

Rekam medis

Rekam Medis adalah berkas berisi catatan dan dokumen tentang pasien yang berisi identitas, pemeriksaan, pengobatan, tindakan medis lain pada sarana pelayanan kesehatan untuk rawat jalan, rawat inap baik dikelola pemerintah maupun swasta (permenkes nomor 209/MENKES/PER/III/2008).

Pengertian Rekam Medis Menurut (Kemenkes, 2008) Nomor 269 pasal 1, “rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien di fasilitas pelayanan kesehatan”.

Huffman (1999)

Menurut Huffman, Rekam Medis adalah fakta yang berkaitan dengan keadaan pasien, riwayat penyakit dan pengobatan masa lalu serta saat ini yang ditulis oleh profesi kesehatan yang memberikan pelayanan kepada pasien tersebut.

UU No.29 Tahun 2004

Menurut UU No.29 Tahun 2004 pasal 46 ayat (1) tentang praktik kedokteran, rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

IDI (2005)

Menurut IDI (2005), Rekam Medis adalah rekaman dalam bentuk tulisan atau gambaran aktivitas pelayanan yang diberikan oleh pemberi pelayanan medik atau kesehatan kepada seorang pasien.

Hanafiah dan Amir (2007)

Menurut Hanafiah dan Amir, Rekam Medis adalah kumpulan keterangan tentang identitas, hasil anamnesis, pemeriksaan, dan catatan segala kegiatan para pelayan kesehatan atas pasien dari waktu ke waktu.

Tujuan dan kegunaan Rekam Medis

Tujuan Rekam Medis

Tujuan Rekam Medis menurut Dirjen Yanmed (2006:13) adalah “menunjang tercapainya tertib administrative dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit”. Tertib administrative merupakan salah satu indikator terciptanya pelayanan kesehatan yang baik. Untuk menjadikan tertib administrative yang baik diperlukan pengelolaan sistem rekam medis yang baik pula.

▪ **Kegunaan Rekam Medis**

Menurut Dirjen Yanmed (2006:13) kegunaan Rekam Medis dapat dilihat dari berbagai aspek , antara lain :

1. Aspek Administratif

Di dalam berkas Rekam Medis terdapat nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedik dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

2. Aspek Medis

Suatu berkas Rekam Medis mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/ perawatan yang diberikan kepada seorang pasien dan dalam rangka mempertahankan mutu pelayanan melalui kegiatan audit medis, manajemen risiko klinis serta keamanan / keselamatan pasien dan kendali biaya.

3. Aspek Hukum

Suatu berkas Rekam Medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan sebagai tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

4. Aspek Keuangan

Suatu berkas Rekam Medis memiliki nilai uang , karena isinya mengandung data/ informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan. Kaitannya rekam medis dengan aspek keuangan sangat erat dalam hal pengobatan, terapi serta tindakan apa saja yang diberikan kepada pasien selama menjalankan perawatan di Rumah Sakit.

5. Aspek Penelitian

Suatu berkas Rekam Medis mempunyai nilai penelitian karena isinya menyangkut data dan informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek pendukung penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

6. Aspek Pendidikan

Suatu berkas Rekam Medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/ informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, informasi tersebut dapat digunakan sebagai bahan/ referensi pengajaran di bidang profesi pendidikan kesehatan.

7. Aspek Dokumentasi

Suatu berkas Rekam Medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan Rumah Sakit.

Sistem Rekam Medis

1. Sistem Penamaan

Sistem penamaan Rekam Medis pada dasarnya adalah untuk memberikan identitas kepada seorang pasien serta untuk membedakan antara pasien satu dengan pasien lainnya, sehingga mempermudah dalam memberikan pelayanan Rekam Medis kepada pasien yang datang berobat ke rumah sakit. Penulisan nama pasien pada Rekam Medis menurut Buku Petunjuk Penyelenggaraan Rekam Medis Rumah Sakit (1991 :11) adalah sebagai berikut:

1. Nama pasien harus lengkap, minimal terdiri dari dua suku kata. Dengan demikian, ada beberapa kemungkinan dalam penulisan nama pasien yaitu :
2. Nama pasien sendiri apa bila sudah terdiri dari dua suku kata.
3. Nama pasien sendiri dilengkapi dengan nama suami, bila seorang perempuan bersuami.
4. Nama pasien sendiri dilengkapi dengan nama orang tua, biasanya nama ayah.
5. Bagi pasien yang mempunyai nama keluarga/marga didahulukan dan kemudian diikuti dengan nama sendiri.
6. Nama ditulis dengan huruf cetak dan mengikuti ejaan yang disempurnakan.
7. Bagi pasien perempuan diakhir nama lengkap ditambah Ny. Atau Nn. sesuai dengan statusnya.
8. Pencantuman titel selalu diletakkan sesudah nama lengkap pasien.
9. Perkataan tuan, saudara, bapak, tidak dicantumkan.
10. Sistem cara pemberian nomor (Numering System)

Rekam Medis pada hampir semua lembaga pelayanan kesehatan disimpan menurut nomor, yaitu berdasarkan nomor pasien masuk (admission number). Menurut Buku Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Rekam Medis Rumah Sakit, (1991 : 13) ada 3 (tiga) macam sistem pemberian nomor pasien masuk (*admission numbering system*) yang umum dipakai yaitu :

1. Pemberian nomor cara seri (serial numbering system)

Dengan sistem ini setiap pasien mendapat nomor baru setiap kunjungan ke rumah sakit. Jika pasien berkunjung lima kali, mendapat lima nomor yang berbeda. Semua nomor yang diberikan kepada pasien tersebut harus di catat pada Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP) pasien yang bersangkutan. Rekam Medisnya disimpan diberbagai tempat sesuai nomor yang telah diperoleh.

2. Pemberian nomor cara unit (unit numbering system)

Sistem ini memberikan hanya satu unit rekam medis kepada pasien baik pasien tersebut berobat jalan maupun rawat inap. Pada saat seorang pasien berkunjung pertama kali ke rumah sakit apakah sebagai pasien berobat jalan ataupun untuk dirawat, kepadanya diberikan satu nomor (*admitting number*) yang akan dipakai selamanya setiap kunjungan berikutnya, sehingga pasien tersebut hanya mempunyai satu rekam medis yang tersimpan dibawah satu nomor.

3. Pemberian nomor cara seri unit (serial unit numbering system)

Sistem ini merupakan gabungan antara sistem seri dan sistem unit. Setiap pasien yang berkunjung ke rumah sakit diberikan satu nomor baru tetapi rekam medisnya yang terdahulu digabungkan dan disimpan di bawah nomor yang paling baru sehingga terciptalah satu unit rekam medis. Apa bila satu rekam medis lama diambil dan dipindahkan tempatnya ke nomor yang baru, di tempat yang lama diberi tanda petunjuk yang menunjukkan kemana rekam medis tersebut dipindahkan.

Aspek Hukum Rekam Medis

1. UU Kesehatan Nomor 36 tahun 2006 tentang kesehatan.
2. UU Nomor 7 tahun 1971 tentang ketentuan – ketentuan pokok kearsipan
3. Undang undang no 29 tahun 2004 tentang praktek kedokteran pasal 48 ayat (1) disebutkan bahwa setiap dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktek kedokteran wajib membuat rekam medis.
4. Peraturan Pemerintah nomor 10 tahun 1996 tentang wajib simpan rahasia kedokteran.
5. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 269/ MENKES/PER/III/2008 tentang rekam medis.
6. Keputusan Menteri Kesehatan nomor 034/ Birhub/1972 tentang perencanaan dan pemeliharaan rumah sakit dimana antara lain disebutkan bahwa guna menunjang terselenggaranya rencana induk yang baik, maka setiap rumah sakit diwajibkan :
7. Mempunyai dan merawat statistic yang up to date
8. Membina rekam medis yang didasarkan ketentuan yang telah ditetapkan.
9. Keputusan Direktur Jendral Pelayanan Medik No 78/Yanmed/RS Umum dik/ynu/i/1991 tentang pelaksanaan penyelenggaraan rekam medis di Rumah Sakit.

Konsep Peminjaman / Pengambilan (retrival)

Prosedur Peminjaman

Dalam kegiatan penyimpanan dan pengambilan kembali agar pelaksanaan dapat di simpan dan di ambil kembali dengan cepat dan tepat serta dapat di pelihara/dapat di simpan dalam waktu yang lama tanpa cepat rusak, maka sarana dan prasarananya harus mendukung,yaitu sebagai berikut:

1. Ruang penyimpanan
2. Alat penyimpanan
3. Petunjuk penyimpanan atau penyekat antara beberapa RM
4. Pelindung rekam medis
5. Bon peminjaman
6. Outguides (petunjuk keluar) atau tracer
7. Alat penunjang lainnya.

Pengambilan kembali Rekam Medis (Retrival)

Kegiatan pengambilan kembali Rekam Medis dari tempat penyimpanan di lakukan karena kebutuhan diantaranya:

1. Untuk berobat jalan/kontrol
2. Untuk rawat inap
3. Untuk penelitian
4. Untuk pendidikan
5. Untuk pengadilan
6. Untuk Analisa kuantitatif dan kualitatif

Ketentuan pengambilan kembali rekam medis

7. Setiap RM yang di ambil kembali / keluar harus di ganti menggunakan out guide / petunjuk keluar
8. Peminjam harus mengembalikan tepat waktu dalam keadaan baik
9. Ditentukan kebijakan / peraturan berapa lama / waktu RM dapat di luar rak penyimpanan sesuai dengan jenis peminjamnya. Idealnya setelah jam kerja sudah kembali lagi.
10. RM tidak boleh di bawa keluar RS kecuali atas perintah pengadilan.
11. Peminjaman RM untuk keperluan pembuatan makalah ,riset,dll oleh dokter / tenaga kesehatan lainnya sebaiknya di kerjakan di ruang RM.
12. Mahasiswa dapat meminjam RM jika mempunyai surat pengantar dari dokter ruangan.
13. Untuk pasien yang di rujuk,RM tidak boleh di bawa cukup dengan resume akhir pelayanan.

Prosedur Pengambilan Kembali Rekam Medis

- Setelah ada permintaan untuk peminjaman, maka sebelum di lakukan pengambilan kembali di buat kan bon peminjaman (rangkap 3).
- Menyimpan bon peminjaman pada RM, Out Guide dan pada kotak Bon peminjaman di unit RM atau di tempat yang meminjamnya.
- Menyimpan Out Guide pada tempat RM yang di ambil.
- Apabila ada perpindahan peminjaman maka di catat pada slip transfer dan di beritakan ke unit RM
- Slip transfer di simpan di Out Guide.

▪ Tata cara pengambilan kembali rekam medis

Menurut Dirjen Yanmed (2006 : 92) :

1) Pengeluaran Rekam Medis

Ketentuan pokok yang harus ditaati ditempat penyimpanan adalah :

1. Rekam medis tidak boleh keluar dari ruang penyimpanan rekam medis, tanpa tanda keluar / kartu peminjaman rekam medis. Peraturan ini tidak hanya berlaku bagi orang-orang diluar ruang rekam medis, tetapi juga bagi petugas rekam medis sendiri.

2. Seorang harus menerima / meminjam rekam medis, berkewajiban untuk mengembalikan dalam keadaan baik dan tepat waktu. Dan harus dibuat ketentuan berapa lama jangka waktu peminjaman berkas rekam medis, atau rekam medis berada diluar ruang penyimpanan rekam medis. Seharusnya setiap berkas rekam medis kembali lagi ke raknya pada setiap akhir kerja, sehingga dalam keadaan darurat staf Rumah Sakit dapat mencari informasi yang diperlukan.
3. Rekam medis tidak dibenarkan berada di luar rumah sakit, kecuali atas perintah pengadilan.
4. Dokter-dokter atau pegawai-pegawai Rumah Sakit yang berkepentingan dapat meminjam Rekam Medis, untuk dibawa keruangan kerjanya selama jam kerja, tetapi semua Rekam Medis harus dikembalikan keruang Rekam Medis pada akhir jam kerja.
5. Jika beberapa Rekam Medis akan digunakan selama beberapa hari, Rekam Medis tersebut disimpan dalam tempat sementara diruang Rekam Medis.
6. Kemungkinan Rekam Medis dipergunakan oleh beberapa orang, dan berpindah dari satu orang ke lain orang harus dilakukan dengan mengisi “Kartu Pindah Tangan” karena dengan cara ini rekam medis tidak perlu bolak-balik dikirim kebagian rekam medis, untuk diletakkan sebagai petunjuk keluarnya rekam medis, kartu pindah tangan tersebut berisi : tanggal, pindah tangan dari siapa, kepada siapa. Untuk keperluan apa, dan digunakan oleh dokter siapa.

Petunjuk Keluar (Kartu Pinjam / Tracer).

Petunjuk keluar menurut Dirjen Yanmed (2006 : 93) adalah suatu alat yang penting untuk mengawasi penggunaan Rekam Medis. Dalam penggunaannya “Petunjuk keluar” ini diletakkan sebagai pengganti pada tempat berkas Rekam Medis yang diambil (dikeluarkan) dari rak penyimpanan. Kartu pinjam / petunjuk keluar tetap berada di rak file tersebut. sampai berkas rekam medis yang diambil (dipinjam) kembali ke tempat semula.

Petunjuk keluar yang paling umum dipakai bentuk kartu yang dilengkapi dengan kantong tempel tempat menyimpan surat pinjam. Kartu pinjam / petunjuk keluar ini dapat diberi warna, yang maksudnya untuk mempercepat petugas melihat tempat-tempat penyimpanan kembali berkas Rekam Medis yang bersangkutan. Petunjuk keluar ini haruslah dibuat dari bahan (kertas) yang keras dan kuat.

Konsep Rawat Inap

Rawat Inap adalah pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi observasi, diagnose, pengobatan, keperawatan, rehabilitasi medik dengan menginap diruangan Rawat Inap pada sarana kesehatan Rumah Sakit pemerintah dan swasta, serta puskesmas perawatan dan rumah bersalin, yang oleh karena penyakitnya penderita harus menginap.

Rawat Inap merupakan suatu bentuk perawatan, dimana pasien dirawat dan tinggal di Rumah Sakit untuk jangka waktu tertentu. Selama pasien dirawat, Rumah Sakit harus memberikan pelayanan yang terbaik kepada pasien (Posma (2001) yang dikutip dari Anggraini (2008).

Pelayanan Rawat Inap adalah pelayanan terhadap pasien masuk Rumah Sakit yang menempati tempat tidur perawatan untuk keperluan observasi, diagnose, terapi, rehabilitasi medik dan atau pelayanan medik lainnya (Depkes RI (1997) yang dikutip dari Suryanti (2002)

Kegiatan Pelayanan Rawat Inap yaitu:

1. Penerimaan pasien (*Admission*)
2. Pelayanan medik
3. Pelayanan penunjang medik
4. Pelayanan perawatan
5. Pelayanan obat
6. Pelayanan gizi
7. Pelayanan administrasi keuangan.

Konsep Dasar Sistem Informasi

1. Pengertian Sistem

Menurut Azrul Azwar (2008:18) sistem adalah kumpulan dari bagian-bagian yang membentuk suatu kesatuan yang majemuk, dimana masing-masing bagian bekerja sama secara bebas dan terkait untuk mencapai sasaran kesatuan dalam situasi yang majemuk pula.

Sistem adalah suatu kumpulan yang kompleks dan juga saling berinteraksi satu sama lainnya apabila kumpulan tersebut di gabungkan menjadi satu kesatuan yang utuh (Benner, dkk : 2010)

Menurut O'Brien & Marakas (2008), mengatakan bahwa yang di maksud dengan sistem adalah sekumpulan komponen-komponen yang saling berkaitan satu sama lain, yang memiliki batasan-batasan tertentu yang jelas. Lebih lanjut di katakan pula bahwa sistem dapat saling bekerja bersamaan dalam mencapai tujuan dengan cara menerima input dan menghasilkan output dalam suatu proses yang terorganisir.

Pengertian Informasi

Informasi didefinisikan “merupakan hasil pengolahan data sehingga menjadi bentuk yang penting bagi penerimanya dan mempunyai kegunaan sebagai bahan dalam pengambilan keputusan yang dapat dirasakan akibatnya secara langsung saat itu juga atau secara tidak langsung pada saat mendatang”. (Sutanta, 2007 : 10).

Pengertian Sistem Informasi

Sistem Informasi adalah sekumpulan komponen yang saling berhubungan, mengumpulkan atau mendapatkan, memproses, menyimpan, dan mendistribusikan informasi untuk menunjang pengambilan keputusan dan pengawasan dalam suatu organisasi serta membantu manajer dalam mengambil keputusan (Kenneth C Laudon & Jane P. Loudon , 2010).

FRAUD DIPELAYANAN KESEHATAN

Adanya tindakan kecurangan (fraud) di pelayanan kesehatan menimbulkan turunnya mutu pelayanan jaminan kesehatan dan layanan fasilitas kesehatan bagi peserta JKN, terkait hal tersebut ICW dan 14 organisasi pemantau pada tahun 2017 menemukan kecurangan JKN yang terdiri dari peserta BPJS sebanyak 10 temuan, BPJS kesehatan 1 temuan, fasilitas kesehatan 36 temuan, dan penyedia obat sebanyak 2 temuan.

Berikut jenis penyimpangan yang termasuk dalam kategori 'Fraud' dalam pelayanan kesehatan menurut permenkes No. 36 Tahun 2015

1. **Upcoding** yang berarti penulisan kode diagnosis yang berlebihan dengan cara mengubah kode diagnosis dan atau prosedur menjadi kode yang memiliki tariff lebih tinggi dari yang seharusnya.
2. **Cloning** yaitu penjiplakan klaim dari pasien lain, dengan cara menyalin dari klaim pasien lain yang sudah ada.
3. **Phantom Billing** yaitu melakukan klaim atas layanan yang tidak pernah diberikan.
4. **Services unbundling / fragmentation** merupakan klaim atas dua atau lebih diagnose dan atau prosedur yang seharusnya menjadi satu paket pelayanan dalam episode yang sama, untuk mendapatkan nilai klaim yang lebih besar pada satu episode perawatan pasien.
5. **Inflated Bills** atau penggelembungan tagihan obat dan alkes
6. **Repeat billing** merupakan klaim yang diulang dalam kasus yang sama
7. **Prolonged of stay** merupakan klaim atas biaya pelayanan yang lebih besar akibat perubahan lama hari perawatan rawat inap yang tidak sesuai ketentuan.
8. **Type of room charge** merupakan klaim atas pelayanan kesehatan kesehatan yang lebih besar dari biaya kelas perawatan yang sebenarnya.
9. **Cancelled services** atau membatalkan tindakan yang wajib dilakukan
10. **No medical value** atau melakukan tindakan yang tidak perlu
11. **Standard of care** atau penyimpangan terhadap standard pelayanan
12. **Unnecessary treatment** atau memberikan pelayanan pengobatan yang tidak perlu

Pengertian Pendaftaran

Pendaftaran merupakan dari suatu prosedur pelayanan rumah sakit guna mendapatkan identitas seorang pasien yang datang ke rumah sakit. Pendaftaran memiliki fungsi yang sangat penting dalam rumah sakit yaitu sebagai pemberian jasa pelayanan pertama yang menentukan

baik buruknya pelayanan yang diberikan dirumah sakit. Untuk menentukan pelayanan selanjutnya yang akan diberikan.

Menurut dirjen yanmed (2006:22) pendaftaran adalah tatacara penerimaan pasien yang akan berobat ke poliklinik maupun di rawat yang merupakan dari suatu system prosedur pelayanan rumah sakit. Dapat dikatakan bahwa disinilah pelayanan pertama kali di terima oleh seorang pasien saat tiba dirumah sakit. Maka dalam tatacara penerimaan inilah seorang pasien mendapatkan kesan baik ataupun buruk dari suatu pelayanan rumah sakit. Tata cara penerimaan pasien dapat dinilai dengan baik dengan sikap ramah, sopan, tertib, dan penuh tanggung jawab .

Pengertian Rawat Jalan

Menurut Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No.560/Menkes/SK/IV/2003 tentang tarif perjan rumah sakit bahwa rawat jalan adalah pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medis dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa menginap dirumah sakit. (azrul Azwar 1996:75) .

Alur Rekam Medis Rawat Jalan

1. Pasien mendaftarkan diri ke tempat pendaftaran rawat jalan.
2. Apabila pasien baru : pasien mengisi formulir pendaftaran pasien baru yang telah disediakan.
3. Apabila pasien lama (pasien yang pernah berobat sebelumnya) : pasien menyerahkan kartu pasien (kartu berobat) kepada petugas pendaftaran di Tempat Pelayanan Pendaftaran Rawat Jalan.
4. Di Tempat Pelayanan Pendaftaran :
 - Untuk pasien baru, petugas tempat Pelayanan Pendaftaran Rawat jalan Petugas menginput identitas sosial dan untuk pasien lama petugas menginput antara lain : Nama pasien ,Nomor Rekam Medis ,Nomor Registrasi, Poliklinik yang dituju, Keluhan yang dialami.
 - Petugas TPP membuat kartu berobat (kartu pasien) untuk diberikan kepada pasien baru yang harus dibawa setiap pasien tersebut berobat ulang.
 - Untuk pasien baru, petugas TPPRJ akan menyiapkan berkas rekam medis pasien baru
 - Bagi pasien kunjungan ulang atau pasien lama, harus memperlihatkan kartu berobat kepada petugas penerimaan pasien. Selanjutnya petugas akan menyiapkan berkas rekam medis pasien lama tersebut.
 - Apabila pasien lupa membawa kartu berobat maka berkas rekam medis pasien lama dapat ditemukan dengan mengetahui nomor rekam medis pasien melalui pencarian KIUP (Kartu Indeks Utama Pasien) atau pada RS yang telah menggunakan sistem komputerisasi dengan mudah nomor pasien dapat dicari melalui pencarian pada database.
5. Berkas rekam medis pasien dikirim ke poliklinik oleh petugas rekam medis yang telah diberikan kewenangan untuk membawa rekam medis.
6. Petugas poliklinik mencatat pada buku register pasien rawat jalan poliklinik antara lain : tanggal kunjungan, nama pasien, nomor rekam medis, jenis kunjungan, tindakan atau pelayanan yang diberikan dsb.

7. Dokter pemeriksa mencatat riwayat penyakit, hasil pemeriksaan, diagnosis, terapi yang ada relevansi nya dengan penyakitnya pada kartu atau lembaran rekam medis (catatan dokter poliklinik)
8. Petugas poliklinik (perawat/ bidan) membuat laporan atau rekapitulasi harian pasien rawat jalan.
9. Setelah pemberian pelayanan kesehatan di poliklinik selesai dilaksanakan petugas poliklinik mengirimkan seluruh berkas rekam medis pasien rawat jalan berikut rekapitulasi harian pasien rawat jalan, ke instalasi rekam medis paling lambat 1 jam sebelum berakhir jam kerja.
10. Petugas rekam medis memeriksa kelengkapan pengisian rekam medis dan untuk yang belum lengkap segera diupayakan untuk melengkapannya
11. Petugas instalasi rekam medis mengolah rekam medis yang sudah lengkap, dimasukkan ke dalam kartu indeks penyakit, kartu indeks operasi, sesuai dengan penyakitnya.
12. Petugas instalasi rekam medis membuat rekapitulasi setiap akhir bulan nya, untuk membuat laporan dan statistik rumah sakit.
13. Berkas rekam medis pasien disimpan berdasarkan nomor rekam medisnya (apabila menyangkut sistem desentralisasi) rekam medis pasien rawat jalan disimpan secara terpisah pada tempat penerimaan pasien rawat jalan. (Dirjen Yanmed 2006:37)

2.4 Pengertian Pasien

Menurut peraturan Menkes RI No.269/Menkes/Per/III/2008 tentang rekam medis bab 1, Pasal 1 “Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatan untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada dokter atau dokter gigi”

2.4.1 Jenis Pasien

Dalam penerimaan pasien akan menghadapi berbagai kategori pasien, dimana pasien yang datang ke rumah sakit dapat dibedakan ke dalam beberapa kategori yaitu :

1. Dilihat dari segi pelayanan rumah sakit dibedakan menjadi :

- Pasien yang dapat menunggu

Pasien berobat jalan yang datang dengan perjanjian, Pasien yang datang tidak dalam keadaan darurat.

- Pasien yang segera ditolong (pasien gawat darurat)

2. Sedangkan menurut jenis kedatangan pasien dibedakan menjadi :

- Pasien Baru

Adalah pasien yang baru pertama kali datang ke rumah sakit untuk keperluan mendapatkan pelayanan kesehatan.

- Pasien lama

Adalah pasien yang telah datang sebelumnya untuk keperluan berobat atau mendapatkan pelayanan kesehatan

3. Kedatangan pasien dapat terjadi karena :

- Dikirim oleh dokter praktek diluar rumah sakit.
- Dikirim oleh rumah sakit lain, puskesmas atau jenis pelayanan kesehatan lainnya.

- Datang atas kemauannya sendiri. Sumber : (Dirjen Yanmed 2006:33)

Proses Pengelolaan Rekam Medis Penataan Rekam Medis

1. Assembling

adalah salah satu bagian di unit **rekam medis** dengan tugas pokok mengurutkan kembali dokumen **rekam medis** dari rawat jalan, gawat darurat dan rawat inap sesuai dengan kronologi penyakit pasien yang bersangkutan

2. Coding

adalah salah satu kegiatan pengolahan data **rekam medis** untuk memberikan kode dengan huruf atau dengan angka atau kombinasi huruf dan angka yang mewakili komponen data

3. INDEX

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

Jenis indeks biasa dibuat :

1. Indeks Pasien

Indeks Pasien adalah satu kartu katalog yang berisi nama semua pasien yang pernah brobat di rumah sakit.

Kegunaan indeks penderita adalah sebagai kunci untuk menemukan berkas rekam medis seorang penderita.

2. Indeks Penyakit (Diagnosis) dan operasi

Indeks penyakit (diagnosis) dan operasi adalah suatu kartu katalog yang berisi kode penyakit dan kode operasi yang berobat di rumah sakit

3. Indeks Dokter

Indeks Dokter adalah suatu kartu katalog yang berisikan nama dokter yang memberikan pelayanan medik kepada pasien. Kegunaan untuk menilai pekerjaan dokter dan bukti pengadilan

INDEKS KEMATIAN

Informasi yang tetap dalam indeks kematian

1. Nama penderita
2. Nomor rekam medis
3. Jenis kelamin
4. Umur
5. Kematian : kurang dari sejam post operasi
6. Dokter yang merawat
7. Hari perawatan

8. Wilayah

PENYIMPANAN BERKAS REKAM MEDIS

Suatu kegiatan yang dilakukan petugas untuk memasukkan/menyimpan kembali berkas rekam medis pasien rawat jalan atau rawat inap. Ada dua cara pengurusan penyimpanan dalam penyelenggaraan rekam medis yaitu :

1. Sentralisasi

Sentralisasi ini diartikan menyimpan berkas rekam medis seorang pasien dalam satu kesatuan baik catatan-catatan kunjungan poliklinik maupun catatan-catatan selama seorang pasien dirawat

2. Desentralisasi

Dengan desentralisasi terjadi pemisahan antara rekam medis poliklinik dengan rekam medis penderita dirawat. Rekam medis disimpan disatu tempat penyimpanan, sedangkan rekam medis penderita dirawat disimpan di bagian pencatatan medik

UNSUR KATA PEMBENTUK ISTILAH MEDIS

1. Prefix (Kata depan, preposition)

Prefix (awalan) diletakkan di bagian depan (sebelum root/combining form)

Fungsi prefik adalah memodifikasi arti root dengan memberi informasi tambahan (keterangan) tentang lokasi organ, jumlah bagian atau waktu terkait

2. Root dan (Akar kata)

1. Word root/Akar kata medis.

2. tidak selalu menggambarkan bagian tubuh, dapat juga menunjukkan warna.

3. Suffix (Kata akhiran, Kata keterangan)

untuk menyelesaikan istilah

Akhiran ditambahkan di akhir root

Menurut Kepmenkes RI No.129/Menkes/SK/IV/2008 pelayanan rawat jalan dengan indikator waktu tunggu pelayanan di rawat jalan adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dengan diterima/dilayani oleh dokter spesialis yaitu ≤ 60 menit

1. BOR (Bed Occupancy Ratio) = Rata-rata jumlah pasien keluar * jumlah kapasitas tempat tidur * 100%. Angka yang menunjukkan presentase tempat tidur yg digunakan dalam satu tahun, BOR ideal = 75 – 85 %.
2. AVLOS (Average Length Of Stay) = rata jumlah pasien keluar * periode * jumlah hari perawatan. Angka yang menunjukkan rata-rata lamanya seorang pasien dirawat, AVLOS ideal = 3 -12 hari.
3. TOI (Turn Over Interval) = (jumlah kapasitas tempat tidur – rata jumlah pasien keluar) * periode / jumlah hari perawatan. Rata-rata jumlah hari sebuah tempat tidur tidak terisi, yaitu waktu antara sebuah tempat tidur ditinggalkan pasien sampai dengan saat ditempati lagi oleh

4. BTO (Bed Turn Over) = jumlah hari perawatan / jumlah kapasitas tempat tidur. Angka yang menunjukkan tingkat penggunaan sebuah tempat tidur, rata-rata jumlah pasien yang menggunakan setiap tempat tidur dalam tahun yang bersangkutan. BTO ideal => 30 kali.

ICD Adalah Klasifikasi Penyakit Internasional (bahasa Inggris: International Classification of Diseases, disingkat ICD) adalah suatu sistem klasifikasi penyakit yang dikelola oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dan digunakan secara global

idolappppk.com