

MODUL PERTEMUAN 5

BAB 3 SISTEM PENGOLAHAN DATA

TOPIK 1. INDEKS UTAMA PASIEN

Lily Widjaja, SKM., MM.

PENDAHULUAN

Para mahasiswa, kualitas data selalu dimulai dari sumber data. Jika data yang dikumpulkan tidak benar dari awal proses, maka kesalahan data langsung tampil saat digunakan dalam proses pelayanan. Misalnya kesalahan pada saat menulis diagnosa masuk akan mengakibatkan kesalahan dalam penempatan pasien di ruang perawatan. Diperlukan koreksi informasi pertama kali pada butir-butir pengumpulan data. Pengumpulan data pasien pertama kali adalah saat melakukan registrasi, baik dirawat jalan ataupun ke fasilitas pelayanan lainnya dan tanggung jawab ini hanya pada satu area. Bila terdapat fasilitas pelayanan rumah sakit lebih besar maka registrasi dapat dilakukan diberbagai tempat. Selama proses registrasi, petugas rekam medis mempersiapkan registrasinya.

Butiran data yang dikumpulkan menjadi informasi pasien yang dibutuhkan untuk identifikasi, pengobatan, dan pembayaran pelayanan kesehatan. Hal tersebut merupakan langkah awal dari proses manajemen informasi kesehatan. Data-data yang ada akan dikumpulkan menggunakan format indeks yang dapat diolah menjadi laporan yang dibutuhkan dalam sarana pelayanan kesehatan. Dalam pelaksanaannya indeks dapat dilakukan dengan format manual maupun elektronik. Data yang terdapat didalam indeks akan disimpan secara permanen.

Materi dalam bab ini meliputi:

Topik 1

1. Indeks Utama pasien
2. Kartu Berobat Pasien

Topik 2

3. Indeks Penyakit
4. Indeks Tindakan
5. Indeks Kematian
6. Indeks Dokter

Topik 1

Pengolahan Data dengan Indeks Pasien

Indeks merupakan suatu petunjuk yang memberikan referensi kepada pengguna yang dapat digunakan untuk mengolah data. Indeks dapat dibuat dalam format manual (kertas) atau elektronik. Bentuk indeks yang digunakan dalam manajemen informasi kesehatan (MIK) ada beberapa jenis. Mari, kita pelajari lebih lanjut mengenai indeks pasien atau yang sering dikenal dengan istilah indeks utama pasien/ IUP.



Gambar 3.1 KIUP

A. INDEKS UTAMA PASIEN

Indeks pasien dalam format manual dibuat dalam bentuk kartu yang disebut Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP). Bila telah dibuat indeks pasien dengan media elektronik, maka lebih memudahkan penggunaannya dan tidak dibuat lagi kartu secara manual. Indeks ini merupakan kunci untuk mengetahui data identitas sosial pasien yang digunakan dalam pelayanan kesehatan. Indeks berfungsi sebagai referensi identitas utama pasien yang wajib dibuat dalam setiap bentuk pelayanan kesehatan (rumah sakit, puskesmas, klinik dan lain-lain) dan bersifat permanen.

Fungsi indeks amat terasa bagi pasien terutama saat pasien tersebut tidak membawa kartu berobat dengan alasan ketinggalan/ hilang. Sedangkan bagi kepentingan administratif, data sosial pasien berguna bagi manajemen. IUP, dibuat pada saat pertama kali pasien mendaftar di sarana pelayanan kesehatan, ini sudah pernah dibahas dalam modul 2 tentang registrasi pasien. Dalam perkembangan sistem teknologi informasi kesehatan rumah sakit sudah melakukan pendaftaran secara elektronik (on-line), namun demikian dalam akreditasi rumah sakit (2012), rumah sakit perlu memiliki *back up* data agar dapat digunakan dalam kondisi tertentu, sehingga indeks pasien dicetak sesuai kebijakan yang ada di sarana

pelayanan kesehatan tersebut.

1. Pengertian Indeks Utama Pasien

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

2. Kegunaan Indeks Utama Pasien

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

3. Tanggung Jawab Pelaksanaan

- a. Kepala TP2RJ bertanggung jawab atas kegiatan pengisian indeks utama pasien saat pasien mendaftar pertama kalinya di rumah sakit/ puskesmas
- b. Petugas yang ditunjuk oleh Kepala TP2RJ melaksanakan pengisian indeks pasien sesuai dengan petunjuk yang telah ditetapkan.
- c. Indeks Pasien diperbaharui bila ada perubahan setiap pasien datang ke pendaftaran.

4. Elemen Data Dalam Indeks Utama Pasien

Elemen data yang tertera pada indeks utama pasien bisa bervariasi antara setiap sarana pelayanan kesehatan, namun secara garis besar mencakup unsur :

- a. Nama lengkap adalah nama pasien yang melekat pada identitas diri pasien
- b. Alamat lengkap adalah alamat tinggal sesuai dengan KTP/ e KTP
- c. Nomor Rekam Medis adalah nomor yang sesuai dengan nomor yang digunakan untuk menjajar rekam medisnya.
- d. Tempat dan Tanggal lahir adalah tempat lahir, hari, bulan dan tahun kelahiran pasien (usia), bila pasien memiliki nama sama maka tanggal lahir bisa menjadi informasi tambahan untuk identifikasi nomor pasien dan untuk mencari berkasnya.
- e. Jenis Kelamin adalah jenis kelamin pasien laki-laki atau perempuan
- f. Nama orang tua adalah nama orangtua kandung pasien
- g. Informasi identifikasi lain yang dapat membantu menentukan identitas pasien adalah nama yang dapat mewakili pasien secara hukum/ nama diri ibu, surat jaminan sosial lain.

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

- a. Tanggal masuk dan keluar rawat
- b. Kondisi saat keluar (hidup atau meninggal)
- c. Nama dokter yang merawat.

5. Model Indeks Utama Pasien

a. *Manual*

Indeks Utama Pasien berbentuk kartu yang dibuat secara manual untuk memudahkan penemuan kembali.

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

Gambar 3.2

Kartu indeks Utama pasien berbentuk kartu (tampak depan)

MUNTHE Hasan		10-26-42	
Jl. Pinang No. 18 Rawamangun, 13220 KTP: NO. 13786239 Kunjungan ke 1: 18-03-2001		Tanggal Lahir: 17-3-59 Usia: 40 Kelamin: Laki Wiraswasta S1	
R.Inap	ke 1	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Gambar 3.3

Kartu indeks Utama pasien berbentuk kartu (tampak belakang)

Rumah Sakit Joesihectore
Kota Masohi-Maluku Tengah
Jl.Pagi Sehat,No 102 - Tlp (0914) 230xxx

KARTU INDEKS UTAMA PASIEN

Nama	<input type="text"/>	NORM	<input type="checkbox"/>
TTL	: / / / 20		<input type="checkbox"/>
Jenis Kelamin	1.Laki-Laki 2.Perempuan		<input type="checkbox"/>
Alamat	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
Nama Ayah	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
Nama Ibu	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
Nama Suami/Istri	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
Agama	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
Pekerjaan	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
Status	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
Penanggung Jawab	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>

Tanggal Kunjungan: **NoHP:**

Ket:

Gambar 3.4 Contoh Kartu Indeks Utama PasienRS Joesihectore

b. *Elektronik*

Seperti disebutkan sebelumnya, indeks utama pasien dapat berupa elektronik. Pada saat masuk ke rumah sakit, petugas pendaftaran memasukkan database pasien baru dalam aplikasi sistem informasi di komputer. Jika pasien sudah pernah berobat ke rumah sakit, informasi pasien akan ditampilkan di layar computer. Petugas Pendaftaran kemudian memperbarui demografis atau informasi data pasien yang telah berubah sejak sebelumnya masuk atau berkunjung. Jika Pasien belum pernah ke rumah sakit sebelumnya, petugas pendaftaran mengumpulkan informasi demografis pasien dan sistem secara otomatis memberikan pendaftaran baru, atau nomor rekam medis, dan menyimpan informasi ini di dalamnya. Rekaman pelayanan pasien pada saat pasien keluar, tanggal pelayanan masuk ke sistem aplikasi, sehingga melengkapi data indeks utama pasien.

6. Informasi Dalam Indeks Utama Pasien

Informasi yang terdapat dalam Indeks utama pasien berupa identitas sosial yang digunakan untuk mencari nomor rekam medis pasien. Sedangkan informasi administrasi berupa usia, jenis kelamin, domisili pasien, pekerjaan dapat digunakan manajemen untuk menetapkan komunitas dan populasi pasiennya. Sehingga terbentuk komunikasi terbuka dan terpercaya antara pasien, keluarga dan rumah sakit.

7. Alur Indeks Utama Pasien

- a. Petugas pendaftaran akan membuat slip pendaftaran untuk semua pasien masuk rawat ke unit rekam medis secara harian.
- b. Dicek dalam *in-house file* sudah pernah dirawat/belum (bila belum dibuat IUP).
- c. Setelah pasien pulang rawat, IUP diisi tgl keluar, bila pasien meninggal ditulis tinta warna merah.

8. Metoda Penjajaran (*Methodes of Filing*) IUP

Ada 3 Metode Penjajaran IUP, yaitu:

a. *Alfabetis*

IUP ditata dalam jajaran seperti lazimnya urut kata dalam kamus, huruf abjad diurut berdasarkan nama keluarga (marga, nama pertama), yang diikuti oleh nama diri pasien, kemudian nama tengah (bila ada).

- Bila diantara pasien ada yang mempunyai nama keluarga sama maka disusun urut abjad nama diri pasien.
- Bila nama diri juga sama, maka diurut menurut tanggal lahir, usia yang lebih tua diletakkan mendahului usia yang lebih muda.
- Bila nama keluarga dan nama diri ditulis dengan inisial, maka terapkan "Rule" file nothing before something". Contoh M. Hasan, cara penjajarannya diletakkan sebelum letak Mohamad Hasan.
- Nama majemuk atau disertai garis hyphen (-), maka nama dijejerkan huruf demi huruf sebagai satu kata. Conto Ai-min akan dijejerkan A-I-M-I-N.

b. *Phonetic (fonetik)*

Pada sistem penjajaran atas dasar fonetic, IUP dijejerkan atas dasar huruf pertama dari nama keluarga, yang diikuti oleh lafal bukan oleh ejaan. Dengan demikian nama keluarga dengan lafal sama walau ejaan berbeda disatukan dalam jajaran yang sama.

Contoh : Smith P
 Smyth P
 Smythe P

c. *Sistem fonetik "SOUNDEX" (SOUNDEX Phonetic System)*

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

Huruf kunci	Nomor kode	Ekuivalens(setara)
b	1	p,f,v
c	2	s,k,g,j,q,x,z
d	3	t
l	4	nihil
m	5	n
f	6	nihil

Aturan *Soundex Filing* adalah :

- 1) Huruf pertama dari nama keluarga tidak diberi kode, namun difungsikan sebagai PREFIX dari nomor kode tiga digit. Contoh menjajarkan nama Wong
 W = Prefix, tidak dikode
 O = huruf hidup, tidak dikode
 N = 5 (huruf kunci)
 G = 2 (ekuivalen dengan c)
- 2) Bila satu nama keluarga terdiri dari huruf di luar tiga huruf yang terkode (w,h,y), maka ditambah angka nol (0) dibelakang huruf yang dimaksud sampai menjadi 3 digit. Contoh nama Wong menjadi W-520
- 3) Bila satu nama keluarga terdiri lebih dari tiga huruf yang berkode, yang dikode hanya 3 huruf yang didepan agar sesuai dengan kode 3 digits, huruf lainnya diabaikan saja. H - 513 adalah kode untuk sebutan nama keluarga Hampton
- 4) Ejaan nama yang tidak memiliki huruf yang dapat diberi kode diberi nomor kode O. Contoh Liu dikode L-000
- 5) Ejaan nama dengan 2 huruf kunci urutan yang setara seperti pada ejaan Dinwiddie, maka diberi kode sebagai satu huruf. Contoh Dinwiddie kode D-530
- 6) Bila huruf kunci beserta huruf yang setara muncul bersamaan pada nama keluarga, maka dikode juga sebagai satu huruf. Huruf runtun setara dikode sebagai satu huruf. Contoh Campbell dikode C-514
- 7) Bila huruf yang mengikuti huruf pertama pada nama keluarga adalah huruf setara, huruf kedua jangan diberi kode. Contoh Schultz dikode S-432
- 8) Bila huruf hidup a,e,i,o,u atau y dipisahkan oleh kata kunci yang sama, atau kata kunci yang setara maka masing-masing huruf tersebut dikode. Namun bila dipisah oleh huruf h atau w maka dipisahkan kata kuncinya atau satu kata kunci

beserta kata setaranya dan yang dikode hanya kata kuncinya. Contoh Tsukuno di kode T-225.

Sistem SOUNDEX tidak digunakan pada indeks pasien manual, namun sering digunakan pada sistem komputer.

9. Ukuran Format Indeks Utama Pasien

Bila indeks pasien dibuat dalam format manual maka kartu indeks dibuat ukuran umum adalah 3 x 5 inci (atau 7.5 x 12.5 cm), ukuran bisa berubah bergantung kepada kandungan informasi yang harus ada.

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

B. KARTU BEROBAT

Kartu berobat adalah kartu identitas pasien yang diserahkan kepada pasien untuk digunakan kembali bila datang berobat lagi. Isinya meliputi nomor rekam medis, nama, alamat dan umur pasien. Kartu berobat ini digunakan untuk memudahkan mencari berkas rekam medis pasien lama. Kartu berobat dapat terbuat dari kertas ataupun sudah tercetak dengan disain yang menarik seperti e-KTP atau SIM, sehingga tidak luntur atau mudah robek.

Beberapa contoh kartu berobat dari beberapa rumah sakit dapat dilihat sbb:



Gambar 3.5
Kartu berobat



Gambar 3.6
Kartu berobat



Gambar 3.7

Kartu berobat

Latihan

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

1. Buatlah KIUP atas pasien baru sesuai soal di bawah ini sesuai ukuran standar KIUP. Dapat menggunakan format gambar 3.3 atau 3.4
2. Buatlah kartu berobat pasien baru sesuai soal yang ada di bawah ini sesuai ukuran Kartu E-KTP anda. Dapat menggunakan format pada gambar 3.5-3.7 atau kreatifitas anda sendiri

SOAL KIUP DAN KARTU BEROBAT

- a. Dr. Meitifrida Suryadi, 21 Februari 1976, perempuan, dokter suatu perusahaan baru pertama kali ke rumah sakit Esa Medika, tinggal di Jl. Kemayoran Utara no. 15, Jakpus. Orang tuanya bernama Slamet Suryadi dan Siti Rohayati Kamaruddin. Nomor RM yang diberikan: 76-02-01
- b. Freddy Mokal, 15 Februari 2000, lulusan SMA, saat ini menjadi mahasiswa pada program studi RMIK, laki laki, kristen, baru pertama kali ke rumah sakit Esa Medika, anak dari pasangan Bp. David Mokal dengan ibu Elisa Sari Tumewu. Tinggal di Jl. Pembangunan II/ 23 Jaktim. Mendapatkan Nomor RM : 76-02-02.

Rangkuman

Indeks pasien merupakan satu cara pengolahan data pasien. Indeks utama pasien adalah daftar permanen yang memuat seluruh pasien yang pernah berobat atau terlayani di sarana pelayanan kesehatan. IUP dibuat saat pasien melakukan registrasi pasien dan merupakan kunci untuk menemukan rekam medis pasien. IUP dapat dibuat secara manual/ kertas atau elektronik.

Data yang terkumpul dalam indeks pasien merupakan data identitas yang melekat pada diri pasien dan harus diperbaharui setiap waktu bila pasien datang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Data indeks pasien juga dapat membantu menemukan rekam medis pasien, bila pasien lupa tidak membawa kartu berobat, atau kartu berobat pasien hilang. Elemen data yang digunakan untuk mencari nomor rekam medis dengan aplikasi sistem informasi manajemen yang ada di rumah sakit adalah nama lengkap pasien, tanggal lahir, alamat. Sedangkan secara manual dapat dicari dengan sistem abjad sesuai nama pasien, sehingga kontinuitas pelayanan dan riwayat penyakit pasien tetap terjaga dan akhirnya pengobatan pasien berkesinambungan.

Glosarium

<i>Alfabet</i>	Penjajaran nama dengan mengurutkan abjad
<i>Alfanumerik</i>	Penjajaran nama dengan mengurutkan kombinasi angka dan abjad
BOR	Bed Occupancy Rate (BOR) merupakan angka yang menunjukkan presentase tingkat penggunaan Tempat Tidur pada satuan waktu tertentu di Unit Rawat Inap (bangsal)
BTO	Bed Turn Over atau Troughput merupakan rerata jumlah pasien yang menggunakan setiap Tempat Tidur dalam periode tertentu
Diagnosa Sekunder	Diagnosa selain diagnosa utama yang sudah ada sebelum pasien dirawat di rumah sakit
Diagnosa Utama	Jenis penyakit utama yang diderita pasien
e KTP	Elektronik kartu tanda penduduk
GDR	Gross Death rate merupakan angka kematian umum di rumah sakit/ puskesmas
ICD O	The international classification of diseases for oncologi merupakan kode dual klasifikasi untuk sistem topographi dan morphologi
Komplikasi	Diagnosa lain yang dapat terjadi sebelum, saat atau setelah timbulnya suatu penyakit
LOS	Length Of Stay disebut juga lama dirawat merupakan jumlah hari kalender dimana pasien mendapatkan perawatan rawat inap di rumah sakit, sejak tercatat sebagai pasien rawat inap (admisi) hingga keluar dari rumah sakit (discharge)
Morbiditas	Angka kesakitan
Mortalitas	Angka kematian
NDR	Net Death Rate menunjukkan angka kematian 48 jam setelah dirawat di fasilitas pelayanan kesehatan
Numerik	Penomoran dengan angka
Phonetic	Penjajaran nama dengan cara phonetic
Riset	Penelitian untuk mengamati suatu masalah/ kasus penyakit tertentu
Soundex	Penjajaran nama dengan cara Remington Rand dengan dikombinasikan 6 huruf dengan kode 3 digit angka
TOI	Turn Over Interval menunjukkan rata-rata jumlah hari sebuah Tempat Tidur tidak ditempati pasien
TP2RI	Tempat penerimaan pasien rawat inap
TP2RJ	Tempat penerimaan pasien rawat jalan

Daftar Kepustakaan

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