diagnosis penyakitnya oleh dokter dan kode diagnosis penyakitnya oleh perekam medis. Dilihat asal pasien maka indeks ini ada 2 yaitu indeks penyakit rawat jalan dan indeks penyakit rawat inap. Ketentuan penulisan indeks penyakit yaitu (a) setiap jenis penyakit menggunakan kartu yang sama (1 kartu untuk 1 jenis penyakit); (b) setiap nama penyakit diikuti dengan penulisan kode ICD (International Statistical Classification of Desease and Related Health Problem) revisi ke 10 sampai 3 digit (baca pembahasan tentang kode ICD revisi ke 10).

Indeks penyakit berguna untuk (a) menelusuri nomor rekam medis dan nama pasien dengan penyakit yang sama untuk disediakan DRMnya guna berbagai keperluan, misalnya untuk audit medik oleh Komite Medik, (b) menyusun laporan morbiditas 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, (c) sebagai sumber data untuk statistik rumah-sakit, (d) sebagai sumber data untuk keputusan – keputusan manajemen stelah data tersebut diolah, misalnya perncanaan obat dengan metode morbiditas, perencanaan kebutuhan peralatan medis dan lain – lain.

**Indeks operasi** atau indeks tindakan atau indeks prosedur medis yaitu indeks tentang tindakan medis tertentu sesuai dengan tindakan yang dilakukan dokter pada pelayanan rawat jalan atau rawat inap. Oleh karena itu indeks ini juga dibagi menjadi 2 yaitu indeks operasi rawat jalan dan rawat inap. Ketentuan penulisan indeks operasi yaitu (a) setiap jenis operasi menggunakan kartu yang sama (1 kartu untuk 1 jenis operasi); (b) setiap nama operasi diikuti dengan penulisan kode ICOPIM (International Classification of Procedures in Medicine) (baca pembahasan tentang kode ICOPIM).

Indeks operasi berguna untuk (a) menelusuri nomor rekam medis dan nama pasien dengan jenis operasi yang sama, hal ini sering kali diminta oleh Komite Medik untuk audit medik, (b) 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.

Penyimpanan indeks penyakit dan indeks operasi dapat dilakukan dengan 2 cara yaitu penyimpanan **indeks secara sederhana dan secara indeks silang** tergantung kebijakan sarana pelayanan kesehatan dan kemampuan petugas. Penyimpanan indeks sederhana yaitu tata-cara penyimpanan berdasarkan pada kode diagnosis utama atau kode jenis tindakan utama dengan berpatokan urut abjad atau kodenya tanpa menunjuk silang penyakit yang menyertai dan tindakan medis lain yang dilakukan pada pasien bersamaam dengan operasi utamanya. Sedangkan penyimpanan indeks silang, pada kartu utamanya diberi catatan yang menunjuk pada diagnosis kedua dan atau komplikasi atau operasi lainnya pada pasien yang sama dengan cara menuliskan kode penyakit atau operasi yang bersamaan dengan diagnosis atau operasi utamanya. Dengan demikian maka kode yang ditunjuk tersebut dapat ditelusuri indeksnya.

Contoh penyimpanan indeks secara sederhana : diagnosis utamanya Typhoid Abdominalis, meskipun ada komplikasi Perforasi Usus, indeks yang disimpan hanyalah indeks Typhoid Abdominalis. Sedangkan penyimpanan indeks secara silang, pada indeks Typhoid Abdominalis diberi catatan pada kolom diagnosis komplikasi Perforasi Usus; kemudian diagnosis Perforasi Usus dicatat pada indeks Perforasi Usus dengan diberi catatan pada kolom diagnosis komplikasi sebagai komplikasi Typhoid Addominalis. Dengan demikian dalam 1 pasien dapat memilki lebih dari 1 indeks apabila dijumpai beberapa diagnosis.

**Indeks kematian** yaitu indeks tentang sebab kematian penyakit tertentu sebagai hasil pelayanan pasien di rawat jalan, gawat darurat atau rawat inap. Indeks ini tak dipisahkan antara indeks kematian rawat jalan dan rawat inap. Ketentuan penulisan indeks kematian yaitu (a) setiap sebab kematian menggunakan kartu yang sama (1 kartu untuk 1 jenis operasi); (b) setiap sebab kematian diikuti dengan penulisan kode yang ditunjuk pada ICD revisi ke 10. Penyimpanan indeks kematian didasarkan pada nama sebab kematian urut secara alfabetik.

Indeks kematian berguna untuk (a) menulusuri nomor rekam medis dan nama pasien dengan sebab kematian yang sama (untuk audit kematian), (b) menyusun laporan sebab kematian (mortalitas) berdasarkan umur, jenis kelamin, wilayah/alamat, mati < 48 jam dan ≥ 48 jam, dokter yang menangani.

**Indeks dokter** yaitu indeks tentang nama dokter yang melayani pasien di rumah-sakit atau di Puskesmas di rawat jalan maupun rawat inap. Indeks ini tak dipisahkan antara indeks kematian rawat jalan dan rawat inap. Ketentuan penulisan indeks dokter yaitu (a) setiap nama dokter menggunakan kartu yang sama (1 kartu untuk 1 jenis operasi); (b) setiap nama dokter diikuti dengan penulisan kode dokter yang ditetapkan oleh institusi pelayanan kesehatan yang bersangkutan.

Penyimpanan indeks dokter didasarkan pada nama dokter dan nomor kodenya urut secara alfabetik. Indeks dokter berguna untuk (a) mengevaluasi kinerja dokter dalam memberikan pelayanan kepada pasien, (b) menghitung angka kredit guna promosi atau demosi dokter berdasarkan penilaian kinerja tersebut.

Sumber data untuk mencatat indeks penyakit, operasi dan dokter dapat diperoleh dari formulir ringkasan masuk – keluar pasien pada halaman depan, sedangkan indeks kematian pada halaman belakangnya. Selain itu, dapat pula diperoleh dari Kartu Kendali yang telah terisi dengan lengkap.

## Sistem penomoran dalam dokumentasi rekam medis.

Sistem penomoran dalam pelayanan rekam medis yaitu tata-cara penulisan nomor yang diberikan kepada pasien yang datang berobat sebagai bagian dari identitas pribadi pasien yang bersangkutan. Dikatakan sebagai bagian identitas pribadi karena dengan menyebut atau menulis nomor rekam medis tertentu maka dapat diketahui siapa pemiliknya. Nomor rekam medis memiliki berbagai kegunaan atau tujuan yaitu (a) sebagai petunjuk pemilik folder DRM pasien yang bersangkutan, (b) untuk pedoman dalam tata-cara penyimpanan (penjajaran) DRM dan (c) sebagai petunjuk dalam pencarian DRM yang telah tersimpan di filing.

Nomor rekam medis terdiri dari 6 angka (digit) yang terbagi menjadi 3 kelompok, masing-masing kelompok terdiri dari dua angka. Dengan demikian maka dijumpai kelompok angka awal, tengah dan akhir. Enam angka tersebut mulai dari 00.00.00 s/d 99.99.99. Contoh untuk membedakan kelompok angka tersebut, misalnya 48.12.06: kelompok awal angka 48; kelompok tengah angka 12 dan kelompok angka akhir 06.

### Admission Numbering System.

Ketika pasien datang berobat, petugas rekam medis harus memberikan nomor rekam medis dan mencatatnya ke dalam beberpa formulir rekam medis yaitu (a) Kartu Identitas Berobat (KIB), (b) KIUP, (c) formulir data dasar pasien, (d) formulir masuk – keluar pasien, (e) buku register pendaftaran pasien, selanjutnya oleh petugas pada pelayanan pasien berikutnya, nomor rekam medis tersebut akan dicatat pada setiap lembar formulir.

Ada tiga sistem pemberian nomor penderita masuk *(Admission Numbering System)* yaitu : (1) pemberian nomor cara seri (*Serial Numbering System =SNS*), (2) pemberian nomor cara unit (*Unit Numbering System = UNS*) dan (3) pemberian nomor cara seri unit ( *Serial Unit Numbering System = SUNS*).

### Pemberian Nomor Cara Seri.

Pemberian nomor cara seri atau dikenal dengan *Serial Numbering System* adalah suatu sistem penomoran dimana setiap penderita yang berkunjung ke rumah sakit atau Puskesmas selalu mendapatkan nomor baru. Keuntungan dengan menggunakan sistem ini adalah petugas mudah mengerjakan sedangkan kerugiannya adalah (a) membutuhkan waktu lama dalam mencari DRM lama, karena 1 pasien dapat memperoleh lebih dari 1 nomor rekam medis, (b) informasi pelayanan klinisnya menjadi tidak berkesinambungan yang dapat merugikan pasien.

Pada sistem ini, KIB dan KIUP praktis tak diperlukan karena seorang pasien dapat memiliki lebih dari KIB dan KIUP. Bila pasien datang berobat untuk kunjungan berikutnya petunjuk yang digunakan yaitu buku register dengan cara menanyakan nama dan tanggal terakhir berobat.

Meskipun dengan cara ini pelayanan di pendaftaran akan lebih cepat, akan tetapi cara ini akan menggunakan banyak formulir rekam medis. Hal ini dikarenakan setiap kali pasien datang bertambah pulalah folder DRM pasien yang bersangkutan, sehingga akan terjadi pemborosan formulir rekam medis. Selain itu akan akan mempercepat penuhnya rak filing untuk penyimpanan DRM, karena setiap pasien datang akan memiliki forlder DRM baru untuk disimpan pada rak yang sesuai dengan metode penyimpanan dan penjajarannya.

### Pemberian Nomor Cara Unit.

Pemberian nomor cara unit atau dikenal dengan *Unit Numbering System* adalah suatu sistem penomoran dimana sistem ini memberikan satu nomor rekam medis pada pasien berobat jalan maupun pasien rawat inap dan gawat darurat serta bayi baru lahir. Setiap pasien yang berkunjung mendapatkan satu nomor pada saat pertama kali pasien datang ke rumah sakit atau Puskesmas, dan digunakan selamanya pada kunjungan berikutnya. Dengan demikian maka, DRM pasien tersebut hanya tersimpan di dalam satu folder (berkas) dibawah satu nomor.

Kelebihan pada *unit numbering system* adalah informasi klinis dapat berkesinambungan karena semua data dan informasi mengeanai pasien dan pelayanan diberikan berada dalam satu folder DRM. Dengan demikian maka KIUP sebagai indeks utama pasien yang disimpan di tempat pendaftaran dan KIB yang diberikan pasien akan sangat diperlukan. KIUP dan KIB pada setiap pasien hanya ada 1 untuk 1 pasien.

Kekurangannya adalah pelayanan pendaftaran pasien yang pernah berkunjung (berobat) atau sebagai pasien lama akan lebih lama dibanding dengan cara SNS. Kekurangan ini dapat diatasi dengan sistem pelayanan yang terpisah antara loket pasien baru dan pasien lama. Pada loket pasien lama dapat dipisah lagi antara pasien lama yang membawa KIB dan tak membawa KIB. Bagi pasien yang tak membawa KIB, petunjuk yang digunakan untuk mencari DRM lamanya adalah KIUP yaitu dengan cara menanyakan nama pasien yang bersangkutan, kemudian dicari nomor rekam medisnya di dalam KIUP.

### Pemberian Nomor Cara Seri Unit

Pemberian nomor cara seri unit atau dikenal dengan *Serial Unit Numbering System*  adalah suatu sistem pemberian nomor dengan menggabungkan sistem seri dan sistem unit. Dimana setiap pasien datang berkunjung ke rumah sakit atau Puskesmas diberikan nomor baru dengan DRM baru. Kemudian setelah selesai pelayanan, berdasarkan nomor rekam medis pada DRM tersebut dicari di KIUP untuk memastikan pasien tersebut pernah berkunjung atau tidak. Bila ditemukan dalam KIUP berarti pasien tersebut pernah berkunjung dan memiliki DRM lama. Selanjutnya DRM lama dicari di filing, setelah diketemukan DRM baru dan lama dijadikan satu, sedang nomor rekam medis yang digunakan patokan adalah nomor rekam medis lama. Nomor rekam medis baru milik pasien tersebut dicoret diganti nomor rekam medis lama selanjutnya nomor baru itu dapat digunakan oleh pasien lain. DRM yang telah dijadikan satu tersebut dikembalikan sesuai dengan nomor rekam medis lama.

Kelebihan dari sistem ini yaitu pelayanan menjadi lebih cepat karena tidak memilah antara pasien baru atau lama semua pasien yang datang seolah-olah dianggap sebagai pasien baru. Kekurangannya yaitu (a) petugas menjadi lebih repot setelah selesai pelayanan, (b) informasi klinis pada saat pelayanan dilakukan tidak ada kesinambungan.

Sistem pemberian nomor yang baik dan dianjurkan yaitu sistem unit, karena memiliki kelebihan yaitu :

1. semua rekam medis penderita memiliki satu nomor dan terkumpul dalam satu folder.
2. secara tepat memberikan informasi kepada klinisi dan manajemen, satu gambaran yang lengkap mengenai riwayat penyakit dan pengobatan seorang penderita.
3. menghilangkan kerepotan mencari dan mengumpulkan rekam medis seorang pasien yang terpisah-pisah dalam sistem seri.
4. menghilangkan kerepotan mengambil rekam medis lama, untuk disimpan ke nomor baru dalam sistem seri unit.

Sehubungan dengan sistem pelayanan di rumah-sakit atau Puskesmas merupakan suatu sistem yang saling terkait, maka untuk mempercepat proses pelayanan di UGD dan kamar bersalin, maka pemberian nomor rekam medis dapat dialokasikan terlebih dahulu. Pengalokasian nomor rekam medis didasrkan pada banyak sedikitnya pasien yang dilayani sehingga antara pelayanan kesehatan yang satu dengan yang lain dapat berbeda. Contoh alokasi nomor rekam medis :

1. unit pelayanan bayi lahir : 00.00.00 s/d 09.99.99 = 100.000 nomor RM,
2. unit pelayanan gawat darurat : 10.00.00 s/d 49.99.99 = 400.000 nomor RM dan
3. unit pelayanan pasien yang lewat TPPRJ memperoleh nomor dari 50.00.00 s/d 99.99.99 = 500.000 nomor RM.

Dengan demikian unit pelayanan yang bersangkutan tidak perlu setiap kali pelayanan menanyakan dan meminta nomor rekam medis kepada Unit Rekam Medis untuk memperoleh nomor bagi pasien yang dilayani. Namun demikian, agar nomor tersebut tetap terkendali maka unit pelayanan maupun Unit Rekam Medis harus memiliki catatan penggunaan nomor RM.

## Sistem penyimpanan dan penjajaran dalam dokumentasi rekam medis.

Berdasarkan Permenkes No 749a tahun 1989 tentang Rekam medis, DRM harus disimpan dengan tata-cara tertentu. Selain itu, karena DRM termasuk arsip seperti pada ketentuan yang ditunjuk dalam UU No. 7/1971 tentang Ketentuan- ketentuan Pokok Kearsipan, maka DRM pun harus dikelola dan dilindungi sehingga aman dan terjaga kerahasiaannya. Perlindungan tersebut meliputi tempat atau alat yang digunakan untuk menaruh, meletakkan, menyimpan arsip sehingga aman; perbuatan melindungi, menjaga informasi yang dihasilkan dan yang diterima; keselamatan arsip dari bahaya atau kerusakan dan pencurian oleh orang yang tak bertanggung jawab dan usaha penyimpanan, pengamanan dan pengawetan arsip.

Sehubungan dengan DRM berisi data individual yang bersifat rahasia, maka setiap lembar formulir DRM harus dilindungi dengan cara dimasukkan ke dalam folder atau map sehingga setiap folder berisi data dan informasi hasil pelayanan yang diperoleh pasien secara individu (bukan kelompok atau keluarga). Untuk kepentingan penyimpanan, folder DRM tak sama dengan folder atau map pada umumnya. Pada folder DRM memiliki “lidah” yang digunakan untuk menulis nomor rekam medis dan menempelkan kode warnanya. Ketika folder disimpan, “lidah” tersebut ditonjolkan keluar sehingga akan tampak nomor rekam medis kode warna diantara folder-folder DRM.

Penyimpanan DRM bertujuan (a) mempermudah dan mempercepat ditemukan kembali DRM yang disimpan dalam rak filing, (b) mudah mengambil dari tempat penyimpanan, (c) mudah pengembaliannya (d) melindungi DRM dari bahaya pencurian, bahaya kerusakan fisik, kimiawi dan biologi. Dengan demikian maka diperlukan sistem penyimpanan dengan mempertimbangkan jenis sarana dan peralatan yang digunakan, tersedianya tenaga ahli dan kondisi organisasi.

Syarat DRM dapat disimpan yaitu apabila pengisian data hasil pelayanan pada lembar formulir rekam medis telah terisi dengan lengkap dan telah dirakit sedemikain rupa sehingga riwayat penyakit seorang pasien urut secara kronologis (baca perakitan formulir rekam medis dan pengendalian DRM tak lengkap).

Ditinjau dari pemusatan atau penyatuan DRM, maka cara penyimpanannya dibagi menjadi 2 cara yaitu :

### Sentralisasi

Sistem Penyimpanan DRM secara sentral yaitu suatu sistem penyimpanan dengan cara menyatukan formulir – formulir rekam medis milik seorang pasien ke dalam satu kesatuan (folder). DRM rawat jalan, gawat darurat dan rawat inap milik seorang pasien menjadi satu dalam satu folder (map).

Kelebihan cara ini yaitu:

1. Data dan informasi hasil – hasil pelayanan dapat berkesinambungan karena menyatu dalam 1 folder sehingga riwayatnya dapat dibaca seluruhnya.
2. Mengurangi terjadinya duplikasi dalam pemeliharaan dan penyimpanan rekam medis.
3. Mengurangi jumlah biaya yang dipergunakan untuk peralatan dan ruangan.
4. Tata kerja dan peraturan mengenai kegiatan pencatatan medis mudah distandarisasi.
5. Memungkinkan peningkatan efisiensi kerja petugas penyimpanan, karena DRM milik seorang pasien berada dalam satu folder.
6. Mudah menerapkan sistem *unit record*.

Kekurangannya :

1. Petugas menjadi lebih sibuk karena harus menangani unit rawat jalan dan unit rawat inap.
2. Filing (tempat penyimpanan) DRM harus jaga 24 jam karena sewaktu-waktu diperlukan untuk pelayanan di UGD yang buka 24 jam.
3. Tempat penerimaan pasien harus bertugas selama 24 jam, karena KIUP akan digunakan sewaktu waktu bila pasien datang tak membawa KIB, padahal KIUP tersimpan di TPPRJ.

### Desentralisasi.

Sistem Penyimpanan DRM secara desentralisasi yaitu suatu sistem penyimpanan dengan cara memisahkan milik seorang pasien antara DRM rawat jalan, DRM gawat darurat dan rawat DRM rawat inap pada folder tersediri dan atau ruang atau tempat tersediri. Biasanya DRM pasien rawat jalan disimpan di satu tempat penyimpanan atau di Poliklinik masing-masing, sedangkan DRM pasien gawat darurat dan rawat inap disimpan di unit rekam medis.

Kelebihan:

1. Efisiensi waktu, sehingga pasien mendapat pelayanan lebih cepat.
2. Beban kerja yang dilaksanakan petugas lebih ringan.

Kekurangannya :

1. Terjadi duplikasi dalam pembuatan rekam medis, yaitu data dan informasi pelayanan pada satu pasien dapat tersimpan lebih dari 1 folder.
2. Biaya yang diperlukan untuk peralatan dan ruangan lebih banyak.
3. Cara sentralisasi lebih baik daripada desentralisasi. Tetapi pada pelaksanaannya sangat tergantung pada situasi dan kondisi masing-masing rumah sakit yaitu :
4. Karena terbatasnya tenaga yang terampil, khususnya yang menangani pengelolaan rekam medis.
5. Kemampuan dana rumah sakit.

### Penjajaran DRM.

Dokumen rekam medis yang disimpan ke dalam rak penyimpanan tidak ditumpuk melainkan disusun berdiri sejajar satu dengan yang lain. Penjajaran DRM mengikuti urutan nomor rekam medis dengan 3 cara yaitu: (a) sistem nomor langsung *(straight numerical filing=SNF)*, sistem angka akhir *(terminal digit filing = TDF)*, (c) sistem angka tengah *(middle digit filing = MDF).*

#### Straight numerical filing=SNF

Sistem penjajaran dengan nomor langsung yaitu suatu sistem penyimpanan DRM dengan mensejajarkan folder DRM berdasarkan urutan langsung nomor rekam medisnya pada rak penyimpanan. Misalnya keempat rekam medis berikut ini akan disimpan berurutan dalam satu rak, yaitu 46-50-23, 46-50-24, 46-50-25.

Kelebihan:

1. Bila akan sekaligus mengambil 50 buah rekam medis dengan nomor yang berurutan dari rak untuk keperluan pendidikan, penelitian atau untuk di inaktifkan akan sangat mudah.
2. Mudah melatih petugas-petugas yang harus melaksanakan pekerjaan penyimpanan tersebut.

Kekurangan:

1. Petugasnya harus memperhatikan seluruh angka nomor rekam medis sehingga mudah terjadi kekeliruan menyimpan. Makin besar angka yang diperhatikan, makin besar kemungkinan membuat kesalahan. Hal yang menyebabkan kesalahan tersebut adalah tertukarnya urutan nomor, misalnya rekam medis nomor 46-54-24 tersimpan pada tempat penyimpanan nomor 46-55-24. Keadaan ini seringkali tidak dapat dihindarkan pada saat menyimpan rekam medis karena sibuknya petugas menyimpan dan menyediakan DRM.
2. Terjadinya konsentrasi DRM pada rak penyimpanan untuk nomor besar, yaitu rekam medis dengan nomor terbaru, sehingga beberapa petugas yang bekerja bersamaan akan berdesak-desakan disatu tempat.
3. Pengawasan kerapian penyimpanan sangat sukar dilakukan, karena tidak mungkin memberikan tugas bagi seseorang staf untuk bertanggungjawab pada rak-rak penyimpanan tertentu.

#### Terminal digit filing = TDF.

Sistem penjajaran dengan sistem angka akhir atau TDF yaitu suatu sistem penyimpanan DRM dengan mensejajarkan folder DRM berdasarkan urutan nomor rekam medis pada 2 angka kelompok akhir. Untuk mejalankan sistem ini, terlebih dahulu disiapkan rak penyimpanan dengan membaginya menjadi 100 seksi *(section)* sesuai dengan 2 angka kelompok akhir tersebut, mulai dari seksi 00; 01; 02 dan seterusnya sampai seksi 99. Kemudian cara menyimpannya pada setiap seksi diisi folder DRM dengan nomor rekam medis dengan 2 angka kelompok akhir yang sama sebagai digit pertama *(primary digit)* sebagai patokan. Selanjutnya secara berturut-turut (dibelakangnya) dengan berpatokan pada 2 angka kelompok tengah sebagai digit kedua *(secondary digit)* dan patokan berikutnya pada 2 angka kelompok akhir sebagai digit ketiga *(tertiary digit)*. Contoh nomor-nomor dengan 6 angka, yang dikelompokkan menjadi 3 kelompok masing-masing terdiri dari 2 angka. Angka pertama adalah kelompok 2 angka yang terletak paling kanan, angka kedua adalah kelompok 2 angka yang terletak di tengah dan angka ke tiga adalah kelompok 2 angka yang terletak paling kiri.

48 12 06

angka ketiga angka kedua angka pertama

*(tertiary digits) (secondary digits) primary digits*

Pada waktu menyimpan, petugas harus melihat angka-angka pertama dan membawa rekam medis tersebut ke daerah rak penyimpanan untuk kelompok angka-angka pertama yang bersangkutan. Pada kelompok angka pertama ini dokumen rekam medis disesuaikan urutan letaknya menurut angka kedua, kemudian rekam medis disimpan di dalam urutan sesuai dengan kelompok angka ketiga, sehingga dalam setiap kelompok penyimpanan nomor-nomor pada kelompok angka ketigalah (tertiary digits), yang selalu berlainan. Lihat contoh berikut ini.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Seksi 02 |  | Seksi 26 |  | Seksi 30 |
| 35-04-02 |  | 98-05-26 |  | 98-99-30 |
| 47-52-02 |  | 99-05-26 |  | 99-99-30 |
| 48-52-02 |  | 00-06-26 |  | Seksi 31 |
| 49-52-02 |  | 01-06-26 |  | 00-00-31 |
| 50-52-02 |  | 02-06-26 |  | 01-00-31 |
|  |  |  |  | 02-00-31 |

Kelebihan sistem TDF:

1. Penambahan jumlah dokumen rekam medis selalu tersebar secara merata ke 100 kelompok *(section)* di dalam rak penyimpanan.
2. Petugas-petugas penyimpanan tidak akan terpaksa berdesak-desak di satu tempat dimana rekam medis harus disimpan di rak.
3. Petugas-petugas dapat diserahi tanggung jawab untuk sejumlah section tertentu misalnya ada 4 petugas masing-masing diserahi : section 00 – 24, section 25 – 49, section 50 – 74, section 75 – 99.
4. Pekerjaan akan terbagi rata mengingat setiap petugas rata-rata mengerjakan jumlah rekam medis yang hampir sama setiap harinya untuk setiap section sehingga mudah mengingat letak DRM.
5. Rekam medis yang tidak aktif dapat diambil dari rak penyimpanan dari setiap *section*, pada saat ditambahnya rekam medis baru di *section* tersebut.
6. Jumlah rekam medis untuk setiap *section* terkontrol dan bisa dihindarkan timbulnya rak-rak kosong
7. Dengan terkontrolnya jumlah rekam medis, membantu memudahkan perencanaan peralatan penyimpanan (jumlah rak).
8. Kekeliruan menyimpan *(misfile)* dapat di cegah, karena petugas penyimpanan hanya memperhatikan 2 angka saja dalam memasukkan rekam medis ke dalam rak, sehingga jarang terjadi kekeliruan membaca angka.

Kekurangan:

1. Latihan dan bimbingan bagi petugas penyimpan dalam hal sistem angka akhir, mungkin lebih lama dibandingkan latihan menggunakan sistem nomor langsung, tetapi umumnya petugas dapat di latih dalam waktu yang tidak terlalu lama.
2. Membuthkan biaya awal lebih besar karena harus menyiapkan rak penyimpanan terlebih dahulu.

#### Midle Digit Filing (MDF) = cara angka tengah.

Sistem penjajaran dengan sistem angka tengah atau MDF yaitu suatu sistem penyimpanan DRM dengan mensejajarkan folder DRM berdasarkan urutan nomor rekam medis pada 2 angka kelompok tengah. Cara menjalankannya sama dengan TDF, yang mebedakan yaitu pada saat menyimpan DRM. Dalam hal ini angka yang terletak ditengah-tengah menjadi angka pertama, pasangan angka yang terletak paling kiri menjadi angka kedua, dan kelompok angka paling kanan menjadi angka ketiga.

Lihat contoh di bawah ini

58-78-96 99-78-96

58-78-97 99-78-97

58-78-99 99-78-98

59-78-00 99-78-99

59-78-00 00-79-00

59-78-01 00-79-01

Kelebihan dan kekuranganya sama dengan TDF.

### Pengendalian DRM yang telah disimpan.

Dokumen rekam medis yang telah disimpan selalu akan digunakan kembali untuk keperluan pelayanan, penelitian dan lain – lain. Agar DRM yang keluar dari rak filing (penyimpanan) tersebut dapat dikendalikan sehingga mudah diketahui keberadaan dan penggunaanya, maka setiap pengambilan DRM harus disipi tracer.

Tracer atau kartu petunjuk yaitu kartu yang digunakan untuk pengganti DRM yang diambil untuk digunakan berbagai keperluan. Setiap DRM akan diambil, maka pada tracer HARUS DICATAT :

1. nomor rekam medis dan nama pasien yang bersangkutan,
2. tanggal pengambilan
3. akan digunakan oleh siapa,
4. untuk apa dan
5. dimana (unit pelayanan apa).

Setelah dicatat, DRM boleh diambil apabila tracer telah diselipkan terlebih dahulu pada DRM yang akan diambil. Dengan demikian, apabila DRM yang bersangkutan akan digunakan untuk keperluan lainnya sedang DRM tersebut tidak berada di tempat penyimpanan maka dapat ditelusuri DRM yang dimaksud itu.

Tracer selain bermanfaat sebagai petunjuk keberadaan DRM, bermanfaat pula untuk menghitung tingkat penggunaan DRM per periode waktu (misalnya perbulan). Caranya: dengan mengumpulkan tracer kemudian hitung berapa DRM yang digunakan pada bulan itu dibagi jumlah seluruh DRM pada bulan yang bersangkutan kali 100%, lihat rumus berikut ini.

∑ DRM yang digunakan

 x 100%

∑ seluruh DRM

Selain tingkat penggunaan DRM secara umum tersebut, dapat pula dihitung tingkat penggunaan berdasarkan tujuan penggunaan atau unit pengguna dengan cara yang sama. Tingkat penggunaan DRM tersebut bermanfaat untuk mengukur aktifitas filing yang digunakan untuk perencanaan tenaga dan sarana penyimpanan DRM.

### Pencegahan salah letak DRM *(misfiled)* dengan kode warna.

Penyimpanan DRM seringkali terjadi kesalahan letak. Hal ini terjadi karena banyaknya DRM yang harus diambil dan disimpan setiap hari. Untuk mengatasi hal tersebut, maka pada sistem penjajaran TDF atau MDF, dapat diberi kode warna sesuai dengan 2 angka kelompok yang digunakan patokan penyimpanan (untuk TDF 2 angka kelompok akhir dan untuk MDF dengan 2 angka kelompok tengah). Kode warna yang dimaksud adalah setiap angka diberi tanda warna tertentu yaitu:

|  |  |
| --- | --- |
| Angka | Warna |
| 1 | Purple = ungu |
| 2 | Yellow = kuning |
| 3 | Dark Green = hijau tua |
| 4 | Orange = oranye |
| 5 | Light Blue = biru muda |
| 6 | Brown = coklat |
| 7 | Cerise = kemerahan |
| 8 | Light Green = hijau muda |
| 9 | Red = merah |
| 0 | Dark Blue = biru tua |

Contoh

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Seksi 02 | Kode warna | Seksi 26 | Kode warna | Seksi 30 | Kode warna |
| 35-04-02 | Biru tua / kuning | 98-05-26 | Kuning/coklat | 98-99-30 | Hijau tua/biru tua |
| 47-52-02 |  | 99-05-26 |  | 99-99-30 |  |
| 49-52-02 |  | 01-06-26 |  | 00-00-31 | Hijau tua/ungu |
| 50-52-02 |  | 02-06-26 |  | 01-00-31 |  |

Warna – warna tersebut ditempelkan di bawah nomor rekam medis yang bersangkutan.

### Perakitan formulir rekam medis.

Perakitan formulir rekam medis yaitu suatu kegiatan merakit kembali formulir –formulir dalm folder DRM sedemikan rupa sehingga bila dibaca dari halaman depan ke belakang runtut sesuai dengan riwayat penyakit pasien. Kegiatan ini dilakukan oleh petugas asembling sebelum disimpan oleh petugas filing. Urutan formulir rawat jalan dan gawat darurat yaitu :

1. Ringkasan Riwayat Pasien Rawat Jalan
2. Catatan pelayanan rawat jalan/gawat darurat
3. Formulir konsultasi
4. Hasil Pemeriksaan Penunjang
5. Informed consent
6. Evaluasi sosial
7. Evaluasi psikolog
8. Data dasar medis
9. Data dasar nurse/keperawatan
10. Catatan lanjutan medis
11. Salinan resep
12. Catatan lanjutan nurse

Urutan formulir rawat inap yaitu :

1. Ringkasan riwayat masuk keluar,
2. Surat persetujuan dirawat.
3. Formulir perjalanan penyakit/instruksi/tindakan/terapi,
4. Daftar pengobatan/form catatan pemberian obat,
5. Grafik S,N,T (observasi),
6. Permintaan pemeriksaan penunjang dan hasil pemeriksaan penunjang,
7. Resume keluar (hidup/mati),
8. Formulir spesialisasi sesuai jenis spesialisasinya,
9. Keseimbangan cairan,
10. Laporan Anasthesi,
11. Laporan Operasi,
12. Laporan persalinan dan identifikasi bayi,
13. Laporan identifikasi bayi lahir,
14. Konsultasi,
15. Informed Consent,
16. Salinan resep,
17. Sebab kematian,
18. Surat Pulang Paksa,
19. Formulir asuhan keperawatan, meliputi:
20. Formulir pengkajian data dan diagnosa keperawatan,
21. Formulir rencana keperawatan,
22. Formulir tindakan keperawatan,
23. Formulir evaluasi keperawatan,
24. Formulir perencanaan pulang.

Dokumen rekam medis yang telah dirakit seperti urutan di atas memudahkan pembacaan historis penyakit yang berguna untuk (a) media komunikasi antar dokter dalam pelayanan pasien yang bersangkutan, (b) dilakukan penilaian nilai guna rekam medis ketika akan dipilah antara yang akan diabadikan dan dimusnahkan.

### Pengendalian ketidak-lengkapan isi data rekam medis.

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

Sistem pengendalian ketidak lengkapan isi rekam medis yaitu suatu sistem yang bertujuan mengendalikan DRM yang dikembalikan ke unit pencatat data rekam medis untuk dilengkapi isi datanya per lembar formulir sehingga dapat diketahui dimana DRM tersebut berada dan kapan diserahkan serta kapan di kembalikan ke asembling lagi. Dengan demikan, maka apabila ternyata DRM yang sedang dilengkapi tersebut dibutuhkan untuk pelayanan segera dapat diambil terlebih dahulu untuk pelayanan.

Pengendalian tersebut diawali dengan kegiatan penelitian isi data rekam medis pada setiap lembar formulir rekam medis yang telah diserahkan ke unit rekam medis. Kegiatan tersebut dilakukan oleh petugas asembling. DRM yang isinya tak lengkap dipisahkan dengan DRM yang telah lengkap. Ketidak lengkapan isi tersebut dicatat pada (a) Kartu Kendali dan (b) kertas kecil.

Setelah pencatatan data yang tidak lengkap, kartu kendali (KK) disimpan di fungsi asembling sedang kertas kecil ditempelkan pada halaman depan folder DRM. Penempelan kertas kecil tersebut dimaksudkan untuk memudahkan petugas yang bertanggung jawab segera dapat menemukan ketidak lengkapan data rsm dalam folder DRM. Folder DRM tersebut diserahkan ke unit pencatat data untuk dilengkapi dengan menggunakan buku ekspedisi (serah-terima dokumen). Kartu kendali disimpan berdasarkan tanggal diserahkannya DRM tak lengkap.

Batas waktu melengkapi isi rekam medis yaitu selambat-lambatnya 2 x 24 jam sejak DRM diserahkan ke unit pencatat data oleh petugas asembling. Bila batas waktu dilampaui DRM akan diserahkan ke bagian filing untuk disimpan tersendiri. Oleh bagian filing akan diulangi lagi tata-cara tersebut dengan batas waktu 14 x 24 jam setelah waktu penyerahan DRM tak lengkap. Selebihnya waktu tersebut dapat dikatakan DRM yang “bandel”. Oleh karena itu di bagian filing dapat membuat laporan tingkat kebandelan DRM *(deliquent medical record(DMR)* dan bagian asembling dapat membuat laporan *incomplete medical records (IMR)* (baca pembahasan tentang analisis kuantitaif dan kualitatif).

## Sistem retensi dan pemusnahan dokumen rekam medis.

Landasan hukum yang digunakan dalam penyelenggaraan sistem pengabadian dan pemusnahan yaitu (1) Permenkes 749a tahun 1989 tentang Rekam Medis, (2) Surat Edaran Direktorat Jenderal Pelayanan Medik No. HK.00.06.1.5.01160 tahun 1995 tentang Petunjuk Teknis Pengadaan Formulir dasar Rekam Medis dan Pemusnahan Rekam Medis di Rumah-sakit. Tujuan utamanya yaitu mengurangi beban penyimpanan DRM dan mengabadikan formulir-formulir rekam medis yang memiliki nilai guna. Untuk itu, maka dilakukan kegiatan (a) penyisiran DRM, (b) retensi DRM, (c) penilian nilai guna rekam medis, (d) pengabadian dan pemusnahan formulir-formulir rekam medis.

### Penyisiran DRM.

Penyisiran DRM yaitu suatu kegiatan pengawasan rutin terhadap kemungkinan kesalahan letak DRM dan mengembalikannya pada letaknya sesuai dengan sistem pejajaran yang digunakan. Ketika kegiatan ini dilakukan, bersamaan itu pula dilakukan pencatatan DRM yang sudah saatnya diretensi.

### Retensi DRM.

Retensi atau penyusutan DRM yaitu suatu kegiatan memisahkan antara DRM yang masih aktif dengan DRM yang dinyatakan non aktif atau in-aktif. Tujuannya adalah mengurangi beban penyimpanan DRM dan menyiapkan kegiatan peninalain nilai guna rekam medis untuk kemudian diabadikan atau dimusnahkan. Kegiatan retensi dilakukan oleh petugas penyimpanan (filing) secara periodik misalnya setiap bulan, tribulan atau tahunan tergantung banyaknya DRM yang disimpan. Dokumen rekam medis yang telah diretensi harus disimpan pada ruang terpisah dari DRM aktif dengan cara mengurutkan sesuai urutan tanggal terakhir berobat selanjutnya dikelompokkan berdasarkan penyakitnya.

Sebelum melakukan retensi perlu disusun jadwal retensi. Berdasarkan Surat Edaran Dirjen Pelayanan Medik tentang Pemusnahan Rekam Medis jadwal retensi tersebut sebagai berikut :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | KELOMPOK | AKTIF | INAKTIF |
|  |  | RJ | RI | RJ | RI |
| 1 | UMUM | 5 TH | 5 TH | 2 TH | 2 TH |
| 2 | MATA | 5 TH | 10 TH | 2 TH | 2 TH |
| 3 | JIWA | 10 TH | 5 TH | 5 TH | 5 TH |
| 4 | ORTHOPAEDI | 10 TH | 10 TH | 2 TH | 2 TH |
| 5 | KUSTA | 15 TH | 15 TH | 2 TH | 2 TH |
| 6 | KETERGANTUNGAN OBAT | 15 TH | 15 TH | 2 TH | 2 TH |
| 7 | JANTUNG | 10 TH | 10 TH | 2 TH | 2 TH |
| 8 | PARU | 5 TH | 10 TH | 2 TH | 2 TH |

Keterangan : RJ = rawat jalan; RI = rawat inap.

Penjelasan (contoh):

1. Kelompok umum:

Kelompok penyakit umum pada pasien rawat jalan dan rawat inap setelah 5 tahun tak datang berobat karena meninggal atau sebab lain sudah harus diretensi untuk disimpan pada ruang filing in-aktif. Penyimpanan pada ruang inaktif tersebut selama 2 tahun baru kemudian dilakukan pengabadian atau pemusnahan. Misalnya seorang pasien mulai berobat pada tanggal 1 Januari 1990 kemudian sejak tanggal 17 Agustus 1995 tak datang lagi berobat karena meninggal atau sebab lain, maka pada tanggal 17 Agustus 1995 DRM tersebut sudah boleh diretensi. Kemudian pada tanggal 17 Agustus 1997 formulir-formulir DRM tersebut dipisahkan antara yang diabadikan dan dimusnahkan

1. Kelompok penyakit mata.

DRM dengan penyakit mata pada pasien rawat jalan setelah 5 tahun tak datang berobat karena meninggal atau sebab lain sudah harus diretensi untuk disimpan pada ruang filing in-aktif. Sedangkan pasien rawat inap setelah 10 tahun baru dapat diretensi. Selanjutnya masing-masing disimpan sebagai dokumen in-aktif selama 2 tahun.

Untuk DRM anak-anak rumah-sakit atau sarana pelayanan kesehatan lain dapat membuat ketentuan tersendiri. Selain itu, sesuai dengan kebutuhan rumah-sakit atau sarana pelayanan kesehatan yang bersangkutan dapat pula membuat ketentuan lain untuk kepentingan : (a) riset dan edukasi, (b) kasus-kasus terlibat hukum (legal aspek) minimal 23 tahun setelah ada ketetapan hukum, (c) Perkosaan, (d) HIV, (e) penyesuaian kelamin, (f) pasien orang asing, (g) kasus adopsi, (h) bayi tabung, (i) cangkok organ, (j) plastik rekontruksi.

Secara skematis dapat digambarkan urutan kegiatannya sebagai berikut :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | PEMINDAHAN | BERKAS RM |  | BERKAS RM  |  |
|  |  | AKTIF |  | IN AKTIF |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | DINILAI |  |
|  |  |  |  | TIM PENILAI |  |
|  |  |  |  |  |  |
| PENYUSUTAN  |  | RM ADA |  |  | RM TIDAK ADA |
| BERKAS RM |  | NILAI GUNA |  |  | NILAI GUNA |
|  |  |  |  |  |  |
|  | BERKAS RM RUSAK |  |  |  | DIMUSNAHKAN |
|  | TIDAK TERBACA |  |  |  | TIM PEMUSNAH |
|  |  |  |  |  |  |
|  | BERKAS RM |  |  | DIABADIKAN |
|  | TERTENTU |  |  |  |  |

Dokumen rekam medis yang disimpan sebagai DRM non aktif dibuat daftar sebagai berikut :

|  |
| --- |
| **DAFTAR DOKUMEN REKAM MEDIS YANG DIPINDAHKAN** |
| **DARI AKTIF KE IN AKTIF** |
|  |
| No | Tanggal | Nomor | Tanggal | Diagnosis | Kode | Jumlah  | Formulir  |
| urut | pemindahan | rekam medis | terakhir |  | Diagnosis | lembar | rekam medis |
|  |  |  | berobat |  |  |  | yang tak lengkap |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Tempat, tanggal pemindahan

Kepala Unit Rekam medis

Rumah-sakit\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Penilaian nilai guna rekam medis.

Penilaian niali guna rekam medis yaitu suatu kegiatan penilaian terhadap formulir-formulir rekam medis yang masih perlu diabadaikan atau sudah boleh dimusnahkan. Penilaian nilai guna ini dilakukan oleh Tim Pemusnah DRM yang ditetapkan oleh direktur rumah-sakit atau pimpinan sarana pelayanan kesehatan. Tim Pemusnah DRM mempunyai tugas membantu direktur rumah sakit dalam penyelenggaraan pemusnahan rekam medis dengan memperhatikan nilai guna sesuai peraturan yang berlaku. Tim tersebut terdiri dari : Komite Rekam Medis atau Komite Medis sebagai ketua, petugas rekam medis senior sebagai sekretaris, dengan beranggotakan dari unsur tata usaha, perawat senior dan tenaga lain yang terkait.

Tata cara penilaian formulir rekam medis : berkas rekam medis yang dinilai adalah berkas rekam medis yang telah 2 tahun inaktif. Indikator yang digunakan untuk menilai berkas rekam medis inaktif yaitu

1. Seringnya rekam medis digunakan untuk pendidikan dan penelitian
2. Mempunyai nilai guna primer yaitu :
	* Administrasi,
	* Hukum,
	* Keuangan,
	* Iptek.
3. Mempunyai nilai guna primer yaitu : pembuktian dan sejarah.

Dokumen rekam medis yang telah dilakukan penilaian terhadap nilai guna kemudian dibuat daftar pertelaahan sebagai berikut:

|  |
| --- |
| **DAFTAR PERTELAAHAN NILAI GUNA REKAM MEDIS** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| No | Tanggal | Nomor | Diagnosis | Kode | Kasus/kepentingan | Jenis |
| urut | penilaian | rekam medis |  | Diagnosis | Tertentu | Kasus tertentu |
|  |  |  |  |  | YA | TIDAK |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Tempat, tanggal penilaian

Tim Pemusnah Rekam Medis

Rumah-sakit\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### Prosedur penilaian berkas rekam medis

Memisahkan formulir rekam medis yang harus diabadikan yaitu :

1. Ringkasan masuk dan keluar
2. Resume penyakit.
3. Lembar operasi (termasuk laporan persalinan),
4. Identifikasi bayi lahir,
5. Lembar persetujuan tindakan medis *(informed consent)*
6. Lembar kematian (laporan sebab kematian, biasanaya sudah menyatu pada formulir ringkasan masuuk-keluar)
7. Berkas rekam medis tertentu, sesuai dengan kepentingan pelayanan meliputi
8. Indeks,
9. Register,
10. Formulir rekam medis tertentu yang ditetapkan oleh direktur rumah-sakit.

Mengumpulkan formulir-formulir rekam medis sisanya termasuk berkas rekam medis rusak tidak terbaca disiapkan untuk dimusnahkan.

Secara skematis dapat digambarkan sebagai berikut :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | KETENTUAN UMUM | LEMBAR RM YANG DIPILIH: |  |  |
|  |  |  |  | RINGKASAN MASUK |  |  |
|  |  | KETENTUAN KHUSUS |  |  DAN KELUAR |  |  |
|  |  | ANAK, JANTUNG, |  | RESUME |  |  |
|  |  | MATA, JIWA, DAN SETERUSNYA |  | LEMBAR OPERASI |  |  |
| BERKAS |  |  |  | LEMBAR PERSETUJUAN |  |  |
| REKAM MEDIS |  |  |  | IDENTIFIKASI BAYI |  |  |
|  |  | KETENTUAN TERTENTU |  |  LAHIR HIDUP |  |  |
|  |  | DI RUMAH SAKIT |  | LEMBAR KEMATIAN |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | BERKAS REKAM MEDIS |  | **DILESTA** |
|  |  | TIM RETENSI | TERTENTU |  | **RIKAN** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | LEMBAR REKAM MEDIS |  |  |
|  |  |  | SISA, SETELAH DIAMBIL |  |  |
|  |  |  | LEMBAR TSB DIATAS |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **DIMUSNAH** |
|  |  |  | BERKAS REKAM MEDIS |  | **KAN** |
|  |  |  | RUSAK DAN TIDAK TERBACA |  |  |

#### Pengabadian dan pemusnahan rekam medis.

Setelah dilakukan penilaian terhadap nilai guna rekam medis dari DRM in aktif, Tim Pemusnah Rekam kemudian mengabadikan formulir rekam medis yang harus diabadikan sesuai dengan nilai gunanya dan memusnahkan formulir yang sudah tak ada nilai gunanya. Rangkaian kegiatan tersebut meliputi :

Membuat daftar pertelaahan yaitu suatu daftar telaah nilai guna rekam medis dengan mengelompokkan DRM berdasar jenis penyakit (diagnosis) dan kepentingan husus (tertentu) sesuai dengan kasusunya dan kebijakan rumah-sakit.

Membuat Berita Acara Pemusnahan Rekam Medis yang ditandatangani ketua dan sekretaris dan diketahui direktur rumah sakit. Berita Acara Pemusnahan Rekam Medis yang asli disimpan di rumah-sakit, lembar keduanya dikirim kepada pemilik rumah-sakit (untuk rumah-sakit milik Departemen Kesehatan RI ke Dirjen. Pelayanan Medik).

Melaksanaan pemusnahan dengan cara : (a) dibakar dengan menggunakan incenerator atau dibakar biasa, (b) dicacah, dibuat bubur. Bila dilaksanakan oleh Pihak ke III harus disaksikan Tim Pemusnah dengan dibuat berita acara tersendiri.

Khusus untuk formulir rekam medis yang sudah rusak atau sudah tidak terbaca dapat langsung dimusnahkan dengan terlebih dahulu membuat pernyataan diatas kertas segel oleh direktur rumah-sakit.

Contoh berita acara pemusnahan :

|  |
| --- |
| **BERITA ACARA PEMUSNAHAN REKAM MEDIS** |
| **RUMAH-SAKIT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **No. :** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DOKUMEN REKAM MEDIS** | **PERSETUJUAN PEMUSNAHAN** |
| **YANG AKAN DIMUSNAHKAN** | **DOKUMEN REKAM MEDIS** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tanggal | Lokasi | Cara | Jumlah | Pelaksana | **Disetujui untuk dilaksanakan** |
| pemusnahan | pemusnahan | pemusnahan | DRM | pemusnahan |  |  |  |
|  |  |  | (terlampir) |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Ketua Tim |  | Direktur |
|  |  |  |  |  | Pemusnah |  | Rumah-sakit |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Sekretaris |  |  |  |  |
|  |  | Tim Pemusnah |  |  |  |  |

Berita acara pemusnahan dilampiri dengan daftar DRM yang dimusbahkan.

|  |
| --- |
| **DAFTAR DOKUMEN REKAM MEDIS YANG DIMUSNAHKAN** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| No | Nomor | Diagnosis | Kode | Jumlah | Kasus/kepentingan | Jenis |
| urut | rekam medis |  | Diagnosis | Lembar | Tertentu | Kasus tertentu |
|  |  |  |  |  | YA | TIDAK |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Tempat, tanggal pemusnahan

Tim Pemusnah Rekam Medis

Rumah-sakit\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_