

BAB IV SISTEM PENGARSIPAN RM

Lily Widjaya, SKM., MM.



Gambar 4.1
Rak Penyimpanan secara Elektrik

PENDAHULUAN

Setelah mempelajari cara membuat buku register, kita lanjutkan dengan sistem penyimpanan Medis (RM). Apakah anda bekerja di bagian pengarsipan/ penyimpanan RM? Bagaimana sistemnya? Apakah menyusunnya menggunakan urutan nama pasien atau menggunakan nomor? Tentunya kita tidak asing lagi dengan sistem penomoran. Bila anda menuju ke rak penyimpanan RM; Apakah tampak tersusun rapi atau tumpang tindih serta sebagian tumpah ruah dan bertumpuk dipojok ruangan? Hal inilah yang akan kita pelajari, sistem yang terbaik tergantung dalam mengelola RM di insitutsi pelayanan baik rumah sakit, klinik ataupun puskesmas. Mengapa perlu menggunakan suatu sistem?? Karena sistem penyimpanan RM yang tepat dan sarana prasarana yang tersedia sangat mempengaruhi mutu pelayanan baik rawat jalan, inap dan gawat darurat.

Apabila sebagai petugas Registrasi pasien anda berada di tempat pendaftaran pasien (front office) dan melayani langsung pasien yang datang, tetapi sebagai petugas penyimpanan RM anda berada di ruang penyimpanan yang letaknya di ruang yang berbeda (back office) dan letaknya sebaiknya tidak terlalu jauh dari tempat pendaftaran pasien.

Dalam bab ini, anda akan mempelajari sistem pengarsipan/penyimpanan. Setelah mempelajari mata kuliah ini, diharapkan anda sebagai mahasiswa mampu menjelaskan tentang Sistem Pengarsipan RM Terkait Peraturan, Jenis Pengarsipan, terutama Sistem Penomoran, serta mampu melaksanakan Pengambilan kembali, Pendistribusian dan Pengembalian RM

Pada topik Pengarsipan akan diurai tentang pengertian Sistem Pengarsipan RM Terkait Peraturan, Jenis Pengarsipan, terutama Sistem Penomoran . Pada topik berikutnya menjelaskan cara melaksanakan Pengambilan kembali RM kemudian mendistribusikannya ke tempat yang membutuhkan dan Pengembalian RM dari tempat peminjam kembali ke ruang penyimpanan.

Materi dalam bab ini meliputi:

1. Peraturan yang terkait Sistem Pengarsipan
2. Jenis Pengarsipan, terutama Sistem Penomoran

Topik

Jenis Pengarsipan

A. SISTEM PENGARSIPAN

Berdasarkan IFHIMA (2012), **sistem pengarsipan** merupakan system identifikasi RM yang dapat dilakukan dengan 2 cara yaitu secara **ALFABETIK dan PENOMORAN**. Sistem ini sejalan dengan yang ada di Indonesia yang berdasarkan kementerian kesehatan pada Pedoman penyelenggaraan Manajemen Informasi Kesehatan (2006)

Berdasarkan The Liang Gie (2007) , pengarsipan umum dapat disimpan dengan beberapa cara:

1. Alfabetik
2. Alfanumerik
3. Numerik
4. Kronologis/ Tanggal
5. Wilayah
6. Kasus

1. Alfabetik

Bentuk paling sederhana dari identifikasi RM adalah dengan abjad/ alfabetik nama pasien untuk mengidentifikasi dan mengajukan RM pasien. Dan karena hanya nama pasien digunakan untuk mengidentifikasi RM, itu juga merupakan cara termudah pengambilan RM, sehingga tidak diperlukan referensi silang nama pasien ke nomor RM pada KIUP/ IUP (lihat pada bab3). Sangat penting ejaan nama pasien , ejaan harus akurat. Hal ini juga penting untuk menciptakan sebuah sistem untuk melacak perubahan nama, seperti dari perkawinan atau perceraian. Hal ini diperlukan untuk benar-benar melatih staf untuk **memverifikasi** nama pasien dan ejaan, dan keakuratan dan kekonsistensian penyimpanan RM.

Untuk diperhatikan bahwa pentingnya menjaga **kerahasiaan** nama pasien. Sejak di folder RM diidentifikasi hanya dengan nama pasien, dan bukan angka, sehingga identitas pasien tidak dilindungi. Identifikasi secara alfabetik merupakan yang paling praktis di institusi pelayanan kesehatan yang lebih kecil dengan populasi pasien stabil. Populasi pasien yang lebih besar akan mengakibatkan menemui beberapa pasien dengan **nama yang sama**, yang mengarah ke kemungkinan tercampur-baurnya RM pasien. Hal ini juga paling praktis untuk fasilitas dengan sedikit atau tanpa komputerisasi.

a. Cara penyimpanan dengan alfabetik

Penyimpanan secara alfabetis dari nama pasien. Pengarsipan Rekam Medis disesuaikan dengan sistim penamaan yang dipakai. Bila menggunakan sistim "**nama keluarga/ family name**" maka nama keluarga , diikuti nama pertama, dan kemudian nama kedua (USA). Bila menggunakan sistim "nama langsung" maka nama pertama, diikuti nama kedua, ketiga bila ada dan terakhir nama keluarga.

b. *Tipe penyimpanan alfabetik*

Cocok untuk instalasi pelayanan kesehatan yang jumlah pasiennya tidak banyak (kurang dari 50 perhari)

Penamaan Langsung:

Shanti Mayangsari Prasetyo -> di kelompok **S**

Family Name

Prasetyo, Shanti Mayangsari -> di kelompok **P**

2. Alfamerik

Sama dengan tipe alfabetik, pengarsipan Rekam Medis secara alfabetis dari nama pasien yang diikuti nomor urut. Alfabetik untuk awal nama dan Numerik = nomor urut untuk alfabet tersebut

Contoh:

Penamaan Langsung:

Shanti Mayangsari Prasetyo -> di kelompok **S-022**

Family Name

Prasetyo, Shanti Mayangsari -> di kelompok **P-033**

3. Kronologis/ Tanggal

Pada masa yang lalu Rekam Medis pasien belum menggunakan Map Rekam Medis, dicatat dalam **buku besar** dan dokter menulis sesuai dengan tanggal pasien tersebut datang. Saat ini Rekam Medis pasien telah dibuat map untuk setiap pasien, buku tidak lagi digunakan, karena sangat menyulitkan dalam membaca secara berkesinambungan riwayat penyakit si pasien. Tipe ini lebih banyak digunakan oleh pengarsipan sekretariat.

Sebagai Contoh: **Klinik Mayo** di Rochester, Minnesota kemudian diberi nama St. Mary's Hospital, sejak berdiri 1889 Rekam Medis nya **menggunakan buku besar** untuk diagnosa tertentu, khusus untuk klinik bedah saja. **Henry S. Plummer** seorang "*Clinic Associate*" tahun 1900 diminta oleh pimpinan Klinik Mayo untuk memperbaiki penataan Rekam Medis, maka dibuatlah **Sistim Penyimpanan** yang setiap pasien mendapatkan 1 berkas Rekam Medis dan bersifat sentralisasi dimana semua catatan medis pasien dikumpulkan dalam berkas tsb. termasuk sertifikat kelahiran dan kematian pasien serta disusun secara kronologis. Setiap berkas pasien tersebut diberi nomor dan disusun berdasarkan nomor (Widjaya, 2015).



Gambar 4.5

Mayo Clinic History and Heritage.



Gambar 4.6

Charles and William Mayo

5. Wilayah

Pada puskesmas pada masa lalu ditemui pengarsipan dengan memisahkan rekam medis pasien berdasarkan kecamatan asal si pasien yang menjadi tanggung jawab atau ruang lingkup dari Puskesmas tersebut. Berbeda untuk di rumah sakit, karena pasien juga berasal dari berbagai tempat tinggal dan malah dari berbagai daerah.



Gambar 4.7

Tempat Pendaftaran pasien Rawat Jalan di Puskesmas



Gambar 4.8

Rak Penyimpanan Statis Sederhana tidak bersih dan tanpa Tracer



Gambar 4.9

Rak Penyimpanan Statis Sederhana yang bersih dan rapi dengan Sistem Angka Akhir

5. Kasus

Rekam medis tidak mungkin dibuat berdasarkan kasus. Karena seorang pasien mungkin saja menderita tidak hanya satu penyakit tetapi beberapa penyakit, sehingga RM nya bisa menjadi beberapa berkas dan terletak di beberapa lokasi. Melihat pada masa yang lalu pernah dilakukan pengarsipan dengan cara ini. RM dipisah berdasarkan diagnosa penyakit tertentu.

Contoh:

- Seperti Klinik Mayo (1889) yang menyusun indeks penyakit berdasarkan kasus. **Indeks penyakit** berdasarkan sistem organ tubuh yang dimasukkan dalam kartu (5x7 inchi)

disusun secara alfabetik oleh sekretarisnya bernama Mabel Root. Saat ini tidak ada lagi yang menggunakan cara ini.

- Perpustakaan mengarsip Buku-buku sesuai bidang keilmuan



Gambar 4.10

Pengarsipan buku di Kepustakaan Universitas Esa Unggul, 2017

6. Penomoran (Numerik)

Sistem pengarsipan rekam medis umumnya dilakukan berdasarkan penomoran rekam medis pasien. Dengan pengarsipan secara alfabetik nama pasien sering terjadi kesalahan dibanding dengan sistem penomoran, karena nama yang sering sama dan ejaan yang sering berbeda, namun bagi unit pelayanan kesehatan yang relatif kecil hal ini lebih memudahkan pelaksanaan. Untuk selanjutnya sistem penomoran ini akan kita bahas lebih luas.

B. SISTEM PENGARSIPAN DENGAN CARA PENOMORAN

Berdasarkan petunjuk teknis pengelolaan rekam medis di rumah sakit (2006) Sistem pengarsipan rekam medis di Indonesia dilakukan berdasarkan penomoran rekam medis pasien. Setiap rekam medis baru harus mendapat nomor yang diurut secara kronologis dan nomor tersebut digunakan oleh seluruh unit/ bagian di RS tersebut. Penomoran yang keluar dari sistem komputerisasi berurut secara otomatis. Bagi rumah sakit yang masih manual maka bank nomor diatur oleh unit rekam medis. Setiap hari nomor didistribusi ditempat pendaftaran rawat jalan dan gawat darurat sesuai perkiraan jumlah pasien baru perhari. Bila terjadi kelebihan nomor yang didistribusi maka dapat digunakan pada hari berikutnya, sebaliknya bila kurang maka dapat ditambah sesuai kebutuhan.

Ada 3 jenis sistem penomoran RM pasien :

1. Pemberian Nomor Cara Seri (*Serial Numbering System*)
2. Pemberian Nomor Cara Unit (*Unit Numbering System*)
3. Pemberian Nomor Cara Seri Unit (*Serial-Unit Numbering System*)

1. Pemberian Nomor Cara Seri (*Serial Numbering System*)

a. Pengertian

Setiap pasien mendapat nomor RM baru setiap kunjungan ke RS. Jika ia berkunjung 3 kali maka ia akan mendapat 3 nomor yang berbeda. Semua nomor yang diberikan kepada pasien itu harus dicatat di Kartu Indeks Utama Pasien (*Master Index Patient's*), sedangkan Rekam Medis nya disimpan diberbagai tempat, terpisah-pisah sesuai dengan nomor yang diberikan serta sistim penjajaran yang digunakan.

b. Kelebihan

- 1) Setiap pasien dapat dilayani langsung di klinik yang dituju tanpa membutuhkan waktu menunggu untuk pengambilan RM yang lama
- 2) Melakukan Retensi RM dengan memilah RM inaktif menjadi mudah oleh karena Rekam Medis dengan nomor kecil akan terletak di dalam kelompok RM lama

c. Kekurangan

- 1) Selalu mengulang pemberian nomor baru setiap kedatangan pasien. Hal ini dapat dikatakan pemborosan nomor.
- 2) RM lama tidak digunakan dalam pengobatan sehingga dokter tidak melihat kronologis penyakit yang terdahulu, kecuali bila diminta .

2. Pemberian Nomor Cara Unit (*Unit Numbering System*)

a. Pengertian

Setiap pasien yang berkunjung hanya diberikan satu (1) nomor Rekam Medis baik untuk kunjungan Rawat Jalan/ gawat darurat maupun Rawat Inap. Pada saat pasien datang pertama kali ke RS diberikan satu (1) nomor yang akan dipakai selamanya untuk kunjungan berikutnya, sehingga Rekam Medis si pasien hanya tersimpan dalam satu berkas di dalam satu nomor. Oleh karena itu setiap pasien berulang datang untuk mendapatkan pelayanan maka RM nya harus diambil di rak penjajaran untuk digunakan saat pengobatan/ pelayanan.

b. Kelebihan Penomoran Secara Unit

- 1) Rekam medis pasien terpusat di satu berkas.
- 2) Sistem menyediakan Rekam Medis pasien yang lengkap menggambarkan riwayat sakit/ kesehatan pasiennya dan terapi yang pernah diterima pasien pada setiap asuhan medis/kesehatan.
- 3) RM terjajar di satu tempat khusus.
- 4) Perlu diperhatikan bahwa apabila telah diputuskan untuk menerapkan cara unit, maka semua staf harus mengecek KIUP sebelum menerbitkan nomor bagi RM baru. Ini untuk memastikan bahwa tidak terjadi adanya duplikasi pasien bagi satu nomor atau duplikasi rekam medis bagi satu pasien.
- 5) Mengurangi pekerjaan dalam hal mengumpulkan Rekam Medis pasien yang terpisah-pisah seperti pada Serial Numbering system.

- 6) Mengurangi pekerjaan dalam hal mengumpulkan Rekam Medis pasien yang lama untuk dipindahkan ke nomor yang terbaru seperti pada Seri-Unit Numbering System.

c. *Kekurangan Penomoran Secara Unit*

- 1) Berkas RM dapat menjadi sangat tebal, dan mungkin dibutuhkan Map (*folder*) yang baru dan setiap berkas diberi No. Volume (01, 02 dst.)
- 2) Bila pasien mendaftar lagi dan mengaku pasien baru maka dia akan mendapatkan 2 nomor yang menyebabkan tidak berkesinambungannya Rekam Medis pasien tsb. Dalam sistem komputerisasi hal ini lebih mudah di lacak. Petugas yang meragukan pengakuan si pasien, wajib memeriksa KIUP (MPI) agar tidak terjadi pemberian nomor lagi.
- 3) Sulit untuk memilah berkas Rekam Medis yang inaktif, dan harus dilihat satu persatu. (Hal ini dapat ditanggulangi bila menggunakan komputerisasi) atau menggunakan sistem stiker warna pada cover untuk tahun yang masih aktif)

3. **Pemberian Nomor Cara Seri-Unit (*Serial - Unit Numbering System*)**

a. *Pengertian.*

Sistem penomoran ini merupakan gabungan sistem penomoran seri dan unit. Setiap pasien berkunjung ke RS, kepadanya diberikan satu nomor baru, tetapi Rekam Medis nya yang terdahulu digabungkan dan disimpan di Rekam Medis dengan nomor yang paling baru, pada saat pasien telah selesai mendapat pelayanan sehingga RMnya tetap 1 berkas. Pada saat Rekam Medis yang lama diambil dan dipindahkan tempatnya ke nomor yang baru maka tempatnya yang lama itu diberi tanda dengan tanda petunjuk (*tracer/ outguide*) yang menunjukkan kemana berkas RM itu digabungkan/ dipindahkan. Tanda petunjuk ini sebagai pengganti berkas RM yang dipindahkan. Hal ini sangat membantu ketertiban sistem penyimpanan RM.

b. *Kelebihan*

- 1) Tetap bisa menciptakan 1 berkas Rekam Medis
- 2) Melakukan Retensi RM dengan memilah RM inaktif menjadi mudah oleh karena Rekam Medis dengan nomor kecil akan terletak di dalam kelompok RM lama.

c. *Kekurangan*

- 1) Diperlukan waktu untuk mengambil Rekam Medis yang lama untuk disatukan ke nomor RM yang baru saat RM telah dikembalikan ke ruang penyimpanan
- 2) Selalu mengulang pemberian nomor baru setiap kedatangan pasien. Hal ini dapat dikatakan pemborosan nomor. Tidak dapat digunakan dalam melihat kronologis penyakit saat pengobatan
- 3) RM lama tidak digunakan dalam pengobatan sehingga dokter tidak melihat kronologis penyakit yang terdahulu, kecuali bila diminta.



Gambar 4.11

Pengarsipan Rekam Medis di Puskesmas Baru Tengah di Balikpapan

4. Konversi Ke Sistem yang Baru

a. Pengertian

Perubahan dari satu sistem ke sistem lain harus dipertimbangkan dengan matang. Perubahan selalu menambah volume kerja, mengingat kedua sistem harus dioperasikan secara bersama untuk jangka waktu yang tidak dapat ditentukan. Biasanya pada bulan-bulan pertama akan banyak RM yang perlu digeser dan dipindah tempat.

b. Konversi

Dalam pelaksanaan perubahan sistem pengarsipan perlu persiapan matang, karena perubahan yang akan dilakukan tidak boleh mengganggu aktifitas pelayanan kesehatan yang diberikan.

Langkah-langkah yang diusulkan untuk perubahan dari 1 sistem penomoran ke sistem penomoran lainnya

- 1) Persiapan perubahan dari 1 sistem penomoran ke sistem penomoran lainnya:
 - a) Merevisi Kebijakan Perubahan sistem
 - b) Merevisi prosedur sistem pengarsipan
 - c) Siapkan alur dan prosedur perubahan sistem
 - d) Menyediakan Sarana dan Prasarana dalam hal ini Ruang dan rak untuk sistem penomoran yang baru
 - e) Pelatihan / Sosialisasi sistem untuk petugas yang terkait
 - f) Sosialisasi kepada semua unit pelayanan yang terkait

- 2) Pelaksanaan Perubahan:
 - a) Pilih hari/tanggal untuk memulai, laksanakan sistem penomoran pada saat hari/tanggal yang ditentukan.
 - b) cek apakah pasien sudah punya rekam medis lama, cabut rekam lama dan Jajarkan berdasarkan nomor yang baru.
 - c) Lebih baik bila mengkonversi RM pasien lama ke sistem yang baru pada saat pasien berobat kembali/ulang

- 3) Pengontrolan Perubahan:
 - a) KIUP harus disesuaikan atau kepada pasien diberi indeks baru pada saat perubahan dijalankan. Laksanakan kontrol ganda dengan sampul kosong pada lokasi lama atau beri "outguide" di tempat itu, disertai petunjuk rujukan ke lokasi baru.
 - b) Setelah lewat batas waktu yang ditentukan, rekam medis pasien lama yang tertinggal boleh dianggap sebagai rekam inaktif dan bisa dipindah ke gudang penyimpanan rekam inaktif. Cara ini juga dijalankan untuk kartu MPI nya.

Langkah-langkah yang diusulkan untuk perubahan dari sistem alfabetik ke sistem penomoran

- 1) Persiapan perubahan :
 - a) Merevisi Kebijakan Perubahan sistem
 - b) Merevisi prosedur sistem pengarsipan
 - c) Siapkan alur dan prosedur perubahan sistem
 - d) Menyediakan sarana dan prasarana dalam hal ini:
 - Ruang dan rak untuk sistem penomoran yang baru sesuaikan dengan sistem penajarnya yang digunakan
 - Map/ folder RM baru dengan disain sistem penomoran ber stiker nomor dan tempat penulisan nomor RM
 - Outguide/ Tracer
 - Bank nomor atau otomatisasi penomoran secara komputerisasi sistem identifikasi pasien
 - e) Pelatihan / Sosialisasi sistem untuk petugas yang terkait
 - f) Sosialisasi kepada semua unit pelayanan yang terkait



Gambar 4.12

Tracer dengan kantong bon pinjaman



Gambar 4.13

Tracer dengan tanda OUT

- 2) Pelaksanaan Perubahan:
 - a) Pilih hari/tanggal untuk memulai, laksanakan sistem penomoran pada saat hari/tanggal yang ditentukan.
 - b) Cek apakah pasien sudah punya rekam medis lama, cabut rekam lama dan beri map baru, jajarkan berdasarkan nomor yang baru.
 - c) Lebih baik bila mengkonversi rm pasien lama ke sistem yang baru pada saat pasien berobat kembali/ulang.

- 3) Pengontrolan Perubahan:
 - a) KIUP harus disesuaikan atau kepada pasien diberi indeks baru pada saat perubahan dijalankan. Laksanakan kontrol ganda dengan sampul kosong pada lokasi lama atau beri "outguide" di tempat itu, disertai petunjuk rujukan ke lokasi baru.
 - b) Setelah lewat batas waktu yang ditentukan, rekam medis pasien lama yang tertinggal boleh dianggap sebagai rekam inaktif dan bisa dipindah ke gudang penyimpanan rekam inaktif. Cara ini juga dijalankan untuk kartu MPI nya.

5. Relational Numbering

Selain sistem penomoran yang telah diutarakan di atas, dapat juga digunakan sistem penomoran "*Relational Numbering*"

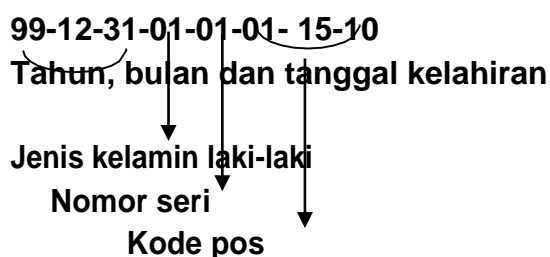
a. Pengertian

Relational Numbering adalah sistem pengarsipan dengan menggunakan Nomor yang **berhubungan secara menyeluruh atau sebagian dengan data / identitas pribadi** pasien

Identitas pribadi yang terdiri dari :

- 1) tahun, bulan, tanggal kelahiran
- 2) jenis kelamin (sex) pria=1, wanita= 2 .
- 3) nomor seri/ *Serial number*
- 4) kode wilayah/ geographic code (Jakarta Utara, Barat, Pusat, Timur dan Selatan)

Contoh: Seorang pasien laki-laki dengan tanggal lahir 31 Desember 1999, tinggal di Jakarta Barat dengan kode pos 11510



Bila tidak diketahui tanggal lahir digunakan pseudo number: contoh:99-99-99

99-99-99-01-01-15-10

b. *Kelebihan*

- 1) Informasi berkaitan dengan data pasien :tanggal lahir dan jenis kelamin
- 2) Mudah diingat karena menggunakan tanggal lahir,
- 3) Mudah dicari dibanding dengan alfabetik yang bisa terjadi salah ejaan.

c. *Kekurangan*

- 1) Nomornya panjang, kemungkinan terjadi kesalahan terutama bila dilakukan secara manual
- 2) Kapasitas terbatas: untuk tanggal lahir hanya sampai 31, bulan hanya sampai 12 dan tahun kelahiran hanya 2 digit :00 sd . 99

6. **Social Security Numbering**

a. *Pengertian*

Sistem penomoran dipakai di fasilitas pemberi pelayanan kesehatan dengan menggunakan **kode huruf dan tanggal lahir**.

Cara ini dipakai di RS Veteran (USA) yang menyimpan RM tanpa sistem penomoran yang lazim digunakan. Penomoran ini ada juga digunakan untuk orang –orang yang dianggap terkenal/ sukses. Tetapi tidak dianjurkan digunakan sebagai sistem penomoran RM pasien pada umumnya.

Pedoman pembuatan nomor RM pasien:

- 1) Bila awal nama huruf Abc
- 2) Bila awal nama huruf Def
- 3) Bila awal nama huruf Ghi
- 4) Bila awal nama huruf Jkl
- 5) Bila awal nama huruf Mno
- 6) Bila awal nama huruf Pqr
- 7) Bila awal nama huruf stu
- 8) Bila awal nama huruf vwx
- 9) Bila awal nama huruf yz
- 0) Bila nama tengah tidak ada/ used when no middle initial

Contoh

JOHN BROWN lahir 01 Januari 1946 → 401-01-01-46

4	0	1	-01	-01	-46
J	No middle Initial	B	JANUARY	FIRST	1946

b. *Kelebihan*

- 1) Penomoran ini dapat membedakan pasien tertentu dari pasien lainnya.
- 2) Tujuan untuk Kerahasiaan pasien dapat lebih terjamin

c. *Kekurangan*

- 1) Sulit untuk mempelajari sistem penomoran ini
- 2) Penomoran RM pasien terlalu panjang

7. Family Numbering

a. *Pengertian*

Penomoran berdasarkan **kedudukan dalam keluarga**

Tambahan 2 nomor dimuka No.RM sebagai tanda kedudukannya dalam keluarga.

01- kepala rumah tangga 01- 123456

02- ibu rumah tangga 02-123456

03- anak dan keluarga lainnya 03-123456, 04-123456, 05-123456, dst.

Berkas RM satu keluarga disimpan dalam 1 berkas RM dengan No. RM keluarga (123456).

b. *Kelebihan*

Berguna bagi poliklinik di puskesmas. Sistem ini dipakai di Puskesmas atau Pusat Kesehatan Mental yang membutuhkan teknik konsultasi keluarga.

b. *Kekurangan*

Kekurangannya ialah sering terjadi perubahan dari anggota keluarga. Bila bercerai dan kawin lagi maka kepala keluarga tersebut menjadi kepala keluarga dari keluarga yang lain lagi. Juga anak akan menjadi kepala keluarga yang baru sesudah kawin. Nomor RM baru diberikan sesudah keluar dari anggota keluarga tersebut.

8. Pembagian/ Alokasi Nomor

a. *Sistem Manual*

Dalam sistem manual yang menggunakan satuan penomoran, tanggung jawab untuk alokasi nomor ada pada satu tempat, biasanya unit RM. Hal ini memastikan bahwa kontrol berada di satu tempat untuk mencegah lebih dari satu pasien memiliki nomor yang sama, atau bahwa pasien akan memiliki lebih dari satu nomor. Jika seorang pasien baru tiba di area pendaftaran, unit RM dihubungi untuk mendapatkan nomor baru. Prosedur untuk alokasi nomor harus jelas dicatat dan dimonitor.

Dalam sistem manual yang menggunakan seri penomoran, sebaiknya dikeluarkan oleh unit RM atau staf pendaftaran untuk pertanggungjawabannya. Contoh staf pendaftaran menetapkan nomor RM, nomor di blok yang telah ditentukan berdasarkan jumlah pasien rata-rata sebelumnya. Jumlah nomor di setiap "blok" harus ditentukan oleh aktivitas masing-masing daerah dan harus dibatasi dan dikendalikan dengan hati-hati. Karena setiap daerah dialokasikan blok tertentu angka, duplikat nomor sebaiknya tidak ditugaskan.

b. *Sistem komputerisasi*

Sistem yang terbaik untuk alokasi nomor ada ditempat registrasi yang telah menggunakan unit numbering system dengan komputerisasi. Dengan registrasi

komputerisasi, nomor keluar secara otomatis di setiap lokasi pendaftaran ini dimungkinkan karena sistem komputer yang tersedia untuk memeriksa MPI dan untuk memverifikasi bahwa pasien tidak memiliki nomor rekam medis yang ada. Petugas registrasi ditempatkan pasien mendaftar, petugas staf mencari database IUP/ MPI secara komputerisasi untuk menentukan apakah pasien itu telah diberi nomor unit (Pasien lama). Jika pasien lama perlu mendapat informasi yang diperbarui bila ada perubahan tempat tinggal atau lainnya dan informasi identitas pasien dapat diedit. Hal ini penting untuk dicatat, bagaimanapun, bahwa jika lebih banyak orang bertanggung jawab untuk menetapkan nomor, risiko duplikasi akan meningkat.



Gambar 4.14
Rak Penjajaran dengan nomor warna

B. PENGARSIPAN RM BERDASARKAN LOKASI PENYIMPANAN REKAM MEDIS

Rekam Medis dapat disimpan di satu (1) lokasi atau bisa juga di beberapa lokasi . Karena itu dibagi atas 2 cara:

1. Sentralisasi (Centralized Unit Record System). *a. Pengertian*

Yang dimaksud dengan “**sentralisasi**” adalah : seluruh informasi tentang seorang pasien yang mendapat pelayanan rawat inap, rawat jalan ataupun emergensi atau lain-lain pelayanandisimpan di satu berkas, di satu lokasi dan dikelola oleh satu unit yaitu Unit Rekam Medis. Harus senantiasa diingat bahwa pada sistem penomoran unit, pasien diberi nomor RM nya pada saat pertama kali ia datang ke pelayanan RS terkait .

Tujuan utama penerapan sentralisasi (*Centralized Unit Record System*) adalah bahwa unit RM memelihara RM pasien secara berkesinambungan dan tersedia setiap saat diperlukan. Jalan yang paling baik untuk mencapai tujuan ini adalah dengan sentralisasi.

Secara ideal, untuk mengontrol ketersediaan RM, adalah SEMUA informasi tentang seorang pasien hendaknya disimpan di dalam satu sampul di satu tempat atau satu file.

b. *Kelebihan sentralisasi:*

- 1) Semua informasinya akan tersimpan di dalam 1 berkas, segenap informasi tentang asuhan pasien tersimpan dalam satu tempat dan terbuka untuk para profesi pemberi asuhan/pelayanan pasien.
- 2) Mengurangi duplikasi informasi dan RM.
- 3) Nomor ini membedakan pasien dari nomor RM pasien lain di rumah sakit/klinik tersebut.
- 4) Mengurangi biaya untuk peralatan dan ruangan.
- 5) Tata kerja dan peraturan mengenai pencatatan RM mudah distandarisasi.
- 6) Peningkatan efisiensi kerja petugas penyimpanan.
- 7) Mudah menerapkan sistem penomoran unit.
- 8) Kontrol berkas RM lebih mudah.
- 9) Implementasi segala prosedur administratif rekam bisa terlaksana.\
- 10) Cara ini akan memudahkan retrieval informasi karena seluruh berkas ada di satu tempat dengan satu nomor unik.

c. *Kekurangan*

- 1) Petugas menjadi lebih sibuk karena harus menangani unit rawat jalan dan unit rawat inap
- 2) Tempat penerimaan pasien harus bekerja selama 24 jam.

2. **Desentralisasi**

a. *Pengertian*

Pemisahan tempat / lokasi penyimpanan antara RM pasien rawat jalan dan rawat inap dan RM lainnya. Bisa saja dengan satu nomor unit atau dengan nomor yang berbeda-beda. Cara ini memerlukan kebijakan ketat agar dapat di bawah supervisi unit RM.

b. *Kelebihan*

- 1) Efisiensi waktu sehingga pasien mendapat pelayanan lebih cepat.
- 2) Beban kerja petugas lebih ringan.

c. *Kekurangan*

- 1) Terjadi duplikasi pembuatan RM
- 2) Biaya u/ peralatan dan ruangan lebih banyak

Secara teori cara sentralisasi lebih baik dari desentralisasi tetapi dalam praktek sangat tergantung pada kondisi dan situasi masing-masing rumah sakit, seperti:

- 1) Keterbatasan tenaga trampil , khususnya yang mengelola Rekam Medis
- 2) Kemampuan dana RS , baik milik pemda maupun swasta

- 3) Pada rumah sakit yang besar dengan gedung horizontal atau bangsal rawat yang terpisah-pisah, maka untuk tingkat tertentu, desentralisasi mungkin perlu dipertimbangkan dengan alasan kemudahan penyediaan dan akses ke rekam medisnya.
- 4) Menyertakan seluruh RM yang tebal ke tempat asuhan rawat jalan juga harus dipertimbangkan, bila tidak mengurangi keperluan asuhan bisa saja hanya dikirim bagian berkas yang perlu.
- 5) Pada rumah sakit yang besar mungkin saja permintaan terhadap RM sangat banyak dan terus menerus. Untuk itu cara sentralisasi dan RM dalam 1 berkas bisa saja kurang menguntungkan.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

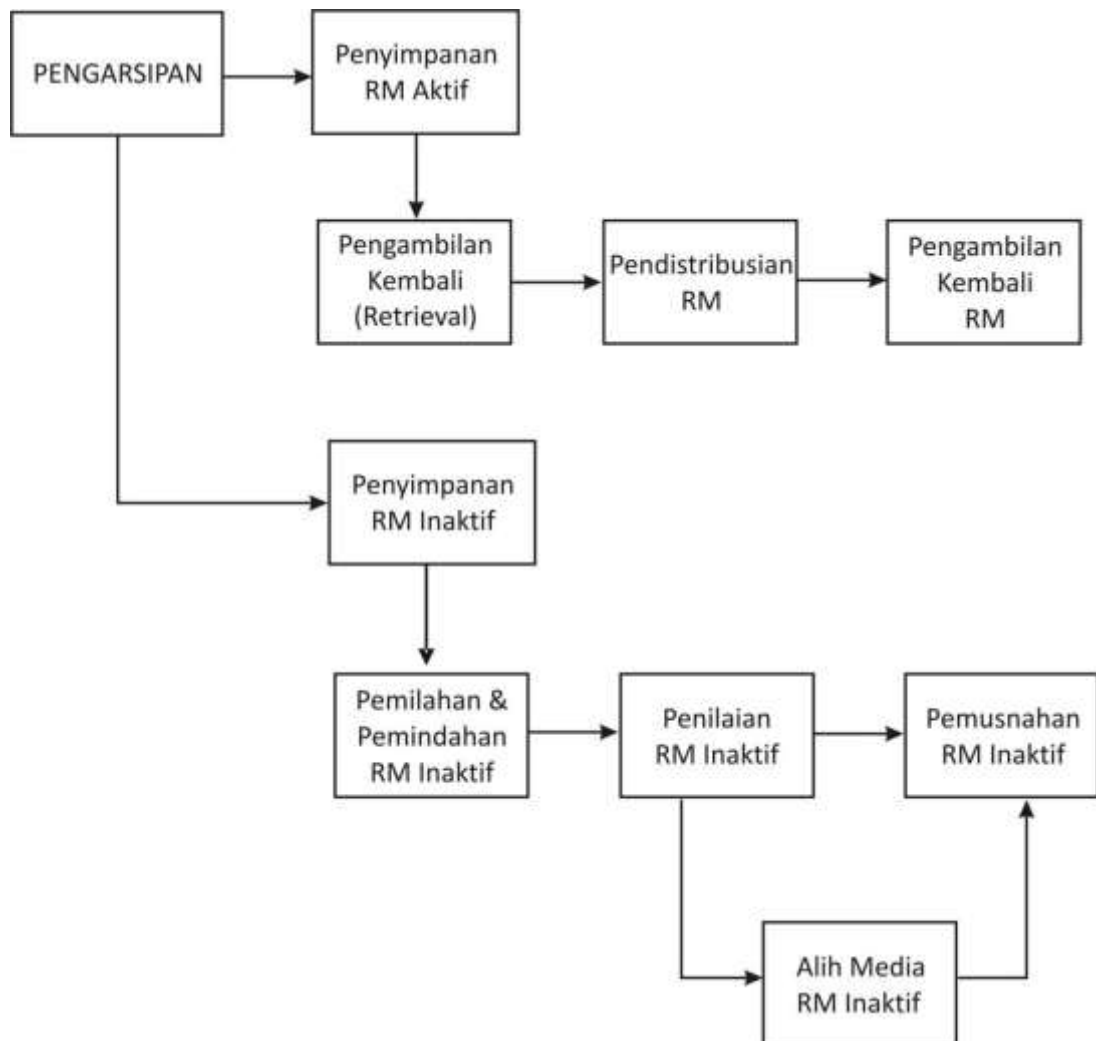
- 1) Sebutkan sistem pengarsipan yang digunakan di Indonesia
- 2) Apa Kelebihan sistem dengan penomoran
- 3) Berdasarkan Lokasi pengarsipan dibagi atas 2 sistem. Sebutkan!
- 4) Apa Kelebihan sistem sentralisasi?

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang sistem pengarsipan khususnya sistem penomoran

PETA KONSEP

Untuk lebih jelas dalam melihat



Glosarium

Alur	Proses suatu kegiatan yang berurutan dari awal sampai akhir kegiatan
Asembling	Perakitan rekam medis
Desentralisasi	Pemisahan tempat / lokasi penyimpanan antara RM pasien rawat jalan dan rawat inap dan RM lainnya
<i>Folder</i>	map pasien
<i>IFHIMA</i>	International Federation Health Information Management Asosiation
KIUP	Kartu Indeks Utama Pasien
<i>Konversi</i>	Perubahan sistem lama ke sistem baru
MIUP	Master Indeks Utama pasien Istilah lain dari Indeks Utama Pasien
Prosedur	Langka-langkah melakukan suatu proses kegiatan
Registrasi	Pengumpulan data pasien yang mendaftar berobat untuk rawat jalan atau rawat inap di rumah sakit/ puskesmas
<i>Relational Numbering</i>	sistem pengarsipan dengan menggunakan Nomor yang berhubungan secara menyeluruh atau sebagian dengan data / identitas pribadi pasien
Retrieval	Pengambilan kembali rekam medis
RM inaktif	Rekam medis yang sudah 5 tahun tidak aktif
sentralisasi	seluruh informasi tentang seorang pasien yang mendapat pelayanan rawat inap, rawat jalan ataupun emergensi atau lain-lain pelayanan disimpan di satu berkas, di satu lokasi dan dikelola oleh satu unit yaitu Unit Rekam Medis
<i>Serial Numbering System</i>	Pemberian Nomor Cara Seri
<i>Serial-Unit Numbering System</i>	Pemberian Nomor Cara Seri Unit
UGD	Unit Gawat Darurat
<i>Unit Numbering System</i>	Pemberian Nomor Cara Unit

Daftar Kepustakaan

- Abdelhak, Mervat, 2007, *Health Information: Management of Strategic Resources*, Philidelpia: WB Saunders Company, 2007.
- Davis, Elwyn, 1990. *Information Systems I for Health Information Management I* Students, Sydney: The University of Sidney, 1990.
- Departemen Kesehatan RI, 2008, Permenkes 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis.
- Departemen Kesehatan RI, 2008, *Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*, Nomor 129/Menkes/SK/II/2008.
- Departemen Kesehatan RI, 1997, *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis di Indonesia*, Jakarta: Dirjen. Pelayanan Medik.
- Departemen Kesehatan RI, 2006, *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*, Jakarta: Dirjen. Pelayanan Medik.
- Hatta, Gemala, 2008, *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan*, Jakarta: UI Press.
- Huffman, Edna K., 1994, *Health Information Management 10th edition*, Berwyn, Illinois: Physician Record Co.
- International Federation of Health Information Management Association, 2012 Education Module for Health Record Practice , Module 3 - Record Identification Systems, Filing and Retention of Health Records, Chicago, Illionis*
- Johns, Merida L., 2000, *Health Information Management Technology*, Chicago, Illionis: AHIMA.
- Kathryn McMiller, 2000, *Being Medical Records Clerk, sec.edition*
- LaTour, Kathleen M. and Maki Shirley Eichenwald, 2010, *Health Information Management Concepts, Principles and Practice, 3th ed.* Chicago, Illiones: AHIMA
- Skurka, Margaret A., 2003, *Helath Information Management, 5th ed.* San Fransisco: Jossey- Bass, A Wiley Imprint.

Sedarmayanti, 2018, Tata Kearsipan, Bandung, CV Mandar Maju