

Mata Kuliah : **PRAKTEK KLINIK REKAM MEDIS**
Dosen : Akasah, S.Sos., M.M
Program : Diploma III
Semester : Tahun

DESKRIPSI SINGKAT MATA KULIAH

Mata Kuliah ini membahas dan mengaplikasikan atau mempraktikkan langsung tentang hal-hal yang berkaitan dengan pelaksanaan teknis dan prosedur dari kegiatan atau pengelolaan rekam medis mulai dari penerimaan pasien baik di rawat inap serta teknik atau cara pengelolaan indeks, Assembling, penyimpanan, pengambilan kembali rekam medis serta sarana dan prasarana yang digunakan dalam pelaksanaan kegiatan pengelolaan rekam medis.

TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM (TIU) :

Setelah mengikuti mata kuliah ini mahasiswa diharapkan dapat mengetahui, memahami, mengaplikasikan semua kegiatan/ tugas yang ada di pengelolaan rekam medis.

TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS (TIK)

Setelah mengikuti mata kuliah ini mahasiswa diharapkan dapat :
Memahami dan Menetapkan prosedur penerimaan pasien Rawat Jalan. UGD Rawat Inap, cara-cara berkomunikasi dan memberikan pelayanan dalam menerima pasien, memahami dan mengaplikasikan pengisian KIB, KIUP, registrasi dan Indeks, dapat memeriksa kelengkapan pengisian formulir rekam medis, dapat menyusun, merakit dan memelihara, formulir-formulir dari Rekam Medis, dapat mencari, menyimpan dan mengambil kembali RM dengan baik dan benar.

Sistem Penilaian :

1. Absensi : 25 %
2. Ujian Praktikum : 75 %

SATUAN ACARA PERKULIAHAN (SAP)

Pertemuan Ke	Materi Bahasa	Ket
I dan II	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penjelasan singkat kegiatan Rekam Medis dan Penjelasan Prosedur Penerimaan Pasien Rawat Jalan/Inap 2. Penjelasan cara pengisian dan penggunaan formulir RM, KIB, KIUP, Buku Rgister dan bon peminjaman 3. Praktek / Simulasi Penerimaan Rawat Jalan untuk Pasien baru dan pasien lama beserta pengisian formulir RM, KIB, KIUP, Buku Register dan bon peminjaman 4. Praktek/ Simulasi Penerimaan Rawat Inap untuk Pasien baru dan pasien lama beserta pengisian formulir RM Rawat Inap, surat rujukan, KIB, KIUP, Buku Registrasi dan Bon Peminjaman 5. Evaluasi praktek 	
III dan IV	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penjelasan kegiatan assembling, prosedur assembling, prosedur memeriksa ketidaklengkapan penjelasan cara penyusunan formulir RM Rawat Inap, cara pengisian formulir ketidaklengkapan 2. Praktek/ Simulasi menyusun/ merakit formulir Rawat Inap 3. Praktek memeriksa ketidaklengkapan dari pengisian formulir rekam medis 4. Penjelasan Kegiatan Indeks, jenis-jenis indeks, prosedur indeks, cara pengisian form indeks 5. Praktek/ simulasi menyusun/ membuat indeks penyakit, indeks wilayah dan indeks dokter dengan data dari rekam medis 6. Evaluasi praktek 	
V dan VI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penjelasan prosedur menyimpan dan mengambil rekam medis 2. Penjelasan cara pengisian bon peminjaman, buku register peminjaman 3. Praktek prosedur menyimpan RM 4. Praktek prosedur mengambil RM 5. Praktek prosedur peminjaman RM 6. Praktek semua kegiatan rekam medis (Penerimaan pasien, assembling, penyimpanan dan pengambilan kembali RM) 7. Evaluasi praktek 	
VII	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ujian Praktikum untuk kegiatan Penerimaan pasien, assembling, indeks, penyimpanan dan pengambilan kembali RM 	

Sumber buku referensi :

1. Health Information Management, Edna K. Huffman, 1994
2. Pedoman Pengelolaan Rekam Medis RS di Indonesia, Dirjen Yanmed, 1994 dan 1997
3. Pedoman Pencatatan Kegiatan Pelayanan RS di Indonesia, Dirjen Yanmed, 1994
4. Self Assesment Rekam Medis, Depkes RI, 2002
5. SE Dirjen Yanmed NO. HK. 00.06.1.5.01160 Tentang Petunjuk Teknis Pengadaan Formulir Rekam Medis Dasar dan Arsip Rekam Medis di Rumah Sakit

Pertemuan Ke 1

Praktek Penerimaan Pasien Rawat Jalan

1. Tata cara penerimaan pasien yang akan berobat ke poliklinik ataupun yang akan dirawat adalah sebagian dari system prosedur pelayanan Rumah Sakit. Dapat dikatakan disini adalah pelayanan pertama kali yang diterima oleh seorang pasien saat tiba di rumah sakit, maka tidaklah berlebihan bila dikatakan bahwa di dalam tata cara penerimaan inilah seorang pasien mendapatkan kesan baik ataupun tidak baik dalam pelayanan suatu rumah sakit.
2. Tata cara melayani pasien dapat dinilai baik bila mana dilaksanakan oleh petugas dengan sikap :
 - a. Ramah,
 - b. Sopan,
 - c. Komunikasi (cara bicara yang jelas)
 - d. Perhatian,
 - e. Tanggap,
 - f. Proaktif apabila informasi dari pasien tidak lengkap
3. Cara penulisan nama pasien :
 - a. Nama pasien sendiri, apabila nama sudah terdiri dari satu kata atau lebih
 - b. Nama pasien sendiri dilengkapi dengannama suami, apabila pasien seorang yang bersuami
 - c. Nama pasien sendiri dilengkapi dengan nama orang tua (biasanya nama ayah)
 - d. Bagi pasien yang mempunyai nama keluarga/ marga, maka nama keluarga/ marga atau surname didahulukan ditambah tanda koma dan kemudian diikuti nama sendiri
 - e. Nama ditulis dengan huruf cetak dan mengikut ejaan yang disempurnakan
 - f. Sebagai pelengkap, bagi pasien perempuan diakhir nama lengkap ditambah Ny. atau Nn. sesuai dengan status
 - g. Pencantuman titel selalu diletakkan sesudah nama lengkap pasien dan ditulis dalam kurung
 - h. Perkataan Tuan, Saudara, Bapak tidak dicantumkan dalam penulisan nama pasien
4. Fasilitas dan alat yang digunakan:
 - a. Meja dan kursi untuk penerimaan pasien
 - b. Alat tulis (pencil dan penghapus)
 - c. Formulir Rekam Medis Rawat Jalan
 - d. Cover/ sampul Rekam Medis + Penjepit
 - e. KIB (Kartu Identifikasi Berobat)
 - f. KIUP (Kartu Indeks Utama Pasien)
 - g. Tempat penyimpanan KIUP (Lemari laci)
 - h. Buku register
 - i. Formulir Bon Peminjaman
5. Jenis Pasien
 - a. Dilihat dari segi pelayanan rumah sakit dapat dibedakan menjadi:
 - 1) Pasien yang dapat menunggu
 - Pasien berobat jalan yang datang dengan perjanjian
 - Pasien yang segera ditolong (pasien gawat darurat)

- b. Sedangkan menurut jenis kedatangannya pasien dapat dibedakan menjadi :
 - 1) Pasien baru : adalah pasien yang baru pertama kali datang ke rumah sakit untuk keperluan berobat
 - 2) Pasien lam : adalah pasien yang pernah datang sebelumnya untuk keperluan berobat
 - c. Kedatangan pasien dapat terjadi karena :
 - 1) Dikirim oleh dokter praktek di luar rumah sakit
 - 2) Dikirim oleh rumah sakit lain, puskesmas atau jenis pelayanan kesehatan lainnya
 - 3) Datang atas kemauan sendiri
6. Praktek Penerimaan Pasien Rawat Jalan terbagi dua, yaitu :
- a. Praktek penerimaan Pasien Rawat Jalan untuk Pasien Baru
Yaitu tata cara penerimaan pasien yang akan berobat jalan dan pasiennya baru pertama kali datang untuk berobat pada rumah sakit tersebut.
 - b. Praktek penerimaan Pasien Rawat Jalan untuk Pasien Lama
Yaitu tata cara penerimaan pasien yang akan berobat jalan dan pasiennya sebelumnya pernah berobat atau telah berobat ke rumah sakit tersebut lebih dari satu kali.
7. Prosedur/ Tata cara penerimaan rawat jalan untuk pasien baru
- a. Menyambut/ Menyapa (Selamat pagi/ siang/ malam, ada yang bisa kami bantu ?)
 - b. Menanyakan pasien baru atau lama (Apakah Bpk/ Ibu pernah berobat ?) apa bila jawaban pasien belum pernah, berarti sebagai pasien baru.
 - c. Menyiapkan form rekam medis rawat jalan, KIB, KIUP dan Buku register (Contoh formulir terlampir)
 - d. Melakukan identifikasi/ wawancara dan mencatat pada formulir RM Rawat Jalan:
 - 1) Nama lengkap pasien
 - 2) Status pasien (sudah menikah atau belum)
 - 3) Tempat tanggal lahir
 - 4) Jenis kelamin
 - 5) Alamat lengkap pasien (nama jalan, No. rumah, RT/ TW, Kelurahan, Kecamatan, Kota/ Kab, Kode Pos dan No. telp)
 - 6) Nama Orang tua
 - 7) Alamat Orang tua (Nama Jalan, No. rumah, RT/ RW, Kelurahan, Kecamatan, Kota/ Kab. Kode pos dan No.telp) kalau alamatnya sama dengan pasien maka dapat dicatat dengan sda (kepanjangan dari Sama Dengan diAtas)
 - 8) Pekerjaan
 - 9) Cara masuk (rujukan atau datang atas kemauan sendiri)
 - 10) Cara pembayaran
 - 11) Mencatat tanggal berobat
 - 12) Menanyakan tujuan poliklinik atau jika pasien tidak tahu, maka petugas menanyakan keluhan dari pasien, selanjutnya petugas mengarahkan sebaiknya ke poliklinik mana yang sesuai dengan keluhan pasien, selanjutnya mencatat nama poliklinik tersebut pada kolom poliklinik.
 - 13) Memberikan/ Mencatat nomor rekam medis baru, dengan cara:
 - a) Setiap pasien baru mendapat/ diberi nomor rekam medis baik yang rawat jalan/ SKF rawat darurat maupun rawat inap pada saat pertama kali datang yang akan digunakan selamanya

- b) Petugas Rekam Medik melihat nomor terakhir pada buku penomoran/ bank nomor atau pada dokumen Rekam Medik terakhir
 - c) Petugas Rekam Medik memberi nomor pada dokumen Rekam Medis dengan melanjutkan nomor selanjutnya dari nomor terakhir atau dengan menambah satu nomor dari nomor terakhir
 - e. Mencatat Nama pasien dan Nomor RM pada Cover atau sampul RM
 - f. Mencatat data (nama pasien, Tempat/ tanggal lahir, No. RM pada KIB)
 - g. Menyerahkan KIB pada pasien serta mengingatkan pada pasien untuk selalu membawa KIB kalau kembali berobat serta menjelaskan pentingnya KIB
 - h. Mempersilahkan pasien dan memberitahukan arah/ petunjuk menuju Poliklinik yang dituju
 - i. Mencatat No. urut, Nama, alamat, jenis kelamin, umur, jenis kunjungan, poli yang dituju, cara pembayaran, dan Buku register rawat jalan.
 - j. Mencatat Nama Pasien, Alamat, Nomor RM, Dua huruf awal nama pasien, Tgl berobat dan nama poliklinik yang dituju pada KIUP
 - k. Menyimpan KIUP pada tempat penyimpanan KIUP (lemari laci KIUP) disimpan secara alphabet.
 - l. Memanggil pasien berikutnya.
8. Prosedur/ Tata cara penerimaan rawat jalan untuk pasien lama
- a. Menyambut/ Menyapa (Selamat pagi/ siang/ malam, ada yang bisa kami bantu ?)
 - b. Menanyakan pasien baru atau lama (Apakah Bpk/Ibu pernah berobat ?) apabila jawaban pasien pernah, berarti sebagai pasien lama
 - c. Menanyakan dan meminjam KIB
 - d. Menyiapkan Bon peminjamn (surat permohonan peminjaman RM), KIUP dan Buku register (Contoh formulir terlampir)
 - e. Mencatat No. urut, No. RM, Nama, alamat, jenis kelamin, umur, jenis kunjungan, pada Buku register rawat jalan.
 - f. Menanyakan Poli kunjungan cara pembayaran yang dituju dan mencatatnya pada buku register
 - g. Mencatat No. RM, Nama pasien, Tgl Peminjaman (isi dgn tgl berobat), Nama peminjaman (isi dengan nama poliklinik yang dituju) pada bon peminjaman
 - h. Mengembalikan/ Menyerahkan KIB pada pasien serta mengingatkan pada pasien untuk selalu membawa KIB kalau kembali berobat serta menjelaskan pentingnya KIB
 - i. Mempersilahkan pasien dan memberitahukan arah/ petunjuk menuju Poliklinik yang dituju
 - j. Menyerahkan bon peminjaman ke bagian penyimpanan/ pengembalian rekam medis
 - k. Mencari/ mengambil KIUP pasien tersebut
 - l. Mencatat tgl berobat dan nama poliklinik yang dituju pada KIUP
 - m. Menyimpan kembali KIUP pada tempatnya
 - n. Memanggil pasien berikutnya.
9. Teknik Praktek/ Simulasi
- a. Peserta praktikum dibentuk/dibuat pasangan, satu orang diberi tugas untuk menjadi pasien satu orang lagi menjadi petugas penerimaan pasien.
 - b. Praktek pertama : yang jadi pasien bergantian menjadi petugas penerimaan pasien yang menerima pasien baru (Mengaplikasikan prosedur/ tata cara penerimaan pasien rawat jalan untuk pasien baru)

- c. Praktek kedua : siswa yang jadi pasien bergantian menjadi petugas penerimaan pasien dengan tugas yang sama tapi pasangannya diganti
- d. Praktek ketiga : yang jadi petugas, mempraktekkan jadi petugas penerimaan pasien lama (Mengaplikasikan prosedur/ tata cara penerimaan pasien rawat jalan untuk pasien lama)
- e. Praktek keempat : siswa yang jadi pasien lama bergantian menjadi petugas penerimaan pasien dengan tugas yang sama tapi pasangannya diganti
- f. Evaluasi praktek (Diskusi dari praktek yang telah dilakukan, membahas praktek mana yang benar, praktek mana yang salah dan bagaimana memperbaikinya, memberi tips agar tugas penerimaan pasien dapat berjalan efektif dan efisien)
- g. Praktek keenam : Mengulangi praktek penerimaan pasien rawat jalan, dengan kasus siswa yang jadi petugas tidak diberitahu apakah menerima pasien baru atau lama
- h. Praktek ketujuh, siswa yang jadi pasien bergantian menjadi petugas penerimaan pasien dengan tugas yang sama pada praktek keenam dengan pasangan yang berbeda

Pertemuan Ke II

Praktek Penerimaan Pasien Rawat Inap

1. Ketentuan Umum Penerimaan Pasien Rawat Inap (TPPRI)
 - a. Semua pasien yang menderita segala macam penyakit. Selama ruangan dan fasilitas yang memadai tersedia. Dapat diterima di Rumah Sakit
 - b. Sedapat mungkin pasien diterima di Sentral Opname pada waktu yang telah ditetapkan, kecuali untuk kasus darurat gawat dapat diterima setiap saat
 - c. Tanpa diagnosa yang tercantum dalam surat permintaan dirawat, pasien tidak dapat diterima
 - d. Sedapat mungkin tanda tangan persetujuan untuk tindakan operasi dan sebagainya (apabila dilakukan) dilaksanakan di Sentral Opname
 - e. Pasien dapat diterima apabila :
 - 1) Ada surat rekomendasi dari dokter yang mempunyai wewenang untuk merawat pasien di Rumah Sakit
 - 2) Dikirim oleh dokter Poklinik
 - 3) Dikirim oleh Unit Darurat Gawat
 - f. Pasien gawat darurat perlu diprioritaskan.

2. Fasilitas dan alat yang digunakan :
 - a. Meja dan kursi untuk penerimaan pasien
 - b. Alat tulis (pencil dan penghapus)
 - c. Formulir Rekam Medis Rawat Inap
 - d. Cover/ sampul Rekam Medis + Penjepit
 - e. KIB (Kartu Indeks Berobat)
 - f. KIUP (Kartu Indeks Utama Pasien)
 - g. Tempat penyimpanan KIUP (Lemari Besi)
 - h. Buku register Rawat Inap
 - i. Formulir Bon Peminjaman
 - j. Formulir Surat Rujukan

3. Praktek Penerimaan Pasien Rawat Inap terbagi dua, yaitu :
 - a. Praktek penerimaan Pasien Rawat Inap untuk Pasien Baru
Yaitu tata cara penerimaan pasien rawat inap dan pasiennya baru pertama kali datang untuk berobat pada rumah sakit tersebut.
 - b. Praktek penerimaan Pasien Rawat Inap untuk Pasien Lama
Yaitu tata cara penerimaan pasien yang akan berobat Inap dan pasiennya sebelumnya pernah berobat atau telah berobat ke Rumah Sakit tersebut lebih dari satu kali.

4. Prosedur/ Tata Cara penerimaan Rawat Inap untuk pasien baru:
 - a. Menyambut/ Menyapa (selamat pagi/ siang/ malam, ada yang bisa kami Bantu ?)
 - b. Menanyakan pasien baru atau lama (Apakah Bpk/ Ibu pernah berobat ?) apabila jawaban pasien belum pernah, berarti sebagai pasien baru
 - c. Menanyakan surat rujukan/ surat pengantar masuk
 - d. Menanyakan surat rujukan/ surat pengantar masuk
 - e. Melakukan identifikasi/ wawancara dan mencatat pada formulir RM Rawat Inap :
 - 1) Nama lengkap pasien
 - 2) Status pasien (sudah menikah atau belum)
 - 3) Tempat dan tanggal lahir

- 4) Jenis kelamin
 - 5) Alamat lengkap pasien (nama jalan, No. Rumah, RT/RW, Kelurahan, Kecamatan, Kota/Kab, Kode Pos dan No. Telp)
 - 6) Nama penanggung jawab/ Orang tua
 - 7) Alamat orang tua (nama jalan, No. Rumah, RT/RW, Kelurahan, Kecamatan, Kota/Kab, Kode Pos dan No. Telp) kalau alamatnya sama dengan pasien maka dapat dicatat dengan sda (kepanjangan dari "sama dengan diatas")
 - 8) Pekerjaan
 - 9) Pendidikan
 - 10) Cara masuk/ dikirim oleh (rujukan atau datang atas kemauan sendiri)
 - 11) Cara pembayaran
 - 12) Mencatat tanggal berobat
 - 13) Menanyakan ruangan/ bagian yang diinginkan pasien dan memberikan informasi tentang Tarif, Ruangan, Akomodasi Ruang rawat inap, peraturan/ tata tertib rawat inap
 - 14) Memberikan/ mencatat nomor rekam medis, dengan cara :
 - a) Setiap pasien baru mendapat/ diberi nomor rekam medis baik yang rawat jalan/ SKF rawat darurat maupun rawat inap pada saat pertama kali datang yang akan digunakan selamanya.
 - b) Petugas Rekam Medis melihat nomor terakhir pada buku penomoran/ bank nomor atau pada dokumen Rekam Medis terakhir.
 - c) Petugas Rekam Medis memberi nomor pada dokumen Rekam Medis dengan melanjutkan nomor selanjutnya dari nomor pada dokumen Rekam Medis dengan melanjutkan nomor selanjutnya dari nomor terakhir atau dengan menambah satu nomor dari nomor terakhir.
 - f. Mencatat Nama pasien dan Nomor RM pada Cover atau sampul RM
 - g. Mencatat data (nama pasien, Tempat/ Tgl lahir, No.RM pada KIB)
 - h. Menyerahkan KIB pada pasien serta mengingatkan pada pasien untuk selalu membawa KIB kalau kembali berobat serta menjelaskan KIB.
 - i. Mempersilakan pasien dan diantar oleh petugas lain ke ruang rawat inap
 - j. Mencatat No. Urut, Nama, alamat, jenis kelamin, umur, jenis kunjungan, kelas ruangan, nama ruangan, cara pembayaran, pada Buku register rawat Inap.
 - k. Mencatat Nama pasien, Alamat, Nomor RM, dua huruf awal nama pasien, tgl berobat dan bagian rawat inap yang dituju KIUP.
 - l. Menyimpan KIUP pada tempat penyimpanan KIUP {lemari laci KIUP} disimpan secara alphabet.
 - m. Memanggil pasien berikutnya
5. Prosedur/tata cara penerimaan rawat inap untuk pasien lama
 - a. Menyambut/menyapa {selamat pagi/ siang/ malam ,ada yang bisa kami bantu?}.
 - b. Menanyakan pasien baru atau lama (Apakah Bpk/ Ibu pernah berobat ?) apabila jawaban pasien pernah, berarti sebagai pasien lama
 - c. Menanyakan dan meminjam KIB dan surat rujukan/ pengantar rawat inap
 - d. Menyiapkan Bon peminjaman (surat permohonan peminjaman RM), KIUP dan Buku register rawat inap (contoh formulir terlampir)
 - e. Menanyakan ruangan/ bagian yang diinginkan pasien dan memberikan informasi tentang Tarif, Ruangan, Akomodasi ruang rawat inap, tata cara rawat inap

- f. Mencatat No. Urut, Nama, alamat, jenis kelamin, umur, jenis kunjungan, kelas ruangan, nama ruangan, cara pembayaran, pada Buku register rawat inap
 - g. Mencatat No. RM, nama pasien, Tgl peminjaman (isi dengan tgl berobat), Nama peminjam (isi dengan nama ruang/ bagian rawat inap yang dituju) pada bon peminjaman
 - h. Mengembalikan/ menyerahkan KIB pada pasien serta mengingatkan pada pasien untuk selalu membawa KIB kalau kembali berobat serta menjelaskan pentingnya KIB
 - i. Mempersilakan pasien dan diantar oleh petugas lain ke ruang rawat inap
 - j. Menyerahkan bon peminjaman ke bagian penyimpanan/ pengambilan rekam medis
 - k. Mencari/ mengambil KIUP pasien tersebut
 - l. Menyimpan kembali KIUP pada tempatnya semula
 - m. Memanggil pasien berikutnya
6. Teknik Praktek/ Simulasi
- a. Peserta praktikum dibentuk/ dibuat pasangan, satu orang diberi tugas untuk menjadi pasien satu orang lagi menjadi petugas penerimaan pasien
 - b. Praktek pertama ; yang jadi petugas, mempraktekkan jadi petugas penerimaan pasien rawat yang menerima pasien baru (Mengaplikasikan prosedur/ tata cara penerimaan pasien rawat inap untuk pasien baru)
 - c. Praktek kedua ; mahasiswa yang jadi pasien bergantian menjadi petugas penerimaan pasien dengan tugas yang sama tapi pasangannya diganti
 - d. Praktek ketiga ; yang jadi petugas, mempraktekkan jadi petugas penerimaan yang menerima pasien lama (Mengaplikasikan prosedur/ tata cara penerimaan pasien rawat inap untuk pasien lama)
 - e. Praktek keempat ; Mahasiswa yang jadi pasien lama bergantian menjadi petugas penerimaan pasien dengan tugas praktek yang sama tapi pasangannya diganti
 - f. Evaluasi praktek (Diskusi dari praktek yang telah dilakukan, membahas praktek mana yang benar, praktek mana yang salah dan bagaimana memperbaikinya, memberi tips agar tugas penerimaan pasien dapat berjalan efektif dan efisien)
 - g. Praktek keenam ; Mengulangi praktek penerimaan pasien rawat inap, dengan kasus siswa yang jadi petugas tidak diberitahu apakah menerima pasien baru atau lama
 - h. Praktek ketujuh ; Mahasiswa yang jadi pasien bergantian menjadi petugas penerimaan pasien dengan tugas yang sama pada praktek keenam dengan pasangan yang berbeda.

Pertemuan Ke III

Praktek Indeks

1. Indeks adalah Membuat tabulasi dengan kode yang sudah dibuat ke dalam indeks-indeks (dapat menggunakan kartu indeks atau komputerisasi)
2. Jenis INDEKS yang biasa dibuat :
 - a. Indeks Pasien
 - b. Indeks Penyakit (Diagnosa) dan Operasi
 - c. Indeks Obat
 - d. Indeks Dokter
 - e. Indeks Wilayah/ Alamat
 - f. Indeks Kematian
3. Fasilitas dan alat yang digunakan :
 - a. Meja dan kursi
 - b. Alat Tulis (pensil dan penghapus)
 - c. Formulir Indeks Penyakit, Dokter, Wilayah, Operasi dan Kematian
 - d. Rekam Medis Rawat Jalan/ Inap
 - e. Tempat penyimpanan Indeks (Lemari/ laci)
4. Cara/ Prosedur membuat Indeks
 - a. Petugas Indeks menerima rekam medis dari petugas koding
 - b. Membuka, mencari, membaca diagnosa akhir, (diagnosa utama dan diagnosa komplikasi kalau ada), Alamat, Nama Dokter, laporan operasi kalau pasiennya mendapat tindakan operasi dan laporan kematian kalau pasiennya meninggal
 - c. Mencari, mengambil kartu indeks penyakit, dokter, wilayah, operasi dan indeks kematian yang sesuai dengan diagnosis utama, nama dokter, alamat nama operasi pada rekam medis tersebut atau membuat indeks dengan kategori yang baru yang sesuai dengan data pada formulir rekam medis
 - d. Mencatat identitas pasien, no, RM, dan informasi lain sesuai dengan formulir indeks yang akan dibuat ke kartu indeks penyakit
 - e. Menyimpan kartu indeks ke tempat penyimpanan kartu indeks sesuai dengan jenis indeksnya kemudian setiap indeks (indeks penyakit, dokter, wilayah, operasi dan kematian) disimpan/ disusun berdasarkan kode atau berdasarkan alfabet
 - f. Menyerahkan rekam medis yang sudah dibuat indeksnya ke bagian penyimpan.
5. Teknik Praktek/ Simulasi
 - a. Peserta praktikum diberi beberapa rekam medis rawat jalan/ inap yang sudah berisi data baik identitas pasien maupun data-data medis.
 - b. Peserta ditugaskan untuk membuat indeks penyakit, Indeks dokter, indeks wilayah, indeks operasi dan indeks kematian dari rekam medis yang disediakan.
 - c. Evaluasi praktek (Diskusi dari praktek yang telah dilakukan, membahas praktek mana yang benar, praktek mana yang salah dan bagaimana memperbaikinya, serta memberi tips agar tugas indeks dapat berjalan efektif dan efisien).
 - d. Mengulangi praktek pembuatan indeks

Pertemuan Ke IV

Praktek Assembling

1. Secara garis besar Assembling terbagi dalam dua kegiatan, yaitu :
 - a. Assembling sebelum rekam medis dipakai/ persiapan, yaitu kegiatan merakit, menyusun formulir-formulir rekam medis yang kosong dan menyimpannya ke sampul rekam medis, sehingga rekam medis tersebut siap digunakan.
 - b. Assembling setelah rekam medis digunakan baik dari rawat jalan maupun dari UGD dan Rawat inap, yaitu menyusun kembali formulir rekam medis sesuai dengan urutannya, merapikan dan memperbaiki baik cover maupun formulir rekam medisnya, kemudian dilakukan pemeriksaan kelengkapan pengisian rekam medis, sehingga diharapkan rekam medis disimpan sudah dalam keadaan lengkap dan rapi serta siap dipakai apabila akan digunakan lagi.
2. Untuk memudahkan penyusunan formulir-formulir rekam medis khusus untuk rawat inap dapat disusun berdasarkan kode atau halaman yang ada pada setiap formulir.
3. Untuk penentuan penyusunan kode/ halaman sebelumnya harus ditentukan dulu informasi apa yang akan disimpan di awal atau dijadikan halaman pertama dan seterusnya sampai informasi terakhir dari rekam medis.
4. Fasilitas dan alat yang digunakan :
 - a. Meja dan kursi
 - b. Alat tulis (pensil dan penghapus)
 - c. Formulir Pemeriksaan ketidaklengkapan rawat jalan dan rawat inap
 - d. Rekam Medis Rawat Jalan/ Inap
5. Prosedur/ cara Assembling
 - a. Menerima rekam medis dari unit rawat jalan/ UGD/ Rawat inap
 - b. Memeriksa susunan formulir rekam medis (lihat kode atau pada halaman yang tertera pada setiap formulir rekam medis)
 - c. Apabila ada formulir rekam medis yang tersimpan tidak sesuai dengan urutannya, maka dipindahkan/ disusun sesuai dengan urutannya
 - d. Memeriksa sampulnya rusak atau tidak, kalau sampulnya rusak diperbaiki dengan mengganti baru tetapi tidak mengganti data-datanya
 - e. Memeriksa dan merapikan formulir yang terlipat atau sobek
 - f. Melakukan kegiatan memeriksa kelengkapan, dengan cara :
 - 1) Mengambil formulir ceklist ketidaklengkapan rawat jalan atau rawat inap (satu formulir untuk satu rekam medis).
 - 2) Mencatat nama pasien dan nomor rekam medis dari rekam medis yang akan diperiksa pada formulir ketidaklengkapan.
 - 3) Memeriksa pengisian/ pencatatan pada setiap lembar, setiap item pertanyaan dari semua formulir rekam medis, apakah sudah diisi dengan lengkap atau belum.
 - 4) Apabila formulir lengkap, maka lakukan ceklist (\checkmark) pada kolom lengkap di kolom lengkap ceklist ketidaklengkapan.

- 5) Apabila ada yang belum lengkap, maka lakukan ceklist (√) pada kolom tidak lengkap di formulir ceklist ketidaklengkapan.
 - 6) Mencatat item apa yang tidak lengkap, petugas yang bertanggung jawab untuk melengkapinya.
 - 7) Mencatat nomor rekam medis dan petugas yang bertanggungjawab untuk melengkapinya yang tidak lengkap pada buku ekspedisi.
 - 8) Menyerahkan rekam medis yang tidak lengkap beserta buku ekspedisinya ke bagian distribusi untuk didistribusikan atau dilengkapi oleh petugas yang akan melengkapi rekam medis tersebut.
 - 9) Menyerahkan rekam medis yang lengkap ke bagian koding.
6. Teknik Praktek/ Simulasi
- a. Praktek pertama ; Peserta praktikum ditugaskan untuk menyusun, merakit formulir rekam medis yang kosong atau belum digunakan dan merakitkan ke sampulnya.
 - b. Praktek kedua ; Peserta praktikum diberi tugas untuk memeriksa beberapa rekam medis rawat jalan/ inap yang sudah berisi data baik identitas pasien maupun data-data medis dengan kasus ada yang lengkap dan tidak lengkap pengisiannya.
 - c. Evaluasi praktek (Diskusi dari praktek yang telah dilakukan, membahas praktek mana yang benar, praktek mana yang salah dan bagaimana memperbaikinya, serta memberi tips agar tugas Assembling dapat berjalan dengan efektif dan efisien).
 - d. Praktek ketiga ; Mengulangi praktek menyusun, merakit dan memeriksa ketidaklengkapan pengisian rekam medis.

Pertemuan Ke V

Praktek Penyimpanan dan Pengambilan

1. Ketentuan Penyimpanan :
 - a. Rekam medis sebelum disimpan harus disortir terlebih dahulu
 - b. Hanya petugas rekam medis yang menangani penyimpanan dan pengambilan rekam medis, kecuali petugas khusus pada sore dan malam yang ditugasi di penyimpanan
 - c. Rekam medis yang rusak atau terlepas dari sampulnya harus segera diperbaiki
 - d. Pemeriksaan/ audit penyimpanan harus dilakukan secara periodik (Untuk menemukan salah simpan atau RM yang belum kembali pada waktunya)
 - e. RM yang penting (berkaitan dengan hukum) disimpan di tempat khusus yang terjaga kerahasiaannya
 - f. Petugas harus memelihara agar RM terjaga kerapian dan kebersihannya
 - g. RM yang dalam proses (Assembling, Analisa, dll) disimpan di meja/ rak tertentu.
 - h. RM yang tebal dibuat penjilidan

2. Ketentuan dan Pengambilan Kembali
 - a. Setiap RM yang diambil kembali/ keluar harus diganti/ menggunakan Out Guide/ petunjuk keluar
 - b. Peminjam harus mengembalikan tepat waktu dalam keadaan baik
 - c. Ditentukan kebijakan/ peraturan berapa lama/ waktu RM dapat diluar Rak penyimpanan sesuai dengan jenis peminjamannya. Idealnya setekah jam kerja sudah kembali lagi
 - d. Rekam medis tidak boleh dibawa ke luar RS kecuali atas perintah pengadilan
 - e. Peminjaman RM untuk keperluan pembuatan makalah, risat, dll oleh dokter/ tenaga kesehatan lainnya sebaiknya dikerjakan di Ruang RM
 - f. Mahasiswa dapat meminjam RM jika mempunyai surat pengantar dari dokter ruangan
 - g. Untuk pasien yang dirujuk, RM tidak boleh dibawa, cukup dengan resume akhir pelayanan

3. Fasilitas dan Alat yang digunakan :
 - a. Meja dan kursi
 - b. Alat tulis (pensil dan penghapus)
 - c. Rekam Medis Rawat Jalan/ Inap
 - d. Bon peminjaman
 - e. Outguide
 - f. Buku Peminjaman
 - g. Rak Terbuka untuk penyimpanan

4. Prosedur/ cara menyimpan rekam medis :
 - a. Menerima rekam medis dari bagian indeks
 - b. Menyortir/ mengelompokkan rekam medis berdasarkan pengelompokkan nomor rekam medis pada petunjuk penyimpanan di rak penyimpanan atau mengelompokkan rekam medis yang nomornya berdekatan dalam rak penyimpanan
 - c. Mencocokkan dengan buku peminjaman dan bon peminjaman, kalau sudah cocok rekam medis yang dipinjam kembali, maka petugas mencatat tanggal pengembalian pada buku peminjaman, merobek bon peminjaman

- d. Membawa beberapa rekam medis ke rak penyimpanan
 - e. Mencari/ memperhatikan petunjuk penomoran pada rak penyimpanan yang sesuai dengan kelompok nomor rekam medis yang akan disimpan
 - f. Setelah ketemu nomor yang sesuai, kemudian petugas mengambil outguide dengan cara satu tangan menahan rekam medis yang didepan atau dibelakangnya dan satu tangan lagi mengambil outguide kemudian memasukkan rekam medis
 - g. Merapikan kembali rekam medis yang tersimpan di rak penyimpanan
 - h. Mengambil bon peminjaman pada outguide kemudian menyobeknya atau membuangnya ke tempat sampah.
5. Prosedur/ cara Mengambil/ peminjaman Rekam Medis
- a. Menerima permohonan oeminjaman rekam medis
 - b. Membuat bon peminjaman dengan rangkap tiga, (satu untuk peminjam, satu untuk di out guide, satu di meja bagian penyimpanan)
 - c. Mencatat identitas peminjam, keperluan tanggal dipinjam, tanggal harus kembali, nomor rekam medis dan nama pasien yang akan dipinjam, petugas yang meminjamkan dan petugas/ pejabat yang memberi rekomendasi kalau ada, pada bon peminjaman dan buku registrasi peminjaman)
 - d. Meminta peminjam untuk menanda tangani bon peminjaman
 - e. Mengambil out guide dan memasukan bon peminjaman pada kantong yang ada di out guide
 - f. Mencari dan mencocokkan nomor rekam medis yang akan dipinjam
 - g. Setelah menemukan nomor rekam medis yang diperlukan maka petugas mengambil dengan cara: salah satu tangan menarik, menahan rekam medis yang didepan atau dibelakangnya satu tangan lagi mengambil rekam medis secara lurus horizontal, kemudian langsung memasukan out guide.
 - h. Merapihkan kembali rekam medis pada rak penyimpanan tersebut.
 - i. Menyerahkan rekam medis kepemimpinan atau ke bagian distribusi.
6. Teknik Praktek/ Simulasi
- a. Praktek pertama : Peserta praktikum ditugaskan untuk menyimpan beberapa rekam medis pada rak penyimpanan sesuai dengan nomornya.
 - b. Praktek kedua : Peserta praktikum diberi tugas untuk mengambil kembali rekam medis dari tempatnya untuk berbagi keperluan.
 - c. Evaluasi praktek (Diskusi dari praktek yang telah dilakukan, membahas praktek mana yang benar, praktek mana yang salah dan bagaimana memperbaikinya, serta memberi tips agar tugas penyimpanan dan pengambilan rekam medis dapat berjalan efektif dan efisien).
 - d. Praktek ketiga : Mengulangi praktek menyimpan dan mengambil kembali rekam medis.

Pertemuan ke VI

Praktek Penerimaan pasien, Indeks, Assembling, Penyimpanan dan pengambilan kembali Rekam Medis

Pada pertemuan ke VI ini merupakan pertemuan terakhir dari PKRM I, Maka semua kegiatan dari pertemuan ke I sampai ke V, diulang kembali dengan teknik praktek/ simulasi sebagai berikut:

1. Semua kegiatan rekam medis (Penerimaan pasien, Indeks, Assembling, Penyimpanan dan pengambilan kembali Rekam Medis) dipraktekan secara bersamaan.
2. Setiap peserta diberi tugas praktek yang berbeda
3. Setiap kegiatan diberi waktu 5 – 10 menit untuk menyelesaikan tugas yang diberikan.
4. Peserta praktikum bergiliran mengerjakan kegiatan praktikum rekam medis.
5. Evaluasi praktek (Diskusi dan praktek yang telah dilakukan, membahas praktek mana yang benar, praktek mana yang salah dan bagaimana memperbaikinya, serta memberi tips agar praktikum rekam medis dapat berjalan efektif dan efisien)