

Edna K. Huffman, RRA

HEALTH INFORMATION MANAGEMENT

Edited by

Jennifer Cofer, RRA

Part 1 of Translation by Erkadius

1999

BAB 1.

PENGANTAR MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN

MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN (MIK)

Informasi adalah inti dari sistem pelaksanaan asuhan kesehatan. Catatan medis, dalam bentuk manual atau otomatis, menampung informasi medis yang menguraikan segala aspek asuhan pasien.

Dokter, perawat, dan penyedia asuhan kesehatan lainnya memerlukan informasi medis untuk mengobati seorang pasien. Catatan medis berperan sebagai penyambung komunikasi di antara pemberi layanan. Dokumentasi di dalam catatan medis juga berperan untuk melindungi kepentingan hukum pasien, penyedia asuhan kesehatan, dan fasilitas asuhan kesehatan. Catatan medis penting untuk kesejahteraan finansial fasilitas karena mengesahkan penagihan biaya. Pemakaian lain catatan medis adalah penyediaan data riset kedokteran, pendidikan para penyedia asuhan kesehatan, penelitian kesehatan masyarakat, dan pemeriksaan terhadap mutu asuhan.

Terdapat dua jenis profesional MIK, yaitu administrator catatan medis dan teknisi catatan medis. Keduanya menggunakan pengetahuan luas dalam menghadapi tantangan pekerjaan. Mereka harus memahami sistem pelaksanaan asuhan kesehatan dan aliran informasi kesehatan di dalamnya. Dasar-dasar ilmu kedokteran digunakan untuk memproses isi catatan medis. Manajemen sumber daya manusia diperlukan untuk menyelesaikan pekerjaan departemen informasi kesehatan dan bekerja dengan petugas lain di dalam sistem pelaksanaan asuhan kesehatan. Teknisi catatan medis harus pula mampu memahami statistik asuhan kesehatan, aspek-aspek hukum, serta memasukkan dan mengambil data komputer. Administrator catatan medis mempergunakan teori-teori manajemen catatan dan sistem informasi dalam mendesain sistem penyimpanan dan pengambilan data secara manual dan berkomputer. Mereka harus pula memiliki pengetahuan dasar statistik dan metoda riset, hukum, ilmu komputer, dan keuangan, untuk memastikan agar catatan medis yang komplit dan akurat dapat memenuhi berbagai kebutuhan penggunaannya.

Bab ini menguraikan evolusi asuhan kesehatan dan catatan medis, menguraikan penggunaan catatan medis, memberikan orientasi pada sistem pelaksanaan asuhan kesehatan, dan menguraikan profesi manajemen informasi kesehatan secara mendalam.

EVOLUSI ASUHAN KESEHATAN

MASA-MASA AWAL

Ketika Amerika ditemukan 500 tahun yang lalu, asuhan kesehatan hampir tidak ada, dan jumlah dokter sedikit sekali. Tidak ada organisasi atau rumah sakit untuk membantu mereka, dan tidak ada catatan medis. Catatan medis menjadi semakin penting adalah karena ilmu kedokteran dan asuhan kesehatan telah mencapai standard yang amat tinggi. Untuk memahami seberapa jauh standard ini telah tercapai, mungkin perlu untuk memahami masa-masa awal Amerika.

Buku-buku sejarah menceritakan bagaimana ilmu kedokteran berkembang selama berabad-abad. Penyakit 'plague' sangat umum, dan sering mengikuti route perjalanan para

pengelana. Penderita lepra dikucilkan, dan para pendeta yang berpraktek pengobatan melayani hampir seluruh rumah sakit yang ada. Di Dunia Baru ini, orang-orang yang baru datang dihadapkan pada penyakit-penyakit epidemi, serangan kasar, dan musim dingin yang ganas. Cacar, campak, demam kuning, influenza, demam skarlet, dan difteri hanya beberapa dari penyakit-penyakit menular yang mengancam keberadaan mereka.

MASA RENAISSANCE

Renaissance di Eropa pada abad 16 dan 17 tidak saja membangkitkan minat akan seni, literatur dan filosofi, tapi juga awal dari konsep baru mengenai masyarakat yang didasarkan pada pertumbuhan ekonomi dan asuhan bagi warganya. Di Inggris terdapat peningkatan kesadaran bahwa masyarakat yang sehat merupakan faktor positif dalam pertumbuhan ekonomi. Di Amerika, tempat pemukiman mulai menunjuk komisi-komisi untuk mengontrol penyebaran penyakit, walau pun fungsi pada awalnya fungsi utama komisi ini untuk mengasuh penderita, membantu para yatim, dan menguburkan yang meninggal dunia. Sedikit yang dilakukannya untuk mencegah penyakit selain melalui pengucilan dan pengurangan.

ABAD KE-18 DAN 19

Asuhan kesehatan membaik perlahan-lahan selama beberapa dekade awal abad 18, tapi tidak ada perbaikan yang berarti sampai Revolusi Amerika selesai. Benjamin Franklin adalah satu di antara pemimpin gerakan untuk mendirikan rumah sakit terintegrasi yang pertama. Institusi ini, yang dikenal dengan Pennsylvania Hospital, didirikan di Philadelphia pada tahun 1752. Franklin bertugas sebagai Sekretaris rumah sakit, dan banyak di antara catatan tertua rumah sakit ini, daftar nama pasien, alamat, penyakit, dan tanggal kedatangan dan kepulangan (admission and discharge) adalah tulisan tangannya. Pada tahun 1803 rumah sakit ini diperintahkan untuk menyimpan catatan detail mengenai kasus-kasus yang menarik, dan banyak di antaranya berupa sketsa-sketsa ilustrasi yang dibuat dengan pena dan tinta. Pada tahun 1873 rumah sakit ini mulai menyimpan riwayat penyakit dan telah memiliki file (arsip) yang tidak terputus sampai saat ini.

New York Hospital dibuka pada tahun 1771 dan memulai register pasien pertamanya tahun 1791. Register ini memberikan catatan menarik tentang pasien. Banyak di antara riwayat penyakit mengikuti cara rutin yang digunakan saat ini: pernyataan diagnosa, usia, tanggal admisi, pekerjaan, penyakit, pengobatan, dan catatan kemajuan.

Massachusetts General Hospital di Boston dibuka pada tahun 1821 dan terkenal karena memiliki arsip lengkap catatan klinis semua pasien yang diterima. Dari catatan-catatan ini semua penyakit dan prosedur operasi dibuatkan katalog, dan penemuannya digunakan untuk asuhan pasien, riset, dan tujuan statistik.

Ketika penduduk Amerika meningkat dan bergerak ke Barat, tuntutan akan praktisi medis jauh lebih tinggi daripada jumlah yang tersedia. Dengan dibukanya rumah sakit dan meningkatnya jumlah penduduk, banyak sekolah-sekolah kedokteran swasta bermunculan dengan cepat di berbagai tempat. Dijuluki sebagai 'pabrik ijazah', mereka mewisuda siswa-siswanya dalam waktu singkat, kadang-kadang hanya enam bulan. Pada tahun 1869 terdapat 72 sekolah kedokteran semacam itu di USA.

ABAD KE-20

Pada tahun 1909-1911 Abraham Flexner, dengan dana dari Carnegie Foundation, melakukan penelitian komprehensif mengenai status pendidikan kedokteran di USA. Flexner menguraikan gambaran menyedihkan sekolah-sekolah asalan yang tidak mampu

melaksanakan pendidikan dokter yang bisa diterima. Setelah laporan pertama ini, banyak sekolah-sekolah asalan itu ditutup.

Perbaikan Catatan melalui Standarisasi Rumah Sakit

Pada tahun 1913 American College of Surgeons didirikan di bawah pimpinan Dr. Franklin H. Martin. Satu di antara objektif kelompok ini adalah meningkatkan standard pembedahan. Untuk mencapainya, mereka menganggap bahwa suatu standard latihan bedah harus segera dibuat, dan data latihan ahli bedah di rumah sakit dan di sekolah kedokteran sangat penting. College ini berpendapat bahwa mereka mampu meningkatkan standard bedah melalui standarisasi rumah sakit di seluruh Amerika.

Untuk bisa mengevaluasi pekerjaan bedah calon ahli bedah secara benar, College mengharuskan adanya laporan kasus pasien operasi besar yang telah dilakukan oleh calon ahli bedah. Dengan cepat ketahuan bahwa catatan-catatan tersebut tidak memadai. College kemudian menyadari bahwa Program Standarisasi Rumah Sakit harus memerlukan catatan medis yang lebih baik tidak saja untuk calon ahli bedah atau ahli bedah yang sedang meningkatkan pendidikannya, tapi juga untuk asuhan pasien yang efisien untuk penyakit sekarang dan masa mendatang; untuk kebutuhan 'medico-legal' rumah sakit, dokter dan pasien; dan untuk riset kedokteran. Mereka kemudian menyetujui salah satu syarat minimum standarisasi rumah sakit yaitu "catatan kasus yang akurat dan komplit harus ditulis untuk semua pasien dan diarsipkan dengan cara yang mudah untuk diambil kembali di dalam rumah sakit" Yang sangat mengejutkan adalah bahwa pada tahun 1918 hanya 1,6%, atau 89 dari 5323 rumah sakit terdaftar yang memenuhi standard pada survey pertama. Sejumlah besar rumah sakit lain malah tidak terdaftar sama sekali. Pada satu di antara tahun-tahun awal ini, hasil survey begitu jelek sehingga untuk kepentingan masyarakat catatannya dibakar.

Perbaikan terus menerus dalam jumlah dan mutu catatan medis dimulai dengan munculnya standarisasi rumah sakit. Setiap tahun atas inisiatif Dr. Franklin H. Martin dan Dr. Malcolm T. MacEachern, Direktur Aktifitas Rumah Sakit pada American College of Surgeons (ACS), hal-hal yang berhubungan dengan catatan medis dilibatkan di dalam konferensi standarisasi rumah sakit.

Perbaikan Catatan melalui Organisasi

Ketika konferensi-konferensi telah berhasil menciptakan minat di dalam perbaikan catatan medis, Dr. MacEachern mengeluarkan undangan khusus untuk pekerja-pekerja catatan medis Amerika dan Kanada untuk menghadiri pertemuan di Boston selama Clinical Congress ACS. Pertemuan ini secara khusus membahas catatan medis dan pemeliharaannya. Ia menunjuk Mrs. Grace Whiting Myers, pejabat perpustakaan RSU Massachusetts, sebagai ketua umum untuk mengorganisir komite-komite, mempersiapkan program, dan merencanakan ekshibisi. Ini adalah pertemuan pertama yang berlangsung lebih dari sehari, saat masalah yang berhubungan dengan isi catatan medis, ketersediaannya, dan pemeliharaannya dibicarakan secara eksklusif, dan saat minat khusus terhadap catatan medis juga ditunjukkan secara eksklusif.

Pada saat pertemuan ini akan berakhir pada tanggal 11 Oktober 1928, Matthew W. Foley, editor jurnal Hospital Management dan bapak National Hospital Day, menunjukkan bahwa organisasi ini telah membawa perbaikan di banyak lapangan dan tidak diragukan lagi akan membawa hasil yang sama pada catatan medis. Sebuah mosi untuk membuat organisasi dihasilkan, dan Mrs. Myers ditunjuk sebagai presiden pertamanya. Group baru ini menyebut dirinya "the Association of Record Librarians of North America" dan menentukan objektif utamanya "untuk meningkatkan standard catatan klinis di rumah sakit, apotik, dan institusi kesehatan lainnya". Lima puluh delapan pekerja catatan medis menjadi anggota kelompok ini.

Akreditasi menggantikan Standarisasi

Zaman ACS membawa tanggung jawab utama pembentukan standard rumah sakit di USA dan Canada berakhir tanggal 6 Desember 1952. Pada tanggal itu sebuah organisasi yang sekarang dikenal dengan nama Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO – Komisi Gabungan untuk Akreditasi Organisasi Asuhan kesehatan) mengambil alih tanggung jawab.

Sejak pendirian komisi gabungan, badan-badan akreditasi lain juga telah terbentuk. Beberapa di antara tujuan bersama badan akreditasi adalah untuk: mengembangkan dan memelihara standard untuk ukuran bagi fasilitas asuhan kesehatan; memperbaiki mutu asuhan yang diberikan oleh fasilitas tersebut; dan memberikan suatu mekanisme tanggung jawab dan jaminan asuhan yang tinggi bagi fasilitas, masyarakat, dan pengguna. Standard yang digunakan pada proses survei dikembangkan oleh badan akreditasi yang bersangkutan dengan bantuan para ahli di bidangnya. Standard-standard ini diubah sesuai dengan perubahan teknologi, aturan pemerintah, tuntutan, dan kebutuhan masyarakat.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

Komisi gabungan akreditasi organisasi asuhan kesehatan ini bertujuan untuk meningkatkan mutu asuhan dan asuhan yang disediakan, dan memperbaiki lingkungan asuhan melalui proses akreditasi sukarela. Komitmen ini melebar ke semua asuhan yang ditawarkan – semua jenis utama asuhan kesehatan terorganisir.

JCAHO disokong oleh American Hospital Association (AHA), American Medical Association (AMA), American College of Surgeons (ACS), American College of Physicians (ACP), dan American Dental Association (ADA). Masing-masing organisasi mengirimkan perwakilan yang duduk di dalam dewan komisaris (Board of Commissioners). Para komisaris ini menulis dan menerbitkan standard-standard dan menentukan status akreditasi berbagai jenis fasilitas asuhan kesehatan.

JCAHO memiliki standard untuk, dan mensurvei berbagai fasilitas asuhan kesehatan, antara lain:

- Rumah sakit asuhan akut, termasuk RS umum, mental, dan rehabilitasi
- Badan-badan dan organisasi asuhan kesehatan rumah tangga
- Fasilitas asuhan kesehatan jangka panjang
- Fasilitas yang memberikan asuhan kesehatan mental, ketergantungan obat, dan retardasi mental
- Fasilitas asuhan rawat jalan, termasuk bedah rawat jalan, praktek dokter bersama, dan penyelenggara asuhan terpadu.

Saat ini JCAHO memberi akreditasi maksimum tiga tahun kalau fasilitas sangat memenuhi standard. Sekitar 18 bulan sejak survei, setiap fasilitas terakreditasi menerima surat dari JCAHO yang menekankan pentingnya pemeriksaan mandiri dan mengingatkan bahwa perbaikan yang disarankan pada survei sebelumnya harus telah selesai atau sedang dikerjakan untuk menghindari penurunan akreditasi pada survei berikutnya.

Fasilitas yang patuh pada standard JCAHO menerima ‘akreditasi’, atau untuk yang sangat patuh mendapatkan ‘akreditasi dengan pujian’. Namun pada kedua hal ini akreditasinya tidak bisa diperpanjang secara otomatis, sehingga mereka selalu menjalani proses akreditasi sepenuhnya menjelang masa akreditasinya habis.

Kalau fasilitas tidak memenuhi standard secara mencukupi maka ia akan mendapatkan ‘akreditasi bersyarat’. Dalam kasus ini JCAHO meminta fasilitas agar memperbaiki dirinya dalam waktu enam bulan. Setiap fasilitas yang mendapatkan akreditasi

bersyarat harus membuat rencana perbaikan dan menjalani survei follow up, yang akan menentukan status akreditasinya. Kalau fasilitas tetap tidak menyesuaikan diri, atau kalau ada ancaman langsung terhadap kesehatan atau keamanan pasien, maka JCAHO akan memberi status ‘tidak diakreditasi’.

Survei akreditasi JCAHO dapat berfungsi selain untuk akreditasi itu sendiri. Banyak negara bagian memiliki peraturan yang menghendaki badan pemberi lisensi (izin) untuk mengakui akreditasi JCAHO secara utuh atau sebagian untuk tujuan pemberian lisensi. Badan-badan ini bisa mensyaratkan rumah sakit untuk memperlihatkan bukti akreditasi sewaktu mereka meminta lisensi ulang, atau menyerahkan kopi rekomendasi terbaru.

Pada beberapa negara bagian, perwakilan badan pemberi lisensi ikut di dalam proses survei JCAHO untuk membahas persyaratan lisensi yang tidak terdapat pada persyaratan JCAHO. Keputusan pemberian lisensi dilakukan oleh organisasi terkait, tanpa tergantung pada JCAHO. Berbagai badan melakukan pemeriksaan validasi berkala terhadap rumah sakit berstatus terakreditasi sebagai pengganti pemeriksaan lisensi negara bagian.

Pengaturan pada negara bagian seperti ini adalah hasil dari usaha perkumpulan rumah sakit setempat untuk mengurangi jumlah survei atau pemeriksaan yang harus dijalani rumah sakit. Alasan untuk ini adalah karena survei atau pemeriksaan menyebabkan sumber daya rumah sakit teralihkan dari aktifitas asuhan pasien.

Rumah sakit yang diakreditasi oleh JCAHO (atau oleh American Osteopathic Association) juga dianggap memenuhi syarat untuk ikut serta (‘Conditioning of Participation’) dalam penggantian biaya pasien oleh Medicare dan Medicaid. Badan sertifikasi negara bagian melakukan survei validasi secara random (acak) terhadap beberapa rumah sakit yang menerima akreditasi dan yang tengah diselidiki berdasarkan pengaduan. Hasil survei dan penyelidikan ini dilaporkan setiap tahun oleh Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) kepada Congress

Untuk membantu fasilitas asuhan kesehatan mengikuti standard, JCAHO menerbitkan berbagai pedoman, newsletter, bulletin dan buku-buku referensi.

American Osteopathic Association (AOA)

Rumah sakit osteopati secara sukarela mendapatkan akreditasi dari AOA yang didirikan pada tahun 1897 dan memiliki kantor pusat di Chicago. Anggotanya antara lain adalah dokter osteopathi, ahli bedah, dan lulusan kedokteran osteopati.

Untuk bisa diakreditasi oleh AOA, rumah sakit yang staf medisnya hanya terdiri dari para dokter osteopati (DO = doctor of osteopathy) harus menggunakan istilah ‘osteopathic’ pada nama dan stationery rumah sakit. Rumah sakit yang staf medisnya terdiri dari para osteopath dan dokter medis (MD = doctor of medicine) bisa mendapatkan akreditasi AOA tapi tidak perlu mencantumkan istilah ‘osteopati pada nama rumah sakit.

Manual akreditasi AOA, *‘Accreditation Requirements of the American Osteopathic Association’* berisi persyaratan spesifik untuk kepatuhan bersamaan dengan komentar penafsiran. Proses akreditasi itu sendiri mirip dengan cara JCAHO. AOA bisa memberikan akreditasi kepada rumah sakit untuk satu, dua atau tiga tahun. Kalau rumah sakit memperoleh akreditasi untuk satu tahun, AOA bisa memerintahkan konsultasi untuk area yang masih dianggap kurang. AOA juga bisa membatalkan atau menolak akreditasi. Rumah sakit harus mendaftar untuk akreditasi setiap tahun, dan rumah sakit yang mendaftar untuk pertama kali harus melakukan konsultasi terlebih dahulu.

Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF)

CARF didirikan tahun 1966 untuk mengadopsi dan menerapkan standard pada fasilitas rehabilitasi di seluruh USA.

Untuk bisa ikut disurvei oleh CARF, tujuan utama fasilitas harus berupa rehabilitasi orang-orang yang memerlukan asuhan restoratif (pengembalian fungsi tubuh) dan penyesuaian atau latihan kerja di dalam program tersendiri yang terpadu dan terkoordinir. Dalam pelaksanaan program, fasilitas bisa mengutamakan satu atau lebih dari hal-hal berikut: perbaikan fisik, perkembangan bakat, bekerja sambil berlatih, patologi bicara, atau aktifitas kerja.

Accreditation Association for Ambulatory Health Care (AAAHC)

Perkumpulan akreditasi untuk asuhan kesehatan rawat jalan ini didirikan tahun 1979. Tujuannya adalah membantu profesional asuhan kesehatan rawat jalan dalam meningkatkan mutu asuhan yang tersedia, untuk membandingkan kinerjanya dengan standard yang diakui, dan untuk berbagi keahlian melalui konsultasi antar anggota.

Fasilitas asuhan kesehatan harus secara resmi diakui dan harus menyediakan asuhan rawat jalan supaya bisa menjalani survei akreditasi. AAAHC telah mengakreditasi praktek sendiri atau praktek multispesialisasi, pusat bedah rawat jalan, organisasi pemeliharaan kesehatan, asuhan kesehatan universitas, dan pusat kesehatan masyarakat dan lingkungan tetangga. Standard AAAHC sangat mirip dengan JCAHO.

Proses Survei Akreditasi

Cara badan pengakreditasi menentukan kepatuhan pada aturan dan standard umumnya sama. Untuk bisa dipertimbangkan, fasilitas yang tertarik harus mendaftar dan mengisi daftar pertanyaan komprehensif yang mencakup juga jumlah dan jenis asuhan klinis yang dilakukan. Semua ini direview untuk menentukan apakah fasilitas tersebut memenuhi syarat minimum akreditasi.

Kalau fasilitas ternyata patuh pada aturan, maka survei di tempat dijadwalkan. Tim survei akreditasi rumah sakit terdiri dari para profesional pada berbagai disiplin asuhan kesehatan. Anggotanya minimal harus adalah seorang dokter praktek dan seorang administrator rumah sakit. Mereka mereview dokumen survei dan kemudian melakukan pengamatan di tempat. Pengamatan ini mencakup review bangunan, diskusi dengan personil kunci dan personil lain yang berminat akan fasilitas, dan review catatan medis. Review catatan merupakan komponen utama pada survei ini. Mereka memperhatikan contoh catatan medis setiap fasilitas untuk memastikan bahwa asuhan diuraikan dengan lengkap dan bahwa fasilitas ini mengikuti kebijaksanaan asuhan yang telah mereka tetapkan.

Pada akhir kunjungannya, profesional ini mengadakan konferensi bersama perwakilan dari dewan pimpinan, staf medis, dan anggota staf lain yang sesuai. Disini diuraikan hasil penemuan survei, dibicarakan mengenai penyimpangan menyolok dari peraturan atau standard, dan dibuat rekomendasi untuk perbaikannya. Perwakilan fasilitas diberi kesempatan untuk berkomentar terhadap penemuan yang tidak menguntungkan.

Para surveyor memasukkan penemuannya di dalam laporan ke badan pengakreditasi yang menugaskan mereka. Laporan bisa juga berisi informasi yang diberikan oleh masyarakat, badan dari pemerintahan negara bagian atau pemerintahan federal, atau dari perkumpulan-perkumpulan. Fasilitas menerima sebuah kopi laporan dan dibolehkan memberi respons tertulis terhadap penemuan. Pimpinan yang relevan pada badan pengakreditasi membuat keputusan tentang akreditasi berdasarkan rekomendasi tertulis para surveyor. Kalau keputusannya berlawanan dengan keyakinan fasilitas, maka fasilitas bisa meminta pertimbangan dengan memberikan informasi tambahan yang menyokong pandangannya. Organisasi yang melakukan survei akan mereview informasi ini bersamaan dengan informasi lain yang sesuai, lalu membuat keputusan akhir. Survei untuk menentukan kelanjutan kepatuhan akan standard akreditasi dilakukan pada jarak waktu yang telah ditetapkan, sesuai dengan kebijaksanaan berbagai badan pengakreditasi ini.

Peranan Sertifikasi Medicare

Department of Health and Human Services (DHSS) merupakan departemen setingkat kabinet pada cabang eksekutif pemerintah federal yang paling terlibat dengan masalah kemanusiaan negara, termasuk kesehatan. Di bawahnya terdapat berbagai subdivisi: Social Security Administration (SAA); Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), dan US Public Health Service (USPHS). Sekretaris DHSS (= Menteri Kesehatan) membantu Presiden dalam kebijaksanaan dan program kesehatan dan memimpin staf departemen untuk melaksanakan program-program yang disetujui oleh Congress.

Pada tahun 1965 Congress mengesahkan suatu program asuhan kesehatan untuk menyediakan perawatan inap dan asuransi medis untuk orang tua. Pasal XVIII UU Social Security berisi pedoman program Medicare, yang secara resmi berjudul Asuransi Kesehatan bagi Orang Tua dan Cacat ('Health Insurance for the Aged and Disabled'). Pada saat yang sama, Pasal XIX, Hibah bagi Negara Bagian dalam Program Bantuan Medis ('Grants to States for Medical Assistance Programs') diundangkan untuk menjadi dasar Medicaid.

Medicare telah memiliki efek yang nyata pada semua institusi asuhan kesehatan. Pada awalnya, peraturan ini memberikan bantuan keuangan dengan persyaratan tertentu kepada hampir semua warga negara berusia 65 tahun atau lebih. Sejak itu peraturan federal lainnya telah diundangkan untuk menerima kelompok-kelompok seperti orang-orang cacat dan orang-orang dengan penyakit ginjal stadium akhir. Lebih dari 25 juta orang dari jumlah penduduk yang di atas 200 juta mendapatkan asuransi atas jaminan pemerintah federal.

Persyaratan 'reimbursement' (penggantian keuangan) untuk fasilitas asuhan kesehatan di bawah program Medicare terdapat pada referensi "*Regulation Number 5. Federal Health Insurance for the Aged*". Di dalam publikasi ini terdapat sub bagian yang berjudul "*Conditions of Participation*" untuk setiap jenis dari berbagai jenis fasilitas asuhan kesehatan. Peraturan yang berhubungan dengan pengumpulan dan pemeliharaan catatan medis pasien terdapat di seluruh area peraturan. Hal ini menekankan konsep bahwa catatan medis yang baik melambangkan bahwa institusi asuhan kesehatan memberikan asuhan pasien secara baik.

Sebagai pembayar utama asuhan kesehatan, pemerintah federal harus memastikan bahwa ia membayar untuk asuhan medis bermutu yang diperlukan untuk pengobatan. Untuk mengevaluasi keperluan dan mutu ini, pemerintah mengontrak organisasi-organisasi review sejawat (Peer Review Organizations = PROs). PROs ini mereview berbagai aspek asuhan pasien Medicare, dan mereka sering mendasarkan keputusannya pada apa yang ada di dalam catatan pasien.

Peranan Negara Bagian

Selama tidak bertentangan dengan persyaratan federal, negara bagian bebas mengundang hukumnya dengan mempertimbangkan area-area yang penting untuk negara bagian tersebut.

Medicaid adalah program bantuan medis yang dihasilkan oleh Pasal XIX Public Law 89-97, dirancang untuk memenuhi kebutuhan masyarakat berpenghasilan rendah. Sementara program ini tunduk pada pedoman umum federal, ia dilaksanakan oleh negara bagian. Negara bagian menentukan pembayaran yang dijamin di luar asuhan dasar yang ditentukan oleh federal, kepastian seseorang untuk mendapatkannya, dan umumnya, berapa pembayaran yang bisa diberikan kepada penyedia layanan.

Pengeluaran izin fasilitas asuhan kesehatan juga merupakan aktifitas pemerintah negara bagian (kadang-kadang lokal) yang memberi persetujuan hukum untuk fasilitas dalam memberi asuhan. Untuk memperoleh lisensi, fasilitas harus memenuhi persyaratan tertentu untuk aspek fisik fasilitas, asuhan yang disediakan termasuk catatan medis, dan orang-orang yang bekerja untuk memberikan asuhan tersebut. Setiap badan pemberi izin mengembangkan

peraturan yang digunakan untuk mengevaluasi fasilitas di daerah geografisnya. Pemberian izin biasanya dilakukan setiap tahun. Standard pemberian izin pada umumnya dianggap sebagai syarat minimum yang harus dipenuhi fasilitas untuk tetap bisa berfungsi.

ASUHAN KESEHATAN MASA KINI

Sampai abad ke-20, penekanan asuhan kesehatan adalah pada asuhan medis penderita dan terutama melibatkan dokter, perawat, dan rumah sakit. Pada abad yang lalu kemajuan nyata telah terlihat pada pemahaman proses penyakit dan faktor yang memudahkan seseorang terkena penyakit. Banyak teknik dan instrumen baru yang telah dikembangkan untuk mendiagnosa dan mengobati penyakit.

Kalau di masa lalu kesehatan hanya dianggap bebas dari penyakit, sekarang kesehatan adalah kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang lengkap. Pada definisi ini, usaha diarahkan untuk asuhan kesehatan yang mencakup pencegahan penyakit dan pemeliharaan kesehatan, di samping asuhan medis yang mencakup pengobatan atau meringankan penderitaan. Dengan perubahan sikap ini, masyarakat menganggap asuhan kesehatan sebagai hak setiap orang tanpa memandang status keuangannya.

Sekarang sistem pelaksanaan asuhan kesehatan melibatkan berbagai macam praktisi, fasilitas, dan organisasi yang bekerja sama menyediakan asuhan-asuhan kesehatan yang luas untuk yang membutuhkannya.

Terdapat berbagai jenis fasilitas asuhan kesehatan. Pada umumnya, lama pasien menginap di fasilitas untuk asuhan ikut menentukan bentuk utama fasilitas. Bagian ini akan menguraikannya secara singkat.

ASUHAN RUMAH SAKIT (AKUT)

Rumah sakit perawatan akut biasanya adalah fasilitas asuhan kesehatan primer yang menyediakan asuhan kesehatan yang menyeluruh dan intensif. Rumah sakit adalah institusi yang menyediakan tempat tidur rawat inap, asuhan medis, dan asuhan perawatan terus menerus untuk diagnosa dan pengobatan oleh staf medis yang terorganisir. Rumah sakit diklasifikasikan sebagai tempat asuhan akut atau jangka pendek karena lama rata-rata pasien menginap kurang dari 30 hari.

Rumah sakit umum adalah institusi yang menyediakan perawatan medis dan bedah umum. Ciri-ciri rumah sakit terdapat pada Tabel 1. Rumah sakit lain ada yang mengkhususkan diri pada pengobatan jenis pasien atau penyakit tertentu, seperti kelainan jiwa, penyakit anak, penyakit mata dan telinga, dan sebagainya.

Kepemilikan

Sementara rumah sakit umumnya berjangka pendek, mereka bisa melayani berbagai jenis pasien dan bisa memiliki berbagai bentuk kepemilikan atau sponsor.

Pemilikan tunggal rumah sakit oleh suatu masyarakat, gereja, atau pemerintah merupakan bentuk masa lalu. Rumah sakit dibiayai oleh organisasi sponsor dan sering dibantu oleh sumbangan bulanan, hadiah, dan dana lain masyarakat. Karena biaya asuhan medis semakin mahal, banyak rumah sakit berpemilik tunggal bergabung dengan rumah sakit dan fasilitas asuhan kesehatan lain agar tetap bertahan hidup.

Sistem multi-hospital adalah "dua rumah sakit atau lebih yang disewakan, disponsori, atau dikelola oleh suatu organisasi sentral". Pola ini memungkinkan penggabungan sumber daya seperti modal, layanan, dan personil, sehingga menurunkan biaya asuhan medis. Berbagai bentuk pemilikan terdapat pada Tabel 2.

Tabel 1. CIRI-CIRI PENTING RUMAH SAKIT

1. Fungsi utama rumah sakit adalah untuk menyediakan diagnosa dan pengobatan, baik bedah atau pun non-bedah, untuk pasien yang memiliki kondisi apa pun dari berbagai jenis kondisi medis.
2. Pasien rawat inap berada di dalam institusi.
3. Terdapat susunan pengurus yang secara hukum bertanggung jawab akan institusinya.
4. Terdapat seorang administrator tempat pengurus mendelegasikan tanggung jawab purnawaktu dalam hal pekerjaan institusi sesuai dengan kebijaksanaan yang telah digariskan.
5. Terdapat staf medis terorganisir tempat pengurus mendelegasikan tanggung jawab pemeliharaan standard asuhan kesehatan.
6. Setiap pasien diadmit atas perintah dari, dan asuhannya berada di bawah pengarahan dari seorang anggota staf medis.
7. Layanan keperawatan berada di bawah pengarahan perawat profesional yang bekerja purnawaktu.
8. Pengawasan perawat profesional dan asuhan keperawatan lainnya berlangsung terus menerus.
9. Sebuah catatan medis dipelihara untuk setiap pasien.
10. Layanan farmasi dipelihara di dalam atau oleh institusi dan diawasi oleh apoteker berizin.
11. Layanan X-ray diagnosa, dengan fasilitas dan staf yang mampu melaksanakan berbagai prosedur, dipelihara di dalam institusi.
12. Layanan laboratorium klinis, dengan fasilitas dan staf yang mampu melaksanakan berbagai pengujian dan prosedur, dipelihara di dalam atau oleh institusi, dan asuhan patologi anatomi tersedia secara reguler dan mudah dicapai.
13. Layanan kamar operasi, dengan fasilitas dan staf, dipelihara di dalam institusi.
14. Makanan yang dihidangkan kepada pasien memenuhi persyaratan gizi mereka, dan makanan yang dimodifikasi (diubah) tersedia secara reguler.

Tabel 2. RUMAH SAKIT USA MENURUT JENIS KONTROL**Milik Pemerintah**

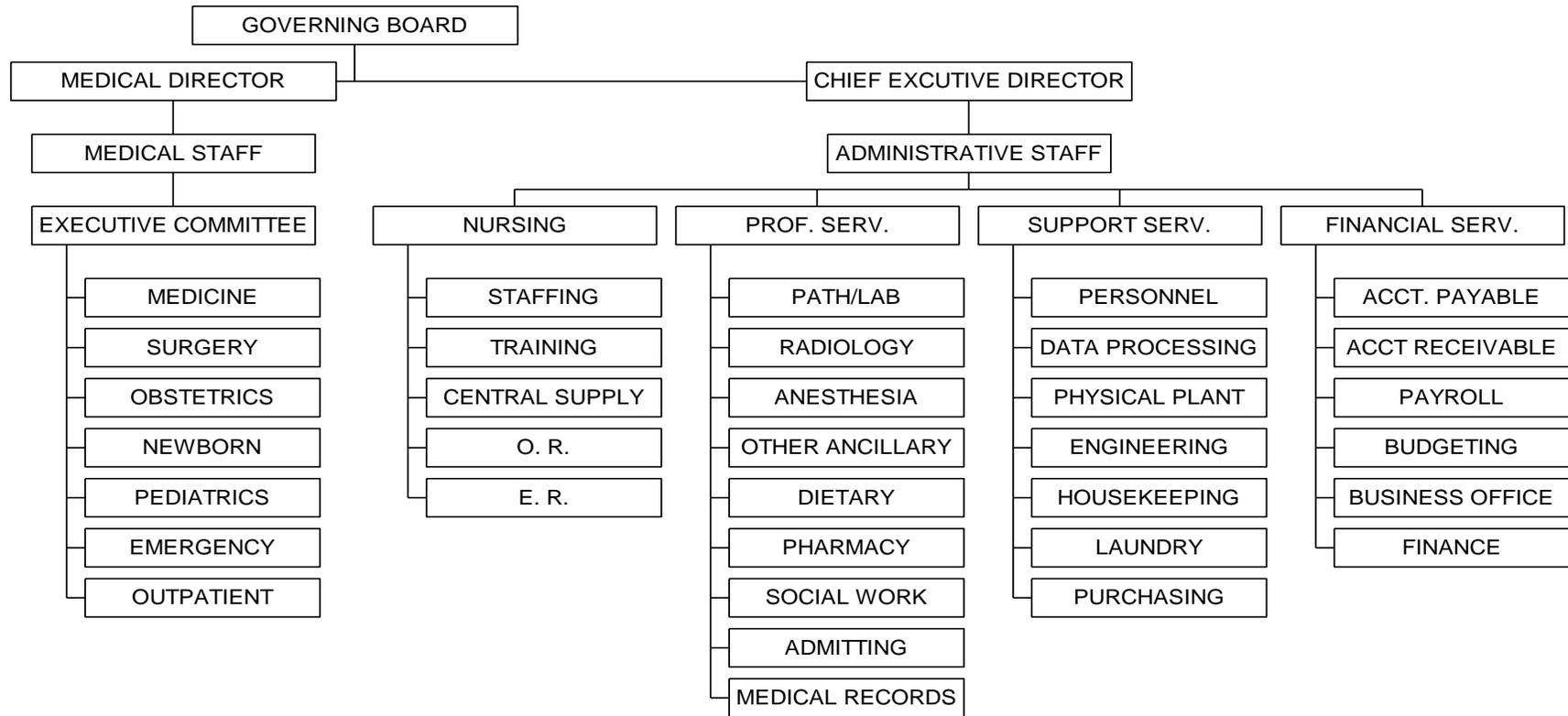
- | | |
|------------|---|
| a. Federal | Army/Air Force/Navy/Veterans Administration |
| b. State | Psychiatric/Chronic disease/State University/Medical School |
| c. Local | Hospital district/County/City |

Bukan Milik Pemerintah

- | | |
|----------------|--|
| a. Voluntary | Milik atau berhubungan dengan gereja/Masyarakat/Regional |
| b. Proprietary | Milik pribadi/milik perusahaan/tunggal/tersebar (multi) |

Struktur Organisasi

Bagaimana pun bentuk pemilikan, struktur organisasi mencakup pembagian kekuasaan di antara governing board, chief executive officer, dan medical staff. Pada Gambar berikut terlihat suatu chart organisasi yang khas di Amerika Serikat.



Dewan Pimpinan

Dewan pimpinan adalah penguasa tertinggi pada institusi, terdiri dari orang-orang yang memiliki pengetahuan di bidangnya dan memiliki posisi tanggung jawab di masyarakat. Pada beberapa keadaan di dalam kelompok ini terdapat wakil dari staf medis, walau pun di beberapa negara bagian hal ini tidak dibenarkan secara hukum.

Tanggung jawab utama dewan pimpinan adalah menyediakan asuhan pasien sebagaimana mestinya. Ini dilakukan dengan memilih staf medis dan seorang chief executive officer (CEO). Staf medis melakukan asuhan medis di bawah pimpinan direktur medis, dan CEO mempekerjakan dan mengarahkan staf yang diperlukan untuk memelihara rumah sakit dan asuhannya.

Staf Medis

Standard JCAHO dan UU lisensi negara bagian mewajibkan rumah sakit memiliki staf medis yang terorganisir. Staf medis bertanggung jawab akan mutu asuhan profesional kepada dean pimpinan. JCAHO juga menentukan bahwa staf medis adalah dokter dengan lisensi penuh dan orang lain yang diizinkan oleh UU dan rumah sakit untuk menyelenggarakan asuhan pasien secara independen di rumah sakit. Semua anggota staf medis harus memiliki hak klinis yang jelas yang memungkinkan mereka melayani pasien secara independen di dalam lingkup hak-hak klinisnya. Semua anggota staf medis harus mengikuti semua peraturan dan penilaian yang berlaku sebagai bagian dari program peningkatan mutu rumah sakit.

Chief Executive Officer (CEO)

Direktur utama ini adalah manajer rumah sakit. Ia harus mampu mengambil elemen-elemen sumber daya manusia, material, teknologi, dan modal, dan menggabungkannya menjadi suatu kesatuan yang terbaik untuk rumah sakit. Peranan CEO sering sebagai agen perubahan, dan tanggung jawab administratifnya sering sangat menuntut perhatian.

Staf yang bekerja di bawah CEO terdiri dari berbagai jenis dan bentuk profesi kesehatan terkait, personil perawatan, dan personil penunjang. Kualifikasi mereka bervariasi menurut kebutuhan fasilitas dan tujuan asuhan pasien.

ASUHAN RAWAT JALAN

Asuhan rawat jalan merupakan satu dari area asuhan kesehatan yang sedang berkembang pesat. Pada mulanya asuhan rawat jalan disediakan oleh rumah sakit untuk memberikan asuhan medis untuk orang yang tidak mampu membayar dokter praktek swasta. Saat ini rawat jalan telah lebih baik untuk berbagai jenis pengobatan, umumnya lebih murah untuk pengobatan khusus, dan lebih mudah dicapai.

Terdapat berbagai jenis fasilitas asuhan rawat jalan. Asuhan rawat jalan rumah sakit bisa diadakan pada klinik rawat jalan, bagian gawat darurat, area bedah sehari, atau melalui asuhan rujukan diagnostik. Asuhan rawat jalan yang berdiri sendiri bisa berafiliasi dengan rumah sakit atau tidak, seperti organisasi pemeliharaan kesehatan (HMO – health maintenance organizations), pusat-pusat bedah, pusat-pusat gawat darurat, pusat-pusat kesehatan lingkungan, pusat-pusat dialisis, dan pusat-pusat kesehatan jiwa masyarakat. Asuhan rawat jalan juga tersedia di praktek dokter dan praktek dokter swasta bersama.

ASUHAN JANGKA PANJANG

Fasilitas asuhan jangka panjang umumnya didefinisikan sebagai tempat pasien menerima asuhan untuk waktu lebih dari 30 hari. Terdapat berbagai jenis fasilitas asuhan

jangka panjang, seperti ‘nursing home’, ‘fasilitas pengobatan fisik dan rehabilitasi’, ‘home health agency’, atau pun ‘hospice’.

Nursing home (panti asuhan) adalah fasilitas asuhan perawatan 24 jam di samping asuhan penunjang lain. Orang-orang yang mendapat asuhan ini sering disebut sebagai ‘residen’, bukannya pasien, dan mereka tetap di dalam nursing home untuk waktu yang relatif lama. Fasilitas pengobatan fisik dan rehabilitasi bisa juga dianggap jangka panjang, walau pun asuhan diberikan untuk pasien rawat inap dan rawat jalan. Penerima asuhan memerlukan asuhan penunjang khusus di samping berbagai tingkat asuhan perawatan.

Asuhan jangka panjang bisa juga dilakukan di rumah melalui ‘home health agency’ atau badan kesehatan rumah tangga seperti Visiting Nurse Association, subdinas kesehatan lokal, atau bagian dari rumah sakit dan fasilitas asuhan kesehatan lainnya. Terakhir, ‘hospice’ adalah bentuk lain asuhan yang menyediakan asuhan paliatif (peringanan penderitaan) dan penunjang bagi penderita penyakit terminal dan keluarganya. Disini diutamakan pengontrolan gejala, persiapan untuk menghadapi kematian, dan asuhan penunjang sebelum dan setelah kematian. Hospice bisa berdiri sendiri, berbasis rumah sakit, atau berbasis rumah tangga. Hospice sebenarnya bukanlah fasilitas, akan tetapi konsep penyediaan asuhan kesehatan ketika diperlukan.

PRAKTISI ASUHAN KESEHATAN

Di samping banyaknya jenis fasilitas asuhan kesehatan, terdapat pula berbagai jenis praktisi asuhan kesehatan. Pemberian layanan kesehatan bukan lagi merupakan tanggung jawab tunggal dokter yang merawat. Dokter bersandar pada sejumlah besar profesional asuhan kesehatan, yang sumbangannya pada asuhan pasien menyebabkan perintah dokter dapat dilaksanakan dengan baik, dan melengkapi asuhan dokter. Orang-orang yang membantu asuhan pasien baik secara langsung atau tidak langsung, semuanya merupakan tim asuhan kesehatan.

DOKTER

Dokter adalah seseorang yang terlatih dalam seni penyembuhan. Terdapat dua jenis dokter, yaitu Doctor of Medicine (MD) dan Doctor of Osteopathy (DO).

Gelar MD diperoleh dari Fakultas Kedokteran terakreditasi. Setelah ijazah diperoleh, dokter umumnya meneruskan ‘internship’ selama setahun di rumah sakit, yaitu praktek umum dengan digaji oleh fasilitas dan diawasi dengan ketat oleh anggota staf medis. Pendidikan spesialisasi dilakukan dengan program ‘residency’ selama tiga tahun atau lebih. Dokter yang sedang dalam program internship dan residency disebut ‘house staff’ di fasilitas asuhan kesehatan. Mereka.

Gelar DO diperoleh dari fakultas osteopathy yang diakui. Secara literal, osteopathy berarti ‘penyakit tulang’. Para osteopath percaya bahwa suatu penyakit memiliki hubungan dengan struktur tubuh. Mereka lebih menyukai pengobatan untuk mengembalikan integritas sistem muskuloskeletal dibandingkan dengan intervensi seperti pemberian obat atau pembedahan.

Praktisi kedokteran lainnya adalah podiatrist yang mengobati penyakit minor seperti pada kaki (Doctor of Podiatric Medicine – DPM), dentist atau dokter gigi (Doctor of Dental Surgery – DDS), chiropractor yang mengobati penyakit dengan memanipulasi sendi, terutama tulang punggung (Doctor of Chiropractic - DC), dan optometris yang memeriksa ukuran lensa mata (Optometric Doctor - OD). Izin mereka terbatas sesuai dengan bidangnya. Rumah sakit bisa memberi dentist dan podiatrist hak untuk menerima pasien dengan syarat pemeriksaan riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik dilakukan oleh dokter, yang juga bertanggung jawab akan supervisi medis menyeluruh pasien tersebut.

(Di Indonesia, di rumah sakit terdapat dokter spesialis, dokter umum atau dokter gigi sebagai staf medis; sedangkan di rumah sakit pendidikan terdapat pula dokter yang sedang menjalani pendidikan spesialis – disebut residen, dan mahasiswa fakultas kedokteran yang sedang menjalani kepaniteraan klinik.)

PERAWAT

Perawatan merupakan satu di antara profesi kesehatan yang tertua dan paling berkembang. Sejarah keperawatan menunjukkan perluasan peranan praktisinya secara terus menerus.

Perawat terdaftar (registered nurse - RN) adalah praktisi asuhan kesehatan yang tugas utamanya mengkoordinasikan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan pasien, misalnya mengamati gejala dan reaksi, mencatat fakta secara akurat, melaksanakan pengobatan, dan memberikan obat-obatan. Pada fasilitas rawat-inap, perawat melaksanakan perintah dokter, membantu pasien menyesuaikan diri dengan perawatan inap, membantu perencanaan 'discharge' (kepulangan), dan memberikan informasi kesehatan dan nasihat kepada pasien. Pada fasilitas rawat-jalan mereka membantu dokter, rumah sakit dan klinik, di samping pimpinan sekolah, badan-badan sosial, pejabat perumahan, dan kantor-kantor kesehatan negara bagian.

RN adalah tamatan sekolah perawatan yang diakui dan telah melewati ujian negara bagian untuk mendapatkan izin praktek. Program keperawatan bisa terdapat pada kolese junior dua tahun, sekolah diploma tiga tahun, atau pada institusi pendidikan sarjana empat tahun. Beberapa negara bagian menetapkan bahwa persyaratan minimum untuk izin praktek adalah pada tingkat sarjana. Perawat anestesi, perawat bidan, dan perawat praktek telah mendapatkan latihan khusus di samping ijazah keperawatannya. Perawat anestesi mendapatkan latihan khusus anestesi untuk membantu dokter anestesi, serta memberi anestesi tanpa pengawasan langsung pada keadaan tertentu. Perawat bidan mengkhususkan diri dalam perawatan obstetri dan memiliki latihan yang cukup untuk mengelola kehamilan dan persalinan rutin. Perawat praktek memiliki kemampuan untuk melakukan tugas diagnostik dan terapi di bawah pengarahannya dokter.

Seorang perawat praktis berlisensi ('licensed practical nurse' - LPN) adalah seseorang yang telah mendapatkan kursus resmi (biasanya 9 bulan sampai satu tahun) di bidang perawatan praktis dan telah mengambil ujian negara bagian untuk menjadi LPN. Keperawatan praktis adalah pelaksanaan tugas keperawatan yang tidak memerlukan pengetahuan dan ketrampilan profesional seorang RN, misalnya mengasuh pasien yang mulai sembuh, sakit kronis, orang tua atau di rumah jompo, dan melaksanakan perintah medis dan keperawatan di bawah pengawasan RN atau perintah dokter.

APOTEKER

Apoteker mempersiapkan, mengawetkan, menggabungkan, dan meracik obat-obatan. Mereka bisa ada di fasilitas asuhan kesehatan atau organisasi kesehatan lainnya. Mereka bisa memiliki dan mengelola apotik, memegang posisi di badan-badan pemerintahan seperti FDA – (Food and Drugs Administration), atau bekerja di dalam riset, pengembangan, pembuatan dan distribusi obat di perusahaan farmasi. Apoteker memainkan peranan penting di tempat asuhan kesehatan, menjelaskan kepada dokter dan perawat tentang perkembangan terbaru di bidang pemberian obat, mengembangkan sistem kebijaksanaan dan kontrol obat, memperbaiki prosedur pemberian obat, dan memberi penyuluhan kepada pasien.

PRAKTIKI KESEHATAN TERKAIT

Kesehatan terkait ('allied health') merupakan konsep yang lebih baru dibandingkan dengan konsep kedokteran dan keperawatan. Walau pun beberapa pekerjaan dalam kelompok ini telah ada sebelum istilah ini populer seperti pekerja sosial kesehatan, namun banyak yang merupakan hasil kemajuan teknologi. Misalnya ahli mikroskop elektron ada setelah alat tersebut digunakan secara umum pada asuhan kesehatan. Kesehatan terkait adalah pekerjaan yang fungsi utamanya menyediakan asuhan kesehatan atau memajukan kesehatan. Persiapan pekerjaan tersebut berkisar dari latihan sambil bekerja sampai dengan pendidikan pasca-sarjana. Pekerjaannya bisa berhadapan langsung dengan pasien seperti terapis fisik atau terapis okupasi, atau tanpa kontak langsung seperti teknisi laboratorium, pendidik kesehatan masyarakat, dan praktisi informasi kesehatan. Pada Tabel berikut terlihat pekerjaan kesehatan terkait yang disusun berdasarkan pendidikannya.

Petugas kesehatan terkait di rumah sakit bisa berorientasi pasien, laboratorium, administrasi, komunitas, dan orientasi lainnya. Profesi catatan medis berada di bagian yang berorientasi administrasi, yaitu teknisi catatan medis berpendidikan tiga tahun dan administrator catatan medis yang berijazah sarjana.

ADMINISTRATOR ASUHAN KESEHATAN

Chief Executive Officer (CEO) adalah pengatur lingkungan asuhan kesehatan. Mereka bisa disebut 'administrator' fasilitas, mengatur sumber daya, memutuskan perluasan fasilitas, menambah dan memelihara program asuhan kesehatan. CEO bekerjasama dengan pihak luar untuk memelihara mutu, anggaran, akreditasi, dan lisensi. Mereka bekerja dalam lingkungan bisnis yang sering kompetitif, biasanya berpendidikan master administrasi rumah sakit atau bisnis. Persyaratan lisensinya tergantung pada jenis fasilitas dan negara bagian. Beberapa organisasi, termasuk American College of Healthcare Executives and American Health Care Association (untuk administrator asuhan jangka panjang) menyediakan formulir sertifikasi dan mendorong standard kemampuan untuk anggotanya. Aktifitas pendidikan lanjutan berperan penting dalam perkembangan karir seorang administrator.

Chief financial officer (CFO) fasilitas asuhan kesehatan bertanggung jawab untuk mengawasi semua hal yang berhubungan dengan akuntansi dan keuangan. Latar belakangnya sering berupa akuntan publik, tapi bisa juga master di bidang bisnis atau keuangan. Healthcare Financial Management Association (HFMA) menyediakan ujian sertifikasi manajemen keuangan di fasilitas asuhan kesehatan.

TABEL – PRAKTIKI KESEHATAN TERKAIT

| SYARAT PENDIDIKAN | ORIENTASI PASIEN | ORIENTASI LABORATORIUM | ORIENTASI ADMINISTRASI | ORIENTASI MASYARAKAT | LAINNYA |
|--|--|--|---|---|--|
| Pasca Sarjana / Masters | Audiologist Psikolog klinis Pekerja sosial medis Penyuluh rehabilitasi Pekerja sosial psikiatri Terapis korektif Terapis musik Terapis seni Terapis fisik | | Administrator rumah sakit Ahli biostatistik | Administrator kesehatan masyarakat Pendidik kesehatan Nutritionist Spesialisasi rekayasa | Ahli rekayasa biomedis Ahli fisika kesehatan Pelukis medis Pustakawan medis |
| Sarjana (beberapa dengan latihan klinis pasca sarjana) | Sarjana gizi Terapis okupasi Ahli kebersihan gigi Teknologis ortopedi Ahli prostesi | Teknologis medis | Administrator rekam medis | Sarjana sanitasi | Penulis medis Teknologis kedokteran nuklir |
| D-III atau pra-sarjana lain | Asisten gigi Optisi pemberi resep Supervisor pelayanan makanan Asisten terapi okupasi Teknisi ortoptik Teknisi medis gawat darurat Teknisi gizi Teknisi rekreasi Teknisi rekreasi terapi Pembantu bicara dan komunikasi Asisten terapi fisik | Ahli teknologi sel Teknisi lab. gigi Teknisi lab. medis Teknisi radiologi | Teknisi rekam medis Sekretaris medis Manajer bangsal | | Teknologis lingkungan Teknisi instrumen biomedis |
| 1 tahun | Teknisi respirasi Pembantu gizi | Asisten laboratorium berijazah | Asisten medis Asisten kantor medis Petugas unit keperawatan | | |

Chief information officer (CIO) adalah eksekutif senior yang relatif baru di fasilitas asuhan kesehatan. Sebagai manajer pelayanan data, manajer informasi kesehatan, atau wakil presiden urusan informasi, CIO adalah penghubung objektif utama bisnis organisasi dan fungsi informasi menyeluruh. CIO umumnya memiliki ijazah master di bidang informasi, terlibat dalam rencana strategis dan pemasaran, dan memimpin pengembangan sistem informasi dan perencanaan otomatisasi.

Administrator kesehatan masyarakat umumnya berada di organisasi kesehatan yang tidak memberikan asuhan pasien secara langsung, misalnya di pemerintahan. Mereka menentukan kebijaksanaan dan mengembangkan prosedur untuk program asuhan kesehatan. Umumnya mereka memiliki gelar master kesehatan masyarakat.

PERKUMPULAN, ORGANISASI, DAN BADAN KESEHATAN

Untuk memajukan tujuan fasilitas dan praktisi asuhan kesehatan, banyak dibentuk organisasi yang berhubungan dengan kesehatan. Tujuannya banyak dan beragam – mulai dari sekedar mewakili seseorang pribadi atau anggota institusi, sampai dengan usaha menggalang dana riset kedokteran. Di samping badan-badan akreditasi (penentuan peringkat), sertifikasi (mengeluarkan ijazah), dan lisensi (memberi izin), kemajuan standard asuhan kesehatan juga merupakan hasil usaha-usaha kelompok-kelompok ini. Beberapa di antaranya diuraikan di bawah ini.

American Medical Association (AMA)

AMA merupakan perkumpulan medis tertua yang didirikan pada tahun 1847 dan berpusat di Chicago, Illinois. Komponennya adalah perkumpulan dokter negara bagian, county, dan daerah yang lebih kecil. Struktur organisasi perkumpulan ini terdiri dari beberapa pimpinan, sebuah Board of Trustees, sebuah House of Delegates, dan beberapa dewan (council). Setiap dewan memiliki tujuan, proyek, dan tanggung jawab tersendiri. Council of Medical Education, misalnya, memberikan persetujuan untuk program-program internship dan residency untuk dokter dan menentukan standard bagi fakultas-fakultas kedokteran.

American College of Surgeons (ACS)

ACS adalah perkumpulan profesi ahli bedah yang didirikan tahun 1913 untuk menciptakan standard pendidikan-pendidikan dan praktek ahli bedah. ACS adalah organisasi pertama yang menyadari pentingnya perbaikan mutu asuhan medis. Program Standarisasi Rumah Sakit yang dimulainya tahun 1918 memiliki pengaruh utama dalam perbaikan asuhan medis sampai kemudian digantikan oleh JCAHO. Tujuan utama ACS yang berkedudukan di Chicago ini adalah untuk memperbaiki mutu asuhan bagi pasien operasi dengan meningkatkan standard pendidikan dan praktek ahli bedah. Salah satu cara untuk mencapai tujuan ini adalah dengan melakukan survey dan menyetujui program-program dan register-register kanker.

American College of Physicians (ACP)

Didirikan tahun 1936, ACP yang bemarkas di Philadelphia, Pennsylvania ini mengeluarkan sertifikat spesialis penyakit dalam melalui dewan sertifikasinya. Dewan ini menentukan kualifikasi calon dan memberikan ujian bagi spesialis penyakit dalam yang memenuhi standardnya. Spesialis tersebut harus telah memiliki gelar dokter (MD) sebelumnya.

American Hospital Association (AHA)

AHA didirikan tahun 1898 dengan markasnya di Chicago. Tujuan utamanya adalah memajukan kesejahteraan masyarakat dan menyediakan asuhan kesehatan yang lebih baik.

AHA melaksanakan proyek-proyek riset dan pendidikan di berbagai area administrasi asuhan kesehatan, ekonomi rumah sakit, fasilitas dan desain rumah sakit, dan hubungan masyarakat. Ia mewakili rumah sakit dalam masalah legislatif. Ia juga melakukan berbagai program dan seminar pendidikan, memelihara perpustakaan yang sangat baik, dan menerbitkan hasil survey tahunan rumah sakit.

World Health Organization (WHO)

WHO didirikan tahun 1948 dan bermarkas di Geneva, Swiss. Ia bekerja melalui enam kantor regional yang tersebar di seluruh dunia. Keanggotaannya terbuka untuk semua negara. WHO bekerja sama dengan PBB dan membantu berbagai negara dalam memperkuat asuhan kesehatannya di mana memungkinkan..

KONSUMEN ASUHAN KESEHATAN

Sebagaimana konsep kesehatan telah berubah dari pengobatan dan perawatan keadaan akut menjadi pemeliharaan keadaan yang sehat, konsep pasien pun berubah pula. Dulu pasien hanya penerima layanan langsung untuk pengobatan penyakit. Sesuai dengan perubahan ini, masyarakat semakin memikirkan pencegahan penyakit, peningkatan kondisi sehat, keamanan di tempat bekerja, dan keamanan makanan dan produk-produknya. Dari titik pandang ini, semua masyarakat adalah konsumen asuhan kesehatan, baik langsung atau pun tidak langsung.

Tidak saja pengharapan konsumen asuhan kesehatan yang berubah, tapi juga partisipasinya. Konsumen menginginkan untuk memiliki suara dalam memilih asuhan kesehatannya. Mereka menghendaki penjelasan akan masalahnya dan pengetahuan tentang apa yang akan dilakukan dalam rancangan asuhannya. Penyedia layanan kesehatan menjadi harus mengubah sikap mereka menjadi lebih terbuka dan lebih berpengetahuan. Dokumentasi catatan medis di dalam lingkungan semacam ini menjadi lebih penting lagi.

CATATAN MEDIS

Catatan medis adalah kompilasi (kumpulan) fakta-fakta sejarah kehidupan dan kesehatan pasien, termasuk penyakit lama dan sekarang, serta pengobatannya, ditulis oleh profesional kesehatan yang ikut mengasuh pasien tersebut. Catatan medis harus selesai pada waktunya dan berisi data yang cukup untuk mengidentifikasi pasien, menyokong diagnosa atau alasan 'encounter' dengan asuhan kesehatan, membenarkan pengobatan, dan mendokumentasikan hasilnya.

Bersama perkembangan konsep asuhan kesehatan yang lebih luas, istilah 'catatan kesehatan' (health record) telah muncul dan sering dipergunakan untuk 'catatan medis' (medical record). Di antara keduanya terdapat perbedaan, sesuai dengan perbedaan antara istilah 'asuhan medis' dengan 'asuhan kesehatan'.

Konsep ideal suatu catatan kesehatan adalah sebagai tempat penyimpanan tunggal seluruh data status kesehatan konsumen asuhan kesehatan. Ini mencakup catatan kelahiran, catatan imunisasi, laporan seluruh pemeriksaan fisik, dan catatan seluruh penyakit dan pengobatan di semua tempat. Berbagai usaha telah dibuat untuk menentukan standard bagi catatan longitudinal tersebut, namun kelengkapan catatan yang terdapat pada fasilitas asuhan kesehatan masih jauh dari catatan kesehatan ideal tersebut. Akan tetapi di sebagian besar fasilitas asuhan kesehatan, catatan hanya berisi data yang terkumpul di fasilitas tersebut mengenai asuhan medis pada suatu episode spesifik. Akibatnya istilah catatan medis masih dipakai untuk menyatakan isi catatan saat itu secara tepat. Istilah catatan kesehatan mulai

lebih sering dipakai pada fasilitas yang menyediakan layanan kesehatan selain dari, atau sebagai tambahan pada, asuhan medis akut jangka pendek, seperti rawat jalan.

Praktisi informasi kesehatan harus memastikan bahwa catatan medis berisi semua informasi relevan yang perlu untuk asuhan pasien dan keperluan lain. Dalam proses pemastian catatan medis yang komplisit dan berguna, diperlukan pengetahuan luas bukan saja tentang isi catatan medis, tapi juga tentang tujuan, kepemilikan, nilai, kegunaan, dan tanggung jawab akan catatan medis.

Peranan catatan pasien saat ini telah jauh melewati taraf asuhan pasien secara individu. Pada lingkungan asuhan kesehatan yang penuh persaingan, informasi medis adalah kunci utama. Data jumlah dan jenis operasi yang dilakukan bisa membantu rumah sakit mengambil keputusan untuk memperluas asuhan. Informasi mutu asuhan dapat membantu staf medis memonitor dan mengevaluasi dirinya sendiri.

Perlunya informasi yang komprehensif mengenai setiap pasien, dan kebutuhan fasilitas akan adanya data yang terpadu, merupakan alasan kuat bagi fasilitas untuk komputerisasi catatan medis. Komputerisasi informasi pasien merupakan langkah pertama ke arah catatan yang mencerminkan keseluruhan asuhan untuk pasien, bukan hanya pada satu episode. Komputerisasi juga memungkinkan akses informasi medis yang cepat, sehingga kemampuan petugas untuk mengobati pasien meningkat.

TUJUAN

Tujuan utama catatan medis adalah untuk secara akurat dan lengkap mendokumentasi sejarah kehidupan dan kesehatan pasien, termasuk penyakit masa lalu dan penyakit sekarang, serta pengobatannya, dengan penekanan pada kejadian-kejadian yang mempengaruhi pasien selama episode perawatan.

PEMILIKAN

Catatan medis yang dikembangkan di dalam suatu fasilitas asuhan kesehatan dianggap sebagai milik fasilitas tersebut. Akan tetapi informasi yang terdapat di dalamnya adalah milik pasien dan harus bisa diperoleh pasien atau yang mewakilinya secara hukum, melalui permintaan yang semestinya. Peraturan mengenai akses ke catatan medis bervariasi menurut negara bagian. Kenyataan bahwa kertas tempat menyimpan data pasien dimiliki oleh fasilitas kesehatan, tidak bisa mencegah pihak lain untuk menuntut agar bisa melihat dan mengkopi informasi di dalamnya. Untuk ini perlu dipahami aspek-aspek hukum catatan medis (Bab XV).

PENGUNAAN CATATAN MEDIS

Dokumen yang dirangkum sebagai catatan medis berisi banyak informasi dan kegunaan, baik personal atau pun impersonal. Penggunaan personal adalah dengan nama pasien perlu tercantum di dalamnya. Permintaan untuk mengkopi suatu bagian dari catatan medis pasien oleh perusahaan asuransi yang menjamin perawatannya adalah contoh penggunaan personal. Kopi ini diperlukan untuk memproses klaim pasien, dan merupakan pelayanan pula untuk pasien tersebut. Penggunaan impersonal adalah penggunaan dengan identitas pasien tidak diperlukan. Penggunaan data dari 1000 catatan medis untuk penelitian riset adalah salah satu contohnya. Alasan utama pembedaan kedua istilah ini adalah karena untuk penggunaan personal diperlukan izin pasien atau kuasa hukumnya sebelum informasi bisa dilepaskan.

Catatan medis dipergunakan dalam sejumlah cara:

- Manajemen Asuhan Pasien:

- dokumentasi perjalanan penyakit dan pengobatan pada setiap episode asuhan;
- alat komunikasi dokter dan profesional kesehatan lain yang ikut mengasuh;
- informasi bagi profesional kesehatan yang menyediakan asuhan selanjutnya.
- Review Mutu – untuk evaluasi asuhan yang lengkap dan pantas.
- Penggantian Biaya – bukti klaim asuransi bagi fasilitas kesehatan dan pasien.
- Masalah Hukum – menyediakan data untuk membantu melindungi kepentingan hukum pasien, dokter, dan fasilitas asuhan kesehatan.
- Pendidikan – menyediakan kasus aktual untuk pendidikan profesional kesehatan.
- Riset – menyediakan data untuk memperluas pengetahuan kedokteran
- Kesehatan Masyarakat – mengidentifikasi insiden penyakit sehingga rencana bisa disusun untuk memperbaiki kesehatan menyeluruh.
- Perencanaan dan Pemasaran – mengidentifikasi data yang perlu untuk memilih dan memajukan asuhan fasilitas.

NILAI CATATAN MEDIS

Data catatan medis memiliki nilai tinggi bagi berbagai pihak.

- Bagi Pasien - Catatan medis berisi data kesehatan masa lalu dan sekarang, dan berisi catatan profesional kesehatan mengenai keadaan pasien saat ini dalam bentuk penemuan fisik, hasil prosedur diagnosa dan terapi, dan respons pasien.

Karena profesional kesehatan memberi asuhan kepada banyak orang, mereka tidak mungkin mengingat setiap penyakit dan respons pasien terhadap pengobatan. Pasien mungkin juga tidak ingat detail utama penyakit dan pengobatannya. Jadi catatan medis berperan sebagai rujukan buat pasien dan profesional kesehatan. Catatan medis merupakan bukti asuhan, yang perlu untuk klaim asuransi kesehatan. Catatan ini juga melayani pasien karena berisi data bagi profesional kesehatan yang akan mengobatinya pada episode asuhan selanjutnya, sehingga kesinambungan asuhan dapat diberikan. Disini juga tersedia data yang dapat melindungi kepentingan hukum pasien dalam kasus-kasus kompensasi pekerja, kecelakaan pribadi, atau malapraktek.

- Bagi Fasilitas Asuhan Kesehatan - Catatan medis memiliki data yang dapat dipakai untuk mengevaluasi kinerja profesional kesehatan yang bekerja di fasilitas tersebut, dan untuk mengevaluasi penggunaan sumber daya seperti peralatan dan asuhan diagnostik khusus yang ada. Catatan ini digunakan pada survey oleh badan-badan pemberi izin, sertifikat dan akreditasi dalam mengevaluasi asuhan dan menentukan kepatuhan fasilitas pada standard asuhan yang ditentukan badan tersebut.

Catatan medis semakin diandalkan untuk membuktikan klaim yang ditagih dari pihak ketiga. Fasilitas asuhan kesehatan menggunakan data dari catatan medis untuk melaporkan diagnosa atau alasan pengobatan dan tindakan, supaya tagihan dapat diajukan dengan benar. Karena catatan medis juga berisi asuhan yang diberikan, ia juga bisa dipakai untuk melindungi fasilitas dari tuntutan hukum.

- Bagi Penyedia Layanan Kesehatan - Catatan medis menyediakan informasi untuk membantu seluruh profesional dalam merawat pasien selama episode asuhan dan pada kunjungan berikutnya ke fasilitas. Catatan berisi asuhan yang diberikan oleh masing-masing profesional, sehingga melindungi kepentingan hukumnya.. Catatan ini terutama membantu dokter dalam menyediakan perawatan berkesinambungan pada berbagai

tingkat asuhan kesehatan. Untuk pendidikan mereka sendiri, semua profesional dapat mereview catatan medis pasien telah mereka rawat.

- Bagi Pendidik, Peneliti, dan Petugas Kesehatan Masyarakat - Catatan medis berisi data yang membantu profesional kesehatan dan mahasiswa kesehatan mempelajari asuhan pasien dan proses penyakit. Catatan medis memiliki nilai tak tertara dalam memajukan riset kedokteran karena memberikan suatu database untuk evaluasi keefektifan pengobatan penyakit-penyakit tertentu.

Catatan medis juga berisi data untuk laporan kejadian vital seperti kelahiran dan kematian untuk digunakan oleh badan-badan kesehatan masyarakat. Kewajiban untuk melaporkan penyakit tertentu, seperti penyakit menular dan luka tembak terdapat dalam undang-undang setiap negara bagian untuk melindungi kesehatan individu dan masyarakat. Statistik yang dikembangkan dari data ini dapat mencatat kebutuhan program-program kesehatan negara bagian, nasional, dan dunia.

- Bagi Organisasi Pembayar Klaim Asuhan Kesehatan - Perusahaan asuransi dan pe-review program meneliti catatan medis untuk memastikan adanya dokumentasi yang menyokong klaim untuk pembayaran dari asuransi. Untuk kesinambungan partisipasi dalam program asuransi kesehatan, catatan medis yang disimpan oleh fasilitas asuhan kesehatan direview untuk menentukan kepatuhan pada standard-standard yang mencakup isi catatan medis.

TANGGUNG JAWAB AKAN CATATAN MEDIS

Fasilitas asuhan kesehatan wajib menyediakan sebuah catatan untuk setiap pasien dan menjaga catatan dan isinya dari kehilangan, kerusakan, perusakan dan penggunaan yang tidak sah. Tanggung jawab langsung atau tak langsung untuk membuat catatan medis yang adekuat berada pada staf administrasi dan staf medis.

Dewan pimpinan rumah sakit bertanggung jawab atas asuhan pasien, dan atas pemilihan staf medis dan CEO. Sebagai penanggung jawab, mereka secara hukum dan moral bertanggung jawab memastikan agar setiap pasien mendapatkan asuhan medis bermutu tinggi, yang didokumentasi oleh catatan medis yang lengkap dan tepat.

Kekuasaan untuk mengelola fasilitas perawatan kesehatan diserahkan kepada CEO oleh dewan pimpinan. Catatan medis yang dihasilkan oleh suatu fasilitas adalah milik fasilitas tersebut, sehingga merupakan tanggung jawab CEO. Ia bertanggung jawab untuk memastikan agar staf medis mematuhi aturan mengenai pemeliharaan catatan medis yang telah lengkap pada waktunya, dan memastikan bahwa aturan ini selalu dilaksanakan. CEO mendelegasikan kepada staf bagian informasi kesehatan tanggung jawab untuk memproses, menyimpan, dan mengambil catatan medis. Akan tetapi ia wajib menyediakan petunjuk, ruangan, peralatan dan tenaga yang cukup untuk melaksanakan tugas ini secara efektif.

Kepala bagian informasi kesehatan bekerja sama dengan dokter dan kepala bagian lainnya dalam mendidik staf administrasi dan staf medis untuk praktek dokumentasi yang benar dan membantu mereka merancang sistem catatan medis yang memudahkan dokumentasi.

Tanggung jawab utama untuk catatan medis yang adekuat berada di tangan dokter yang merawat. Dokter dan tenaga kesehatan lainnya bertanggung jawab atas pencatatan asuhan yang mereka berikan.

Sebagai sebuah group, staf medis bertugas menentukan aturan-aturan yang berlaku untuk fasilitas. Badan-badan pemberi izin, sertifikasi, dan akreditasi memiliki standard yang

menuntut agar aturan staf medis menyangkut hal-hal yang ada hubungannya dengan catatan medis. Pada umumnya hal-hal itu adalah:

- aturan dalam membuat catatan medis yang tepat dan lengkap
- penentuan siapa yang boleh mengisi catatan medis
- batas waktu penulisan hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik sejak pasien diterima
- batas waktu penyelesaian catatan medis sejak pasien pulang.
- aturan untuk mereview mutu catatan medis.

AHIMA

American Association of Record Librarians of North America didirikan pada tahun 1928, sejak itu jumlah anggota dan pelayanannya terus meningkat. Sekarang ia bernama AHIMA (American Health Information Management Association) agar lebih menunjukkan peran luas anggotanya. Tujuan AHIMA adalah meningkatkan mutu asuhan kesehatan melalui peningkatan mutu informasi.

Berbagai kategori keanggotaan terbuka bagi individu yang ingin memajukan tujuan perkumpulan. Anggota aktif memperoleh semua layanan perkumpulan dan bisa mengikuti seluruh kegiatan secara penuh. Orang-orang yang bekerja di lapangan yang berhubungan bisa memilih menjadi anggota luar biasa, sedangkan keanggotaan mahasiswa tersedia untuk yang menjalani program pendidikan informasi kesehatan.

AHIMA memiliki sebuah yayasan pendidikan (The Foundation of Record Education - FORE) yang bersifat nirlaba, didirikan tahun 1962. Tujuannya untuk mendorong pendidikan, dan ia memiliki perpustakaan yang khusus untuk publikasi catatan medis dan informasi kesehatan. Perpustakaan FORE menyediakan sumber-dayanya untuk anggota dan masyarakat.

Profesi informatika kesehatan memiliki kode etik sendiri yang didasarkan pada sumpah Hippocrates. Sumpah ini antara lain: "Whatever, in connection with my professional practice or not in connection with it, I see or hear, in the life of men, which may not be spoken of abroad, I will not divulge, as reckoning should be kept secret." ("Apa pun yang berhubungan atau tidak dengan praktek profesional saya, yang saya lihat atau dengar tentang kehidupan seseorang yang tidak boleh dibicarakan di luar, tidak akan saya bocorkan karena suatu pengakuan harus dirahasiakan").

PROFESIONAL MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN

Pada tahun-tahun awal perkumpulan berdiri, para pendiri sibuk melakukan perubahan di bagian masing-masing. Bersama waktu, mereka menyadari bahwa orang-orang yang dilatih dengan cara magang tidak bisa diharapkan untuk keluar dan mengelola departemen yang memenuhi persyaratan MIK yang lebih baru dan ketat.

Kurikulum pertama untuk rumah sakit yang ingin membuat sekolah dibuat di bawah pimpinan Je Harned Bufkin. Juga ditentukan syarat lamaran, isi dan lama pendidikan, dan prosedur yang harus diikuti untuk sekolah tersebut. Pada tahun 1935 program pendidikan mulai berfungsi, dan sekolah-sekolah disetujui untuk berdiri di Massachusetts General Hospital di Boston, Rochester General Hospital di Rochester, New York, St. Mary Hospital di Duluth, Minnesota, dan St. Joseph Hospital di Chicago, Illinois.

St. Mary Hospital di Duluth sejak berdiri merupakan bagian dari College of St. Scholastica, dan programnya adalah yang pertama memberi gelar kesarjana di bidang catatan medis. Program lain perlahan-lahan berubah dari pendidikan di rumah sakit menjadi

College atau Universitas. Saat ini terdapat 50 program pendidikan administrasi informasi kesehatan pada tingkat sarjana. Di samping itu terdapat 180 program pendidikan terakreditasi di bidang teknologi catatan medis (D-III).

Sampai tahun 1942, AHIMA memeriksa dan menyetujui pendirian sekolah rekam medis, setelah itu dirasakan perlunya pengalaman pendidikan dari American Medical Association (AMA). Sejak itu, untuk mendirikan sekolah administrasi informasi kesehatan diperlukan persetujuan American Medical Association (AMA), yang ditugaskan membentuk standard, memeriksa program latihan, dan menerbitkan daftar sekolah-sekolah yang diakuinya. Sampai pertengahan 1944, AMA dan AHIMA bersama-sama menilai akreditasi program pendidikan ini, namun sejak tahun itu AHIMA bertanggung jawab sendiri melalui Komisi Akreditasi Program Pendidikan Kesehatan Terkait. Standard pendidikan terdapat di dalam dokumen syarat-syarat akreditasi program pendidikan Medical Record Administrator (MRA) dan Medical Record Technician (MRT). Syarat ini, dan dokumen yang menyertainya yang menguraikan kompetensi dasar kedua jenis profesi, merupakan kriteria minimal institusi dalam mempersiapkan praktisi MIK. Tingkat kemampuan tersebut sejak tahun 1996 terdiri dari empat domain, yang masing-masing terbagi lagi atas subdomain dan kompetensi tugas. Keempat domain tersebut adalah:

- Domain I: Data dan informasi asuhan kesehatan.
- Domain II: Teknologi dan sistem informasi.
- Domain III: Manajemen dan supervisi.
- Domain IV: Lingkungan asuhan kesehatan.

GELAR PROFESI MIK

Profesional MIK adalah istilah umum untuk berbagai jenis profesional di berbagai area. Saat ini AHIMA memberikan ujian sertifikasi bagi tiga jenis area informasi kesehatan, yaitu RHIA (Registered Health Information Administrator), RHIT (Registered Health Information Technician), dan CCS (Certified Coding Specialist). Sampai tahun 1994, gelar ini masih merujuk ke catatan medis (Registered Record Administrator [RRA] dan Accredited Record Technician [ART]), walau pun mata ajaran dan pengetahuan mereka semakin bergerak ke arah MIK.

Administrator Informasi Kesehatan

Program pendidikan administrasi informasi kesehatan yang diakui harus meluluskan seorang sarjana, atau hanya menerima calon yang telah sarjana. Kurikulumnya mencakup mata kuliah dalam ilmu kedokteran, ilmu manajemen, administrasi asuhan kesehatan, manajemen catatan kesehatan, penggunaan komputer dalam asuhan kesehatan, dan manajemen informasi kesehatan. Pengalaman klinis yang disupervisi pada bagian-departemen informasi kesehatan juga dilibatkan. Setelah menyelesaikan program administrasi catatan medis, lulusannya baru boleh mengambil ujian negara untuk menjadi RHIA.

Teknisi Informasi Kesehatan

Karena kurangnya tenaga administrator catatan medis, tahun 1951 terasa kebutuhan akan pekerja yang bekerja dengan supervisi staf medis di rumah sakit kecil atau dengan supervisi RHIA di rumah sakit besar. Karena itu dibuat kurikulum baru pendidikan teknisi catatan medis, dengan syarat masuknya tamatan SLA.

Pada tahun 1953 disetujui sekolah pertama pendidikan teknisi catatan medis. Walau pun awalnya berupa program berbasis rumah sakit, saat ini semua program diberikan di kolese dan universitas yang memberi gelar 'associate' (sarjana muda), kecuali Independent Study Program yang ditawarkan AHIMA. Kurikulumnya mencakup mata kuliah di bidang

medis; teknologi komputer untuk sistem informasi kesehatan; ilmu-ilmu informasi kesehatan; pemrosesan, penyimpanan, dan pemetikan informasi kesehatan; dan supervisi personil. Pengalaman klinis yang disupervisi di bagian informasi kesehatan juga diperlukan. Setelah menyelesaikan program teknisi, lulusannya boleh mengambil ujian sertifikasi nasional untuk menjadi RHIT.

Independent Study Program

Sementara profesi catatan medis bertumbuh dengan susah payah, kebutuhan akan personil catatan medis jauh melebihi ketersediaan. Untuk memberikan keseimbangan, pada tahun 1957 AHIMA menyetujui pengembangan Correspondence Course for Medical Record Personnel. Penerimaan dimulai tahun 1962, dan pada tahun 1972 lebih dari 15.000 siswa telah mengambil kesempatan ini.

Tahun 1979 AHIMA menawarkan program studi di rumah yaitu Independent Study Program in Medical Record Technology atau ISP/MRT untuk mengganti Correspondence Course, dengan 17 modul dalam waktu 36 bulan. Isi pendidikan mencakup terminologi medis, ilmu catatan medis, arah asuhan kesehatan, konsep supervisi, dan praktek klinis langsung. Untuk bisa mendaftar pada ISP/MRT, para calon harus telah menyelesaikan mata kuliah prasyarat kolese. Untuk menjalani ujian sertifikasi agar bisa menjadi teknisi catatan medis, lulusan ISP/MRT harus juga telah menjalani 30 kredit dalam anatomi dan fisiologi; komposisi bahasa Inggris; pelajaran pengantar komputer, matematika kolese dan mata kuliah pilihan.

Pada tahun 1993, Independent Study Program in Coding atau ISP/Coding didirikan untuk memberi kesempatan pendidikan alternatif bagi mahasiswa yang tertarik untuk menjadi Coding Specialists. Program ini mencakup pengantar catatan medis, terminologi medis, patologi dasar, prinsip-prinsip pengkodean dasar dan lanjut pada ICD-9-CM (Clinical Modification) dan CPT (Current Procedural Terminology), di samping pengkodean DRG (Diagnosa-related Group) untuk penggantian biaya. Mahasiswanya juga harus mengambil mata kuliah anatomi dan fisiologi.

SERTIFIKASI

Ketika tugas-tugas catatan medis mulai mendapatkan status profesional, dirasakan perlunya suatu cara untuk mengukur kesanggupan pekerja. Pada tahun 1932 AHIMA menerbitkan pedoman kualifikasi untuk pengakuan mutu praktisi informasi kesehatan sebagai seorang profesional, termasuk ujian tertulis. Standard ini semakin lama semakin naik, sebagaimana standard untuk profesi kesehatan lainnya.

Saat ini orang yang telah lulus ujian sertifikasi untuk administrator informasi kesehatan akan memperoleh Certificate of Registration, dan berhak untuk memakai gelar RHIA di akhir namanya, dan penggunaan gelar RHIT diberikan kepada orang yang telah lulus ujian sertifikasi untuk teknisi informasi kesehatan.

Pada tahun 1992 AHIMA menawarkan sertifikasi pengkodean bagi yang menginginkannya. Ujiannya terfokus pada ketrampilan pengkodean menengah, dan lulusannya dan orang yang mengikuti pendidikan berkelanjutan AHIMA dibolehkan untuk menggunakan gelar CCS (Certified Coding Specialist) setelah namanya.

PENDIDIKAN BERKELANJUTAN

Perolehan hak untuk sebagai profesional catatan medis tidak berarti proses pendidikan telah berakhir. AHIMA, yang menyadari bahwa seorang profesional sejati tidak pernah berhenti belajar, membuat suatu program 'continuing education' (CE) pada tahun 1975. Pada saat ini, RHIA disyaratkan memiliki 30 jam CE, dan RHIT memiliki 20 jam CE

dalam waktu dua tahun. Kegagalan memperoleh persyaratan ini menyebabkan status registrasinya dicabut, dan ia tidak boleh lagi menggunakan hak sebagai profesional informasi kesehatan. Kalau persyaratan ini kembali dipenuhi di masa depan, maka sertifikasinya bisa dikembalikan lagi.

PERANAN DAN JABATAN

Praktisi informasi kesehatan biasanya bekerja di rumah sakit, namun akhir-akhir ini banyak yang memilih karier di fasilitas kesehatan lain. Beberapa di antaranya mengelola informasi medis di praktek bersama para dokter, 'managed care groups', 'home health agency', 'hospices', fasilitas kesehatan industri dan kolese, rumah sakit khusus, asuhan kesehatan jangka panjang, dan pusat bedah rawat jalan.

Di fasilitas asuhan kesehatan, jabatan profesional manajemen informasi dan bagiannya bervariasi. Karier mereka jauh melewati fasilitas asuhan kesehatan. Ada profesional yang bekerja di perusahaan asuransi, organisasi penilai sejawat, akuntansi, konsultasi, hukum, perlengkapan komputer, badan pelayan kontrakan, dan bisnis apa saja yang kepentingan penyimpanan dan pemetikan datanya sangat penting. Karena begitu tingginya kebutuhan akan pelayanan informasi kesehatan, beberapa profesional malah memulai usaha sendiri untuk pelayanan edukasi dan konsultasi.

Banyak profesional informasi kesehatan telah memiliki gelar lanjutan (S2, S3) di bidang manajemen informasi, administrasi bisnis, pendidikan, atau administrasi masyarakat sehingga mereka bisa mendapatkan pekerjaan dengan level yang lebih tinggi pada tempat-tempat tertentu.

Banyak orang yang meramalkan bahwa kesempatan kerja para profesional informasi kesehatan sangat baik dalam sepuluh tahun mendatang, terutama karena makin banyaknya fasilitas kesehatan yang tidak akut menyewa para profesional ini, dan karena kebutuhan informasi pada industri asuhan kesehatan terus berkembang.

INTERNATIONAL FEDERATION OF HEALTH RECORD ORGANIZATIONS (IFHRO)

AHIMA merupakan perkumpulan catatan medis nasional pertama di USA. Anggotanya juga mencakup pustakawan catatan medis Kanada, yang pada tahun 1942 mendirikan the Canadian Association of Medical Record Librarians. Sebelum Perang Dunia II, personil catatan medis Inggris juga mempersiapkan organisasinya namun baru mendirikannya tahun 1948 sebagai the Association of Medical Records Officers of Great Britain. Tahun 1949 Australian Hospital Association mendirikan dua kelompok yaitu New South Wales Association of Medical Record Librarians dan Victorian Association of Medical Record Librarians. Pada tahun 1952 dibentuk the Australian Federation of Medical Record Librarians.

Penambahan ini meningkatkan minat pada riset catatan medis dan mutu catatan medis. Komunikasi segera dibentuk di antara anggota perkumpulan yang terorganisir dengan pekerja di negara lain di seluruh dunia. Partisipasi sedunia para personil catatan medis dipercayai akan meningkatkan kemajuan dalam menentukan standard internasional, pengolahan statistik untuk perbandingan internasional, sebagaimana juga klasifikasi penyakit yang bisa diadopsi secara internasional.

Kongres Internasional I Catatan Medis diadakan di London tahun 1952 dengan perwakilan dari sembilan negara yang terlibat, selanjutnya setiap beberapa tahun sampai kongres V di Stockholm, dengan pembentukan IFHRO (Federasi Organisasi Catatan

Kesehatan Internasional). Kongres VI, dan pertemuan I IFHRO, diadakan di Sidney, Australia.

IFHRO mengadakan pertemuan setiap empat tahun di berbagai lokasi di seluruh dunia. Tujuan Federasi sama dengan yang diadopsi oleh berbagai organisasi nasional. Federasi berusaha untuk berperan sebagai alat komunikasi di antara praktisi catatan medis di berbagai negara dan memajukan standard ilmu catatan kesehatan sedunia. Federasi mendorong perkembangan teknik-teknik untuk meningkatkan mutu pelayanan catatan medis. Ini sebagian dilakukan dengan program-program pendidikan dan media lain yang dikembangkan untuk saling menukar ide dan pengalaman oleh personil catatan medis pada level internasional.

RINGKASAN

Bab ini memberikan pandangan singkat mengenai sejarah dan pertumbuhan fasilitas dan profesional asuhan kesehatan. Asuhan kesehatan saat ini sangat kompleks, karena pasien diobati di berbagai tempat oleh berbagai jenis profesional.

Komponen kunci di dalam lingkungan asuhan kesehatan saat ini adalah informasi pasien, dan pengelolaannya merupakan subjek buku ini. Catatan individual seorang pasien merupakan hal yang tidak ternilai untuk asuhan berkelanjutan, untuk riset, untuk review mutu, dan untuk kepentingan hukum. Data yang berasal dari masing-masing catatan pasien juga tidak ternilai harganya karena fasilitas harus bersaing, bertumbuh, dan berubah.

Profesional manajemen informasi kesehatan merupakan anggota kunci tim asuhan kesehatan, yang menggabungkan pengetahuan akan bisnis, manajemen informasi, dan catatan pasien, dengan komitmen profesional dan etika.

PERTANYAAN UNTUK BELAJAR

1. Uraikan sejarah perkembangan asuhan kesehatan di USA.
2. Ringkaskan alasan-alasan pengembangan program standarisasi rumah sakit (Hospital Standardization Program) oleh American college of Surgeons).
3. Jelaskan bentuk-bentuk utama fasilitas asuhan kesehatan dan jenis-jenis asuhan yang mereka berikan.
4. Uraikan cara-cara yang digunakan oleh badan akreditasi untuk mensurvei fasilitas.
5. Uraikan sepuluh alasan kenapa catatan medis bernilai untuk asuhan pasien.
6. Jelaskan kontrol dan kepemilikan catatan medis.
7. Identifikasikan satu profesi kesehatan terkait lain dan cari asal usulnya
8. sebutkan peranan staf medis di dalam fasilitas asuhan kesehatan.
9. Gambarkan atau uraikan sebuah halaman catatan medis yang khas pada tahun 1800-an dan 1900-an.

II. PERKEMBANGAN DAN ISI CATATAN MEDIS RUMAH SAKIT

Catatan medis adalah tentang siapa, apa, dimana, bila, dan bagaimana asuhan pasien. Catatan medis adalah bukti nyata tentang apa yang dilakukan rumah sakit. Penting sekali diperhatikan bahwa dokumentasi yang akurat dan pada waktunya tersedia untuk setiap pasien pada setiap kontak dengan penyedia asuhan kesehatan.

Pentingnya dokumentasi catatan medis diperkuat oleh pernyataan DepKes AS (Department of Health and Human Services) di dalam dokumen syarat partisipasi rumah sakit (Conditions of Participation for Hospital), dan pernyataan JCAHO di dalam pedoman akreditasi rumah sakit (Accreditation Manual for Hospitals), bahwa catatan medis yang memadai harus dipelihara untuk setiap individu yang diperiksa atau diobati di rumah sakit melalui layanan rawat inap, rawat jalan, rawat rumah tangga, atau gawat darurat. Praktisi informasi kesehatan harus memperhatikan peraturan yang berlaku untuk bisa memastikan bahwa catatan medisnya ‘memadai’.

ARUS CATATAN MEDIS

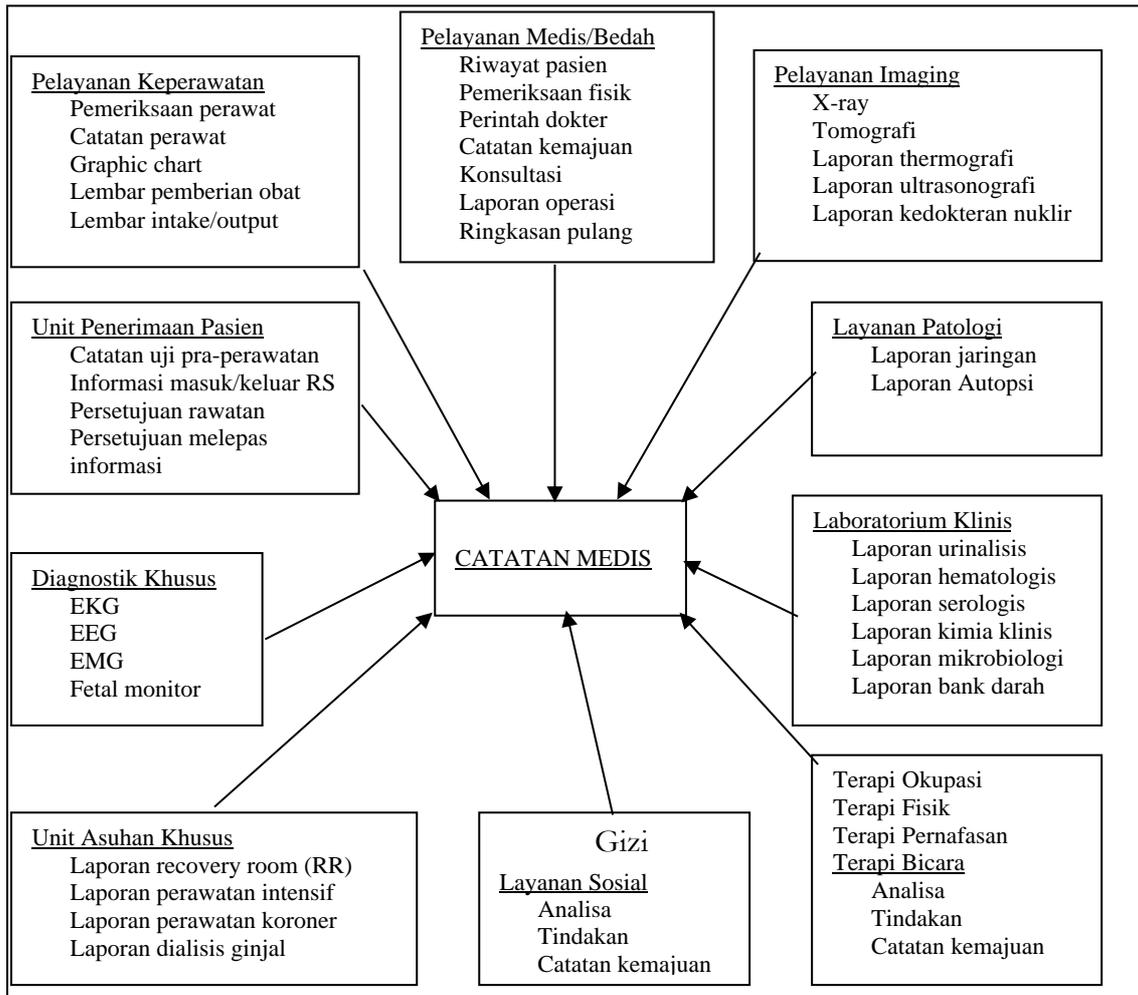
Kalau seseorang diterima untuk tinggal (‘admitted’) di rumah sakit, ia dianggap pasien rawat inap (‘inpatient’). Catatan medis mulai diisi saat itu di bagian admisi (penerimaan) rumah sakit, atau telah diisi sebelumnya dalam bentuk pemeriksaan pra-perawatan atau bentuk lain. Pasien atau yang mewakilinya memberi data identitas dan keuangan, dan menandatangani formulir persetujuan (‘consent form’) pengobatan dan pelepasan informasi tentang dirinya. Sebuah nomor catatan medis diterbitkan untuk dipakai pada seluruh formulir yang ada di dalam catatan medis. Pada umumnya ini adalah nomor identifikasi permanen yang digunakan setiap pasien mendapatkan asuhan di rumah sakit tersebut. Sebuah nomor rekening bisa juga diberikan, yang membedakan tagihan pada satu episode perawatan dari episode berikutnya. Bagian admisi kemudian mengirim bagian dari data yang terkumpul pada waktu admisi ke bagian lain untuk memberitahukan bahwa seorang pasien sedang diterima untuk dirawat. Bagian-bagian ini biasanya adalah tata usaha, pemrosesan data, catatan medis, layanan keperawatan, pembukuan, dan gizi.

Bagian selanjutnya yang menghasilkan data mengenai pasien adalah pos perawatan (‘nursing station’) di tempat pasien dirawat. Disini catatan medis dasar disusun untuk pasien. Kalau dokter yang mengirim pasien memerintahkan pengujian, pengobatan dan konsultasi, maka layanan keperawatan membuat dan mengirim permintaan ke bagian yang sesuai, baik secara langsung atau melalui komputer. Layanan keperawatan harus mencatat hasil pengujian dan mengisi formulir tertentu di dalam catatan medis yang sesuai dengan asuhan keperawatan.

Dokter yang menerima pasien pada waktu admisi (‘attending physician’) memiliki tanggung jawab utama dalam asuhan pasien. Ia menghasilkan data dengan mengumpulkan riwayat pasien, melakukan pemeriksaan fisik dan mencatat hasilnya. Ia juga menghasilkan data ketika membuat perintah untuk layanan diagnostik dan terapeutik, ketika memeriksa keadaan pasien dan responsnya terhadap pengobatan melalui catatan kemajuan (‘progress notes’), dan ketika perjalanan penyakit diringkaskan di akhir episode asuhan. Selama perawatan, data bisa dihasilkan oleh dokter lain yang ikut melayani pasien, misalnya dalam konsultasi, bedah, atau evaluasi dan tindakan spesialis lainnya. Data yang didiktekan dokter bisa diketik dan dimasukkan ke catatan medis. Bagian informasi kesehatan memiliki pegawai

yang mengetik riwayat pasien, hasil pemeriksaan fisik, konsultasi, laporan operasi, dan ringkasan pulang ('discharge summaries'). Biasanya bagian patologi dan radiologi memiliki juru-ketik tersendiri yang mengetik laporan-laporan ini. Dokter yang menghasilkan masing-masing laporan ini harus memeriksa dan menandatangani.

Pelayanan tambahan ('ancillary') menyediakan bantuan tambahan pada asuhan pasien. Bagian-bagian ini adalah gizi, laboratorium medis, terapi fisik, terapi okupasi, terapi pernafasan, dan layanan sosial. Bagian-bagian ini menerima permintaan untuk layanan, pemeriksaan, dan/atau pengobatan untuk masing-masing pasien. Data yang dihasilkannya menjadi bagian catatan medis, baik yang dimasukkan ke dalam catatan medis di pos perawatan, atau di bagian informasi kesehatan kalau pasien telah pulang.



Gambar 1. Arus data catatan medis

Kalau seseorang masuk rumah sakit untuk asuhan rawat jalan, ia disebut 'outpatient'. Pembuatan catatan rawat jalan di rumah sakit dan fasilitas kesehatan lain dibicarakan pada Bab III.

ISI CATATAN MEDIS

Bagian ini membahas isi catatan medis rumah sakit umum akut. Pembahasan dikelompokkan dengan menjelaskan bentuk-bentuk dasar yang terdapat pada sebagian besar catatan medis rumah sakit. Sementara komputerisasi bagian tertentu catatan medis telah ada di berbagai rumah sakit, data yang akan dikumpulkan melalui komputer sering sama dengan

data yang terdapat di dalam formulir yang diuraikan disini. Banyak komputer yang menghasilkan formulir-formulir dengan isi yang diperlukan pada akhir shift, pada akhir hari kerja, atau pada waktu pasien pulang.

Kecuali kalau ditentukan lain, penyusunan data di dalam dan di antara formulir ditentukan oleh masing-masing rumah sakit. Contoh formulir diikutkan dalam pembahasan ini untuk menunjukkan susunan data. Karena data berasal dari berbagai sumber, secara keseluruhan formatnya tentu tidak seragam. Setiap rumah sakit harus menata data untuk memungkinkan pengumpulan dan penyebaran yang efisien di dalam sistem datanya. Sebelum diadopsi, formulir perlu dikritik oleh rumah sakit untuk memastikan ia telah memenuhi kebutuhan rumah sakit tersebut.

Setiap item di dalam formulir catatan medis harus memiliki entry. Item yang tidak ada hubungannya dengan pasien ditandai dengan sejenis entry, misalnya 'not applicable' (NA), untuk menunjukkan bahwa ia memang sengaja tidak diisi.

Terdapat dua klasifikasi besar data catatan medis, yaitu data administratif dan data klinis. Data klinis biasanya dibagi atas data medis, perawatan, dan tambahan. Terdapat perlakuan khusus untuk data klinis khusus seperti obstetri (kebidanan), newborn (bayi baru lahir), dan 'short-stay' (rawat-singkat).

DATA ADMINISTRATIF

Catatan Keluar/Masuk

Identitas dasar dan data keuangan dicatat secara rutin untuk seluruh pasien kecuali kalau tidak mungkin. Data ini dikumpulkan pada waktu admisi atau sebelumnya (pada proses pre-admisi), diisikan pada formulir yang bisa disebut lembar identifikasi, catatan keluar/masuk (admission/discharge record), lembar ringkasan, atau lembar depan, dan biasanya terkomputer. Informasi secukupnya diisi pada bagian sosial untuk identifikasi nama, alamat, tanggal lahir, dan keluarga terdekat. Data klinis dasar juga terdapat di dalam formulir ini, yang diuraikan lebih luas pada bagian data klinis.

Gambar 2 merupakan contoh catatan admission/discharge. Pada gambar tersebut terdapat pernyataan pembenaran ('attestation statement') yang diperlukan oleh Medicare, yang pada beberapa catatan medis tidak diikutkan.

Pernyataan Pembenaran

Attestation statement atau 'pernyataan pembenaran' adalah syarat untuk sistem pembayaran prospektif Medicare (Gambar 3). Disini dokter bersaksi bahwa diagnosa utama dan sekunder, dan prosedur utama yang dilakukan telah dicatat dengan benar dan lengkap di dalam catatan medis. Pernyataan ini bisa terdapat di formulir admission/discharge atau terpisah. Melalui kode data diagnostik dan prosedur, rumah sakit sering menggunakan komputer untuk menerbitkan pernyataan pembenaran yang juga berisi informasi penggantian biaya oleh Medicare (tagihan total dan pembayaran DRG Medicare).

| ADMISSION/DISCHARGE RECORD | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|---------------------|--|---|-----------------|-------------------------------------|--|--|
| Hospital Provider Number | | | | | Medical Record No. | | | | | |
| Last Name | | First Name | | Middle Name | | Maiden Name | | Sec. Sec. No. | Room No. | Admitting No. |
| Address | | | City | | State | | Zip Code | | Home Phone | Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Age - Yrs. | Birth Date | Mo. | Day | Year | Birthplace | Marital Status <input type="checkbox"/> Never Married <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Sep. <input type="checkbox"/> Wid <input type="checkbox"/> Div. <input type="checkbox"/> Not Decl. | | | Religion | |
| Race <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Other | | | Ethnicity <input type="checkbox"/> Spanish Origin/Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Spanish Origin/Non-Hispanic | | | | | | | |
| Occupation | | Employer | | | Address of Employer - Phone | | | | | |
| Name of Guarantor | | | Address if Other Than Above | | | | | Birthplace | | |
| Next of Kin | | | Address | | | | | Phone | | |
| Name of Father | | | Birthplace | | Maiden Name of Mother | | | Birthplace | | |
| Principal Source of Payment | | Group No. | | Contract No. | | Effective Date | | Subscriber <input type="checkbox"/> | Family Member <input type="checkbox"/> | |
| Other Hospitalization Insurance | | Cert. or Policy No. | | Group No. | | Effective Date | | Medicare No. | Dependent <input type="checkbox"/> | |
| Referring Physician's Name and Address | | | | Attending Physician | | | Att. Phys. Code | | Date of Last Admission | |
| Smoker <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Nature of Admission <input type="checkbox"/> Emergency <input type="checkbox"/> Urgent <input type="checkbox"/> Elective <input type="checkbox"/> New Born | | | Service | Admission Date | Hour A.M. P.M. | Discharge Date | Hour A.M. P.M. | LOS | |
| Admitting Diagnosis: | | | | | | Admitted by | | Completed by | | |
| Principal Diagnosis: The condition established after study to be responsible for occasioning the admission of the patient to the hospital for care. | | | | | | | | | Code | |
| Other Diagnoses: | | | | | | | | | | |
| Principal Procedure: The procedure performed for definitive treatment rather than for diagnosis or exploratory purposes, or to treat a complication; the procedure most related to the principal diagnosis. | | | | | | | | | | |
| Date _____ Operating Physician _____ | | | | | | | | | | |
| Other Procedures: Date(s) _____ | | | | | | | | | | |
| Coded By _____ | | | | | | | | | | |
| Disposition: | | | | | ATTENDING PHYSICIAN'S ATTESTATION STATEMENT | | | | | |
| Discharged: <input type="checkbox"/> To Home or Self-Care <input type="checkbox"/> Against Advice | | Transferred (date): <input type="checkbox"/> To Int. Care/Nurs. Home <input type="checkbox"/> To Home Health Ser. <input type="checkbox"/> To Other Fac. (specify) | | | I certify that the narrative descriptions of the principal and secondary diagnoses and the major procedures performed are accurate and complete to the best of my knowledge. | | | | | |
| Transferred: <input type="checkbox"/> To Short-Term Hosp. <input type="checkbox"/> To Skilled Nurs. Fac. | | <input type="checkbox"/> Died <input type="checkbox"/> Autopsy <input type="checkbox"/> No Autopsy | | | | | | | | |
| Signed _____ | | | | | Date _____ | | | | | |

Form courtesy of Physicians' Record Company

FIGURE 2. ADMISSION/DISCHARGE RECORD

Persyaratan Admisi

Formulir Conditions of Admission atau persyaratan admisi ini (formulir persetujuan admisi atau otorisasi admisi) bisa terdapat di bagian belakang formulir admission/discharge, atau pada lembar terpisah. Formulir tersebut berisi suatu pernyataan bahwa pasien setuju mendapatkan asuhan dasar rutin. Biasanya terdapat pula pernyataan yang menunjukkan bahwa rumah sakit tidak bisa menjamin hasil pengobatan. Formulir ini (Gambar 4) merupakan bukti persetujuan menjalani asuhan rutin, prosedur diagnostik, dan pengobatan medis. Pegawai yang menerima admission bertanggung jawab untuk menjelaskan isi formulir ini dan tujuannya kepada pasien.

Persetujuan untuk Pelepasan Informasi

Consent for Release of Information atau persetujuan pemberian kekuasaan untuk melepaskan informasi (Gambar 5) memungkinkan rumah sakit mengirim salinan catatan medis pasien ke organisasi tertentu yang namanya dituliskan dengan jelas. Formulir ini juga bisa berada di belakang formulir admission/discharge. Tanda tangan pasien memberikan hak kepada rumah sakit untuk melepaskan informasi medis yang dikumpulkan selama episode perawatan saat itu. Organisasi yang mungkin menerima informasi tersebut adalah yang menyediakan perlindungan asuransi perawatan seperti Medicare/Medicaid, kompensasi pegawai, Blue Cross – Blue Shield, dan pelaksana asuransi swasta. Pastikan bahwa sikap organisasi profesi (Pormiki) tentang kerahasiaan telah dipelajari untuk menjaga agar pelepasan informasi ini telah memenuhi persyaratan ‘informed consent’ (persetujuan setelah diberikan penjelasan) yang adekuat. Disini petugas penerima kembali bertanggung jawab untuk menjelaskan isi persetujuan dan tujuannya.

Advance directive, atau keinginan yang diajukan lebih awal, atau ‘living wills’ (wasiat hidup) adalah perintah tertulis mengenai apa yang diinginkan pasien. Undang-undang ‘The Patient Self Determination Act’ yang disetujui tahun 1990 mewajibkan fasilitas kesehatan untuk menanyakan kepada pasien apakah ia memiliki ‘advance directive’, dan mencatat jawabannya di dalam catatan medis. Sebagai tambahan, kalau ada undang-undang negara bagian mengenai advance directive, wasiat hidup, hak untuk mati, atau mati dengan terhormat, rumah sakit harus mematuhi.

Undang-undang ini mengatur rumah sakit, fasilitas perawatan terlatih, badan perawatan rumah tangga, dan hospice yang mengobati pasien Medicare atau Medicaid. Persyaratan utamanya antara lain sebagai berikut:

- Organisasi asuhan kesehatan harus memiliki suatu kebijaksanaan tentang hak pasien untuk menerima atau menolak tindakan medis, termasuk hak untuk membuat advance directive. Kebijaksanaan ini harus mematuhi petunjuk hukum, kalau ada.
- Pada waktu admisi, institusi harus memberi informasi tertulis mengenai keputusan apa yang bisa dibuat pasien mengenai tindakan medis, di samping kebijaksanaan tindakan medis rumah sakit itu sendiri.
- Institusi harus mencatat di dalam catatan medis apakah pasien memiliki suatu advance directive.

CONDITIONS OF ADMISSION

TO

1. **General Duty Nursing:** The hospital provides only general duty nursing care. Under this system nurses are called to the bedside of the patient by a signal system. If the patient is in such condition as to need continuous or special-duty nursing care, it is agreed that such must be arranged by the patient, or his legal representative, or his physicians, and the hospital shall in no way be responsible for failure to provide the same and is hereby released from any and all liability arising from the fact that said patient is not provided with such additional care.
2. **Medical and Surgical Consent:** The patient is under the control of his attending physicians and the hospital is not liable for any act or omission in following the instructions of said physicians, and the undersigned consents to any x-ray examination, laboratory procedures, anesthesia, medical or surgical treatment or hospital services rendered the patient under the general and special instructions of the physician. The undersigned recognizes that all doctors of medicine furnishing services to the patient, including the radiologist, pathologist, anesthetist and the like, are independent contractors and are not employees or agents of the hospital.
3. **Release of Information:** The hospital may disclose all or any part of the patient's record to any person or corporation which is or may be liable under a contract to the hospital or to the patient or to a family member or employer of the patient for all or part of the hospital's charge, including, but not limited to, hospital or medical service companies, insurance companies, workmen's compensation carriers, welfare funds, or the patient's employer.
4. **Personal Valuables:** It is understood and agreed that the hospital maintains a safe for the safekeeping of money and valuables and the hospital shall not be liable for the loss of or damage to any money, jewelry, glasses, dentures, documents, furs, fur coats and fur garments, or other articles of unusual value and small compass, unless placed therein, and shall not be liable for loss of or damage to any other personal property, unless deposited with the hospital for safekeeping.
5. **Financial Agreement:** The undersigned agrees, whether he signs as agent or as patient, that in consideration of the services to be rendered to the patient, he hereby individually obligates himself to pay the account of the hospital in accordance with the regular rates and terms of the hospital. Should the account be referred to an attorney for collection, the undersigned shall pay reasonable attorney's fees and collection expense. All delinquent accounts bear interest at the legal rate.

The undersigned certifies that he has read the foregoing, receiving a copy thereof, and is the patient, or is duly authorized by the patient as patient's general agent to execute the above and accept its terms.

PATIENT

PATIENT'S AGENT OR REPRESENTATIVE

RELATIONSHIP TO PATIENT

A copy of this Document is to be delivered to the patient.

Time of signing _____ 19____, Hour _____ M.

Witness: _____

FORM A-144

PHYSICIAN RECORD COMPANY, CHICAGO, ILLINOIS, PRINTED IN U.S.A.

CONDITIONS OF ADMISSION

Form courtesy of Physicians' Record Company

FIGURE 4. CONDITIONS OF ADMISSION

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

To _____ Hospital Number _____
(NAME OF HOSPITAL)

You are hereby authorized to furnish such professional information, in accordance with the policy of your hospital as may be necessary for the completion of my hospitalization claims by _____
(NAME OF THIRD PARTY)

_____ from the medical records compiled during my hospitalization
(NAME OF THIRD PARTY)

from _____ 19__ to _____ 19__ and are
(NAME OF THIS PARTY)

hereby released from all legal liability that may arise from the release of the information requested.

Date _____ Signed _____
(PATIENT OR NEXT OF KIN)

Signed _____
(PARTY INSPECTING RECORD) RELATIONSHIP IF SIGNED BY OTHER THAN PATIENT

Date of inspection of record _____ 19__ Signed _____
(INTERESTED PHYSICIAN)

Authorization must be signed by the patient, or by the nearest relative in the case of a minor or when patient is physically or mentally incompetent

Form C-400 PHYSICIANS' RECORD CO. CHICAGO, ILLINOIS PRINTED IN U.S.A.

Form courtesy of Physicians' Record Company

FIGURE 5. AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

Special Consent

Formulir persetujuan atau otorisasi khusus (Gambar 6) diperlukan untuk setiap prosedur diagnosa atau terapi yang tidak rutin, yang dilakukan terhadap pasien. Formulir ini menyediakan bukti tertulis bahwa pasien menyetujui prosedur-prosedur yang tertulis disana. Supaya persetujuan ini sah, dokter harus mendiskusikan dengan pasien atau walinya mengenai prosedur tersebut, resikonya, prosedur alternatif, dan hasil yang diharapkan.

Condition of Participation dari Medicare mensyaratkan agar aturan staf medis menyatakan bahwa prosedur bedah hanya boleh dilakukan atas persetujuan pasien atau yang mewakilinya secara hukum, kecuali dalam keadaan darurat. Medicare juga menuntut agar formulir persetujuan operasi harus telah berada di dalam catatan medis pasien sebelum operasi dilaksanakan.

JCAHO mensyaratkan adanya bukti 'informed consent' untuk prosedur dan tindakan yang memerlukan persetujuan sesuai dengan aturan yang dibuat staf medis, pengelola rumah sakit, dan hukum. Kalau persetujuan tidak bisa diperoleh, alasannya harus dituliskan di dalam catatan medis.

AUTHORIZATION AND CONSENT TO OPERATION PROCEDURE

I, _____ authorize and consent to the performance upon myself (or) (name of patient) of the following operation/procedure to be performed by or under direction of Dr. _____ at Community Hospital on _____.

I further consent to the performance of any additional procedures during the course of my operation/procedure which the physician or associates judge necessary or desirable to correct the existing condition or any other unhealthy condition which they may discover.

I realize that an operation/procedure requires numerous assistants, technicians, nurses, and other personnel, and I give my consent to such medical procedures and care by such personnel and Community Hospital before, during, and after the operation/procedure to be performed.

I also consent to the disposal by Community Hospital of any tissue or parts which may be removed during my operation.

I have been advised by my physician about alternatives to the operation/procedure suggested, but I believe that the treatment suggested is the treatment or operation I should have.

My physician has advised me fully about the nature of the operation/procedure and the risks involved. I realize that neither the physician nor Community Hospital can guarantee any result.

I have read this authorization and understand it.

NOTE TO PATIENT: YOUR SIGNATURE BELOW INDICATES THAT YOU HAVE READ AND AGREED TO THE ABOVE, THAT THE OPERATIONS/PROCEDURES HAVE BEEN ADEQUATELY EXPLAINED TO YOU BY YOUR ATTENDING PHYSICIANS OR SURGEONS, THAT YOU HAVE ALL THE INFORMATION YOU DESIRE, AND THAT YOU AUTHORIZE AND CONSENT TO THE PERFORMANCE OF THE OPERATIONS/PROCEDURES MENTIONED ABOVE.

DATE: _____ SIGNATURE: _____

RELATIONSHIP (IF OTHER THAN PATIENT): _____

WITNESS' SIGNATURE: _____

Signature of physician by which it is affirmed that the informed consent of the patient, or duly authorized agent, has been obtained to the outlined above.

DATE: _____ SIGNATURE: _____

FIGURE 6. SPECIAL CONSENT

DATA KLINIS MEDIS

Admission/Discharge Record

Informasi medis yang merupakan bagian admission/discharge record (Gambar 2) biasanya melibatkan pernyataan tentang diagnosa dan prosedur. Dokter yang merawat bertanggung jawab atas pembuatan dan mengesahkan informasi ini. Diagnosa pada waktu masuk tidak harus dituliskan di dalam formulir ini, namun kehadirannya akan berguna untuk penentuan ruang perawatan pada rumah sakit dengan asuhan khusus. Diagnosa ini juga dapat membantu layanan perawatan dalam memulai asuhan pasien. Karena asuransi mengharapkan pasien dengan diagnosa tertentu diasuh secara rawat-jalan, maka diagnosa waktu masuk perlu disediakan pada saat atau sebelum penerimaan. Semua diagnosa dan prosedur harus dituliskan secara penuh, tanpa simbol atau singkatan, dengan istilah ('terminologi') yang dapat diterima. Formulir ini bisa juga memberikan informasi seperti konsultasi, hasil otopsi, adanya penyakit nosokomial (didapatkan karena dirawat), alergi atau kesensitifan lain, dan kemana pasien dikirim untuk perawatan.

Medical History

Riwayat medis adalah data yang digunakan dokter untuk membuat diagnosa sementara sebagai dasar pengobatan (Gambar 7 dan 8). Kalau riwayat yang bisa dipercaya tidak bisa diperoleh dari pasien, maka riwayat itu harus dicari pada orang yang paling tahu. Sumber riwayat perlu dicatat, misalnya pasien, orang tua, atau teman. Riwayat ini harus diselesaikan dalam waktu 24 jam setelah admission.

Kalau pengambilan riwayat medis dan pemeriksaan fisik dilakukan oleh dokter yang belum memiliki lisensi, intern ('ko-asisten'), atau mahasiswa kedokteran, maka catatannya harus didampingi oleh tanda tangan dokter residen atau dokter yang merawat. Kalau dokter yang merawat tidak setuju dengan data yang telah tercatat, maka penemuan dokter tersebut dan hasil pengamatannya yang berhubungan dengan penemuan ini harus dicatat sebelum formulir ditandatangani.

Untuk keseragaman dan kesempurnaan catatan medis, setiap fasilitas harus memilih suatu standard riwayat penyakit yang bisa dicetak pada formulir. Pada sistem terkomputer, komponen-komponen riwayat bisa terlihat di layar untuk digunakan dokter. Data positif (adanya gejala) dan negatif harus dicatat. Istilah negatif atau informal sebaiknya tidak digunakan kecuali dalam ringkasan. Data harus sebagaimana yang dinyatakan oleh pasien. Pendapat dokter dibuat pada bagian pemeriksaan fisik dan pada catatan berikutnya. Informasi berikut merupakan isi yang disarankan untuk riwayat medis.

1. Keluhan utama: bentuk dan lama gejala yang menyebabkan pasien datang mencari bantuan medis, sesuai dengan kata-kata pasien.
2. Penyakit sekarang: uraian kronologis perkembangan penyakit pasien secara rinci, mulai dari munculnya gejala pertama sampai saat ini.
3. Riwayat penyakit dahulu: ringkasan penyakit dan pengobatan masa kanak-kanak dan dewasa, misalnya penyakit infeksi, kehamilan, alergi dan kesensitifan obat, kecelakaan, operasi, perawatan, dan obat-obatan yang dimakan saat ini.
4. Riwayat psikososial dan personal: status perkawinan; pola-pola makan, tidur, dan olahraga; penggunaan kopi, alkohol, dan obat lain; pekerjaan; lingkungan; kegiatan rutin harian; kepercayaan religius; dan cita-cita kehidupannya.
5. Riwayat keluarga: penyakit-penyakit di antara anggota keluarga yang bisa dipengaruhi oleh faktor keturunan, alergi, infeksi, jiwa, metabolisme, hormon, kardiovaskuler dan ginjal; atau keganasan. Kesehatan keluarga dekat, usia kematian dan sebab kematian mereka juga perlu dicatat.
6. Review sistem tubuh: suatu inventarisasi sistem untuk menggali keluhan subjektif yang mungkin lupa disebutkan pasien atau yang pada saat itu dikira tidak penting. Pada

umumnya analisa temuan subjektif dapat menentukan bentuk dan luas pemeriksaan fisik yang kemudian diperlukan. Data berikut ini merupakan contoh-contoh item yang dilibatkan.

- **Umum:** berat badan biasa, perubahan berat, demam, kelemahan, kelelahan.
- **Kulit:** kemerahan, erupsi, kekeringan, pucat kebiruan (sianosis), kekuningan (jaundice), dan perubahan pada kulit, rambut dan kuku.
- **Kepala:** sakit kepala (lama, beratnya, ciri-ciri dan lokasi).
- **Mata:** kacamata dan lensa kontak, pemeriksaan terakhir, ketajaman pandangan, tekanan bola mata, katarak, regangan mata, nyeri, melihat kembar, kemerahan, air mata, peradangan, kekaburan pandangan.
- **Telinga:** pendengaran, cairan, berdenging, pusing, nyeri.
- **Hidung:** pilek, perdarahan, sesama, tersumbat, tetesan di belakang, nyeri sinus.
- **Mulut dan tenggorok:** gigi dan gusi, pemeriksaan terakhir, nyeri, kemerahan, suara serak kasar, sulit menelan.
- **Pernafasan:** nyeri dada, bersin, batuk, sesak nafas, sputum (warna dan jumlah), batuk darah, asthma, bronkitis, emfisema, pneumonia, tuberkulosis, peradangan pleura, pemerikaan x-ray terakhir.
- **Syaraf:** pingsan, pandangan gelap, kejang, lumpuh, kesemutan, tremor, pelupa.
- **Muskulo-skeletal:** nyeri atau kaku sendi, radang sendi, gout, nyeri punggung, nyeri otot, kramp, bengkak, kemerahan, keterbatasan aktifitas gerak.
- **Kardiovaskuler:** nyeri dada, demam rematik, takikardia, berdebar-debar, tekanan darah tinggi, sembab, vertigo, pingsan, varises, tromboflebitis.
- **Gastro-intestinum:** selera makan, haus, mual, muntah, muntah darah, perdarahan rektum, perubahan kebiasaan usus, diare, konstipasi, tak enak lambung (indigestion), tak tahan makanan tertentu, flatus, hemoroid, jaundice.
- **Urinarius:** urinasi sering atau nyeri, kencing malam/tidur, bernanah, berdarah, tak bisa ditahan, infeksi urin.
- **Genito-reproduksi:** Laki-laki - penyakit kelamin, nyeri, keluaran dari penis, hernia, nyeri testis, massa di testis. Perempuan - usia mulai haid; keadaan haid, kontrasepsi; kehamilan; melahirkan; abortus; Pap smear terakhir.
- **Endokrin:** tak tahan panas atau dingin, keringatan, haus, lapar, sering urinasi.
- **Hematologis:** anemia, mudah lecet dan berdarah, transfusi terakhir.
- **Psikologis:** kepribadian, ketegangan, alam pikiran, susah tidur, sakit kepala, mimpi buruk, depresi.

Kalau riwayat lengkap telah tercatat dalam waktu 30 hari menjelang admisi, misalnya di tempat praktek dokter, salinan laporan ini boleh diletakkan di dalam catatan medis rumah sakit, dengan syarat belum ada perubahan sejak aslinya dibuat; kalau telah berubah, maka perubahan ini dicatat pada waktu admisi.

HISTORY (Continued)

| INVENTORY BY SYSTEMS <small>(continued)</small> | |
|--|-----------------------------------|
| EARS | |
| Deafness | Discharge |
| Itching | Pain |
| ringing | Other |
| NOSE | |
| Color | Discharge |
| Excitability | Epistaxis |
| Swelling | Other |
| THROAT | |
| Scratchy | Discharge |
| Redness | Other |
| Hoarseness | |
| RESPIRATORY | |
| Wheezing | Cough |
| Shortness of breath | Difficulty in breathing |
| Spitting | Other |
| NEUROMUSCULAR | |
| Weakness | Cramps |
| Paralysis | Dumbness |
| Tremor | Tingling |
| CARDIOVASCULAR | |
| Pain | Fatigue |
| Angina | Vertigo |
| Palpitation | Edeema |
| Fatigability | Other |
| GASTROINTESTINAL | |
| Acidity | Stool |
| Dizziness | Shape |
| Pain | Color |
| Nausea | Mucous |
| Swallowing | Blood |
| Swelling | Hemorrhoids |
| Fatulence | Hernia |
| Constipation | Other |
| Diarrhea | |
| GENITOURINARY | |
| Discharge | Pruritus |
| Smell | Hematuria |
| Frequency | Pain |
| Nocturia | Other |
| Retention | |
| FEMALE - REPRODUCTIVE | |
| Periods | Pregnancy, type and complications |
| Frequencies | |
| Type | Labors, type and complications |
| Duration | |
| Abortions | Other |
| PSYCHOLOGICAL STATUS | |
| Personality type | Consciousness |
| Emotional state | Mood |
| Happiness | Hallucinations |
| Stress | Insomnia |
| Memory loss | Delusions |
| Delusions | Other |

Taken by: _____
A graduate of University of Texas Medical School

Date _____ Attending Physician _____ M.D.

18-724-0000

Form courtesy of Physicians' Record Company

FIGURE 8. MEDICAL HISTORY (back)

Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik (Gambar 9) memberikan data dasar pasien untuk membantu dokter menentukan diagnosa. Pemeriksaan harus mencakup seluruh sistem tubuh. Tingkat ketelitian tergantung pada usia dan jenis kelamin, gejala pasien, penemuan fisik lain, dan data laboratorium. Bagian diagnosa bisa berisi diagnosa sementara, berdasarkan pernyataan subjektif pasien dan penemuan objektif dokter. Dokter bisa memiliki beberapa diagnosa untuk pasien ini, yang disebut 'diagnosa differential'.

Isi pemeriksaan fisik yang dianjurkan adalah sebagai berikut:

1. Keadaan Umum: keadaan kesehatan yang terlihat secara umum, postur, berat, tinggi, warna kulit, kebersihan pribadi, ekspresi wajah, tingkah-laku, alam perasaan (mood), tingkat kesadaran, cara bicara.
2. Tanda vital: pulsa nadi, nafas, tekanan darah, suhu, kesadaran.
3. Kulit: warna, aliran darah, lecet, edema, kelembaban, 'texture', ketebalan, kelenturan dan 'turgor', kuku.
4. Kepala: rambut, kulit kepala, tengkorak (muka).
5. Mata: ketajaman dan lapangan pandang, posisi dan keselarasan mata, alis mata, bulu mata; aparatus lakrimalis; konjungtiva; sklera; kornea, iris; pupil: ukuran, bentuk, keselarasan, reaksi terhadap cahaya dan akomodasi; gerakan bola mata; pemeriksaan oftalmoskopi.
6. Telinga: daun, liang, gendang, pendengaran, cairan.
7. Hidung dan sinus: saluran udara, mukosa, septum, nyeri tekan sinus, cairan, perdarahan, bau.
8. Mulut: nafas, bibir, gigi, gusi, lidah, saluran saliva.
9. Tenggorokan: tonsil, pharynx, palatum, uvula, 'postnasal drip'.
10. Leher: kekakuan, tiroid, trakhea, pembuluh, kelenjar limfe, kelenjar saliva.
11. Thoraks, muka dan belakang: bentuk, simetri, nafas.
12. Mammae: massa, nyeri tekan, cairan nipple.
13. Paru: 'fremitus' (getaran), bunyi nafas, suara lain, gesekan, bicara, bisikan.
14. Jantung: lokasi dan kualitas pukulan apeks, getar, gelombang pulsasi, irama, bunyi, bising, gesekan, tekanan dan pulsa vena jugularis, pulsa arteri karotid.
15. Abdomen: bentuk, peristalsis, bekas luka, kekakuan, nyeri tekan, spasme, massa, cairan, hernia, bising usus, organ yang bisa diraba.
16. Genitourinarius: bekas luka, lesi, cairan, penis, skrotum, epididymis, varicocele (pembesaran vena skrotum), hydrocele (cairan di skrotum).
17. Vagina: genitalia eksterna, kelenjar Skene dan Bartholini, vagina, serviks, adneksa (jaringan sekitar rahim dan vagina).
18. Rektum: fissura (retak), fistula (saluran patologis), hemoroid, tonus sfingter, massa, prostat, vesikula seminalis, feses.
19. Muskulo-skeletal: tulang punggung dan anggota, deformitas, sembab, merah, nyeri tekan, batas gerakan.
20. Limfatik: kelenjar yang teraba di leher, aksila, inguinal; lokasi, bentuk, konsistensi kenyal atau padat, pergerakan dan nyeri tekan.
21. Pembuluh darah: pulsa, warna, suhu, dinding pembuluh, vena.
22. Neurologis: syaraf kepala, koordinasi, refleks, biseps, triseps, patella, Achilles, abdomen, kremaster, uji: Babinski, Romberg, cara berjalan, sensoris, getaran.
23. Diagnosa.

JCAHO mewajibkan adanya laporan komprehensif pemeriksaan fisik. Kalau pemeriksaan fisik telah dilakukan dalam waktu 30 hari sebelum dirawat, misalnya di tempat praktek dokter, salinannya bisa digunakan pada catatan medis kalau tidak ada perbedaan, atau kalau perbedaan telah tercatat ketika admisi. Kalau pasien dirawat kembali ("readmission") dalam waktu 30 hari setelah dipulangkan untuk masalah yang sama atau berhubungan, pemeriksaan fisik 'interval' yang menggambarkan perubahan bisa dilakukan asal hasil pemeriksaan fisik sebelumnya tersedia. Sebelum pembedahan, catatan medis harus telah berisi riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, dan diagnosa pra-bedah. Hasil pemeriksaan fisik ditandatangani oleh dokter yang berhak. Pemeriksaan fisik diselesaikan dalam waktu 24 jam sejak admission.

Di samping riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik, JCAHO mensyaratkan adanya pernyataan tentang kesan dan kesimpulan yang ditarik dari data yang telah dikumpulkan, dan pernyataan tentang rencana tindakan selama pasien dirawat.

Perintah Dokter

Perintah tertulis atau lisan merupakan pengarahan dokter kepada asuhan perawatan dan asuhan tambahan, serta dokter bangsal, mengenai semua obat-obatan dan tindakan bagi pasien. Contoh formulir untuk mencatat perintah dokter terdapat pada Gambar 10. Perintah dokter harus memiliki tanggal dan ditandatangani oleh dokter yang bersangkutan. Perintah rutin ("standing orders") adalah satu set perintah yang dirancang untuk asuhan rutin pasien dengan diagnosa atau prosedur tertentu. Standing orders ini kalau digunakan, baik sebagai lembaran terpisah atau sebagai bagian dari formulir perintah dokter, juga harus ditandatangani dokter. Umumnya rumah sakit menghindari penggunaan standing orders ini karena asuhan yang diuraikannya mungkin secara medis tidak diperlukan bagi beberapa pasien lain.

Perintah pulang harus ditulis untuk seluruh pasien yang akan pulang. Tanpa perintah ini pasien dianggap pulang atas kehendak sendiri, dan ini harus dicatat di dalam catatan kemajuan (progress notes) atau ringkasan pulang (discharge summary). Perintah pulang lisan bisa dilakukan dengan batasan tertentu. Peraturan staf medis harus dengan tegas menyatakan siapa yang boleh menerima perintah lisan, dan berapa lama batas waktu untuk penandatanganannya. Peraturan staf medis bisa saja melarang penggunaan perintah semacam ini.

JCAHO menjelaskan bahwa peraturan staf medis harus mendefinisikan setiap kategori perintah lisan yang berhubungan dengan potensi bahaya terhadap pasien, dan mengharuskan dokter yang bertanggung jawab untuk menandatangani perintah tersebut dalam jangka waktu yang tercantum dalam peraturan staf medis.

Catatan Kemajuan

'Progress notes' adalah pernyataan spesifik yang berhubungan dengan perjalanan penyakit pasien, respons terhadap pengobatan, dan statusnya pada waktu pulang. Dokter yang merawat harus mencatat hasil pengamatan berkesinambungan kemajuan pasien. Pada catatan kemajuan terpadu, profesi tambahan seperti terapis okupasi, fisik dan respirasi juga mencatat asuhan yang mereka berikan dan respons pasien terhadap pengobatan; sedangkan catatan perawat bisa diikuti atau tidak. Kalau formulir catatan terpadu digunakan, formulir ini sering memungkinkan perbedaan antara catatan dokter dari catatan lain melalui penggunaan pinggir atau kolom yang berbeda. Dua bentuk catatan kemajuan terdapat pada Gambar 11.

| PROGRESS RECORD | | | |
|------------------------|---|---|---|
| Name _____ | | Room No. _____ Bed _____ Medical Record No. _____ | |
| Date | Note progress of case, complications, consultations, change in diagnosis, condition on discharge, instructions to patient | Date | Note progress of case, complications, consultations, change in diagnosis, condition on discharge, instructions to patient |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| PROGRESS NOTES | |
|--|---|
| Physicians & Medical Students begin here ↓ | Non-Physicians begin here ↓ |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

FIGURE 11. PROGRESS NOTES FORMS

Catatan kemajuan oleh dokter harus mencakup catatan admisi, catatan kemajuan follow-up, dan catatan akhir. Catatan admission meringkaskan keadaan umum pasien pada saat admission. Informasi relevan yang tidak tercatat pada wawancara dan pemeriksaan fisik harus dituliskan disini.

Catatan follow-up ditulis sesering mungkin sesuai dengan keadaan pasien dan aturan staf medis. Semua pengobatan yang dilakukan dan respons pasien terhadap masing-masingnya dicatat di dalam catatan kemajuan. Setiap komplikasi yang timbul juga harus dicatat di dalamnya. Kalau rumah sakit memiliki house officer, catatan di akhir jam kerja dituliskan untuk serah terima asuhan pasien kepada house officer berikutnya. catatan ini meringkaskan perjalanan penyakit dan pengobatan pasien.

Catatan akhir adalah pernyataan tentang keadaan umum pasien waktu discharge, instruksi discharge seperti aktifitas pasien, makanan, obat-obatan, dan jadwal kunjungan follow up ke dokter. Kalau pasien meninggal dunia sewaktu dirawat, catatan akhir menguraikan tentang keadaan yang berhubungan dengan kematiannya, penemuan-penemuan, apakah otopsi dilakukan, dan sebab kematian.

Laporan Patologi

Laporan Patologi (Gambar 12) berisi deskripsi mikroskopis dan/atau makroskopis jaringan yang keluar dari badan (misalnya pada abortus), dikeluarkan pada waktu operasi, atau diambil pada prosedur biopsi untuk analisa patologis, atau setelah kematian pada otopsi (nekropsis). Permintaan untuk pemeriksaan jaringan dengan menunjukkan diagnosa klinis dikirim bersamaan dengan contoh jaringan (specimen) ke ahli patologi. Ahli patologi memeriksa jaringan tersebut dan menulis laporan yang minimal berisi laporan diagnosa makroskopis jaringan. Ahli patologi dan staf medis bersama-sama menentukan kategori specimen mana yang hanya memerlukan diagnosa makroskopis. Kalau dilakukan evaluasi mikroskopis, diagnosa didasarkan pada penemuan mikroskopis. Ahli patologi harus menandatangani laporan patologi. Rumah sakit yang mengontrak badan asuhan patologi luar memperoleh laporan asli untuk dimasukkan ke dalam catatan medis.

Di dalam laporan otopsi, ahli patologi mencatat ringkasan riwayat penyakit pasien dan pengobatannya, laporan detil temuan makroskopis, temuan mikroskopis, dan diagnosa anatomis otopsi. Ahli patologi bertanggung jawab untuk menandatangani laporan otopsi.

Laporan Pencitraan

Laporan pencitraan adalah uraian dari layanan pencitraan untuk diagnosa atau pengobatan. Prosedur diagnosa misalnya: x-ray, radioactive scanning, thermography, xerography (x-ray jaringan lunak), dan ultrasonography. Dokter ahli radiologi menuliskan atau mendiktekan apa yang terlihat dan dampaknya terhadap pasien. Interpretasi yang ditandatangani ahli radiologi tersebut menjadi laporan pencitraan. Untuk pengobatan bisa diberikan x-ray dan zat-zat radioaktif, yang jumlah dosis, tanggal, dan waktunya dicatat. Di akhir pengobatan, sebuah ringkasan dibuat dan ditandatangani oleh radiologist tersebut dan menjadi bagian dari catatan medis.

Bentuk formulir laporan pencitraan (imaging report) yang paling umum adalah laporan x-ray (Gambar 13). Beberapa rumah sakit menggabungkan permintaan dan laporan layanan radiologis dalam satu formulir. Bagian atas sering berisi permintaan. Bagian ini berisi nama pasien, nomor rumah sakit dan informasi identifikasi lain, bagian atau daerah yang akan diperiksa (didokumentasikan oleh dokter), dan tanda tangan dokter yang merawat. Bagian bawah biasanya menyediakan tempat untuk interpretasi dan tanda tangan ahli radiologi.

Laporan Elektrokardiografi

Elektrokardiogram (EKG, ECG) adalah grafik perubahan listrik otot jantung sewaktu jantung berdenyut. Laporan EKG mencakup interpretasi ahli kardiologi dengan tandatangannya. Grafik EKG bisa disisipkan di dalam catatan medis atau disimpan di laboratorium EKG yang siap untuk dirujuk sewaktu diperlukan.

Laporan Elektromiografi

Laporan elektromiografi berisi interpretasi neurologis atau orthopedis mengenai elektromyogram (EMG). EMG mengukur aktifitas listrik otot skeletal di unit motoris. Interpretasinya adalah tanggung jawab ahli neurologi atau orthopedi.

| | |
|-------------------------------------|---------------|
| TISSUE REPORT | |
| Clinical Diagnosis: | Date: |
| Pathological Diagnosis: | |
| Macroscopic Examination: | |
| Microscopic Examination: | |
| SIGNATURE OF PATHOLOGIST _____ M.D. | |
| FORM D-1203 | TISSUE REPORT |

Form courtesy of Physicians' Record Company

FIGURE 12. PATHOLOGY - TISSUE REPORT

Laporan Konsultasi

Laporan ini berisi pendapat mengenai keadaan pasien oleh dokter lain yang tidak merawatnya secara langsung. Pendapat ini, yang diminta dokter yang merawat, didasarkan pada review catatan medis, pemeriksaan pasien, dan diskusi dengan dokter yang merawat. Beberapa rumah sakit menggunakan formulir yang menggabungkan permintaan dengan laporan konsultasi. Konsultan mencatat penemuannya, membuat rekomendasi untuk pasien, dan menandatangani (Gambar 14).

Conditions of Participation dari Medicare mensyaratkan agar staf medis memiliki aturan mengenai status konsultan. Konsultan harus memiliki kualifikasi berdasarkan latihan, pengalaman, dan kompetensi dalam memberikan pendapat di bidang spesialisasinya. Prosedur rutin seperti pemeriksaan x-ray, penentuan EKG, pemeriksaan jaringan, serta prosedur proktoskopi dan sitoskopi biasanya tidak dianggap konsultasi. Kategori pasien yang memerlukan konsultasi adalah (1) pasien yang memiliki resiko tinggi, (2) pasien dengan diagnosa tidak jelas, (3) pasien yang dokternya ragu akan pengobatan yang tepat, dan (4) keadaan yang memperlihatkan adanya aktifitas kriminal. Kalau admisi merupakan keadaan darurat, persyaratan ini bisa ditinggalkan. Konsultasi diminta oleh dokter yang merawat.

Data Operasi

Beberapa rumah sakit mengelompokkan semua informasi yang berhubungan dengan prosedur operasi. Kumpulan informasi ini disebut sebagai suatu 'set operasi'. Informasi yang biasanya terdapat di dalam 'set operasi' adalah: persetujuan operasi; laporan-laporan pre-anestesia, anestesia, dan pasca-anestesia; laporan operasi; dan kalau ada, laporan patologi.

Laporan Anestesia

Kalau pasien menjalani prosedur yang memerlukan anestetik selain anestetik lokal, di dalam catatan medis harus ada laporan anestesia (Gambar 15 dan 16). Formulir ini mendokumentasi medikasi (obat-obatan) pre-operasi, jumlah, waktu pemberian, dan efeknya. Formulir ini juga memiliki daftar obat anestetik yang dipakai, jumlah, dan cara pemberian; efek dan lama kerja; suhu tubuh, nadi, pernafasan, dan tekanan darah; jumlah darah yang hilang, jumlah transfusi darah dan cairan, dan catatan keadaan pasien selama prosedur berlangsung.

Setiap pengobatan yang tidak tercatat di tempat lain, tindakan bedah yang bisa mempengaruhi pelaksanaan anestesia, dan komplikasi yang timbul selama pemberian anestetik dicatat pada formulir ini. Praktisi yang memberi anestetik (perawat anestesi atau ahli anestesi) harus mencatat informasi dan menandatangani.

Sehubungan dengan pemberian anestesia, pada catatan medis harus dibuat catatan pre-anestesia dan pasca-anestesia. Catatan preanestesia sering dibuat di dalam formulir catatan kemajuan ('progress notes') dan berisi informasi mengenai anestesia yang dipilih, prosedur medis yang diantisipasi, riwayat obat-obatan pasien, masalah anestesia sebelumnya dan kemungkinan timbulnya masalah anestesia, pemeriksaan fisik, ringkasan data laboratorium, dan obat-obatan preanestesia.

Catatan pasca-anestesia bisa berada pada 'progress notes', laporan 'recovery room', atau laporan anestesia. Laporan ini mencatat keadaan pasien setelah anestesia, dengan jenis dan luas komplikasi, kalau ada. Laporan ini dicatat dan ditandatangani dalam waktu 24 jam setelah pembedahan oleh praktisi yang memberi anestetik.

| CONSULTATION REPORT | | |
|---|---------|-------------------|
| CONSULTING PHYSICIAN REQUESTED (Please Print) | SERVICE | DATE REQUESTED |
| FROM: | | |
| NAME OF REQUESTING PHYSICIAN (Please Print) | SERVICE | |
| BRIEF REASON FOR CONSULTATION (including lab X-ray results) | | |
| | | |
| Signature of requesting M D | | |
| FINDINGS, OPINIONS, & RECOMMENDATIONS | | |
| | | |
| NAME OF CONSULTANT (Please Print) | | SERVICE |
| DATE | TIME | SIGNATURE |
| | | M D |
| CONSULTATION REPORT | | CHART COPY |

FIGURE 14. CONSULTATION REPORT

Dokumentasi adanya paling kurang satu kali kunjungan pasca-anestesia yang menguraikan ada tidaknya komplikasi sehubungan dengan anestesia harus tersedia. Catatan yang dibuat di bangsal atau di unit asuhan pasca-anestesia biasanya tidak dianggap kunjungan. Jumlah kunjungan ditentukan oleh keadaan pasien. Kunjungan harus dilakukan sesegera mungkin setelah operasi, dan setelah sadar penuh. Setiap catatan harus berisi tanggal dan jam. Personil anestesia hendaknya menuliskan catatan pasca anestesia bagi pasien yang mereka beri anestetik. Dokter yang memulangkan pasien boleh membuat dokumentasi yang disyaratkan kalau personil anestesia tidak sempat melakukannya. Sangat dianjurkan agar catatan anestesia dilengkapi segera dan diarsipkan di dalam catatan medis dalam waktu 24 jam setelah lengkap.

Laporan Recovery Room

Pasien di bawa ke 'recovery room' (kamar penyadaran, RR) untuk perawatan langsung pasca-bedah dan pasca-anestesia. Seluruh data yang berhubungan dengan keadaan pasien sewaktu masuk dan keluar RR harus dicatat, di samping keadaan dan pengobatan sewaktu berada disana. Ini memungkinkan adanya catatan yang lengkap sejak pasien meninggalkan kamar operasi sampai kembali di unit perawatan. Sebuah formulir khusus untuk pencatatan RR sering digunakan, yang memungkinkan adanya perbandingan segera berbagai informasi seperti tanda-tanda vital, pengobatan, dan kemajuan. Catatan pasca-anestesia bisa dibuat pada formulir ini. Tergantung pada isi formulir tertentu, ia bisa ditandatangani oleh perawat atau dokter, atau keduanya.

Kalau terdapat unit perawatan pasca-anestesia, catatan medis harus berisi tingkat kesadaran pada waktu masuk dan keluar unit tersebut, tanda-tanda vital, laporan status pemberian infus, perban bedah, tabung makanan, kateter dan drain. Kalau unit tersebut tidak ada, informasi sejenis harus diisikan ke dalam catatan medis.

Laporan Operasi

Catatan medis semua pasien yang menjalani pembedahan harus berisi laporan operasi (Gambar 17). Diagnosa pra-bedah harus tercatat di catatan medis sebelum pembedahan. Diagnosa pra-bedah akan membantu sekali kalau terdapat di dalam laporan operasi, walau pun tidak diwajibkan. Ia memungkinkan perbandingan segera dengan diagnosa pasca-bedah yang harus tertulis di formulir tersebut. Laporan operasi juga berisi uraian penemuan baik normal atau abnormal, organ yang dieksplorasi, prosedur, ligatur, sutura, jumlah 'pack', 'drain' dan 'sponge' yang digunakan, serta nama ahli bedah dan asistennya. Tanggal dan lama operasi, dan keadaan pasien setelah operasi selesai juga dinyatakan. Laporan harus segera ditulis atau didiktekan setelah operasi, ditandatangani ahli bedah, dan diarsipkan di dalam catatan medis sesegera mungkin setelah pembedahan. Kalau pengetikan atau pengarsipan tertunda, catatan kemajuan operasi yang lengkap harus dimasukkan ke dalam catatan medis segera setelah operasi untuk membantu kelanjutan perawatan.

Ringkasan Pulang

Ringkasan pemulangan (discharge summary) atau 'ringkasan klinis' (Gambar 18) merupakan rekapitulasi 'concise' (yang dipadatkan) riwayat pasien selama di rumah sakit. Disini terdapat alasan perawatan; penemuan penting pada pemeriksaan /pengujian; prosedur yang dijalani; pengobatan yang diberikan dan respons pasien terhadapnya; keadaan pada waktu discharge; dan instruksi yang diberikan mengenai obat-obatan, aktifitas fisik, makanan, dan perawatan follow-up.

| OPERATIVE RECORD | | | |
|--------------------------|--------------------|--------------------------------|----------|
| Name of Procedure | | Began: | AM PM |
| Surgeon: | | Assistant Surgeon: | |
| Instrument Nurse: | Circulating Nurse: | Sponge Nurse: | |
| Anesthetic: | Anesthesia: | Began: | AM PM |
| Pre-operative Diagnosis | | Ended: | AM PM |
| Post-operative Diagnosis | | | |
| Tissue Removed: | | To Pathologist: Yes / / No / / | |
| Sponge-Count: | | Gross Findings | |
| Draws: | | | |
| Description of Procedure | | | |
| | | | |
| Signature of Surgeon Dr. | | | |

FORM 08-114 MOORE BUSINESS FORMS, INC. OPERATIVE RECORD

Form courtesy of Moore Business Forms, Inc.

FIGURE 17. OPERATIVE REPORT

| DISCHARGE SUMMARY | | |
|--|---|----------------------------------|
| Family Name _____ | Room No. _____ | Ward No. _____ |
| Attending Physician _____ | Date of Admission _____ | Date of Discharge _____ |
| Provisional Diagnosis _____ | | |
| Principal Diagnosis: _____ | | |
| Additional Diagnosis _____ | | |
| Operative Procedures: _____ | | |
| Brief History and Essential Physical Findings: _____ | | |
| Significant Laboratory, X-ray and Consultation Findings: _____ | | |
| Course in Hospital with Complications, if Any: _____ | | |
| Condition, Treatment, Final Disposition on Discharge and Progress: _____ | | |
| Special Instructions to Patient (Diet, Medications, Follow-up Care, Physical Activity) _____ | | |
| Date _____ | Signed _____ | M. D. |
| <small>FORM D-103 (REV. 3-61)</small> | <small>PATE LUMS COMPANY DENVER, COLORADO PRINTED IN U.S.A.</small> | <small>DISCHARGE SUMMARY</small> |

Form courtesy of Physicians' Record Company

FIGURE 18. DISCHARGE SUMMARY

Uraian keadaan pasien ketika pulang harus dibuat sedemikian rupa untuk memudahkan perbandingan dengan keadaan sebelum dirawat. Istilah meragukan seperti 'membaik' sebaiknya dihindarkan. Kalau pasien diberi instruksi tercetak, maka ini harus tercatat di catatan medis, dan contoh lembaran instruksi tersebut harus ada pada arsip Bagian Informasi Kesehatan. Semua diagnosa relevan yang ada pada waktu pulang, dan semua prosedur operatif harus dicatat dengan istilah yang lazim. Kalau formulir ringkasan pulang dan formulir masuk/keluar memiliki daftar yang diagnosa final dan prosedur, maka harus dipastikan bahwa kedua daftar ini isinya sama.

Catatan kemajuan final bisa menggantikan ringkasan pulang pasien yang dirawat kurang dari 48 jam dengan masalah minor, bayi baru lahir normal, dan melahirkan normal tanpa komplikasi. Juga dibolehkan adanya atau ringkasan transfer untuk pemindahan pasien ke tingkat perawatan yang berbeda atau ke perawatan residensial (jangka panjang) di dalam organisasi rumah sakit tersebut. Ringkasan pulang harus segera ditulis atau didiktekan setelah pasien pulang.

DATA KLINIS PERAWATAN

Jenis data klinis kedua catatan medis adalah data perawatan oleh perawat. Beberapa formulir, misalnya catatan recovery room, berisi data dari perawat dan dokter, namun terdapat formulir yang merupakan tanggung jawab tunggal personil perawatan. Penilaian perawat yang berisi diagnosa keperawatan, atau rencana asuhan perawatan yang berisi rencana tindakan perawatan perlu ada untuk setiap pasien, dokumen membantu asuhan medis. Penilaian perawat bisa dimasukkan ke dalam catatan medis permanen, walau pun rencana asuhan perawatan biasanya tidak.

Catatan Perawat

Catatan perawat (Gambar 19) adalah uraian perawat tentang pengamatan, asuhan dan pengobatan, serta respons pasien. Catatan ini bisa ditulis pada formulir catatan kemajuan terpadu atau pada catatan khusus perawat, yang mirip dengan catatan kemajuan. Dulu catatan ditulis dengan warna tinta yang berbeda berdasarkan shift perawatan, namun sekarang tidak lagi karena susah difotokopi atau dijadikan mikrofilm. Catatan perawat berisi kebutuhan, masalah, kemampuan dan keterbatasan pasien. Intervensi keperawatan dan respons pasien, kalau ada, harus dicatat.

Sedapat mungkin catatan perawat harus objektif seperti menyatakan jumlah cairan dalam milliliter, bukan subjektif seperti istilah 'jelek' atau 'baik'. Data subjektif hendaklah seperti yang diucapkan pasien, seperti keluhan nyeri atau masalah emosi.

Catatan perawat biasanya terdiri dari catatan admisi, catatan lanjutan sesuai keadaan pasien dan aturan rumah sakit, dan catatan pulang. Catatan admisi berisi saat admisi, cara datang (kursi roda, tandu, berjalan), gejala, tanda, dan pengobatan yang diberikan, saat dan jenis 'specimen' dikirim ke laboratorium, dan saat dokter diberitahu. Catatan pulang berisi saat pulang, bagaimana dan dengan siapa ia pergi, instruksi yang diberikan, dan kalau ditransfer ke fasilitas lain, nama fasilitas tersebut. Pasien yang pulang tanpa perintah atau dengan melawan nasihat dokter harus dicatat beserta alasannya. Kalau meninggal, uraikan kapan fungsi-fungsi kehidupan terlihat berhenti, saat dokter diberitahu, dan saat dokter mengumumkan kematian pasien.

Sistem terminal komputer di samping tempat tidur pasien telah meningkatkan kemampuan untuk membuat catatan kemajuan dan data perawatan lainnya. Contoh catatan perawat yang dihasilkan komputer terdapat pada Gambar 20.

GRAPHIC CHART

| Family Name | | First Name | | | | Attending Physician | | | | Room No. | | | | Hosp. No. | | | |
|------------------|--------|------------|------|------|------|---------------------|------|------|------|----------|------|------|------|-----------|------|----|--|
| Date | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Day in Hospital | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Day P.O. or P.P. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEMPERATURE | Hour | A.M. | P.M. | A.M. | P.M. | A.M. | P.M. | A.M. | P.M. | A.M. | P.M. | A.M. | P.M. | A.M. | P.M. | | |
| | | 4 | 8 | 12 | 4 | 8 | 12 | 4 | 8 | 12 | 4 | 8 | 12 | 4 | 8 | 12 | |
| | 106 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 105 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 104 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 103 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 102 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 101 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 100 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 99 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Normal | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 98 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 97 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 96 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PULSE | 150 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 140 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 130 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 120 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 110 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 100 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 90 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 80 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 70 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 60 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 50 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESPIRATION | 40 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 20 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 10 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Blood Pressure | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fluid Intake | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Urine | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Defecation | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Weight | | | | | | | | | | | | | | | | | |

100-0-703 PATIENT REC. RECORD CO. BOSTON, U.S.A. PRINTED IN U.S.A. GRAPHIC CHART

Form courtesy of Physicians' Record Company

FIGURE 21. GRAPHIC CHART

LABORATORY REPORTS

MISCELLANEOUS LABORATORY

DATE RECEIVED _____ SPECIMEN DRAWN BY _____

REQUESTING PHYSICIAN _____ DATE _____

NUMBER _____ TIME _____

Routine

From Date

Reorder

Not Emergency But Reorder By _____ Time _____

Emergency Only Ordered by Physician Report to Be Directly to M.D.

A123456

IF APPOINTMENT NOT MADE PRINT HERE

ORDER ONLY ONE TEST ON THIS SLIP

Specimen _____

Examination Desired _____

REPORT _____

REGISTERED BY _____ DATE REPORTED _____

OUTPATIENT

PATIENT'S CHART

CROSSMATCH RECORD

| PATIENT | | DONOR | | SALINE COMPATIBLE | ALBUMIN COMPATIBLE | COUMEN COMPATIBLE | ANTIBODY SCREEN |
|---------|------|-------|------|-------------------|--------------------|-------------------|-----------------|
| GROUP | TYPE | GROUP | TYPE | | | | |
| | | | | | | | |

STARTED BY _____ STOPPED BY _____

DATE GIVEN _____ TIME STARTED _____ TIME FINISHED _____ CC ADMINISTERED _____

REACTION TO TRANSFUSION YES NO IF YES, USE SEPARATE REPORT FORM

BLOOD BANK PRODUCTS SPECIFY UNIT

| | | |
|-------------------------------------|----------------------|---------------|
| FRESH FROZEN PLASMA | PLATELET CONCENTRATE | FIBRINOGEN |
| SALT POOR ALBUMIN | CRYOPRECIPITATE | |
| PLASMA PROTEIN FRACTION (5% 300 cc) | | |
| BINGAM | | |
| LOT OR UNIT NO | REPORTED BY | DATE REPORTED |

OUTPATIENT

PATIENT'S C

BLOOD TRANS. - BLOOD BANK PROD.

Form courtesy of Physicians' Record Company

FIGURE 23. MEDICAL LABORATORY REPORTS

COMMUNITY HOSPITAL

PATIENT: Doe, Jane
 UNIT NUMBER: 16 19 12
 PHYSICIAN: Wilson, A. J.

ROOM NUMBER: 3W/319-1
 DATE PRINTED: 08/30/88

NORMALS 07/10/88 08/23/88 08/27/88 08/29/88
 R: 0732HR R: 1915HR R: 1710HR C: 2255HR

*****ROUTINE URINALYSIS*****

RT. URINALYSIS

| | | | | | |
|------------------|---------|--------|--------|-----------------------|--------|
| COLOR | | YELLOW | YELLOW | YELLOW | YELLOW |
| APPEARANCE | | CLOUDY | CLEAR | CLEAR | CLEAR |
| SPECIFIC GRAVITY | | 1.015 | 1.020 | 1.010 | 1.020 |
| PH | 5.0-8.0 | 8.0 | 6.0 | 6.0 | 6.0 |
| PROTEIN | 0-10 | TR | NEG | NEG | NEG |
| GLUCOSE URINE | NEG - | NEG | NEG | 2+* | NEG |
| KETONES | NEG - | NEG | NEG | NEG | TR* |
| BILE | NEG - | NEG | NEG | NEG | NEG |
| OCCULT BLOOD | NEG - | TR* | NEG | NEG | NEG |
| NITRITE | NEG - | NEG | NEG | NEG | NEG |
| UROBILINOGEN | .1-1.0 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 |
| WBC/HPF | 0-5 | 75* | 5 | 5 | 2 |
| RBC/HPF | 0-5 | 4 | 1 | 1 | 0 |
| EPITH. CELLS | NEG - | MOD* | FEW* | NEG | FEW* |
| CAST | NEG - | NEG | NEG | NEG | NEG |
| CAST | NEG - | NEG | NEG | NEG | NEG |
| BACTERIA | NEG - | MANY* | MOD* | FEW* | NEG |
| CRYSTALS | NEG - | AMPHO* | NEG | NEG | NEG |
| | | MANY | | | |
| MUCUS | NEG - | FEW* | FEW* | NEG | NEG |
| MED TECH ID | | DT/201 | BR/211 | TRIC FEW BR/211 | KC/214 |

MOD = MODERATE
 AMPHO = MORPHOUS PHOSPHATE
 NEG = NEGATIVE
 TR = TRACE
 TRIC = TRICOMONAS

FINAL LAB RESULTS

Form courtesy of Physicians' Record Company

FIGURE 24. CUMULATIVE LABORATORY RESULTS

Catatan medis harus berisi informasi yang lengkap dan benar mengenai transfusi darah. Formulir transfusi, yang merupakan bagian dari catatan pasien, harus berisi nama dan nomor identifikasi calon penerima, dan nomor identifikasi donor. Golongan darah ABO dan Rh dari pasien dan donor harus tertulis sama pada label di laboratorium darah dan pada formulir transfusi. Petugas transfusi harus memeriksa identifikasi di tempat tidur pasien, dan menuliskan di formulir transfusi bahwa pemeriksaan ini telah dilakukan. Ia juga harus mencatat pada formulir transfusi apakah pada label kompatibilitas darah tertulis nama orang yang melakukan uji darah, dan interpretasi hasil pengujiannya. Setelah ia memeriksa informasi identifikasi ini, formulir transfusi harus ditandatangani untuk memastikan bahwa identifikasi telah benar dan untuk identifikasi orang yang melakukan transfusi. Tanggal dan waktu transfusi, bentuk produk transfusi, nomor identifikasi, dan keadaan pasien di awal transfusi harus tercatat di catatan medis. Setelah transfusi setiap unit darah, perawat mencatat waktu, volume dan jenis komponen yang diberikan, keadaan pasien, dan identitas orang yang menghentikan transfusi dan mengamati pasien.

Asuhan Rehabilitasi Fisik

Asuhan rehabilitasi fisik mendorong perbaikan kemampuan fungsional orang yang memiliki cacat fisik, kognitif (pemahaman), dan/atau sensori-persepsi. Asuhan ini antara lain audiologi, seni kreatif, terapi okupasi, kedokteran rehabilitasi, dan terapi wicara.

Persyaratan dokumentasi catatan medis pada asuhan ini mencakup alasan rujukan, ringkasan keadaan klinis pasien, dan rencana pengobatan dengan menilai kemampuan fungsional dan menentukan tujuan yang terukur. Kemajuan pasien dan hasil pengobatan harus diperiksa paling kurang setiap bulan untuk pasien rawat jalan, dan setiap dua minggu untuk pasien rawat inap.

Satu asuhan rehabilitasi fisik yang umum adalah terapi fisik. Laporan terapi fisik (Gambar 25 dan 26) menguraikan pemeriksaan dan pengobatan yang mencakup penggunaan latihan olahraga, panas, dingin, air, arus listrik, ultrasound, dan cara-cara fisik lain untuk mengembalikan pasien kepada aktifitas yang berguna. Pemeriksaan dan pengobatan diperintahkan oleh dokter pada lembar perintah dokter, atau pada lembar permintaan yang dikirim ke bagian terapi fisik oleh layanan keperawatan. Terapis yang menyediakan asuhan mencatat terapi yang diberikan dan respons pasien, memberi tanggal dan menandatangani.

Laporan awal berisi data objektif: tingkah laku; evaluasi sendi; otot/gerakan; pernafasan; fungsional; serta sikap tubuh, kulit, refleks, prosthetics, orthotics, sensasi, dan edema tergantung keperluan. Tujuan dan prosedur yang dianjurkan untuk mencapai tujuan ini harus dicatat.

Catatan kemajuan dinyatakan secara objektif untuk memungkinkan perbandingan terhadap penemuan awal dan menunjukkan kemajuan ke arah tujuan. Pemeriksaan ulang dan penyesuaian yang berkesinambungan akan program pengobatan ini harus dilakukan sambil berkonsultasi dengan dokter, dan harus dicatat. Pendidikan terhadap pasien dan/atau keluarganya harus didokumentasikan juga. Catatan atau ringkasan discharge dibuat ketika asuhan ini dihentikan, untuk menjelaskan pengobatan yang telah diberikan dan respons pasien.

| PHYSICAL THERAPY EVALUATION | | | Date _____ |
|--|----------------------|--|--|
| PATIENT NAME _____ | Patient Number _____ | Age _____ | Initial _____ |
| DIAGNOSIS: _____ | | | Interim _____ |
| TO _____ | | | Final _____ |
| | | | Physical Therapy Plan of Treatment has been reviewed with <input type="checkbox"/> patient <input type="checkbox"/> family <input type="checkbox"/> other agency personnel involved with patient's care |
| GOALS | | | |
| Short Term | | Long Term | |
| 1 | | 1 | |
| 2 | | 2 | |
| 3 | | 3 | |
| PHYSICAL THERAPY PLAN OF TREATMENT: | | The PT Plan of Treatment is recommended pending physician's approval | |
| 1 | | | |
| 2 | | The PT Plan of Treatment is amended and/or approved by: _____ R P T | |
| 3 | | | |
| 4 | | Physician _____ Date _____ | |
| 5 | | | |
| KEY: I: Independent A: Needs Assist S: Needs Supervision for Safety U: Unable NA: Not Applicable Comments: If applicable remark on frequency, speed, assistive devices | | | |
| FUNCTIONAL ASSESSMENT | | | |
| BED ACTIVITIES: | | | |
| 1. Rolls, turns in bed | | | |
| 2. Moves sideways in bed | | | |
| 3. Comes to sitting position | | | |
| 4. Sitting balance | | | |
| TRANSFERS: | | | |
| 1. Wheelchair to and from bed | | | |
| 2. Toilet | | | |
| 3. Tub | | | |
| 4. Car | | | |
| AMBULATION: | | | |
| 1. Wheelchair mobility | | | |
| 2. Comes to standing position | | | |
| 3. Standing balance | | | |
| 4. Initiates steps | | | |
| 5. Transfers (carpet, outside) | | | |
| 6. Dynamic balance (movement) | | | |
| 7. Stairs | | | |
| 8. Uses elevators | | | |
| ACTIVITIES OF DAILY LIVING: | | | |
| 1. Feeds self | | | |
| 2. Uses toilet | | | |
| 3. Dresses self | | | |
| 4. Bathes self | | | |
| BEHAVIOR (Items below rated + or -) | | | |
| 1. Alert | | | |
| 2. Oriented to time, place, direction | | | |
| 3. Disoriented | | | |
| 4. Cooperative | | | |
| 5. Confused | | | |
| 6. Safety awareness | | | |

FIGURE 25. PHYSICAL THERAPY REPORTS (front)

Laporan Terapi Pernafasan

Laporan terapi pernafasan (Gambar 27) berisi catatan pemeriksaan dan pengobatan pasien dan responsnya. Pemeriksaan mencakup berbagai test fungsi paru seperti spirometri, volume paru, dan analisa darah arteri. Pengobatan yang diberikan bisa berupa pemberian oksigen, gas-gas terapi, aerosol dan udara lembab, pelaksanaan ventilasi mekanis, dan resusitasi darurat.

PLEASE USE BALL POINT PEN AND BEAR DOWN

BE SURE TO IMPRINT PATIENT'S NAME BELOW

| | |
|------------|----------------------|
| DATE _____ | PATIENT'S NAME _____ |
|------------|----------------------|

1. OXYGEN CONCENTRATION (CIRCLE ONE)
 ROOM AIR . AIR DILUTION . 100%

2. LENGTH OF RX (CIRCLE ONE)
 5 MIN . 10 MIN . 15 MIN
 OTHER _____

3. CM H₂O PRESSURE (CIRCLE ONE)
 10 CM . 15 CM . 20 CM.
 OTHER _____

4. MEDICATION (CHECK ONE)

| | |
|-------|---|
| _____ | 3cc N/S |
| _____ | 2.5cc N/S, .5cc BRONKOSOL |
| _____ | 1.5cc N/S, .5cc BRONKOSOL 1cc MUCOMYST |
| _____ | 2.5cc N/S, .3cc ALUPENT |
| _____ | 1.5cc N/S, .3cc ALUPENT 1cc MUCOMYST |
| _____ | 4cc ETHYL ALCOHOL |
| _____ | OTHER (SPECIFY) _____ |

(I PPB-HAND HELD . INCENTIVE SPIROMETRY)

5. FREQUENCY (CIRCLE ONE)
 OD. . BID. . TID. . QID. . _____ QHR.

6. COUGH, DEEP BREATHE Pt. X 3

7. D/C Rx. IF PULSE > 120, UNLESS SPECIFIED _____

8. CHARTS WILL BE FLAGGED AFTER 3 DAYS. IF NOT REORDERED, Rx. D/C'D.

THERAPEUTIC OBJECTIVES OF RESPIRATORY THERAPY

DATE _____

PATIENT _____ ROOM _____

DIAGNOSIS: _____

- () IMPROVE DISTRIBUTION OF VENTILATION
- () DELIVERY OF AEROSOL MEDICATION
- () PREVENT OR TREAT ATELECTASIS
- () IMPROVE ARTERIAL OXYGENATION
- () IMPROVE OR PROMOTE COUGH
- () MOBILIZE SECRETIONS
- () OTHER: _____

PHYSICIAN _____ DATE _____

OTHER RESPIRATORY ORDERS _____

FORM NO1

Form courtesy of Moore Business Forms, Inc.

FIGURE 27. RESPIRATORY THERAPY REPORT

Catatan Asuhan Sosial

Laporan asuhan sosial dibuat oleh pekerja sosial. Ia mengetahui dan memiliki akses informasi yang banyak mengenai pasien, dan bisa berupa data pribadi sensitif yang tidak dimasukkan ke dalam laporan layanan sosial catatan medis. Catatan ini hendaknya berisi latar belakang, informasi sosial, dan masalah-masalah yang diidentifikasi pasien, keluarga, dan pekerja sosial. Rencana kerja, laporan kemajuan, dan catatan pengeluaran hendaknya dicatat di dalam catatan medis.

CATATAN BAGIAN KHUSUS DI RUMAH SAKIT

Unit-unit asuhan khusus di rumah sakit memberikan asuhan khusus pada pasien tertentu seperti unit perawatan koroner (ICCU – intensive coronary care unit), perawatan intensif (ICU – intensive care unit), dialisis ginjal, psikiatri, atau rehabilitasi. Sedapat mungkin formulir catatan medis yang biasa tetap dipakai, tapi kadang-kadang formulir khusus dibuat untuk dokumentasi data yang perlu. Formulir khusus sering dipakai untuk pasien spesifik seperti obstetri dan bayi baru lahir.

Data Obstetri (Kebidanan)

Catatan obstetri yang lengkap berisi formulir catatan antepartum, catatan labor (persalinan) dan delivery (kelahiran), serta catatan postpartum.

Catatan Antepartum

Data antepartum (Gambar 28-30) dimulai dari ruang praktek ahli kebidanan atau klinik kebidanan, sejak awal kehamilan. Catatan tersebut berisi data berikut:

1. *Riwayat kesehatan* - riwayat menstruasi; kehamilan sebelumnya, jumlah hamil cukup bulan, prematur, dan abortus; jumlah anak hidup; jarak pada kehamilan terdahulu, lama kehamilan, route kelahiran, jenis kelamin dan berat lahir anak; semua komplikasi, kesensitifan obat, transfusi, golongan dan jenis Rh, diabetes dan penyakit metabolik lainnya, penyakit pembuluh darah, penyakit hubungan seksual, riwayat kejang, kelainan ginekologis, dan cedera serius. Pemberian globulin imun Rh sebelumnya harus dicatat secara spesifik.
2. *Riwayat keluarga* - kelainan metabolisme, penyakit kardiovaskuler, keganasan, kelainan kongenital, retardasi mental, dan kelahiran ganda pada keluarga dekat.
3. *Riwayat sosial* - pekerjaan dan lingkungan kerja, etnis, pendidikan dan agama.
4. *Pemeriksaan fisik* - leher, mammae, jantung, paru-paru, perut, panggul, ukuran rahim, susunan dan kapasitas tulang panggul, rektum, dan anggota tubuh.
5. *Pemeriksaan laboratorium selama kehamilan* - hemoglobin atau hematokrit, urinalisis, golongan dan Rh darah, pelacakan antibodi irreguler, titer antibodi rubella, sitologis servix (Pap test), dan pelacakan terhadap sifilis.
6. *Pemeriksaan resiko* - daftar masalah dan rekomendasi penanganannya, dengan perhatian khusus pada faktor resiko tinggi seperti seksio sesar, operasi pada uterus atau servix, diabetes, hipertensi, indikasi medis penghentian kehamilan, persalinan prematur, riwayat partus lama (kemungkinan 'dystocia'), kehamilan ganda, dua kali abortus atau lebih, penggunaan obat terlarang, alkohol, dan tembakau, dan kelainan kongenital.

Salinan ringkasan informasi prenatal sebaiknya telah ada di daerah persalinan sejak kehamilan 36 minggu, dan diusahakan supaya data ini bisa diperoleh dengan mudah seandainya pasien perlu dirawat sejak usia kehamilan yang lebih muda.

Catatan Persalinan dan Kelahiran

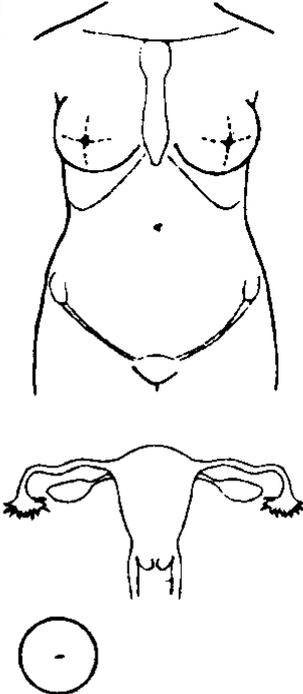
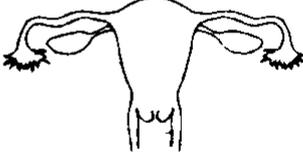
Catatan atau Ringkasan ini adalah formulir-formulir khusus untuk kemajuan pasien sejak admisi, persalinan dan melahirkan, sampai dengan nifas (Gambar 31 dan 32). Catatan antepartum harus segera direview sejak admisi, dan dicatat jumlah persalinan, perkiraan tanggal kelahiran, golongan dan Rh darah, test serologis sifilis, titer rubella, dan data laboratorium penting lainnya. Evaluasi dilakukan oleh dokter. Kalau asuhan antenatal tidak ada, evaluasi harus mencakup riwayat lengkap; sedangkan kalau ada, maka yang diperlukan adalah perbaharuan riwayat.

|  <p>HOLLISTER maternal/newborn RECORD SYSTEM</p> | | <p>PATIENT IDENTIFICATION</p> <p>Patient name: _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------|---|----------|-----------------|------------------|---|------------------|---|---|--|-------------------|--|--|--|----------------|---------------------|--------------------------|------------------------------------|-------------------------|------------------------------|---------------------|-------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------------------|-------------------|------------------------------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|--------------------------|------------------------------|----|-------------|----------------------|-----------------|--------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------|------------------------------|----------------------------------|--|----------------|--|--|---------------------|---|--|---------------------------|--|--|-----------------------------|--|---|-------------------------|--|--|--------------------------------|--|--|---|--|--------------------------|---------------------|-----------------|--|-------------------|--|--|--------------------|--|--|------------------------|--|--|-------------------------|--|--|-----------------------|--|--|---------------------------|--|--|---------------------|--|--|--|--|
| | | <p>Health History Summary Date _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Age _____ Race _____ Religion _____ | | Marital status _____ Years married _____ Education _____ Occupation _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Home address _____ | | Home tel _____ Work tel _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nearest relative _____ | | Relative's employer _____ Work tel _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Referring physician _____ | | Attending physician _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Medical History</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 20%;">1 Congenital anomalies</th> <th style="width: 5%;">Patient</th> <th style="width: 5%;">Family</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>2 Genetic diseases</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>3 Multiple births</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>4 Diabetes mellitus</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>5 Malignancies</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>6 Hypertension</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>7 Heart disease</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>8 Rheumatic fever</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>9 Pulmonary disease</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>10 GI problems</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>11 Renal disease</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>12 Other urinary tract problems</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>13 Genitourinary anomalies</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>14 Abnormal uterine bleeding</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>15 Infertility</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>16 Venereal disease</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>17 Phlebitis/varicosities</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>18 Nervous/mental disorders</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>19 Convulsive disorders</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>20 Metabol/endocrine disorders</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>21 Anemia/hemoglobinopathy</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>22 Blood dyscrasias</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>23 Drug addiction</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>24 Smoking/alcohol</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>25 Infectious diseases</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>26 Operations/accidents</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>27 Blood transfusions</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>28 Other hospitalizations</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>29 No known disease</td><td> </td><td> </td></tr> </table> | | 1 Congenital anomalies | Patient | Family | | | | 2 Genetic diseases | | | 3 Multiple births | | | 4 Diabetes mellitus | | | 5 Malignancies | | | 6 Hypertension | | | 7 Heart disease | | | 8 Rheumatic fever | | | 9 Pulmonary disease | | | 10 GI problems | | | 11 Renal disease | | | 12 Other urinary tract problems | | | 13 Genitourinary anomalies | | | 14 Abnormal uterine bleeding | | | 15 Infertility | | | 16 Venereal disease | | | 17 Phlebitis/varicosities | | | 18 Nervous/mental disorders | | | 19 Convulsive disorders | | | 20 Metabol/endocrine disorders | | | 21 Anemia/hemoglobinopathy | | | 22 Blood dyscrasias | | | 23 Drug addiction | | | 24 Smoking/alcohol | | | 25 Infectious diseases | | | 26 Operations/accidents | | | 27 Blood transfusions | | | 28 Other hospitalizations | | | 29 No known disease | | | <p>Check and detail positive findings including date and place of treatment. Precede findings by reference number.</p> | |
| 1 Congenital anomalies | Patient | Family | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 Genetic diseases | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 Multiple births | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 Diabetes mellitus | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 Malignancies | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 Hypertension | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 Heart disease | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 Rheumatic fever | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 Pulmonary disease | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 GI problems | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 Renal disease | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 Other urinary tract problems | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 Genitourinary anomalies | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 Abnormal uterine bleeding | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 Infertility | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 Venereal disease | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 Phlebitis/varicosities | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 Nervous/mental disorders | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 Convulsive disorders | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 Metabol/endocrine disorders | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 Anemia/hemoglobinopathy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 Blood dyscrasias | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 Drug addiction | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 Smoking/alcohol | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 Infectious diseases | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26 Operations/accidents | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27 Blood transfusions | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28 Other hospitalizations | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 29 No known disease | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Menstrual History</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Onset</th> <th>Cycle</th> <th>Length</th> <th>Amount</th> <th>LMP</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> | | Onset | Cycle | Length | Amount | LMP | | | | | | <p>Sensitivities (detail positive findings)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>30 None known</td></tr> <tr><td>31 Antibiotics</td></tr> <tr><td>32 Analgesics</td></tr> <tr><td>33 Sedatives</td></tr> <tr><td>34 Anesthesia</td></tr> <tr><td>35 Other</td></tr> </table> | | 30 None known | 31 Antibiotics | 32 Analgesics | 33 Sedatives | 34 Anesthesia | 35 Other | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Onset | Cycle | Length | Amount | LMP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 None known | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 31 Antibiotics | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 32 Analgesics | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 33 Sedatives | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 34 Anesthesia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35 Other | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Pregnancy History</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Grav</th> <th>Term</th> <th>Pret</th> <th>Abort</th> <th>Live</th> <th>EOP</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> | | Grav | Term | Pret | Abort | Live | EOP | | | | | | | <p>Preexisting Risk Guide</p> <p>Indicates pregnancy/outcome at risk</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>36 Age - 15 or - 35</td></tr> <tr><td>37 - 8th grade education</td></tr> <tr><td>38 Cardiac disease (class I or II)</td></tr> <tr><td>39 Tuberculosis, active</td></tr> <tr><td>40 Chronic pulmonary disease</td></tr> <tr><td>41 Thrombophlebitis</td></tr> <tr><td>42 Endocrinopathy</td></tr> <tr><td>43 Epilepsy (on medication)</td></tr> <tr><td>44 Infertility (treated)</td></tr> <tr><td>45 2 abortions (spontaneous/induced)</td></tr> <tr><td>46 - 7 deliveries</td></tr> <tr><td>47 Previous preterm or SGA infants</td></tr> <tr><td>48 Infants - 4 000 gms</td></tr> <tr><td>49 Isoimmunization (ABO, etc.)</td></tr> <tr><td>50 Hemorrhage during previous preg</td></tr> <tr><td>51 Previous preeclampsia</td></tr> <tr><td>52 Surgically scarred uterus</td></tr> <tr><td>53</td></tr> </table> <p>Indicates pregnancy/outcome at high risk</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>54 Age - 40</td></tr> <tr><td>55 Diabetes mellitus</td></tr> <tr><td>56 Hypertension</td></tr> <tr><td>57 Cardiac disease (class III or IV)</td></tr> <tr><td>58 Chronic renal disease</td></tr> <tr><td>59 Congenital/chromosomal anomalies</td></tr> <tr><td>60 Hemoglobinopathies</td></tr> <tr><td>61 Isoimmunization (Rh)</td></tr> <tr><td>62 Drug addiction/alcoholism</td></tr> <tr><td>63 Habitual abortions</td></tr> <tr><td>64 Incompetent cervix</td></tr> <tr><td>65 Prior fetal or neonatal death</td></tr> <tr><td>66 Prior neurologically damaged infant</td></tr> <tr><td>67</td></tr> </table> | | 36 Age - 15 or - 35 | 37 - 8th grade education | 38 Cardiac disease (class I or II) | 39 Tuberculosis, active | 40 Chronic pulmonary disease | 41 Thrombophlebitis | 42 Endocrinopathy | 43 Epilepsy (on medication) | 44 Infertility (treated) | 45 2 abortions (spontaneous/induced) | 46 - 7 deliveries | 47 Previous preterm or SGA infants | 48 Infants - 4 000 gms | 49 Isoimmunization (ABO, etc.) | 50 Hemorrhage during previous preg | 51 Previous preeclampsia | 52 Surgically scarred uterus | 53 | 54 Age - 40 | 55 Diabetes mellitus | 56 Hypertension | 57 Cardiac disease (class III or IV) | 58 Chronic renal disease | 59 Congenital/chromosomal anomalies | 60 Hemoglobinopathies | 61 Isoimmunization (Rh) | 62 Drug addiction/alcoholism | 63 Habitual abortions | 64 Incompetent cervix | 65 Prior fetal or neonatal death | 66 Prior neurologically damaged infant | 67 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Grav | Term | Pret | Abort | Live | EOP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 36 Age - 15 or - 35 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 37 - 8th grade education | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 38 Cardiac disease (class I or II) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 39 Tuberculosis, active | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 40 Chronic pulmonary disease | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 41 Thrombophlebitis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 42 Endocrinopathy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 43 Epilepsy (on medication) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 44 Infertility (treated) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 45 2 abortions (spontaneous/induced) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 46 - 7 deliveries | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 47 Previous preterm or SGA infants | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 48 Infants - 4 000 gms | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 49 Isoimmunization (ABO, etc.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 50 Hemorrhage during previous preg | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 51 Previous preeclampsia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 52 Surgically scarred uterus | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 53 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 54 Age - 40 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 55 Diabetes mellitus | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 56 Hypertension | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 57 Cardiac disease (class III or IV) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 58 Chronic renal disease | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 59 Congenital/chromosomal anomalies | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 60 Hemoglobinopathies | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 61 Isoimmunization (Rh) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 62 Drug addiction/alcoholism | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 63 Habitual abortions | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 64 Incompetent cervix | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 65 Prior fetal or neonatal death | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 66 Prior neurologically damaged infant | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 67 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Month/year</th> <th>K (lb)</th> <th>Weight at birth</th> <th>Wks gest</th> <th>Hrs in labor</th> <th>Type of delivery</th> <th>Details of delivery. Include anesthesia and maternal or newborn complications. Use Risk Guide numbers where applicable.</th> </tr> <tr><td>1</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>2</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>3</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>4</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>5</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>6</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>7</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>8</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> | | Month/year | K (lb) | Weight at birth | Wks gest | Hrs in labor | Type of delivery | Details of delivery. Include anesthesia and maternal or newborn complications. Use Risk Guide numbers where applicable. | 1 | | | | | | | 2 | | | | | | | 3 | | | | | | | 4 | | | | | | | 5 | | | | | | | 6 | | | | | | | 7 | | | | | | | 8 | | | | | | | <p>Initial Risk Assessment</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>68 No risk factors noted</td></tr> <tr><td>69 At risk</td></tr> <tr><td>70 At high risk</td></tr> </table> <p>Signature _____</p> | | 68 No risk factors noted | 69 At risk | 70 At high risk | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Month/year | K (lb) | Weight at birth | Wks gest | Hrs in labor | Type of delivery | Details of delivery. Include anesthesia and maternal or newborn complications. Use Risk Guide numbers where applicable. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 68 No risk factors noted | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 69 At risk | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 70 At high risk | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

This record is copyrighted by Miller Communications, Inc., and may not be reproduced without permission of Hollister Incorporated, the exclusive licensee under said copyright.

FIGURE 28. ANTEPARTUM RECORD

Riwayat yang di-update harus berisi saat mulai kontraksi rahim, keutuhan selaput amnion, adanya perdarahan yang nyata, makanan terakhir dan jenisnya, obat yang digunakan, alergi yang diketahui, penggunaan lensa kontak dan kaca mata, dan gigi palsu. Perlu juga dicatat kehadiran di dalam kelas latihan melahirkan, penggunaan dan pemilihan obat anti nyeri dan anestetik, dan rencana untuk menyusukan bayi.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------|---|------------------|---|--------------|-------------------|---------------|-----------------------|------------------|----------------------|--|---------------------|--|-------------------------|--|--------------------|--|---------------------|--|--------------------------|--|-------------------|--|------------------------|--|-----------|--|--|--|------------|--|-----------------|--|--|--|
|  <p>HOLLISTER maternal/neonatal RECORD SYSTEM</p> | | <p>PATIENT IDENTIFICATION</p> <p>Patient's name: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Initial Pregnancy Profile</p> <p>Date: _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>History Since LMP</p> <p>Check and detail all positive findings below. Precede findings with symptom number.</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1. Headaches</td><td></td></tr> <tr><td>2. Nausea/vomiting</td><td></td></tr> <tr><td>3. Abdominal pain</td><td></td></tr> <tr><td>4. Urinary complaints</td><td></td></tr> <tr><td>5. Vaginal discharge</td><td></td></tr> <tr><td>6. Vaginal bleeding</td><td></td></tr> <tr><td>7. Edema (specify area)</td><td></td></tr> <tr><td>8. Febrile episode</td><td></td></tr> <tr><td>9. Rubella exposure</td><td></td></tr> <tr><td>10. Other viral exposure</td><td></td></tr> <tr><td>11. Drug exposure</td><td></td></tr> <tr><td>12. Radiation exposure</td><td></td></tr> <tr><td>13. Other</td><td></td></tr> <tr><td>14. Last contraceptive <input type="checkbox"/> None</td><td></td></tr> <tr><td>Type _____</td><td></td></tr> <tr><td>Last used _____</td><td></td></tr> </table> | | 1. Headaches | | 2. Nausea/vomiting | | 3. Abdominal pain | | 4. Urinary complaints | | 5. Vaginal discharge | | 6. Vaginal bleeding | | 7. Edema (specify area) | | 8. Febrile episode | | 9. Rubella exposure | | 10. Other viral exposure | | 11. Drug exposure | | 12. Radiation exposure | | 13. Other | | 14. Last contraceptive <input type="checkbox"/> None | | Type _____ | | Last used _____ | | <p>15. Nutritional Assessment</p> <p><input type="checkbox"/> Adequate <input type="checkbox"/> Inadequate</p> <p>Remarks: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>16. Medications Since LMP</p> <p>(Rx, non-Rx, vitamins) <input type="checkbox"/> None</p> <p>Describe: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | |
| 1. Headaches | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Nausea/vomiting | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Abdominal pain | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Urinary complaints | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Vaginal discharge | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Vaginal bleeding | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Edema (specify area) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Febrile episode | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Rubella exposure | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Other viral exposure | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. Drug exposure | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. Radiation exposure | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. Other | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. Last contraceptive <input type="checkbox"/> None | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Type _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Last used _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Initial Physical Examination</p> | | Height | Weight | Pregavid weight | B.P. | Pulse | OPTIONAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>SYSTEM</p> | | Normal | Abn | Check and detail all positive findings below. Use reference numbers. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17. Skin | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18. EENT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19. Mouth | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20. Neck | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21. Chest | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22. Breast | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23. Heart | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24. Lungs | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25. Abdomen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26. Musculoskeletal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27. Extremities | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28. Neurologic | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pelvic Examination | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 29. Ext. genitalia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30. Vagina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 31. Cervix | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 32. Uterus (describe) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 33. Adnexa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 34. Rectum | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35. Other | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">Bony</td> <td style="width:25%;">36 Osg cony</td> <td style="width:25%;">37 Shape sacrum</td> <td style="width:25%;">38 S 5 notch</td> </tr> <tr> <td>Pelvis</td> <td>40 Pubic arch</td> <td>41 Trans outlet</td> <td>42 Post sag diam</td> </tr> </table> | | Bony | 36 Osg cony | 37 Shape sacrum | 38 S 5 notch | Pelvis | 40 Pubic arch | 41 Trans outlet | 42 Post sag diam | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bony | 36 Osg cony | 37 Shape sacrum | 38 S 5 notch | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pelvis | 40 Pubic arch | 41 Trans outlet | 42 Post sag diam | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 44. Classification: <input type="checkbox"/> Gynecoid <input type="checkbox"/> Android <input type="checkbox"/> Anthropoid <input type="checkbox"/> Platypelloid | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 45. Estimation: <input type="checkbox"/> Adequate <input type="checkbox"/> Borderline <input type="checkbox"/> Contracted | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

This record is copyrighted by Miller Communications, Inc., and may not be reproduced without permission of Hollister Incorporated, the exclusive licensee under said copyright.

FIGURE 29. ANTEPARTUM RECORD

Pemeriksaan fisik admisi tergantung keadaan pasien. Pemeriksaan mencakup tanda vital, kontraksi rahim (frekuensi, lama, dan kekuatan), keluarnya cairan amnion atau perdarahan yang tidak biasa, tingkat penipisan dan pelebaran servix, posisi janin, presentasi janin dan tingginya, dan denyut jantung janin. Kalau tidak ada komplikasi, personil perawat bidan bisa melakukan pemeriksaan pelvis pendahuluan.

Data kelahiran yang dicatat adalah jenis kelahiran, jenis forseps kalau digunakan, uraian mengenai plasenta dan tali pusat, episiotomi (pengguntingan vagina), laserasi (lecet), anestesia atau obat lain, dan catatan kronologis persalinan dan kelahiran. Data mengenai bayi juga dicatat seperti nilai Apgar (penilaian bayi pada satu dan lima menit setelah lahir), jenis kelamin, berat badan, panjang badan, awal pernafasan, kelainan, dan pengobatan pada matanya.

Monitoring denyut jantung janin bisa dilakukan sebelum dan selama persalinan. Grafik yang muncul menjadi bagian catatan medis dan harus berisi nama pasien, nomor rumah sakit, dan tanggal dan waktu admission dan kelahiran. Data yang berhubungan, misalnya pemeriksaan, perubahan posisi pasien, pemberian obat-obatan, harus dicatat pada grafik ini bersama waktunya.

Catatan Postpartum

Catatan postpartum (catatan kemajuan postpartum) berisi informasi mengenai keadaan ibu setelah melahirkan, yang biasanya dimulai segera setelah pasien dipindahkan dari kamar persalinan. Untuk ini dapat digunakan formulir catatan kemajuan, catatan perawat, atau catatan khusus postpartum. Informasi yang diisikan antara lain lochia (cairan vagina), keadaan mammae, fundus (puncak rahim), perineum, obat-obatan, tindakan, cairan keluar dan masuk, dan informasi lain yang berhubungan dengan kemajuan pasien. Pengamatan dan pencatatan dilakukan oleh personil perawatan sesuai kebutuhan. Setiap data diberi tanggal dan waktu.

Data Bayi Baru Lahir

Catatan medis bayi baru lahir yang sehat berisi beberapa formulir rutin seperti 'admission and discharge', dan formulir khusus seperti riwayat kelahiran, formulir identifikasi, pemeriksaan fisik, dan catatan perawatan. Keadaan bayi prematur atau dengan kelainan memerlukan pengamatan detil dan formulir khusus.

Riwayat Kelahiran

Riwayat kelahiran bayi bisa berupa satu atau beberapa formulir yang juga digunakan pada catatan medis ibu seperti pada Gambar 32 dan 33, atau pada formulir terpisah. Informasi ibu yang perlu dicatat adalah riwayat obstetri dahulu, riwayat kesehatan, penyakit selama kehamilan, golongan darah dan jenis Rh, hasil dan tanggal test sifilis, gonorrhoea, herpes, obat yang digunakan selama hamil, persalinan dan kelahiran, lama pecahnya selaput amnion dan lama persalinan, termasuk lama stadium kedua (saat pembukaan servix lengkap sampai anak lahir); cara kelahiran dan indikasinya, kelainan plasenta, dan perkiraan jumlah serta bentuk cairan amnion. Data bayi baru lahir antara lain hasil penentuan kematangan dan kesehatan bayi, nilai Apgar pada satu dan lima menit, uraian resusitasi, uraian kelainan, dan masalah yang timbul sejak lahir sampai dipindahkan ke area admisi/observasi perawatan bayi.

Informasi di atas bisa dikumpulkan oleh perawat dan dokter, masing-masing dengan tanda tangannya.

Identifikasi Bayi Baru Lahir

Di saat bayi masih berada di ruangan kelahiran, dua band identik yang berisi nomor admisi ibu, jenis kelamin bayi, dan tanggal dan waktu kelahiran dipasang pada pergelangan tangan atau kaki. Sebuah formulir identifikasi yang berisi informasi mengenai ibu, bayi dan nomor band identifikasi dipersiapkan.

| | | | | | | | | | | |
|--|-------------|---------------------|-------------|-------------|-------------------|---|----------------------------------|------------------|-------------|-------------|
|  HOLLISTER maternal/newborn RECORD SYSTEM | | | | | | | | | | |
| <h2 style="margin: 0;">Labor Progress Chart</h2> | | | | | | | | | | |
| G | T | PI | A | L | EDC | | | | | |
| Admit date / / | | Admit time AM PM | | Age | Blood type and Rh | Membranes are <input type="checkbox"/> Intact <input type="checkbox"/> Ruptured | <input type="checkbox"/> Bulging | Baby's physician | | Page of |
| TIME → | AM PM | AM PM | AM PM | AM PM | AM PM | AM PM | AM PM | AM PM | AM PM | AM PM |
| Mon 3 | 00 15 30 45 | 00 15 30 45 | 00 15 30 45 | 00 15 30 45 | 00 15 30 45 | 00 15 30 45 | 00 15 30 45 | 00 15 30 45 | 00 15 30 45 | 00 15 30 45 |
| -4 | | | | | | | | | | |
| -3 | | | | | | | | | | |
| -2 | | | | | | | | | | |
| -1 | | | | | | | | | | |
| 0 | | | | | | | | | | |
| +1 | | | | | | | | | | |
| +2 | | | | | | | | | | |
| +3 | | | | | | | | | | |
| Effacement % and/or position | | | | | | | | | | |
| Hour of labor | | | | | | | | | | |
| Examined by: | | | | | | | | | | |
| Blood pressure | | | | | | | | | | |
| FHR | | | | | | | | | | |
| Oxytocin | | | | | | | | | | |
| Contractions | Frequency | | | | | | | | | |
| | Duration | | | | | | | | | |
| | Quality | | | | | | | | | |
| T P R | | | | | | | | | | |
| Modifications and Key Events (use space to sign or initial entries) | | | | | | | | | | |

This record is copyrighted by Miller Communications, Inc., and may not be reproduced without permission of Hollister Incorporated, the exclusive licensee under said copyright.

FIGURE 31. LABOR AND DELIVERY RECORD

dan kaki bisa juga dilakukan, di samping teknik penentuan jenis darah. Diperlukan formulir khusus untuk cara ini. Perawat penanggung jawab kamar persalinan menyiapkan dan memasang band, dan bisa juga mempersiapkan lembaran identifikasi. Biasanya dokter dan perawat menandatangani formulir ini.

Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

Keadaan bayi baru lahir diperiksa segera setelah lahir. Pemeriksaan fisik awal (Gambar 33) harus mencakup: tanggal dan waktu lahir; tanggal, waktu dan usia pada waktu pemeriksaan; jenis kelamin; ras; berat dan panjang badan, lingkaran dada dan kepala; suhu; keadaan umum; kulit; kepala, caput (sembab), hematoma (bekuan darah), sutura, fontanela, ukuran dan posisi rahang bawah; wajah, mata; hidung; mulut; farings; leher; toraks; paru-paru; bising jantung; sirkulasi dan nadi perifer; abdomen; genitalia; anus; ekstremitas; tulang punggung; neurologis; dan taksiran kematangan.

Dokter harus memeriksa bayi yang terlihat normal dalam waktu 12 jam setelah lahir. Bayi juga diperiksa paling kurang setiap tiga hari kalau masih di rumah sakit, dan dalam waktu 24 jam menjelang dipulangkan. Hasil pemeriksaan dicatat di dalam grafik bayi dan ditandatangani oleh dokter.

Catatan Kemajuan Bayi Baru Lahir

Catatan kemajuan bayi merujuk ke informasi yang dikumpulkan oleh perawat di tempat perawatan bayi. Informasi ini bisa dituliskan dalam bentuk cerita atau pada 'flow chart', misalnya catatan 'flow' bayi (Gambar 34) yang didesain untuk memudahkan perbandingan data. Sampai tanda vital bayi stabil (biasanya 6-12 jam setelah lahir), harus ada pemeriksaan berulang-kali terhadap: suhu, jantung, pernafasan, warna kulit (sianosis/membiru, jaundice/kuning); cukup tidaknya sirkulasi perifer, jenis pernafasan; kesadaran; dan adanya tanda iritabilitas seperti 'twitching'. Waktu kencing dan pengeluaran kotoran mekonium juga dicatat. Berat badan harus diukur dan dicatat setiap hari.

Data lain yang biasanya dicatat adalah jumlah dan jenis cairan keluar masuk, keadaan tunggul tali pusat, setiap tindakan dan obat yang diberikan, dan hasil observasi penting lainnya.

Pengamatan terhadap bayi baru lahir dibuat dan dicatat setiap delapan jam sampai dipulangkan. Waktu spesifik pengamatan dicatat, dan catatan ditandatangani oleh perawat yang melakukan pengamatan.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|-----------------------------------|--|--|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|---|---------------------------------|------------------------------------|---|--------------------------------|---------------------------------------|---|---|--|---|------------------------------|---|------------------------------|--|------------------------------|
| <h1 style="margin: 0;">Initial Newborn Profile</h1> | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>1. Basic Data (entered by nursing personnel)</p> <p>Mother's name _____ LMP <u>mo./day/yr</u></p> <p>EDC <u>mo./day/yr</u> Delivery date <u>mo./day/yr</u> Time of birth _____ AM/PM</p> <p>Appar at 1 min _____ 5 min _____ Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Ambiguous</p> | | <p style="text-align: center;">G T P A L</p> <p>Newborn Risk Indicators — Please review these along with the prior risk information available to you, in order to arrive at your Initial Risk Estimate in part 3</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>2. Physical Examination</p> <p>Date of exam _____ Time of exam _____ AM/PM Baby's age at exam _____ hrs</p> <p>Temperature _____ Respiration rate _____ Pulse rate _____</p> <p>Femoral pulse <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Absent/weak <input type="checkbox"/> Delayed</p> | | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <p>Observable at birth</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No risk factors noted <input type="checkbox"/> Abnormal presentation <input type="checkbox"/> Multiple birth <input type="checkbox"/> Low birth weight <input type="checkbox"/> Resuscitation at birth <input type="checkbox"/> 1 min Appar <5 <input type="checkbox"/> 5 min Appar <7 <input type="checkbox"/> Placental abnormalities <input type="checkbox"/> Two cord vessels <input type="checkbox"/> Difficult catheterization <input type="checkbox"/> >20ml of gastric aspirate <input type="checkbox"/> Small mandible with cleft palate <input type="checkbox"/> Grunting <input type="checkbox"/> Deep retractions <input type="checkbox"/> Imperforate anus <input type="checkbox"/> Pallor <input type="checkbox"/> Jaundice <input type="checkbox"/> Plethora <input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> Decreased tone <input type="checkbox"/> Congenital malformations </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <p>Within 24 hrs. postpartum</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No risk factors noted <input type="checkbox"/> Abdominal distension <input type="checkbox"/> Vomiting <input type="checkbox"/> Failure to pass meconium (if skin not stained) <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Apneic episodes <input type="checkbox"/> Tachypnea (transient) <input type="checkbox"/> See-saw breathing <input type="checkbox"/> Cyanosis <input type="checkbox"/> Petechiae/Echymoses <input type="checkbox"/> Jaundice <input type="checkbox"/> Pallor <input type="checkbox"/> Plethora <input type="checkbox"/> Fever <input type="checkbox"/> Hypothermia <input type="checkbox"/> Arrhythmias <input type="checkbox"/> Murmur <input type="checkbox"/> Lethargy <input type="checkbox"/> Tremors (jitters) <input type="checkbox"/> Convulsions </td> </tr> </table> | | <p>Observable at birth</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No risk factors noted <input type="checkbox"/> Abnormal presentation <input type="checkbox"/> Multiple birth <input type="checkbox"/> Low birth weight <input type="checkbox"/> Resuscitation at birth <input type="checkbox"/> 1 min Appar <5 <input type="checkbox"/> 5 min Appar <7 <input type="checkbox"/> Placental abnormalities <input type="checkbox"/> Two cord vessels <input type="checkbox"/> Difficult catheterization <input type="checkbox"/> >20ml of gastric aspirate <input type="checkbox"/> Small mandible with cleft palate <input type="checkbox"/> Grunting <input type="checkbox"/> Deep retractions <input type="checkbox"/> Imperforate anus <input type="checkbox"/> Pallor <input type="checkbox"/> Jaundice <input type="checkbox"/> Plethora <input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> Decreased tone <input type="checkbox"/> Congenital malformations | <p>Within 24 hrs. postpartum</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No risk factors noted <input type="checkbox"/> Abdominal distension <input type="checkbox"/> Vomiting <input type="checkbox"/> Failure to pass meconium (if skin not stained) <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Apneic episodes <input type="checkbox"/> Tachypnea (transient) <input type="checkbox"/> See-saw breathing <input type="checkbox"/> Cyanosis <input type="checkbox"/> Petechiae/Echymoses <input type="checkbox"/> Jaundice <input type="checkbox"/> Pallor <input type="checkbox"/> Plethora <input type="checkbox"/> Fever <input type="checkbox"/> Hypothermia <input type="checkbox"/> Arrhythmias <input type="checkbox"/> Murmur <input type="checkbox"/> Lethargy <input type="checkbox"/> Tremors (jitters) <input type="checkbox"/> Convulsions | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Observable at birth</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No risk factors noted <input type="checkbox"/> Abnormal presentation <input type="checkbox"/> Multiple birth <input type="checkbox"/> Low birth weight <input type="checkbox"/> Resuscitation at birth <input type="checkbox"/> 1 min Appar <5 <input type="checkbox"/> 5 min Appar <7 <input type="checkbox"/> Placental abnormalities <input type="checkbox"/> Two cord vessels <input type="checkbox"/> Difficult catheterization <input type="checkbox"/> >20ml of gastric aspirate <input type="checkbox"/> Small mandible with cleft palate <input type="checkbox"/> Grunting <input type="checkbox"/> Deep retractions <input type="checkbox"/> Imperforate anus <input type="checkbox"/> Pallor <input type="checkbox"/> Jaundice <input type="checkbox"/> Plethora <input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> Decreased tone <input type="checkbox"/> Congenital malformations | <p>Within 24 hrs. postpartum</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No risk factors noted <input type="checkbox"/> Abdominal distension <input type="checkbox"/> Vomiting <input type="checkbox"/> Failure to pass meconium (if skin not stained) <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Apneic episodes <input type="checkbox"/> Tachypnea (transient) <input type="checkbox"/> See-saw breathing <input type="checkbox"/> Cyanosis <input type="checkbox"/> Petechiae/Echymoses <input type="checkbox"/> Jaundice <input type="checkbox"/> Pallor <input type="checkbox"/> Plethora <input type="checkbox"/> Fever <input type="checkbox"/> Hypothermia <input type="checkbox"/> Arrhythmias <input type="checkbox"/> Murmur <input type="checkbox"/> Lethargy <input type="checkbox"/> Tremors (jitters) <input type="checkbox"/> Convulsions | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>(Code <input checked="" type="checkbox"/> = No abnormalities <input type="checkbox"/> = Abnormalities present)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">1 <input type="checkbox"/> Reflexes</td> <td style="width: 33%;">6 <input type="checkbox"/> Thorax</td> <td style="width: 33%;">11 <input type="checkbox"/> Genitals</td> </tr> <tr> <td>2 <input type="checkbox"/> Skin color lesions</td> <td>7 <input type="checkbox"/> Lungs</td> <td>12 <input type="checkbox"/> Anus</td> </tr> <tr> <td>3 <input type="checkbox"/> Head/Neck</td> <td>8 <input type="checkbox"/> Heart</td> <td>13 <input type="checkbox"/> Trunk Spine</td> </tr> <tr> <td>4 <input type="checkbox"/> Eyes</td> <td>9 <input type="checkbox"/> Abdomen</td> <td>14 <input type="checkbox"/> Extremities/ Joints</td> </tr> <tr> <td>5 <input type="checkbox"/> ENT</td> <td>10 <input type="checkbox"/> Umbilicus</td> <td>15 <input type="checkbox"/> Tone Appearance</td> </tr> </table> <p>Description of abnormal findings — Please describe your findings objectively. Reserve your impressions or diagnoses for part 3 below. Please begin your findings with the reference number preceding each category.</p> | | 1 <input type="checkbox"/> Reflexes | 6 <input type="checkbox"/> Thorax | 11 <input type="checkbox"/> Genitals | 2 <input type="checkbox"/> Skin color lesions | 7 <input type="checkbox"/> Lungs | 12 <input type="checkbox"/> Anus | 3 <input type="checkbox"/> Head/Neck | 8 <input type="checkbox"/> Heart | 13 <input type="checkbox"/> Trunk Spine | 4 <input type="checkbox"/> Eyes | 9 <input type="checkbox"/> Abdomen | 14 <input type="checkbox"/> Extremities/ Joints | 5 <input type="checkbox"/> ENT | 10 <input type="checkbox"/> Umbilicus | 15 <input type="checkbox"/> Tone Appearance | <p>4. Maturity Evaluation</p> <p>Gest age by dates _____ wks Weight _____ lbs ^{gms} Chest circ _____ cm</p> <p>Gest age by exam _____ wks Length _____ cm Head circ _____ cm</p> <p>This infant is classified as:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pre-term (<37 weeks)</td> <td><input type="checkbox"/> SGA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Term (37-42 weeks)</td> <td><input type="checkbox"/> AGA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Post-term (>42 weeks)</td> <td><input type="checkbox"/> LGA</td> </tr> </table> | | <input type="checkbox"/> Pre-term (<37 weeks) | <input type="checkbox"/> SGA | <input type="checkbox"/> Term (37-42 weeks) | <input type="checkbox"/> AGA | <input type="checkbox"/> Post-term (>42 weeks) | <input type="checkbox"/> LGA |
| 1 <input type="checkbox"/> Reflexes | 6 <input type="checkbox"/> Thorax | 11 <input type="checkbox"/> Genitals | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 <input type="checkbox"/> Skin color lesions | 7 <input type="checkbox"/> Lungs | 12 <input type="checkbox"/> Anus | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 <input type="checkbox"/> Head/Neck | 8 <input type="checkbox"/> Heart | 13 <input type="checkbox"/> Trunk Spine | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 <input type="checkbox"/> Eyes | 9 <input type="checkbox"/> Abdomen | 14 <input type="checkbox"/> Extremities/ Joints | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 <input type="checkbox"/> ENT | 10 <input type="checkbox"/> Umbilicus | 15 <input type="checkbox"/> Tone Appearance | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Pre-term (<37 weeks) | <input type="checkbox"/> SGA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Term (37-42 weeks) | <input type="checkbox"/> AGA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Post-term (>42 weeks) | <input type="checkbox"/> LGA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>3. Impressions and Diagnosis</p> <p>Initial Risk Estimate <input type="checkbox"/> No risk factors noted <input type="checkbox"/> Low risk <input type="checkbox"/> Medium risk <input type="checkbox"/> High risk</p> | | <p>5. Plans: diagnostic and therapeutic</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Signature _____</p> | | <p>Signature _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

This record is copyrighted by Miller Communications, Inc., and may not be reproduced without permission of Hollister Incorporated, the exclusive licensee under said copyright.

FIGURE 33. NEWBORN PHYSICAL EXAMINATION



HOLLISTER
maternal/newborn
RECORD SYSTEM

Nursery Flow Record

Date _____
Page _____

| | |
|--|---|
| Birthdate: ____/____/____ Time: ____:____ AM/PM Sex: _____ ID Band no: _____ Delivered by: _____ Admitted by: ____/____/____ Time: ____:____ AM/PM Aqueous eye instil M: ____/____/____ Time: ____:____ AM/PM Inserted by: _____ Blood type and Rh: ____/____ Serology: ____/____ Coombs (Direct/Indirect): ____/____ PKU: ____/____ Thyroid (T4/TSH): ____/____ | Infant's physician: _____ Ter. no: _____ Mother's name: _____ Chart no: _____ Room no: _____ Blood Type and Rh: <input type="checkbox"/> _____ Antibody screen: <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pos Serology: <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pos Physician's Initial Risk Estimate: <input type="checkbox"/> No risk factors noted <input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Medium <input type="checkbox"/> High |
| Date: _____ Time Shift: _____ Baby's age: _____ Incubator Warmer temp: _____ Baby's temperature: _____ Rate of respiration: _____ Quality of respiration: _____ Apical pulse: _____ Muscle tone: _____ Skin tone: _____ Umbilical stump: _____ Baby's weight: _____ Urine: _____ Stool: _____ Gastric (ml): _____ Entries by: _____ | |
| Initials: _____ Signature: _____ Initials: _____ Signature: _____ | Initials: _____ Signature: _____ Initials: _____ Signature: _____ Initials: _____ Signature: _____ Initials: _____ Signature: _____ |

This record is copyrighted by Miller Communications, Inc., and may not be reproduced without permission of Hollister Incorporated, the exclusive licensee under said copyright.

FIGURE 34. NEWBORN PROGRESS NOTES

JENIS-JENIS FORMAT

Format catatan medis adalah pengorganisasian formulir dan/atau isinya di dalam catatan medis. Terdapat tiga jenis format catatan medis, yaitu berorientasi sumber (source-oriented medical record), berorientasi masalah (problem-oriented medical record), dan terpadu (integrated medical record).

CATATAN MEDIS BERORIENTASI SUMBER

Secara tradisional, catatan medis rumah sakit disusun dalam seksi-seksi yang sesuai dengan bagian-bagian yang mengasuh pasien yang menyediakan asuhan dan data; jadi berorientasi pada sumber data. Di dalam setiap seksi, formulir disusun menurut tanggal. Biasanya catatan disusun dalam urutan kronologis 'terbalik' pada pos perawat, sehingga informasi terbaru berada di bagian depan, dan informasi yang paling lama berada di bagian belakang setiap seksi. Sewaktu pasien dipulangkan, catatan ini sering disusun kembali dalam bentuk kronologis yang sesungguhnya mulai dari saat admisi sampai dengan discharge.

Keunggulan utama format yang berorientasi pada sumber ini adalah karena ia menyusun laporan dari setiap sumber tempat yang sama, sehingga memudahkan untuk menentukan apa penilaian, pengobatan, dan pengamatan yang telah diberikan oleh suatu bagian. Pengkritik catatan medis berorientasi sumber menyatakan bahwa cara ini tidak memungkinkan untuk dengan cepat menentukan seluruh masalah pasien dan tindakan yang diberikan kepadanya untuk satu waktu tertentu, karena data dari berbagai bagian disusun menurut seksi, bukan menurut masalah pasien atau terintegrasi dalam suatu urutan waktu.

CATATAN MEDIS BERORIENTASI MASALAH

Catatan medis berorientasi masalah, umumnya disebut POMR (problem-oriented medical record) diperkenalkan oleh Lawrence L. Weed, M.D. di tahun 60-an. POMR menyediakan metode dokumentasi menurut sistem untuk mencerminkan pikiran logis dari dokter yang memimpin asuhan pasien. Dokter mendefinisikan dan mengikuti masing-masing masalah klinis dan menyusunnya berdasarkan pemecahan masalah. Terdapat empat bagian dasar POMR, yaitu (1) database, (2) daftar masalah, (3) rencana awal, dan (4) catatan kemajuan.

Database adalah kumpulan data minimal yang harus diperoleh dari setiap pasien, termasuk keluhan utama, penyakit saat ini, profil pasien dan data sosial yang berhubungan, riwayat penyakit dahulu dan review sistem tubuh, pemeriksaan fisik terhadap isi yang telah ditentukan, dan data dasar laboratorium.

Daftar masalah terdapat di dalam formulir yang diletakkan di bagian depan catatan medis. 'Masalah' adalah segala sesuatu yang memerlukan kerja manajemen atau diagnostik, misalnya masalah medis, sosial, ekonomi, dan demografi, masa lalu dan saat ini. Daftar ini harus menyebutkan masalah sesuai dengan tingkat pemahaman dokter mengenai suatu masalah. Jadi daftar masalah bisa berisi pernyataan mengenai suatu gejala, penemuan abnormal, penemuan fisiologis, atau diagnosa spesifik. Kondisi yang dicurigai atau yang akan disingkirkan tidak didaftarkan sebagai masalah, tapi dicatat di dalam rencana awal. Penambahan atau perubahan dibuat pada daftar ketika muncul masalah baru selesainya dan masalah aktif. Masalah-masalah tidak dihapus dari daftar, mereka hanya ditandai 'dikeluarkan' atau 'telah diselesaikan', dan tanggal perubahan dicatat. Setiap masalah diberi judul dan nomor, dan berfungsi sebagai suatu daftar isi pada catatan medis.

Rencana awal menguraikan apa yang harus dilakukan untuk mempelajari keadaan pasien lebih lanjut, tindakan yang akan diambil, dan mendidik pasien mengenai keadaan. Rencana khusus untuk masing-masing masalah ditentukan dan dibagi atas tiga kelompok, yaitu informasi lebih lanjut mengenai diagnosa (pernyataan 'disingkirkan' bisa dibuat disini)

dan manajemen; terapi (obat, prosedur, tujuan, dan rencana lanjutan); dan pendidikan pasien. Rencana ini diberi nomor sesuai dengan masalah yang dihadapi.

Catatan kemajuan merupakan follow-up untuk semua masalah. Setiap catatan diawali oleh nomor dan nama masalah yang dihadapi dan bisa terdiri dari satu lebih elemen berikut, yaitu subjective (gejala); objective (bisa diukur dan dilihat); assessment (interpretasi atau kesan dari keadaan saat ini); dan plan (rencana kerja). Singkatan proses ini adalah SOAP, dan penulisan catatan kemajuan di dalam format POMR sering disebut 'soaping'. Penekanannya adalah pada masalah yang belum selesai. Sebagai tambahan pada catatan mengenai kemajuan pasien yang berupa essay, 'flow sheet' atau lembar alir bisa digunakan ketika beberapa faktor dimonitor atau ketika keadaan pasien berubah dengan cepat. Ringkasan pulang dan catatan transfer juga termasuk kategori catatan kemajuan. Mereka harus menyinggung seluruh masalah yang telah dinomori pada daftar pasien.

Dr. Weed menganjurkan agar formulir tertentu lain, seperti perintah dokter, laporan konsultan, dan catatan perawat, dibuat dalam bentuk berorientasi masalah, dengan merujuk pada masalah yang telah berjudul dan bernomor.

Penyokong POMR mengidentifikasi banyak keunggulan format ini: dokter harus mempertimbangkan semua masalah pasien dalam konteks total; catatan medis dengan jelas menunjukkan tujuan dan metode dokter dalam mengobati pasien; pendidikan medis dipermudah oleh dokumentasi proses pemikiran logis dari dokter yang mengobati; dan proses pemeliharaan mutu (quality assurance) lebih mudah karena data tersusun rapi.

Kelemahan utama POMR adalah karena formatnya memerlukan latihan tambahan dan komitmen staf medis dan profesional. Sedikit fasilitas asuhan akut yang menggunakan catatan medis berorientasi masalah secara penuh. Banyak profesional kesehatan terkait menggunakan bentuk SOAP dari catatan kemajuan

CATATAN MEDIS TERINTEGRASI

Pada format terintegrasi, semua formulir disusun dalam urutan kronologis yang ketat. Pada pos perawat catatan terkini berada di awal catatan medis; yang ketika pulang diatur kembali sehingga seluruh catatan medis terbaca dari admisi sampai pulang. Elemen kuncinya adalah menyatunya formulir dari berbagai sumber. Jadi catatan pasien yang telah pulang bisa berisi riwayat dan pemeriksaan fisik yang disusul oleh catatan kemajuan, kemudian catatan perawat, laporan X-ray, catatan kemajuan tambahan, laporan konsultasi, dan seterusnya. Formulir untuk setiap episode asuhan disusun pada seksi yang terpisah di dalam catatan medis.

Keuntungan format terintegrasi adalah bahwa semua informasi dari suatu episode asuhan bersatu, sehingga memberikan gambaran jelas mengenai penyakit pasien dan responsnya terhadap pengobatan.

Kerugian format terintegrasi adalah sulitnya membandingkan informasi sejenis menurut waktu, misalnya kadar gula darah puasa, karena laporan-laporan dengan jenis yang sama tidak berada pada tempat yang sama di catatan medis.

Bisa terdapat berbagai tingkat integrasi informasi. Variasi yang paling umum memungkinkan catatan kemajuan terintegrasi, dengan semua pemberi asuhan mencatat pada formulir yang sama, secara berurutan. Semua laporan lain berada dalam bentuk yang berorientasi sumber.

Keuntungan menggunakan catatan kemajuan terintegrasi adalah: kemajuan pasien bisa ditentukan dengan cepat karena catatan terkini dari semua disiplin ilmu berada pada satu tempat; jumlah formulir khusus berkurang sehingga mengurangi ketebalan catatan medis; dan mendorong konsep asuhan kesehatan oleh tim.

Kerugian catatan kemajuan terintegrasi pada sistem catatan medis manual adalah: hanya satu orang yang bisa menuliskan dokumentasi pada satu saat; mungkin sulit mengidentifikasi profesi orang yang mengisi formulir kecuali kalau catatan selalu diikuti oleh jabatan penulisnya; dan dokter sering merasa catatannya perlu ditonjolkan dengan suatu cara untuk membedakannya dari profesional lain yang ikut mengasuh pasien.

Keputusan tentang format catatan medis biasanya dibuat oleh staf medis dengan rekomendasi komite catatan medis.

CIRI-CIRI ENTRI CATATAN MEDIS YANG DIPERLUKAN

Sering dinyatakan bahwa catatan medis yang memadai menunjukkan asuhan yang memadai, dan sebaliknya catatan medis yang buruk melambangkan asuhan yang jelek. Ada kemungkinan terdapatnya catatan medis yang lengkap dan menyeluruh tapi milik pasien yang memperoleh asuhan jelek, namun kebalikannya yang sering terjadi. Seorang pasien mungkin telah mendapatkan asuhan yang memadai namun tidak didokumentasikan dengan baik.

Dokumentasi yang pantas

Mutu catatan medis tergantung pada informasi yang dimasukkan profesional yang berhak memberi asuhan dan bertanggung jawab untuk mendokumentasikannya. Peraturan rumah sakit dan staf medis harus dengan jelas menunjukkan siapa yang memiliki hak dan kewajiban ini. Staf medis harus memiliki aturan yang mencakup keharusan staf medis memelihara catatan klinis yang lengkap dan tepat. Keharusan lebih lanjut adalah bahwa catatan medis berisi semua laporan asli.

Catatan harus berisi informasi untuk identifikasi pasien. Isi catatan hanya bisa dibuat oleh orang yang diberi hak untuk itu oleh kebijaksanaan rumah sakit dan staf medis. Catatan harus mengandung semua informasi klinis penting bermakna yang berhubungan dengan pasien.

Pengesahan

Profesional yang memberikan asuhan bagi pasien dan berhak untuk membuat isi catatan medis harus mendokumentasikan asuhan yang mereka berikan dan tanggalnya. Mereka juga memastikan bahwa asuhan telah diberikan dengan jalan menandatangani, karena tanda tangan adalah bukti diri penulis. Catatan medis harus bertanggal dan ditandatangani, dan harus ada cara untuk mengidentifikasi penulis. Identifikasi bisa berupa tanda tangan tertulis, singkatan nama yang bisa dikenal, atau kode komputer. Kalau tanda tangan stempel boleh digunakan untuk pengesahan (biasanya ahli patologi dan radiologi), pemilik tandatangan yang diwakili oleh stempel harus dengan bertandatangan menyatakan bahwa stempel tersebut miliknya, dan ia satu-satunya orang yang akan menggunakannya. Mendelegasikan penggunaan stempel ini kepada orang lain tidak dibenarkan.

Setiap dokter harus menandatangani tulisannya, dan tanda tangan dokter pada catatan admission/discharge, tempat diagnosa dan prosedur tertulis, tidak cukup untuk mengesahkan seluruh catatan. Di rumah sakit yang memiliki 'house staff' (dokter yang sedang menjalani internship atau residency), dokter yang bertanggung jawab harus memberi tanda tangan pendamping ('countersign') pada minimal riwayat, pemeriksaan fisik, dan ringkasan pulang yang ditulis oleh house staff.

Bagian catatan medis yang merupakan tanggung jawab seorang dokter harus ditandatangani oleh dokter tersebut. Kalau misalnya dokter asisten melakukan dan mencatat riwayat medis dan pemeriksaan fisik, maka laporan ini perlu ditandatangani oleh dokter penanggung jawab. Setiap isi yang memerlukan 'counter-signature' dokter penanggung jawab harus didefinisikan dengan jelas di dalam peraturan staf medis.

Singkatan

Singkatan dan simbol-simbol boleh digunakan kalau telah disetujui oleh staf medis dan kalau legenda penjelasannya tersedia bagi penulis dan orang yang harus menginterpretasikannya. Setiap singkatan dan simbol hanya boleh memiliki satu arti.

Ketepatan Waktu

Karena manusia mudah lupa, maka entry tentang perawatan pasien perlu didokumentasikan secepat mungkin. Catatan pasien yang sedang dirawat (riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, data laboratorium dan x-ray) harus selesai dalam waktu 24-48 jam setelah admisi. Catatan pasien pulang harus telah disempurnakan dalam waktu yang ditetapkan aturan staf medis, tapi tidak boleh lebih dari 30 hari. Kejadian yang berupa tindakan klinis harus diselesaikan secepat mungkin. Kelengkapan berarti bahwa semua formulir yang perlu telah disusun dan ditandatangani, semua diagnosa final telah dicatat tanpa penggunaan singkatan, dan semua ketikan dari informasi yang didiktekan telah lengkap dan dimasukkan ke dalam catatan medis.

Keterbacaan

Kegunaan catatan tergantung pada keterbacaan isinya. Kalau secara ekonomis memungkinkan, entry medis harus didiktekan dan diketik. Kalau pengetikan dan pengarsipan tidak bisa dilakukan pada waktunya, maka catatan yang berisi informasi yang cukup untuk kesinambungan perawatan perlu dibuat pada catatan medis.

Perbaikan Kesalahan dan Kelupaan

Kesalahan diperbaiki dengan menarik satu garis melalui kesalahan, dengan pernyataan seperti 'catatan salah' di dekatnya, dan mencatat informasi yang benar. Individu yang menemukan kesalahan melakukan perbaikan, memberi tanggal, dan menandatangani. Kesalahan tidak boleh dihapus atau ditutup dengan cairan koreksi. Kalau suatu entri terlupa, entri ini dituliskan setelah entri terakhir dengan penjelasan tentang kelupaan, dan alasan kenapa tempatnya di luar urutan yang semestinya.

TANGGUNG JAWAB MUTU MEDICAL RECORD

Komite Catatan medis

Staf medis bertanggung jawab akan mutu keseluruhan catatan medis. Di beberapa tempat, pemeriksaan mutu dilakukan oleh komite staf medis terpisah, biasanya disebut komite catatan medis. Pada tempat lain, evaluasi terus menerus dianggap sebagai tanggung jawab seluruh staf atau komite eksekutif. Apa pun caranya, staf medis bertanggung jawab untuk pemeliharaan catatan medis yang memenuhi standard yang disyaratkan untuk kesegeraan, kesempurnaan, dan ketepatan klinis.

Fungsi dan tanggung jawab berikut biasanya diberikan kepada komite yang bertanggung jawab untuk pemeriksaan catatan medis:

1. Pemeriksaan catatan medis tentang pelengkapan pada waktunya, relevansi klinis, kecukupannya untuk digunakan di dalam aktifitas pemeriksaan mutu, dan kalau perlu, sebagai dokumen 'medicolegal'.
2. Pemeriksaan catatan, termasuk hasil seluruh pemeriksaan dan pengobatan yang dilakukan, untuk memastikan bahwa mereka mencerminkan keadaan dan kemajuan pasien.
3. Penentuan format catatan medis yang lengkap, formulir yang digunakan, dan penggunaan sistem pemrosesan dan penyimpanan data elektronik untuk tujuan catatan medis.

Praktisi informasi kesehatan harus berperanan aktif membantu staf medis dalam pemeriksaan catatan medis. Praktisi informasi kesehatan bekerja bahu membahu dengan ketua komite untuk mempersiapkan agenda pertemuan komite yang menarik yang harus dilakukan minimal setiap tiga bulan. Pada setiap pertemuan, harus dipersiapkan informasi terarah mengenai penyelesaian catatan medis pada waktunya. Petugas informasi kesehatan bisa juga menyaring catatan medis yang tidak memenuhi kriteria dokumentasi untuk bisa diperiksa oleh komite. Kasus-kasus yang dipilih bisa berbeda dari bulan ke bulan sehingga seluruh jenis akhirnya telah diteliti. Komite selanjutnya akan memeriksanya dengan teliti, dan bisa juga memeriksa contoh catatan medis yang dianggap memenuhi persyaratan. Catatan medis ini bisa diambil secara acak dari data pasien yang telah dipulangkan, dan bisa juga merupakan kasus spesifik. Komite juga perlu memeriksa catatan medis pasien yang sedang dirawat untuk memastikan kesempurnaan. Pemeriksaan dilakukan di unit rawatan pasien, dan hasil temuannya dibicarakan pada pertemuan komite catatan medis.

Tanggung jawab staf medis untuk memeriksa catatan medis juga mencakup catatan pasien rawat jalan, untuk memastikan bahwa catatan ini komplit dan cukup detil untuk memudahkan kesinambungan asuhan. Kalau rumah sakit yang memiliki unit perawatan khusus, program asuhan kesehatan rumah tangga, dan layanan kesehatan lainnya, maka catatan dari setiap unit ini juga perlu diperiksa.

Pemeriksaan khusus terhadap catatan asuhan darurat harus dilakukan secara teratur oleh komite untuk evaluasi dokumentasi asuhan rawat darurat. Catatan kematian yang terjadi dalam 24 jam sejak admisi ke layanan darurat harus mendapatkan perhatian khusus.

Aturan staf medis harus memberi kekuasaan bagi komite catatan medis untuk menolak laporan yang tidak memenuhi standard, memberikan penilaian akan mutu entry klinis, menegakkan aturan staf terhadap catatan medis yang bandel, dan dengan segala cara mendorong pemeliharaan mutu yang tinggi. Seluruh dokter harus menandatangani persetujuan untuk patuh pada aturan ini di saat mereka menjadi anggota staf medis. Kekuasaan memberi tindakan disiplin terhadap dokter biasanya di tangan Komite Eksekutif Staf Medis. Hukuman disiplin bisa berupa pencabutan hak menerima pasien atau melakukan tindakan, atau dengan menunda hak-hak lain.

Akan tetapi, beberapa rumah sakit mengalami kerugian akibat pencabutan hak dokter ini. Menolak pasien berarti kerugian untuk rumah sakit. Menunda hak-hak dapat menimbulkan ketegangan antara dokter dan rumah sakit, walau pun syarat penyelesaian catatan medis jelas tertulis di dalam aturan staf medis. Proses penghentian itu sendiri memerlukan usaha yang sangat menyita waktu bagi departemen informasi kesehatan untuk memeriksa usia catatan medis yang tidak komplit dan untuk membuat surat kepada dokter yang membandel.

Sebagai akibatnya, rumah sakit lebih banyak mempergunakan metoda inovatif untuk mendorong penyelesaian catatan medis. Beberapa di antaranya memberikan insentif, bukannya penalty, sebagai penghargaan atas kebiasaan membuat dokumentasi yang baik, atau dengan mengirimkan catatan medis yang belum ditandatangani ke kantor dokter tersebut. Metoda-metoda inovatif ini bisa dilakukan sepanjang tidak bertentangan dengan kebijaksanaan rumah sakit, atau dengan persyaratan akreditasi di bidang kerahasiaan dan integritas catatan medis.

Teknologi juga memberikan solusi, misalnya melalui sistem pendiktean yang lebih mudah melalui telpon. Penulisan tanda tangan secara elektronik juga dibenarkan asalkan terdapat cara pengontrolan yang bisa diandalkan.

Beberapa rumah sakit sudah memutuskan bahwa dokter paling bertanggung jawab akan catatannya tanpa harus diawasi oleh rumah sakit. Oleh karena itu semakin banyak

departemen informasi kesehatan hanya memeriksa adanya tanda tangan pada dokumen utama, misalnya laporan operasi dan ringkasan pemulangan.

Hubungan Praktisi Informasi Kesehatan dengan Staf Medis

Di samping bekerja dengan anggota komite catatan medis dalam menjalankan tanggung jawab komite, praktisi informasi kesehatan (IK) berhubungan dengan staf medis secara individu dan secara kolektif dalam berbagai fungsi catatan medis:

1. Membantu staf medis membuat kebijaksanaan tentang isi dan pelengkapan catatan medis.
2. Mengarahkan 'house staff' dan anggota baru staf medis mengenai kebijaksanaan isi catatan medis dan pengisiannya; untuk ini bisa dipersiapkan suatu manual.
3. Mengembangkan prosedur untuk membantu pelengkapan catatan medis yang tidak lengkap.
4. Memberi tahu dokter mengenai jumlah catatan medis yang tidak komplit.
5. Melaksanakan kebijaksanaan secara seragam dalam menyelesaikan catatan.
6. Memungkinkan pengetikan laporan untuk catatan medis pada waktunya.
7. Memberikan data dan membantu dokter dalam melakukan penelitian riset.
8. Menyajikan program pendidikan untuk dokter tentang syarat dokumentasi yang memiliki akibat pada penggantian uang ('reimbursement').
9. Membuat catatan medis tersedia untuk perawatan pasien.
10. Mengembangkan atau merevisi formulir catatan medis.
11. Menyediakan statistik tentang kinerja dokter tertentu, misalnya jumlah admission atau tindakan.

RINGKASAN

Medical record (catatan medis) harus dibuat untuk setiap orang yang menerima layanan rumah sakit. Kantor pre-admission atau admission merupakan tempat catatan medis dimulai, dan semua departemen yang menyediakan asuhan untuk pasien menambahkan formulir ke catatan medis untuk mendokumentasikan asuhan yang diberikan. Departemen informasi kesehatan (IK) memroses catatan medis dan menentukan kesempurnaannya. catatan medis yang sempurna disimpan di bagian IK untuk referensi masa depan dan untuk pengamanan.

Catatan medis bisa disusun dalam satu dari beberapa cara: yaitu berorientasi sumber, berorientasi masalah, atau terpadu. Data tertentu harus dicatatkan di dalam catatan medis dalam bentuk yang disyaratkan oleh badan-badan lisensi, sertifikasi, dan akreditasi. Beberapa persyaratan mengenai isi catatan medis sangat spesifik dalam hal penentuan data untuk formulir tertentu; sedangkan persyaratan lain menyatakan bahwa data dicatat di dalam catatan medis. Kecuali kalau secara spesifik dinyatakan di dalam persyaratan yang diajukan badan-badan tersebut, isi dan susunan formulir catatan medis merupakan ketentuan yang dibuat oleh masing-masing rumah sakit.

Administrator IK dengan pengetahuan tentang persyaratan isi catatan medis dapat memberikan bantuan yang berharga kepada rumah sakit dalam penyediaan perawatan yang bermutu dan memenuhi persyaratan badan-badan lisensi, sertifikasi, dan akreditasi.

PERTANYAAN UNTUK BELAJAR

1. Ceritakan mengenai arus informasi memasuki catatan medis.
2. Ceritakan dengan singkat pemrosesan catatan medis di dalam Bagian Informasi Kesehatan

3. Sebutkan definisi format rekam medis berorientasi sumber, berorientasi masalah, dan terpadu.
4. Ceritakan cara yang benar dalam memperbaiki kesalahan di dalam catatan medis.
5. Sebutkan tiga formulir catatan medis yang biasanya hanya diisi oleh layanan perawatan.
6. Sebutkan empat kategori pasien yang konsultasi harus disediakan.
7. Sebutkan empat jenis catatan khusus yang disediakan di rumah sakit.

III. CATATAN MEDIS PADA ASUHAN RAWAT JALAN

Tempat asuhan kesehatan tidak lagi hanya di rumah sakit (rawat inap) atau di tempat dokter. Asuhan rawat jalan (ambulatory care) makin banyak tersedia sehingga konsumen memiliki banyak pilihan. Asuhan rawat jalan di 'health maintenance organization', 'urgent care center', bagian rawat jalan rumah sakit, dan sebagainya, semakin banyak dipilih sebagai alternatif dari kunjungan ke tempat praktek dokter.

FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PILIHAN

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi meningkatnya penggunaan asuhan rawat jalan. Faktor utama adalah usaha pemerintah, pihak ketiga yang menanggung biaya, dan masyarakat bisnis, untuk mempertahankan atau menurunkan biaya pemeliharaan kesehatan. Medicare membayar biaya asuhan rawat inap rumah sakit melalui sistem prospektif, dengan memberi insentif uang bagi yang memulangkan pasien lebih awal. Akibatnya kebutuhan asuhan follow up rawat jalan yang lebih intensif meningkat. Tekanan untuk mengurangi biaya juga meningkatkan 'coverage' penggantian biaya asuhan rawat jalan, dan pada beberapa kasus, asuransi juga menuntut agar pengobatan tertentu disediakan secara rawat jalan.

Kekhawatiran akan akibat pertumbuhan populasi orang tua yang luar biasa ikut menimbulkan usaha untuk menekan biaya. Orang berusia di atas 65 tahun akan meningkat jumlahnya menjadi dua kali lipat antara tahun 1980 dan 2020, dengan pertumbuhan yang lebih cepat terjadi pada kelompok usia di atas 85 tahun. Untuk memenuhi kebutuhan asuhan kesehatan mereka tanpa peningkatan biaya yang besar, harus ada usaha untuk mengontrol biaya. Akibatnya penggunaan berbagai alternatif dari asuhan rawat inap yang mahal akan terus meningkat.

Dua faktor lain yang akan terus meningkatkan penggunaan asuhan rawat jalan adalah konsumerisme dan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi. Konsumen lebih cenderung memilih alternatif asuhan kesehatan. Pasien lebih menuntut dalam hal informasi dan kemudahan; dan asuhan rawat jalan lebih disenangi daripada rawat inap. Kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi menyebabkan asuhan yang biasanya dilakukan di rumah sakit menjadi tersedia pada rawat jalan, misalnya dialisis, kemoterapi kanker, hiperalimentasi, dsb. Kemajuan-kemajuan ini membuat alternatif rawat inap menjadi bisa dilaksanakan dengan baik.

ASUHAN RAWAT JALAN

Asuhan kesehatan rawat jalan adalah asuhan yang diberikan kepada pasien yang tidak dirawat sebagai pasien rawat inap di rumah sakit atau institusi perawatan kesehatan yang menjadi tempat 'encounter'. National Committee on Vital and Health Statistics telah mengadopsi definisi ini untuk asuhan yang dilakukan di berbagai tempat perawatan jalan.

ASUHAN RAWAT JALAN BERBASIS RUMAH SAKIT

Penyediaan asuhan rawat jalan oleh rumah sakit telah meningkat. Pada publikasinya 'Hospital Statistics', AHA mengutip statistik sebagai berikut:

- Tahun 1991 hampir 81% rumah sakit telah membuat program asuhan rawat jalan.

- Tahun 1991 jumlah kunjungan ke asuhan rawat jalan melebihi 323 juta.
- Pertumbuhan pemasukan dana adalah 24% dari pertumbuhan total tahun 1991.

Rumah sakit menawarkan empat jenis asuhan rawat jalan untuk pasien, yaitu:

- Layanan Tambahan (Ancillary Services) - Kalau pasien dirujuk oleh dokter swasta ke laboratorium, radiologis, atau asuhan lain yang ada di rumah sakit, rumah sakit itu disebut menyediakan layanan tambahan. Dokter memberi pasien formulir permintaan untuk layanan diagnosa atau terapi, pasien menunjukkan formulir ini ke rumah sakit, staf rumah sakit memberikan pelayanan yang diminta, dan memberikan laporan mengenai pelayanan ke praktek dokter. Pasien kembali ke praktek dokter untuk follow-up hasil pengujian, pengobatan terapi fisik, dsb.
- Bagian Rawat Jalan atau Primary Care Center - Disini pasien menggunakan fasilitas rumah sakit untuk asuhan ancillary di samping asuhan berkelanjutan. Pasien didaftarkan di bagian rawat jalan dan biasanya dilayani oleh dokter yang digaji oleh rumah sakit, kadang-kadang dokter swasta. Asuhan primer umumnya adalah asuhan kesehatan dasar yang mencakup kedokteran keluarga, kedokteran umum, dan kesehatan anak, dan sering merupakan titik awal asuhan sebagai sumber rujukan ke asuhan khusus yang lebih intensif. Bagian rawat jalan umumnya berupa asuhan yang lebih luas, termasuk semua spesialisasi klinis yang dimiliki oleh staf medis rumah sakit tersebut.
- Bagian Gawat Darurat - Hampir semua rumah sakit melayani sejumlah besar pasien di unit ini dengan berbagai ragam keluhan. Prosedur sederhana sering dilakukan disini, sedangkan pada unit yang lebih besar bisa mencakup laboratorium dan x-ray.
- Fasilitas Bedah Rawat Jalan - Fasilitas bedah rawat jalan adalah “fasilitas berdiri sendiri atau berbasis rumah sakit, dengan staf profesional yang terorganisir, yang menyediakan asuhan bedah bagi pasien yang memerlukan tempat tidur rawat inap”. Fasilitas yang berbasis rumah sakit bisa berada di rumah sakit, atau sebagai satelit yang secara fisik terpisah dari rumah sakit. Pusat bedah rawat jalan yang berdiri sendiri berorientasi bisnis dan dimiliki oleh dokter atau oleh perusahaan dengan pemegang saham.

Bedah rawat jalan merupakan area asuhan rawat jalan yang berkembang dengan pesat. Perhatikan statistik tahun 1992 berikut ini:

- Jumlah pembedahan di rumah sakit adalah 22.869.000. Dari jumlah ini, lebih dari setengahnya, yaitu 12.321.000, adalah bedah rawat jalan.
- Pembedahan yang dilakukan tanpa basis rumah sakit, atau operasi yang dilakukan pada fasilitas bedah rawat jalan yang berdiri sendiri mencapai 4.500.000.
- Operasi di pusat-pusat bedah (“surgi-centers”) mencapai hampir 3 juta, dan 1,7 juta operasi lainnya dilakukan di tempat praktek dokter dan tempat rawat jalan lain.

Unit Rawat Jalan Satelit

Beberapa rumah sakit mengoperasikan sebagian dari bagian rawat jalannya sebagai unit yang secara fisik terpisah dari rumah sakit, dan bisa hanya menyediakan asuhan primer, asuhan komprehensif, atau asuhan untuk populasi khusus atau kebutuhan khusus (misalnya keluarga berencana, kedokteran olahraga, kesehatan ibu dan anak, asuhan preventif, dsb.). Kebutuhan catatan medis unit-unit satelit ini sama saja dengan unit rawat jalan lain. Khusus bagi unit-unit satelit, yang memerlukan perhatian adalah arus informasi antara satelit dengan rumah sakitnya. Suatu sistem harus diciptakan untuk menjamin pengindeksan ‘encounter’ rawat jalan dan rawat inap pasien, dan catatan-catatan encounter ini harus mudah diakses. Beberapa fasilitas asuhan kesehatan mengirimkan catatan medis ke fasilitas satelit melalui faksimili.

FASILITAS RAWAT JALAN BERDIRI SENDIRI

Terdapat berbagai jenis fasilitas asuhan rawat jalan yang berdiri sendiri, dan praktek dokter merupakan persentase terbesar. Praktek ini bisa berupa sendirian, berkelompok, atau berupa 'health maintenance organization'. Departemen kesehatan masyarakat sering menyediakan asuhan rawat jalan melalui pusat-pusat kesehatan lingkungan. Sekarang semakin banyak fasilitas berdiri sendiri yang muncul secara komersial dan dijalankan oleh perusahaan.

Praktek Bersama

Praktek bersama adalah "praktek gabungan tiga atau lebih dokter dan/atau dokter gigi yang secara bersama menggunakan ruangan kantor, perlengkapan, catatan medis, pegawai, biaya, dan pendapatan". Praktek bersama bisa khusus untuk satu jenis spesialisasi (misalnya hanya para dokter gigi, dokter ahli ginekologi, dsb.), atau terdiri dari berbagai spesialisasi dan memberikan asuhan yang komprehensif.

Health Maintenance Organizations (HMO)

Organisasi pemelihara kesehatan ini muncul sebagai usaha untuk mengontrol biaya pemeliharaan kesehatan. Sokongan dana untuk HMO yang memenuhi syarat federal menyebabkan HMO bertumbuh pesat. HMO adalah suatu "organisasi yang memiliki tanggung jawab manajemen untuk penyediaan asuhan kesehatan komprehensif berdasarkan pembayaran di muka untuk anggotanya yang terdaftar secara sukarela di dalam suatu populasi tertentu". Pembayaran yang jumlahnya tetap (fixed) dibayar oleh anggota untuk ketersediaan semua asuhan yang termasuk di dalam rancangan ('plan'). Rancangan HMO mencakup perlindungan (coverage) terhadap asuhan rawat inap, asuhan emergensi, dan rawat jalan. Sebagai tambahan, terdapat ketentuan mengenai pemeriksaan medis yang teratur, imunisasi, dan tindakan pencegahan lain yang ditujukan untuk mempertahankan kesehatan yang baik. Kaca mata, alat bantu pendengaran, dan alat-alat prostetik juga bisa dimasukkan dalam program ini.

Terdapat tiga jenis HMO, dan cara pemeliharaan informasinya pun berbeda:

- Pada HMO dengan model staf, dokter hanya bekerja untuk HMO di dalam fasilitasnya. Karena model ini merupakan fasilitas terpisah yang jelas, mereka sering memiliki bagian rekam medis untuk HMO.
- HMO model kelompok atau tertutup membuat kontrak dengan dokter yang tetap bekerja di prakteknya sendiri, tapi ia hanya melayani anggota HMO. Dokter ini mengelola sendiri catatan medisnya, tapi harus memasukkan data praktek ke HMO sehingga HMO bisa memantau penggunaan sumber, mutu, dan biaya.
- Perkumpulan praktek independen (Independent Practice Associations = IPA) mirip dengan HMO model kelompok karena dokternya berpraktek di tempat prakteknya sendiri, memelihara catatan medisnya sendiri sambil memberikan data praktek kepada HMO untuk pemantauan. Berbeda dari umumnya HMO model kelompok, dokter pada IPA mengobati pasien-pasien HMO sebagai tambahan pada pasien-pasien dari jenis asuransi lainnya.

Preferred Provider Organizations (PPO)

PPO juga merupakan respons terhadap peningkatan biaya asuhan kesehatan. PPO dibentuk oleh suatu panel yang terdiri dari penyedia layanan kesehatan ('provider') atau asuransi. PPO mirip dengan HMO karena suatu paket 'benefit' ditawarkan kepada pelanggan. Paket benefit yang ditawarkan bisa mencakup asuhan dokter dan rumah sakit di samping asuhan lainnya. Panel PPO mengontrak provider untuk menawarkan asuhan kesehatan bagi langganan PPO dengan biaya yang ditentukan berdasarkan tawar-menawar, biasanya dengan

potongan harga. Pelanggan bebas menggunakan jasa provider yang tidak berafiliasi dengan PPO, namun ia akan mendapatkan insentif dana kalau menggunakan provider yang dikontrak

Berbeda dari HMO, PPO menggunakan sistem pembayaran untuk setiap asuhan, sehingga terdapat potensial peningkatan biaya walau pun dengan biaya per individu lebih rendah. Oleh karena itu, review terhadap utilisasi pada asuhan rawat jalan dan rawat inap perlu dilakukan untuk menekan atau mempertahankan biaya. Tidak terdapat lokasi terpusat untuk menyimpan catatan medis atau untuk mengkoordinasikan asuhan. Setiap provider memiliki catatan terpisah untuk setiap asuhan pasien yang dilakukan. PPO mendapatkan informasi mengenai asuhan dan tagihan provider melalui klaim yang diajukan, dan pada beberapa kasus, melalui ringkasan yang dibuat oleh provider.

Neighborhood Health Centers

Disebut juga ‘community health centers’, pusat kesehatan ‘rukun tetangga’ ini secara spesifik dirancang untuk membawa asuhan kesehatan bagi orang-orang yang kesulitan ekonomi. Mereka sering dilaksanakan oleh departemen kesehatan masyarakat lokal atau state. Orang-orang yang tinggal di area miskin sering tidak mencari asuhan kesehatan yang diperlukan baik karena keuangan yang tidak mampu, tidak tersedianya dokter asuhan primer, atau masalah akses yang lain (seperti hambatan bahasa atau budaya). Pusat-pusat kesehatan ini berusaha untuk mempekerjakan penduduk setempat untuk menghilangkan hambatan akses dan untuk membuat biaya tetap rendah.

Pengobatan dipusat kesehatan ini umumnya terpusat pada keluarga. Secara tidak langsung, penyakit bisa timbul dari kondisi kehidupan yang sempit, fasilitas yang tidak bersih, dan faktor-faktor sosial dan ekonomi lainnya. Tim asuhan keluarga digunakan oleh pusat kesehatan ini untuk menyediakan kesinambungan asuhan bagi keluarga-keluarga yang memiliki masalah ini. Pada sistem ini, tim asuhan kesehatan biasanya terdiri dari seorang ahli penyakit dalam, ahli kesehatan anak, perawat, dan pekerja sosial. Penekanan berkesinambungan terutama pada prosedur dan pendidikan pencegahan penyakit. Pasien harus menyadari hubungan antara penyakit dengan kondisi kehidupan.

Urgent, or Convenience, Care Centers

Pusat asuhan ‘mendesak’, yang bisa juga disebut pusat asuhan kesehatan yang ‘mudah dijangkau’ ini sering buka 12-16 jam sehari, tujuh hari seminggu, dan menawarkan asuhan untuk masalah darurat minor seperti terkilir, sakit tenggorokan, dan sebagainya. Hampir semuanya merupakan perusahaan yang mencari keuntungan. Berbeda dengan HMO dan PPO, pusat-pusat ini tidak memiliki komponen asuransi. Pembayaran atas asuhan secara tegas adalah berdasarkan ‘fee-for-service’. Beberapa di antaranya akan menagih perusahaan asuransi pasien kalau rancangan asuransinya mencakup asuhan rawat jalan, Akan tetapi banyak pusat kesehatan ini yang menghendaki pembayaran langsung, sedangkan pasien harus menagih sendiri ke asuransinya setelah asuhan diberikan.

Informasi tambahan mengenai aspek asuransi asuhan rawat jalan, terutama HMO dan PPO terdapat pada Bab 12.

ASUHAN RAWAT JALAN DI TEMPAT

Fasilitas rawat jalan di tempat (on-site) terdapat di luar rumah sakit seperti di tempat bisnis, institusi pendidikan, atau penjara. Klinik kesehatan industri menekankan pemeliharaan kesehatan dan keselamatan karyawan. Pusat kesehatan mahasiswa universitas mengobati mahasiswa, dan kadang-kadang staf pengajar di lingkungan universitas. Pengobatan bisa berkisar dari pertolongan pertama sampai asuhan kesehatan umum; dan pada klinik kesehatan industri bisa mencakup pemeriksaan fisik sebelum diterima bekerja dan program lain seperti manajemen stress. Standard kesehatan rawat jalan JCAHO, sebagaimana

juga standard dari *Accreditation Association for Ambulatory Health Care*, bisa diterapkan pada hampir semua tempat asuhan rawat jalan di tempat ini. Sebagai tambahan, *National Commission on Correctional Health Care* yang terdapat di Chicago menerbitkan tiga set standard, yaitu *Standards for Health Care in Jails*, *Standards for Health Care in Prisons*, *Standards for Health Care in Juvenile Confinement Facilities*. Profesional manajemen informasi kesehatan harus jua merujuk peraturan federal yang sesuai untuk informasi medis di tempat-tempat ‘koreksi’ ini.

PROFESIONAL CATATAN MEDIS ASUHAN RAWAT JALAN

Banyak fasilitas rawat jalan tidak memiliki sokongan dari tenaga perekam medis profesional. Namun sekarang semakin banyak profesional informasi kesehatan memberikan asuhan konsultasi atau bekerja penuh-waktu atau paruh-waktu di fasilitas asuhan rawat jalan termasuk tempat praktek dokter.

Profesional informasi kesehatan dapat memberikan bantuan yang berharga dalam mengembangkan sistem terpadu yang memperbaiki kesinambungan asuhan pasien dan menghindari duplikasi terhadap pengujian dan pemeriksaan yang tidak perlu. Kalau data asuhan pasien tersedia dengan mudah, maka asuhan akan lebih murah sedangkan mutunya lebih tinggi.

Profesional informasi kesehatan bisa memberikan masukan dan/atau mengembangkan kebijaksanaan bagi provider mengenai isi dan format catatan medis yang sesuai; cara pertukaran data antara berbagai provider; kerahasiaan data; dan pengumpulan data dan statistik yang komprehensif dan seragam.

CATATAN MEDIS RAWAT JALAN

Catatan asuhan rawat jalan dan standard-standard yang bisa diberlakukan terhadapnya bervariasi menurut jenis tempat pelaksanaan asuhan rawat jalan.

CATATAN ASUHAN RAWAT JALAN BERBASIS RUMAH SAKIT

Catatan untuk asuhan tambahan (*ancillary services*) bagi pasien rawat jalan bisa hanya berisi hasil pemeriksaan atau asuhan yang telah diterimanya. Informasi medis dan kesehatan yang lengkap tidak diperlukan karena pasien kembali ke dokter pribadinya untuk perawatan lebih lanjut. Catatan medis yang resmi juga sering tidak dibuat. Laporan asuhan tambahan bisa disimpan di bagian layanan tambahan dengan salinannya dikirimkan ke dokter pribadi pasien. Seandainya pasien rawat jalan ini pada waktu sebelumnya merupakan pasien rawat inap atau rawat jalan, maka laporan asuhan tambahan harus diarsipkan bersama dalam catatan medis rumah sakit yang telah ada sebelumnya.

Karena sifat pengobatan medis darurat, sistem pencatatan harus dikembangkan untuk menangkap dan menggabungkan informasi medis yang kritis dari berbagai sumber secara ringkas dan komprehensif.

Terdapat dua elemen penting pada dokumentasi medis darurat: Informasi yang cukup mengenai pasien untuk menghadapi situasi hidup dan mati harus bisa disediakan dengan cepat. Informasi mengenai asuhan yang diberikan dalam situasi darurat harus didokumentasikan dengan mudah dan tepat.

Informasi yang cukup untuk asuhan darurat harus dipikirkan jauh hari sebelum asuhan darurat diperlukan. Rumah sakit harus memiliki sistem pencatatan medis yang memungkinkan pengambilan catatan rawat inap dan rawat jalan sebelumnya secara cepat. Tempat penyimpanan file catatan medis sering terletak berdekatan dengan bagian gawat-darurat. Rumah sakit dengan bagian gawat-darurat yang sangat aktif perlu memiliki staf yang bertugas 24 jam di tempat penyimpanan catatan medis. Pada rumah sakit lain, harus

ditetapkan siapa yang bisa memasuki area penyimpanan file dan cara pengambilan catatan medis dari area tersebut. Kontrol yang memadai juga harus dibuat untuk memastikan bahwa catatan medis tersedia kapan saja diperlukan. Rumah sakit dengan sistem komputer bisa memiliki catatan terkini secara “online” (yaitu bisa diakses dengan cepat oleh komputer lain), namun catatan lama lebih sering diarsipkan secara “offline” dan/atau dalam bentuk kertas atau mikrofilm yang memerlukan pencarian manual. Tata cara pengambilan catatan medis di area gawat-darurat ditentukan oleh staf medis, tapi persyaratan tambahan untuk kasus-kasus spesifik ditentukan oleh masing-masing dokter.

Catatan medis harus diatur sedemikian rupa supaya informasi kritis bisa diakses dengan cepat. Suatu *unit catatan medis* yang terdiri dari semua catatan rawat inap, rawat jalan, dan rawat gawat-darurat akan memberikan kemudahan pengaksesan informasi yang maksimum. Beberapa rumah sakit memasang label di kulit luar catatan medis untuk memperingatkan adanya alergi sehingga pasien tidak diberi obat atau zat lain yang menimbulkan reaksi hipersensitif. Selebar daftar masalah terkini yang berisi semua keadaan aktif baik dari data rawat inap dan rawat jalan merupakan suatu hal yang ideal. Kalau daftar ini tidak ada, lembar terdepan admission rawat inap harus menunjukkan diagnosa dan prosedur yang berhubungan dengan admission tersebut. Ringkasan pemulangan harus merefleksikan isi yang tidak hanya menjelaskan keadaan waktu dirawat inap, tapi juga menyediakan informasi untuk perawatan selanjutnya. Di samping catatan medis itu sendiri, beberapa rumah sakit atau dokter mendorong pasien untuk mengenakan gelang atau kalung yang berisi informasi medis kritis tentang dirinya, misalnya pernyataan ia menderita diabetes atau memakai alat pacu jantung. Kartu-kartu komputer seukuran kartu kredit berisi informasi medis terbatas juga tersedia untuk selalu dibawa pasien. Bagian gawat-darurat tentu harus memiliki komputer yang dilengkapi dengan pembaca kartu tersebut.

Pengumpulan dan pencatatan informasi medis gawat-darurat harus mudah dilakukan sambil memfokuskan perhatian maksimum pada pasien. Dokumentasi sering telah dimulai di tempat asuhan aoleh ambulans di rumah pasien, tempat kerja, tempat kecelakaan, dan di mana saja. Catatan ini harus berisi tanda vital, keadaan yang sedang berlangsung, bentuk penyakit atau injury, dan prosedur yang dilakukan. Setelah tiba di unit gawat-darurat, salinan catatan ambulans harus dilampirkan, atau datanya diringkaskan pada laporan asuhan gawat-darurat rumah sakit. Kalau pasien pernah dirawat inap atau dirawat jalan di rumah sakit ini, maka catatan medis sebelumnya harus disediakan segera untuk asuhan gawat darurat.

‘*Condition of Participation: Hospital*’ dari Medicare menunjuk beberapa item yang dianggap penting untuk mengobati pasien bagian gawat darurat. Di antaranya adalah: riwayat penyakit atau injury; penemuan fisik; laporan laboratorium dan x-ray, kalau ada; dan diagnosa, pengobatan, dan kesimpulan kasus. Dokter penanggung jawab kasus tersebut harus menandatangani catatan pasien rawat jalan gawat darurat untuk mengesahkan isinya.

JCAHO mensyaratkan agar catatan medis dibuat untuk setiap pasien yang menerima pengobatan di bagian gawat-darurat. Dokter yang bertanggung jawab di bagian ini harus menandatangani catatan medis. Hal-hal yang perlu dicatat adalah:

- Riwayat penyakit / injury sekarang, pemeriksaan fisik, dan tanda vital.
- Tindakan darurat yang diberikan sebelum tiba di rumah sakit.
- Perintah untuk prosedur diagnostik dan terapeutik
- Observasi klinis termasuk hasil pengobatan
- Laporan prosedur, pengujian (laboratorium), dan hasilnya
- Kesan diagnosa
- Kesimpulan pada akhir pengobatan, termasuk kesimpulan akhir, keadaan waktu dipulangkan, dan instruksi yang diberikan kepada pasien atau keluarganya untuk perawatan follow-up.

- Pasien yang pulang secara memaksa.

Sebagai tambahan, JCAHO menginginkan asuhan gawat-darurat rumah sakit punya register informasi berkesinambungan untuk setiap orang yang meminta perawatan. Register ini minimal harus berisi nama, usia, tanggal, waktu, cara kedatangan, bentuk keluhan, kesimpulan, dan waktu pulang.

Satu salinan pengobatan bagian gawat-darurat biasanya dikirimkan ke dokter pribadi pasien untuk memudahkan perawatan follow-up. Adanya catatan semua perawatan yang diberikan kepada pasien akan memastikan perlindungan hukum yang memadai untuk rumah sakit. Catatan emergency seperti pada Gambar 1 dapat memastikan dokumentasi yang komplit ini.

The form is titled "EMERGENCY ROOM RECORD" and is divided into several sections:

- Patient Information:** Fields for Name, Sex, Age, Race, Religion, and Address.
- Insurance:** Fields for Insurance Carrier, Contact Name, and Policy No.
- Medical History:** Fields for Presenting Complaint, History of Present Illness, and Past Medical History.
- BRIEF HISTORY:** A section for describing the accident, where, when, and how injured.
- PHYSICIAN'S REPORT:** Includes "CONDITION ON ARRIVAL" with checkboxes for Good, Fair, Poor, Shock, Coma, and D.O.A. It also has fields for "Treatment" and "Physical Findings".
- Disposition of Case:** Radio buttons for "TREATED & DISCHARGED", "ADMITTED", and "TRANSFERRED".
- INSTRUCTIONS TO PATIENT:** Fields for "INSTRUCTIONS TO PATIENT" and "ADDITIONAL INSTRUCTIONS".
- EMERGENCY ROOM CHARGES:** A table with columns for ITEM, CHARGE, and a section for "COMPLIANCE" (X-ray, Laboratory, Physical Therapy).

Form courtesy of Physicians' Record Company

FIGURE 1. EMERGENCY RECORD

Isi catatan bagian gawat-darurat sering disebutkan di dalam peraturan negara bagian. Persyaratan ini harus dipelajari oleh profesional informasi kesehatan pada waktu merancang catatan medis bagian gawat-darurat dan prosedur pemetikannya.

Bagian rawat jalan rumah sakit atau pusat perawatan primer mulai mendapatkan perhatian sejak meningkatnya asuhan rawat jalan non-emergensi dan sejak pemerintah mulai memberlakukan sistem pembayaran prospektif untuk reimbursement pasien rawat jalan Medicare. Di masa lalu, isi dan susunan catatan medis rawat jalan boleh dikatakan asal diisi

saja. Bagian catatan medis jarang menyusun isi catatan pasien rawat jalan menurut urutan tertentu, atau menganalisa dokumentasi di dalamnya untuk menentukan lengkap atau tidaknya. Diagnosa yang dibuat di tempat rawat jalan dan prosedur yang dilakukan sering tidak diberi kode atau indeks. (Pengkodean ['coding'] adalah prosedur pemberian kode angka pada data diagnostik dan prosedur yang didasarkan pada sistem klasifikasi medis; pengindeksan ['indexing'] adalah penataan kode-kode untuk memudahkan pemetikan catatan berdasarkan data diagnostik dan/atau prosedur spesifik). Kalau seorang dokter ingin mempelajari catatan rawat jalan pasien tertentu, maka petugas rawat jalan mungkin telah dimintanya untuk suatu periode waktu yang singkat menelusuri pasien dimaksud. Dokter pun sering membuat catatan terpisah untuk dirinya sendiri mengenai kasus-kasus menarik atau khusus, dan hanya mengisikan data minimal pasien tersebut pada catatan rawat jalan rumah sakit.

Sementara catatan medis rawat jalan tidak berubah secara drastis dalam waktu singkat, perbaikan telah mulai berjalan. Meningkatnya intensitas asuhan rawat jalan memerlukan perbaikan dokumentasi untuk kesinambungan data perawatan pasien. entri yang mendokumentasikan asuhan yang diberikan harus dibuat setiap kali pasien datang untuk asuhan atau pengobatan. Oleh karena itu catatan medis pasien harus tersedia setiap saat. JCAHO menyatakan bahwa suatu sistem harus diciptakan untuk mengkonsolidasikan catatan pasien pada saat kunjungan terjadwal pasien rawat jalan, atau untuk memasukkan informasi medis yang perlu (misalnya ringkasan discharge, laporan operasi, dan laporan patologi) ke dalam catatan medis. Gambaran kesehatan pasien secara lengkap harus tersedia untuk siapa saja yang terlibat di dalam asuhan berkesinambungan pasien tersebut.

Persyaratan tagihan Medicare untuk data yang dalam bentuk kode telah melibatkan bagian catatan medis dalam mereview catatan medis rawat jalan dan hendaknya lebih meningkatkan organisasi dan dokumentasi di dalam catatan tersebut. Entri catatan rawat jalan harus diatur sedemikian rupa supaya

Komentar sebelumnya bisa dengan mudah dilacak untuk memudahkan pencarian data medis yang diperlukan. Catatan kemajuan biasanya disusun secara kronologis. Perujukan/referensi bisa dilakukan ke masalah atau keadaan tertentu dengan menggunakan catatan medis berorientasi masalah (POMR) seperti pada Bab 2. Jadi, suatu data yang berhubungan dengan injury, misalnya fraktur paha, bisa dengan mudah dilacak menurut nomor dan nama masalah. JCAHO mengharuskan catatan rawat jalan berbasis rumah sakit untuk membuat daftar diagnosa, kondisi, prosedur, alergi obat, dan pengobatan yang menonjol. Daftar ini harus dibuat dan dipelihara untuk setiap pasien mulai dari sejak kunjungan ketiga (Gambar 2).

Pemerintah federal dan JCAHO membuat daftar sejumlah item data spesifik yang diperlukan untuk catatan pasien rawat jalan yang baik. Medicare Conditions of Participation: Hospital menyatakan bahwa sekurang-kurangnya harus dimasukkan informasi yang cukup untuk memastikan kesinambungan asuhan, termasuk riwayat medis pasien, penemuan fisik, hasil pengujian laboratorium dan diagnostik, diagnosa, dan catatan pengobatan.

State tertentu bisa pula memiliki peraturan yang berhubungan dengan catatan rawat jalan. Praktisi informasi kesehatan harus sangat terbiasa dengan semua peraturan yang berlaku pada tingkat state. Item data medis spesifik lain yang dimasukkan ke dalam formulir catatan medis berhubungan dengan jenis asuhan yang diberikan. Formulir catatan medis bagian rawat jalan yang dapat dipakai untuk mencatat informasi kunjungan yang diperlukan terdapat pada Gambar 3 dan 4.

CATATAN MEDIS PADA FASILITAS BERDIRI SENDIRI

Standard catatan medis untuk fasilitas yang berdiri sendiri terdapat di dalam *Accreditation Manual for Ambulatory Health Care* dari JCAHO, dan di dalam *Accreditation*

Profesional informasi kesehatan harus terbiasa dengan berbagai sistem pencatatan komputer asuhan rawat jalan yang tersedia dan hendaknya secara aktif terlibat dalam perencanaan dan penerapan sistem tersebut. Pertimbangan utama pada waktu menerapkan suatu sistem pencatatan medis berkomputer adalah: (1) Untuk siapa sistem ini - provider, administrasi, atau pasien? (2) Bagaimana data disusun untuk memudahkan akses? (3) Jenis pasien apa yang akan dilibatkan - jantung? anak?

ANALISA CATATAN RAWAT JALAN

Ketepatan dan kelengkapan catatan rawat jalan penting bagi pasien, dokter, provider lain, dan fasilitas. Personil informasi kesehatan bisa ditugaskan untuk memeriksa isi kuantitatif catatan setelah setiap kunjungan atau episode perawatan. Pemeriksaan entry yang hati-hati harus dilakukan untuk memastikan bahwa semua data yang diperlukan telah masuk dan ditandatangani oleh yang berwenang. Kalau catatan rawat jalan tidak diarsipkan di dalam bagian informasi kesehatan, maka tanggung jawab untuk analisa kuantitatif bisa diberikan kepada petugas pengawas catatan di area rawat jalan itu sendiri.

Pemeriksaan mutu data yang dimasukkan harus dilakukan oleh staf medis secara teratur. Departemen informasi kesehatan bisa diminta untuk membantu pelaksanaan fungsi ini, atau diserahkan kepada komite staf medis. Persyaratan pemeriksaan catatan untuk rawat jalan bisa ditemukan pada berbagai standard akreditasi yang sesuai sebagaimana telah disebutkan terdahulu, dan pada berbagai aturan resmi pemerintah.

DATA RAWAT JALAN

Pada tahun 1989 National Committee on Vital and Health Statistics menyetujui Uniform Ambulatory Care Data Set yang disusun oleh bagiannya yaitu Subcommittee on Ambulatory Care Statistics yang bekerjasama dengan Interagency Task Force dari Department of Health and Human Services (DHSS) Interagency Task Force bertugas untuk memastikan kebutuhan data berbagai dinas di bawah DHSS, sedangkan Subkomite memeriksa data set ini dari perspektif yang lebih luas seperti dinas-dinas lain pemerintahan, masyarakat peneliti, dan sektor swasta.

Tujuan Uniform Ambulatory Data Set adalah untuk meningkatkan komparabilitas data asuhan rawat jalan dengan membuat inti bersama dari item-item data standard yang memiliki definisi seragam. Item-item di dalam *data set* disarankan untuk masuk ke dalam catatan semua asuhan rawat jalan, tapi tidak berarti membentuk catatan pasien yang lengkap. Walau pun diinginkan, semua item tidak perlu dicatat di dalam catatan medis pasien. Beberapa item mungkin dimasukkan ke dalam catatan penagihan. Namun dalam keadaan seperti ini hendaknya ada suatu kemampuan untuk menghubungkan data dari berbagai sumber data.

Item-item data menggarisbawahi informasi yang menentukan ciri-ciri pasien, provider, dan encounter. Beberapa item dirancang sebagai pilihan (optional).

Item Data Pasien

1. Identifikasi Personal

- a. Nama: Nama keluarga, nama kecil, dan nama tengah

- b. Nomor: Nomor unik pasien yang menghubungkan ciri-ciri pribadi seseorang dengan seluruh layanan yang diterimanya di dalam suatu sistem asuhan kesehatan dan di antara sistem-sistem jika pembayaran dilakukan oleh pihak ketiga atau suatu 'funding agreement'.
2. Alamat: (tempat biasa tinggal, alamat penuh, kode pos)
 3. Tanggal lahir: (bulan, hari, tahun): diperlukan paling kurang tiga digit untuk tahun; kalau tanggal tidak diketahui maka tentukan tahunnya dari usia sekarang.
 4. Jenis kelamin (laki, perempuan)
 5. Ras dan latar belakang suku bangsa
 - a. Ras: Indian/Eskimo/Aleut; Asia/Kep. Pasifik; Hitam; Putih; lain
 - b. Ethnic: Hispanic; Non-Hispanic
 6. Living arrangements dan status perkawinan (optional)
- Subcommittee dan Interagency Task Force menyadari bahwa sistem penunjang sosial pasien bisa merupakan faktor penentu penting kesehatan, akses ke asuhan kesehatan, dan penggunaan layanan. Sering sekali *marital status* atau pengaturan cara hidup (*living arrangements*) digunakan sebagai pengganti sistem penunjang sosial pasien. Kalau informasi ini perlu untuk merancang program, menentukan target asuhan, penelitian penggunaan sumber dan hasilnya, atau tujuan lain riset dan pengembangan lainnya, maka disarankan penggunaan definisi living arrangement dan *marital status* berikut ini.

Living Arrangement:

- a. Sendiri
- b. Dengan spouse (alternatif: spouse atau partner bukan-keluarga)
- c. Dengan anak-anak
- d. Dengan orang tua atau wali
- e. Dengan keluarga selain spouse, anak, atau orang tua
- f. Dengan bukan-keluarga
- g. Tak diketahui

Berbagai respons bisa mengisi item ini karena cara hidup bisa merupakan kombinasi spouse, anak, orang tua, dan bukan-keluarga.

Status Perkawinan

Pada sistem data yang mengumpulkan status perkawinan sebagai pengganti atau pelengkap living arrangement, kategori berikut hendaknya digunakan:

- a. Menikah – sedang dalam ikatan perkawinan
- b. Tak pernah menikah - termasuk yang perkawinannya dibatalkan
- c. Widowed - ditinggal mati spouse dan belum menikah lagi
- d. Divorced - bercerai dan belum menikah lagi
- e. Separated - secara hukum berpisah dari spouse
- f. tak diketahui

Kategori ini bersifat eksklusif. Kohabitasi (hidup bersama) hendaknya dimasukkan ke dalam 'menikah', kecuali kalau tujuan pengumpulan data dikhususkan untuk penentuan asuransi kesehatan.

Penyelidikan longitudinal akan memberikan kesempatan untuk melihat transisi dari satu jenis living arrangement atau marital status ke jenis lainnya.

Item Data Provider

Provider adalah profesional kesehatan yang memberikan layanan atau secara profesional bertanggung jawab terhadap asuhan yang diberikan kepada pasien, membuat keputusan mengenai perawatan pasien secara independen, dan tidak dibawah pengawasan profesional asuhan kesehatan lain. Suatu 'encounter' (pertemuan/kontak) didefinisikan sebagai kontak profesional antara pasien dengan provider, pada saat asuhan diberikan.

Ciri-ciri catatan berikut harus dikumpulkan dari provider mengenai setiap encounter. Kalau seorang pengguna layanan memutuskan untuk mengumpulkan elemen data provider tambahan, untuk provider yang memulai encounter kalau berbeda dari provider yang memberikan atau yang bertanggung jawab akan layanan yang diberikan, maka pertimbangan harus dilakukan akan elemen identifikasi yang diperlukan untuk item ini.

7. Identifikasi Provider

- a. Nama: nama keluarga, nama kecil, dan nama tengah atau singkatannya.
- b. Nomor: nomor unik yang membedakan satu provider dari yang lain, sama untuk provider yang tersebut dimana pun ia berpraktek.

8. Lokasi atau Alamat

Alamat lengkap dan kode pos lokasi fasilitas yang merupakan tempat praktek biasa atau utama.

9. Profesi

- a. Dokter (MD atau DO), atau dokter gigi (DDS, atau DM); tuliskan spesialisasi dan subspecialisasi (paling banyak tiga macam).
- b. Profesional asuhan kesehatan yang berijazah atau berlisensi, tuliskan lapangan praktek atau spesialisasinya.
- c. Provider lain, tuliskan lapangan atau spesialisasi yang diakuinya.

Item Data Encounter

10. Tanggal, tempat dan alamat encounter kalau berbeda dari item 8.

- a. Tanggal encounter: bulan, tanggal, tahun
- b. Tempat encounter (kantor, rumah, unit rawat-jalan rumah sakit, rumah perawatan/hospice, laboratorium terpisah, ambulans, dsb.)
- c. Alamat fasilitas tempat asuhan diberikan, kalau berbeda dari item 8

11. Alasan Pasien untuk Encounter (optional)

termasuk disini alasan yang dikemukakan pasien pada saat encounter untuk mencari perhatian atau perawatan. Item ini untuk menentukan apa yang sesungguhnya memotivasi pasien untuk datang.

12. Masalah, Diagnosa, atau Pemeriksaan

Menguraikan semua keadaan yang memerlukan evaluasi, pengobatan atau tindakan pada saat encounter sebagaimana ditentukan oleh provider. Disarankan agar pengkodean menggunakan ICD-10. Pendekatan ini adalah untuk memudahkan pengkodean gejala, keadaan yang meragukan, dan masalah lain kalau diagnosa belum dipastikan.

Keadaan yang perlu dituliskan pertama kali adalah diagnosa, masalah, gejala, dan alasan encounter. Isikan kode tambahan yang menguraikan keadaan lain yang bersamaan. Jangan dikode diagnosa ‘mungkin’, ‘dicurigai’, ‘dipertanyakan’, atau ‘tidak termasuk’. Namun kodelah keadaan atau gejala yang ada sampai tingkat kepastian setinggi-tingginya..

13. Asuhan

Uraikan semua asuhan diagnostik termasuk riwayat pasien, pemeriksaan fisik, laboratorium, x-ray atau radiografi, dan lainnya yang dilakukan sehubungan dengan alasan encounter; semua asuhan terapi yang dilakukan pada saat encounter; dan semua asuhan pencegahan dan prosedur yang dilakukan pada saat encounter. Jelaskan juga seluas mungkin pemberian obat-obatan dan zat-zat biologis, supplies, dan peralatan lain yang diperlukan pasien.

Asuhan diagnosa, terapi dan pencegahan harus tercatat sesuai dengan encounter tempat mereka disediakan. HCPCS (HFCA [Health Care Financing Administration] Common Procedure Coding System) yang didasarkan pada CPT-4 (Current Procedural Terminology - 4) untuk asuhan dokter dan telah diperluas

untuk asuhan yang dilakukan oleh bukan dokter, saat ini merupakan sistem pengkodean yang paling lengkap untuk mendorong keseragaman dalam melaporkan asuhan-asuhan ini.

14. Disposisi

Pernyataan provider mengenai langkah berikut perawatan pasien. Sebanyak mungkin kategori yang diperlukan hendaknya dilaporkan. Sekurang-kurangnya, klasifikasi berikut disarankan:

- a. Tidak diperlukan follow-up
- b. Follow-up direncanakan:
 - (1) diharapkan kembali tapi tak terjadwal
 - (2) kembali ke provider yang sama pada waktu yang ditetapkan
 - (3) follow-up melalui telpon
 - (4) dikembalikan ke provider yang merujuk
 - (5) dirujuk ke provider lain
 - (6) dirujuk ke provider lain untuk konsultasi
 - (7) dirujuk ke provider tambahan asuhan
 - (8) dipindahkan ke provider lain
 - (9) dirawat inap di rumah sakit perawatan akut
 - (10) dirawat inap di fasilitas perawatan kesehatan residensial
 - (11) lain-lain

15. Sumber Pembayaran Pasien

- a. Sumber primer: sumber utama yang diharapkan bertanggung jawab untuk pembayaran persentase terbesar tagihan biaya perawatan
- b. Sumber sekunder: kalau ada, untuk persentase terbesar berikutnya
- c. Sumber lain
 - (1) Blue Cross /Blue Shield
 - (2) Perusahaan asuransi kesehatan lain
 - (3) Asuransi pertanggungan lain
 - (4) Medicare
 - (5) Medicaid
 - (6) Worker's compensation
 - (7) Rancangan asuransi majikan
 - (8) HMO
 - (9) CHAMPUS
 - (10) CHAMP VA
 - (11) lain-lain
- d. Cara pembayaran: l
 - (1) Fee-for-service atau bayar langsung
 - (2) HMO rancangan yang telah dibayar terlebih dahulu
 - (3) Tak diketahui atau tak diidentifikasi

16. Tagihan Total

Semua tagihan untuk prosedur dan layanan yang diberikan kepada pasien selama encounter. Disini termasuk biaya komponen teknis atau biaya fasilitas kalau ditagih secara terpisah dari komponen profesional.

PENGUMPULAN DATA RAWAT JALAN

Pengumpulan informasi pasien secara rutin akan membantu rumah sakit atau fasilitas rawat jalan dalam menganalisa pola asuhan dan sebaran demografi populasinya. Melalui implementasi sistem pengkodean dan pengindeksan, informasi yang terdapat di dalam catatan kesehatan pasien bisa di-compile bukan saja untuk tujuan pembayaran, tapi juga untuk tujuan administratif, riset, dan pendidikan.

Unit-unit pengukuran yang umum digunakan pada rawat jalan adalah:

1. Encounter – yaitu kontak berhadapan antara pasien dengan provider yang memiliki tanggung jawab utama untuk memeriksa dan mengobati pasien pada kontak tersebut, dengan memberikan keputusan yang independen.
2. Kontak profesional – terjadi antara pasien dengan provider ketika pasien hadir secara fisik, atau ketika provider memeriksa specimen atau menafsirkan suatu hasil pencitraan yang berasal dari pasien, dsb. untuk dokter yang merujuknya.

Jadi, suatu encounter terjadi ketika pasien mendapatkan pemeriksaan x-ray, laboratorium, asuhan terapi fisik, dsb. melalui provider lain kalau asuhan ini tidak selesai pada waktu encounter dengan provider asli yang memerintahkan pemeriksaan. Kontak profesional juga bisa terjadi antara pasien dengan provider melalui telepon dan cara komunikasi lain. Akan tetapi, asuhan dari apoteker atau pemberi obat tidak merupakan encounter.

3. Outpatient visit – kunjungan pasien rawat jalan ke satu atau beberapa unit atau fasilitas yang berada di dalam atau dikelola oleh suatu badan yang menyelenggarakan asuhan kesehatan (klinik, praktek dokter, rumah sakit).
4. Occasion of service – asuhan spesifik yang bisa diidentifikasi pada perawatan pasien.

Perbedaan-perbedaan yang terdapat pada definisi di atas menunjukkan adanya kesulitan dalam pengumpulan data statistik rawat jalan. Outpatient visit bisa mencakup satu atau lebih ‘occasions of service’ untuk pasien yang bersangkutan, tergantung pada berapa banyak pengujian yang harus dilakukan atau berapa banyak unit rawat jalan yang dikunjungi. Encounter bisa dengan seorang profesional yang bertanggung jawab atas perawatan pasien, atau dengan orang lain seperti pekerja sosial, yang membantu dalam asuhan pasien. Pasien bisa mendapatkan beberapa encounter pada satu kunjungan, dan fasilitas rawat jalan perlu memelihara data mengenai jumlah dan jenis encounter ini. Karena adanya beberapa perbedaan dalam unit-unit pengukuran ini, banyak fasilitas rawat jalan memilih untuk mencatat data pada outpatient visits, encounters dan occasions of service, supaya pola perawatan yang tepat bisa terdokumentasi dan mudah digunakan.

QUALITY MANAGEMENT

Karena berbagai alasan, cara pemeliharaan mutu rawat jalan bisa berbeda dari rawat inap dalam hal cakupan, bentuk layanan dan dokumentasi. Catatan medis rawat jalan suatu provider mungkin bukan merupakan sumber yang baik untuk penelitian mutu karena bisa singkat saja; tidak teratur; susah dibaca atau tidak lengkap; dan sering tanpa menyebutkan rawatan relevan yang telah diberikan oleh provider lain. Begitu pula, pemetikan (retrieval) catatan menurut diagnosa, masalah, dan alasan kunjungan bisa tidak mungkin dilakukan karena pengkodean dan pengindeksan tidak dilakukan. Aktifitas pemeliharaan mutu mungkin juga terbatas karena kekurangan staf atau dana. Staf yang ada untuk meneliti mutu mungkin hanya memiliki latihan terbatas dalam terminologi medis, anatomi dan fisiologi, catatan medis, dan sebagainya.

Cara pengelolaan mutu yang dikembangkan harus dapat menggunakan data yang tersedia dan mudah dipahami oleh personil yang terlibat. Profesional informasi kesehatan harus aktif dalam membantu dalam pengembangan program pemeliharaan mutu ini, dan juga dalam mengembangkan prosedur pengkodean, pengindeksan, dan pengumpulan data.

JCAHO mensyaratkan fasilitas layanan rawat jalan terakreditasi untuk memiliki mekanisme kontrol mutu yang pantas. Syarat ini antara lain:

1. Koordinasi antara penjadwalan dan pengadaan staf yang memudahkan akses dan kesinambungan perawatan dan mengurangi waktu tunggu pasien.

2. Suatu sistem untuk melakukan follow-up terhadap appointments yang tidak dipenuhi. Review, interpretasi, dan pelaporan hasil radiografi, laboratorium, dan EKG harus tersedia pada waktunya untuk dokter yang memintanya.
3. Review dan evaluasi sistematis terhadap pasien bedah yang memerlukan perawatan inap setelah bedah rawat jalan.
4. Kalau diizinkan dan pantas, tersedia satu kopi catatan atau ringkasan layanan rawat jalan untuk dokter atau fasilitas yang melakukan perawatan follow up.
5. Pemeliharaan dan evaluasi profil obat pasien, kalau mungkin. Pada review tugas staf medis dimasukkan evaluasi pemakaian obat pasien rawat jalan yang menerima obat-obatan.
6. Pada review fungsi staf medis dimasukkan review pemakaian darah untuk pasien rawat jalan yang mendapatkan transfusi darah.
7. Mematuhi persyaratan terapi radiasi, kalau ini disediakan.
8. Adanya cara untuk berkomunikasi dalam bahasa penduduk yang banyak dilayani.

Juga disyaratkan suatu program pemeliharaan mutu yang dirancang untuk secara objektif dan sistematis memonitor dan mengevaluasi mutu dan kepatasan perawatan pasien, mengejar kesempatan meningkatkan asuhan pasien, dan menyelesaikan masalah yang timbul. Cakupan program pemeliharaan mutu harus melibatkan evaluasi mutu dan kepatasan prosedur diagnostik dan pengobatan; mutu, isi, dan kesempurnaan entry catatan medis; kiberja klinis; penggunaan obat-obatan; kepuasan pasien; mutu dan kepatasan asuhan bedah dan anestesia, kalau disediakan; dan mutu dan kepatasan asuhan gawat darurat, kalau disediakan. Harus terdapat kontrol mutu pada layanan patologi dan laboratorium, kalau disediakan.

RINGKASAN

Asuhan rawat jalan merupakan komponen integral pada sistem pemberian layanan kesehatan di USA, dan pada tahun-tahun terakhir ini penggunaan layanan rawat jalan telah meningkat dengan tajam.. Catatan medis yang dipelihara untuk asuhan rawat jalan memiliki peranan yang vital dalam menjamin kesinambungan perawatan pasien. Semakin bervariasi sistem asuhan kesehatan, semakin penting pula peranan informasi dalam penyediaan rawatan yang berkesinambungan. Profesional informasi kesehatan harus mengambil peranan aktif dalam pengembangan catatan medis dan prosedur manajemen informasi yang bermutu pada fasilitas-fasilitas asuhan rawat jalan.

PERTANYAAN

1. Faktor apa yang mempengaruhi meningkatnya penggunaan rawat jalan dan alternatif lain rawat inap?
2. Sebutkan empat jenis asuhan rawat jalan berbasis rumah sakit.
3. Definisikan 'fasilitas bedah rawat jalan', dan ceritakan kecepatan pertumbuhannya saat ini.
4. Elemen data apakah yang harus dicatat pada catatan gawat-darurat menurut *Medicare Conditions of Participation* Menurut *JCAHO*?
5. Menurut *JCAHO*, elemen data apa yang harus dicatat pada setiap kunjungan rawat jalan?
6. Sebutkan berbagai jenis fasilitas rawat jalan berdiri sendiri dan jelaskan persyaratan catatan medisnya menurut *JCAHO* dan *Accreditation Association for Ambulatory Health Care*.
7. Sebutkan persyaratan *JCAHO* untuk jaminan mutu asuhan rawat jalan.

IV. CATATAN KLINIS FASILITAS ASUHAN JANGKA PANJANG DAN REHABILITASI

Penyediaan catatan klinis merupakan goal penting dalam manajemen dan operasi fasilitas asuhan jangka panjang ('long term care') dan rehabilitasi. Isi catatan klinisnya berbeda dari perawatan akut, tapi cara pemeliharaan bisa sama. Namun karena perbedaan cara pencatatan data, sistem catatan klinis fasilitas asuhan jangka panjang jangan meniru sistem yang digunakan pada perawatan akut. Kebutuhan masing-masing institusi harus dipertimbangkan ketika menyusun sistem pencatatan. Bab ini berisi ringkasan pedoman untuk isi catatan, aktifitas pengumpulan data, pemeliharaan dan peningkatan mutu, review penggunaan sumber, dan prinsip manajemen catatan yang berlaku untuk fasilitas asuhan jangka panjang dan rehabilitasi.

Walau pun asuhan jangka panjang dan rehabilitasi sering ditujukan untuk dua populasi yang berbeda, terdapat cukup banyak kesamaan di antaranya sehingga kebutuhan catatan klinisnya pun juga mirip. Persamaan yang paling menonjol adalah bahwa kedua populasi ini memerlukan perawatan dalam waktu yang lama. Perubahan status fisik tidak berlangsung dramatis seperti pada perawatan akut. Residen asuhan jangka panjang dan pasien rehabilitasi sama-sama memiliki kondisi yang kronis, walau pun residen asuhan jangka panjang umumnya memiliki penyakit kronis, sedangkan pasien rehabilitasi sering mengalami cacat akibat faktor keturunan, kecelakaan atau cedera. Residen asuhan jangka panjang pada umumnya berusia tua, sedangkan pasien rehabilitasi bisa semua umur. Pada kedua tempat ini residen dan pasien memerlukan bantuan dan latihan dalam aktifitas kehidupan harian. Pasien rehabilitasi yang umumnya lebih muda bisa memperoleh latihan ekstensif melebihi aktifitas kehidupan harian yang mencakup pendidikan dasar dan latihan karir alternatif. Asuhan jangka panjang umumnya disediakan sebagai asuhan rawat inap, sedangkan perawatan rehabilitasi bisa berupa rawat jalan dan rawat inap.

FASILITAS ASUHAN JANGKA PANJANG

Fasilitas asuhan jangka panjang merupakan bagian integral sistem pelayanan asuhan kesehatan. Fokus asuhan jangka panjang berubah pada tahun 1987 dengan disetujuinya Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA). Setelah sering tertunda, aturan-aturan federal diterbitkan tahun 1991 untuk menerapkan OBRA pada fasilitas asuhan jangka panjang. Peraturan ini mengubah dan menyatukan persyaratan yang harus dipenuhi penyelenggara asuhan jangka panjang untuk ikut dalam program Medicare atau Medicaid. Peraturan ini menggantikan Conditions of Participation yang telah dikembangkan pada program Medicare. Persyaratan asuhan jangka panjang dan peraturan negara bagian yang berhubungan harus dipelajari dengan hati-hati ketika mengembangkan kebijaksanaan dan prosedur pemeliharaan catatan klinis.

Nursing home ("panti asuhan") adalah istilah umum untuk fasilitas perawatan kesehatan orang tua. Istilah-istilah menunjukkan tingkat asuhan fasilitas tertentu sering dinyatakan pada peraturan lisensi. Asuhan terlatih ('skilled care') adalah tingkat yang paling komprehensif, dengan pasien yang memerlukan layanan perawatan terus menerus dan berbagai layanan penyokong secara rutin. Asuhan menengah atau 'nursing facility', tidak serumit itu, residen hanya memerlukan layanan penyokong dan perawatan yang terbatas.

Suatu fasilitas bisa memperoleh lisensi untuk menyediakan lebih dari satu tingkat asuhan, sehingga pasien bisa berpindah dari satu level ke level lain sesuai dengan tingkat kebutuhannya.

Pada umumnya dinas-dinas pengawasan state memiliki sistem-sistem yang berbeda dalam menilai tingkat perawatan dan menentukan reimbursement. Personil caatan klinis perlu membiasakan diri dengan sistem yang digunakan di statenya. Tingkat perawatan bisa pula ditentukan oleh suatu sistem klasifikasi seperti Resource Utilization Groups yang digunakan di beberapa states. Terdapat cara-cara lain sistem reimbursement berdasarkan *case-mix* yang digunakan oleh program Medicaid yang membiayai residen ‘nursing facility’ di state lain. Istilah ‘nursing facility’ sekarang diterapkan pada fasilitas yang ikut di dalam program Medicaid yang sebelumnya disebut fasilitas asuhan menengah. Berbagai jenis asuhan jangka panjang sekarang tersedia dengan terdapatnya berbagai opsi untuk orang tua dan cacad, misalnya ‘assisted living’, ‘rest homes’, ‘independent living’, ‘respite care’, dan fasilitas ‘hospice’.

Karena banyaknya pilihan ini, maka populasi residen dan pasien serta kebutuhan dokumentasinya akan berbeda dari satu institusi ke institusi asuhan jangka panjang lainnya. Pada ujung satu sisi terdapat orang-orang tua lemah dan sakit-sakitan yang tidak mampu hidup secara independen. Mereka mengalami kemunduran fisik yang kronis sehingga memerlukan berbagai asuhan penyokong untuk aktifitas kehidupan sehari-hari, dan menderita berbagai penyakit kronis yang memerlukan layanan teratur dari dokter, perawat, dan profesional kesehatan lain. Dokumentasi catatan medis mereka dengan sendirinya akan khas dengan catatan asuhan kronis berulang, yang diselingi oleh episode-episode medis yang besar.

Pada ujung lain, terdapat pasien yang datang ke fasilitas untuk masa rawat yang lebih singkat, sering dengan situasi diagnosa yang lebih spesifik yang akan membaik secara total atau partial dalam masa penyembuhan atau rehabilitasi.

STANDARD HUKUM, PERATURAN, DAN AKREDITASI

Yang mendasar pada operasi fasilitas asuhan jangka panjang adalah izin yang diberikan dinas kesehatan setempat yang memiliki wewenang untuk mengatur fasilitas tersebut. Dinas ini menerbitkan peraturan yang melibatkan area spesifik dari isi dan praktek catatan medis. Pada waktu penambahan masa lisensi, aspek-aspek yang menonjol pada isi dan sistem catatan medis mungkin akan diperiksa. Kalau satu area tidak memenuhi persyaratan, fasilitas harus mengajukan rencana perbaikan, yang dengan jelas menunjukkan cara perbaikan dan jangka waktu pelaksanaannya. Suatu sistem catatan medis yang dikembangkan dengan semestinya akan membantu fasilitas dalam menjaga kesesuaian dengan persyaratan state, federal, dan lokal. Review catatan medis pada saat perawatan dan pemantauan yang berhubungan akan membantu menurunkan tingkat kesalahan dokumentasi oleh semua personil yang menyediakan asuhan bagi residen.

Peraturan federal untuk asuhan jangka panjang berlaku untuk semua fasilitas yang ikut dalam program Medicare/Medicaid. Sebagaimana peraturan state, sebuah fasilitas harus memperbaiki kekurangan yang ditemukan pada survei-survei berkala.

Set standard ketiga berasal dari partisipasi sukarela di dalam program akreditasi JCAHO. Badan akreditasi ini telah mengembangkan standard untuk fasilitas asuhan jangka panjang. Fasilitas yang ingin diakreditasi harus mendaftar pada JCAHO, dan berpartisipasi di dalam survei pemeriksaan situs. Kalau ternyata patuh pada standard maka ia akan memperoleh sertifikat akreditasi yang sesuai dengan tingkat perawatan yang diselenggarakannya. Berbeda dengan peraturan state dan federal, kepatuhan akan standard JCAHO adalah sukarela.

Walau pun fasilitas tertentu tidak mencari status JCAHO, personil catatan klinis mungkin akan beruntung kalau memiliki standard tersebut sebagai rujukan. Kebijaksanaan fasilitas tertentu mungkin saja lebih ketat daripada peraturan state dan federal. Pedoman dari

JCAHO merupakan basis untuk pengembangan kebijaksanaan tersebut, sebagaimana standard praktek profesional untuk asuhan jangka panjang yang diterbitkan oleh AHIMA.

NURSING FACILITIES

Staf Profesional dan Administratif

Pemilikan fasilitas ini sama bervariasinya dengan pemilikan rumah sakit, walau pun sebagian besar di antaranya bersifat mencari keuntungan. Pada semua jenis pemilikan terdapat seorang administrator sebagai CEO yang bertanggung jawab akan kegiatan harian pelaksanaan fasilitas. Hampir semua peraturan state menghendaki administrator nursing facility memiliki lisensi dari state.

Seorang direktur medis akan mengkoordinasikan kerja staf medis dan mengawasi asuhan medis dan profesional yang diberikan. Setiap residen memiliki seorang dokter yang bertanggung jawab untuk perawatannya.

Direktur layanan keperawatan (*nursing service*) memainkan peranan kunci pada asuhan jangka panjang. Karena bentuk perawatan yang diberikan, kehadiran dokter lebih terbatas dibandingkan dengan pada tempat asuhan akut. Peranan direktur ini adalah sebagai petugas utama yang supervisi asuhan harian dan melakukan koordinasi dengan dokter. Petugas catatan klinis sering berhubungan dengan direktur tersebut dalam hal perawatan residen dan dokumentasinya. Petugas perawatan terdiri dari campuran perawat terdaftar (*registered nurse*), perawat praktis berlisensi, dan pembantunya. Berbagai penyedia layanan kesehatan profesional memberikan asuhan di nursing facility, seperti direktur aktifitas, terapis okupasi, terapis fisik, podiatris, dentist, ahli farmasi, dan pekerja sosial. Pada fasilitas yang relatif kecil, mereka bekerja berdasarkan kontrak. Pada dokumentasi perlu sekali dicantumkan keahlian masing-masing profesi ini.

Petugas catatan klinis harus mencakup praktisi profesional, baik sebagai pegawai fasilitas atau sebagai konsultan. Tanggung jawab pelaksanaan harian harus diberikan kepada pegawai fasilitas. Biasanya petugas catatan klinis bertanggung jawab kepada CEO, namun ada juga yang bertanggung jawab kepada direktur layanan keperawatan.

Catatan Klinis pada Nursing Facilities

Setiap residen pada fasilitas perawatan harus memiliki catatan tersendiri. Catatan klinis hendaknya sederhana, realistis, dan fleksibel, tapi cukup detil untuk kepentingan perawatan dan pengobatan. Catatan klinis harus berisi informasi komplit mengenai penyakit dan pengobatan residen. Kejadian-kejadian dicatat sesuai dengan urutan waktu. Catatan kronologis lengkap ini menjadi pembenaran diagnosa dan membuktikan bahwa keadaan tersebut memerlukan pengobatan. Dokumentasi harus cukup detil sebagai dasar penggantian biaya oleh berbagai badan penyedia dana.

Bagian-bagian berikut menguraikan berbagai item yang umumnya terdapat pada catatan klinis fasilitas perawatan yang ikut di dalam program Medicare/Medicaid, patuh pada peraturan lisensi state, dan ikut dalam proses akreditasi JCAHO.

a. Data Identifikasi

Informasi pada bagian identifikasi catatan klinis harus memiliki cukup data untuk mengidentifikasi residen secara jelas. Contoh-contoh entry yang bisa dikumpulkan terdapat di bawah ini. Item yang bisa berubah harus dijaga agar berisi data terbaru, dan pada catatan klinis diletakkan pada tempat yang mudah terlihat, misalnya pada lembar identifikasi. Item-item ini didahului dengan asterisk (*).

| | | |
|-------|-----------------------------------|--|
| kecil | Nama residen, juga alias dan nama | Nomor Medicare |
| | Status perkawinan | Nomor Medicaid |
| | Nomor fasilitas | Jenis kelamin |
| | * Alamat | Keluarga terdekat atau penanggung jawab |
| | * Nomor telpon | Alamat keluarga terdekat atau pen. jawab |
| | * Usia | Pekerjaan biasanya |
| | Tanggal lahir | Tanggal masuk |
| | Tempat lahir | Jam masuk |
| | Kewarganegaraan | Diterima dari |
| | Nomor kartu 'Social Security' | Dirujuk oleh |
| | Pilihan keagamaan | Dokter yang merawat |
| | Rohaniawan dan alamatnya | Dentist |
| | Pilihan pemakaman | Informasi lain untuk persyaratan lokal |
| | Dinas kemiliteran | |
| | Asuransi | |

Gabungan lembar identifikasi dan ringkasan terdapat pada Gambar 1. Kalau jenis ini yang dipergunakan, dokter bertanggung jawab untuk menulis diagnosa final, dan keadaan atau prognosa (ramalan perjalanan penyakit) residen pada waktu dipulangkan. Tanda tangan dokter yang merawat bisa diminta di atas lembar ini kalau fasilitas menghendaki verifikasi entry dokter tersebut. Perlu diingat bahwa lembar ringkasan seperti ini tidak bisa menggantikan ringkasan pemulangan yang merupakan suatu dokumen yang terpisah. Tanggal dan jam pemulangan serta tempat residen akan dikirim harus diisi oleh petugas yang semestinya.

RECORD OF ADMISSION
(Admission by F.M.S. One admission only, 1971)

To _____

| Facility name and address | | Room | Ward | Wards/Alarms | Admission number | Sex | Race | Religion | | | | | | |
|--|---------------|--|----------------------------|---|-----------------------|---|------|-----------|------------------------|-------------|--|----------------------------|----------|-----------------|
| Local address - Street address (if rural, give location) | | Home phone | | Date of birth | | Age | | | | | | | | |
| City/Town | State | County | Di code | | Birthplace | | | | | | | | | |
| Date admitted | Time admitted | J.M.P.M. | Room no. | Previous admission date (if applicable) | Previous admission to | Medical status No. of previous stays | | | | | | | | |
| Admission physician | Address | | Phone | Previous admission to | | Citizenship of other country | | | | | | | | |
| Admission physician | Address | | Phone | Social security number | | Maiden name | | | | | | | | |
| Doctor | Address | | Phone | Maiden name | | Maiden name | | | | | | | | |
| Place of birth or nearest relatives | Address | | Phone | Relationship | | Maiden name number of admission | | | | | | | | |
| Place of birth or nearest relatives | Address | | Phone | Relationship | | Date of U.S. Census (if asked) | | | | | | | | |
| Married to | Address | | Phone | Relationship | | Date of U.S. Census (if asked) | | | | | | | | |
| Church/Synagogue | Address | | Phone | Relationship | | Date of U.S. Census (if asked) | | | | | | | | |
| Name of insurance company | Address | | Phone | Certificate/Policy number | | Business industry | | | | | | | | |
| Identify here all institutions, give name, address and phone: | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>How referred</td> <td>Referred by</td> <td>Admitted from (hospital, jail, state of day)</td> <td>Admission's subject's name</td> </tr> </table> | | | | | | | | | How referred | Referred by | Admitted from (hospital, jail, state of day) | Admission's subject's name | | |
| How referred | Referred by | Admitted from (hospital, jail, state of day) | Admission's subject's name | | | | | | | | | | | |
| ALLERGIES | | | | | | | | | | | | | | |
| Primary Admitting Diagnosis | | | | | | | | | | | | | | |
| Secondary Admitting Diagnosis | | | | | | | | | | | | | | |
| Reoperation Planned | | | | | | | | | | | | | | |
| Programs | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Date of Discharge</td> <td>How</td> <td>Referred to (Name, Address, Relationship)</td> </tr> </table> | | | | | | | | | Date of Discharge | How | Referred to (Name, Address, Relationship) | | | |
| Date of Discharge | How | Referred to (Name, Address, Relationship) | | | | | | | | | | | | |
| <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Place Discharge to</td> <td>Address</td> <td>City</td> <td>State</td> <td>Phone</td> </tr> </table> | | | | | | | | | Place Discharge to | Address | City | State | Phone | |
| Place Discharge to | Address | City | State | Phone | | | | | | | | | | |
| <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Condition on Discharge</td> <td>Recovered</td> <td>Improved</td> <td>Unimproved</td> <td>Deceased</td> <td>Other (Specify)</td> </tr> </table> | | | | | | | | | Condition on Discharge | Recovered | Improved | Unimproved | Deceased | Other (Specify) |
| Condition on Discharge | Recovered | Improved | Unimproved | Deceased | Other (Specify) | | | | | | | | | |
| Discharge Diagnosis | | | | | | | | | | | | | | |
| Cause of treatment | | | | | | | | | | | | | | |
| Programs | | | | | | | | | | | | | | |
| * Physician's Signature _____ Date _____ | | | | | | | | | | | | | | |
| If this admission is not signed by the physician, this summary information has been transferred from documents contained in this patient's chart, record which automatically bear the physician's signature. Signature of Recording Nurse _____ Date _____ | | | | | | | | | | | | | | |
| NAME - Last | | First | | Middle | | Admitting Physician | | Chart No. | | | | | | |

ADMISSION RECORD

Reprinted with permission of Briggs Corporation, Des Moines, Iowa 50306

FIGURE 1. RECORD OF ADMISSION

b. Pernyataan Transfer atau Rujukan

Fasilitas keperawatan memerlukan fakta dasar setiap residen untuk bisa menyediakan layanan yang sepatutnya. Fakta-fakta ini bisa diperoleh dari formulir transfer atau rujukan (Gambar 2 dan 3). Kalau seorang residen masuk ke suatu fasilitas, formulir ini harus menyertainya; kalau tidak tersedia maka formulir ini harus segera diminta ke rumah sakit, dokter, atau fasilitas lain yang merujuknya. Formulir ini harus menyatakan alasan admission, diagnosa, informasi medis terkini, dan potensial rehabilitasinya. Dokter juga hendaknya menentukan level perawatan yang diperlukan dan berapa lama waktu yang diperkirakan.

Item tambahan pada formulir ini hendaknya berisi:

- Data identifikasi dari lembar ringkasan catatan
- Nama institusi yang mentransfer
- Tanggal transfer
- Diagnosa rumah sakit dan nomor rumah sakit kalau ditransfer dari sini
- Laporan perawat yang mencakup sikap pasien, tingkah laku, keinginan, kemampuan fungsional (aktifitas kehidupan harian), pengobatan yang tidak biasanya, masalah asuhan keperawatan, gizi, obat-obatan saat ini dan kapan terakhir diberikan, keadaan pada waktu transfer, dan data serta temuan x-ray.
- Laporan dokter yang mencakup alasan admission, perintah pemberian obat, tindakan, diet dan aktifitas, penemuan laboratorium dan x-ray yang bermakna, diagnosa, prognosa, dan ringkasan pengobatan.

RESIDENT TRANSFER FORM

ENTER AGE AND WEIGHT HERE
(Transfer from Form 1, 1981)

RESIDENT'S LAST NAME: _____ FIRST NAME: _____ SEX: _____ MEDICAL SECURITY NUMBER: _____

RESIDENT'S ADDRESS (Home, City, State, Zip): _____ DATE OF BIRTH: _____

DATE OF THE TRANSFER: _____ FACILITY NAME AND ADDRESS (Transferring From): _____

DATE OF BIRTH AT FACILITY TRANSFERRED FROM: _____

APPOINTMENT SCHEDULE FOR CHARGE (To be done by):

SELF OR PAID? BLUE CARE? PUBLIC AGENCY (Name: _____)
 INSURANCE LONG TERM? OTHER? (Name: _____)
 ON WARD

NAME AND ADDRESS OF FACILITY TRANSFERRING FROM: _____

NAME AND ADDRESS OF ALL HOSPITALS AND EXTENDED CARE FACILITIES FROM WHICH HE WAS AT HIS DISCHARGE (If any): _____

CLINIC APPOINTMENT SCHEDULED: _____ DATE: _____ TIME: _____ CLINIC APPOINTMENT AT: _____ DATE OF LAST PHYSICAL EXAMINATION: _____ DATE OF LAST BUNET MEASUREMENT: _____

RELATIVE OR GUARDIAN Name, Address, Phone Number, Relationship to Resident: _____ HAS THIS RESIDENT EVER BEEN QUARANTINED THIS TRANSFER? (Yes/No) _____ AND THIS RESIDENT USE THE RECEIPT, USE IN CONSULTATION OR HOW TO CONTACT THE STATE DEPARTMENT? (Yes/No) _____

DIAGNOSES AT TIME OF TRANSFER: _____ CAUSE TRANSFER RELATED? (Yes/No) _____

INITIALS AT TIME OF TRANSFER: _____ REASON FOR TRANSFER: _____

T: _____ F: _____ R: _____ W/P: _____

CHECK ALL THAT APPLY

DISABILITIES

Amputation Bowel
 Paralysis Bone
 Contractures? Falls
 Pressure Ulcer

ACTIVITY TOLERANCE LIMITATIONS

None Moderate Severe
 None Yes No
 None Good Fair Poor

RESIDENT KNOWS DIAGNOSIS?

POTENTIAL FOR REHABILITATION

Good Fair Poor

IMPORTANT MEDICAL INFORMATION
(State all drugs if any)

ADVANCE DIRECTIVES

Yes Advance None
 No None

RES WOULD POLICY

None to resident Yes No
 None Yes No

INDICATIONS FOR ACTIVE CARE

Full Partial None
 None None None

WOUND HEALING

Full Partial None
 None None None

LOCOMOTION

Walk None
 None None

DIET, DRUGS, AND OTHER THERAPY
(If Time of Change)

| Dosage Medication | Strength & Frequency | Time Last Dose | Sign Date |
|-------------------|----------------------|----------------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

May NOT use generic substitutes
 (Physician or nurse must sign below, also verification of med.)

Chest X-Ray Date: _____ Result: _____
 C.B.C Date: _____ Result: _____
 EKG Date: _____ Result: _____
 Urinalysis Date: _____ Result: _____

RES

Position in good body alignment and change position every _____ hrs

Avoid _____ position

Place position _____ when/ day to alternate

RELEASE

None None None
 None None None

SOCIAL ACTIVITIES

None None None
 None None None

TRANSPORTATION

Ambulance Car
 Car for transportation Bus

VERIFICATION OF MEDS

Signature of Physician or Nurse: _____ Date: _____

RESIDENT TRANSFER FORM
Continued on Reverse

Reprinted with permission of Briggs Corporation, Des Moines, Iowa 50306

FIGURE 2. RESIDENT TRANSFER FORM (front)

mengenai keadaan pasien. Kalau perintah terapi diberikan pada waktu admission, maka terapis yang sesuai juga akan mulai mengevaluasi kebutuhan residen.

Termasuk di dalam evaluasi admission dokter adalah riwayat medis dan sosial, pemeriksaan fisik, dan rencana pengobatan. Dokter harus memberi tanggal dan menandatangani keseluruhan isi laporan ini. Beberapa item yang spesifik untuk fasilitas perawatan adalah:

- *Alasan Admission* – Pernyataan singkat dan jelas mengenai keadaan atau hal-hal yang menyebabkan residen berada di fasilitas perawatan. Alasan ini akan menjadi dasar untuk pengembangan pernyataan lebih lanjut yang menentukan tingkat perawatan yang diperlukan.
- *Riwayat Sosial* – Uraian mengenai lingkungan sosial residen, termasuk dimana ia tinggal, teman-temannya, pekerjaannya, dan hubungan kekeluargaan serta ketergantungannya pada hubungan ini. Bagian ini biasanya disusun oleh staf asuhan sosial dan sering merupakan dasar untuk rencana pemulangan.
- *Riwayat dan Pemeriksaan Fisik* – Dilakukan dan dicatat oleh dokter dalam waktu 48 jam setelah admission, atau menurut peraturan state. Hasil pemeriksaan rumah sakit atau dokter swasta yang dilakukan lima hari sebelum admission bisa digunakan kalau ditandatangani, dan catatan bertanggal mengenai perubahan keadaan residen dimasukkan ke dalam catatan oleh dokter yang menerima.

Sesuai dengan kebijaksanaan fasilitas dan standard tertentu, bisa dilakukan pemeriksaan fisik setahun sekali oleh dokter. Pemeriksaan tahunan ini harus mencakup semua item yang terdapat pada pemeriksaan awal, termasuk perubahan menonjol pada kondisi residen, dan setiap perubahan rencana pengobatan. Sebuah *'tickler file'* bisa dibuat untuk membantu memastikan penjadwalan pemeriksaan fisik tahunan dengan tepat waktu. File ini disusun menurut tanggal untuk mengingatkan petugas akan update pemeriksaan atau pengobatan yang saatnya sudah tiba. Tickler file ini sebaiknya dihubungkan dengan file yang disimpan pada layanan keperawatan yang biasa menjadwalkan pemeriksaan.

d. Rancangan Perawatan Komprehensif

Rancangan perawatan antar-disiplin memberikan penekanan pada hubungan antara setiap aspek perawatan residen. Rancangan perawatan dimulai pada waktu residen mulai masuk fasilitas, dan merupakan alat yang memungkinkan rencana perawatan komprehensif dengan input dari setiap disiplin yang terlibat di dalam perawatan. Rancangan ini dimulai dari penentuan *data set* minimum (MDS = Minimum Data Set) dan ringkasan protokol pemeriksaan residen (RAPS = Resident Assessment Protocol Summary), serta rencana perawatan dokter. Setiap profesional perawatan kesehatan juga menyumbangkan keterampilan uniknya untuk mempercepat kemajuan residen.

Rancangan perawatan mencakup penilaian, penentuan goal, identifikasi aktifitas atau strategi spesifik untuk mencapai goal, penilaian periodik mengenai pencapaian goal, dan update periodik. Rancangan ini juga berisi input dari residen dan/atau pihak yang menanggungnya. Rancangan direview dan direvisi sesering yang ditentukan oleh dinas setempat, pada saat goal dicapai, dan ketika perubahan status residen terjadi.

Banyak jenis formulir dipasaran mengenai rancangan perawatan dan versi komputernya juga tersedia.

Perubahan rancangan perawatan bisa dengan mudah diringkaskan pada saat discharge untuk membentuk bagian utama ringkasan discharge, menunjukkan baik pencapaian goal yang ditentukan pada saat admission, atau perubahan status residen yang memerlukan perubahan goal-goal ini. Rancangan perawatan memberikan dasar bagi evaluasi di kemudian hari mengenai mutu dan pola umum perawatan yang diberikan di institusi tersebut.

e. Rancangan Discharge

Rancangan discharge dimulai pada saat admission, mencakup penilaian harapan umum untuk discharge, misalnya kembali ke perawatan keluarga setelah periode

penyembuhan. Rancangan ini difokuskan pada perawatan setelah residen pulang, dan kebutuhan residen yang harus dipenuhi untuk memperoleh kehidupan yang lebih independen. Sering penilaian dan rencana detil ini dilakukan melalui kontrak dengan badan-badan masyarakat seperti *home health agency* atau kelompok asuhan sosial yang sejenis. Hal-hal yang dimasukkan ke dalam rencana discharge termasuk *'living arrangement'* residen setelah pulang, layanan yang diperlukan agar residen bisa tetap bersama masyarakat, dan badan yang dilibatkan dalam proses perencanaan discharge.

f. Perintah

Pada waktu residen diterima masuk, fasilitas harus telah memiliki perintah-perintah dokter untuk perawatan. Minimal perintah ini mencakup makanan, obat-obatan yang perlu, dan asuhan rutin untuk mempertahankan atau meningkatkan kemampuan fungsional residen. Semua perintah harus bertanggal dan bertandatangani.

Karena dokter jarang mengunjungi residen di fasilitas perawatan, perintah melalui telepon merupakan hal yang umum. Aturan perizinan state harus diperhatikan mengenai siapa yang boleh mencatat perintah telepon, dan dalam waktu berapa lama perintah ini harus ditandatangani.

Pada perintah lisan, semua entry harus segera dicatat di dalam catatan klinis oleh petugas yang menerima perintah. Ia harus mencatat tanggal dan waktu perintah diperoleh, dan menandatangani. Gelar profesional penerima perintah ini harus dituliskan, misalnya RN, RPT, dsb.

Perintah penghentian otomatis (*'automatic stop orders'*) untuk obat terbatas merupakan prosedur rutin dan harus digarisbawahi pada manual kebijaksanaan fasilitas. Pada sistem penghentian otomatis ini, obat-obatan seperti narkotika, sedatif (penidur), stimulant (perangsang), antibiotika, penenang, dan antikoagulan (anti-pembekuan) harus dihentikan setelah suatu periode waktu yang ditentukan, kecuali kalau secara khusus diperintahkan untuk waktu yang lebih lama. Kalau saat penghentian telah tiba, staf fasilitas harus memberitahu dokter bahwa obat tersebut sedang dihentikan. Tanpa perintah dokter, obat tersebut tidak boleh diteruskan.

Asuhan rehabilitasi khusus seperti terapi fisik, terapi okupasi, dan terapi wicara hanya dilakukan setelah perintah dokter diterima.

Pada saat discharge sementara atau permanen, perintah spesifik harus dibuat dan ditandatangani sebelum discharge, cuti, atau transfer.

g. Review Obat-obatan

Obat-obatan setiap residen harus diperiksa oleh apoteker paling kurang sekali dalam sebulan oleh apoteker berizin. Hasil penemuannya dicatat di dalam catatan klinis dan dilaporkan kepada dokter dan direktur keperawatan. Laporan ini harus ditindaklanjuti.

h. Catatan Kemajuan

Catatan kemajuan (progress notes) berisi pernyataan-pernyataan tentang kemajuan residen sebagaimana dicatat oleh berbagai staf profesional. Mereka memberikan laporan kronologis situasi residen dan juga reaksi terhadap pengobatan, sikap umum yang mempengaruhi pengobatan, dan catatan mengenai setiap perubahan kondisi. Semua ini bisa ditulis oleh dokter, perawat, asisten dokter, atau setiap profesional kesehatan yang memberikan asuhan untuk residen. Semua catatan kemajuan harus bertanggal dan bertandatangani. Pemberi asuhan, pada waktu menandatangani, harus menuliskan spesialisasi profesionalnya.

Dokter harus menulis catatan kemajuan pada setiap saat residen dikunjunginya.

Catatan perawat harus didokumentasikan selama masa pengobatan. (Jarak waktu untuk pengisian entry ini tergantung pada persyaratan yang dibuat oleh badan pengatur fasilitas). Catatan ini berisi keadaan umum residen. Hal-hal yang biasanya dituliskan adalah tanda vital, keadaan kulit, status mental, selera makan, kesanggupan melakukan kehidupan sehari-hari, dan gejala atau tanda spesifik lain yang memerlukan pengobatan. Catatan perawat juga harus ditulis ketika adanya kejadian non-rutin, misalnya kecelakaan. Semua catatan diberi tanggal dan ditandatangani dengan nama perawat dan gelar profesionalnya.

Semua obat dan pengobatan yang diberikan harus dicatat pada catatan residen. Mereka sering dibuat pada formulir pemberian obat yang terpisah. Reaksi obat, setiap perubahan keadaan residen yang menonjol, setiap kecelakaan, serta jam dan tanggal kejadiannya harus dicatat dan ditandatangani. Obat-obatan yang diberikan kapan perlu (obat PRN – pro re nata = kapan perlu) harus dicatat saat pemberiannya, alasannya, dan hasilnya. Setelah suatu obat dihentikan pemberiannya atau setelah residen dipulangkan, obat-obatan yang tersisa harus dicatat di dalam catatan klinis. Pada catatan perawat harus dituliskan apakah obat tersebut dimusnahkan, diberikan kepada residen tersebut kalau diizinkan dokter, atau dikembalikan ke bagian farmasi. Kalau obat dimusnahkan, cara pemusnahan perlu dicatat dan diikuti oleh tandatangan perawat dan tandatangan perawat lain sebagai saksi. Kedua tanda tangan ini harus bertanggal. Kalau obat diberikan kepada residen, instruksi harus diberikan dalam istilah yang bisa dimengerti orang awam. Pada catatan harus tertulis bahwa obat dibawa pasien, nama obat tersebut, dan pernyataan bahwa instruksi cara penggunaan telah diberikan kepada residen. Informasi ini sering berada pada catatan perawat dan formulir transfer. Pencatatan ini memberikan kejelasan informasi dan perlindungan bagi residen dan fasilitas.

Formulir khusus dapat digunakan untuk mencatat tanda-tanda vital (suhu, nadi, dan pernafasan), tekanan darah, keluaran dan masukan, tinggi dan berat badan, obata-obatan dan pengobatan, aktifitas kehidupan harian, dan penggunaan infus atau pun asuhan khusus lain.

i. Laporan Asuhan Sosial

Aspek psikososial perawatan residen dinilai melalui interaksi teratur dengan staf asuhan sosial. Penilaian oleh layanan sosial kadang-kadang dimulai sebelum admission (penilaian pre-admission) untuk menentukan penempatan residen. Kalau penilaian pre-admission disusul oleh admission resmi ke fasilitas, maka catatan pre-admission menjadi bagian catatan klinis. Untuk pendaftar yang diproses melalui tingkat preadmission namun tidak diterima, lama catatan dokumentasi pre-admission disimpan sebagaimana catatan bisnis lain. Alasan non-admission ini harus dicatat dengan jelas pada penilaian pre-admission tersebut.

Staf asuhan sosial ikut serta di dalam mengembangkan rancangan perawatan antar-disiplin untuk setiap residen, membuat update periodik, mencatat semua kontak dengan residen atau keluarganya, dan meringkaskan penemuan tersebut sebagaimana diperlukan menurut keadaan residen.

Dalam perencanaan discharge, staf asuhan sosial dapat mengatur asuhan komunitas dan/atau penempatan alternatif bagi residen. Aktifitas ini dicatat pada rancangan discharge.

j. Laporan Khusus

Asuhan laboratorium, radiografi, dan diagnostik lain disediakan bagi residen berdasarkan perintah tertulis dokter. Laporan pengujian yang dilakukan harus bertanggal, ditandatangani, dan disimpan di dalam catatan klinis. Dokter harus diberitahu kalau hasil pemeriksaan ini telah diterima. Asuhan ini sering disediakan melalui kontrak dengan provider luar. Menurut peraturan federal, laporan dari laboratorium luar harus berisi nama dan alamat laboratorium tersebut.

k. Diagnosa

Diagnosa waktu admission harus dicatat di catatan klinis pada waktu masuk, biasanya pada lembar identifikasi dan ringkasan. Setiap diagnosa yang ditegakkan selama berada di fasilitas harus ditambahkan ke dalam catatan dan diberi tanggal oleh dokter. Kalau ada ruangan pada lembar identifikasi dan ringkasan, diagnosa selanjutnya dapat ditambahkan disitu, atau dibuat daftar diagnosa yang terpisah. Diagnosa akhir harus dimasukkan ke catatan klinis oleh dokter pada saat discharge, kematian, atau transfer.

l. Ringkasan Discharge

Pada saat fasilitas mengantisipasi kepulangan seorang residen, residen harus memiliki ringkasan discharge yang berisi rekapitulasi masa tinggal, suatu ringkasan akhir status residen yang berisi hal-hal yang disyaratkan oleh peraturan federal. Ringkasan ini harus tersedia pada waktu discharge untuk diserahkan kepada orang atau badan yang diberi wewenang oleh residen, atau kuasa hukumnya. Ringkasan ini harus berisi rencana perawatan setelah discharge yang dibuat bersama partisipasi residen dan keluarganya, yang akan membantu penyesuaian residen dengan lingkungan kehidupan yang baru.

Ringkasan discharge juga diperlukan pada setiap catatan klinis, tanpa tergantung pada antisipasi pemulangan residen. Fasilitas bisa menggunakan format yang sama dengan formulir pada discharge yang diantisipasi, atau menggunakan format yang berbeda.

m. Laporan lain-lain

Formulir berisi informasi yang bersifat administratif sering diarsipkan pada bagian akhir catatan, atau di dalam arsip administrasi. Hal-hal berikut ini harus tetap berada di dalam catatan klinis:

- Persetujuan rawat antara fasilitas dengan residen atau perwakilannya yang bertanggung jawab atasnya. Beberapa state memerlukan formulir persetujuan rawat yang ditandatangani oleh residen sebelum pengobatan/tindakan tertentu bisa diberikan. Ini merupakan perlindungan hukum bagi fasilitas.
- Daftar milik dan barang-barang berharga harus berisi rincian benda-benda yang berada di tangan residen dan yang diamankan oleh administrasi. Benda-benda seperti kacamata, gigi palsu dan prosthesis juga harus dicatat.
- *Pembebasan-pembebasan* – pembebasan fasilitas dari tanggung jawab atas residen pada waktu cuti harus ditandatangani oleh residen atau orang yang secara hukum bertanggung jawab atasnya. Hal ini akan melindungi fasilitas kalau terjadi kecelakaan dan menghindarkannya dari klaim palsu. Pembebasan dari tanggung jawab discharge harus ditandatangani kalau residen memaksa pulang. Izin autopsi dan penyerahan tubuh ke petugas kematian harus ditandatangani oleh keluarga terdekat. Izin-izin ini dapat melindungi fasilitas. Izin tertulis untuk melepaskan informasi harus ditandatangani oleh pasien atau perwakilan hukumnya sebelum informasi dilepaskan ke perusahaan asuransi, pengacara, atau siapa pun yang meminta informasi mengenai residen. Izin tertulis harus diarsipkan bersama catatan klinis, berisikan hal-hal yang yang dapat dibebaskan oleh izin tersebut.
- Pada kasus kematian, satu salinan sertifikat kematian bisa disimpan sebagai bagian catatan klinis kalau tersedia. Kalau autopsi dilakukan, satu salinan laporan ini harus menjadi bagian catatan klinis.
- Pengakuan hak-hak residen dengan jelas menyebutkan hak-hak residen selama tinggal. Residen harus telah diberitahu mengenai haknya sebelum atau pada waktu admission dan kemudian secara periodik, dan harus ada bukti tertulis mengenai hal ini. Formulir tercetak berisikan hak-hak ini ditandatangani oleh residen dan disimpan di dalam catatan klinis sebagai bukti bahwa ia telah diberitahu mengenai haknya. Kalau ada perubahan, satu kopi terbaru harus ditandatangani dan diberi tanggal oleh residen dan ditambahkan ke dalam catatan klinis.

n. Laporan Kecelakaan/Insiden

Kejadian tidak biasa yang melibatkan residen, petugas, atau tamu harus dicatat di dalam formulir laporan insiden. Informasi lengkap mengenai temuan dan pengobatan harus dicatat. Segala hal yang tidak biasa, misalnya jatuh dari tempat tidur, pemberian obat yang

salah, atau kecelakaan pada tamu harus dilaporkan formulir khusus laporan kecelakaan atau insiden (Gambar 4).

| INCIDENT AND ACCIDENT REPORT | | "An incident is any happening which is not consistent with the routine operation of the hospital or the routine care of a particular patient. It may be an accident or a situation which might result in an accident." | |
|---|--|--|--|
| Patient Involved Last Name, First Name, Middle Initial | | MALE <input type="checkbox"/> | FEMALE <input type="checkbox"/> |
| Date of Incident | | Time of Incident A.M. <input type="checkbox"/> P.M. <input type="checkbox"/> | Location of Incident Patient's Room <input type="checkbox"/> Corridor <input type="checkbox"/> Bathroom <input type="checkbox"/> Dining Room <input type="checkbox"/> Other (Specify) |
| PATIENT <input type="checkbox"/> | | Patient's Condition Before Incident Ambulatory <input type="checkbox"/> Assisted Device <input type="checkbox"/> Wheelchair <input type="checkbox"/> Safety Belt Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Bedfast <input type="checkbox"/> | |
| EMPLOYEE <input type="checkbox"/> | | Wore Bed Belt Present? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> UP <input type="checkbox"/> DOWN <input type="checkbox"/> Was Height of Bed Adjustable? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> UP <input type="checkbox"/> DOWN <input type="checkbox"/> | |
| VISITOR <input type="checkbox"/> | | Department _____ Job Title _____ | |
| OTHER (Specify) _____ | | Remained on Duty YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Assigned Shift: FIRST <input type="checkbox"/> SECOND <input type="checkbox"/> THIRD <input type="checkbox"/> | |
| Property Involved <input type="checkbox"/> Equipment Involved <input type="checkbox"/> Describe _____ | | Reason _____ Was person notified (and to whom) of this incident? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Describe Exactly What Happened Why it Happened, What Caused What if you know. Show Part of Body Injured if Property or Equipment Damaged. Describe Damage | | | |
| Was Person Injured Seen by a Physician YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | When _____ | Where _____ Physician's Name _____ |
| Was First Aid Administered and/or Examination Given? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | When _____ | Place Administered _____ By Whom _____ |
| Was Person Injured Taken to Hospital? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | When _____ | Where Taken _____ By Whom _____ |
| Indicate on Diagram Location of Injury | | TYPE OF INJURY | PHYSICIAN STATEMENT TREATMENT, RECOMMENDATIONS |
| | | 1 Laceration <input type="checkbox"/> 2 Hematoma <input type="checkbox"/> 3 Abrasion <input type="checkbox"/> 4 Contusion <input type="checkbox"/> 5 Sprain <input type="checkbox"/> 6 Fracture <input type="checkbox"/> 7 Scorch <input type="checkbox"/> 8 Burn <input type="checkbox"/> 9 Other (Specify) <input type="checkbox"/> 10 None Apparent <input type="checkbox"/> | |
| Name, Address, & Phone No. of Hospital _____ | | PHYSICIAN SIGNATURE _____ DATE _____ | |
| Complete Action _____ | | | |
| Date of Report _____ | Signature and Title of Person Preparing Report _____ | Department Head Signature _____ | Administrative Signature _____ |

FIGURE 4. INCIDENT REPORT

Laporan ini digunakan hanya untuk tujuan administratif dan tidak diarsipkan di dalam catatan klinis. Mereka sering disimpan di dalam arsip terpisah di kantor CEO. Walau pun tidak diarsipkan di dalam catatan klinis residen, informasi yang ada di dalamnya harus berkorelasi dengan informasi yang ada di dalam catatan perawat, catatan kemajuan oleh dokter (kalau ada), dan catatan praktisi lain.

Sebuah fasilitas harus segera memberitahu residen, dokternya, dan kalau diketahui, perwakilan hukumnya atau anggota keluarga yang tertarik, kalau terdapat kecelakaan yang pada residen sehingga menyebabkan injury dan berpotensi memerlukan bantuan dokter.

Susunan Catatan Medis

Penyusunan catatan harus memenuhi kebutuhan nursing facility. Hampir semua fasilitas mengatur catatan secara kronologis terbalik sewaktu residen masih berada di tempat tersebut. Ketika ketebalan catatan dikurangi atau ketika residen pulang, catatan disusun kembali secara kronologis

Ketika residen masih berada di fasilitas perawatan, catatan harus disusun untuk memudahkan pekerjaan dokter, perawat, dan personil kesehatan lain. Urutan dokumen harus ditentukan secara jelas sehingga keseragaman kerja bisa dipertahankan. Kalau urutan catatan

selama residen berada disana berbeda dari susunan akhir untuk pengarsipan final, urutannya bisa diatur kembali pada saat review terakhir. Kalau jadwal pemeliharaan catatan menentukan bahwa catatan harus dihancurkan setelah suatu batas waktu tertentu (yaitu ketika tidak ada aktifitas yang berhubungan dengan catatan pasien yang telah discharge), maka pada waktu discharge perlu penyusunan catatan menurut susunan yang memungkinkan pemetikan informasi untuk disimpan secara permanen, disusul oleh material yang akan dihancurkan.. Ini akan menghilangkan pemeriksaan detil catatan pada saat penghancurannya. Pada Gambar 5 dan 6 terdapat contoh urutan pada catatan terbuka (pasien di fasilitas perawatan) dan tertutup (pasien telah dipulangkan).

| SAMPLE ORDER FOR INHOUSE (OPEN) CLINICAL RECORDS* | |
|--|---|
| TAB | CONTENT |
| ADMISSION RECORD | ADMISSION/DISCHARGE RECORD ADMISSION AGREEMENT/RE-AGREEMENT AUTHORIZATION TRANSFER FORMS MISCELLANEOUS COPIES OF RECORDS FROM TRANSFERRING FACILITY MDS/COMPREHENSIVE ASSESSMENT TRIGGER LEGEND RAP SUMMARY QUARTERLY REVIEWS |
| HISTORY & PHYSICAL PHYSICIAN ORDERS | HISTORY AND PHYSICAL MONTHLY ORDERS TELEPHONE ORDERS STANDING ORDERS WEIGHT RECORD |
| PROGRESS NOTES NURSES' NOTES | PHYSICIAN'S PROGRESS NOTES NURSES' NOTES NURSES' ADMISSION ASSESSMENTS |
| MEDICATION & TREATMENT | MEDICATION RECORDS TREATMENT RECORDS FLOW SHEET SKIN GRIDS BLADDER/BOWEL TRAINING SCHEDULE TOILETING SCHEDULE TURN SCHEDULE BEHAVIOR GRID |
| LAB & SPECIAL REPORTS | LAB REPORTS X-RAY REPORTS EKG REPORTS DENTAL EXAM SHEETS |
| REHAB & THERAPY | PHYSICAL THERAPY PROGRESS NOTES PHYSICAL THERAPY MONTHLY MODALITY SHEET PHYSICAL THERAPY ASSESSMENT OCCUPATIONAL THERAPY PROGRESS NOTE OCCUPATIONAL THERAPY MODALITY SHEET OCCUPATIONAL THERAPY ASSESSMENT SPEECH THERAPY PROGRESS NOTE SPEECH THERAPY MODALITY SHEETS SPEECH THERAPY ASSESSMENT |
| SOCIAL SERVICE | SOCIAL SERVICE PROGRESS NOTES SOCIAL HISTORY AND EVALUATION |
| ACTIVITIES | ACTIVITY PROGRESS NOTES ACTIVITY ASSESSMENT |
| DIETARY | DIETARY PROGRESS NOTES DIETARY NUTRITIONAL ASSESSMENT |
| MISCELLANEOUS | PERSONAL INVENTORY SHEET COPY OF GUARDIANSHIP OR POA PAPER |
| * ALL INFORMATION IN THE INHOUSE RECORDS SHALL BE MAINTAINED IN REVERSE CHRONOLOGICAL ORDER WITH THE MOST RECENT BEING FIRST. | |

FIGURE 5. SAMPLE ORDER FOR INHOUSE (OPEN) CLINICAL RECORD

| SAMPLE ORDER FOR CLINICAL RECORDS OF DISCHARGED RESIDENTS | |
|--|--|
| * ADMISSION RECORD | |
| * ADMISSION AGREEMENT | |
| * ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF RESIDENT RIGHTS | |
| * AUTHORIZATIONS | |
| * CERTIFICATION/RECERTIFICATION (MEDICARE) | |
| * TRANSFER FORM | |
| * COPIES OF RECORDS FROM TRANSFERRING FACILITIES | |
| * HISTORY AND PHYSICAL EXAMINATION | |
| * CONSULTATION REPORTS | |
| * PHYSICIAN ORDERS | |
| STANDING | |
| MONTHLY | |
| TELEPHONE | |
| * PHYSICIAN PROGRESS NOTES | |
| * DISCHARGE SUMMARY | |
| * REHABILITATIVE INFORMATION | |
| PT EVALUATION/NOTES | |
| OT EVALUATION/NOTES | |
| SPEECH EVALUATION/NOTES | |
| * SOCIAL HISTORY/ASSESSMENT/NOTES | |
| * DISCHARGE PLAN | |
| * ACTIVITY ASSESSMENT/NOTES | |
| * NUTRITIONAL ASSESSMENT/NOTES | |
| * TRIGGER LEGEND SHEET | |
| * RAP SUMMARY | |
| * QUARTERLY REVIEWS | |
| * COMPREHENSIVE ASSESSMENT/MDS | |
| * NURSING ASSESSMENT WEIGHT RECORD | |
| * NURSING NOTES/MONTHLY SUMMARIES | |
| * MEDICATION RECORDS | |
| * TREATMENT RECORDS | |
| * RESIDENT CARE FLOW SHEET | |
| * DECUBITUS RECORD | |
| * INTAKE AND OUTPUT RECORD | |
| * RESIDENT CARE PLAN (NURSING, ACTIVITIES, DIETARY, AND SOCIAL SERVICE) | |
| * INDIVIDUAL HABILITATION PLAN | |
| * PERSONAL INVENTORY EFFECTS SHEET | |
| * MISCELLANEOUS | |
| * THESE ITEMS SHOULD BE FOUND IN EVERY RECORD. | |
| SPECIAL NOTE: INFORMATION IN THE DISCHARGED RECORD SHOULD BE MAINTAINED IN CHRONOLOGICAL ORDER. | |

FIGURE 6. SAMPLE ORDER FOR CLINICAL RECORDS OF DISCHARGED RESIDENTS

Pemrosesan dan Pengumpulan Data Catatan Klinis

Review Isi Catatan Klinis

Cara-cara untuk melakukan review kuantitatif catatan sewaktu residen berada di dalam fasilitas harus dikembangkan oleh praktisi informasi kesehatan. Hal ini mencakup pemeriksaan tentang apakah laporan dan tanda tangan yang diperlukan telah dimasukkan ke dalam setiap catatan sesuai dengan jangka waktu yang ditentukan. Karena lama tinggal residen di fasilitas perawatan bisa mencapai tahunan, sistem untuk memeriksa catatan harus difokuskan pada setiap tingkat asuhan sehingga dokumentasi yang tepat waktu bisa dijamin. Kerangka waktu untuk review tersebut adalah: periode admission, review bulanan, review

tiga bulanan, review tahunan, analisa khusus pada saat transfer sementara dan saat kembali, dan review discharge. Gambar 7 dan 8 berisi formulir yang menunjukkan analisa ini.

Inhouse Audit / Analysis Sheet

KEY CODE:

I = Incomplete C = Complete M = Missing N = Non-Applicable S = Signature Needed

| Resident Last Name | First Name | JAN | FEB | MAR | APR | MAY | JUN | JUL | AUG | SEPT | OCT | NOV | DEC | Physician |
|--------------------|--------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----------|
| 1 | H&P | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | TB Test | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Rehab Potential | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Recertification | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Physician Orders | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Telephone Orders | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Standing Orders | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Physician Visits | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Physician Progress Notes | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Nurses Assessments | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Nurses Notes | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | Nurses Monthly Summary | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | Monthly Weights | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | Intake/Output | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | Lab/X-ray Reports (per orders) | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | PT/OT/Speech Reports (*) | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | Social History | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | Social Assessment | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | Discharge Plan | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | Social Service P.N.'s | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | Activity Assessment | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | Activity Progress Notes | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | Nutritional Assessment | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | Nutritional Progress Notes | | | | | | | | | | | | | |
| 25 | Resident Care Plan | | | | | | | | | | | | | |
| 26 | Nursing | | | | | | | | | | | | | |
| 27 | Dietary | | | | | | | | | | | | | |
| 28 | Activity | | | | | | | | | | | | | |
| 29 | Social Service | | | | | | | | | | | | | |
| 30 | PT/OT/Speech | | | | | | | | | | | | | |
| 31 | Personal Inventory Sheet | | | | | | | | | | | | | |
| 32 | NDS/HAP Summary | | | | | | | | | | | | | |

FIGURE 7. INHOUSE AUDIT / ANALYSIS SHEET

untuk mengatasi episode-episode medis, pergerakan pasien ini dapat pula menjadi bagian profil statistik yang diperlukan oleh pengelola.

Statistik harus dikumpulkan secara seragam menggunakan definisi-definisi baku. *'Minimum data set'* yang digunakan pada fasilitas asuhan jangka panjang harus ada untuk semua fasilitas yang memiliki sertifikasi. Persyaratan federal yang mengurus dokumen ini terdapat pada CFR 483.20. Sebuah fasilitas perawatan harus menggunakan definisi baku kalau ada, atau terlebih dahulu menyetujui definisi yang akan digunakan di fasilitas untuk menjamin konsistensi dan komparabilitas. Pengumpulan data harus direview dari waktu ke waktu untuk memastikan bahwa kebutuhan data terpenuhi. Definisi untuk terminologi yang digunakan pada berbagai fasilitas perawatan kesehatan juga terdapat pada *'Glossary of Health Care Term'* yang diterbitkan oleh AHIMA. Teks ini juga menyediakan diskusi tambahan mengenai statistik dasar dan cara pengumpulannya.

Semua *'events'* seperti admission, pemulangan, transfer sementara ke rumah sakit, cuti sementara, termasuk cuti yang melanggar nasehat dokter, dan kematian, harus dilaporkan pada laporan sensus harian. Statistik mengenai pergerakan residen harus diuraikan pada setiap unit perawatan di dalam fasilitas. Untuk setiap hari pasien berada di luar untuk transfer sementara ke rumah sakit, namanya harus muncul di dalam laporan. Laporan sensus harian juga harus mencakup jumlah residen yang hadir setiap hari. Tabulasi bulanan gambaran ini dibuat sebagai dasar untuk penghitungan statistik lebih lanjut.

Pemeriksaan dan pemastian mutu

Sebuah fasilitas harus memiliki komite pemeriksaan dan pemastian mutu (*'quality assessment and assurance'*), yang terdiri dari direktur layanan keperawatan, dokter yang ditunjuk oleh fasilitas, dan paling kurang tiga anggota lain dari staf fasilitas. Komite harus rapat paling kurang setiap tiga bulan untuk mengidentifikasi hal-hal yang memerlukan aktifitas pemeriksaan dan pemastian mutu, dan untuk mengembangkan dan melaksanakan rencana kerja yang sesuai untuk memperbaiki kekurangan mutu yang telah diketahui.

Setiap disiplin, departemen, atau layanan yang menyediakan perawatan harus terlibat dalam identifikasi aspek-aspek penting perawatan seperti aktifitas klinis yang beresiko tinggi, bervolume besar, dan/atau mudah bermasalah. Provider harus juga mengidentifikasi indikator klinis yang berhubungan dengan aspek-aspek penting mutu dan kepatutan perawatan, dan menentukan ambang tingkat kinerja setiap indikator klinis yang menunjukkan perlunya evaluasi yang lebih intensif segera dimulai.

Review penggunaan sumber

Review ini adalah cara untuk memastikan bahwa sumber-sumber (*'resources'*) digunakan secara efektif dan efisien. Kepantasan penggunaan fasilitas perawatan tidak tergantung pada potensi kesembuhan atau perbaikan residen seperti pada rumah sakit perawatan akut. Penggunaan sumber dianggap pantas secara medis kalau residen mendapatkan layanan keperawatan untuk mempertahankan keadaan saat ini atau untuk mencegah penurunan kesehatan. Proses review penggunaan sumber ini difokuskan pada review dengan interval yang teratur, sebagaimana ditentukan oleh badan pengatur dan pengakreditasi.

HOME CARE

'Home care' adalah asuhan (medis dan non-medis) yang disediakan bagi pasien dan keluarganya di rumahnya atau di tempat tinggalnya.

Home care merupakan komponen integral asuhan kesehatan di USA. Karena perhitungan biaya, peningkatan populasi orang tua, konsumerisme, dan perbaikan teknologi perawatan kesehatan, jumlah home care meningkat dengan pesat. Sebagai respons terhadap

sistem pembayaran prospektif Medicare, banyak rumah sakit yang secara vertikal melakukan integrasi dengan menawarkan asuhan home care untuk pasiennya. Pasien rumah sakit dipulangkan lebih cepat. Akibatnya asuhan home care menjadi lebih bersifat klinis, misalnya dengan pemberian infus intravena.

Standard Hukum, Pengaturan, dan Akreditasi

Dokumentasi catatan medis provider kesehatan rumah (*home health*) yang diberi sertifikat oleh Medicare boleh dikatakan ditentukan oleh '*Condition of Participation for Home Health Agencies*' Medicare. Persyaratan ini menuntut agar badan-badan home care memiliki kebijaksanaan dokumentasi catatan yang menyebabkan pengisian formulir standard HFCA menjadi lebih efisien. Formulir-formulir ini antara lain:

- Sertifikasi Home Health dan Rancangan Pengobatan
- Rencana Pengobatan/Update Medis dan Addendum Informasi Pasien
- Laporan Informasi Medis Intermediary badan Home Health

Liga Keperawatan Nasional (National League for Nursing) memiliki suatu program akreditasi untuk provider home care yang disebut Community Health Accreditation Program (CHAP). Partisipasi di dalam program ini terutama berasal dari badan pemerintahan dan badan nirlaba sukarela. Standard Liga ini mensyaratkan agar catatan asuhan dipelihara untuk setiap pasien, dengan outline mengenai apa saja isi catatan tersebut. Liga memiliki *Administrator's Handbook for Community Health and Home Care Services* yang berisi beberapa formulir home care dan beberapa pedoman untuk manajemen catatan.

National Homecaring Council mewakili dan mengakreditasi badan yang menyediakan layanan 'homemaker' atau home health. Standardnya berisi beberapa pedoman pemeliharaan catatan bagi provider home care ini.

JCAHO memiliki set standard spesifik yang harus dipenuhi oleh provider home care. Disini terdapat persyaratan untuk dokumentasi catatan medis, dan dengan jelas menyatakan bahwa catatan home care yang lengkap harus menjadi bagian dari catatan medis rumah sakit asal pasien.

Profesional IK juga harus merujuk pedoman Dinas Kesehatan Masyarakat dan berbagai aturan state. Perlu ditekankan bahwa peraturan state bisa merupakan satu-satunya persyaratan wajib yang harus dipenuhi kalau mereka tidak diakreditasi atau diberi sertifikat oleh Medicare.

Banyak provider yang tidak memiliki sertifikat, dan bahkan tidak memiliki aturan yang mengontrolnya atau reimbursement dari pemerintah federal. Akan tetapi mereka hadir untuk menyediakan asuhan personal dan klinis untuk pasien dan keluarga di rumah mereka.

Penyedia rawatan

Di USA terdapat sekitar 7.000 home care dengan sertifikat Medicare, namun jumlah keseluruhan perawatan ini diperkirakan oleh *National Association for Home Care* mencapai 17.000. Sisanya ini berkemungkinan fasilitas home care tanpa sertifikat, perusahaan penyedia tenaga bantuan home care, atau perusahaan pembuat perlengkapan home care. Perusahaan perlengkapan ini sering menyalurkan perlengkapannya secara langsung kepada pasien, dan bertanggung jawab untuk melatih penggunaannya. Perusahaan penyedia tenaga bantuan sering menyediakan asuhan tertentu seperti pembantu kesehatan rumah tangga, teman bicara, atau penata rumah tangga (*homemaker*). Perusahaan ini bisa menyediakan layanan sesuai dengan permintaan pasien, atau menyediakan asuhan dengan kerja sama badan home health, dan/atau sebagai respons atas perintah dokter.

Badan home health menyediakan layanan yang lebih luas; untuk memperoleh sertifikat Medicare mereka harus menyediakan asuhan keperawatan terlatih dan sekurang-kurangnya satu di antara layanan terapi ini – fisik, wicara, atau okupasi; layanan sosial medis;

atau layanan pembantu kesehatan rumah tangga. HCFA membagi kategori badan home health atas: (1) berbasis rumah sakit atau provider, (2) proprietary - bisnis, (3) swasta nirlaba, (4) dinas sosial pemerintah, dan (5) sukarela nirlaba.

Catatan Medis Home Care

Arus informasi yang lancar mengenai seorang pasien, yang sering disebut sebagai 'klien' home care, sangat penting karena penyedia asuhan melaksanakan asuhannya di rumah pasien dan secara fisik terpisah dari penyedia asuhan kesehatan lainnya. Informasi dari semua provider mengenai kunjungannya harus secara efisien dimasukkan ke dalam catatan medis pasien.

Badan-badan yang disertifikasi Medicare harus menyerahkan formulir standard HCFA pada laporan intermediarynya. terlepas dari status sertifikasi, pedoman dokumentasi umum harus dipatuhi.

Pada tahun 1986, the *Foundation of Record Education* dari AMRA (sekarang AHIMA) berhasil menyelesaikan proyek home care yang didanai oleh W. K. Kellogg Foundation. Melalui komite penasehatnya, dikembangkan formulir-formulir dan pedoman untuk dokumentasi. Bagian berikut ini menjelaskan pedoman tersebut.

a. Database Awal

Database awal harus mencakup informasi mengenai admission/ rujukan/umum, informasi klinis awal, informasi transfer dari fasilitas yang mentransfer, penilaian keperawatan awal, laporan prosedur diagnostik dan terapi yang relevan, dan sebuah daftar masalah. Dokter penanggungjawab utama pasien harus ditunjuk. Susunan penghuni rumah pasien dan nama orang yang akan bertanggung jawab untuk perawatan kalau diperlukan, juga dicatat. Di samping itu perlu dicatat pula kepantasan atau kemampuan penyesuaian tempat tinggalnya dengan syarat-syarat asuhan kesehatan.

b. Rancangan Pengobatan

Seluruh perawatan yang disediakan harus didasarkan pada rancangan pengobatan tertulis. Rancangan harus dibuat oleh dokter yang merawat bersama dengan staf penyedia home care, dan ini harus direview oleh personil penyedia home care paling kurang setiap 60 hari dan sesering yang dibutuhkan oleh beratnya keadaan pasien. Tanda tangan dokter diperlukan pada setiap rancangan pengobatan awal dan lanjutan.

Rancangan pengobatan harus berisi semua diagnosa yang berhubungan, termasuk status mental, jenis asuhan dan peralatan yang diperlukan, frekuensi dan lama kunjungan, prognosis, potensial rehabilitasi, keterbatasan fungsional, aktifitas yang diizinkan, kebutuhan gizi, obat-obatan dan pengobatan, setiap tindakan pengamanan untuk perlindungan injury, instruksi untuk discharge atau rujukan pada waktunya, dan item lain yang sesuai.

c. Dokumentasi Berkelanjutan

Prosedur dan dokumentasi harus menjamin bahwa catatan medis senantiasa menunjukkan gambaran status terkini pasien dan asuhan yang sedang diberikan dengan tepat. Pada setiap kunjungan ke rumah harus terdapat catatan kemajuan klinis. Dokumentasi yang adekuat mengenai asuhan pembantu home health, informasi makanan, dan asuhan lain seperti oleh terapis dan pekerja sosial, harus dimasukkan. Semua obat dan pengobatan yang diberikan harus diperintahkan oleh dokter secara tertulis. Terutama sekali, perintah '*jangan direvisitasi*' kalau dibicarakan dengan pasien dan keluarga terdekat, harus didokumentasikan. Perintah seperti '*hanya asuhan rutin*' pada umumnya tidak memenuhi persyaratan. Obat-obatan yang diberikan oleh staf home care harus dicatat, begitu pula efek yang menguntungkan dan merugikan dari obat harus digarisbawahi.

d. Ringkasan Pasien

Paling kurang setiap 61 hari sebuah ringkasan keadaan pasien harus dibuat dan diajukan ke dokter yang merawat dan fasilitas yang merujuknya. Ini merupakan bagian dari review rancangan pengobatan. Pada waktu discharge pasien, sebuah ringkasan yang berisi tanggal admission dan discharge harus dibuat, alasan discharge dan keadaan waktu itu, serta daftar urutan (synopsis) asuhan yang telah diberikan. Kalau pasien di-discharge oleh bagian asuhan spesifik sebelum di-discharge secara resmi oleh agen asuhan, maka sebuah ringkasan perlu dimasukkan ke dalam ringkasan discharge final atau diarsipkan bersamanya.

e. Persetujuan Perawatan

Sebuah 'informed consent' untuk asuhan harus ditandatangani oleh pasien dan diarsipkan di dalam catatan medis. Sebuah kopinya sering pula diberikan kepada pasien.

f. Persetujuan asuhan

Pasien hendaknya juga menandatangani sebuah persetujuan asuhan yang menguraikan jenis layanan yang akan diberikan, saat-saat asuhan diberikan, tagihannya, dan pihak yang harus untuk membayarnya.

g. Catatan di Rumah

Banyak badan home health meniggalkan beberpa informasi tertulis di rumah pasien. Ini sering berupa nama dan nomor telpon badan tersebut, nama staf dan jadwal kunjungan, rencana untuk keadaan darurat, instruksi untuk pasien atau keluarganya, dan daftar obat-obatan pasien dengan catatan tentang kemungkinan efek sampingnya dan cara menggunakannya. Kalau hal ini dilakukan maka sebuah formulir atau catatan kemajuan yang menunjukkan perawatan harus dimasukkan ke dalam catatan medis badan tersebut.

Pemrosesan Catatan dan Pengumpulan data

a. Review Isi Catatan Medis

Catatan home care harus direview selama pasien dirawat, tidak hanya pada waktu discharge. Beberapa item yang harus dimonitor adalah (1) adanya pemeriksaan awal dan rancangan perawatan, (2) cepat kembalinya rancangan asuhan dan perintah yang dikirimkan kepada dokter untuk ditandatangani, (3) dokumentasi review rancangan asuhan pada interval minimal 60 hari, dan (4) dokumentasi semua kunjungan. Kalau kunjungan tidak dicatat atau tidak dicatat dengan benar (misalnya tidak menggambarkan asuhan keperawatan terlatih), badan ini bisa kehilangan reimbursement dari Medicare. Akibatnya banyak agen asuhan memonitor dokumentasi kunjungan secara ketat.

b. Pengumpulan Data Home Care

Untuk menjamin adanya data standard untuk evaluasi program, aktifitas pengelolaan mutu, riset, dan fungsi administratif, setiap program home care harus mendokumentasikan data standard yang seragam untuk semua pasiennya.

Data yang seragam juga harus dicatat kalau perbandingan yang berarti akan dibuat antara berbagai provider home care dan kalau data akan digunakan untuk perencanaan asuhan kesehatan. Provider yang memiliki sertifikat Medicare mendokumentasi data sesuai dengan standard Medicare.

Standard 1993 JCAHO mencakup berbagai level home care. Untuk setiap pasien home care, JCAHO mengharuskan provider untuk mencatat data sekurang-kurangnya sebagai berikut:

- data identifikasi
- nama dan nomor telpon anggota keluarga atau orang yang dekat
- uraian tindakan pengamanan yang perlu untuk melindungi pasien

- catatan mengenai daya penyesuaian rumah untuk dijadikan home care
- catatan setiap layanan, termasuk data, staf, dan asuhan yang diberikan
- identitas orang dan organisasi lain yang terlibat dalam asuhan pasien
- setiap instruksi yang diberikan kepada pasien pada waktu discharge dari organisasi home care
- formulir transfer, ringkasan atau salinan catatan dari organisasi yang melakukan transfer.

Untuk pasien yang mendapatkan layanan home health, pernafasan klinis, atau layanan perawatan dan penunjang pribadi, JCAHO mengharuskan data berikut dicatat sebagai tambahan data di atas:

- uraian tentang setiap keterbatasan fungsional, restriksi aktifitas, dan
- sebuah pernyataan mengenai setiap perubahan keadaan pasien

Khusus untuk pasien yang memperoleh asuhan home health atau pernafasan klinis, persyaratan tambahan berikut ini diperlukan:

- nama dokter pribadi pasien
- diagnosa utama dan sekunder pada waktu admission
- prosedur bedah yang berhubungan dengan admission
- riwayat pasien yang berhubungan dengan asuhan home health
- profil obat-obatan yang sedang diberikan
- informasi mengenai alergi atau restriksi diet
- pemeriksaan awal dan yang sedang berkelanjutan
- catatan kemajuan bertanggal dan bertandatangan, berisi tanda dan gejala fisik dan psikososial, pengobatan yang diberikan dan respons terhadap pengobatan
- hasil-hasil pengujian dan temuan pada prosedur
- perintah yang ditandatangani oleh dokter pasien
- setiap 'advance directive' untuk perawatan, atau setiap pembicaraan mengenai hal tersebut dengan pasien.

Pada saat pasien discharge dari asuhan home health atau pernafasan klinis, JCAHO mengharuskan adanya ringkasan discharge yang dimasukkan ke dalam catatan, yang hendaknya berisi:

- tanggal discharge
- alasan discharge, termasuk nama organisasi tempat pasien ditransfer
- status keseluruhan di samping status masalah yang ditemukan selama perawatan
- ringkasan perawatan yang telah diberikan

Sistem klasifikasi yang digunakan pada home care harus memenuhi persyaratan badan penyelenggara dan badan pengganti biaya. Penggunaan dan pencatatan diagnosa keperawatan bervariasi menurut kebijaksanaan badan penyelenggara. Pengkodean menurut ICD dapat juga dilakukan. Apa pun sistem yang digunakan, pengkodean harus komplit dan dilakukan sesuai dengan instruksi pengkodean sistem tersebut. Pengkodean harus memenuhi persyaratan sumber pengganti biaya dan mencakup pengindeksan kode yang diberikan, sehingga data dan catatan medis bisa dipetik dengan mudah untuk penelitian jaminan mutu, riset, dan sebagainya.

Untuk tujuan penggantian oleh Medicare, sebuah *visit* atau kunjungan didefinisikan sebagai setiap saat seorang pekerja kesehatan melakukan asuhan kesehatan untuk kepentingan penerima. Jadi kalau dua macam pemberi rawatan mengunjungi pasien pada hari yang sama, maka ini dihitung sebagai dua kunjungan; namun kalau seorang perawat memberikan beberapa asuhan pada kunjungan yang sama, tagihan hanya bisa diajukan untuk satu kunjungan.

c. Pengelolaan Mutu

Quality management pada home care saat ini lebih terfokus pada evaluasi program ketimbang penilaian mutu asuhan pasien. Kedua jenis evaluasi ini penting dan harus tergambar pada rancangan jaminan mutu program home care.

JCAHO menghendaki adanya monitoring dan evaluasi terhadap mutu dan kepatantasan layanan asuhan pasien, di samping pemecahan setiap masalah yang diidentifikasi. Kriteria objektif, yang dikembangkan oleh staf program home care, harus digunakan dalam pelaksanaan monitoring dan evaluasi. Ini harus melibatkan identifikasi berkelanjutan mengenai aspek-aspek penting perawatan yang terfokus pada aktifitas beresiko tinggi, bervolume tinggi, dan/atau mudah bermasalah. Indikator terukur mengenai mutu dan kepatantasan setiap aspek penting perawatan, yang menguraikan aktifitas, events, kejadian, atau pun suatu hasil, harus didefinisikan. Satu di antara indikator ini adalah kepuasan pasien. Identifikasi tingkat kinerja yang berhubungan dengan masing-masing indikator harus juga dijelaskan. Tingkat kinerja melambangkan sampai sejauh mana sebuah asuhan efektif, mencukupi dalam jumlah, dan diberikan pada tempat yang diatur paling sesuai dengan kebutuhan pasien, dan melambangkan tingkat ambang tempat evaluasi lebih lanjut bisa dimulai.

Medicare mengharuskan adanya review tahunan terhadap program total badan home health, tapi tidak menuntut evaluasi asuhan pasien. NLN (National League of Nursing) memiliki standard evaluasi yang membahas evaluasi program, mutu asuhan yang diberikan setiap disiplin ilmu, dan review penggunaan sumber.

d. Review penggunaan sumber

Penyelenggaraan asuhan yang semula dirasakan sebagai layanan penyokong yang disediakan terutama bagi penerima Medicare, telah meluas ke berbagai spesialisasi klinis seperti pediatrik, obstetrik, dan sebagainya, karena asuransi swasta telah melihatnya sebagai pilihan yang 'cost-effective'. Terdapat dua hal utama dalam mereview penggunaan home health, pertama adalah kepatantasan dan kebutuhan medis tingkat perawatan yang diberikan, dan yang kedua adalah kepatantasan pemberi rawatan yang digunakan.

Penilaian kepatantasan dan kebutuhan medis home health merupakan hal yang kompleks karena asuhan telah melebar ke teknologi tinggi seperti kemoterapi dan ventilator. Perlu dipastikan bahwa keadaan medis primer pasien yang menentukan jenis terapi, bahwa keadaan sekunder tidak dirugikan karena pasien tidak berada di lingkungan perawatan akut atau keperawatan, bahwa pasien memiliki petugas penyokong yang siap membantu kapan perlu dan memonitor respons di saat personil home health tidak berada di tempat, bahwa lingkungan kehidupan bersifat kondusif dalam menyokong asuhan home health tanpa menimbulkan komplikasi, dan bahwa asuhan yang disediakan memiliki staf dan dikelola sedemikian rupa sehingga segera berespons terhadap keadaan medis, terapi, kebutuhan dan layanan penyokong pasien.

Pelaksana perawatan pada tingkat yang pantas harus dinilai secara teratur. Pelaksana yang tersedia biasanya teman pendamping/homemaker, pembantu home health, dan perawat. Berbagai jenis terapis klinis tambahan/ ancillary juga membantu di dalam proses perawatan. Penggunaan biaya yang berlebihan bisa terjadi kalau pelaksana layanan dipergunakan melebihi kebutuhan medis, misalnya penggunaan perawat terdaftar (Registered Nurse) untuk memandikan dan mengubah posisi pasien. Penggunaan yang di bawah kepatantasan terjadi ketika pelaksana layanan tidak dilatih untuk menyediakan tingkat asuhan yang dituntut; misalnya perawat praktek berizin (Licensed Practical Nurse) yang diminta untuk memberikan kemoterapi.

Sebagaimana pada semua sistem pengelolaan sumber, dokumentasi yang diarahkan pada database sangat menentukan pada monitoring dan review. Walau pun review

retrospektif dokumentasi catatan merupakan bagian penting sistem review, namun karena seringnya home care digunakan dalam waktu yang lama, maka dokumentasi serentak, bersamaan dengan penilaian dan observasi di tempat sebaiknya juga dilakukan.

HOSPICE

Program hospice menawarkan perawatan alternatif yang berbeda dari perawatan tradisional, bagi orang-orang yang mendekati kematian dan keluarganya. Hospice menyediakan perawatan medis paliatif (meringankan penderitaan) bagi pasien terminal, dan sokongan psikosial dan spiritual untuk pasien dan keluarganya. Perawatan dan sokongan hospice disediakan oleh suatu tim antar-disiplin (yang juga melibatkan sukarelawan) di tempat tinggal pasien dan di rumah sakit. Tempat asuhan tergantung pada keadaan pasien dan sokongan yang tersedia di rumahnya. Hampir semua pasien hospice memiliki seorang petugas perawatan primer, yang terutama bertugas untuk menjaga pasien di rumahnya. Orang ini bisa merupakan keluarga terdekat tapi tidak harus begitu. Umumnya, pasien mendapatkan perawatan di rumah sakit kalau diperlukan untuk pengelolaan gejala akut atau kalau petugas perawatan primer ingin istirahat. Hampir semua pasien mengisi sebagian besar waktunya di rumah, dan banyak yang mendapatkan asuhan di rumah dan di rumah sakit selama episode hospice. Kadang-kadang perawatan tidak diberikan secara langsung oleh hospice, tapi pihak hospice mengatur atau mengontrak perawatan untuk mereka melalui badan home health atau fasilitas rawat inap. Dimana pun tempatnya, pasien tetap merupakan pasien hospice, dan hospice-lah yang mengatur asuhannya.

Keluarga diberi sokongan sebelum dan sesudah kematian pasien. Hampir semua program hospice mengunjungi keluarga yang ditinggalkan paling kurang selama setahun sejak kematian pasien. Tingkat sokongan yang diberikan umumnya tergantung pada kebutuhan yang dinilai perlu oleh hospice, di samping keinginan keluarga untuk mendapatkan sokongan. Sokongan bisa disediakan oleh staf profesional, namun biasanya dilakukan oleh volunteer.

2

A. FUNCTIONAL ASSESSMENT (Barium Code for Each Function)
ASSESSMENT CODES: 1 = Can Do Alone 2 = Can Do With Assistance 3 = Unable To Do 4 = Not Determined

| FUNCTION | CODE | COMMENTS |
|--|------|----------|
| 1. BATHING OR SHOWERING | | |
| 2. SHAMPING | | |
| 3. NAIL CARE | | |
| 4. HAIR CARE | | |
| 5. DRESSING | | |
| 6. BOWEL AND BLADDER | | |
| 7. TRANSFERRING IN AND OUT OF BED OR CHAIR | | |
| 8. WALKING | | |
| 9. STAIRS | | |
| 10. MOBILITY OUT OF HOME | | |
| 11. DOES PATIENT HAVE A HISTORY OF FALLS? | | |

B. PATIENT CARE REQUIREMENTS

| | YES | NO | COMMENTS |
|---------------------------------|-----|----|----------|
| 1. CATHETER | | | |
| 2. COLOSTOMY/ILEOSTOMA | | | |
| 3. OXYGEN/RESPIRATORY EQUIPMENT | | | |
| 4. WALKER | | | |
| 5. WHEELCHAIR | | | |
| 6. COMMODE | | | |
| 7. HOSPITAL BED | | | |
| 8. | | | |
| 9. | | | |

C. SUITABILITY OF PATIENT/FAMILY RESIDENCE

1. STAIRS YES NO COMMENTS

2. SAFETY HAZARDS YES NO DESCRIBE

3. SAFETY MEASURES NEEDED

4. ADEQUACY OF ENVIRONMENT

ACTIVITIES OF DAILY LIVING
(Page 1 of 2)

Impress Patient Identification or Write In Information Below

Patient's Name _____

Medical Record No. _____

Hospice Project FORM of AMBA 1 84 Form 74

• FIGURE 9. HOSPICE CARE (page 1 of 2)

D. ACTIVITIES

1. CURRENT ACTIVITIES (Describe): _____

2. LIMITATIONS IMPOSED BY ILLNESS (Describe): _____

E. REFERRAL(S) FOR HOME ASSISTANCE (e.g. home health aide, homemaker, etc.)

F. DIETARY

1. ROUTE OF FOOD INTAKE By Mouth Feeding Tube IV Other _____

2. ALTERATIONS IN TASTE/SMELL _____

3. APPETITE _____

4. ALCOHOL INTAKE _____ 5. FOOD RESTRICTIONS _____

6. FOOD/FLUID LINES/DISURIS _____

7. MEAL PATTERNS _____

8. COMMENTS _____

G. REST/SLEEP (Check yes or no for each)

| SYMPTOM | YES | NO | COMMENTS/DESCRIPTION |
|----------------------------|-----|----|----------------------|
| 1. SLEEP DISORDERS | | | |
| 2. CHANGES IN SLEEP HABITS | | | |
| 3. SLEEP AIDS | | | |
| 4. NAPS | | | |
| 5. | | | |

H. WHAT DOES PATIENT ESPECIALLY WANT FROM HOSPICE? _____

I. SOURCE(S) OF INFORMATION: _____

Date _____ Information Recorded By _____ Signature and Title _____

ACTIVITIES OF DAILY LIVING
(Page 2 of 2)

Hospice Project: FORE of AHMA 3/84 Page # 4

Original Patient Identification or WPS-in Information Below

Patient's Name _____

Medical Record No _____

FIGURE 10. HOSPICE CARE (page 2 of 2)

Catatan Medis pada Program Hospice

Catatan medis hospice berisi informasi mengenai pasien dan keluarganya atau orang terdekat lain. Catatan harus berisi identifikasi pasien dan petugas asuhan primer. Untuk menjamin asuhan hospice yang teratur dan berkesinambungan, dokumentasi catatan yang baik merupakan syarat vital. Catatan hospice adalah alat komunikasi antara berbagai anggota tim yang berasal dari berbagai disiplin, dan antara hospice dengan fasilitas rawat inap atau badan home health yang dikontrak.

Pada tahun 1984, Foundation of Record Education (FORE) yang berada di bawah AHIMA telah menyelesaikan proyek hospice yang didanai oleh yayasan WK Kellogg. Tujuan proyek ini adalah untuk mengembangkan model catatan medis hospice. Catatan model ini tersedia di dalam buku *'A Medical Record Handbook for Hospice Programs'*. Formulir-formulir catatan model tidak di-*copyright* dan para profesional informasi kesehatan didorong untuk mengkopi dan menggunakan formulir ini atau mengubahnya sesuai dengan kebutuhan masing-masing hospice.

Buku saku hospice ini berisi banyak pedoman lain, yang beberapa di antaranya akan dirujuk di akhir bab ini. Pedoman dan catatam ,odel dikembangkan oleh the Hospice Project Advisory Committee yang terdiri dari para profesional yang bekerja di program-program

hospice, di samping wakil-wakil dari berbagai organisasi (JCAHO, AHA, AMA, dan NHO - National Hospice Organization). Pedoman dokumentasi di dalam buku saku ini dimaksudkan untuk memberikan pedoman bagi semua hospice. Jadi para profesional informasi kesehatan hendaknya memastikan agar hospice membuat dokumentasi yang sesuai dengan pedoman ini walau pun seandainya tidak diharuskan untuk memenuhi persyaratan JCAHO atau Medicare. Handbook ini juga membahas beberapa masalah manajemen catatan hospice. Misalnya, ia menyarankan agar catatan hospice menjadi bagian dari catatan unit pasien kalau hospice berbasiskan rumah sakit atau badan home health; dan bahwa arsip indeks pasien berisi informasi mengenai pasien-pasien yang sedang mendapatkan asuhan hospice dan para keluarga yang sedang berkabung yang sedang dikunjungi dalam program duka.

JCAHO melibatkan standard akreditasi untuk program hospice di dalam standardnya untuk home care. Untuk detailnya, rujukan perlu dilakukan pada standard terbaru organisasi ini.

Aturan Medicare umumnya mensyaratkan dokumentasi yang sama dengan standard JCAHO. Perbedaan-perbedaan terutama mengenai persyaratan tanda tangan dan interval waktu. Aturan Medicare menghendaki adanya struktur organisasi hospice yang spesifik, dan menentukan bahwa hospice harus mengontrol asuhan pasien yang disediakan di fasilitas rawat inap yang dikontrak. Fasilitas tersebut harus mengikuti rancangan perawatan yang telah dibuat oleh hospice, dan catatan hospice harus sekurang-kurangnya berisi ringkasan semua asuhan rawat inap yang diberikan.

Medicare mengganti biaya hospice dalam empat tingkatan yaitu: home care rutin, home care berkesinambungan, 'respite care' rawat inap, dan asuhan rawat inap umum. Home care berkesinambungan (perawatan terus menerus selama 8 jam atau lebih, terutama asuhan keperawatan) dan asuhan rawat inap umum (perawatan untuk pengelolaan gejala akut yang tidak bisa dilakukan di rumah) merupakan tingkat yang lebih intensif, dan kalau jenis ini disediakan, catatan medis harus bisa membuktikan bahwa hal ini memang diperlukan.

National Hospice Organization memiliki standard program hospice namun tidak memiliki program akreditasi resmi. Standard program ini menyatakan bahwa catatan yang akurat dan terkini harus dipelihara untuk semua pasien. Aturan hospice state juga hendaknya dirujuk untuk persyaratan dokumentasi catatan. Catatan hospice model mestinya akan memenuhi standard hospice JCAHO dan peraturan hospice Medicare kalau dicatat per instruksi dan kalau standard dan aturan dokumentasi mengenai frekuensi, tanda tangan, dan waktu diikuti

Pemrosesan Catatan dan Pengumpulan Data

a. Review Isi

Setiap hospice hendaknya memiliki sistem untuk mereview catatan medis secara teratur dan sering. Disarankan agar catatan direview segera setelah admission (lima hari pada rawat inap dan 10 hari pada home care), pada waktu discharge, dan teratur setiap 30-60 hari. Disarankan juga agar dokumentasi volunteer diarsipkan pada catatan medis, dan direview serta ditandatangani oleh koordinator volunteer dan koordinator tim perawat sebelum diarsipkan.

b. Pengumpulan Data Hospice

Hospice harus mengumpulkan data dengan cara yang seragam supaya bisa dievaluasi dan dibandingkan dengan hospice lain. Data mengenai perawatan yang disediakan oleh program hospice diperlukan untuk perencanaan internal dan eksternal. Saat ini terdapat beberapa sistem komputer yang secara spesifik dikembangkan untuk pengumpulan data hospice. Sebuah sistem informasi manajemen hospice telah dikembangkan oleh Hospice

Foundation di Miami, Florida, melalui sebuah proyek yang didanai oleh Arthur Vining davis Foundation. Sistem ini mampu mengumpulkan dan mengolah informasi demografi, diagnostik, dan perawatan pasien. Rancangan perawatan bisa dicetak, dan sistem ini bisa digunakan untuk menyediakan informasi perawatan pasien terkini bagi perawat jaga.

Proyek hospice FORE-AHIMA telah mereview berbagai jenis sistem klasifikasi dan menyarankan agar program hospice menggunakan ICD-9-CM (clinical modification) untuk mengkode diagnosa dan masalah pada pasien dan keluarga yang ditinggalkan. Hospice hendaknya juga memelihara indeks diagnosa dan masalah. Pada program yang berbasis rumah sakit, pengkodean dan pengindeksan hendaknya disesuaikan dengan departemen informasi kesehatan rumah sakit.

Terdapat dua episode perawatan hospice yang diakui. Episode pertama dimulai dengan admission pasien/keluarga ke program hospice dan berakhir pada saat pasien meninggal dunia atau discharge dari program hospice. Episode ini melibatkan semua perawatan di rumah tangga dan perawatan rawat inap yang diberikan untuk pasien baik secara langsung atau melalui kontrak dengan fasilitas rawat inap atau badan home health. Episode kedua dimulai dengan admission keluarga yang ditinggalkan ke follow-up duka (pada hari setelah kematian) dan berakhir ketika ia discharge dari follow up ini.

Seperti yang telah disebutkan, data set asuhan yang disarankan harus dicatat oleh semua hospice. Dari data ini, statistik minimum berikut dapat dihitung.

- Sensus harian rata-rata: sebaiknya menurut jenis layanan yang diberikan (home care, duka, rawat inap).
- Rata-rata lama pasien tinggal di hospice: episode hospice pertama
- Rata-rata jumlah total dari jumlah hari rawat inap dan home care yang diterima pasien dan keluarganya
- Rata-rata lama follow-up duka (episode hospice kedua)

Handbook hospice berisi formula untuk menghitung statistik di atas. Hospice yang disertifikasi oleh Medicare harus menghitung sebuah statistik terpisah yang mencerminkan jumlah keseluruhan hari home care dan rawat inap. Hal ini penting karena Medicare tidak akan mengganti biaya hospice menurut harga rawat inap, kalau dalam satu tahun, jumlah hari rawat inap melebihi 20% dari jumlah hari asuhan keseluruhan.

c. Pemastian Mutu

JCAHO mengharuskan hospice untuk memonitor dan mengevaluasi mutu dan kepatantasan layanan program hospice. Pengumpulan informasi rutin mengenai layanan oleh tim inter-disiplin harus ada. Informasi ini harus dibahas menggunakan kriteria objektif, dan masalah penting yang berhubungan dengan pemberian layanan dan kesempatan untuk memperbaikinya harus ditandai. Begitu suatu masalah atau kesempatan telah diketahui, maka suatu tindakan harus dilakukan dan keefektifan tindakan ini pun kemudian dievaluasi. Paling kurang sekali setahun harus ada bukti tertulis yang menunjukkan bahwa temuan dari program pemeliharaan mutu menghasilkan tindak lanjut yang berhubungan dengan layanan pada pasien/keluarga, administrasi atau supervisi, atau pendidikan berkelanjutan. Penemuan dan kesimpulan dari program jaminan mutu ini hendak disesuaikan, sampai tingkat yang setinggi-tingginya, dengan setiap fasilitas atau badan rawat jalan yang menyediakan asuhan (melalui kontrak atau pengaturan lainnya) untuk pasien/keluarga program hospice.

d. Review Penggunaan Sumber

Hospice perlu memonitor alokasi sumber-sumber agar bisa berjalan dengan efisien dan mampu mengatasi setiap masalah yang diidentifikasi. Untuk melaksanakan ini, hospice harus menggunakan kriteria objektif untuk mereview sampel catatan medis yang dikumpulkan secara acak. Review ini harus memonitor masalah seperti:

- kepantasan tingkat asuhan dan pelayanan tim yang disediakan
- kepantasan admission
- lama tinggal yang lebih dari enam bulan, dan
- keterlambatan dalam menyediakan asuhan tim.

Review penggunaan sumber hendaknya menghasilkan tindak-lanjut yang tertulis. Rancangan review penggunaan sumber ini harus pula direview paling kurang setiap tahun dan diperbaiki kapan perlu.

Aturan Medicare mengharuskan hospice untuk melakukan penilaian terus menerus akan mutu dan kepantasan layanan yang diberikan. Asuhan yang diberikan melalui suatu kontrak atau cara lain harus dinilai. Harus ada dokumentasi akan mekanisme yang digunakan untuk memonitor perawatan, masalah yang telah diidentifikasi dan diatasi, dan saran-saran yang dibuat untuk perbaikan perawatan.

RESPITE CARE

Perawatan 'respite' adalah asuhan yang diberikan oleh provider kepada seseorang yang hidup di dalam masyarakat untuk memberikan kesempatan istirahat bagi anggota keluarga yang biasanya memberikan perawatan. Perawatan ini dapat dibagi atas dua kategori, yaitu asuhan di dalam rumah dan asuhan di luar rumah pasien. Layanan dalam-rumah misalnya layanan keperawatan (nursing care) dan pembantu home health yang disediakan melalui perkumpulan-perkumpulan perawat berkunjung (visiting nurse associations). Layanan di luar-rumah antara lain adalah (rumah perawatan 'nursing homes') dan pusat perawatan siang dewasa ('adult day care centers'). Pusat asuhan siang untuk dewasa ini merupakan alternatif bagi nursing homes yang menghendaki agar pasien menginap semalam. Pusat-pusat ini biasanya buka delapan jam sehari, lima hari seminggu, dengan pasien mengikuti kegiatan dalam jumlah yang diinginkannya. Persyaratan badan-badan pengatur catatan medis harus diikuti di semua bidang respite care.

REHABILITATION FACILITIES

Fasilitas rehabilitasi bisa terdapat berbagai jenis, termasuk rehabilitasi komprehensif rawat inap, rehabilitasi medis rawat jalan, dan program-program untuk injury medulla spinalis, penanganan nyeri kronis, injury otak, gangguan perkembangan bayi dan kanak-kanak awal, evaluasi bakat, penyesuaian pekerjaan, latihan keterampilan kerja, penempatan tenaga kerja, respite, kesehatan mental masyarakat, pengobatan alkoholisme dan penyalahgunaan obat, dan perawatan psikososial.

Rentang asuhan yang disediakan sangat luas. Beberapa contohnya adalah: nasehat untuk pasien, audiologi, dentistry, latihan mengemudi, pendidikan, bimbingan anak, keterampilan hidup mandiri, penempatan kerja, perawatan, alat-alat bantu orthotics dan prosthetics, layanan rekreasi, patologi bahasa-wicara, dan intervensi krisis 24 jam.

Setiap pasien yang dilayani fasilitas rehabilitasi pertama kali harus mengikuti program penerimaan dan orientasi. Program ini menyaring orang-orang untuk admission dan memberikan rujukan kalau suatu fasilitas tidak bisa menerima seseorang. Proses ini melibatkan pengumpulan data diagnosa, pengobatan dan latihan yang berasal dari program lain yang mau bekerjasama, dan data medis dari fasilitas kesehatan lain. Fasilitas ini harus membuat dan mengikuti prosedur penilaian spesifik untuk menentukan program rehabilitasi seseorang.

Program untuk seorang individu harus difokuskan pada integrasi orang tersebut kembali ke masyarakat. Hal ini bisa dicapai dengan memaksimalkan kemampuan independen, menciptakan dan memelihara hubungan sosial, dsb. Kalau layanan terutama diberikan di

dalam fasilitas, orang yang dilayani biasanya lebih memikirkan caranya berfungsi di masyarakat. Pada program berorientasi kerja, contoh latihan misalnya adalah cara menggunakan transportasi untuk bekerja; pelatihan keluarga, kalau bisa digunakan, dalam cara memotivasi orang tersebut mempertahankan pekerjaannya, menciptakan prosedur untuk merangsangnya menggunakan obat sebagaimana yang dianjurkan, dsb. Integrasi ke dalam masyarakat pada program residensial dapat digambarkan oleh aktifitas seperti membantu orang tersebut berinteraksi secara patut dengan tetangga, menggunakan sistem transportasi lokal, menggunakan sumber-sumber masyarakat untuk rekreasi, belanja, sembahyang, dsb. Program psikososial dapat membantu seseorang dalam berhadapan dengan hubungan antar-pribadi di tempat kerja.

Program untuk individu dan tujuannya harus secara teratur direview dan diubah sesuai dengan kemajuan individu tersebut di dalam program pengobatannya. Rujukan ke badan lain mungkin juga diperlukan. Terakhir, prosedur untuk discharge dan follow-up harus diciptakan dan dilaksanakan.

Follow-up dilakukan untuk menyokong kemajuan pasien dan untuk jaminan mutu. Follow up terhadap orang yang dilayani harus dapat menentukan sampai berapa jauh program yang dijalani telah berhasil dan apakah asuhan yang diberikan telah optimum. Keefektifan asuhan dan program bisa dinilai oleh staf melalui informasi yang dikumpulkan selama kontak follow up. Kebutuhan yang diperlukan organisasi supaya bisa fleksibel dan mengubah programnya bisa dipenuhi melalui perhatian akan derajat pencapaian tujuan oleh orang-orang yang dilayani.

Catatan Rehabilitasi

Fasilitas yang menyediakan asuhan rehabilitasi bisa diakreditasi oleh Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF). CARF mengharuskan agar satu catatan kasus dipelihara untuk siapa pun yang di-admit di fasilitas. Catatan kasus yang lengkap hendaknya berisi hal-hal berikut:

- Data identifikasi kasus;
- Nama dan alamat wakil pribadi, pemelihara, wali, dan/atau pembayar, kalau ada yang ditunjuk untuk kepentingan peserta;
- Riwayat yang berhubungan, diagnosa kecacatan, masalah rehabilitasi, tujuan, dan prognosis;
- Laporan penilaian dan rancangan program individual;
- Laporan dari sumber yang merujuk;
- Laporan dari konsultasi luar dan dari laboratorium, radiologi, layanan orthotics dan prosthetics, dsb.;
- Penunjukan pengelola program untuk pasien. Kebijakan tertulis yang menunjukkan siapa yang bertanggung jawab untuk pengelolaan program kelompok menyebabkan persyaratan ini tidak perlu lagi;
- Bukti keterlibatan peserta, atau kalau sesuai, keluarganya dalam proses penentuan program individu;
- Laporan evaluasi setiap layanan;
- Laporan konferensi-konferensi staf;
- Rancangan program total individu;
- Layanan dan laporan kemajuan yang bertanggal dan bertandatangani dari setiap asuhan
- Korespondensi yang ada hubungannya dengan individu tersebut;
- Formulir pembebasan
- Laporan discharge
- Laporan follow up

Catatan kasus pada kedokteran rehabilitasi dan fisik adalah unik karena walau pun semua data penting terletak di dalam catatan kasus, duplikat dari beberapa lembarannya disimpan oleh unit asuhan. Lembaran ini berisi informasi yang berguna untuk unit asuhan tersebut seperti angka-angka kasar dan kehadiran harian. Lembaran tersebut tidak bisa

menggantikan catatan kasus. CARF menyatakan bahwa catatan utama harus diprioritaskan dalam pencatatan informasi kasus.

Pemastian Mutu

CARF menyediakan pedoman untuk penilaian mutu program untuk orang-orang yang dilayani di fasilitas rehabilitasi. Pedoman ini antara lain:

1. Organisasi harus memiliki sistem tertulis yang bisa dipakai untuk review internal terhadap program asuhan untuk individu yang dilayani.
2. Review tersebut harus menghasilkan keputusan apakah:
 - penerapan masing-masing layanan dimulai pada saat yang tepat pada masa asuhan.
 - asuhan yang tepat dilakukan untuk jangka waktu yang memadai
 - tujuan yang pantas dinyatakan untuk masing-masing asuhan di dalam program.
 - asuhan memberikan hasil yang diinginkan sesuai dengan tujuan program dan kebutuhan peserta.
3. Sistem harus memungkinkan adanya review kasus minimal setiap tiga bulan.
4. Tidak seorang pun boleh mereview kasus yang ditanganinya sendiri.
5. Review harus melibatkan minimal pengambilan sampel orang-orang yang dilayani, termasuk yang telah discharge
6. Review terhadap kasus individual harus dilakukan selama masa asuhan, yaitu antara admission dan discharge
7. Review harus dilakukan tanpa memandang sumber dana individu.
8. Hasil review harus dicatat dan direview secara periodik oleh pimpinan organisasi
9. Sebagai hasil review, rancangan perbaikan harus mulai dilaksanakan.

Review Penggunaan Sumber

Proses pengelolaan sumber-sumber untuk kedokteran rehabilitasi mirip dengan asuhan akut, kecuali pada empat perbedaan utama: evaluasi pre-admission, pembuatan rancangan pengobatan dan evaluasinya, penilaian koordinasi tim rehabilitasi, dan kewajiban adanya rancangan discharge untuk setiap kasus.

Sebelum admission perlu dinilai apakah rehabilitasi mungkin dilakukan, jenis program apa yang diperlukan, dan adanya faktor sosial atau lingkungan yang dapat mengganggu hasil. Setelah penerimaan resmi ke dalam program rehabilitasi, perlu dipastikan bahwa tujuan telah dibuat untuk membimbing pelaksana asuhan dalam berbagai disiplinnya dan untuk menilai kemajuan pasien. Review pasien difokuskan pada penggunaan asuhan profesional yang tepat untuk mencapai tujuan dan respons berkesinambungan pasien.

Karena koordinasi berbagai disiplin adalah vital untuk keberhasilan, penilaian efisiensi rehabilitasi melibatkan evaluasi terhadap adanya pertemuan tim yang teratur, adanya review goal dan objektif, dan adanya dokumentasi yang tersedia untuk memudahkan komunikasi. Faktor kritis dalam koordinasi proses rehabilitasi adalah pemulaian rencana discharge di tingkat awal pembuatan goal sehingga tingkat kemandirian yang ditentukan sebagai tujuan fisik bisa pula direalisasikan pada tingkat sosial dan lingkungan. Walau pun jangka waktu perawatan rehabilitasi diperpanjang, fokus review harus pada penerimaan rawatan yang secara medis diharapkan memperbaiki keadaan pasien dan hanya bisa dilakukan pada tempat rehabilitasi.

Inisiatif baru di area ini mencakup penggunaan layanan rawat jalan kalau tersedia dan bisa digunakan pasien secara teratur. Di samping itu ada pula, program review swasta yang disponsori majikan dengan menggunakan pendekatan 'manajemen kasus' yang mengkoordinasikan potensial rehabilitasi pasien, asuhan medis, dan kemampuan untuk kembali ke situasi pekerjaan yang cukup produktif sesuai dengan keadaannya.

PRINSIP UMUM MANAJEMEN CATATAN MEDIS

FORMULIR CATATAN MEDIS DAN KLINIS

Pada bab 7 ‘Desain dan Kontrol Formulir’ terdapat prinsip-prinsip pengembangan formulir untuk dokumentasi catatan klinis. Prinsip-prinsip ini bisa diterapkan pada fasilitas perawatan jangka panjang dan rehabilitasi. Karena populasi pasiennya relatif rendah, pencetakan formulir dalam jumlah besar akan menyebabkan banyaknya kerugian kalau diadakan perbaikan formulir. Keseimbangan diperlukan antara penghematan yang diperoleh dengan pencetakan dalam jumlah besar dengan tingkat penggunaannya selama satu atau dua tahun. Perubahan persyaratan dari badan pengatur bisa mempengaruhi isi formulir. Hal ini perlu dipertimbangkan pada waktu penentuan jumlah dan tingkat pemakaian formulir.

SISTEM-SISTEM PENGARSIPAN

Sebuah sistem ‘filing’ atau pengarsipan diperlukan untuk melindungi catatan dan memudahkan penentuan lokasinya. Sistem filing yang efektif untuk catatan perawatan jangka panjang dan rehabilitasi harus memungkinkan seseorang untuk mengidentifikasi catatan, menemukannya dengan cepat, dan mengambilnya dari lokasi mana pun di dalam fasilitas. Karena masa perawatan yang lama, catatan klinis bisa berada di pos perawat atau di tangan provider selama berminggu-minggu, berbulan-bulan, atau bertahun-tahun sampai saat discharge. Akibatnya, banyak prinsip-prinsip dasar sistem pengarsipan berlaku pada catatan in-patient (misalnya, sistem ‘charge-out’) dan pada catatan tertutup yang diproses untuk pengarsipan permanen pada waktu discharge. Sistem yang digunakan harus yang bisa melaksanakan pekerjaan sebaik-baiknya; tapi apa pun cara yang dipilih, semua bagian catatan harus berada pada tempat yang sama sebagai satu unit.

Prinsip ini, yaitu meletakkan semua catatan sebagai satu unit, sangat berguna ketika catatan yang sudah sangat tebal akan ditipiskan. Ketika catatan dikeluarkan dari bagian aktif, bagian ini harus disimpan di lokasi sentral sebagai material primer. Misalnya, pada fasilitas perawatan, bagian aktif catatan berada di dalam folder aktif atau ‘chart holder’, dan bagian yang dikeluarkan disimpan di dalam lemari arsip terkunci di lokasi sentral, sebaiknya di bagian pencatatan. Pada saat discharge, kedua bagian catatan ini disatukan kembali. Prinsip yang sama, satu catatan di satu lokasi, juga berlaku untuk catatan ganda seorang residen yang memiliki lebih dari satu admission di fasilitas tersebut.

FILING BERDASARKAN ABJAD DAN PENOMORAN

Catatan pasien yang telah discharge bisa diarsipkan menurut abjad atau nomor. Filing alfabetis cocok untuk fasilitas yang sangat kecil atau yang memiliki tingkat pergantian residen yang rendah. Pada sistem ini, catatan diarsipkan menurut nama akhir, nama pertama, dan nama tengah secara alfabetis yang ketat.

Pada fasilitas besar atau fasilitas dengan ‘short stay’, dianjurkan sistem filing menurut nomor. Pada sistem ini catatan diarsipkan menurut urutan nomor residen.

Penyimpanan catatan secara permanen dipermudah oleh penggunaan folder-folder arsip. Karena tingkat aktifitas untuk catatan discharge relatif rendah, folder yang agak ringan (lebih lemah) bisa digunakan. Diskusi lebih lanjut untuk penomoran dan pengarsipan interdidapat pada Bab 8.

RETENTION OF RECORDS

Catatan klinis harus disimpan oleh fasilitas selama ditentukan oleh 'statute of limitations' (statuta batasan) atau oleh peraturan retensi catatan oleh state. Peraturan perizinan biasanya menjelaskan masa retensi untuk state tertentu. Statuta batasan menentukan batas waktu untuk pengajuan suatu tuntutan hukum mengenai residen atau pengobatannya di fasilitas kesehatan. Batas waktu ini berbeda antara berbagai state dan antara berbagai jenis tuntutan hukum.

Kalau aturan state dan aturan lain tidak ada, maka aturan LTC (long term care) dari pemerintah federal dan aturan badan akreditasi, digabung dengan review penggunaan catatan setelah discharge, memberikan dasar yang baik untuk CEO dan praktisi catatan klinis untuk mengembangkan jadwal retensi catatan yang spesifik bagi fasilitas tersebut. Ketika catatan telah dihancurkan setelah masa retensi berlalu, informasi dasar yang dipelihara secara permanen adalah nama, tanggal lahir, tanggal admission dan tanggal discharge residen. Sebuah contoh log (daftar/catatan) penghancuran catatan klinis terdapat pada Gambar 11. Log ini menunjukkan catatan yang telah dihancurkan sesuai dengan kebijaksanaan fasilitas.

perawatan kesehatan lain yang terlibat dalam perawatan pasien. Formulir transfer harus diisi untuk dikirimkan bersama residen.

Point kedua, juga berhubungan dengan transfer residen dari satu fasilitas ke fasilitas lain, menyangkut kespesifikan otorisasi. Ketika material dibebaskan dari catatan fasilitas, satu-satunya material yang boleh dibebaskan adalah data yang diperoleh selama perawatan di fasilitas tersebut. Tidak boleh ada pembebasan untuk informasi yang diperoleh dari fasilitas sebelumnya. Pemberian kuasa oleh residen hanya mencakup catatan yang muncul sebagai hasil pengobatan di satu fasilitas. Kalau fasilitas lain memerlukan informasi sebelumnya, maka kewajibannya untuk mendapatkan izin residen tersebut dan menjalani prosedur yang perlu untuk mendapatkan izin tersebut.

CONSULTING

Banyak fasilitas menggunakan layanan praktisi informasi kesehatan yang memiliki wewenang, untuk mereview bagian catatan klinis asuhan jangka panjang atau rehabilitasi mereka. Sementara beberapa fasilitas mempekerjakan praktisi ini secara penuh-waktu, yang lain mengontraknya untuk asuhan konsultasi. Konsultasi merupakan satu area yang sedang bertumbuh untuk praktisi informasi kesehatan. Hal ini memungkinkan praktisi tersebut menggunakan keterampilan teknis, administratif, mengajar, dan menulis.

Konsultan melakukan kunjungan ke fasilitas untuk mereview pekerjaan bagian catatan klinis, agar persyaratan dari badan pengatur bisa dipenuhi. Keseringan kunjungan tergantung pada persyaratan badan pengatur dan/atau persetujuan antara konsultan dan fasilitas. Konsultan mereview bagian ini untuk memastikan bahwa catatan sesuai dengan standard dan praktek profesional. Catatan harus lengkap, dicatat secara tepat, mudah dicapai, diatur secara sistematis. Pemeriksaan acak terhadap catatan medis aktif dan tertutup bisa dilaksanakan. Konsultan juga mereview kebijaksanaan dan prosedur fasilitas dalam memelihara catatan medis yang telah lengkap. Penekanan khusus harus diberikan pada review kebijaksanaan dan prosedur fasilitas yang berhubungan dengan kerahasiaan catatan medis, untuk menjaga informasi dari penggunaan di luar hak, kehilangan, atau kerusakan. Biasanya dalam waktu dua minggu setelah kunjungan ke fasilitas, konsultan memberikan laporan tertulis penemuannya dan saran-sarannya.

Konsultan bisa memberikan latihan di tempat bagi para staf. Dalam hal ini konsultan perlu mempersiapkan garis besar program, lembaran lepas kalau diperlukan, dan ujian untuk mengetahui apakah mereka mendapatkan pelajaran dari latihan tersebut.

Konsultan bisa diminta datang untuk membantu perancang informasi kesehatan dalam mempersiapkan laporan. Laporan ini bisa mencakup penghitungan statistik penggunaan tempat tidur dan transfer, penghitungan statistik diagnosa dan penggunaan kode ICD yang tepat, dan penghitungan statistik mengenai masalah-masalah yang ditemukan di dalam catatan medis.

RINGKASAN

Catatan klinis merupakan bagian integral fasilitas asuhan jangka panjang dan rehabilitasi. Isi mendasar dan standard minimum catatan harus dipikirkan pada saat sebuah sistem pencatatan dikembangkan. Bab ini telah menjelaskan isi-isi dasar tersebut dan hal lain yang berhubungan dengan catatan pada fasilitas asuhan jangka panjang dan rehabilitasi. Orang-orang yang bekerja memelihara catatan medis pada fasilitas ini harus secara hati-hati mereview persyaratan yang ditentukan oleh badan pengatur dan pengakreditasi.

PERTANYAAN

1. Bedakan pasien asuhan jangka panjang dan pasien rehabilitasi.
2. Sebutkan standard yang berhubungan dengan pelaksanaan fasilitas asuhan jangka panjang. Standard badan apa yang boleh diikuti, dan standard apa yang wajib?
3. Jelaskan tujuan dan isi hal-hal berikut:
 - Pernyataan transfer atau rujukan
 - Evaluasi admission dokter
 - Rancangan asuhan pasien
 - Catatan kemajuan
 - Ringkasan discharge dokter
 - Laporan kecelakaan/kejadian
4. Jelaskan cara penyusunan catatan medis pada waktu pasien berada di dalam fasilitas perawatan dan pada waktu discharge.
5. Jelaskan apa yang dimaksud dengan asuhan kesehatan rumahtangga.
6. Buat daftar formulir yang disyaratkan HCFA pada badan home health yang bersertifikat Medicare.
7. Sebutkan komponen-komponen dokumentasi catatan home health.
8. Apa yang dimaksud dengan hospice, apa badan yang menciptakan standard untuk hospice, dan jelaskan isi catatan medis yang sesuai dengan program hospice.
9. Apa yang dimaksud dengan daerah respite.
10. Sebutkan badan akreditasi primer untuk fasilitas rehabilitasi.
11. Jelaskan isi catatan kasus yang komplit yang menguraikan layanan rehabilitasi.
12. Jelaskan tujuan review isi catatan medis, pengumpulan data, jaminan mutu, dan review penggunaan sumber pada fasilitas asuhan jangka panjang
13. Jelaskan peranan konsultan IK pada asuhan jangka panjang.

Edna K. Huffman, RRA

HEALTH INFORMATION MANAGEMENT

Edited by

Jennifer Cofer, RRA

Part 2 of Translation by Erkadius

1999

| | | |
|------------|---|-----------|
| V. | MENTAL HEALTH RECORDS | 1 |
| A. | SEJARAH ASUHAN KESEHATAN JIWA DI USA | 1 |
| B. | ISI REKAM MEDIS KESEHATAN JIWA | 2 |
| C. | MANAJEMEN PASIEN | 3 |
| | 1. <i>Penerimaan</i> | 3 |
| | 2. <i>Penilaian pasien</i> | 4 |
| | 3. <i>Rencana Pengobatan</i> | 5 |
| | 4. <i>Frekwensi Dokumentasi</i> | 6 |
| | 5. <i>Persyaratan Lain</i> | 7 |
| | 6. <i>Progress Notes</i> | 7 |
| | 7. <i>Ringkasan Discharge dan Rancangan Asuhan Kemudian</i> | 8 |
| D. | TERAPI KHUSUS | 8 |
| | 1. <i>Seklusi dan Restraint</i> | 13 |
| | 2. <i>ECT dan Terapi lain</i> | 13 |
| E. | DOKUMENTASI REKAM MEDIS | 14 |
| F. | PROSES REVIEW | 17 |
| | 1. <i>Analisa Kuantitatif dan Kualitatif Langsung</i> | 17 |
| | 2. <i>Manajemen Mutu</i> | 17 |
| G. | REVIEW PENGGUNAAN SARANA | 19 |
| H. | PEMBEBASAN INFORMASI DAN CONSENTS | 20 |
| I. | RINGKASAN..... | 21 |
| J. | STUDY QUESTIONS | 21 |
| VI. | MANAJEMEN ISI REKAM MEDIS..... | 22 |
| A. | JENIS-JENIS ANALISIS DOKUMENTASI REKAM MEDIS | 22 |
| | 1. <i>Analisis Kuantitatif</i> | 25 |
| | 2. <i>Analisis Kualitatif</i> | 28 |
| | 3. <i>Kontrol Rekam medis yang Tidak Lengkap</i> | 34 |
| B. | PENANGANAN INFORMASI PRAKTEK DOKUMENTASI DAN KEJADIAN YANG BERPOTENSI GANTI RUGI..... | 36 |
| C. | RINGKASAN | 37 |
| D. | STUDY QUESTIONS | 38 |
| VII | FILING METHODS, STORAGE, AND RETENTION | 40 |
| A. | SISTEM PENOMORAN DAN PENGARSIPAN REKAM MEDIS | 40 |
| | 1. <i>Penomoran dan Pengarsipan Serial</i> | 40 |
| | 2. <i>Penomoran dan Pengarsipan Unit</i> | 40 |
| | 3. <i>Pengarsipan pada penomoran Serial-Unit</i> | 40 |
| | 4. <i>Adaptasi lain Sistem Penomoran dan Pengarsipan Unit</i> | 41 |
| | 5. <i>Keuntungan dan Kerugian Penomoran dan Pengarsipan Unit</i> | 43 |
| | 6. <i>FILE EXPANSION</i> | 45 |
| | 7. <i>Purging of Files</i> | 45 |
| | 8. <i>Number Sources</i> | 46 |
| | 9. <i>Perubahan dari Penomoran Serial ke Unit</i> | 46 |
| | 10. <i>Types of Filing</i> | 47 |
| | 11. <i>Konversi menjadi Pengarsipan Digit Terminal atau Tengah</i> | 51 |
| B. | FASILITAS FISIK DI AREA FILE | 51 |
| | 1. <i>Perlengkapan Penyimpanan Rekam medis</i> | 51 |
| | 2. <i>Guiding the files</i> | 53 |
| C. | PELINDUNG REKAM MEDIS | 55 |

| | | |
|---------------------------------------|---|-----------|
| D. | KEAMANAN | 56 |
| E. | POLA PENGORGANISASIAN FILES | 56 |
| 1. | <i>Sentralisasi</i> | 56 |
| 2. | <i>Desentralisasi</i> | 57 |
| 3. | <i>Keuntungan dan Kerugian Masing-masingnya</i> | 57 |
| F. | KONTROL REKAM MEDIS | 58 |
| 1. | <i>Requisitions</i> | 58 |
| 2. | <i>Outguides</i> | 60 |
| 3. | <i>Charge-out System</i> | 60 |
| 4. | <i>SISTEM PELACAKAN REKAM MEDIS OTOMATIS</i> | 61 |
| 5. | <i>Pencarian file salah Letak</i> | 62 |
| 6. | <i>Pengkodean Folder rekam medis dengan warna</i> | 62 |
| 7. | <i>Aturan dan Prosedur Lain Pengarsipan</i> | 63 |
| 8. | <i>Transportation of Records</i> | 64 |
| 9. | <i>Medical Record Retention Policies</i> | 65 |
| 10. | <i>Penghancuran rekam medis</i> | 65 |
| 11. | <i>Retensi Rekam medis Lain-lain</i> | 66 |
| 12. | <i>Lain-lain</i> | 67 |
| G. | MICROFILMING | 69 |
| 1. | <i>Faktor yang dipertimbangkan</i> | 69 |
| 2. | <i>Proses pembuatan mikrofilm</i> | 70 |
| H. | DISK STORAGE | 72 |
| I. | SUMMARY | 73 |
| J. | STUDY QUESTIONS | 73 |
| VIII. INDEKS DAN REGISTER..... | | 73 |
| A. | INDEKS UTAMA PASIEN | 75 |
| 1. | <i>Isi Indeks Pasien</i> | 75 |
| 2. | <i>Susunan Indeks Utama Pasien</i> | 77 |
| B. | INDEKS NOMOR | 82 |
| C. | INDEKS PENYAKIT DAN PROSEDUR | 83 |
| 1. | <i>Isi Indeks Penyakit dan Prosedur</i> | 83 |
| 2. | <i>Biaya Indeks</i> | 84 |
| 3. | <i>Indeks OTOMATIS</i> | 85 |
| 4. | <i>Peringkasan Data Discharge</i> | 85 |
| 5. | <i>Pemetikan dari Indeks</i> | 86 |
| D. | INDEKS DOKTER | 88 |
| 1. | <i>Jenis-jenis</i> | 88 |
| E. | REGISTER..... | 90 |
| 1. | <i>Register Admisi dan Discharge Pasien</i> | 90 |
| 2. | <i>Register Kamar Operasi</i> | 91 |
| 3. | <i>Register Kelahiran dan Kematian</i> | 91 |
| 4. | <i>Pelayanan Gawat darurat</i> | 91 |
| F. | CANCER REGISTRY... .. | 92 |
| 1. | <i>Jenis-jenis</i> | 92 |
| 2. | <i>Format Registri Kanker</i> | 92 |
| 3. | <i>Registrar Tumor</i> | 95 |
| 4. | <i>Registri Kanker Berkomputer</i> | 96 |
| 5. | <i>Pembuatan Laporan</i> | 97 |
| 6. | <i>Registri Kanker Multihospital</i> | 97 |

| | |
|---|------------|
| G. MUTU DATA | 98 |
| H. KESIMPULAN | 99 |
| I. PERTANYAAN | 99 |
| IX. SISTEM-SISTEM NOMENKLATUR DAN KLASIFIKASI..... | 99 |
| A. NOMENKLATUR | 100 |
| 1. <i>Nomenklatur awal di USA</i> | 100 |
| 2. <i>Nomenklatur yang Digunakan Saat Ini</i> | 102 |
| 3. <i>Penggunaan Nomenklatur</i> | 105 |
| B. KLASIFIKASI STATISTIK..... | 106 |
| 1. <i>Riwayat Sistem Klasifikasi</i> | 107 |
| 2. <i>International Classification of Diseases (ICD)</i> | 107 |
| C. KLASIFIKASI LAIN | 109 |
| 1. <i>ICD Oncology</i> | 109 |
| 2. <i>International Classf. of Impairments, Disabilities, and Handicaps</i> | 110 |
| 3. <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)</i> | 110 |
| 4. <i>Klasifikasi pada Retardasi Mental</i> | 111 |
| 5. <i>Klasifikasi Rontgen</i> | 111 |
| 6. <i>HCFA Common Procedure Coding Systems (HCPFS)</i> | 112 |
| 7. <i>Klasifikasi Pelayanan Rawat Jalan</i> | 112 |
| 8. <i>Diagnosis Perawat</i> | 114 |
| 9. <i>Case-Mix Classifications</i> | 115 |
| D. MEMILIH SUATU SISTEM KLASIFIKASI | 123 |
| E. SISTEM-SISTEM ‘ENCODING’ | 124 |
| F. RINGKASAN..... | 127 |
| G. PERTANYAAN | 127 |
| X. STATISTIK ASUHAN KESEHATAN..... | 128 |
| A. PENDAHULUAN..... | 128 |
| 1. <i>Data Sets</i> | 129 |
| 2. <i>Uniform Hospital Discharge Data Set</i> | 129 |
| B. PENENTUAN KEBUTUHAN PENGUMPULAN | 131 |
| C. GLOSSARY OF HEALTH CARE TERMS | 133 |
| 1. <i>Definisi Takarir mengenai Kejadian (‘Event’)</i> | 134 |
| 2. <i>Pengumpulan Data</i> | 134 |
| 3. <i>Analisis Discharge Pasien</i> | 135 |
| 4. <i>Pelayanan Medis dan Unit-unit Organisasi</i> | 135 |
| 5. <i>Laporan Bulanan dan Tahunan</i> | 139 |
| D. PENGHITUNGAN PERSENTASE..... | 139 |
| 1. <i>Persentase dan Rate Umum di Rumah Sakit</i> | 141 |
| 2. <i>Death Rates (Mortality)</i> | 141 |
| 3. <i>Angka-angka Autopsi</i> | 144 |
| 4. <i>Morbidity Rates (Infection)</i> | 147 |
| 5. <i>Penghitungan Lama Perawatan</i> | 149 |
| E. SENSUS PASIEN-DALAM DAN RATES YANG DIHASILKAN | 150 |
| 1. <i>Istilah dan Definisi</i> | 150 |
| 2. <i>Penghitungan Sensus dan Hari Layanan Pasien-dalam</i> | 151 |
| F. STATISTIK RAWAT JALAN..... | 155 |
| G. STATISTIK ASUHAN JANGKA PANJANG..... | 156 |
| H. KONTROL MUTU PADA SISTEM PENGUMPULAN DATA | 156 |
| I. CATATAN DAN STATISTIK VITAL | 157 |

| | | |
|------------|---|------------|
| J. | RINGKASAN | 158 |
| K. | PERTANYAAN..... | 159 |
| XI. | FORMS DESIGN AND CONTROL | 160 |
| A. | DESAIN FORMULIR | 161 |
| B. | PERTIMBANGAN KHUSUS DESAIN FORMULIR KERTAS | 163 |
| 1. | <i>Heading</i> | 164 |
| 2. | <i>Introduction</i> | 165 |
| 3. | <i>Instructions</i> | 165 |
| 4. | <i>Body</i> | 165 |
| 5. | <i>Close</i> | 168 |
| C. | PERTIMBANGAN KHUSUS KONSTRUKSI FORMULIR KERTAS..... | 168 |
| 1. | <i>Menciptakan 'master'</i> | 168 |
| 2. | <i>Bangunan fisik formulir</i> | 169 |
| 3. | <i>Tinta</i> | 170 |
| 4. | <i>Kertas</i> | 170 |
| 5. | <i>Karbonisasi</i> | 172 |
| 6. | <i>Cara-cara menduplikasi</i> | 172 |
| D. | PERTIMBANGAN KHUSUS DESAIN FORMULIR KOMPUTER..... | 174 |
| 1. | <i>Format layar</i> | 174 |
| 2. | <i>Hasil cetakan</i> | 175 |
| E. | KONTROL FORMULIR..... | 177 |
| 1. | <i>Inventarisasi formulir</i> | 177 |
| 2. | <i>Identifikasi</i> | 178 |
| 3. | <i>Analisa Formulir</i> | 179 |
| 4. | <i>Pembelian</i> | 181 |
| F. | RINGKASAN | 182 |
| G. | PERTANYAAN | 183 |

V. REKAM MEDIS KESEHATAN JIWA

A. SEJARAH ASUHAN KESEHATAN JIWA DI USA

Asuhan kesehatan jiwa di USA boleh dikatakan tidak ada sampai awal abad ke-19. Satu di antara pionir awal adalah Dorothea Dix yang bekerja keras untuk memperbaiki nasib pasien kesehatan jiwa dan fasilitas yang ditempatinya. Karena usahanya ini akhirnya pemerintah federal (pusat) Amerika Serikat mengeluarkan Undang-undang Federal yang mengharuskan negara bagian menyediakan tanah untuk membangun rumah sakit jiwa. Institusi ini, banyak di antaranya masih ada, telah melayani masyarakat selama beberapa dekade.

Hampir seratus tahun kemudian, pada tahun 1946, *National Institute of Mental Health (NIMH)* didirikan sebagai badan dari Pemerintah Federal. Penelitian pada saat itu dan sesudahnya membuktikan bahwa fasilitas yang ada digunakan terutama untuk menahan orang sakit jiwa atau untuk mengobati orang yang berada di dalam situasi krisis. Penelitian juga menyimpulkan bahwa sebagian besar pasien memerlukan asuhan yang lebih aktif.

Penelitian besar '*Action for Mental Health*' pada tahun 1960 menyebabkan munculnya *Community Mental Health Centers Act* (UU Pusat Kesehatan Jiwa Masyarakat) pada tahun 1963. Tujuannya untuk membuat program pelayanan ganda yang mampu memenuhi berbagai kebutuhan penderita. Ratusan *Community Mental Health Centers* kemudian dibangun untuk perawatan berbagai jenis penyakit jiwa. Pusat-pusat ini bisa berdiri sendiri, berada di satu atau berbagai gedung, merupakan bagian dari rumah sakit, atau variasinya.

Public Laws 94-63 dikenal sebagai "*Special Health Revenue Sharing Act of 1975*" (UU Khusus Pembagian Keuntungan Kesehatan 1975) terbit untuk memperbaiki UU sebelumnya pada area *Health Revenue Sharing* dan *Community Mental Health Centers*. Perubahan mencakup banyak hal dan secara khusus berhubungan dengan pelayanan umum, pelayanan kesehatan jiwa menyeluruh (komprehensif), dan penggantian biaya.

Social Security Act (UU jaminan sosial) menanggung pembayaran pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan jiwa untuk orang berusia di atas 65 tahun dan di bawah 18 tahun, dan menyediakan bantuan bagi negara bagian untuk program asuhan kesehatan jiwa. Kedua hal ini menyebabkan masalah penggantian biaya, review penggunaan sarana, dan syarat-syarat partisipasi rumah sakit untuk program asuransi Medicare dan Medicaid (*Conditions of Participation for Hospitals*) menjadi fokus utama. Perhatian bagi penderita dan peraturan yang timbul kemudian menyebabkan asuhan dan **dokumentasi** yang lebih baik perlu dilakukan.

Set pertama standard JCAHO (Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations) untuk program kesehatan jiwa terbit tahun 1972. Dalam beberapa tahun berikutnya standard khusus diterbitkan untuk program kesehatan jiwa anak dan remaja, rehabilitasi alkohol dan penyalahgunaan obat, dan pengobatan penderita cacat perkembangan.

Set standard untuk fasilitas yang menyelenggarakan program ganda, program kesehatan jiwa dewasa, anak dan remaja, serta alkoholisme dan penyalahgunaan obat digabungkan manual kesehatan jiwa atau MHM (“mental health manual”). Nama resmi MHM adalah *Accreditation Manual for Mental Health, Chemical Dependency, and Mental Retardation/ Developmental Disabilities Services*. Edisi selanjutnya mencakup standard program retardasi mental dan cacat perkembangan. Sejak 1987, semua fasilitas menyediakan asuhan kesehatan jiwa dan memiliki izin sebagai rumah sakit harus disurvei menurut *Accreditation Manual for Hospitals* (AMH). Standard untuk program kesehatan jiwa dimasukkan ke dalam AMH untuk melayani area yang kebutuhannya berbeda. Fasilitas yang menyediakan asuhan kesehatan jiwa tapi tidak memiliki izin rumah sakit, misalnya program rehabilitasi alkohol dan penyalahgunaan obat, dan CMHC (Community Mental Health Center, pusat kesehatan jiwa masyarakat) disurvei dengan berpedoman pada MHM.

Walau pun terdapat ciri-ciri unik pada rekam medis kesehatan jiwa, persyaratan umum dokumentasi rekam medis dan cara penyimpanannya bisa ditentukan. Administrator Informasi Kesehatan (AIK) bertanggung jawab akan berbagai aktifitas yang sama dengan yang terdapat di rumah sakit akut. AIK harus membiasakan diri dengan standard JCAHO dan syarat pemberian izin daerah. Di samping itu, mereka harus siap untuk menyediakan pelayanan yang sesuai bagi staf medis dalam aktifitas komite, dan bagi staf klinis dalam kegiatan klinis.

Pada bab ini penekanan diberikan pada pemeliharaan rekam medis di fasilitas kesehatan jiwa, yang banyak didasarkan pada MHM. AIK harus mengetahui standard ini di samping aturan kesehatan jiwa daerah, supaya mereka bisa mereview persyaratan dokumentasi dan pemeliharaan rekam medis sebagaimana yang ditentukan oleh negara.

B. ISI REKAM MEDIS KESEHATAN JIWA

Menurut American Psychiatric Association, rekam kesehatan jiwa harus berisi evaluasi, pengobatan, dan perjalanan penyakit pasien. Dokumentasi ini merupakan cara komunikasi antara dokter dengan staf lain yang ikut merawat pasien. Rekam medis tersebut juga merupakan sumber dasar informasi untuk mempelajari dan menilai asuhan yang telah diberikan dan untuk menentukan pembayaran dari pihak ketiga. Rekam medis ini harus berisi semua informasi klinis yang berhubungan, dan sedikitnya terdiri dari:

Data awal

- data identifikasi.
- sumber rujukan.
- alasan rujukan.
- status hukum pasien.
- semua persetujuan baik admisi, pengobatan, evaluasi, atau asuhan pasca perawatan.

Data pelayanan

- diagnosis psikiatrik pada waktu admisi.
- riwayat psikiatrik.
- catat pemeriksaan menyeluruh, termasuk keluhan orang lain tentang pasien dan pendapat pasien tentang dirinya sendiri.
- riwayat medis, laporan pemeriksaan fisik, dan catatan semua obat yang diberikan.
- diagnosis sementara, mencakup penyakit yang ada di samping diagnosis psikiatrik.
- rancangan pengobatan.
- dokumentasi pelaksanaan pengobatan, evaluasi dan pemeriksaan.
- catatan kemajuan, sesuai dengan goal dan objektif rancangan pengobatan.
- dokumentasi pelaksanaan tindakan khusus.
- pembaruan rancangan pengobatan, sebagai hasil dari penilaian catatan kemajuan.

Data lainnya

- catatan konferensi atau konsultasi kasus multi-disiplin, berisi tanggal, rekomendasi yang dihasilkan, dan tindak lanjutnya.
- informasi kejadian luar biasa, seperti komplikasi pengobatan, kecelakaan atau cidera pada pasien, penyakit yang timbul, kematian, dan prosedur yang bisa memberikan risiko atau nyeri berlebihan pada pasien.
- korespondensi mengenai pasien, termasuk semua surat dan catatan pembicaraan telepon yang relevan dengan pengobatan pasien, diberi tanggal.
- ringkasan pemulangan atau pengakhiran layanan.
- rancangan untuk asuhan follow-up dan dokumentasi pelaksanaannya.
- rancangan asuhan pasca-perawatan dan pasca-pengobatan secara individual.

C. MANAJEMEN PASIEN

PENERIMAAN

Semua program kesehatan jiwa harus mengembangkan kebijaksanaan dan prosedur yang menguraikan jenis informasi yang harus diperoleh dari semua pendaftar atau yang melakukan rujukan admisi. Disini termasuk cara penerimaan rujukan dari badan-badan luar, catatan yang harus disimpan mengenai pendaftar, data statistik proses admisi, dan prosedur yang harus diikuti termasuk rujukan alternatif kalau ternyata pendaftar tidak bisa diterima..

PENILAIAN PASIEN

Setiap program harus melakukan penilaian lengkap terhadap pasien. Penilaian adalah proses mengumpulkan dan menyusun fakta dengan mewawancarai pasien dan orang lain yang penting, mengobservasi, melakukan pemeriksaan fisik dan mental, dan melaksanakan uji diagnostik lain. Tujuannya untuk menentukan kebutuhan pasien saat itu, dan sebagai dasar pengembangan rencana pengobatan individual. Penilaian harus mencakup identifikasi kebutuhan fisik, emosi, tingkah laku, sosial, rekreasi, hukum, pendidikan, gizi, dan perkembangan pasien.

a) **Penilaian fisik**

Penilaian fisik harus mencakup riwayat medis, alkohol, dan obat-obatan, dan pemeriksaan laboratorium. Pada program rawat inap, pemeriksaan fisik harus selesai dalam waktu 24 jam sejak admisi. Pada program lain, perlunya pemeriksaan fisik ditentukan oleh dokter; dan alasan untuk tidak melakukan pemeriksaan lengkap harus dicatat. Pada program yang melayani pasien anak-anak, remaja, dan retardasi mental atau cacat perkembangan, perlu dinilai perkembangan dan fungsi gerak; fungsi bicara, bahasa, dan pendengaran; fungsi penglihatan; dan status imunisasi pasien.

b) **Penilaian emosi dan tingkah-laku**

Penilaian emosi dan tingkah-laku harus diselesaikan dan dicatat di dalam rekam medis.

Hal-hal berikut perlu dilibatkan:

- riwayat dan masalah emosi, tingkah-laku dan penyalahgunaan obat masa lalu serta pengobatannya;
- fungsi emosi dan tingkah-laku saat ini;
- evaluasi psikiatrik langsung, kalau diindikasikan;
- pemeriksaan status mental yang sesuai dengan usia pasien, kalau diindikasikan;
- penilaian psikologis, kalau diindikasikan;
- evaluasi fungsional lain mengenai bahasa, perawatan diri, dan alam perasaan sosial dan fungsi visual-motor, kalau diindikasikan

c) **Penilaian sosial**

Penilaian sosial mencakup informasi lingkungan dan situasi rumahtangga, agama, riwayat masa kecil, riwayat wajib militer, status keuangan, teman sebaya, dan lingkungan keluarga termasuk susunan keluarga dan situasi kehidupan saat tersebut.

d) **Penilaian rekreasi**

Penilaian aktifitas harus mencakup informasi yang berhubungan dengan ketrampilan, bakat, kemampuan dan minat.

e) Penilaian hukum

Penilaian hukum kalau diperlukan harus mencakup riwayat hukum dan diskusi untuk menentukan apakah situasi hukum pasien mempengaruhi kemajuan pengobatan. Kalau berpengaruh, situasi ini harus dimasukkan ke dalam masalah yang akan diatasi.

f) Penilaian ‘vocational’

Penilaian karir ini kalau diperlukan harus melibatkan riwayat pekerjaan, riwayat pendidikan yang mencakup latihan akademis dan kerja, dan diskusi dengan pasien mengenai pengalaman kerja yang lalu, sikap terhadap pekerjaan, dan kemungkinan pendidikan, latihan, dan pekerjaan di masa depan.

g) Penilaian gizi

Penilaian gizi tidak selalu dilakukan, kalau dilakukan harus dicatat. Pasien yang dirawat untuk kelainan cara makan atau pasien yang memiliki kondisi fisik yang memerlukan diet khusus harus mendapatkan penilaian gizi.

h) Penilaian lain

Sebagai tambahan pada penilaian awal di atas, terdapat keadaan yang muncul selama pengobatan yang memerlukan penilaian khusus. Persyaratan dokumentasi untuk ini dibicarakan pada bagian Terapi Khusus. Misalnya adalah:

- sebelum pelaksanaan pengucilan
- sebelum pemasangan alat penahan gerak
- sebelum pengobatan kejang listrik (electro-convulsive therapy)
- setelah pemberian suatu tindakan ‘therapeutic pass’

Hasil semua penilaian harus didokumentasi di dalam rekam kesehatan jiwa pasien. Rekam medis ini harus mencerminkan kebutuhan dasar pasien dan hendaknya mencakup masukan klinis multidisiplin yang sesuai. Penilaian merupakan dasar untuk pengembangan rencana pengobatan untuk pasien yang bersangkutan.

RENCANA PENGOBATAN

JCAHO mensyaratkan adanya rencana pengobatan tertulis untuk setiap pasien. MHM tidak mendefinisikan elemen-elemen rencana, namun *Consolidated Standards Manual* secara rinci menjelaskan isi rencana pengobatan dan frekuensi pembuatan dokumentasi. Medicare juga mensyaratkan rencana pengobatan individual ini pada *Conditions of Participation for Psychiatric Facilities*. Isi rencana pengobatan adalah:

i) Sasaran dan tujuan (goals and objectives)

Rencana pengobatan harus berisi **sasaran** spesifik yang harus dicapai pasien dan didasarkan pada kebutuhannya yang diperoleh pada penilaian awal. Rencana ini harus berisi **tujuan** spesifik yang berhubungan dengan sasaran, dan mencakup perkiraan tanggal pencapaian. Semua ditulis dengan menggunakan istilah yang terukur supaya perjalanan pasien dalam mencapainya bisa dinilai. Penentuan sasaran dan tujuan secara terukur (1) memastikan bahwa setiap pasien memiliki rencana pengobatan tersendiri; (2) memerlukan tindakan spesifik yang dapat mengurangi praduga; (3) memberitahukan harapan sasaran yang sama kepada semua anggota staf yang terlibat dalam pelayanan pasien; dan (4) memungkinkan semua yang terlibat pada pengobatan pasien, atau personil lain yang berwenang, mengetahui pengobatan apa yang sedang diberikan.

j) Modalitas (bentuk/cara) pengobatan

Rancangan pengobatan harus menguraikan layanan, aktifitas, dan program-program yang direncanakan untuk pasien. Rencana ini juga harus dengan jelas menunjukkan anggota staf yang ditugaskan untuk melaksanakan pengobatan yang direncanakan; dan menguraikan frekuensi modalitas pengobatan.

FREKWENSI DOKUMENTASI

k) Program rawat-inap, residensial, dan setengah hari.

Rancangan pengobatan pendahuluan dibuat pada waktu admisi berdasarkan penilaian saat itu. Rancangan pengobatan awal dikembangkan dalam waktu 72 jam setelah admisi berdasarkan penilaian yang dibuat pada rentang waktu tersebut. Rancangan ini digunakan untuk melaksanakan pengobatan langsung.

Ketika pasien dievaluasi ulang, rancangan pengobatan diperbaharui pula. Pada MHM 1993, JCAHO menyatakan bahwa rencana pengobatan harus direview paling kurang pada saat-saat menentukan berikut ini:

- pada saat transfer atau discharge
- pada setiap perubahan besar keadaan pasien
- pada akhir pengobatan awal dan setelah perkiraan lama pengobatan berikutnya
- setiap 10 kunjungan atau setiap tiga bulan asuhan rawat jalan,
- setiap tiga bulan pengobatan rawat inap.

l) Program Rawat-jalan

Rancangan pengobatan awal dikembangkan pada saat penerimaan berdasarkan penilaian terhadap masalah utama, kesehatan fisik, status emosi, dan status tingkah laku. Kalau jumlah kunjungan pasien lebih dari 10, suatu *master plan* harus dikembangkan dan didasarkan pada

penilaian menyeluruh terhadap kebutuhan pasien. Master plan ini direview dan diperbaharui setiap 10 kali kunjungan atau tiga bulan.

m) Program Pengobatan Retardasi Mental / Cacat Perkembangan

Persyaratan untuk rancangan pengobatan pendahuluan, awal, dan master, serta review dan perbaharuan master plan sama dengan program residensial. Sebagai tambahan, kalau pasien telah mencapai tingkat mayoritas (seperti orang lain) atau telah dibebaskan, harus ada dokumentasi yang menyatakan bahwa rancangan pengobatan telah direview oleh suatu tim pengobatan multi-disiplin dan bahwa hal-hal berikut telah dipertimbangkan:

- hak-hak sipil dan hukum, dan
- perlunya pasien tetap berada di dalam program.

PERSYARATAN LAIN

Pasien harus dilibatkan di dalam rancangan pengobatan, dan keterlibatan ini harus didokumentasikan pada rekam medis pasien. Keluarga atau orang terdekat lain harus juga terlibat di dalam rancangan pengobatan, dan ini pun harus didokumentasikan.

Dalam mereview rekam kesehatan jiwa pasien, harus bisa ditentukan dari rancangan pengobatan: (1) apa yang sedang diobati, (2) pengobatan apa yang sedang dilaksanakan, (3) tujuan pengobatan, dan (4) siapa yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan berbagai pengobatan. Rancangan pengobatan juga hendaknya dengan jelas menyatakan kriteria, yang ditulis dengan istilah yang terukur, untuk penghentian pengobatan. (Lihat contoh formulir 1, 2, 3, dan 4).

PROGRESS NOTES

Dokumentasi kemajuan pasien harus berada di dalam rekam kesehatan jiwa pasien. Catatan kemajuan ini dianggap sebagai bagian dari rancangan pengobatan. Disini hendaknya tercakup dokumentasi tentang pelaksanaan rancangan pengobatan, pengobatan yang diberikan, dan respons pasien terhadap pengobatan tersebut. Revisi dan perbaharuan rancangan pengobatan hendaknya juga didokumentasikan di dalam catatan kemajuan.

Catatan kemajuan digunakan untuk mereview kemajuan pasien. Review ini sering dilakukan di dalam konferensi kasus multi-disiplin. Catatan konferensi-konferensi ini didokumentasikan di dalam progress notes atau pada formulir khusus yang dirancang untuk tujuan itu. Dokumentasi harus mengidentifikasi orang-orang yang hadir. Seluruh entry harus bertanggal dan bertandatangan.

RINGKASAN DISCHARGE DAN RANCANGAN ASUHAN KEMUDIAN

Ringkasan discharge dan rancangan 'asuhan kemudian' (aftercare) juga dimasukkan ke dalam rekam medis pasien sebagai bagian dari rancangan pengobatan. Ringkasan discharge harus diisi dan diarsipkan di dalam rekam medis pasien paling lambat 15 hari setelah discharge.

Ringkasan ini harus mencakup resume klinis yang meringkaskan hal-hal berikut:

- hasil penilaian awal dan diagnosis
- penemuan yang bermakna
- arah dan kemajuan pasien untuk setiap masalah klinis yang diidentifikasi
- arah klinis pengobatan pasien
- penilaian akhir yang mencakup pengamatan dan pemahaman secara umum mengenai kondisi pasien pada awal, selama pengobatan, dan waktu discharge
- rekomendasi dan pengaturan untuk pengobatan lebih lanjut, termasuk obat-obatan dan aftercare
- diagnosis akhir.

Kalau sesuai, rencana aftercare tertulis untuk penerusan pengobatan harus dikembangkan dengan menguraikan tanggung jawab organisasi untuk memudahkan transfer pasien ke fase atau modalitas lain program pengobatan, ke program lain, ke badan pengelola lain, kepada seseorang, dan / atau ke sistem support pasien sendiri.

D. TERAPI KHUSUS

Fasilitas asuhan kesehatan jiwa kadang-kadang menggunakan prosedur yang biasanya tidak ditemukan pada rumah sakit asuhan akut. Contoh prosedur khusus ini adalah penggunaan restraint (kekangan), seclusion (pengucilan), psychosurgery (operasi otak), electro convulsive therapy (kejang listrik), penggunaan obat yang tidak lazim atau obat eksperimental, 'therapeutic passes' (izin keluar dari pengobatan), dan teknik-teknik 'behavior modification' (pengubah tingkah-laku).

Kalau dirasakan perlu mengobati pasien dengan cara khusus ini, alasan penggunaannya harus dengan jelas dinyatakan di dalam rekam medis pasien. Rekam medis juga harus berisi bukti bahwa indikasi untuk prosedur khusus telah direview oleh kepala staf profesional, atau orang lain yang berwenang, sebelum dilaksanakan.

| INITIAL TREATMENT PLAN | | |
|--|---------------------|---------|
| PATIENT NAME: | MEDICAL RECORD NO.: | DATE |
| I. Briefly identify major problems, objectives, goals, and disposition planning: | | |
| PROBLEMS: | | |
| OBJECTIVES: | | |
| GOALS: | | |
| DISPOSITION PLANNING: | | |
| II. CURRENT DIAGNOSIS: | | |
| AXIS I. | | |
| AXIS II. | | |
| AXIS III. | | |
| AXIS IV. | | |
| AXIS V. | | |
| III. ESTIMATED LENGTH OF HOSPITALIZATION: | | |
| IV. TREATMENT: (specify therapist where applicable) | | |
| A. MEDICATION LIST: | | DOSAGE: |

FIGURE 1. INITIAL TREATMENT PLAN (front)

B. MEDICAL WORKUP:
 PHYSICAL EXAM:
 LABORATORY/X-RAY:
 OTHER:

C. PSYCHOLOGICAL TESTING:

D. SPECIAL PROCEDURES AND/OR CONSULTATIONS:

E. SCHOOL OR EDUCATIONAL EVALUATION:

F. SOCIAL WORK: (i.e., special evaluation, disposition planning, etc.)

G. ACTIVITIES THERAPY: (include goals and objectives)

H. NURSING CARE: (include goals and objectives)

I. THERAPY:
1. INDIVIDUAL: Brief Full Sessions _____ times per wk. with _____
2. GROUP: _____ times per wk. with _____
3. FAMILY: _____ times per wk. with _____

DATE: _____ SIGNATURE: _____

FIGURE 2. INITIAL TREATMENT PLAN (back of Fig.1)

| MASTER TREATMENT PLAN | |
|---|----------------------|
| WEEK 1 | |
| PATIENT NAME: _____ | DATE: _____ |
| TREATMENT TEAM: | |
| Psychiatrist: | Primary Nurse |
| Social Worker: | Activities Therapist |
| Educational Liaison: | Dietary Consultant |
| CD Counselor: | |
| FORMULATION: | |
| DIAGNOSIS | |
| AXIS I | |
| AXIS II | |
| AXIS III | |
| AXIS IV | |
| AXIS V | |
| NEEDS ASSESSMENT AND TREATMENT METHODS (Emotional, Behavioral, Medical, Family, Social, Educational, Vocational, Activity) | |
| EXPECTED DATES OF ACHIEVEMENT | |
| I. GOAL: | |
| OBJECTIVES | |
| TREATMENT METHODS – Frequency – Person or Discipline Responsible. | |
| II. GOAL: | |
| OBJECTIVES | |
| TREATMENT METHODS – Frequency – Person or Discipline Responsible. | |
| (Continue goals and objectives if applicable.) | |
| DIAGNOSTIC QUESTIONS AND PROCEDURES (Include specific unresolved diagnostic problems and techniques to be utilized to refine these.) | |
| _____ SIGNATURE | |

FIGURE 3. MASTER TREATMENT PLAN

| REVISION OF MASTER TREATMENT PLAN | |
|---|-----------------------|
| WEEK _____ | |
| PATIENT NAME: _____ | DATE _____ |
| TREATMENT TEAM: | |
| Psychiatrist: | Primary Nurse: |
| Social Worker: | Activities Therapist: |
| Educational Liaison: | Dietary Consultant: |
| CD Counselor: | |
| FORMULATION: | |
| DIAGNOSIS: AXIS I. | |
| AXIS II | |
| AXIS III. | |
| AXIS IV. | |
| AXIS V. | |
| NEEDS ASSESSMENT AND TREATMENT METHODS: | |
| EXPECTED DATES OF ACHIEVEMENT (New) | |
| I. GOAL: | |
| OBJECTIVES. | |
| STATUS IN ACHIEVING GOAL AND OBJECTIVES. | |
| TREATMENT METHODS – Frequency – Person or Discipline Responsible | |
| EXPECTED DATES OF ACHIEVEMENT (New) | |
| II. GOAL: | |
| OBJECTIVES | |
| STATUS IN ACHIEVING GOAL AND OBJECTIVES | |
| TREATMENT METHODS – Frequency - Person or Discipline Responsible | |
| (Continue goals and objectives if applicable) | |
| DIAGNOSTIC QUESTIONS AND PROCEDURES (Include specific unresolved diagnostic problems and techniques to be utilized to refine these) | |
| DISCHARGE PLANNING. (Need for continued hospitalization, expected length of stay, aftercare planning) | |
| METHOD. | |
| PATIENT AND FAMILY PARTICIPATION IN AND RESPONSE TO THE TREATMENT PLAN | |
| _____ | |
| ATTENDING PSYCHIATRIST | |

FIGURE 4. REVISION OF MASTER TREATMENT PLAN

PENGUCILAN DAN PENGEKANGAN (SECLUSION AND RESTRAINT)

Kalau seorang pasien akan menjalani pengucilan atau pengekangan, dokter harus terlebih dahulu melakukan penilaian klinis terhadapnya. Hal ini harus didokumentasikan pada rekam medis pasien dan hendaknya berisi pembenaran klinis tindakan pengucilan atau pengekangan, dan ringkasan intervensi lebih ringan apa yang telah dilakukan sehingga pengucilan atau pengekangan diperlukan. Sebuah perintah tertulis harus dimasukkan ke dalam rekam medis sebelum pelaksanaan pengucilan atau pengekangan, dan harus dalam waktu terbatas yang tidak melebihi 24 jam. Dalam keadaan darurat, pengekangan atau pengucilan bisa dilakukan oleh staf klinis yang terlatih. Akan tetapi, penilaian dan perintah untuk pengucilan atau pengekangan, yang harus didokumentasikan di dalam rekam medis, tidak boleh berlangsung lebih dari satu jam. Perintah lisan dokter harus ada kalau tindakan ini akan diteruskan. Anggota staf harus memberikan perhatian yang sesuai terhadap pasien minimal setiap 15 menit. Ini juga harus didokumentasikan di dalam rekam medis pasien.

Perlu diingat bahwa pengucilan dan pengekangan memerlukan pembenaran klinis dan hendaknya hanya digunakan untuk mencegah pasien dari menciderai diri sendiri, menciderai orang lain, atau menimbulkan kerusakan serius pada fasilitas. Pengucilan bisa juga digunakan untuk mencegah gangguan serius terhadap lingkungan terapi. Pengucilan dan pengekangan tidak boleh digunakan sebagai hukuman atau untuk menyenangkan staf. Pada umumnya disarankan agar pengucilan dipertimbangkan sebagai prosedur pengobatan yang lebih baik daripada pengekangan. Pengucilan, tanpa penggunaan pengekangan, merupakan alternatif yang kurang mengekang dibandingkan pengekangan, karena pengekangan juga melibatkan seklusi untuk keamanan pasien tersebut. Seluruh pelaksanaan pengucilan dan pengekangan yang lebih lama dari 24 jam harus dilaporkan kepada pimpinan staf profesional yang harus mereview setiap kasus dan menyelidiki setiap penggunaan sarana yang tidak biasanya atau mungkin pola yang tidak diinginkan.

ELECTRO-CONVULSIVE THERAPY (ECT) DAN TERAPI LAIN

Electro-convulsive therapy, **'psychosurgery'**, dan **'behavior modification'** adalah prosedur yang menggunakan rangsangan menyakitkan dan obat-obatan eksperimental atau yang tidak lazim. Hal ini memerlukan **'informed consent'** tertulis dari pasien atau orang yang secara hukum bertanggung jawab terhadapnya sebelum dilakukan. Consent ini harus menjadi bagian dari rekam medis. Consent untuk tindakan ini dapat dibatalkan, baik secara lisan atau tertulis, kapan saja.

Therapeutic passes (izin meninggalkan tempat sebagai bagian dari pengobatan) adalah modalitas pengobatan yang penting untuk pasien kesehatan jiwa. Cara ini digunakan untuk menilai kemampuan pasien berfungsi di luar lingkungan rumah sakit yang aman dan terjaga, menilai kemampuannya berespons terhadap aktifitas dan rangsangan harian, memperkuat rancangan pengobatan dengan meningkatkan sosialisasi, dan mendorong perasaan bebas dan mampu memutuskan sesuatu untuk diri sendiri. Cara ini juga digunakan untuk memberi kesempatan bagi pasien memainkan peranan tanggung jawab dan untuk mendorong perbaikan hubungan kekeluargaan yang telah terganggu. Therapeutic passes harus didokumentasikan di dalam rekam medis, karena pembayaran dari pihak ketiga bisa sulit diperoleh. Dokumentasi harus mencakup pembenaran ‘therapeutic pass’ dan respons pasien terhadapnya. Penggunaan therapeutic pass secara benar sesuai dengan rancangan pengobatan dapat mencegah discharge prematur yang biasanya diikuti oleh readmisi (perawatan kembali).

Program **‘behavior modification’** atau pengubah tingkah laku yang didasarkan atas sistem-sistem angka, lambang, dan level, semakin populer pada pengobatan pasien remaja. Program ini biasanya sangat spesifik dalam hal tingkah laku dan kemajuan pasien di dalam program. Rekam medis harus mendokumentasikan kemajuan pasien di dalam program dan hubungannya dengan penyakitnya.

Hak-hak pasien telah menjadi hal yang penting pada pengobatan pasien kesehatan jiwa. Sangat penting sekali bagi rekam medis untuk mencatat setiap ‘pemingkaran’ hak-hak pasien ini. Dokumentasi harus mencakup ‘alasan baik’ yang digunakan untuk pemingkaran dan pengembalian hak pasien jika alasan tadi tidak ada lagi.

Administrator Informasi Kesehatan (AIK) perlu memperhatikan peraturan yang mungkin lebih mengekang penggunaan prosedur khusus tadi, dan persyaratan daerah akan consent dan dokumentasi lain. Aturan kesehatan jiwa daerah tertentu biasanya merupakan sumber yang baik akan jenis informasi ini.

E. DOKUMENTASI REKAM MEDIS

Sistem dokumentasi berorientasi masalah (problem-oriented), sasaran (goal-oriented), sumber (source-oriented), atau kombinasinya bisa digunakan di fasilitas kesehatan jiwa. Dokumentasi berorientasi sumber mungkin yang paling tidak disukai dari ketiga jenis tersebut.

Pada rekam medis berorientasi sumber, informasi yang relevan dengan salah satu masalah pasien atau sasaran pengobatan bisa tersebar pada rekam admisi, riwayat sosial, catatan kemajuan, catatan perawat, atau laporan x-ray dan laboratorium. Rekam medis akan menjadi

sangat tebal, tidak teratur, sehingga penarikan informasi vital akan sulit dan membuat frustrasi. Komunikasi antara anggota tim pengobatan akan terganggu, dan akhirnya pengobatan pasien akan terganggu pula.

Pada pendekatan berorientasi sasaran (goal-oriented) dan berorientasi masalah (problem-oriented), masalah-masalah diidentifikasi dan diberi nomor. Rancangan pengobatan mengidentifikasi masalah berdasarkan nomor, dan sasaran spesifiknya ditentukan. Rencana kerja untuk setiap masalah dibuat dan dihubungkan dengan berbagai disiplin. Ini memungkinkan anggota tim multidisiplin membuat dokumentasi sehubungan dengan masalah, goal, atau keduanya.

Pada kesehatan jiwa, dokumentasi yang berhubungan dengan kekuatan pasien, partisipasinya di dalam program, dan kegiatan hariannya, penting dalam menilai kebutuhan pasien akan kelanjutan pengobatan, keefektifan rancangan pengobatan, dan kemajuan pengobatan. Semua anggota tim ikut dalam memantau dan mencatat kemajuan pasien di dalam rancangan pengobatan dan catatan kemajuan. Rekam medis perlu sekali mendokumentasi respons pasien terhadap pengobatan sesuai dengan berbagai disiplin yang terlibat. Pasien bisa saja berespons pada satu area disiplin, tapi tidak pada area lainnya. Contoh-contoh berbagai sistem dokumentasi adalah sebagai berikut:

Shift jam 3-11

Pasien menghadiri semua aktifitas sepanjang shift. Tingkah laku wajar dan terlihat bersemangat. Ia terlihat murung dan duduk sendiri di sudut ruangan pasien setelah kegiatan group multi-keluarga. Ia tidak tertarik pada pasien lain dalam diskusi mengenai show TV yang ditonton, tapi hanya membaca majalah. Pada jam 11 malam ia terlihat menggores pergelangan kanan dengan staple. Ia mulanya menolak membicarakan hal tersebut, tapi kemudian mengakui bahwa ia “marah kepada ibu karena tidak muncul dalam acara group keluarga – saya membencinya”. Pasien berada dalam pengawasan ketat setiap 15 menit dan staf bekerja dengan mengajak diskusi mengenai perasaan tanpa membangkitkannya.

Gambar 5. Catatan kemajuan berorientasi sumber (cerita).

Contoh A: format sederhana.

12 Maret 85:

Goal #2. Akan melayani rasa marah dan emosi lebih efektif.

Movement toward goal (MTG): Joe bercerita dalam group bagaimana ia menggunakan marah untuk menjaga jarak dari orang lain. Ia mengatakan bahwa ia tidak pernah bisa bicara dengan orangtuanya karena mereka tidak pernah mendengarkan, dan ini membuatnya tak berdaya. ‘Marah-marah’ kemudian membuatnya merasa lebih enak. Joe menyatakan bahwa ia ingin berusaha mengatasi ini dalam terapi kelompok.

19 Maret 85:

Goal #2. Mengatasi rasa marah.

MTG. Joe telah bercerita kepada anggota kelompok riwayat dan pola mengatasi marah. Ia sanggup menyertakan pikirannya di dalam kelompok dan terlihat ingin mencoba tingkah laku baru sehubungan dengan cara mengungkapkan emosi negatifnya. Anggota kelompok memberinya umpan-balik yang sangat menyokong. sementara pada awalnya agak defensif, Joe akhirnya mendengarkan dan berespons dengan baik terhadap umpan balik ini.

Gambar 6. Catatan Kemajuan Berorientasi Goal

Contoh B: Seperti contoh A tapi mengikutkan langkah dalam rancangan pengobatan.

12 Maret 85: Goal #2. Melayani rasa marah.

Observations (O):. Joe bercerita dalam group bagaimana ia menggunakan marah untuk menjaga jarak dari orang lain. Ia mengatakan bahwa ia tidak pernah bisa bicara dengan orangtuanya karena mereka tidak pernah mendengarkan, dan ini membuatnya tak berdaya. 'Marah-marah' kemudian membuatnya merasa lebih enak. Joe menyatakan bahwa ia ingin berusaha mengatasi ini dalam terapi kelompok.

Plan (P): Joe akan menjalani latihan "hina-puji" pada sesi psikoterapi kelompok berikutnya, dan akan memberitahukan anggota kelompok umpan balik pengalaman ini.

19 Maret 85:

Goal #2. Mengatasi rasa marah.

O: Joe telah bercerita kepada anggota kelompok riwayat dan pola mengatasi marah. Ia sanggup menyertakan pikirannya di dalam kelompok dan terlihat ingin mencoba tingkah laku baru sehubungan dengan cara mengungkapkan emosi negatifnya. Anggota kelompok memberinya umpan-balik yang sangat menyokong. sementara pada awalnya agak defensif, Joe akhirnya mendengarkan dan berespons dengan baik terhadap umpan balik ini.

P: Joe akan menyebutkan sekurang-kurangnya lima emosi negatif pada berbagai anggota kelompok sehubungan dengan tingkah laku anggota kelompok pada tanggal 26 Maret 85

Gambar 7. Catatan Kemajuan Berorientasi Goal

Masalah #1: Tingkah laku merusak diri sendiri.

Subjective: "Saya tidak ingin bicara tentang itu – tinggalkan saya sendiri".

Objective: Terlihat menggores pergelangan kanan dengan staple dari majalah pada jam 11 malam. Tiga goresan dangkal sepanjang 1 inci terdapat di permukaan dalam pergelangan kanan dengan sedikit darah. Area ini dibersihkan dengan sabun dan air. Alam perasaan pasien: marah dan murung dan menolak membicarakan insiden tersebut. Setelah 15 menit ia menyatakan kemarahannya karena ibunya tidak hadir dalam group multikeluarga malam itu. Pembicaraan diarahkan pada rasa tidak dipedulikan ibu, dan ia berjanji akan menghubungi staf kalau ia merasa marah lagi.

Assessment: Marah dan tersinggung pada ibu. Merasa ia tidak mendapatkan cukup perhatian dari ibu dan bahwa ibu tidak peduli akan dia. Marah dilampiaskan dengan melukai diri sendiri. Tidak terlihat bersikap ingin bunuh diri saat ini. Terus menunjukkan kontrol dorongan yang lemah dan susah menyatakan perasaan dengan kata-kata.

Plan: Hindarkan kesempatan kedua untuk sikap penggores diri sendiri. Pendekatan berdasarkan fakta. Fokuskan ia untuk mendiskusikan apa yang dirasakannya sebelum kejadian. Perkuat keinginan untuk membuka diri. Periksa setiap 15 menit. Awasi infeksi dan jaga goresan tetap bersih.

Gambar 8. Catatan Kemajuan Berorientasi Masalah

F. PROSES REVIEW

ANALISA KUANTITATIF DAN KUALITATIF LANGSUNG

Administrator Informasi Kesehatan (AIK) bertanggung jawab mereview rekam medis pasien. Pada fasilitas asuhan akut rawat inap psikiatri, review ini dilakukan minimal setiap minggu selama pasien dirawat. Pada program rawat jalan atau setengah-hari, review ini dilakukan minimal sekali dalam sebulan. Pada tempat perawatan psikiatrik residensial atau jangka-panjang, review ini dilakukan setiap bulan. Review final dilakukan dalam waktu satu hari kerja setelah pasien pulang. Fokus review adalah kuantitas, ketepatanwaktu, dan kualitas dokumentasi klinis.

Administrator Informasi Kesehatan (AIK) harus membuat suatu formulir untuk membantu proses review, yang berisi daftar semua item yang akan diperiksa. Pada proses pembuatan daftar ini, rujuk aturan-aturan yang ada di fasilitas; standard JCAHO, dan persyaratan *Medicare Condition of Participation* untuk dokumentasi rekam medis kesehatan jiwa. Aturan kesehatan jiwa daerah juga harus diperhatikan.

Bagian dari proses review rekam medis pasien mencakup pengkodean diagnosis dan prosedur serta pemeliharaan sistem indeks untuk lokasi rekam medis pasien menurut diagnosis dan prosedur. Sementara DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorder*) dipakai oleh praktisi kesehatan jiwa untuk menguraikan kelainan ini, pengkodean juga perlu dilakukan dengan menggunakan ICD-10 untuk mendapatkan penggantian biaya.

MANAJEMEN MUTU

Quality management adalah proses pemantauan dan evaluasi yang memfokus pada mutu asuhan pada fasilitas asuhan kesehatan. Proses yang dituntut oleh JCAHO mencakup:

- identifikasi aspek terpenting dari asuhan yang disediakan;

- penggunaan indikator untuk secara sistematis memantau aspek-aspek asuhan ini terus-menerus;
- evaluasi asuhan kalau pemantauan mencurigai mutu atau kepatasan, dengan tujuan mencari masalah atau kesempatan untuk memperbaiki asuhan; dan
- mengambil tindakan untuk mengatasi atau memperbaiki asuhan, dan mengevaluasi keefektifannya.

Pada fasilitas asuhan kesehatan jiwa beberapa jenis review pemastian mutu harus dilakukan. JCAHO mensyaratkan:

- evaluasi terhadap penggunaan prosedur pengobatan khusus;
- review terhadap penggunaan obat-obat tidak lazim atau eksperimental;
- review penggunaan obat-obatan, termasuk review catatan obat, reaksi yang tidak diinginkan, dan kesalahan pemberian obat;
- review insiden-insiden pada asuhan pasien.

Mutu dan kepatasan asuhan pasien oleh pelayanan anesthesia, gigi, diet, emergensi, keperawatan, patologi, farmasi, radiologi, dan rehabilitasi harus juga dimonitor dan dievaluasi.

Kinerja klinis semua orang baik dengan atau tanpa hak klinis harus dimonitor dan dievaluasi melalui:

- pertemuan pelayanan klinis, departemen, unit, atau tim untuk membahas penemuan dari aktifitas monitoring staf profesional terus menerus;
- aspek supervisi klinis monitoring asuhan pasien;
- evaluasi asuhan pasien; dan
- review sejawat (peer review) staf profesional.

Temuan relevan dari aktifitas pemastian mutu dianggap sebagai bagian dari:

- penilaian/pengangkatan kembali anggota staf profesional;
- perbaruan atau perubahan hak-hak klinis seseorang; dan
- mekanisme penilaian kompetensi semua praktisi yang tidak memiliki hak klinis.

JCAHO juga mensyaratkan adanya review terhadap fungsi organisasi berikut:

- kontrol infeksi;
- review penggunaan sarana (utilization review); dan
- pemeliharaan mutu dan isi rekam medis kesehatan jiwa.

Sementara JCAHO memberikan proses dasar pemeliharaan mutu, penerapannya di fasilitas kesehatan jiwa memerlukan beberapa adaptasi khusus. Bentuk yang paling unik mungkin adalah fakta bahwa indikator hasil pada umumnya bersifat tingkah laku dan hanya bisa diidentifikasi setahap demi setahap pada jangka waktu yang lama. American Psychiatric Association telah membuat indikator tingkah-laku, yang penerapannya sering berbeda pada

asuhan dewasa, remaja, atau kanak-kanak. Untuk mendapatkan gambaran lengkap jaminan mutu asuhan tingkah laku sering diperlukan follow up setelah perawatan selama 18 bulan sampai dua tahun.

Jaminan mutu, review penggunaan sarana, dan analisis rekam kesehatan jiwa saling terkait erat. Analisis konkurens (dilakukan sewaktu pasien masih dirawat) yang mereview rekam medis menurut rancangan pengobatan tim multidisiplin, dapat memastikan tidak saja rekam medis lengkap pada waktu discharge, tapi juga kesempatan untuk intervensi mutu dan penggunaan sarana.

G. REVIEW PENGGUNAAN SARANA

Utilization review pada kesehatan jiwa merupakan suatu tantangan karena masalah kerahasiaan. Tendensi profesional kesehatan jiwa untuk membatasi informasi klinis dalam rekam kesehatan jiwa yang diperoleh dari komunikasi dengan pasien menyebabkan pihak pembayar dan agen-agennya sulit memahami sampai berapa jauh 'nilai' yang telah diterima untuk harga yang dibayarkan. Masalah tambahan dalam menilai kebutuhan asuhan psikologis disebabkan karena seringnya terdapat variasi dalam pola penggunaan sarana antara penyedia layanan untuk pengobatan keadaan yang sama, dan karena kesulitan pembayar dalam memahami atau mempercayai dokumen klinis. Banyak di antara masalah ini disebabkan oleh dokumentasi yang tidak baik, kurangnya personil kesehatan jiwa yang berwenang mengevaluasi asuhan untuk pihak pembayar, dan kesulitan menganalisis nilai manfaat dari data yang diklaim. Begitu pun, masalah dalam menilai asuhan kesehatan jiwa untuk tujuan penggantian biaya tetap merupakan satu masalah terbesar untuk pihak pembayar.

Persyaratan JCAHO tentang review penggunaan sarana pada fasilitas kesehatan jiwa menghendaki review penggunaan sumber daya organisasi untuk mengidentifikasi tingkat penggunaan yang rendah, yang berlebihan, dan penggunaan yang tidak efisien.

Pada fasilitas kesehatan jiwa, JCAHO mensyaratkan monitoring yang mencakup pembahasan tentang:

- kepantasan dan kepentingan klinis admisi;
- penerusan dirawat atau discharge dari program rawat inap atau residensial;
- penerusan pengobatan dan/atau rehabilitasi;
- kepantasan, kebutuhan klinis, dan tepatwaktunya pelayanan supportif
- pemanfaatan staf, tempat, dan sarana-sarana lain di organisasi

Proses review penggunaan sarana yang juga mencakup rencana tertulis, kriteria, dan norma lama tinggal, harus direview dan dievaluasi paling kurang sekali setahun dan diubah kapan perlu sesuai dengan temuan aktifitas review penggunaan.

H. PELEPASAN INFORMASI DAN CONSENTS

Administrator Informasi Kesehatan (AIK) bertugas mengembangkan kebijakan dan prosedur yang menjamin hak privasi pasien. Kebijaksanaan dan prosedur yang dikembangkan harus menunjukkan kondisi apa yang membolehkan informasi dibuka, siapa yang bisa melepaskannya pada berbagai situasi, dan prosedur pelepasan informasi dari rekam medis.

Kebijakan dan prosedur pelepasan informasi rahasia pasien harus mempertimbangkan hukum, persyaratan JCAHO, dan kalau relevan, aturan mengenai pasien alkoholisme dan penyalahgunaan obat. Disarankan agar setiap kebijaksanaan dan prosedur dikembangkan untuk menghadapi peraturan yang paling berat yang bisa diterapkan pada informasi pasien di dalam fasilitas. Kebijakan dan prosedur yang berbeda untuk pasien yang berbeda bisa berarti pelanggaran terhadap kerahasiaan pasien, hanya dengan mengatakan kepada peminta informasi bahwa persyaratan yang lebih ketat berlaku pada pasien tertentu.

Peraturan mengenai kerahasiaan catatan alkohol dan penyalahgunaan obat sangat spesifik dan keras dalam hal pembebasan informasi pasien yang bersifat rahasia. Semua consent untuk melepas informasi merupakan bagian dari rekam medis. Tanggal informasi dilepaskan, dan orang yang melepaskannya harus dituliskan di dalam rekam medis.

Pada waktu mengembangkan kebijaksanaan dan prosedur untuk melepas informasi dan formulir consent untuk fasilitas kesehatan jiwa, Administrator Informasi Kesehatan (AIK) harus merujuk aturan kesehatan jiwa di daerah tempat ia bekerja. Peraturan lokal kadang-kadang lebih ketat daripada peraturan pusat. Juga perlu dipahami peraturan mengenai pelepasan rekam medis yang mengecualikan rekam medis psikiatrik dan/atau penyalahgunaan obat.

Banyak daerah yang mengembangkan aturan mengenai akses ke rekam kesehatan jiwa oleh pasien atau perwakilannya. Peraturan ini perlu dipelajari dengan hati-hati untuk menentukan sampai dimana aturan tersebut berlaku pada rekam medis psikiatrik dan/atau penyalahgunaan obat. Kebijaksanaan dan prosedur spesifik harus dikembangkan untuk menerapkan persyaratan akses oleh pasien ke rekam medis psikiatrik dan penyalahgunaan obat atau bagian dari catatan akut umum yang berisi informasi mengenai kedua hal tersebut.

Sebagai tambahan pada prosedur tertulis untuk melepas informasi, Administrator Informasi Kesehatan (AIK) bertanggung jawab akan keamanan rekam medis kesehatan jiwa. Kebijaksanaan harus dikembangkan untuk menentukan siapa di dalam fasilitas yang memiliki akses ke rekam medis dan pada keadaan apa saja akses diizinkan. Misalnya, harus ada kebijaksanaan yang menyatakan bahwa hanya anggota tim pengobatan yang terlibat di dalam asuhan dan pengobatan pasien yang memiliki akses ke rekam kesehatan jiwa pasien. Rekam medis harus disimpan di area arsip yang aman. Kalau sebuah rekam medis dikeluarkan dari rak

arsip, suatu sistem referensi harus memungkinkan untuk mengetahui tempat rekam medis tersebut setiap saat. Rekam medis yang dikeluarkan dari rak arsip hanya bisa dibawa ke tempat aman lainnya atau harus dikembalikan ke area rak arsip permanen pada hari itu juga.

JCAHO mensyaratkan bahwa rekam kesehatan jiwa disimpan paling kurang selama lima tahun sejak tanggal kasus ditutup secara resmi. Akan tetapi, Administrator Informasi Kesehatan (AIK) juga hendaknya memeriksa aturan kesehatan jiwa setempat mengenai persyaratan penyimpanan rekam medis. Misalnya, beberapa negara bagian mengharuskan agar rekam medis disimpan selama jumlah tahun tertentu setelah kompetensi diperoleh, dan hampir semua negara bagian menghendaki agar rekam medis orang di bawah umur disimpan sampai paling kurang satu tahun setelah ia dewasa.

I. RINGKASAN

Perubahan besar-besaran telah terjadi pada asuhan untuk orang-orang yang sakit jiwa, terutama dalam dua dekade terakhir. Metode pengobatan yang lebih baru memerlukan pendekatan dokumentasi rekam medis yang lebih baik. Rumah sakit jiwa terus menghadapi tekanan pemotongan anggaran sambil terus menyediakan asuhan yang bermutu. Pihak ketiga yang melakukan pembayaran, badan-badan survei, dan pemeriksa lain terhadap asuhan pasien semakin banyak yang menuntut akses ke informasi pasien.

Administrator Informasi Kesehatan (AIK) yang bekerja pada fasilitas kesehatan jiwa memiliki kesempatan untuk menerapkan keterampilannya dalam memenuhi tantangan baru ini dan mengembangkan cara yang lebih efisien dan mendokumentasikan asuhan kesehatan jiwa.

J. STUDY QUESTIONS

1. Apakah persyaratan data minimum untuk rekam medis kesehatan jiwa?
2. Elemen apa yang terlibat di dalam penilaian lengkap pasien kesehatan jiwa?
3. Apa elemen-elemen dari suatu rancangan pengobatan individual? Berapa sering dokumentasi dibutuhkan?
4. Ketika seorang pasien dikucilkan, data apa yang harus dicatat di dalam rekam medis?
5. Jelaskan perbedaan antara dokumentasi berorientasi sumber, masalah, dan goal.
6. Apakah fokus dari review rekam medis pada rekam medis kesehatan jiwa? Berapa seringkah review dilakukan pada berbagai jenis tempat/keadaan?
7. Apa persyaratan JCAHO supaya consent dianggap syah di dalam fasilitas kesehatan jiwa? Bagaimana perbedaannya dari peraturan mengenai pasien alkohol dan penyalahgunaan obat?

VI. MANAJEMEN ISI REKAM MEDIS

Rekam medis merupakan dokumen hukum permanen yang harus berisi informasi yang cukup untuk mengidentifikasi pasien, membenarkan diagnosis dan pengobatan, dan mencatat hasilnya. Tetapi karena dokumentasi di dalam rekam medis dilakukan oleh berbagai penyedia layanan asuhan kesehatan seperti dokter, perawat, terapis dan sebagainya, dan karena dilakukan sebagai aktifitas kedua setelah memberi asuhan pasien, dokumentasi tidak selalu selengkap dan setepat yang dibutuhkan atau diinginkan. Seorang dokter yang sibuk bisa secara tidak sengaja menulis catatan kemajuan pada rekam medis yang salah; seorang perawat bisa dipanggil untuk membantu pasien lalu lupa mencatat obat yang diberikan. Analisis yang teratur terhadap rekam medis harus dilakukan untuk mengelola isinya supaya memenuhi tujuannya sebagai alat komunikasi informasi asuhan pasien; sebagai bukti perjalanan penyakit dan pengobatannya untuk berbagai review hukum, reimbursement, dan evaluasi sejawat; dan untuk mengisi data klinis bagi aktifitas administratif, riset, dan pendidikan.

Sebuah fasilitas asuhan kesehatan bergantung pada Administrator Informasi Kesehatan (AIK) untuk menganalisa dokumentasi rekam medis dan memberitahu mereka tentang 'omission' (kelupaan mengisi) dan ketidakseragaman yang menyebabkan catatan medis tidak lengkap dan tidak tepat. Berbagai jenis review bisa dilakukan pada berbagai waktu sehubungan dengan saat pelayanan. Setiap fasilitas asuhan kesehatan menentukan sendiri bentuk-bentuk analisis yang akan dilakukan sesuai dengan kebutuhan dokumentasinya dan kebijaksanaan staf medis.

K. JENIS-JENIS ANALISIS DOKUMENTASI REKAM MEDIS

Terdapat tiga jenis analisis dokumentasi informasi kesehatan, yaitu analisis kuantitatif, analisis kualitatif, dan analisis statistik.

Analisis kuantitatif dilakukan oleh Administrator Informasi Kesehatan (AIK) untuk mengidentifikasi area rekam medis yang tidak lengkap, seperti tidak ditemukan laporan patologi jaringan yang dikeluarkan pada waktu operasi. Pada analisis kuantitatif sebuah daftar kebutuhan sering digunakan untuk mengidentifikasi kekurangan pada dokumentasi rekam medis. Misalnya, daftar tersebut bisa berisi "semua entry harus bertanggal dan ditandatangani", dan "semua jaringan yang dikeluarkan pada waktu operasi harus memiliki laporan patologi".

Analisis kualitatif adalah identifikasi dokumentasi yang tidak konsisten atau tidak akurat. Pada analisis ini, Administrator Informasi Kesehatan (AIK) menerapkan pengetahuannya

mengenai proses penyakit, kebijaksanaan dan standard yang dikembangkan oleh staf medis dan administrasi fasilitas, dan standard badan sertifikasi, untuk mereview dokumentasi rekam medis. Misalnya pada waktu diadakan analisis kualitatif mungkin terlihat bahwa sebuah komplikasi belum tercatat. atau item yang seharusnya dituliskan pada kanan lembaran rekam medis telah diisi pada kolom kiri. Akan tetapi, yang berwenang untuk menentukan bahwa dokumentasi ini tidak lengkap atau tidak akurat, dan untuk melakukan penambahan atau koreksi yang diperlukan sesuai dengan kebijaksanaan rumah sakit adalah penyedia layanan kesehatan. Analisis kualitatif dapat juga mengidentifikasi pola-pola di dalam dokumentasi dimana penambahan atau perbaikan pada rekam medis tertentu justru tidak tepat, dan dimana perbaikan bisa dilakukan melalui redesain formulir, aktifitas pendidikan, dan cara-cara lain. Pengamatan bahwa seorang dokter selalu lupa mengisi catatan kemajuan pada waktu discharge bisa merupakan contoh pola ini. Hal ini bisa diperbaiki dengan menunjukkan bahwa dokter tersebut bisa kehilangan reimbursement (pembayaran/ penggantian biaya) untuk kunjungan yang dilakukannya pada hari tersebut. Tabel berikut meringkaskan ciri-ciri analisis kuantitatif dan kualitatif.

Analisis kuantitatif dan kualitatif harus dibedakan dari review mutu klinis. Analisis kuantitatif dan kualitatif merupakan review terhadap dokumentasi di dalam rekam medis yang dirancang untuk membantu penyedia layanan kesehatan memperbaiki dokumentasinya. Analisis ini diharapkan dapat melengkapkan rekam medis tertentu yang berasal dari penyedia layanan kesehatan dan dapat memperbaiki praktek dokumentasi. Sebaliknya review mutu klinis dilakukan oleh kelompok sejawat (peer group) para penyedia layanan kesehatan untuk memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermutu tinggi. Mereka menggunakan rekam medis sebagai dokumentasi asuhan, tapi fokus utama adalah asuhan yang diberikan, bukan cara mendokumentasikannya.

Analisis statistik mencakup pengabstrakan (peringkasan) data dari rekam medis untuk pengambilan keputusan administratif dan klinis. Data diagnostik dan prosedur diberi kode dan dapat digunakan untuk memetik rekam medis yang spesifik untuk tujuan riset atau untuk mendefinisikan dan mengevaluasi berbagai kasus di fasilitas. Suatu set data yang seragam juga diringkaskan dari rekam medis dan dikirimkan ke kantor bisnis untuk tujuan penagihan. Analisa statistik menggunakan sistem-sistem nomenklatur dan klasifikasi, indeks dan register, dan metodologi statistik asuhan kesehatan. Topik-topik ini akan dibicarakan lebih detil pada bab-bab berikut.

TABEL 1. CIRI-CIRI ANALISIS DOKUMENTASI REKAM MEDIS

| ANALISIS KUANTITATIF | ANALISIS KUALITATIF |
|--|--|
| Mengidentifikasi area yang tidak lengkap atau tidak akurat. | Mengidentifikasi ketidak-konsistenan dan omisi yang bisa menyebabkan laporan tidak lengkap dan tidak akurat. |
| Menggunakan daftar keperluan pencatatan. | Dilakukan dengan menerapkan prinsip umum dokumentasi dan/atau kriteria spesifik. |
| Menerapkan pengetahuan tentang isi rekam medis untuk analisis. | Menerapkan pengetahuan tentang isi rekam medis, proses penyakit, dan kebijaksanaan dan standard yang dibuat oleh staf administratif dan medis, dan berbagai badan lisensi, akreditasi, dan sertifikasi, dalam membuat analisis. |
| Dilakukan oleh seseorang yang terlatih pada pekerjaannya. | Dilakukan oleh praktisi rekam medis yang berwenang |
| Hasilnya adalah daftar kekurangan yang bisa dilengkapi oleh penyedia asuhan kesehatan sesuai dengan kebijaksanaan fasilitas. | Hasilnya antara lain Daftar defisiensi yang bisa dilengkapi oleh penyedia asuhan kesehatan sesuai dengan prosedur normal fasilitas. Identifikasi pola praktek dokumentasi yang jelek, dimana perbaikan harus dicari melalui diskusi tersendiri, rujukan pada program penjamin mutu, atau melalui pendidikan. Identifikasi kejadian yang berpotensi ganti-rugi untuk dilaporkan kepada manajemen risiko fasilitas, program penjamin mutu, atau penasehat hukum, untuk review lebih lanjut. |

Ketiga jenis analisis dapat dilakukan secara konkuren (bersamaan dengan pelayanan pasien) dan/atau secara retrospektif setelah pelayanan pasien ('occasion of service') selesai. Di rumah sakit, analisis secara tradisional dilakukan di bagian informasi kesehatan secara retrospektif di akhir masa rawat inap. Cara ini memberi kesempatan untuk mereview rekam medis secara menyeluruh, walau pun memperlambat pelengkapan atau perbaikan dokumentasi. Untuk memastikan bahwa asuhan yang bermutu dapat disediakan oleh sumber-sumber rumah sakit, beberapa rumah sakit menggunakan analisis konkuren yang dilakukan di pos perawat

untuk mengidentifikasi omisi atau kesenjangan data dengan cepat sebelum mereka makin banyak atau disalah-artikan.

Untuk menerapkan analisis konkuren, fasilitas memerlukan tambahan personil dan material. Ruangan tambahan pada unit-unit perawatan yang dapat meningkatkan kelengkapan rekam medis dan seterusnya meningkatkan arus informasi ke kantor bisnis, dapat meningkatkan pemasukan. Keuntungan lain, seperti perbaikan penggunaan sumber-sumber, berpotensi meningkatkan asuhan pasien melalui dokumentasi yang tepat waktu dan lebih baik, dan menurunkan biaya penanganan rekam medis yang tidak lengkap.

Pada fasilitas asuhan jangka panjang, analisis biasanya telah dilakukan selama masa pasien tinggal disana, walau pun dilakukan pada interval bulanan, tengah bulanan, atau setiap tiga bulan. Administrator Informasi Kesehatan (AIK) atau staf administratif telah mulai melakukan analisis yang lebih sering dengan tujuan meningkatkan asuhan dan penggunaan sumber-sumber fasilitas.

Analisis kuantitatif dan kualitatif selama ini jarang dilakukan oleh Administrator Informasi Kesehatan (AIK) pada catatan asuhan rawat jalan, walau pun peningkatan penggunaan pelayanan ini meningkatkan kebutuhan akan analisis dokumentasi rekam medis.

ANALISIS KUANTITATIF

n) Definisi

Analisis kuantitatif adalah suatu review area tertentu rekam medis untuk mengidentifikasi defisiensi spesifik. Area yang ditentukan biasanya tertulis di dalam suatu prosedur yang dikembangkan bersama oleh manajer informasi kesehatan dan penyedia layanan kesehatan sesuai dengan aturan staf medis dan kebijaksanaan administratif dari fasilitas yang bersangkutan, dan standard dari badan-badan pemberi lisensi, akreditasi, dan sertifikasi. Setiap fasilitas mengembangkan prosedurnya sendiri, sehingga terdapat banyak variasi.

Misalnya, pada beberapa fasilitas prosedur ini menguraikan review dokumentasi dokter saja, karena perawat, terapis, dan group penyedia layanan lainnya jarang disebutkan sebagai sasaran tuntutan malapraktek sehingga defisiensi pekerjaannya tidak seberat defisiensi dokter. Rumah sakit lain mungkin hanya memeriksa tanda tangan dan laporan yang diperlukan oleh badan pemberi akreditasi dan lisensi. Mereka bisa memberi tambahan pada review minimal dengan secara teratur mereview detil contoh-contoh rekam medis yang dipilih dan menyajikannya pada kelompok staf medis yang sesuai. Pada fasilitas dengan penyedia layanan non-dokter yang telah terlibat dalam tuntutan malapraktek, atau dokumentsainya telah dipertanyakan pada audit asuransi atau karena sebab lain, analisis kuantitatif bisa dilakukan pada

seluruh dokumentasi. Variasi umum lainnya terdapat pada fasilitas dengan sistem informasi kesehatan terkomputerisasi. Karena akses ke komputer adalah dengan metode identifikasi personil (kode, kunci, atau bentuk fisik), fasilitas dengan sistem komputer mungkin tidak memerlukan tanda tangan tertulis untuk otentikasi; sehingga analisis kuantitatif tidak akan mencakup pemeriksaan tanda tangan.

o) Tujuan

Tujuan analisis kuantitatif terutama untuk mengidentifikasi “omisi” (tidak mengisi formulir yang seharusnya diisi) yang jelas dan selalu terjadi, yang bisa diperbaiki dengan mudah pada prosedur normal rumah sakit. Prosedur ini membuat rekam medis lebih lengkap untuk dirujuk pada asuhan yang berkesinambungan; untuk melindungi kepentingan hukum pasien, dokter, dan rumah sakit; dan untuk memenuhi persyaratan lisensi, akreditasi, dan sertifikasi.

p) Hasil

Analisis kuantitatif mengidentifikasi defisiensi spesifik. Defisiensi ini harus dilengkapkan oleh penyedia asuhan kesehatan dalam waktu singkat setelah diidentifikasi. Aturan staf medis menentukan kerangka waktu untuk pelengkapan rekam medis, sesuai dengan persyaratan lisensi, akreditasi, dan sertifikasi.

q) Komponen-komponen analisis kuantitatif

Komponen dasar analisis kuantitatif mencakup review rekam medis untuk:

- mengoreksi identifikasi pasien pada setiap formulir,
- kehadiran semua laporan yang perlu,
- otentikasi yang diharuskan pada semua entri, dan
- praktek pencatatan yang baik.

r) Review untuk identifikasi

Apakah dilakukan secara konkuren atau retrospektif, analisis kuantitatif biasanya dimulai dengan memeriksa setiap halaman rekam medis, untuk identifikasi pasien – paling kurang nama dan nomor rekam medis. Kalau suatu halaman tidak memiliki identifikasi, halaman ini harus direview untuk memastikan apakah ia milik pasien yang rekam medisnya sedang dianalisis dan identifikasinya dicatat. Keuntungan pelaksanaan analisis kuantitatif secara konkuren adalah karena halaman dengan identifikasi yang hilang dapat diidentifikasi dengan lebih mudah.

s) Review untuk laporan-laporan yang perlu

Terdapat laporan tertentu yang umumnya ada pada rekam medis fasilitas tertentu. Misalnya, pada suatu rumah sakit umumnya terdapat riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, observasi klinis (catatan kemajuan), dan kesimpulan pada akhir perawatan-inap (resume klinis dan keterangan diagnosis dan prosedur final). Laporan lain yang diperlukan tergantung pada perjalanan penyakit pasien di rumah sakit. Kalau pasien mendapatkan uji diagnostik, konsultasi,

atau pembedahan, maka laporan prosedur ini akan diperlukan. Prosedur analisis kuantitatif harus menegaskan laporan mana yang akan diperiksa, kapan saja, dan pada keadaan yang bagaimana. Misalnya, kalau riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik belum dilakukan dalam 24 jam admission, defisiensi ini harus diidentifikasi pada analisis konkuren.

Kalau dokter mendiktekan laporan operasi, dan laporan untuk pembedahan tertentu tidak ditemukan pada waktu analisis retrospektif, maka hal ini diidentifikasi sebagai defisiensi. Namun harus diingat bahwa kalau sebuah laporan tindakan tidak ditemukan karena memang tindakan itu tidak dilakukan, maka laporan tidak bisa dianggap sebagai suatu defisiensi. Misalnya kalau tidak ada laporan kemajuan dari dokter pada hari tertentu karena dokter memang tidak berkunjung pada hari tersebut, tentunya dokter itu tidak diminta untuk menuliskan catatan kemajuan.

t) Review untuk otentikasi

Analisis kuantitatif juga memastikan bahwa suatu entri diotentikasi. Otentikasi bisa berupa tanda tangan, stempel karet yang hanya dipegang oleh pemilik, initial (singkatan nama) kalau bisa diidentifikasi, atau kode akses komputer; dan harus memiliki gelar profesional (dokter, Ners, dsb.) penulisnya. Entri tidak boleh ditandatangani oleh orang lain, walau pun fasilitas mungkin menghendaki tandatangan pendamping (countersignature) pada entri yang dibuat oleh dokter ruangan dan mahasiswa untuk menunjukkan adanya supervisi oleh profesional yang berwenang. Kalau diperlukan tanda tangan pendamping, kedua tanda tangan harus ada, sebagaimana juga catatan mengenai review entri, misalnya “telah direview,” “sesuai dengan,” atau “melaksanakan perintah seperti tercatat”

u) Review cara pencatatan

Entri harus selalu dilakukan dengan cara pencatatan yang baik. Sementara analisis kuantitatif tidak bisa memecahkan masalah tentang isi yang tidak terbaca atau tidak lengkap, ia bisa digunakan untuk menandai entri yang tidak bertanggung, dimana kesalahan tidak diperbaiki secara semestinya, terdapatnya daerah ‘lompatan’ - yang seharusnya diberi garis untuk mencegah penambahan kemudian - terutama pada catatan kemajuan dan perintah dokter, dan dimana singkatan telah digunakan di dalam pernyataan diagnosa dan prosedur akhir. Perbaikan kesalahan merupakan aspek yang sangat penting dalam dokumentasi. Perubahan (alteration) dapat menimbulkan pertanyaan mengenai keotentikan dan kelalaian. Kalau diperlukan perbaikan terhadap kesalahan (misalnya ketika penyedia layanan telah menulis pada rekam medis pasien yang salah), penyedia layanan harus dianjurkan untuk membuat satu garis tunggal melewati setiap baris yang salah, menambahkan catatan yang menjelaskan kesalahan tersebut (misalnya “rekam medis pada pasien yang salah”), membuat tanggal, dan menandatangani,

kemudian membuat entri yang benar secara kronologis untuk menunjukkan entri mana yang diganti. Kalau ada keraguan mengenai bisanya entri tersebut diakui di kemudian hari, maka sebaiknya diajak kolega seprofesi untuk menjadi saksi pada proses koreksi tersebut.

ANALISIS KUALITATIF

v) **Definisi**

Analisis kualitatif adalah review isi entri rekam medis untuk mencari inkonsistensi dan omisi yang bisa menyebabkan rekam medis tersebut dianggap tidak tepat atau tidak lengkap. Analisis ini memerlukan pengetahuan tentang terminologi medis, anatomi dan fisiologi, dasar-dasar proses penyakit, isi rekam medis, dan standard badan-badan lisensi, akreditasi, dan sertifikasi. Ini biasanya dilakukan oleh Administrator Informasi Kesehatan (AIK) yang berpengalaman.

w) **Tujuan**

Sebagaimana pada analisis kuantitatif, analisis kualitatif dilakukan untuk membuat rekam medis lengkap sebagai rujukan dalam asuhan pasien, melindungi kepentingan hukum, memenuhi syarat-syarat peraturan, dan untuk data dan analisis statistik yang akurat. Namun karena ia bersifat lebih mendalam dibandingkan dengan analisis kuantitatif, ia melayani tujuan-tujuan ini secara lebih penuh, dan ia juga menyumbangkan latar belakang dan informasi penyokong untuk aktifitas pengelolaan mutu dan risiko. Analisis kualitatif juga membantu dalam diagnosis dan pengkodean yang perlu untuk riset medis, penelitian administratif, dan penggantian biaya.

x) **Hasil**

Analisis kualitatif dapat menghasilkan identifikasi terhadap defisiensi yang bisa diperbaiki, pola dokumentasi yang jelek, dan kejadian yang bisa menyebabkan pembayaran ganti rugi. Banyak di antara temuan itu berupa defisiensi entri rekam medis yang bisa diperbaiki oleh penyedia layanan. Misalnya, seorang oftalmologis dapat menuliskan katarak dan pengeluarannya sebagai diagnosis final dan operasi di lembaran depan rekam medis. Pada analisis kualitatif laporan riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik serta catatan kemajuan bisa menunjukkan bahwa pasiennya sedang diobati untuk penyakit diabetes mellitus yang tergantung pada insulin. Dokter tersebut hendaknya diminta untuk menuliskan keadaan ini pada lembaran depan.

Beberapa inkonsistensi dan omisi di dalam dokumentasi tidak bisa dipastikan fakta aslinya, sehingga tidak bisa dikoreksi. Ini merupakan praktek dokumentasi jelek yang mudah-mudahan dapat diperbaiki untuk dokumentasi selanjutnya. Misalnya, pada waktu melakukan

pemeriksaan fisik, seorang dokter memeriksa semua sistem tubuh namun hanya mencatat hal-hal yang abnormal. Praktek ini tidak memberikan bahaya langsung untuk pasien, namun evaluasi dan kenormalan sistem tubuh yang tidak didokumentasikan bisa menyebabkan rekam medis dokter tersebut dipertanyakan di dalam pengadilan.

Inkonsistensi atau omisi dokumentasi dapat pula menunjukkan masalah praktek asuhan yang sesungguhnya yang berpotensi menjadi ‘compensable events’, yaitu keadaan yang merugikan pasien dan bisa memaksa fasilitas dan/atau penyedia layanan menghadapi tuntutan tuntutan pidana dan perdata. Pada sebuah kasus klasik, seorang dokter menuliskan perintah “perhatikan keadaan jari kaki” pada pasien dengan tulang tibia yang fraktur, omisi ini menunjukkan kurangnya observasi terhadap pasien. Tuntutan atas kelalaian muncul setelah pasien mengalami iskemia irreversibel yang mengakibatkan amputasi.

Kalau analisis kualitatif mendapatkan pola dokumentasi jelek atau potensi ‘compensable events’, yang tidak satu pun bisa diperbaiki berdasarkan fakta, maka penyedia layanan yang mendokumentasikannya harus diberitahu mengenai dokumentasi yang salah tersebut dan ditawarkan bantuan atau saran-saran untuk perbaikan di masa depan. Jangan sekali-kali disarankan agar dokumentasi tersebut ditulis kembali, karena ini akan berarti pengubahan dan tidak akan bisa bertahan terhadap penyelidikan. Pada semua kasus, mengangkat masalah perbaikan dokumentasi dengan penyedia layanan harus dilakukan dengan diplomasi. Keefektifan kritik konstruktif sering tergantung pada hubungan yang telah ada antara Administrator Informasi Kesehatan (AIK) dengan penyedia layanan kesehatan. Mungkin diperlukan bagi penyedia layanan untuk melakukan evaluasi diri atau ikut serta dalam suatu ‘peer review’ dokumentasi sehingga praktek yang jelek dapat ditemukan oleh rekan sesamanya. Penyediaan ‘reminders’ yang bersifat edukatif mengenai cara dokumentasi yang baik, atau dengan memampangkan contoh-contoh klasik dokumentasi jelek dan akibatnya dapat pula membantu dalam memperbaiki dokumentasi.

y) **Komponen-komponen analisis kuantitatif**

Analisis kualitatif dapat dilakukan bergaya bebas dengan tetap menerapkan prinsip umum dokumentasi yang baik tentang isi rekam medis, atau melalui pengembangan dan penerapan satu set kriteria dokumentasi. Penggunaan kriteria akan lebih objektif dan lebih berguna sebagai dasar untuk mendeteksi pola-pola dokumentasi jelek. Komponen-komponen analisis kualitatif mencakup review isi rekam medis (dengan asumsi analisis kuantitatif telah dilengkapi) untuk memeriksa:

**pencatatan yang lengkap dan konsisten tentang pernyataan diagnostik,
 konsistensi entri oleh semua penyedia layanan kesehatan,
 uraian dan dasar pembenaran untuk perjalanan hospitalisasi pasien,**

**pencatatan semua hal yang harus ada di dalam informed consent,
penerapan cara dokumentasi yang baik, dan
adanya potensi 'compensable event'.**

z) Review untuk pernyataan diagnostik yang lengkap dan konsisten

Pernyataan-pernyataan diagnostik dibuat pada hampir semua bagian rekam medis, yang masing-masing melambangkan tingkat pemahaman kondisi medis pasien pada saat tersebut. Misalnya, pada waktu admisi terdapat diagnosis yang menyatakan alasan admisi tersebut. Riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik hendaknya mendokumentasikan kesan atau diagnosis sementara yang pada umumnya harus dikonfirmasi melalui pemeriksaan diagnostik tambahan.

Pada kasus-kasus tertentu, diagnosis sementara tidak bisa dipersempit menjadi satu diagnosis, namun beberapa kemungkinan diagnosis dengan gejala yang sama harus dievaluasi lebih lanjut. Perbandingan ini disebut dengan diagnosis diferensial, dan sering dinyatakan dengan "keluarkan (satu atau lebih diagnosis)" atau "diagnosis 1 vs diagnosis 2".

Sebelum operasi, diagnosis preoperatif hendaknya telah dicatat di dalam catatan kemajuan pre-operatif. Diagnosis ini merupakan pernyataan alasan operasi atau penemuan yang diharapkan setelah operasi. Diagnosis pasca-operasi, yang dicatat pada catatan kemajuan pasca-operasi, menyatakan penemuan klinis pembedahan. Kedua diagnosis harus dicatat pada laporan operasi. Perbedaan besar antara keduanya ini bisa menunjukkan adanya pemeriksaan diagnostik yang tidak memadai atau hal-hal lain yang berhubungan dengan mutu asuhan.

Diagnosis patologi bisa diperlukan untuk memberikan diagnosis pasca-bedah yang definitif. Diagnosis patologi adalah uraian morfologi, atau ciri-ciri sel, dari jaringan yang dikeluarkan pada waktu operasi; sedangkan diagnosis klinis menguraikan etiologi (penyebab); dan/atau fungsi abnormal organ atau sistem, atau pun tubuh secara keseluruhan.

Pada akhir perawatan, semua diagnosis final (klinis) dan prosedur harus dinyatakan pada lembar depan catatan medis atau di dalam ringkasan discharge. Analis harus memeriksa lembaran ini untuk menentukan bahwa ia telah lengkap, konsisten dengan dokumentasi, dan pada urutan yang benar. Diagnosis final mencakup diagnosis utama, setiap komplikasi, dan penyakit lain yang mempengaruhi perawatan. Diagnosis utama harus jelas sekali karena bersangkutan dengan persyaratan untuk reimbursement. *Uniform Hospital Discharge Data Set* (UHDDS), yang berisi definisi-definisi untuk pelaporan resmi rumah sakit, menyatakan bahwa diagnosis adalah "kondisi yang setelah pemeriksaan ternyata merupakan penyebab utama admission pasien ke rumah sakit untuk dirawat".

Diagnosis sekunder adalah komplikasi dan/atau komorbiditas. Komplikasi adalah keadaan yang muncul selama hospitalisasi yang mengubah arah penyakit pasien atau asuhan medis yang diperlukan. Beberapa komplikasi mencakup ‘decubitus ulcer’, perdarahan pasca-operasi, reaksi yang tidak lazim terhadap obat, infeksi yang didapatkan di rumah sakit (infeksi nosokomial), defisit neurologis, emfisema akibat pembedahan, dan cedera (perforasi pada pembedahan, jatuh, dsb.). Komorbiditas adalah kondisi aktif yang sedang diobati atau dimonitor, misalnya diabetes mellitus type II atau hipertensi. Komorbiditas bisa melibatkan riwayat penyakit atau ‘status pasca’ kalau mempengaruhi kondisi pasien. Misalnya, kalau sebelumnya pasien menderita kanker mammae, maka “riwayat kanker mammae” bisa ditulis sebagai kondisi komorbid, karena potensinya untuk bangkit kembali harus selalu dievaluasi. “Status pasca bedah cardiac bypass” juga merupakan contoh kondisi yang harus dituliskan.

UHDDS merujuk diagnosa sekunder sebagai ‘diagnosis lain’, yang definisinya adalah “semua kondisi yang telah ada pada saat admission, yang berkembang setelah itu, atau yang mempengaruhi pengobatan yang diterima dan/atau lama perawatan. Diagnosis yang berhubungan dengan episode sebelumnya yang tidak mengganggu perawatan sekarang tidak dimasukkan.”

Prosedur perlu dituliskan dengan lengkap. Setiap fasilitas asuhan kesehatan harus secara spesifik mengidentifikasi prosedur yang akan dicatat pada admission/discharge record dan/atau ringkasan discharge. Beberapa fasilitas mensyaratkan dokter untuk hanya mencatat prosedur yang dilakukan di kamar operasi. Fasilitas lain memerlukan dokter untuk menuliskan juga prosedur seperti biosi sumsum tulang, kateterisasi jantung, transfusi darah, dan CAT (computer-aided tomography) scan. Sekurang-kurangnya, hampir semua fasilitas asuhan kesehatan mensyaratkan agar semua prosedur yang mempengaruhi reimbursement dituliskan. Untuk sistem pembayaran prospektif Medicare, telah ada daftar prosedur yang memerlukan atau tidak memerlukan kamar operasi.

Kalau prosedur dituliskan maka mereka harus diurut dengan prosedur utama ditulis paling atas. Prosedur utama adalah “yang dilakukan untuk pengobatan definitif, bukan untuk tujuan diagnostik atau eplorasi, atau yang dilakukan untuk mengatasi komplikasi”.

Pada tahun 1985, pemerintah federal mengeluarkan anjuran tambahan berikut mengenai prosedur pelaporan:

- Semua prosedur yang ‘signifikan’ harus dilaporkan. Prosedur yang signifikan bersifat pembedahan, atau membawa risiko prosedur, atau membawa risiko pembiusan, atau memerlukan latihan spesialisasi.
- Kalau lebih daripada satu prosedur dilakukan, prosedur utama harus dinyatakan. Kalau ada dua prosedur yang dianggap utama, maka satu yang paling berhubungan dengan diagnosis utama harus dipilih.

aa) Review untuk konsistensi entry

Analisis kualitatif melibatkan review entri rekam medis untuk adanya konsistensi. Konsistensi berarti kesesuaian berbagai bagian satu sama lainnya dan sebagai keseluruhan. Seperti telah disebutkan, pernyataan diagnostik di rumah sakit harus konsisten sejak masuk sampai keluar. Dokumentasi harus secara progresif menunjukkan lebih banyak informasi mengenai kondisi yang menyebabkan pasien masuk rumah sakit. Pada fasilitas rawat jalan pernyataan diagnosis juga harus konsisten antara ebrbagai kunjungan untuk masalh yang sama. Pada kunjungan awal dokter mungkin hanya melaporkan suatu gejala atau hasil pemeriksaan diagnostik abnormal. Setelah kunjungan-kunjungan berikut diagnosis mestinya sudah ada. Pernyataan diagnostik hendaknya juga menunjukkan konsistensi antara bagian-bagian rekam medis. Pada pusat bedah rumah sakit atau rawat jalan laporan operasi, laporan jaringan, laporan pemeriksaan diagnostik, dan formulir 'consent' hendaknya juga konsisten. Perbedaan yang timbul disini biasanya melambangkan jeleknya praktek dokumentasi.

Entri lain juga harus menunjukkan konsistensi. Tiga area inkonsistensi yang umumnya dapat menyebabkan miskomunikasi informasi asuhan pasien adalah (1) catatan kemajuan yang ditulis oleh personil asuhan kesehatan yang berbeda; (2) perintah, catatan pemberian obat, dan catatan kemajuan tidak cocok; dan (3) informasi masuk dan keluar yang ditulis oleh personil asuhan kesehatan yang berbeda. Misalnya, catatan kemajuan oleh perawat bisa menunjukkan bahwa pasien tiba-tiba demam tinggi, sedangkan dokter menyatakan bahwa pasien tidak demam. Inkonsistensi ini menimbulkan pertanyaan apakah dokter mengevaluasi kondisi ini atau tidak, dan memutuskan untuk tidak melakukan apa-apa.

bb) Review untuk deskripsi dan pembenaran arah pengobatan

Sebagai tambahan pada konsistensi, rekam medis secara keseluruhan harus menunjukkan kespesifikan dan proses berpikir. Rekam medis harus menguraikan dan membenarkan arah hospitalisasi pasien. Jadi rekam medis harus mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan diagnostik, pengobatan, pendidikan pasien, dan lokasi pasien secara lengkap. "Hasil-hasil test normal", "pasien baik-baik saja", dan "pasien telah diberi instruksi", merupakan contoh-conh generalisasi yang menguraikan apa pun. Rekam medis harus juga menunjukkan proses berpikir – yaitu nalar yang menuju kepada setiap keputusan, walau pun keputusan itu adalah untuk tidak melakukan tindakan apa-apa (sebagaimana pada kasus demam di atas).Hal ini penting sekali terutama kalau ada perubahan pada rencana pengobatan. Bukan saja pengobatan pengganti ini dituliskan, akan tetapi juga tujuan pengobatan baru tersebut, modifikasinya, atau penghentiannya harus dijelaskan.

cc) Review untuk pencatatan informed consent

Informasi mengenai persetujuan pasien untuk pengobatan harus dengan hati-hati dituliskan. Dokter harus mencatat informasi yang diberikan kepada pasien untuk membuat pasien memberikan informed consent atau menahan consentnya. Setiap fasilitas asuhan kesehatan memiliki kebijaksanaan yang konsisten dengan persyaratan hukum mengenai informed consent. Administrator Informasi Kesehatan (AIK) harus mengetahui kebijaksanaan ini dan menerapkannya waktu melakukan analisis kualitatif. Dokter harus didorong untuk tidak saja mematuhi kebijaksanaan ini, tapi juga untuk hati-hati dalam mencatat semua hal yang bersangkutan dengan informed consent, misalnya menguraikan semua efek samping obat, walaupun pemberiannya tidak biasanya memerlukan formulir consent yang khusus.

dd) Review untuk praktek-praktek dokumentasi

Ciri-ciri lain dokumentasi yang dianalisis secara kualitatif adalah bukti pencatatan entri yang tepat waktu, keterbacaan (legibility), menggunakan singkatan yang diakui, dan menghindari komentar yang berlebihan. Rekam medis hendaknya tidak memiliki 'jurang waktu' (time gaps) yang tidak bisa dijelaskan. Ini terutama penting di dalam situasi darurat, dimana terdapat tendensi untuk mencatat lebih sedikit karena keterbatasan waktu, namun dengan peningkatan risiko kesalahan dan penyidikan kemudian untuk tuntutan hukum malapraktek. Legibility disini berarti menulis dengan benar, penggunaan tinta untuk pencatatan permanen, dan pelengkapan pengisian formulir. Entri yang 'illegible' dan yang berisi singkatan yang tidak diakui oleh staf medis boleh dianggap tidak berguna. Sementara rekam medis harus melambungkan kejujuran dan pernyataan yang benar, mereka pun harus dicatat dengan hati-hati. Rekam medis jangan sekali-kali berisi komentar yang merendahkan atau mengkritik. Pada situasi dimana sebuah komentar dibuat, penulisnya harus bisa mempertahankannya, sadar akan akibat hukumnya, atau memperlakukannya sebagai suatu kesalahan.

ee) Review untuk kejadian-kejadian yang bisa mendapatkan ganti rugi

Akhirnya, analisis kualitatif harus mengidentifikasi setiap kejadian yang memiliki potensi kompensasi atau ganti rugi. Pada Tabel berikut terdapat sebuah contoh kriteria yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi hal ini. Konsep mengidentifikasi dan menganalisa "kejadian klinis non-spesifik" berasal dari InterQual Incorporated, sebuah biro konsultasi bagi penyedia asuhan kesehatan, pada saat memberikan konsultasi bagi California Medical Insurance Feasibility Study (CMIF). Rekam medis harus secara penuh mendokumentasikan kejadian yang menimbulkan kerugian terhadap pasien.

KONTROL REKAM MEDIS YANG TIDAK LENGKAP

Hasil analisis kuantitatif dan kualitatif adalah identifikasi defisiensi spesifik, pola-pola dokumentasi yang jelek, dan kejadian yang berpotensi tuntutan ganti rugi.

ff) Rekam medis tidak lengkap (delinquent)

Rekam medis dengan defisiensi spesifik yang bisa dilengkapi oleh seorang penyedia asuhan kesehatan disebut sebagai rekam medis yang tidak lengkap. Penyedia asuhan kesehatan diberitahu bahwa mereka memiliki rekam medis yang tidak lengkap dan diharapkan untuk melengkapkannya dalam suatu jangka waktu yang ditetapkan oleh aturan staf medis. Kalau rekam medis tidak lengkap yang tetap tidak dilengkapi setelah waktu tersebut habis, maka rekam medis itu disebut sebagai rekam medis yang bandel (delinquent). Seringkali, fasilitas asuhan kesehatan menentukan dan memonitor 'angka rekam medis tidak lengkap' dan 'angka rekam medis bandel'.

Angka tidak lengkap (incomplete rate) adalah jumlah rekam medis tidak lengkap dibandingkan dengan jumlah discharge atau bentuk lain episode asuhan pasien, selama periode pelengkapan yang diperlukan. Misalnya, kalau sebuah rumah sakit mendischarge 75 pasien dalam waktu 30 hari yang disediakan untuk penyedia layanan melengkapi rekam medisnya, dan kalau 25 rekam medis tidak lengkap, maka angka tidak lengkap ini adalah $25/75 \times 100\% = 33.3\%$. Angka kebandelan (delinquent rate) dihitung sebagai jumlah total rekam medis yang bandel dibandingkan dengan jumlah rata-rata discharge selama periode pelengkapannya. Misalnya, kalau saat ini rumah sakit memiliki 50 rekam medis bandel, dan untuk setiap periode ia memiliki 75 discharge, maka angka kebandelan ini adalah $50/75 \times 100\% = 66.7\%$.

Angka kebandelan yang melewati 50% (berarti lebih banyak daripada jumlah discharge atau episode asuhan pasien pada periode penuh) dianggap sebagai masalah yang serius. Tentu saja banyak faktor yang mempengaruhi cara menafsirkan angka ini. Usia rekam medis juga merupakan suatu faktor. Angka kebandelan rekam medis 40% yang tetap tidak lengkap selama dua atau tiga minggu mungkin lebih diinginkan daripada angka kebandelan 20% tapi berlangsung berbulan-bulan. Jenis kebandelan juga merupakan faktor lain. Kebandelan akibat tidak adanya laporan riwayat penyakit atau pemeriksaan fisik, laporan operasi, atau tanda tangan pada pernyataan kebenaran ('attestation statement'), adalah lebih serius daripada kebandelan akibat tidak adanya discharge summary atau tanda tangan pada catatan kemajuan. Periode pelengkapan juga mempengaruhi angka kebandelan, terutama jika kita membandingkan angka tersebut antara berbagai fasilitas.

gg) Pemberitahuan tentang Defisiensi

Penyedia asuhan kesehatan perlu mengetahui bahwa mereka memiliki rekam medis yang tidak lengkap dan apa bentuk defisiensi tersebut. Ketika analisis konkuren mendapatkan adanya defisiensi, mereka dapat diberitahu langsung pada rekam medis dengan jalan meletakkan formulir di rekam medis, pita adhesif atau stempel pada kulitnya, sticker removable (bisa dilepaskan) langsung pada formulir rekam medis yang defisien, atau kombinasi teknik-teknik ini. Pada saat berikut ketika ia membuat dokumentasi pada rekam medis ini diharapkan defisiensi tersebut bisa diperbaiki. Kalau analisis retrospektif dilakukan, atau ketika defisiensi pada analisis konkuren tetap ada setelah discharge, fasilitas asuhan kesehatan memiliki berbagai cara untuk membuat rekam medis tersebut lengkap.

Pada beberapa fasilitas, penyedia asuhan kesehatan diharapkan secara rutin mengunjungi bagian informasi kesehatan untuk menyelesaikan defisiensi rekam medis. Pada fasilitas lain, penyedia mungkin diberitahu secara tertulis bahwa mereka memiliki rekam medis yang tidak lengkap dan diminta untuk datang ke bagian informasi kesehatan; atau pada tempat lain lagi penyedia asuhan meminta agar rekam medis dibawa ke tempat tertentu di dalam fasilitas. Pemberitahuan bisa berupa satu kopi formulir defisiensi atau berupa formulir pemberitahuan standard. Rekam medis tidak lengkap bisa pula ditahan di ruang perawatan ('nursing station') sampai mereka dilengkapi; atau secara rutin diantarkan ke ruangan si penyedia asuhan di dalam fasilitas. Rekam medis jangan sampai dibawa keluar fasilitas untuk pelengkapannya, karena mereka harus selalu tersedia untuk asuhan darurat atau tujuan lain.

hh) Pengarsipan rekam medis yang tidak lengkap

Kalau rekam medis yang tidak lengkap disimpan di bagian informasi kesehatan, mereka bisa diarsipkan pada arsip permanen, pada arsip tidak lengkap menurut nama penyedia asuhan, atau pada arsip tidak lengkap menurut nomor rekam medis. Masing-masing cara memiliki kelebihan dan kekurangan. Pengarsipan pada arsip permanen membuat mereka kurang bisa diakses oleh penyedia asuhan tapi menghemat waktu pengambilan kalau rekam medis sangat aktif. Cara ini paling sesuai untuk rumah sakit dengan pelayanan rawat jalan tempat pasien berkunjung setelah discharge.

Cara pengarsipan yang paling mudah diakses oleh penyedia asuhan adalah pada arsip terpisah menurut nama penyedia tersebut. Kalau beberapa penyedia, misalnya dokter yang merawat, ahli bedah, konsultan, dan terapis pernafasan memiliki defisiensi pada rekam medis yang sama, maka sistem referensi silang harus diciptakan. Pengarsipan rekam medis yang tidak lengkap pada arsip terpisah menurut nomor merupakan cara gabungan antara pengarsipan pada arsip permanen dan pengarsipan terpisah menurut nama penyedia asuhan.

Sistem tidak lengkap yang terkomputerisasi akan sangat membantu dalam pengontrolan semua aspek rekam medis yang tidak lengkap. Sekali defisiensi spesifik telah dimasukkan ke dalam komputer dengan bantuan komputer, beberapa 'output' bisa dihasilkan. Misalnya, daftar defisiensi bisa dicetak. Beberapa pemberitahuan mengenai rekam medis yang tidak lengkap atau bandel bisa dicetak untuk penyedia asuhan, begitu juga daftar rekam medis yang tidak lengkap atau bandel untuk dilaporkan kepada kepala bagian tempat penyedia asuhan bekerja. Statistik juga dapat dihitung, termasuk tidak saja angka tidak lengkap atau kebandelan secara keseluruhan, tetapi juga angka untuk setiap penyedia asuhan, jenis defisiensi, usia rekam medis yang bandel, dan sebagainya. Komputer dapat pula membantu untuk mencari lokasi rekam medis, misalnya pada saat beberapa penyedia asuhan memiliki defisiensi pada rekam medis yang sama.

ii) Pemeriksaan chart (lembar rekam medis) final

Ketika penyedia asuhan telah bekerja pada rekam medisnya yang tidak lengkap, ia dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan final atau reanalisis rekam medis tersebut untuk memastikan bahwa semua defisiensi telah dilengkapi. Pelengkapan rekam medis secara teratur adalah sangat penting sekali, karena rekam medis yang tidak lengkap akan mempengaruhi mutu asuhan pasien yang diberikan. Rekam medis tidak lengkap juga mempengaruhi status lisensi dan akreditasi fasilitas. Misalnya, JCAHO menyatakan bahwa defisiensi atau kebandelan rekam medis yang banyak, serius, dan tidak membaik bisa menyebabkan status akreditasi berkurang. Kalau rekam medis tetap tidak lengkap setelah penyedia asuhan tidak lagi bekerja pada fasilitas tersebut, maka kebijakan fasilitas tentang pengarsipan rekam medis tidak lengkap harus diikuti. Biasanya, komite rekam medis akan mereview rekam medis tersebut dan menulis catatan bahwa rekam medis tersebut tidak bisa dilengkapi akibat pengunduran diri atau kematian penyedia asuhan yang bertanggung jawab untuk itu.

L. PENANGANAN INFORMASI PRAKTEK DOKUMENTASI DAN KEJADIAN YANG BERPOTENSI GANTI RUGI

Kalau analisis kualitatif mengidentifikasi dokumentasi jelek yang tidak bisa dilengkapi atau diperbaiki berdasarkan fakta, Administrator Informasi Kesehatan (AIK) harus dibimbing oleh aturan staf medis, administrasi rumah sakit, dan kode etik PORMIKI. Setiap situasi pada akhirnya akan mengindikasikan pemecahan yang berbeda. Seringkali, pola dokumentasi yang jelek menunjukkan perlunya 'peer review' (review oleh para sejawat) yang lebih terfokus oleh komite staf medis, termasuk komite rekam medis, komite jaringan tubuh, manajemen mutu, dan sebagainya. Misalnya, kalau pada analisis kualitatif terlihat bahwa sebuah formulir laporan pemeriksaan fisik bayi baru lahir selalu memiliki beberapa 'omission' (hal yang tidak tercatat),

maka mungkin lebih pantas kalau komite rekam medis disarankan mengevaluasi formulir tersebut untuk kemungkinan perbaikan. Contoh lain adalah ketika rekam medis yang diisi oleh spesialis ortopedi dan oftalmologi jarang berisi laporan pemeriksaan ginekologis pasien perempuan. Khawatir akan terlewatkannya tanda-tanda awal kanker, bisa saja diberikan rekomendasi kepada program pemastian mutu untuk mempelajari temuan ini secara lebih mendalam.

Penyedia layanan bisa juga dihubungi secara langsung mengenai praktek dokumentais yang jelek. Misalnya, analisis kualitatif bisa menunjukkan bahwa seorang dokter menulis dengan pena yang tintanya pecah pada kertas sehingga mengaburkan tulisan dibaliknya atau menyulitkan proses fotokopi. Sebuah contoh bisa ditunjukkan kepadanya dan ia diminta untuk menggunakan alat tulis yang lain.

Informasi umum mengenai praktek dokumentasi yang jelek bisa dibagikan melalui 'newsletter', pengumuman pada 'bulletin board', atau pada program-program 'in-service' (pelayanan ke dalam). Misalnya, informasi mengenai 'mengurutkan' diagnosis utama dengan akibatnya terhadap 'reimbursement' (penggantian biaya) mungkin sebaiknya didistribusikan melalui program pelayanan ke dalam ini. Sebuah guntingan koran yang menunjukkan tentang kasus malapraktek dengan dokumentasi jelek merupakan faktor utama, bisa ditempelkan pada bulletin board, atau diringkaskan pada newsletter fasilitas.

Akhirnya, kalau suatu kejadian yang bisa dimintakan ganti rugi telah diidentifikasi, maka manajer risiko pada fasilitas, program penjamin mutu, atau seorang penasihat hukum, bisa dihubungi. Identifikasi dan analisis dini atas kejadian-kejadian ini untuk menentukan apakah ada potensial tuntutan ganti rugi, bisa menghasilkan usaha yang tepat waktu dan bijak untuk meminimalkan potensi kerugian.

Pada penanganan setiap informasi tentang dokumentasi yang jelek dan kejadian yang bisa dituntut ganti rugi, perlu sekali dijaga kerahasiaan informasi. Informasi ini sensitif sekali, dan hanya yang memiliki wewenang untuk menangani informasi ini saja yang bisa diberitahu mengenai informasi tersebut. Juga sangat dianjurkan untuk menyimpan rekam medis seperti ini pada arsip yang dikunci, bukan pada area arsip umum.

M. RINGKASAN

Rekam medis berisi informasi yang relevan mengenai seorang pasien yang diberi asuhan pada suatu fasilitas kesehatan. Rekam medis harus ditulis secara tepat-waktu dan berisi informasi yang cukup untuk mengidentifikasi pasien, menyokong diagnosis atau alasan untuk behubungan dengan (encounter) asuhan kesehatan, membenarkan pengobatan, dan dengan

tepat mencatat hasilnya. Pengelolaan isi rekam medis melalui analisis dokumentasi merupakan fungsi penting Bagian Informasi Kesehatan pada semua fasilitas asuhan kesehatan. Dengan mereview semua rekam medis selama atau setelah pelayanan untuk kelengkapan dan ketepatannya, Administrator Informasi Kesehatan (AIK) memberikan kontribusi yang nyata bagi fasilitas asuhan kesehatan. Bentuk analisis yang dilakukan pada fasilitas asuhan kesehatan yang spesifik tergantung pada kebijaksanaan dan kebutuhan staf medis dan administrasi fasilitas dan pada tuntutan badan-badan pemberi lisensi, akreditasi, dan sertifikasi. Jumlah variasinya sama banyak dengan jumlah fasilitas, karena masing-masing menyesuaikan prosedur umum yang digariskan pada Bab ini dengan situasi masing-masing.

N. STUDY QUESTIONS

- Apakah tujuan utama analisis kuantitatif, analisis kualitatif, dan analisis statistik?
- Apakah perbedaan utama antara analisis kuantitatif dan kualitatif, dengan pemastian mutu?
- Apakah keuntungan dan kerugian analisis konkurent dan retrospektif?
- Bagaimana perbedaan analisis dokumentasi rekam medis antara berbagai fasilitas asuhan kesehatan?
- Ciri-ciri umum dokumentasi apa yang dicari di dalam rekam medis oleh orang yang melakukan analisis kualitatif?
- Bedakan istilah-istilah berikut:
 - rekam medis tidak lengkap / catatan medis delinquent
 - defisiensi / pola dokumentasi jelek / kejadian yang berpotensi ganti rugi
- Jelaskan bagaimana cara penyedia asuhan kesehatan diingatkan tentang rekam medis yang tidak lengkap, diberitahu mengenai defisiensi pada rekam medis spesifik, dan memiliki akses pada rekam medis yang tidak lengkap. Jelaskan bagaimana cara komputerisasi bisa membantu proses ini.

VII. PENGARSIPAN, PENYIMPANAN DAN RETENSI

Pekerjaan di berbagai area pada suatu institusi asuhan kesehatan bisa sangat terhambat oleh pengelolaan catatan medis yang jelek. Oleh karena itu, praktisi informasi kesehatan perlu sekali menciptakan sistem dan prosedur untuk menomori, mengarsipkan, mendistribusikan, menyimpan, dan memelihara informasi kesehatan secara efisien di seluruh fasilitas. Efisiensi pada fungsi-fungsi ini merupakan faktor yang paling penting dalam menciptakan hubungan yang baik dengan bagian lain di fasilitas asuhan kesehatan.

B. SISTEM PENOMORAN DAN PENGARSIPAN CATATAN

Catatan medis pada hampir semua fasilitas asuhan kesehatan diarsipkan menurut angka sesuai dengan nomor catatan medis pasien. Pengarsipan secara alfabet menurut nama pasien sulit dilakukan dan lebih sering menimbulkan kesalahan daripada pengarsipan menurut angka. Terdapat berbagai jenis sistem penomoran dan pengarsipan. Terlepas dari sistem mana yang akan dipergunakan, catatan medis yang memerlukan nomor baru hendaknya memilikinya secara berurutan, dan nomor ini harus sama untuk semua bagian di fasilitas.

PENOMORAN DAN PENGARSIPAN SERIAL

Pada penomoran serial, pasien menerima nomor baru untuk setiap pelayanan di fasilitas asuhan kesehatan. Kalau seorang pasien terdaftar tiga kali, ia diberi tiga nomor yang berbeda. Misalnya seorang pasien bernama Edward Brown dirawat-inap di sebuah rumahsakit dan mendapatkan nomor 52783. Ketika ia kembali untuk follow-up rawat jalan seminggu setelah discharge, ia terdaftar dengan nomor 52829. Kalau ia dirawat kembali tahun berikutnya, ia mendapatkan nomor ketiga, 64287. Semua nomor yang diberikan untuk pasien ini dicatat pada indeks utama pasien.

Karena sebuah nomor baru diterbitkan untuk setiap pelayanan, sebuah catatan medis yang baru juga terbentuk. Ini berarti bahwa catatan medis pasien diarsipkan di berbagai tempat di lemari arsip sebanyak jumlah kedatangannya.

PENOMORAN UNIT DAN PENGARSIPANNYA

Pada penomoran unit, pasien diberi nomor pada admisi (rawat inap) atau kunjungan (rawat jalan) pertama, yang digunakan pada seluruh admisi dan pengobatan selanjutnya. Misalnya, setiap saat Edward Brown datang ke rumah sakit untuk pengobatan, dokumentasi asuhannya akan digabungkan pada nomor pertama yang diperolehnya, yaitu 52783.

Penomoran unit menyediakan satu catatan medis yang merupakan gabungan seluruh data yang ada pada seorang pasien, tanpa mempedulikan jumlah atau jenis pelayanan yang diberikan. Keseluruhan catatan medis pasien ini diarsipkan sebagai satu unit di dalam satu map dengan satu nomor.

PENGARSIPAN PADA PENOMORAN SERIAL-UNIT

Sistem serial-unit merupakan gabungan sistem-sistem penomoran serial dan pengarsipan unit. Setiap saat pasien didaftarkan, sebuah nomor baru diberikan; tapi catatan medis sebelumnya selalu diambil kembali dan diarsipkan di bawah nomor yang baru diterbitkan. Jadi kalau pasien Edward Brown kembali untuk kunjungan rawat-jalan setelah discharge, ia akan menerima nomor 52829, tapi data admisi rawat-inapnya yang diarsipkan pada 52783 akan diambil dan diarsipkan bersama catatan yang dibuat pada kunjungan terbarunya. Dengan cara ini tercipta sebuah catatan unit. Ketika catatan lama diambil dari lemari arsip, sebuah 'outguide' harus diletakkan pada tempat catatan tersebut sebelumnya berada, untuk pedoman nomor baru tempat catatan tersebut sekarang diarsipkan. Sebuah folder kosong yang memiliki rujukan ke nomor yang baru bisa menjadi 'outguide' yang baik.

ADAPTASI LAIN SISTEM PENOMORAN DAN PENGARSIPAN UNIT

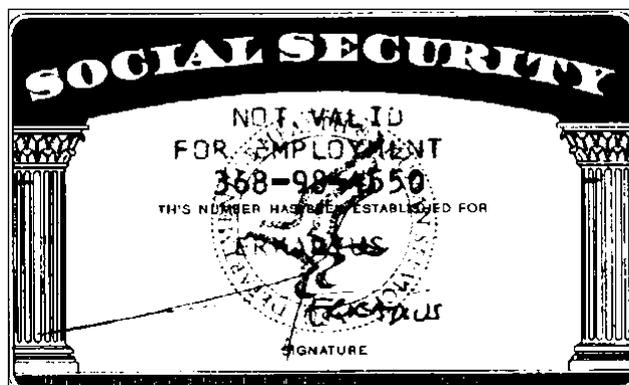
Sistem penomoran dan pengarsipan unit sangat disukai fasilitas asuhan kesehatan karena mudahnya menarik informasi pasien yang diarsipkan pada satu tempat dengan satu nomor. Dua adaptasi penomoran unit pantas diperhatikan, yaitu nomor 'social security' dan nomor keluarga.

a) **Penomoran social security**

Pemakaian Social Security Number untuk identifikasi pasien sangat kontroversial. Mereka digunakan secara efektif di berbagai rumah sakit Veterans Administration (VA) yang memang dibantu oleh Social Security Administration untuk menentukan nomor yang tidak dikenal. Akan tetapi keberhasilan pada fasilitas asuhan kesehatan lain tidak selalu tercapai. American Hospital Association menyarankan agar nomor ini tidak digunakan pada sistem penomoran catatan medis.

Pada waktu mempertimbangkan penggunaan nomor ini sebagai nomor catatan medis pasien, perlu dipahami bahwa nomor ini bukanlah identifikasi nasional. Tidak ada keharusan

hukum pada warga US untuk memiliki nomor ini. Memang ada peraturan tertentu di tingkat federal dan negara bagian yang menghendaki agar warga memiliki nomor ini; namun, pada saat penggunaan nomor ini tidak diwajibkan oleh aturan yang lain, yang bersangkutan bisa menolak untuk memberikan nomornya.



Do not laminate this card.

This card is invalid if not signed by the number holder unless health or age prevents signature.

Improper use of this card and/or number by the number holder or any other person is punishable by fine, imprisonment or both.

This card is the property of the Social Security Administration and must be returned upon request. If found, return to:
 SSA-ATTN: FOUND SSN CARD
 P.O. Box 17087 Baltimore Md. 21203
 Contact your local Social Security office for any other matter regarding this card.

Department of Health and Human Services
 Social Security Administration
 Form OA-702 (4-84)

837765190

Keuntungan penggunaan nomor ini untuk identifikasi pasien adalah karena unik untuk setiap pasien di fasilitas. Namun, untuk pasien yang tidak memiliki nomor ini harus diberikan 'pseudo number' atau nomor tiruan.

Nomor tiruan bisa diterbitkan dari seri nomor khusus yang hanya digunakan untuk orang admisinya tanpa nomor social security. VA menerbitkan 'pseudo number' dengan cara khusus. Ini didasarkan pada pengkodean singkatan nama pasien dan penggunaan tanggal lahir untuk sisanya. Kode huruf ini adalah sebagai berikut:

1 abc 2 def 3 ghi 4 jkl 5 mno
 6 pqr 7 stu 8 vwx 9 ys 0 (tanpa singkatan nama tengah)

Jadi, John Brown yang lahir 1 Januari 46 akan diberikan nomor 401-01-0146 dengan caraberikut ini:

4 0 1 - 0 1 - 0 1 4 6

J - B - Januari - Satu 1946

Kerugian lain penggunaan nomor ini adalah kalau pasien memiliki lebih dari satu nomor social security (kadang-kadang lima atau lebih), dan kenyataan bahwa sembilan angka adalah sangat panjang.

Perencanaan untuk perluasan area lemari arsip catatan medis sulit dilakukan dengan sistem penomoran social security. Karena pasien datang secara acak ke fasilitas, maka beberapa area di lemari arsip bisa terisi lebih cepat daripada area lainnya. Hal ini mengharuskan pergeseran folder catatan medis terus menerus untuk mendistribusikan arsip secara lebih merata.

b) Penomoran keluarga

Adaptasi lain penomoran unit adalah sistem penomoran keluarga. Penomoran keluarga biasanya terdiri dari penggunaan sepasang angka ekstra yang menunjukkan posisi seseorang di dalam keluarganya. Angka ini biasanya diletakkan sebelum nomor yang diberikan, dengan urutan yang memiliki arti yang jelas sehingga 01 berarti kepala keluarga (baik ayah atau ibu), 02 adalah spouse (pasangan kepala keluarga), 03 adalah anak atau anggota keluarga lain dan seterusnya. Contohnya adalah sbb.:

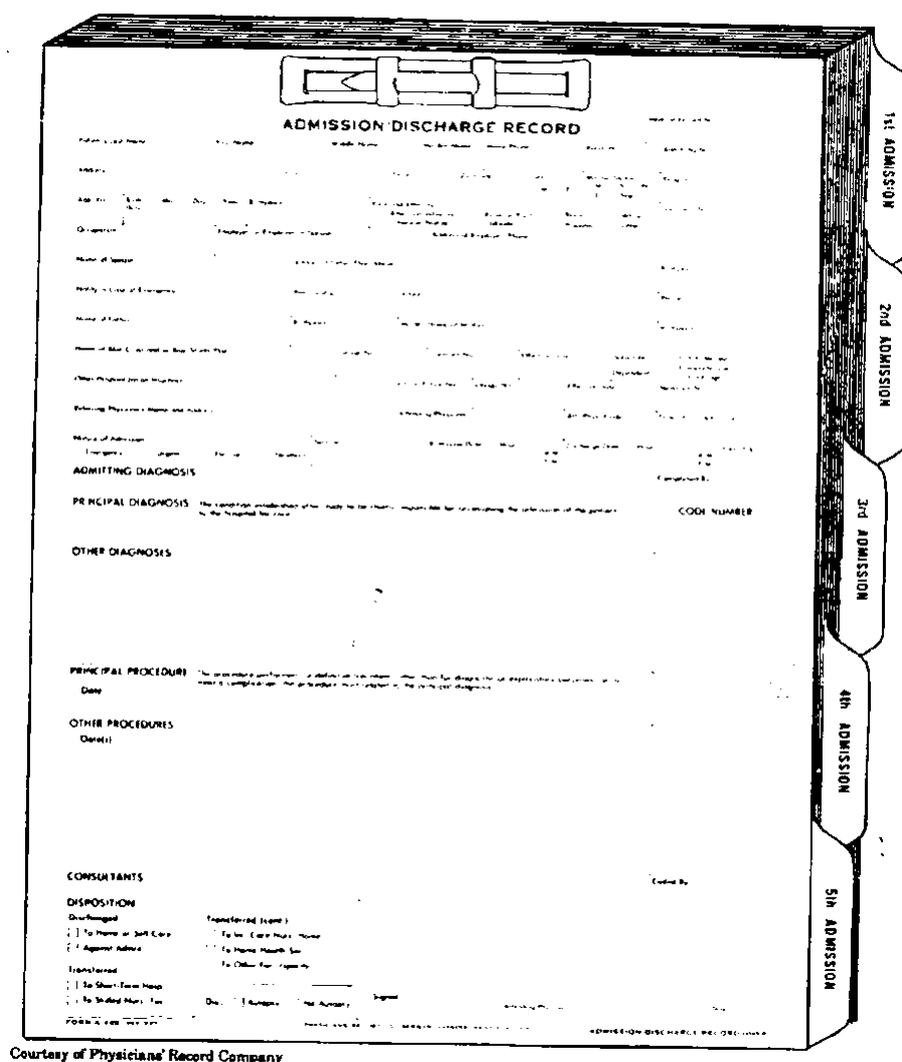
01-123456: kepala keluarga nomor 123456
 02-123456: spouse kepala keluarga nomor 123456
 03-123456: anak atau anggota keluarga lain keluarga nomor 123456

Semua informasi pasien pada satu keluarga jadinya disatukan oleh nomor keluarga. Pada contoh tadi, nomor 123456 merupakan nomor unit untuk setiap anggota keluarga dan berfungsi menyatukan satu keluarga untuk memudahkan rujukan masalah yang berhubungan. Sistem ini cukup membantu pada pusat kesehatan lingkungan (neighborhood health centers) dan pusat kesehatan jiwa yang menggunakan cara-cara penyuluhan keluarga. Kerugian utama sistem ini adalah seringnya perubahan dan penataan kembali nomor-nomor di saat komposisi keluarga berubah. Melalui perceraian, seorang spouse bisa berubah menjadi kepala dari keluarga yang lain. Seorang anak bisa berubah menjadi spouse atau kepala keluarga setelah menikah. Pada keadaan ini, nomor keluarga yang baru harus diterbitkan, dan menghasilkan sebuah catatan yang baru.

UNTUNG RUGI PENOMORAN UNIT DAN PENGARSIPAN UNIT

JCAHO menyarankan fasilitas menggunakan sistem pencatatan unit, dan kalau ini tidak mudah, agar dibuat suatu sistem untuk secara rutin menggabungkan semua komponen catatan

rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat yang letaknya berbeda-beda ketika seseorang diberi pelayanan. Sebuah catatan unit memberikan gambaran menyeluruh mengenai riwayat penyakit dan pengobatannya, dan menghilangkan beban pengumpulan berbagai bagian catatan medis. Untuk memelihara catatan unit, diperlukan suatu bentuk pembundelan semua bagian. Sebuah ‘fastener’ dengan dua lobang bisa digunakan bersama dengan ‘tabbing’ atau pengindeks (Gambar 1).



Gambar 1. Folder arsip dengan pengikat dua lobang dan pembagi catatan

Pada sistem pengarsipan unit, catatan yang mendokumentasikan beberapa pelayanan bisa menjadi sangat tebal sehingga perlu folder tambahan untuk tempatnya. Untuk mengingatkan petugas pengarsipan dan profesional asuhan kesehatan bahwa catatan tersebut berada di berbagai folder, setiap folder harus ditandai dengan nomor volume dan jumlah volume. Misalnya, volume pertama diberi label “Volume 1 dari 4”, folder kedua “Volume 2 dari

4", dan seterusnya. Semua label perlu ditulis kembali kalau ada volume baru yang ditambahkan yang pada set tersebut.

Untuk catatan unit, petugas pemberi nomor perlu tahu apakah pasien tersebut pernah berobat di fasilitas. Pada sistem penomoran unit, pasien tidak diberi nomor lain kalau pernah terdaftar. Kadang-kadang ia secara tidak sengaja diberi nomor yang baru. Kesalahan ini diperbaiki dengan mengosongkan arsip pada nomor kunjungan terbaru dan mengarsipkan catatan pada nomor yang pertama kali dikeluarkan.

Pada sistem manual, nomor yang dikosongkan biasanya tidak diberikan ke pasien lain karena akan memerlukan banyak tenaga untuk melacak nomor tersebut dan untuk mengisi nama pasien baru pada halaman yang tepat pada indeks nomor. Kalau nomor diberikan oleh komputer, pelacakan nomor yang tidak dipakai tidak sulit kalau programnya dirancang untuk menggunakan nomor itu kembali.

PERLUASAN DAERAH ARSIP

Perencanaan untuk perluasan lemari arsip dipengaruhi oleh sistem penomoran yang dipilih. Kalau yang digunakan adalah sistem penomoran dan pengarsipan unit, 25% rak arsip perlu dikosongkan karena ruangan tambahan akan diperlukan untuk penebalan masing-masing catatan medis.

Pada penggunaan sistem pengarsipan serial-unit yang memindahkan catatan medis nomor lama ke depan, rongga kosong bisa terjadi di rak arsip karena catatan tersebut dipindahkan. Hal ini mudah sekali terjadi kalau tingkat readmisi cukup tinggi. Pada penggunaan sistem penomoran dan pengarsipan serial jumlah rak akan konstan, karena perluasan hanya terjadi pada satu arah ketika pasien diberi nomor baru.

PENGELUARAN ARSIP

Pengeluaran catatan tidak aktif dari lemari arsip mudah pada sistem penomoran dan pengarsipan serial dan serial-unit. Nomor catatan medis merupakan indikator usia catatan: makin rendah nomornya berarti makin tua usianya. Pada sistem serial-unit, catatan pasien yang datang kembali selalu dipindahkan ke depan dan diarsipkan pada nomor yang lebih tinggi. Catatan yang tidak pindah ke depan dalam jangka waktu tertentu dinyatakan tidak aktif. Pada sistem serial, catatan tua (yaitu dengan nomor rendah) dengan mudah dipilih dari rak-rak untuk penyimpanan arsip tidak aktif. Namun pada kedua sistem ini, catatan yang aktif harus dimundurkan untuk menyediakan tempat di lemari arsip bagian depan untuk catatan baru.

Pada sistem unit, pengeluaran catatan tidak aktif mengharuskan pemeriksaan isi setiap folder untuk penentuan tahun admisi terakhir, kunjungan rawat jalan, atau pengobatan gawat darurat; karena nomor catatan medis tidak merupakan indikator aktifitas catatan. Fasilitas pelayanan kesehatan yang menggunakan sistem penomoran unit sering menandai bagian luar folder dengan tahun terbaru aktifitas pengobatan untuk memudahkan proses pengeluaran. Ini juga bisa dilakukan dengan penggunaan 'tab' berwarna yang 'pressure-sensitive' dengan tahun tercetak di atasnya. Sistem komputer kadang-kadang dapat memberikan daftar catatan pasien yang tidak aktif sejak tanggal tertentu, yang kemudian dapat digunakan untuk membantu identifikasi catatan yang akan dikeluarkan.

SUMBER ANGKA

Sebuah fasilitas asuhan kesehatan biasanya memiliki bank nomor catatan medis sendiri, dan menentukan jumlah digit terbesar yang digunakan sebelum kembali ke angka satu. Jumlah digit yang digunakan pada nomor catatan medis untuk sistem manual dan otomatis harus cukup untuk mengantisipasi pertumbuhan berdasarkan proyeksi rumah sakit dalam jangka waktu tertentu. Untuk hampir semua fasilitas, angka enam-digit dari 000001 s/d 999999 akan mudah diingat dan bisa memenuhi kebutuhan selama beberapa tahun. Pemberian urutan nomor baru untuk setiap tahun dengan awalan angka atau huruf (misalnya 90-456231 atau A-456231) tidak dianjurkan, karena kesalahan pada awalan menyebabkan pengambilan catatan dari arsip menjadi sangat sulit.

Nomor-nomor yang belum diterbitkan biasanya disimpan pada buku kontrol utama di bagian Informasi Kesehatan atau area pendaftaran pasien. Penentuan tempat angka dikontrol tergantung pada kebutuhan fasilitas dan prosedur yang digunakan untuk menerbitkannya. Tanggung jawab untuk pengalokasian angka harus berada pada tempat pekerjaan dapat dilakukan secara akurat dan bebas gangguan.

Pada fasilitas yang otomatis, program komputer dapat mengontrol penerbitan nomor dengan menerbitkan nomor urut berikutnya secara otomatis untuk admisi pasien baru. Komputer juga bisa memeriksa arsip untuk menentukan apakah pasien tersebut telah diberi nomor unit.

Kalau tanggung jawab untuk mengontrol angka dipegang bagian Informasi Kesehatan, blok nomor-nomor (100, 200 atau 500 nomor berurutan) sering diberikan ke area pendaftaran pasien yang volume admisinya selalu tinggi. Cara ini mengurangi jumlah permintaan yang diterima oleh bagian tersebut untuk pemberian nomor.

PERUBAHAN DARI PENOMORAN SERIAL KE UNIT

Perubahan dari sistem penomoran dan pengarsipan serial atau serial-unit ke sistem unit dapat dilakukan dengan mudah melalui langkah-langkah berikut:

1. Pilih sebuah tanggal untuk melakukan perubahan, sebaiknya hari pertama tahun kalender atau tahun fiskal.
2. Mulai penerbitan nomor unit pada hari itu (nomor seri tak-terpakai yang terakhir bisa digunakan untuk memulai sistem unit, atau kalau diinginkan, seri yang baru).
3. Beri nomor unit yang baru kepada pasien yang datang kembali (readmisi) dengan mengarsipkan catatan sebelumnya pada nomor yang baru. Letakkan folder catatan sebelumnya yang telah kosong di tempat aslinya pada lemari arsip. Buat referensi silang pada folder tersebut untuk menunjukkan nomor unit yang baru.
4. Biarkan semua catatan pasien yang tidak readmisi di dalam lemari arsip dengan nomor aslinya. Setelah jangka waktu tertentu, semua catatan medis yang masih ada di area arsip asli bisa dengan mudah dikeluarkan dari area arsip aktif dan dibawa ke penyimpanan tidak aktif.

JENIS-JENIS PENGARSIPAN

c) **Straight numeric filing**

Pengarsipan nomor-urut adalah pengarsipan catatan medis secara kronologis sesuai dengan nomor catatan. Jadi catatan yang nomornya berurutan muncul berurutan di rak lemari arsip. Misalnya, empat catatan berikut diarsipkan secara berurutan: 465023, 465024, 465025, 465026. Penarikan nomor mana saja dari urutan ini untuk penelitian atau penyimpanan inaktif sangat mudah. Keuntungan yang sangat besar dari sistem ini adalah mudahnya melatih petugas untuk bekerja.

Pengarsipan cara ini memiliki beberapa kerugian. Karena petugas harus mengingat semua angka tersebut ketika mengarsipkan, kesalahan letak mudah terjadi. Semakin besar jumlah angka yang harus diingat ketika mengarsipkan, semakin besar kemungkinan salah. Transposisi (salah posisi) angka sering terjadi: Catatan 465426 bisa dianggap sebagai Catatan 464526. Hambatan yang lebih serius adalah karena aktifitas pengarsipan terbanyak berada di area catatan medis dengan nomor tertinggi (yang berarti catatan terbaru). Beberapa petugas yang mengarsipkan catatan pada saat yang sama di area tersebut akan saling menghalangi atau berbenturan. Terakhir, kontrol mutu pengarsipan susah dilakukan. Karena lebih banyak petugas melakukan pengarsipan di area catatan terbaru, tidak mungkin tanggung jawab akan satu daerah pengarsipan diberikan kepada salah seorang petugas.

d) Terminal digit filing

Pengarsipan angka terakhir adalah cara pengarsipan yang sederhana namun akurat yang meningkatkan produktifitas petugas. Biasanya digunakan sebuah nomor dengan enam angka dan dibagi atas tiga bagian oleh hyphen (-), dengan setiap bagian berisi dua angka. Angka-angka primer adalah dua angka terakhir di sisi kanan. Angka sekunder adalah dua angka tengah, dan angka tertier adalah dua angka di sisi kiri (Gambar 2). Pada area arsip angka terakhir terdapat 100 seksi primer yang berkisar dari 00 sampai 99. Pada saat mengarsipkan, petugas pertama sekali memperhatikan digit primer, dan membawa catatan ke seksi primer yang sesuai. Di dalam setiap seksi primer, kelompok-kelompok catatan disesuaikan dengan angka sekunder. Setelah menemukan seksi angka sekunder, petugas melakukan pengarsipan menurut angka tertier secara berurutan. Di dalam arsip, angka tertier yang kedua berubah sesuai dengan catatan. Perhatikan urutan berikut pada suatu file angka terminal:

| | | |
|----------|-----------------|-----------------|
| 46-52-02 | 98-05-26 | 98-99-30 |
| 47-52-02 | 99-05-26 | 99-99-30 |
| 48-52-02 | 00-06-26 | 00-00-31 |
| 49-52-02 | 01-06-26 | 01-00-31 |

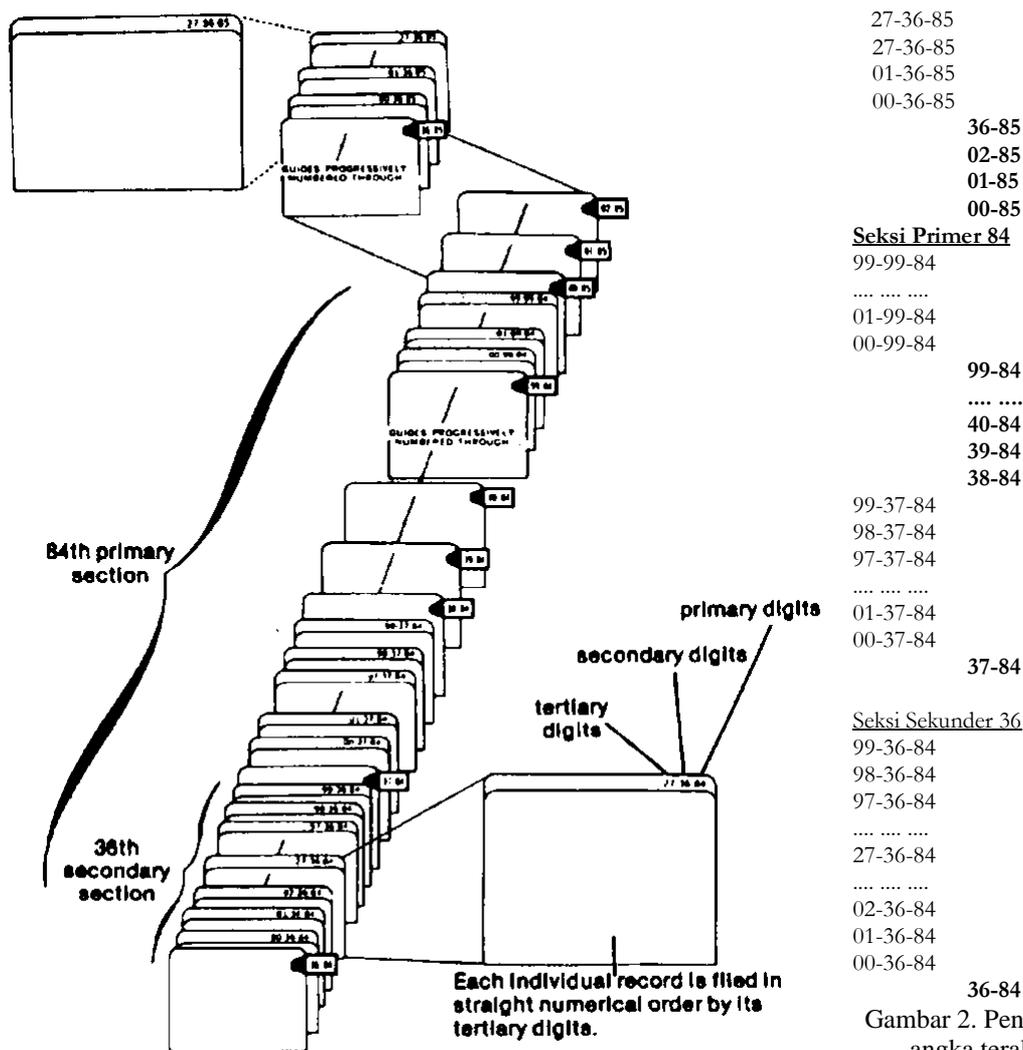
Metode pengarsipan angka terakhir dengan enam angka ini bisa disesuaikan untuk lima, tujuh atau bahkan sembilan angka seperti pada nomor Social Security. Dengan nomor lima angka, angka dapat dibagi atas tiga bagian misalnya 0-23-45 atau 1-23-45; dengan tujuh angka misalnya 023-45-67 atau 123-45-67.

Sembilan angka di dalam kartu Social Security bisa dibagi dengan berbagai cara, tapi biasanya empat angka terakhir dibagi atas dua seksi. Dua angka terakhir disebut angka primer dan dua angka sebelumnya sebagai angka sekunder. Misalnya nomor 243-09-5228 dibuat menjadi 24309-52-28.

Sistem penomoran keluarga, seperti yang diuraikan di awal bab ini, terdiri dari enam angka untuk nomor keluarga dan awalan dua angka untuk identifikasi anggota keluarga. Karena semua bagian catatan medis keluarga tersebut berkumpul pada satu arsip, penerapan sistem angka terakhir catatan 01-623472 memerlukan pengarsipan berdasarkan enam angka terakhir saja, yaitu 62-34-72 (01 adalah kepala keluarga)

Keuntungan pengarsipan angka terakhir sangat banyak. Sewaktu catatan baru ditambahkan pada arsip, nomor angka terakhirnya terdistribusi merata pada 100 bagian primer. Hanya setiap catatan baru yang ke-100 yang akan diarsipkan pada seksi primer yang sama pada arsip. Ini menghilangkan kepadatan yang timbul kalau beberapa petugas mengarsipkan catatan aktif pada area yang sama di daerah arsip. Petugas bisa diberi tanggung jawab untuk seksi

tertentu daerah arsip. Karena nomor catatan medis diberikan secara berurutan, pekerjaan mereka terbagi rata dengan setiap petugas memiliki jumlah catatan aktif yang hampir sama di setiap seksi. Catatan tidak aktif bisa dikeluarkan dari masing-masing seksi angka terakhir ketika catatan baru ditambahkan. Dengan cara ini volume catatan di setiap seksi primer dapat dikontrol, dan celah-celah besar pada arsip yang memerlukan penggeseran catatan ke belakang dapat dihindarkan. Kontrol volume ini juga memudahkan perencanaan daerah arsip.



Gambar 2. Pengarsipan angka terakhir.

Awal seksi primer 85 terlihat dengan catatan medis pada seksi sekunder 36-85. Seksi primer 84 terlihat dengan catatan medis pada seksi sekunder 99-84, 37-84, dan 36-84. Pada guide (batas seksi-seksi sekunder) terdapat nomor seksi sekunder dan primer, serta tulisan "Guide dinomori secara progresif". Perhatikan bahwa catatan disusun berurutan menurut nomor angka tertier di dalam seksi sekunder.

Kesalahan dalam meletakkan catatan akan berkurang drastis dengan penggunaan pengarsipan angka terakhir. Karena petugas hanya berurusan dengan sepasang angka, maka pertukaran letak angka akan jarang terjadi. Walau pun kalau angka tertier dinaikkan menjadi tiga, misalnya 245-68-90, mengingat tiga angka jauh lebih mudah daripada mengingat tujuh angka. Penggunaan folder-folder tercetak dengan kode warna dapat lebih menurunkan kesalahan letak.

Petugas dengan segera tahu kalau sebuah folder dengan pita warna tertentu terletak bersama dengan folder yang memiliki pita berwarna lain.

Periode latihan untuk petugas baru biasanya sedikit lebih lama pada sistem angka terakhir dibandingkan dengan sistem angka berurutan, namun hampir semua petugas bisa memahaminya dalam beberapa jam. Mulanya mungkin dibutuhkan jumlah rak lebih banyak, karena perluasan harus direncanakan sejak awal dengan melengkapi area arsip keseluruhan.

e) Middle digit

Pengarsipan angka tengah merupakan alternatif pengarsipan angka terakhir. Pada pengarsipan angka tengah dengan nomor enam angka, angka tengah merupakan digit primer; angka di kiri sebagai angka sekunder, dan angka di kanan sebagai angka tertier. Contohnya:

| | | | | |
|----------|---|--------|---|---------|
| 56 | - | 78 | - | 96 |
| sekunder | | primer | | tertier |

Di bawah ini terdapat contoh urutan arsip digit tengah.

| | |
|------------------|------------------|
| 56-78-96 | 99-78-96 |
| 56-78- 97 | 99-78- 97 |
| 56-78- 98 | 99-78- 98 |
| 56-78- 99 | 99-78- 99 |
| 57-78-00 | 00-78-00 |
| 57-78- 01 | 00-78- 01 |

Dari empat nomor pertama terlihat bahwa blok berisi 100 catatan (yaitu 56-78-00 sampai 56-78-99) diarsipkan secara berurutan. Jadi mudah untuk menarik sampai 100 catatan yang nomornya berurutan untuk tujuan penelitian, dan untuk mengubah sistem nomor urut langsung ke sistem angka tengah. Distribusi catatan pada pengarsipan angka tengah lebih merata daripada pengarsipan nomor urut langsung, walau pun tidak menyamai keseimbangan yang dicapai oleh sistem angka terakhir.

Terdapat kekurangan sistem digit tengah. Latihan lebih sulit daripada sistem nomor urut atau sistem angka terakhir. Celah-celah akan timbul di dalam file kalau kelompok besar catatan ditarik untuk penyimpanan inaktif. Sistem pengarsipan digit tengah tidak mudah digunakan pada angka dengan digit yang lebih dari enam.

PERUBAHAN KE PENGARSIPAN ANGKA TERAKHIR ATAU TENGAH

Banyak fasilitas memulai pengarsipan angka terakhir di awal tahun baru atau ketika pindah ke area baru. Kalau saat itu arsip lama tidak diubah, catatan tersebut dapat dibawa ke area angka terakhir ketika pasien readmisi ke fasilitas.

Kalau arsip lama diubah, masalah menjadi sederhana kalau bagian juga pindah karena pengubahan bisa dilakukan saat itu. Namun kalau bagian tidak pindah, semua catatan harus dikeluarkan dulu sebelum pedoman seksi (section guides) dipasang. Pada saat pengubahan arsip, semua catatan harus disortir pertama menurut angka primer (terakhir), lalu angka sekunder, dan terakhir angka tertier.

Pengubahan bisa merupakan usaha bersama beberapa orang, atau dilakukan dalam suatu jangka waktu dengan menggunakan petugas biasa kalau direncanakan dengan baik. Pada cara terakhir ini pekerjaan rutin harus diatur agar tidak terganggu.

Selama konversi dua tugas penting bisa diselesaikan. Catatan yang salah letak akan ditemukan, dan semua catatan yang tidak ada pada arsip bisa dicatat. (Kalau tidak bisa menemukan catatan itu, sebuah folder kosong harus diletakkan pada arsip dengan tulisan bahwa catatan medisnya tidak ada pada tanggal pindah).

C. FASILITAS FISIK DI AREA FILE

Bagian Informasi Kesehatan harus memiliki ruangan dan peralatan yang cukup untuk menyimpan catatan medis agar mudah diambil ketika diperlukan. Perlengkapan arsip, pencahayaan, kontrol suhu, bahan, dan keamanan yang cukup akan membantu produktifitas petugas pengarsipan.

PERLENGKAPAN PENYIMPANAN CATATAN

Unit arsip rak terbuka dan kabinet arsip lima laci merupakan unit penyimpanan yang paling umum digunakan untuk catatan medis. Unit rak terbuka lebih dianjurkan karena lebih murah, petugas bisa memasukkan akan mengeluarkan catatan lebih cepat karena tidak ada laci yang dibuka dan ditutup, dan rak terbuka bisa menyimpan lebih banyak catatan karena luas lantai yang diperlukan untuk untuk gang lebih sedikit. Gang antara unit dianjurkan 36 inci (90 cm), walaupun 30 inci (75 cm) memadai kalau luas lantai sangat sedikit. Kabinet arsip kalau disusun berbaris memerlukan gang 3-kaki (90 cm) di antara baris. Kalau kabinet saling berhadapan, diperlukan gang 5-kaki (150 cm) untuk tempat ketika dua laci yang saling berhadapan dibuka.

Kabinet file membuat area pengarsipan agak lebih rapi dan melindungi catatan dari debu dan kotoran. Akan tetapi penataan yang baik di area pengarsipan sistem rak terbuka dapat meringankan beban perlindungan catatan dari debu dan kotoran.

Ketika membeli unit penyimpanan, hitung panjang linier arsip yang disediakan unit tersebut. Tentukan panjang linier yang terpakai untuk menyimpan catatan, dan perkiraan

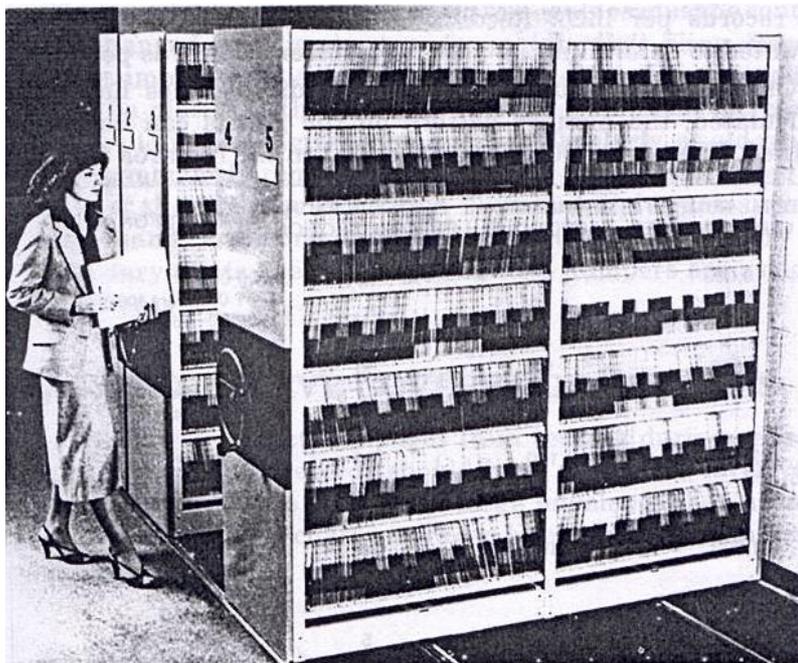
tambahan yang perlu dalam 5 atau 10 tahun mendatang. Jumlah ini dibagi dengan panjang linier unit penyimpanan menghasilkan jumlah unit yang diperlukan.

Misalnya sebuah bagian Informasi Kesehatan ingin membeli unit arsip rak terbuka yang baru. Panjang setiap rak 33 inci, sehingga panjang linier unit dengan lima rak adalah 5×33 inci, yaitu 165 inci. Bagian ini menggunakan 1.435 inci untuk menyimpan catatan, dan diperkirakan 300 inci perlu ditambahkan untuk perluasan dalam lima tahun, sehingga diperlukan 1.735 inci. Unit rak terbuka yang perlu adalah $1.735''/165'' = 10,5$. Untuk menyediakan kebutuhan perluasan diperlukan 11 unit rak..

Unit rak bisa dipesan dengan lebih daripada lima rak per unit, kadang-kadang sampai delapan rak. Pertimbangan yang harus dipikirkan adalah makin tinggi rak, lebih banyak dibutuhkan jenjang untuk mencari arsip.

Pasangan unit-unit yang diletakkan saling memunggug pada baris yang panjang merupakan cara penyimpanan yang paling kompak untuk unit penyimpan di area arsip. Unit arsip bisa bergerak di atas rel juga tersedia dan perlu dipertimbangkan kalau ruang penyimpanan merupakan masalah. Sebagai tambahan pada penghematan ruang dibandingkan dengan unit rak arsip konvensional, arsip bergerak meningkatkan efisiensi kerja; karena area arsip lebih kompak dan petugas tidak perlu berjalan terlalu jauh. Akses terbatas ke area arsip bergerak mungkin merupakan hambatan bagi fasilitas yang arsipnya sangat aktif. Karena hanya satu gang tersedia untuk beberapa unit rak, sering tidak mungkin bagi dua orang untuk bekerja pada bagian lemari arsip yang berdampingan. Bagian Informasi Kesehatan dengan satu atau dua orang yang bertanggung jawab untuk pengarsipan akan mengetahui bahwa arsip bergerak paling menguntungkan untuk kerja yang efisien (Gambar 3).

Sistem pengarsipan otomatis telah dikembangkan untuk membawa catatan yang diminta kepada petugas hanya dengan menekan beberapa tombol. Jumlah waktu dan tenaga petugas yang terpakai menjadi berkurang dengan otomatisasi, namun biaya sistem ini sangat mahal dan aksesnya mungkin tidak memadai untuk arsip yang sangat aktif.



Gambar 3. Lemari Arsip Bergerak dengan Rak Terbuka

PEMAKAIAN GUIDE PADA ARSIP

Guide harus diletakkan di semua bagian arsip untuk memudahkan pengarsipan dan penemuan catatan. Jumlah guide yang diperlukan tergantung pada tebal sebagian besar catatan medis di dalam arsip. Untuk catatan dengan ketebalan medium, sebuah guide untuk setiap 50 catatan medis sudah cukup. Untuk catatan-catatan yang sangat tebal, lebih banyak guide yang diperlukan. Arsip aktif umumnya memerlukan guide yang lebih berdekatan daripada arsip inaktif.

Ketika membeli guide, ketahanan dan kejelasan harus diutamakan. Tab atau tonjolan pada guide harus menonjol cukup jauh melewati catatan untuk memastikan terlihatnya nomor pada guide secara lengkap.

Biasanya dua pasang angka terdapat di setiap guide pada arsip angka terakhir angka tengah. Misalnya, guide untuk digit primer 84 bisa sebagai berikut:

| | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| <u>00</u> | <u>01</u> | <u>02</u> | <u>03</u> |
| 84 | 84 | 84 | 84 |

Perhatikan bahwa nomor atas pada guide adalah nomor sekunder, dan nomor bawah adalah nomor primer. Pada arsip angka terakhir, catatan pertama yang muncul di balik guide 00 adalah **00-00-84**. disusul oleh catatan nomor **01-00-84**.

Untuk menentukan jumlah guide, rumus berikut bisa digunakan:

$$\frac{\text{JUMLAH TOTAL CATATAN}}{\text{JUMLAH CATATAN DI ANTARA GUIDE}} = \text{JUMLAH TOTAL GUIDE}$$

Kalau jumlah total catatan tidak diketahui, penaksiran bisa dibuat dengan mengalikan panjang linier arsip (misalnya dalam inci) dengan jumlah rata-rata catatan per inci. Catatan hendaknya dihitung pada beberapa rak untuk menentukan jumlah rata-rata catatan per inci.

Setelah jumlah guide angka terakhir dihitung, pola nomor pada guide dapat dihitung. Di daerah arsip terdapat 100 seksi primer dari 00-99. Kalau jumlah guide yang perlu untuk area arsip adalah 100, maka satu guide per seksi primer akan cukup. Pola pada guide akan terbaca 00-00, 00-01, 00-02, dst. Guide yang berjumlah 200 akan menghasilkan 2 guide per seksi primer, dengan satu pada awal dan satu pada bagian tengah setiap seksi.

| | | |
|-------|-------|-------|
| 00-00 | 00-01 | 00-02 |
| 50-00 | 50-01 | 50-02 |

Jadi, untuk menentukan pola pada guide arsip angka terakhir, bagi jumlah total guide dengan seksi primer. Hasilnya memberikan jumlah guide di dalam masing-masing seksi primer, dan guide ini harus terdistribusi merata di antara angka-angka sekunder di dalam seksi tersebut.

Tabel untuk menentukan pola guide angka terakhir terdapat pada Gambar 4.

| JUMLAH GUIDE DIPERLUKAN | SEKSI PRIMER | GUIDE DI DALAM MASING-MASING SEKSI PRIMER | POLA DI DALAM GUIDE |
|----------------------------|--------------|---|-------------------------|
| 10.000 | 100 | 10 | 00-00 01-00 02-00 |
| 5.000 | 100 | 50 | 00-00 02-00 04-00 |
| 2.000 | 100 | 20 | 00-00 05-00 10-00 |
| 1.000 | 100 | 10 | 00-00 10-00 20-00 |
| 500 | 100 | 5 | 00-00 20-00 40-00 |
| 400 | 100 | 4 | 00-00 25-00 50-00 |

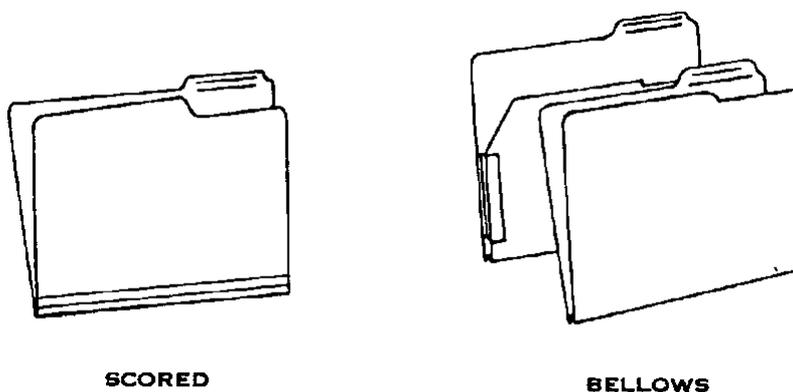
Gambar 4. Pola Guide pada Arsip Angka Terakhir

Pada sistem pengarsipan nomor urut, guide harus selalu diubah. Ini juga berlaku untuk pengarsipan angka tengah. Karena nomor baru diterbitkan secara kronologis, guide yang baru

harus diletakkan pada arsip untuk menunjukkan peningkatan nomor pada dua angka kiri. Begitu pula, ketika catatan lama secara permanen dikeluarkan dari arsip, guide pada seksi arsip yang terlibat perlu diubah. Guide angka terakhir, sebaliknya, bersifat lebih permanen, karena angka primer dan sekundernya tetap muncul lagi ketika nomor baru diterbitkan untuk pasien.

D. PELINDUNG CATATAN

Untuk melindungi catatan dari robekan akibat penanganan berulang kali, catatan medis hendaknya memiliki pelindung seperti map kertas, folder arsip, atau amplop besar. Dengan harga yang sedikit lebih mahal, map kertas bisa dilengkapi dengan ‘fastener’ untuk menahan halaman di tempat. Fastener ini bisa berada di bagian atas atau di sisi kiri seperti buku. Lipatan folder arsip hendaknya memiliki garisan (‘scored’) atau cekungan (‘bellows’) untuk memungkinkan pelebarannya.



Map kertas bisa dibeli dengan nomor tercetak yang memberikan penampilan yang rapi dan mudah dibaca. Kalau ‘kode bar’ dipakai untuk memudahkan pelacakan catatan, ini pun bisa dicetak. Cara lain adalah dengan menempelkan kode bar ketika catatan digunakan, walau pun ini memberikan kemungkinan terjadinya kesalahan. Nama pasien hendaknya juga diletakkan pada map. Daftar urutan tahun yang tercetak horizontal pada sisi kanan depan memungkinkan pemeriksaan tahun pelayanan terakhir dan memudahkan proses pengeluaran catatan inaktif, dengan syarat tanggal aktifitas diperbarui secara konsisten.

E. KESELAMATAN

Faktor-faktor keselamatan merupakan pertimbangan penting di area arsip, dan peraturan keselamatan harus terpasang jelas. Pencegahan jatuh penting sekali, kalau petugas mengerjakan rak-rak atas di unit rak terbuka. Tangga anti-slip merupakan investasi yang bijaksana. Area kerja

dengan meja hendaknya tersebar di sekitar lemari arsip. Pada unit penyimpanan catatan mungkin terdapat rak yang bisa ditarik keluar atau sejenis meja dorong untuk membantu pemrosesan catatan di dalam area pengarsipan. Cahaya yang cukup akan mengurangi kelelahan mata. Pengaturan udara yang baik dalam hal suhu, kelembaban, dan kontrol debu, penting untuk mencegah kebakaran dan meningkatkan produktifitas petugas.

Prosedur pencegahan kebakaran dan kecelakaan lainnya juga perlu. Catatan tidak boleh diletakkan di lantai, karena ada kemungkinan rusak akibat air yang menggenangi lantai atau pun akibat pembersihan lantai secara rutin. Sistem sprinkler (keran khusus untuk kebakaran) harus diperiksa, dan pemadam api harus berada pada tempat yang jelas terlihat. Semua petugas harus dilatih tentang apa yang harus dilakukan ketika kebakaran atau kecelakaan lain.

F. POLA PENGORGANISASIAN ARSIP

Penyimpanan dan retensi catatan medis di fasilitas pelayanan kesehatan harus memudahkan pemetikan catatan yang diminta. Terdapat dua metode dasar filing catatan, yaitu terpusat dan tidak terpusat.

PENGARSIPAN TERPUSAT (SENTRALISASI)

Pada pengarsipan terpusat semua informasi mengenai pasien dimasukkan ke dalam satu arsip yang disimpan di lokasi sentral. Di rumah sakit, pengarsipan terpusat menunjukkan bahwa catatan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat pasien tersebut diarsipkan di dalam satu arsip di lokasi sentral.

Penggunaan formulir dengan banyak bagian untuk dokumentasi catatan klinis dan gawat-darurat memungkinkan dilaksanakannya sistem catatan terpusat sambil menyediakan cara untuk rujukan cepat terhadap telpon dan kunjungan follow up yang tidak terjadwal. Alternatif lain untuk area yang memerlukan pelayanan terus menerus dalam jangka waktu tertentu, misalnya terapi radiasi atau terapi fisik, adalah meneruskan dokumentasi komplitnya ke catatan unit ketika pengobatan telah selesai.

PENGARSIPAN TERSEBAR (DESENTRALISASI)

Arsip tersebar terjadi kalau bagian tertentu suatu catatan diarsipkan di lokasi lain yang jauh dari area arsip pusat. Di rumah sakit ini berarti bahwa catatan gawat-darurat diarsipkan di bagian gawat-darurat, atau catatan rawat jalan di area rawat jalan. Ini menyebabkan di area sentral hanya ada catatan rawat inap. Walau pun suatu 'unit' terdiri dari beberapa admisi rawat inap

seorang pasien, arsip dianggap tersebar kalau catatan rawat jalan atau gawat-darurat diarsipkan secara terpisah.

KEUNTUNGAN DAN KERUGIAN MASING-MASINGNYA.

Pemusatan arsip memiliki beberapa keuntungan:

- Duplikasi usaha dalam hal pembuatan, pemeliharaan dan penyimpanan catatan menjadi berkurang.
- Berkurangnya biaya keseluruhan untuk ruangan dan peralatan.
- Catatan terpadu yang berisi semua informasi sangat membantu tim asuhan kesehatan dibandingkan dengan catatan yang tersebar di beberapa tempat.
- Prosedur dan kebijaksanaan untuk aktifitas catatan terstandarisasi
- Petugas menjadi lebih terlatih dalam fungsi dan prosedur kamar arsip.
- Kontrol dan keamanan catatan lebih mudah dipelihara.
- Pengawasan terhadap personil kamar arsip lebih konsisten.

Di samping keuntungan yang jelas ini, keadaan tertentu menyebabkan catatan lebih baik tersebar, baik sementara atau pun permanen. Ini kalau pasien rawat jalan lebih sering dilayani sehingga lebih efisien menyimpan arsip di area rawat jalan. Situasi lain yang membenarkan desentralisasi adalah kalau fasilitas asuhan kesehatan melakukan kegiatannya dari beberapa tempat, dan sistem desentralisasi memerlukan waktu dan usaha lebih sedikit untuk transportasi.

Istilah lain yang dipakai pada desentralisasi adalah ‘controlled/decentralized’ (catatan disimpan terpisah tapi dikontrol dengan kebijaksanaan, prosedur, metoda, dan formulir yang seragam) dan ‘satellite’ (catatan disimpan di lokasi satelit selama pengobatan aktif, kemudian dikembalikan ke area arsip sentral).

Apa pun alasan untuk desentralisasi catatan, atau istilah apa pun yang digunakan untuk menjelaskannya, yang perlu dipastikan adalah bahwa cara yang dipilih merupakan yang terbaik untuk fasilitas.

G. KONTROL CATATAN

Apakah arsip terpusat atau tersebar, kekuasaan atas arsip harus terpusat. Seseorang, biasanya Kepala Bagian Informasi Kesehatan, harus diberi kekuasaan untuk menciptakan dan memelihara kontrol atas prosedur pengarsipan dan penggunaan catatan.

PERMINTAAN AKAN CATATAN (REQUISITIONS)

Permintaan rutin akan catatan, baik dari area rawat jalan atau untuk penelitian, harus ditujukan ke bagian Informasi Kesehatan sebelum jam tertentu yang ditentukan oleh rumah sakit. Umumnya disyaratkan agar permintaan diterima di bagian ini sore hari sebelum hari catatan diperlukan. Saat batas waktu yang tepat (misalnya jam 12.00 atau 16.00) tergantung pada

volume permintaan yang diterima setiap hari dan jumlah petugas kamar arsip yang akan mengeluarkan catatan yang diminta.

Area asuhan pasien yang meminta catatan untuk ‘appointment’ terjadwal harus mengisi lembar permintaan (‘requisition slip’) yang bisa dibaca dan berisi nama dan nomor pasien dengan benar. Permintaan yang tidak rutin, misalnya dari bagian gawat-darurat, harus diproses secepat mungkin oleh petugas Informasi Kesehatan. Pada permintaan melalui telpon yang dibolehkan untuk catatan yang dibutuhkan segera; petugas arsip dapat membuat requisition yang diperlukan. Kebijakan fasilitas harus dengan jelas menggariskan bagaimana cara membawa catatan ini ke tujuannya.

Requisition slip biasanya berupa formulir tiga bagian (Gambar 6). Informasi minimum yang harus ada pada slip ini adalah nama dan nomor catatan medis pasien, nama area asuhan pasien atau orang yang meminta catatan, dan tanggal catatan ini diperlukan. Pada area rawat jalan yang besar di rumah sakit, atau pada fasilitas asuhan rawat jalan besar, jam appointment pasien bisa juga diperlukan.

Kopi pertama dari tiga kopi requisition dilekatkan pada catatan medis ketika dikeluarkan dari arsip. Kopi ini berfungsi untuk menentukan kemana catatan akan dibawa (‘routing slip’). Kopi kedua berfungsi untuk tanda keluar (‘sign-out slip’) yang diletakkan pada guide catatan keluar (‘outguide’) dan diarsipkan di tempat catatan keluar. Outguide dan sign-out dikeluarkan dari arsip kalau catatan kembali. Kopi terakhir requisition bisa disimpan di bagian Informasi Kesehatan sebagai slip pelacak (‘locator slip’), yang berfungsi sebagai rujukan pada catatan yang telah dikirim ke area lain di fasilitas namun belum dikembalikan.

| REQUISITION FOR MEDICAL RECORD | | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|--|
| Name of Patient | _____ | | | |
| Terminal Digit No. | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> </tr> </table> | | | |
| | | | | |
| Date | _____ Time _____ a.m. p.m. | | | |
| Out to | _____ | | | |
| Location or Clinic | _____ | | | |

FIGURE 6. REQUISITION FORM

Sebuah kotak arsip kartu ('card file box') kecil bisa digunakan untuk tempat slip pelacak yang berisi kopi requisition catatan keluar. Arsip pelacak ini diatur berurutan menurut nomor catatan medis. Kalau catatan kembali ke bagian Informasi Kesehatan, kopi requisition ini dikeluarkan dari arsip pelacak dan dihancurkan. Kalau catatan tidak dikembalikan dalam waktu tertentu, file pelacak menjadi rujukan untuk mengingatkan peminjam akan perlunya catatan dikembalikan segera ke bagian Informasi Kesehatan. Pada institusi yang jadwal appointmentnya dilakukan melalui komputer, routing slip dan sign-out slip bisa diterbitkan oleh komputer, sedangkan fungsi locator slip berada pada sistem pelacakan catatan oleh komputer.

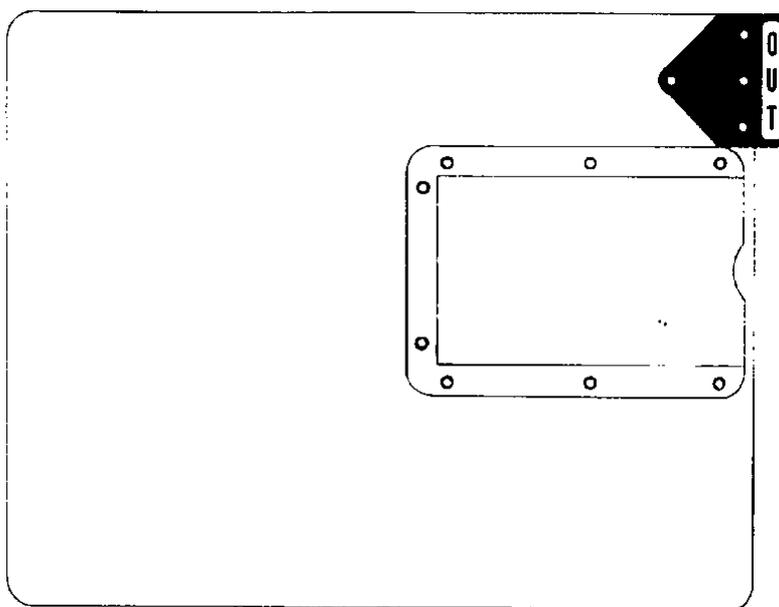


FIGURE 7. OUTGUIDES

OUTGUIDES

Outguide memberikan cara pengontrolan penggunaan catatan yang penting. Mereka digunakan untuk mengganti catatan yang telah dikeluarkan dari file. Guide ini tetap berada di dalam arsip sampai catatan yang dipinjam telah dikembalikan dan diarsipkan kembali. Folders atau kartu sign-out dengan kantong untuk menyimpan requisition slip (bagian kedua, sign-out slip) cukup populer untuk ini. Penggunaan outguide berwarna sangat membantu petugas dalam menemukan lokasi yang tepat untuk pengarsipan catatan kembali. Outguide dengan kantong plastik besar dapat digunakan untuk menyimpan laporan lembaran lepas atau laporan yang datang terlambat sampai catatan dikembalikan ke arsip. Karena outguide akan digunakan berulang-kali, konstruksinya yang kuat merupakan hal yang penting (lihat Gambar 7).

CHARGE-OUT SYSTEM

Aturan utama di area arsip adalah bahwa tidak satu catatan pun boleh keluar dari arsip tanpa diganti oleh outguide. Aturan ini berlaku tidak saja untuk personil dari luar bagian Informasi Kesehatan tapi juga bagi pegawai bagian tersebut.

Seseorang yang menerima catatan medis harus bertanggung jawab untuk mengembalikannya dalam keadaan baik pada waktu yang telah ditetapkan. Harus diciptakan aturan mengenai lamanya catatan bisa berada di luar arsip. Sebaiknya disyaratkan agar catatan dikembalikan menjelang pulang, sehingga kalau terjadi keadaan gawat-darurat catatan akan selalu tersedia.

Masalah selalu meningkat pada pengeluaran dan pengembalian catatan adalah jumlah catatan yang diperlukan untuk berbagai tujuan penelitian (audit terhadap klaim, manajemen mutu, riset dokter, dsb.).

Sementara dokter dan personil lain di fasilitas boleh meminjam catatan keluar bagian Informasi Kesehatan untuk dibawa ke suatu tempat kerja pada hari tersebut, semua catatan harus dikembalikan pada waktu pulang. Kalau catatan yang sama akan dibutuhkan lagi selama beberapa hari, banyak bagian Informasi Kesehatan akan menciptakan lemari arsip sementara yang terpisah tapi tetap di dalam bagian tersebut.

Orang-orang yang bukan petugas atau anggota staf medis hanya boleh membaca catatan di bagian Informasi Kesehatan. Catatan asli tidak boleh sekali-kali dikeluarkan dari fasilitas kecuali atas perintah pengadilan.

Transfer catatan dari peminjam pertama ke peminjam lain mengharuskan penggunaan kartu atau slip transfer. Penggunaan sistem transfer membuat catatan bisa diteruskan ke peminjam berikut tanpa melalui bagian Informasi Kesehatan. Catatan transfer dikirim ke area arsip untuk diletakkan di dalam outguide (lihat Gambar 8).

| | |
|--|--|
| COMMUNITY GENERAL HOSPITAL | |
| TRANSFER OF MEDICAL RECORDS | |
| Date _____ | |
| From _____ | |
| To _____ | |
| For: Clinic Appt. _____ Corres. _____ Room No. _____ | |
| To Be Used By Dr. _____ | |
| <i>Please Send This Card to Medical Record Dept. Immediately</i> | |

FIGURE 8. TRANSFER FORM

SISTEM PELACAKAN CATATAN OTOMATIS

Sistem penentuan lokasi catatan melalui komputer merupakan cara pelacakan catatan medis yang ideal. Umumnya nama pasien, nomor catatan medis, kode alasan, dan kode pemakai dimasukkan ke komputer untuk mengeluarkan catatan ke pemakai. Komputer secara otomatis mencatat tanggal dan waktu transaksi ini. Kalau sistem pelacakan menggunakan database yang sama dengan indeks utama pasien, komputer bisa secara otomatis memberikan nama pasien ketika nomornya dimasukkan, sehingga hanya diperlukan pemastian ketepatan nama. Kode bar yang menunjukkan nomor pasien bisa juga digunakan pada setiap catatan medis untuk mempercepat proses pemeriksaan catatan medis yang masuk dan keluar. Kode bar bisa telah tercetak pada sampul catatan atau pada sebuah label yang kemudian bisa ditempelkan. Untuk membaca kode bar diperlukan sebuah komputer dengan sensornya. Informasi lain yang diperlukan untuk setiap transaksi dapat dimasukkan melalui keyboard.

Pemasangan sistem pelacakan komputer sangat dianjurkan kalau biayanya sesuai dengan aktifitas arsip. Sistem ini bisa dibuat pada komputer murah di fasilitas kecil, atau pada komputer 'server' di fasilitas yang lebih besar. Paling kurang, sistem ini harus sanggup mencari lokasi catatan menurut nomor catatan medis, mengecek catatan masuk dan keluar menurut lokasi dan nama peminta, dan menayangkan status setiap catatan. Sistem ini diilustrasikan pada Bab 14.

PENCARIAN ARSIP YANG SALAH LETAK

Terlepas dari jumlah sistem pengontrolan catatan yang digunakan di area arsip bagian Informasi Kesehatan, kadang-kadang catatan medis diletakkan pada tempat yang salah atau

dikeluarkan dari arsip tanpa melalui prosedur yang benar. Berbagai teknik tersedia untuk membantu seseorang dalam menemukan sebuah catatan yang diletakkan pada tempat yang salah ('misfiled') ini, antara lain:

- Cari transposisi (tempat tertukar) setiap set dua angka pada nomor, misalnya 46-37-82 bisa diarsipkan sebagai 46-37-**28** atau 46-**73**-82.
- Cari salah letak '3' pada '5' atau '8' karena angka-angka ini bisa terlihat mirip, dan '7' atau '8' pada '9', terutama kalau sampulnya sudah rusak.
- Periksa nomor kelompok ratusan sebelum atau sesudah nomor tersebut, misalnya 485 pada **385** atau **585**, atau pada kombinasi lain yang serupa.
- Periksa transposisi angka pertama dan terakhir.
- Periksa catatan persis sebelum atau sesudah catatan yang diperlukan. Kadang-kadang sebuah catatan menyelinap ke dalam pelindung catatan lain.
- Periksa catatan persis di atas atau di bawah tempat catatan mesti berada, karena gangguan pada waktu pengarsipan bisa menyebabkan salah letak.

KODE WARNA PADA FOLDER CATATAN

Kode warna ('color coding') adalah penggunaan warna pada folder untuk membantu mencegah salah letak dan mencari catatan yang salah letak. Bar berwarna di sekitar pinggir folder menciptakan pola warna di berbagai seksi arsip. Terputusnya pola warna pada satu seksi arsip menandai adanya catatan yang salah letak. Kode warna paling efektif digunakan bersama pengarsipan angka terminal dan angka tengah, walau pun sistem-sistem ini bisa juga digunakan pada arsip nomor urut.

Satu pendekatan kode warna pada pengarsipan angka akhir atau angka tengah menggunakan 10 warna untuk menonjolkan angka primer pertama 0 sampai 9. Bar atau blok dua warna yang muncul pada posisi yang sama dapat dipakai untuk menonjolkan masing-masing angka primer ini. Disini bar atas menunjukkan angka primer kiri, dan bar bawah menunjukkan angka primer kanan. Kalau coklat adalah warna untuk pada angka 8 dan hijau untuk angka 4, catatan 16-94-84 diberi kode warna coklat dengan hijau persis di bawahnya. Bar warna tambahan bisa dibuat untuk menunjukkan angka sekunder, dan banyak kombinasi lain yang bisa dilakukan.

Keseluruhan folder juga bisa berwarna dan menunjukkan angka primer bagian kanan atau angka sekunder bagian kiri untuk mempercepat penemuan visual di bagian Informasi Kesehatan yang besar.

Dalam penentuan sistem kode warna, umumnya dianjurkan untuk membatasi kode warna pada dua atau tiga angka. Ini untuk menjamin sistem yang sederhana dan mudah dipelajari. Folder yang telah memiliki kode warna bisa dibeli di perusahaan komersial, atau pita bewarna bisa ditempelkan pada folder oleh petugas.

Gambar 9 merupakan sebuah tabel yang menunjukkan warna-warna yang berhubungan dengan nomor-nomor primer dua digit dan nomor-nomor primer satu digit yang tersedia dari beberapa perusahaan.

| Nomor Primer Dua Digit | Nomor Primer Satu Digit | Band Bewarna |
|------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 00-09 | 0 | Purple = ungu |
| 10-19 | 1 | Yellow = kuning |
| 20-29 | 2 | Dark Green = hijau tua |
| 30-39 | 3 | Orange = oranye |
| 40-49 | 4 | Light Blue = biru muda |
| 50-59 | 5 | Brown = coklat |
| 60-69 | 6 | Cerise = kemerahan |
| 70-79 | 7 | Light Green = hijau muda |
| 80-89 | 8 | Red = merah |
| 90-99 | 9 | Dark Blue = biru tua |

Gambar 9. Kode-kode warna untuk angka-angka primer.

ATURAN DAN PROSEDUR LAIN PENGARSIPAN

Beberapa aturan dasar untuk membantu penanganan catatan medis yang efisien adalah:

- 1. Ketika catatan dikembalikan ke bagian Informasi Kesehatan, mereka harus disusun sebelum diarsipkan. Ini memudahkan penemuan catatan yang perlu tapi tidak diarsipkan, dan memudahkan pengarsipan kembali.**
- 2. Selain petugas fasilitas yang diperintahkan untuk menggunakan area arsip di luar jam kerja, hanya petugas bagian Informasi Kesehatan yang boleh menangani catatan. Di luar jam kerja, personil fasilitas yang mengembalikan catatan harus meninggalkannya di tempat yang telah ditentukan di area arsip atau di bagian Informasi Kesehatan.**
- 3. Catatan dengan sampul robek dan lembaran lepas harus segera diperbaiki untuk mencegah kerusakan lebih lanjut atau hilangnya informasi berharga.**
- 4. Audit (pemeriksaan) terhadap arsip harus dilakukan secara berkala untuk mencari catatan yang salah letak dan memeriksa permintaan pinjaman yang menunjukkan bahwa catatan belum dikembalikan.**

5. **Catatan medis yang melibatkan tindakan hukum tidak boleh diletakkan pada arsip umum; mereka diarsipkan di dalam kabinet arsip terkunci di kantor direktur Informasi Kesehatan. Outguide harus diletakkan pada arsip permanen untuk menunjukkan bahwa catatan ini sedang berada di arsip khusus.**
6. **Petugas area arsip bertanggung jawab memelihara kerapian dan keteraturan rak arsip. Arsip tak teratur meningkatkan kemungkinan terjadinya salah letak.**
7. **Catatan yang sedang diproses atau digunakan pegawai di dalam bagian harus tetap di atas meja atau pada lemari arsip yang ditentukan sehingga tersedia kapan saja.**
8. **Prosedur tertulis untuk petugas area pengarsipan akan membantu dalam latihan mereka dan dalam mempertahankan kontrol terhadap arsip.**
9. **Catatan yang tebal hendaknya dibagi atas dua atau tiga volume, tapi diarsipkan bersama pada satu lokasi. sort**
10. **Slip laboratorium, x-rays, dan laporan lepas atau terlambat lainnya yang masuk ke bagian harus diberi stempel tanggal dan disusun waktu diterima. Harus diusahakan untuk memasukkannya ke dalam catatan sesegera mungkin. Pastikan bahwa laporan ini berada pada bagian yang tepat di dalam catatan.**
11. **Petugas yang mengawasi area arsip harus membuat laporan aktifitas di area tersebut. Item yang masuk ke dalam laporan bisa mencakup: jumlah arsip yang keluar atas permintaan setiap hari, jumlah panggilan gawat darurat, dan jumlah catatan yang tidak bisa ditemukan. Penghitungan seperti ini memberikan informasi yang berguna untuk perencanaan dan untuk kontrol terhadap arsip.**

TRANSPORTATION OF RECORDS

Terdapat berbagai cara untuk membawa catatan. Pada hampir semua fasilitas, sebagian besar catatan dibawa dengan tangan dari satu tempat ke tempat lain. Bagian Informasi Kesehatan harus membuat jadwal pengiriman dan pengambilan yang jelas. Frekuensi pengiriman dan pengambilan tergantung pada jumlah aktifitas catatan. Personil informasi kesehatan tidak bisa secara rutin mengirimkan catatan dalam waktu singkat ke bagian yang

memintanya, kecuali kalau bagian memiliki ‘pelari’, atau orang yang ditugaskan untuk mengantar catatan. Kalau tidak, maka bagian yang meminta catatan untuk penggunaan darurat harus mengirim staf mereka sendiri untuk menjemput catatan.

Beberapa fasilitas dilengkapi dengan sistem tabung pneumatis yang dengan cepat mengirimkan catatan tunggal ke berbagai departemen. Peraturan ketat mengenai penggunaan dan pemeliharaan sistem ini sangat penting. Satu di antara kekurangan sistem ini adalah karena tabungnyai sering terlalu kecil untuk membawa catatan tebal.

Dumbwaiter (lift kecil pembawa catatan), elevator catatan (membawa catatan naik atau turun dari berbagai lantai), atau conveyor horizontal (ban berjalan) sering digunakan untuk membawa catatan. Area registrasi pasien yang berada tepat di atas bagian Informasi Kesehatan bisa menggunakan dumbwaiter atau elevator ini.

Mesin faksimili (fax) merupakan peralatan komputer yang mengirimkan bentuk kopian dokumen melalui kabel telpon. Mereka bisa digunakan untuk mengirim kopi catatan, sering dari satu bangunan ke bangunan lain. Misalnya, sebuah rumah sakit bisa memiliki beberapa fasilitas rawat jalan di dalam kota. Ringkasan pemulangan dan dokumen penting lain bisa difax ke pusat rawat jalan hanya dengan biaya telpon lokal dan kertas fax.

KEBIJAKAN PEMELIHARAAN CATATAN MEDIS

Pada hampir semua fasilitas ruangan penyimpanan bernilai mahal. Ruangan memerlukan dana untuk pengadaan dan pemeliharaan. Ruangan yang tidak digunakan untuk menghasilkan pendapatan diusahakan seminimal mungkin.

Profesional informasi kesehatan harus membuat rencana resmi atau jadwal penahanan catatan, untuk transfer catatan yang pantas secara otomatis ke tempat penyimpanan inaktif dan penghancuran catatan medis itu sendiri kemudian.

Definisi catatan medis inaktif tergantung pada luas tempat pengarsipan yang tersedia dan kecepatan pertambahan arsip (panjang arsip yang diperlukan untuk catatan baru per tahun). Ketika membuat rencana untuk pengeluaran catatan inaktif, pertimbangkan (1) volume riset; (2) angka readmisi pasien rawat inap dan rawat jalan; (3) ‘statuta limitasi’ di daerah setempat; dan (4) biaya untuk membuat mikrofilm, penyimpanan inaktif, dan penghancuran catatan.

CATATAN MEDIS INAKTIF

Secara praktis, kriteria utama penentuan inaktifitas catatan adalah luas tempat yang tersedia untuk penyimpanan catatan medis baru secara efisien. Kalau tidak ada lagi tempat untuk

menyimpan catatan aktif, usahakan secara sistematis memindahkan catatan inaktif dengan kecepatan yang sama dengan penambahan catatan baru.

Catatan inaktif dapat (1) disimpan di area lain di fasilitas, (2) disimpan secara komersial, (3) dihancurkan sesuai dengan aturan penyimpanan catatan, (4) dijadikan mikrofilm, atau (5) disimpan di dalam disk.

Arsip catatan inaktif bisa dibuat di luar bagian informasi kesehatan. Ketika dikeluarkan dari file aktif, catatan lama diganti dengan slip transfer ke area inaktif, atau lokasinya dicatat pada sistem komputer. Ini akan menghilangkan proses pencarian yang tidak perlu.

Beberapa fasilitas menggunakan perusahaan komersial untuk menyimpan catatan medis. Perusahaan ini mengirimkan catatan ke fasilitas atas permintaan. Kalau ini digunakan, pada kontrak hendaknya dijelaskan cara penyimpanan dan pengeluaran, terutama yang berhubungan dengan kerahasiaan catatan.

PENGHANCURAN CATATAN MEDIS

Walau pun beberapa rumah sakit menghancurkan catatan medis inaktif dengan jalan memotong-motong (shredding) atau membakar, hampir semua fasilitas membuat mikrofilm catatan karena kekurangan tempat penyimpanan untuk memelihara catatan selama waktu yang ditentukan. Pada tahun 1994 AHIMA menerbitkan pernyataan sikap mengenai penyimpanan informasi kesehatan seperti pada Gambar 10.

Informasi kesehatan pasien harus tersedia untuk memenuhi kesinambungan asuhan pasien, persyaratan hukum, riset, pendidikan, dan kegunaan lain yang sah secara hukum.

Setiap penyelenggara asuhan kesehatan harus membuat jadwal pemeliharaan untuk informasi kesehatan pasien yang memenuhi kebutuhan pasien, dokter, peneliti dan pengguna sah lain, dan mematuhi persyaratan hukum, peraturan, dan akreditasi. Penyelenggara harus membuat pedoman yang menjelaskan informasi apa yang harus disimpan, lama pemeliharaan dilakukan, dan apa medium penyimpanannya (kertas, mikrofilm, disk optis, pita magnetik, dsb.) Kalau tidak ada persyaratan spesifik negara bagian untuk pemeliharaan catatan, penyelenggara harus memelihara informasi kesehatan paling kurang untuk periode yang ditentukan oleh statuta limitasi negara bagian tersebut. Periode retensi yang lebih lama adalah lebih baik, karena statuta ini mungkin belum mulai berjalan sampai pihak yang berpotensi untuk melakukan tuntutan mengetahui hubungan sebab-akibat antara suatu cedera dan asuhan yang diperoleh. Kalau pasien adalah kanak-kanak, penyelenggara harus memelihara informasi kesehatan sampai ia mencapai usia mayoritas (ditentukan oleh UU negara bagian) ditambah masa statuta limitasi.

Kecuali kalau masa yang lebih lama diharuskan oleh UU negara bagian atau UU federal, AHIMA menganjurkan agar informasi kesehatan pasien disimpan selama periode waktu minimum berikut ini:

| | |
|--|-------------------------------------|
| Catatan kesehatan pasien (dewasa) | 10 tahun setelah encounter terakhir |
| Catatan kesehatan pasien (kanak-kanak) | Usia mayoritas + statuta limitasi |
| Citra diagnostik (seperti film x-ray) | 5 tahun |
| Indeks penyakit | 10 tahun |
| Catatan monitor jantung janin | 10 tahun setelah usia mayoritas |
| Indeks utama pasien | Permanen |

| | |
|-------------------------------|----------|
| Indeks operasi | 10 tahun |
| Register kelahiran | Permanen |
| Register kematian | Permanen |
| Register pasien gawat darurat | Permanen |
| Register prosedur bedah | Permanen |

Karena industri asuhan kesehatan berpindah dari catatan pasien di atas kertas ke komputer, kebijakan pemeliharaan harus diperiksa kembali. Perkembangan catatan pasien secara longitudinal akan memerlukan penyimpanan informasi klinis inti seumur hidup pasien.

Sumber: American Health Information Management Association, 1994

Gambar 10. Informasi Kesehatan Pasien.

Kalau penggunaan kebijaksanaan pemeliharaan catatan yang disarankan oleh pernyataan ini menyebabkan berkurangnya masa penyimpanan sebelumnya oleh institusi asuhan kesehatan, maka disarankan agar setiap kebijakan baru dikembangkan dengan sepengetahuan dan partisipasi staf medis, penasihat hukum institusi, dan perusahaan asuransi sekarang dan sebelumnya yang pertanggungjawabannya mencakup saat pembuatan catatan medis tersebut.

RETENSI CATATAN LAIN-LAIN

Kebutuhan rumah sakit, statuta limitasi negara bagian, dan kemungkinan penggunaan setiap jenis catatan di masa depan harus dipertimbangkan sebelum memutuskan masa pemeliharaan di masing-masing fasilitas asuhan kesehatan.

a) Catatan Perawat

Karena catatan perawat merupakan cara komunikasi antara dokter dan perawat, fungsi terpentingnya telah dijalankan pada masa pelayanan. Jadi, untuk mengurangi ketebalan dan menjadikan catatan medis lebih mudah dikelola, beberapa rumah sakit mengeluarkan catatan perawat dari catatan medis pasien dewasa ketika petugas menyusun dan memeriksa catatan medis setelah pasien pulang. Catatan perawat kemudian diarsipkan secara kronologis di tempat yang kurang mudah diakses sampai masa statuta limitasi berakhir, lalu dihancurkan. Dengan menyusun secara kronologis, mereka bisa ditemukan dengan mudah kalau perlu; dan menghancurkan yang lama lebih mudah dilakukan setiap tahun. Pada catatan medis anak, karena statuta limitasi tidak kadaluarsa sampai ia mencapai usia mayoritas (dewasa), maka catatan perawat lebih baik dibiarkan di dalam catatan medis dan dikelola seperti bagian lain. Praktek pemisahan catatan perawat tidak lazim dilakukan karena banyaknya klaim dan pemeriksaan jaminan mutu yang dilakukan terhadap catatan medis.

b) Catatan Bagian Gawat-darurat

Catatan bagian ini hanya perlu disimpan selama masa statuta limitasi untuk menghadapi tuntutan terhadap kelalaian atau malapraktek, kecuali kalau diperlukan sebagai bukti pelayanan rumah sakit atau kalau tuntutan hukum sedang menunggu. Informasi medis yang berada di dalamnya sering bersifat episode sehingga nilainya rendah kecuali untuk perlindungan rumah sakit sebagai catatan tentang apa yang telah dilakukan. Akan tetapi kalau pasien berada di dalam kondisi serius, catatan bagian gawat-darurat harus menjadi bagian catatan medis pasien setelah admisi ke rumah sakit sehingga disimpan dalam waktu yang sama dengan catatan medis.

c) Register Pasien dan Kamar Bersalin

Register pasien dan register kamar bersalin harus disimpan secara permanen, karena berisi daftar kronologis semua pasien yang admisi atau lahir di rumah sakit. Register ini bisa diwajibkan oleh UU negara bagian atau peraturan lokal. Kalau pun tidak diwajibkan, mereka berfungsi sebagai 'double check' terhadap indeks utama pasien, dan akan sangat berharga kalau kartu indeks hilang atau salah letak. Kalau ruangan sangat terbatas, atau kalau kertas tempat register ini ditulis rusak, mereka bisa dijadikan mikrofilm.

d) Indeks

Lamanya indeks penyakit dan operasi perlu dipelihara ditentukan oleh lamanya waktu yang diperlukan oleh penelitian tertentu staf medis di setiap fasilitas. Kalau penelitian sering dilakukan dengan rentang waktu 25 tahun, maka indeks ini pun harus dipelihara selama itu. Kalau tidak, indeks ini mestinya telah melewati lama maksimum kegunaannya dalam waktu 10 tahun.

Indeks dokter biasanya berguna dalam masa maksimum 5–10 tahun. Penggunaan utama indeks ini adalah menyediakan informasi ketika dokter mendaftar pada dewan spesialisasi, tapi informasi ini biasanya diminta dalam periode lima tahun. Kalau ada kemungkinan bahwa dewan pimpinan rumah sakit ingin mengetahui beban kerja seorang dokter disana, maka lebih baik menyusun dan menyimpan ringkasan tahunan daripada menyimpan indeks melewati masa penggunaan umumnya.

LAIN-LAIN

Analisa harian Pelayanan Rumah Sakit tidak akan diperlukan setelah dua tahun, dan analisa bulanan tidak diperlukan setelah lima tahun. Laporan tahunan yang disusun berdasarkan catatan ini harus disimpan secara permanen.

Sertifikat Kelahiran dan Kematian harus disimpan secara permanen. Kalau diarsipkan di catatan medis setelah pasien pulang, mereka secara otomatis akan terpelihara selama diperlukan.

Catatan narkotika biasanya tidak berada di bawah pengawasan bagian informasi kesehatan., kecuali kalau fasilitas tidak memiliki apoteker yang berwenang. Catatan narkotika harus disimpan, siap untuk diperiksa, selama dua tahun sejak tanggal pembuatan atau penyerahan obat-obatan seperti opium, isonipeaine, daun koka, dan opiate, serta komponen, garam, derivat, atau pun hasil pengolahannya.

H. MICROFILMING

Microfilm atau microrecords adalah hasil proses fotografi yang mengurangi ukuran dokumen asli menjadi sangat kecil, menghasilkan rekaman informasi yang padat dan menghemat ruangan. Karena bisa diperbanyak, mikrofilm juga mengurangi beban penanganan kertas karena salinannya bisa dengan mudah dibuat.

Lensa kamera mikrofotografi mengurangi ukuran citraan dalam jumlah yang dinyatakan sebagai 'reduction ratio'. Kalau ratio ini 24 banding satu, yang dinyatakan sebagai 24X, maka ukuran dokumen asli menurun jadi 1/24 semula. Rasio ini berkisar dari 5X menjadi >2400X. Catatan medis umumnya dijadikan mikrofilm pada rasio reduksi 24X, yang menghasilkan penghematan ruangan 95%.

'Magnification ratio' adalah ukuran pembesaran catatan mikro. Idealnya, rasio ini sesuai dengan rasio reduksi sehingga microrecords bisa diperbesar seperti aslinya. Film yang digunakan adalah 16 mm, 35 mm, 70 mm, dan 105 mm; sementara film 16 mm digunakan untuk merekam dokumen yang lebarnya mencapai 14 inci (40 cm).

Pada tahun 1951 Kongress memutuskan catatan dalam bentuk mikrofilm bisa digunakan sebagai barang bukti. Penggunaan mikrofilm pada industri asuhan kesehatan untuk menyimpan catatan pasien, bagian, atau fasilitas telah merupakan praktek yang lazim.

FAKTOR YANG DIPERTIMBANGKAN

Faktor yang harus dipertimbangkan dalam mikrofilm adalah biaya, mutu dokumen asli, dan keterbacaan. Tergantung peralatan yang dibutuhkan, pembuatan mikrofilm bisa menjadi sangat mahal dan menghabiskan waktu. Dokumen asli yang telah rusak akan menghasilkan mikrofilm bermutu rendah. Kopi karbon dan bayangan gelap kertas bewarna tidak terfoto dengan baik. Warna asli biasanya bisa difoto tapi hanya disajikan dalam bentuk hitam-putih. Dari sisi pemakai, melihat mikrofilm bisa menyusahkan. Alat pembaca perlu tersedia di berbagai tempat, dan pemakai harus menuju ke suatu lokasi tertentu untuk bisa membacanya.

PROSES PEMBUATAN MIKROFILM

a) **Persiapan Catatan**

Langkah pertama pembuatan mikrofilm adalah persiapan catatan. Setiap fasilitas harus memutuskan sendiri apakah semua catatan medis di-mikrofilm, atau halaman tertentu dikecualikan. Perbedaan juga harus dilakukan antara catatan itu sendiri, yaitu yang berisi pelayanan dan pengobatan pasien, dan catatan administratif.

Sering catatan yang digunakan untuk melindungi rumah sakit ketika pasien dirawat, misalnya daftar pakaian, bisa dibuang. Lembaran kosong juga dikeluarkan. Apa saja yang tidak vital bagi kesinambungan pelayanan atau tidak diperlukan dalam penelitian atau hukum harus dipisahkan. Umumnya penyiapan catatan harus dilakukan dengan sangat hati-hati. Biaya pemotretan cukup murah sehingga dokumen yang mungkin bernilai di masa depan harus dipelihara. Prosedur pengurangan catatan harus jelas; kalau ragu, konsultasi dengan kepala bagian informasi kesehatan. Untuk keputusan akhir, penasehat hukum rumah sakit hendaknya juga dimintai pendapat.

Langkah-langkah lain dalam penyiapan catatan untuk mikrofilm adalah:

1. Cabut semua staples dan lepaskan semua jenis fasteners.
2. Periksa semua lembaran untuk melihat apakah tersusun di dalam urutan standard.
3. Tandai catatan timbal balik yang kedua halamannya harus direkam.
4. Keluarkan lembaran kosong dan catatan lain-lain yang tidak diperlukan.
5. Periksa semua nama dan nomor catatan medis.
6. Buat lembaran target yang berisi nomor catatan medis, untuk membedakan satu catatan medis dari catatan medis lain.
7. Indeks semua admisi; kalau perlu pisahkan dan indeks catatan rawat jalan dan gawat darurat.

b) **Pemotretan Catatan**

Pemotretan catatan merupakan proses yang relatif sederhana setelah persiapan selesai. Kalau pemotretan tidak mungkin dilakukan di tempat, catatan medis bisa dikirim ke perusahaan pelayanan mikrofilm.

Kalau pemotretan dilakukan oleh perusahaan pelayanan mikrofilm, kontrak resmi harus dibuat antara fasilitas dengan perusahaan tersebut. Di dalam kontrak harus jelas apa yang dilakukan sebelum catatan asli dihancurkan. Catatan asli tidak boleh dihancurkan sebelum direktur informasi kesehatan atau yang mewakilinya memeriksa secara random setiap kelompok mikrofilm catatan medis yang telah dikembalikan.

c) Pemrosesan

Setelah dokumen catatan medis dipotret, filmnya diproses dan bisa dibiarkan pada rol aslinya, atau diubah menjadi unit 'microform'. Microform yang dijadikan unit lebih mahal daripada film gulungan, namun biaya tambahan ini bisa dibenarkan karena fleksibilitas arsip lebih luas, pemetikan lebih cepat, dan pembuatan kopi lebih cepat dan murah.

Terdapat berbagai bentuk mikroform unit. Jacket mikrofilm terdiri dari dua panel transparan yang sangat tipis, digabungkan secara horizontal oleh garis-garis perekat sehingga membentuk ruangan di antaranya. Film rol mikrofilm bisa dimasukkan ke dalam ruangan ini. Jacket memberikan keunggulan karena bisa diperbarui dengan menyelipkan citraan baru. Sebuah jacket berukuran 4x6 inci bisa menyimpan 60 gambar, terdiri dari lima baris yang masing-masing berisi 12 gambar.

Microfiche adalah film segi-empat berisi gambar-gambar mikro. Berbeda dengan jacket mikrofilm yang gambarnya dipotong dari film gulungan dan diselipkan pada ruangan, disini gambar-gambar difoto langsung ke film besar. Ukuran standard microfiche adalah 4x6 inci, berisi 98 gambar, yang difilmkan dengan reduksi 24x.

Ultrafiche adalah variasi microfiche dengan reduksi yang lebih besar (90x - 2400x) sehingga ribuan gambar bisa disimpan pada kartu 4x6 inci.

Untuk setiap microform unit, sebuah 'header' identifikasi yang biasanya nomor catatan medis dituliskan pada pinggir atas microform. Pengkodean warna bisa ditambahkan pada pinggir atas untuk memudahkan pengarsipan dan pemetikan.

Microform lain, COM (computer output microform) dikembangkan untuk mengatasi banyaknya kertas yang dicetak oleh komputer. COM mengambil informasi yang ada di pita magnetik komputer, dan menayangkannya pada monitor. Kamera mikrofilm ('recorder') akan memotret informasi itu, dan mereduksinya ke ukuran catatan mikro. Sebuah prosesor akan 'mencuci' (develop) film tersebut.

d) Pemetikan Informasi dari Microfilm

Setelah catatan medis dijadikan microfilm, mereka harus diletakkan pada sebuah proyektor ('reader') untuk dilihat. Sebuah reader-printer bisa digunakan untuk melihat dan untuk mendapatkan 'hard copy' microform. Pemetikan dengan bantuan komputer adalah cara menemukan dan memetik dokumen melalui penggunaan indeks komputer. Cara ini digunakan untuk catatan yang tersimpan dalam bentuk hard copy, pita magnetik, atau microfilm. Sistem indeks dengan software untuk CAR dengan tepat menunjukkan lokasi setiap catatan di arsip melalui kode arsip.

I. PENYIMPANAN PADA DISK

Akhir-akhir ini berbagai bagian informasi kesehatan telah meneliti keuntungan penyimpanan dengan disk, pita magnetik dan disk optis. Walau pun teknologi ini tidak baru, aplikasinya pada retensi data dalam jumlah besar baru saja dimulai.

Penyimpanan magnetik memungkinkan data komputer disimpan pada disk atau pita magnetik. Data dapat diakses dengan cepat dan dapat dihapus. Namun usia medium ini hanya beberapa tahun. Entry ke komputer menyita waktu dan tenaga, kecuali kalau data telah berada di komputer sebelumnya.

Kapasitas penyimpanan pada disk optis adalah delapan kali disk magnetik, dengan kecepatan akses yang sama atau lebih baik. Sifatnya yang tidak bisa dihapus berguna untuk penyimpanan. Perbaruan dilakukan dengan menyimpan data baru di lokasi yang baru pada disk tersebut, bukan dengan menghapus data lama. Entry data bisa dilakukan melalui keyboard atau pemindai (scanner), yang akan mengubah dokumen fisik menjadi elemen digital. Selain pemindai, teknologi disk optis bisa disertai oleh 'juke box' yang memindahkan disk ke posisi yang bisa diakses oleh komputer tanpa intervensi manusia.

Mikrofilm adalah medium alternatif pertama selain kertas yang diterima oleh pengadilan untuk penyimpanan catatan bisnis. Karena teknologi pengkopiannya berdasarkan fotografi, mikrofilm sulit diubah. Fakta ini ditambah dengan keyakinan akan kehandalan catatan yang dibuat secara teratur pada saat bisnis dilakukan, menyebabkan penerimaan mikrofilm oleh pengadilan sebagai medium yang tepat, bisa diandalkan, dan bisa dipercaya menjadi sangat luas.

Walaupun data yang disimpan pada media magnetik bisa diubah dengan mudah, pengadilan umumnya menerima catatan terkomputerisasi yang dibuat di saat pelaksanaan bisnis secara teratur pada medium magnetik. Namun, persyaratan dasar sangat berbeda menurut tempat peradilan dilaksanakan.

Karena penyimpanan magnetik dan optis bersifat digital dan berbasis elektronik, dan penyimpanan magnetik secara hukum bisa diterima, maka secara logis terdapat dasar hukum untuk menerima catatan yang disimpan secara optis di pengadilan. Aplikasi komersial penyimpanan optis baru dimulai di pertengahan 1980-an, sehingga kasus-kasus yang relevan di bidang ini masih belum banyak.

J. RINGKASAN

Sementara semua cara penomoran catatan medis dan sistem pengarsipan memiliki objektif yang sama, yaitu tersedianya catatan yang berkesinambungan setiap saat, sistem unit atau serial-unit yang terpusat secara otomatis memenuhi objektif ini karena semua catatan diarsipkan bersama pada satu folder dan pada satu departemen. Kalau sistem unit terpusat dipadukan dengan pengarsipan angka terakhir pada fasilitas asuhan kesehatan yang memiliki aktifitas catatan sangat besar, hasilnya tentu berupa pelayanan yang efisien dan lebih baik untuk masyarakat, dokter, dan personil lainnya.

Karena ruangan yang dibutuhkan untuk pengarsipan catatan medis bertumbuh dengan cepat, praktisi informasi kesehatan harus menghadapi masalah penyimpanan catatan secara realistis. Secara ekonomis tidak praktis untuk terus menggunakan ruangan yang berharga untuk catatan yang jarang dipakai atau diperlukan. Jadi, survei berkala harus dilakukan oleh kepala bagian untuk mereview jenis dan frekuensi permintaan yang dibuat akan catatan medis. Hasil survei ini bisa membantu dalam membuat keputusan dalam hal ruang penyimpanan, jadwal penyimpanan, dan miniaturisasi (penyimpanan pada mikrofilm, media magnetik, atau disk optis).

K. PERTANYAAN

1. Uraikan sistem penomoran serial dan unit, dan tuliskan keuntungan dan kerugiannya.
2. Letakkan enam nomor catatan medis 312497, 312498, 312398, 312399, 322301, 322302 secara berurutan menurut sistem pengarsipan berikut ini: (a) penomoran langsung, (b) digit terminal, (c) digit tengah)
3. Tuliskan alasan kenapa unit pengarsipan rak terbuka lebih dianjurkan daripada kabinet arsip untuk penyimpanan catatan medis di area file.
4. Buat perkiraan pola yang akan muncul pada guide arsip terminal digit di area arsip yang memerlukan 2500 guide.
5. Definisikan pengarsipan terpusat dan tidak terpusat, dan sebutkan keuntungan catatan medis terpusat.
6. Jelaskan fungsi slip permintaan (requisition) tiga-bagian.
7. Jelaskan sistem penentuan lokasi arsip otomatis
8. Tuliskan teknik yang digunakan untuk mencari catatan yang salah letak.
9. Tuliskan hal-hal yang harus dipertimbangkan waktu membuat rencana penghancuran catatan medis tidak aktif.
10. Tuliskan alasan untuk membuat mikrofilm catatan medis.
11. Uraikan aspek hukum bentuk-bentuk alternatif catatan medis.
12. Tuliskan faktor-faktor yang dipertimbangkan dalam membuat mikrofilm catatan medis.
13. Tuliskan langkah-langkah dalam persiapan catatan medis untuk difilmkan
14. Jelaskan berbagai bentuk mikroform yang tersedia dan juga keuntungan dan kerugian masing-masingnya.
15. Bedakan penyimpanan antara media magnetik dan disk optis

VIII. INDEKS DAN REGISTER

Pemeliharaan dan pengambilan informasi kesehatan merupakan fungsi penting setiap fasilitas asuhan kesehatan. Dua alat yang dipakai untuk memudahkan pemeliharaan dan pengambilan informasi kesehatan ini adalah indeks dan register. Menurut kamus 'American Heritage', indeks adalah "Semua yang berfungsi untuk mengarahkan, menunjukkan, atau memudahkan rujukan". Register adalah "Catatan resmi berbagai hal, nama, atau tindakan."

Rumah sakit biasanya memelihara register admisi, register kematian, register kelahiran, register kamar operasi, register kamar gawat darurat, indeks nomor, indeks utama pasien, indeks dokter, serta indeks-indeks penyakit dan operasi. Beberapa rumah sakit juga memelihara register kanker atau register diagnostik dan prosedur lainnya.

Sampai awal 1970an, hampir semua indeks dan register fasilitas asuhan kesehatan dikumpul secara manual. Jenis informasi tertentu mengenai pasien dan/atau asuhan pasien disarikan dari catatan medis dan ditempelkan pada lembaran besar atau pada kartu-kartu.

Sekarang, hampir semua indeks dan register fasilitas telah menggunakan komputer, walau pun informasi riwayat masih dalam bentuk manual. Komputerisasi informasi ini telah memajukan proses perencanaan kebutuhan masa depan, pengumpulan data, serta penelitian mengenai penyakit dan akibatnya. Sistem-sistem ini memungkinkan manipulasi data yang kalau dilakukan secara manual akan sangat berat. Tersedianya informasi melalui komputer telah membawa bagian informasi kesehatan memasuki zaman informasi dan mengubah peran praktisi informasi kesehatan menjadi profesional manajemen informasi kesehatan. Seperti pada semua sistem lain, komponen kunci peranan ini adalah pemahaman bagaimana cara pengumpulan, keterbatasan, dan pemakaian data secara benar.

Indeks dan register berisi banyak informasi yang berharga. Penggunaan indeks dan register yang paling dipahami dan tradisional adalah mengarahkan pencarian informasi kesehatan untuk digunakan dokter dalam manajemen asuhan pasien dan riset. Namun, ketika lebih banyak informasi yang dibutuhkan untuk pengambilan keputusan manajemen dan keuangan, administrasi fasilitas telah menjadi pengguna utama indeks dan register. Fasilitas asuhan kesehatan juga makin sering diharuskan menyediakan informasi asuhan pasien oleh badan-badan yang mendanai asuhan tersebut. Pembayar dari pihak ketiga ingin kepastian bahwa episode asuhan pasien yang mereka bayar memang perlu dan pantas. Organisasi penilai sejawat

(*peer review*), badan pengakreditasi, dan badan pemberi lisensi meminta informasi kesehatan pula dalam memeriksa mutu asuhan yang diberikan.

Peningkatan tuntutan akan informasi kesehatan ini mengharuskan fasilitas untuk memelihara sistem informasi yang efektif dan efisien dengan menggunakan indeks dan register yang baik. Penggunaan komputer yang sanggup menerima, menyimpan, dan menghasilkan data secara efisien dan mudah sekarang sudah merupakan suatu keharusan.

A. INDEKS UTAMA PASIEN

Indeks utama pasien (IUP), atau *master patient index* (MPI) mengidentifikasi semua pasien yang pernah diterima atau diobati oleh fasilitas asuhan kesehatan. IUP merupakan kunci dalam menemukan catatan pasien dan satu di antara alat yang paling penting di fasilitas. Secara tradisional, IUP dipelihara dengan menyediakan kartu indeks untuk setiap pasien yang dirawat atau diobati di fasilitas asuhan kesehatan. Kartu-kartu indeks menurut nama keluarga disusun secara alfabetis pada arsip vertikal atau diarsipkan secara fonetis (bunyi ucapan). Kartu indeks pasien bisa dibuat ketika admisi di tempat pendaftaran pasien, atau kemudian oleh personil informasi kesehatan. Indeks ini disimpan di bagian informasi kesehatan.

Komputerisasi IUP sekarang merupakan umumnya dipraktekkan. Komputerisasi memungkinkan area pendaftaran pada saat pendaftaran pasien untuk memperoleh nomor catatan medis semua pasien yang pernah terdaftar atau memasukkan informasi yang perlu untuk pendaftaran pasien baru. Sebuah nomor identifikasi bisa diberikan secara otomatis untuk pasien baru. Walaupun area pendaftaran pasien bisa mengakses IUP dan memberi nomor, namun kontrol data umumnya merupakan tanggung jawab bagian manajemen informasi kesehatan yang harus memelihara keakuratan IUP.

AHA menganjurkan agar rumah sakit menyimpan informasi dasar tertentu setelah catatan medis melewati masa statuta limitasi setempat atau jangka waktu yang ditentukan rumah sakit untuk penghancuran catatan medis. Jadi indeks pasien tetap menjadi catatan permanen semua pasien yang pernah dirawat di rumah sakit tersebut.

ISI INDEKS PASIEN

Indeks utama pasien hanya berisi informasi identifikasi yang perlu untuk mencari catatan medis tertentu dengan cepat (Gambar 1). Informasi ini minimal berisi: nama lengkap, alamat, nomor identifikasi, nomor kartu tanda penduduk (KTP), dan tanggal lahir (tanggal, bulan, tahun; untuk identifikasi dan pencarian catatan kesehatan yang tepat kalau pasien memiliki nama yang sama dengan pasien lain). Informasi identifikasi lain bisa berupa jenis kelamin, nama gadis ibu (nama ayah dari ibu pasien; untuk identifikasi lebih lanjut), dan ras atau suku bangsa. Kadang-

kadang IUP berisi informasi lain seperti tanggal admisi dan pulang, hasil (pulang atau meninggal), dan nama dokter yang merawat, walau pun informasi tersebut terdapat pada catatan pasien dan tidak perlu diulangi pada IUP.

| | | | |
|--|------------|---------------------------------|-----------|
| X Y Z HOSPITAL | | MPI INQUIRY SCREEN - 1 MAR 1989 | |
| ENTER FULL NAME OR FIRST 3 CHARACTERS LAST NAME: | | | |
| SEQ # | HOSPITAL # | NAME | BIRTHDATE |
| 1 | 348729 | Smith, Arthur E. | 12-16-74 |
| 2 | 284195 | Smith, Caroline | 08-04-38 |
| 3 | 318366 | Smith, Claude R. | 02-18-50 |
| 4 | 338750 | Smith, Dorothy Marie | 10-05-45 |

| | | | |
|--|---------------------|-------------------------------|--------|
| X Y Z HOSPITAL | | MPI PT ID SCREEN - 1 MAR 1989 | |
| NAME: Smith, Claude R. | | Hospital #: 318336 | |
| ADDRESS: 204 East 5th St. | | | |
| CITY, STATE, ZIP: Town, IL 60610 | | | |
| SEX: M | BIRTHDATE: 02-18-50 | MOTHER'S | MAIDEN |
| NAME: Jones | | | |
| ENTER U TO UPDATE, V TO VALIDATE, OR RETURN FOR NEXT INQUIRY | | | |

Gambar 1: Master Patient Index Computerized Entry Screen

| | | | |
|--|--------------|----------------------------------|---------------|
| RUMAH SAKIT X Y Z | | LAYAR PENCARIAN IUP - 1 MAR 1989 | |
| NAMA LENGKAP ATAU 3 HURUF PERTAMA NAMA KELUARGA: | | | |
| #URUT | #RUMAH SAKIT | NAMA | TANGGAL LAHIR |
| 1 | 348729 | Smith, Arthur E. | 12-16-74 |
| 2 | 284195 | Smith, Caroline | 08-04-38 |
| 3 | 318366 | Smith, Claude R. | 02-18-50 |
| 4 | 338750 | Smith, Dorothy Marie | 10-05-45 |

| | | | |
|---|-------------------------|----------------------------------|--|
| RUMAH SAKIT X Y Z | | LAYAR ID PASIEN IUP - 1 MAR 1989 | |
| NAMA: Smith, Claude R. | | #RUMAH SAKIT: 318336 | |
| ALAMAT: 204 East 5th St. | | | |
| KOTA, PROPINSI, KODE POS: Town, IL 60610 | | | |
| SEX: L | TANGGAL LAHIR: 02-18-50 | NAMA GADIS IBU: | |
| Jones | | | |
| U UNTUK UPDATE, V UNTUK VALIDATE, ATAU RETURN UNTUK | | | |
| PENCARIAN BERIKUT | | | |

Gambar 1a: Layar Entry Komputer Indeks Utama Pasien

Informasi identifikasi hanya bisa diberikan keluar munrut kebijaksanaan fasilitas asuhan kesehatan atas permintaan yang sah. Disarankan untuk tidak mencatat informasi pelayanan atau diagnostik/prosedur pada IUP. Pedoman untuk membuat kebijaksanaan melepas informasi terdapat pada Bab 15 - Aspek Hukum Catatan Medis.

SUSUNAN INDEKS UTAMA PASIEN

Sebelum komputerisasi, fasilitas sering menggunakan kartu indeks atau volume yang terjilid untuk IUP. Kalau yang digunakan adalah volume terjilid, buku dibagi atas bagian-bagian menurut abjad. Nama-nama diurut di bawah huruf pertama nama keluarga secara kronologis menurut tanggal admisi. Kalau kartu indeks yang digunakan, fasilitas meletakkan data pasien pada arsip vertikal, dengan kartu yang terpisah untuk masing-masing pasien. Beberapa fasilitas mengarsipkan kartunya berdasarkan tahun admisi, suatu praktek yang tidak praktis karena pasien sering lupa tanggal admisi terakhirnya atau malah lupa apakah pernah menjadi pasien di fasilitas tersebut.

Selama tiga dekade terakhir, fasilitas telah mengubah IUP-nya dari manual menjadi berkomputer. Tingkat kecanggihan dan kedalaman data IUP masa kini beragam. IUP terkomputer memungkinkan staf mengakses data dengan berbagai cara, menurut abjad, nomor catatan medis, nomor tagihan, tanggal lahir, dan nomor KTP. IUP terkomputer juga telah mengatasi masalah ruangan dan pengambilan, membantu memelihara ketepatan, dan dapat menyediakan akses segera dari bagian lain ke IUP.

Kalau pasien tidak memberikan informasi identifikasi lengkap atau kalau data sebelumnya mengandung kesalahan, duplikasi pendaftaran pasien bisa terjadi pada IUP berkomputer sebagaimana pada sistem manual. Jadi, penting sekali pemantauan terhadap pasien dengan lebih dari satu nomor catatan medis.

Terlepas dari jenis IUP yang dipelihara fasilitas, penting bagi para profesional manajemen informasi kesehatan untuk mengetahui pedoman dasar dalam menyusun dan mengakses data secara alfabetis dan fonetis. Berikut ini diberikan pedoman untuk kedua jenis pengarsipan dan pengaksesan data.

a) Pedoman untuk data abjad

Pedoman berikut disarankan untuk IUP berkomputer dan manual.

- Isi nama keluarga pertama kali, kemudian nama sendiri diikuti oleh nama tengah atau nama gadis atau singkatannya, dan arsipkan menurut urutan alfabetis yang ketat.
- Susun nama-nama dalam urutan alfabet sebagaimana di dalam kamus, ikuti huruf demi huruf sampai akhir nama dan kemudian menurut nama sendiri dan singkatan-singkatan. Buku telpon bisa menjadi rujukan kalau terdapat keraguan.

- Kalau lebih dari satu orang yang memiliki nama keluarga dan nama sendiri yang sama, maka data hendaknya disusun secara alfabetis menurut singkatan nama tengah. Kalau nama tengah tidak ada, maka nama disusun menurut tanggal lahir, yaitu dengan mengarsipkan yang lebih tua lebih dahulu.
- Nama-nama dengan awalan D', de, De, Des, Di, Du, La, Mc, Mac, Van, Von, dsb., diarsipkan menurut abjad, misalnya D'Armand (D-A-r-m-a-n-d), De Tarnowski (D-e-T-a-r-n-o-w-s-k-i), dan seterusnya.
- Nama-nama yang diawali oleh St., seperti St. Peter, diarsipkan sebagai S-a-i-n-t.
- Nama majemuk atau nama yang memakai tanda strip datar disusun sebagai satu kata; jadi Craig-Stuart diarsipkan sebagai C-r-a-i-g-S-t-u-a-r-t.
- Nama-nama dengan gelar keagamaan seperti Reverend, Mother, Father, Brother, dan sister disusun menurut nama keluarga, dan kemudian nama sendiri, tanpa gelar. Sister Mary Douglas diarsipkan sebagai Douglas, Mary. Gelar-gelar keagamaan jangan dikelompokkan, misalnya menggabungkan semua Sister, karena cara ini tidak efisien.
- Kalau pada nama pertama atau tengah yang diberi adalah singkatan, maka aturannya adalah "*file nothing before something*" (arsipkan yang tidak ada sebelum yang ada). Jadi, M. Brown akan mendahului M. Kay Brown dan Mary Kay Brown.
- Karena sulitnya membedakan antara dua nama dengan suara pengucapan yang sama, maka Mc dengan Mac boleh digabungkan tanpa dibedakan menurut ejaan, dengan mengarsipkan Mc seolah-olah telah dieja Mac. Cara pengarsipan apa pun yang dipilih, harus dipegang untuk seluruh arsip untuk memelihara keseragaman.
- Orang-orang keturunan Spanyol biasa menggabungkan nama ibunya dengan nama ayahnya. Misalnya, dengan nama Soto Ramariz, Soto adalah nama keluarga ayah, dan Ramariz nama keluarga ibu ketika masih gadis. Mereka diarsipkan menurut urutan nama ayah dan kemudian nama gadis ibu. Jadi, nama Maria Dolores Soto Ramariz diarsipkan pada bagian arsip S sebagai S-o-t-o-R-a-m-a-r-i-z, Maria Dolores.
- Kalau nama pasien telah berubah sejak admisi sebelumnya, rujukan silang harus dibuat ke nama sebelumnya. Misalnya kalau Mary Catherine O'Brien yang sebelum menikah bernama Mary Catherine McCarty masuk rumah sakit, rujukan silang harus dibuat ke admisi sebelumnya (McCarty, Mary Catherine). Semua informasi yang tercatat pada kartu sebelumnya disalin ke kartu baru dan kartu asli kemudian dirujuk silang ke kartu baru (O'Brien, Mary Catherine).
- Pada saat mencari kartu nama seseorang, hendaknya selalu diingat bahwa bisa terdapat berbagai cara pengucapan untuk nama tersebut. Pencarian harus dilakukan pada semua pengucapan yang mungkin sebelum dinyatakan bahwa kartu dengan nama tersebut tidak ada. Misalnya, terdapat kira-kira 35 cara mengeja nama Baer, 10 cara atau lebih dalam mengeja Burke, dsb. Lagi-lagi, buku telpon merupakan rujukan yang baik sekali untuk mencari pengejaan lain pada nama-nama umum.
- Arsip-arsip kartu harus diaudit secara teratur untuk mencari kesalahan letak, dan latihan tambahan untuk petugas IUP hendaknya dilakukan menurut kebutuhan.
- Kalau IUP berkomputer memungkinkan adanya berbagai tempat untuk pendaftaran pasien, perlu sekali diperhatikan pedoman di atas sewaktu memasukkan nama sehingga semua entri yang serupa akan dimasukkan secara konsisten.

b) Catatan pengarsipan menurut bahasa Indonesia

Cara ini merupakan penggabungan Sistem Nama Orang (Arsip Nasional 1976) dengan Kebijaksanaan PORMIKI 1979. Ringkasan gabungan ini adalah sebagai berikut:

Untuk nama lengkap pasien, nama keluarga didahulukan dengan menjadikannya huruf besar, disusul dengan koma dan kemudian namanya sendiri.

Amir Pasaribu ditulis: PASARIBU, Amir
 Tan Joe Hok ditulis: TAN, Joe Hok
 Martina Seles ditulis: SELES, Martina
 Joost van den Vondel ditulis: VONDEL, Joost van den
 Hans Joaquim Van Mook ditulis: VAN MOOK, Hans Joaquim (keluarga Van Mook)

Sebutan 'bin', 'binti', Nn, Ny., diberikan di akhir nama. Misalnya:

Nn. Nunung Sukrisno ditulis: SUKRISNO, Nunung (Nn)
 Alimah binti Muhammad Amin ditulis: AMIN, Alimah (binti)

Untuk orang Indonesia tanpa nama keluarga, perlu ditanyakan nama ayahnya, dan nama inilah yang dituliskan sebagai nama keluarga. Misalnya:

Henny, ayahnya Purwonegoro; ditulis: PURWONEGORO, Henny [(bt) atau (Nn)]
 Ahmad Mukhtar, ayahnya Khairuddin; ditulis: KHAIRUDDIN, Ahmad Mukhtar (bin)

Sebutan gelar keagamaan, kebangsawanan, pangkat atau pendidikan dituliskan sebagai bagian dari nama sendiri. Misalnya:

Hj. Khadijah, ayahnya H. Sulaiman; ditulis: SULAIMAN, Hj. Khadijah (bt)
 Amin St. Kayo, ayahnya Marzuki Dt. Garang; ditulis: MARZUKI, Amin St. Kayo
 Raden Mas Suriokusumo Hadiningrat, ayahnya KGPH Jatikusumo; ditulis: JATIKUSUMO, Raden Mas Suriokusumo Hadiningrat
 Dr. dr. Herman, ayahnya Prof. Dr. Ahmadi; ditulis: AHMADI, Herman (Dr. dr.)
 Mayor Bambang Prakosa, ayahnya Jenderal Harun; ditulis: HARUN, Bambang Prakosa (Mayor).

c) Pengarsipan menurut bunyi panggilan nama (Phonetic filing)

Fasilitas yang penduduk sekitarnya banyak menggunakan nama asing bisa memakai sistem fonetik untuk mengarsipkan kartu IUP. Kemampuan mencari IUP secara fonetik sering tersedia pada sistem berkomputer. Pada cara ini, kartu IUP diletakkan menurut bunyi pengucapan setelah *guide* yang sesuai dengan huruf pertama nama keluarga.. Jadi semua nama keluarga yang cara membacanya mirip diarsipkan bersama.

Abjad Inggris, selain huruf a, e, i, o, u dan huruf w, h, dan y, yang tidak dikode, disederhanakan menjadi enam huruf kunci dengan kode nomor tiga-angka sbb.:

| Huruf Kunci | Nomor Kode | Huruf Persamaan |
|-------------|------------|---------------------|
| b | 1 | p, f, v |
| c | 2 | s, k, g, j, q, x, z |
| d | 3 | t |
| l | 4 | - |
| m | 5 | n |
| r | 6 | - |

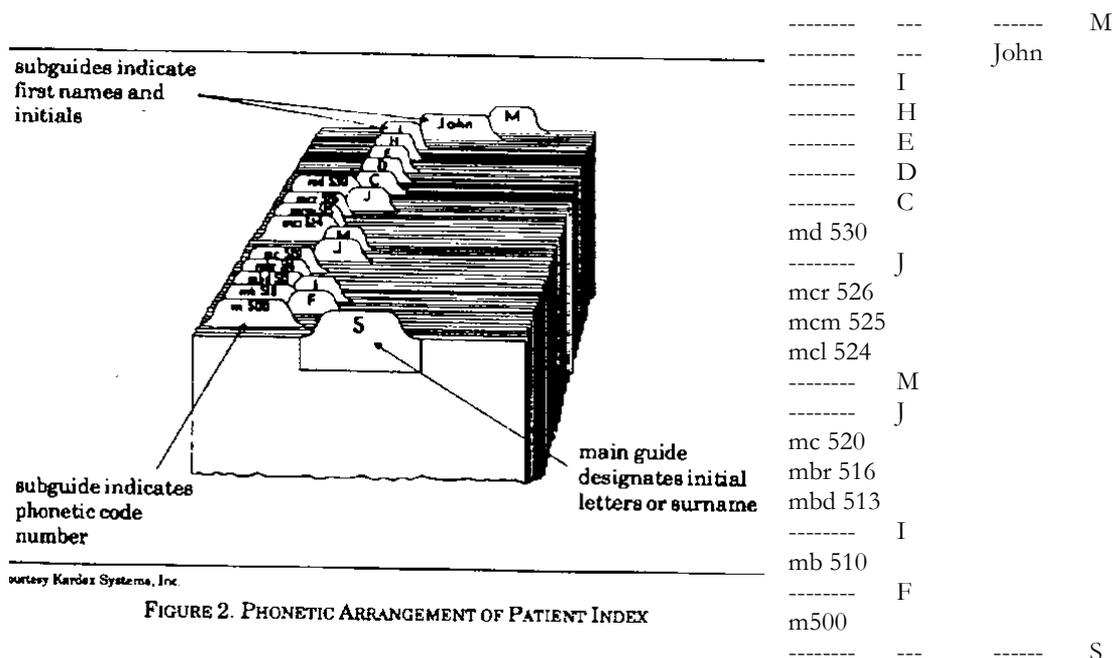
Berbeda dari indeks nama menurut ejaan seperti pada arsip abjad, variasi nama disatukan oleh nomor kode dari huruf kunci. Huruf pertama nama keluarga tidak dikode, tapi berfungsi sebagai awalan pada nomor kode tiga angka yang didasarkan pada huruf kunci atau huruf persamaan yang mengikutinya. Kalau kode tiga angka ini tidak terpenuhi, maka angka berikutnya akan diisi oleh angka 0. Misalnya, untuk mengkode nama Martin:

| | | |
|---|---|---------------------------|
| M | - | awalan, tidak dikode |
| a | - | huruf hidup, tidak dikode |
| r | - | 6 (huruf kunci) |
| t | - | 3 (huruf persamaan) |
| i | - | huruf hidup, tidak dikode |
| n | - | 5 (huruf persamaan) |

Jadi nama Martin dikode 635. Semua variasi dalam mengeja nama Martin dikode 635 dan diarsipkan bersama: Mardan, Marden, Mardyn, Martan, Marten, Martin, Martyn, Merten, Merton, Morden, Morten, Mortin, Morton, Murten. Jadi nama-nama dengan bunyi yang sama atau mirip umumnya akan memiliki kode yang sama, dikelompokkan bersama pada satu kelompok arsip, dan akan ditemukan lebih cepat dibandingkan dengan pencarian melalui arsip indeks pasien yang sepenuhnya memakai abjad.

Pada suatu bagian dari arsip manual seperti pada Gambar 2, semua nama yang dimulai dengan huruf S dikelompokkan bersama menurut kodenya dibalik *guide* utama S.

Huruf-huruf persamaan di pangkal nama dianggap sebagai satu huruf. Misalnya pada Schmidt, s, c, dan h dianggap satu huruf (m adalah huruf kunci). Huruf-huruf yang berada di sisi kiri pada arsip adalah huruf-huruf kunci nama keluarga yang akan dikode, sedangkan nomor di sampingnya adalah kode dari huruf kunci.



Gambar 2: Pengaturan Indeks Pasien secara Fonetik

Guide pada posisi kedua dan ketiga adalah guide tambahan untuk nama sendiri dan digunakan kalau terdapat kelompok besar kartu dengan huruf awal nama sendiri yang sama. Misalnya, nama-nama berikut bisa terdapat pada arsip di balik guide tertentu:

- | | |
|---------|---|
| mcr 526 | Singer, Anna Marie Sanger, Fred C. Singer, Ralph R. Senger, William T. |
| md 530 | Smith, Arthur E. Sinda, Andrew T. Shenit, Barbara Jean |
| C | Schmidt, Charles m. Smith, Claude R. |

Duplikasi terhindar karena nama-nama yang dieja secara salah, juga yang diketik salah, akan diarsipkan bersama kalau bunyi cara menyebutnya sama.

Sponsor sistem ini menyatakan hanya lima aturan yang harus diperhatikan dalam memelihara arsip fonetik, yaitu:

1. Kalau dua atau lebih huruf kunci atau huruf persamaannya muncul bersamaan, perlakukan mereka sebagai satu huruf.
2. Kalau satu nama berisi kurang dari tiga huruf kunci, tambahkan angka nol pada nomor kode. Nama Jackson bisa dikode lengkap dengan angka 25, sehingga angka nol (disebut juga "cipher") ditambahkan untuk membuat nama menjadi tiga angka, yaitu J-250.

3. Kalau dua huruf kunci yang sama, atau sebuah huruf kunci dan persamaannya, dipisahkan oleh huruf h atau w, kode satu huruf kunci.
4. Kalau huruf kunci yang berulang atau persamaannya dipisahkan oleh a, e, i, o, u, atau y, huruf-huruf kunci atau persamaannya diperlakukan secara terpisah.
5. Setelah pengkodean nama keluarga, susunan yang terdapat di antara guide huruf kunci harus secara abjad menurut nama sendiri.

Dengan arsip fonetik pemakai tidak perlu memikirkan berbagai cara pengejaan lain pada nama yang sedang dicari. Para sponsornya menganggap bahwa cara ini bisa mengenal duplikasi di dalam arsip dan menemukan 90% dari seluruh transposisi huruf (huruf yang letaknya tertukar). Sistem ini memiliki satu kelemahan besar, yaitu aturan pengarsipan fonetik harus dipelajari, dan kalau petugas yang mengetahui cara mengarsipkan dan mengambilnya tidak hadir, maka akses ke arsip tersebut akan terbatas.

Banyak sistem komputer yang memasukkan pilihan pengarsipan fonetik sehingga kalau sebuah nama pasien diketikkan ke dalamnya, tayangan seluruh nama-nama yang mungkin (yang telah tersusun menurut abjad) dan informasi identifikasinya dapat disediakan.

B. INDEKS NOMOR

Indeks nomor adalah penting sebagai kontrol nomor identifikasi pasien. Indeks ini merupakan pangkal sistem penomoran, baik serial, unit, atau serial-unit. Ia merupakan daftar kronologis nomor identifikasi pasien yang diberikan kepada pasien, dan nama pasien yang sesuai dengan nomor tersebut. Harus diingat bahwa indeks nomor adalah daftar nomor-nomor secara berurutan. Jadi kalau yang digunakan adalah nomor-nomor unit, tidak akan diperoleh data semua admisi seorang pasien. Catatan untuk semua admisi disediakan oleh register admisi, yaitu daftar admisi secara kronologis.

Dahulu, indeks nomor mungkin berupa buku dengan lembaran-lepas, arsip vertikal atau tembus pandang, atau daftar urut dari komputer. Kalau digunakan buku dengan lembaran-lepas, lembaran ini harus dijilid di akhir tahun untuk mencegah kehilangan.

Sekarang komputer menyimpan indeks nomor dan memberikan nomor catatan medis secara otomatis ketika pasien mendaftar untuk admisi. Pemberian nomor identifikasi secara otomatis mengurangi kemungkinan terlompatnya nomor-nomor atau terberikannya satu nomor kepada dua pasien.

Karena indeks nomor merupakan sumber nomor-nomor di fasilitas dan digunakan untuk rujukan kalau ada keraguan mengenai ketepatan nomor, indeks nomor hendaknya dipantau untuk menjamin ketepatan dan kelengkapannya.

C. INDEKS PENYAKIT DAN PROSEDUR

Indeks penyakit berisi daftar penyakit menurut sistem klasifikasi (pengkodean) di fasilitas. Indeks operasi adalah daftar nomor kode pembedahan dan prosedur.

1. ISI INDEKS PENYAKIT DAN PROSEDUR

Saat ini permintaan akan informasi pasien sering mendetil, sehingga pengaturan indeks penyakit dan operasi harus dibuat untuk bisa menjawabnya secepat mungkin. Umumnya indeks harus menyediakan detil yang cukup untuk melengkapkan laporan dan permintaan dalam hal medis dan statistik. Badan lisensi dan akreditasi memerlukan data untuk surveinya, dan ini hendaknya dipertimbangkan dalam membuat indeks. Data yang dimasukkan secara rutin menurut kode penyakit atau prosedur yang dilakukan mencakup:

1. Jenis kelamin pasien.
2. Usia pasien.
3. Ras/suku bangsa pasien.
4. Nama dokter dan ahli bedah yang merawat pasien.
5. Pelayanan yang diperlukan untuk perawatan pasien.
6. Hasil akhir perawatan - meninggal dunia atau dipulangkan. Kalau pasien meninggal dunia, mungkin perlu dicatat apakah autopsi dilakukan atau tidak.
7. Tanggal admisi dan/atau pemulangan, lama perawatan, serta tagihan dan biaya lain. Data lama perawatan bisa berguna untuk evaluasi faktor-faktor utilisasi. Tanggal admisi atau pemulangan bisa membantu menemukan catatan tertentu.
8. Penyakit dan prosedur yang berhubungan.

Indeks penyakit dan prosedur bisa berupa indeks sederhana atau indeks silang, tergantung kebutuhan fasilitas. Pada indeks sederhana, entri setiap penyakit atau operasi dibuat di bawah nomor kode masing-masing tanpa dirujuk ke nomor kode lain yang diberikan untuk pasien tersebut. Pada indeks silang, untuk setiap entri yang dimasukkan ke dalam indeks, dibuat rujukan ke semua nomor kode penyakit dan operasi selama dirawat; disini suatu spasi harus ada untuk mencatat kode penyakit atau operasi yang berhubungan.

Sistem indeks penyakit dan prosedur dengan komputer menyediakan indeks silang secara otomatis. Sistem otomatis juga memungkinkan pemetikan data menurut diagnosis atau prosedur, dengan kemudahan mengambil 'data field' yang diminta tentang seorang pasien. Sistem komputer sederhana memiliki jumlah item yang terbatas, yang ditayangkan dalam bentuk laporan yang telah diatur terlebih dahulu. Sistem otomatis lain mencakup pelaporan fleksibel yang memungkinkan pengguna menentukan parameter dan data field yang akan diambilnya, sehingga bisa menghasilkan laporan yang dirancang secara khusus.

BIAYA INDEKS

Indeks penyakit dan operasi adalah indeks yang pemeliharaannya paling mahal. Orang yang meringkas dan memasukkan data tidak saja harus mampu, tapi juga sangat teliti dalam membuat entri. Semakin banyak data yang diindeks dari catatan, semakin besar biaya bagian dalam hitungan waktu personil.

Biaya lain adalah untuk mengambil data dari indeks. Seorang dokter bisa meminta daftar semua kasus kolelitiasis pada pasien perempuan. Kalau jenis kelamin tidak diindeks, semua catatan dengan diagnosis kolelitiasis terpaksa akan diambil. Pengambilan kasus yang tidak perlu akan menyita banyak waktu dan mahal. Kalau indeks berada pada sistem komputer dengan kemampuan pelaporan fleksibel, manajer informasi kesehatan dapat memanipulasi datanya untuk penyediaan informasi bagi orang yang memintanya.

Profesional informasi kesehatan harus menentukan sesering apa indeks digunakan dan apa tujuannya. Jumlah dan jenis data yang perlu diindeks bisa ditentukan dengan mempelajari pola penggunaannya. Dokter atau komite staf medis mungkin menggunakan indeks penyakit dan prosedur untuk mengambil catatan medis dengan tujuan berikut:

1. Untuk mereview kasus-kasus dari suatu penyakit masa lalu dalam membantu memahami cara penanganan masalah kesehatan pasien yang sedang dihadapi.
2. Untuk menguji teori dan membandingkan data penyakit dan/atau pengobatan tertentu, dalam rangka penelitian dan menyiapkan naskah ilmiah.
3. Untuk menggali data utilisasi fasilitas dan menentukan kebutuhan fasilitas akan perbaruan alat, tempat tidur, staf, dan sebagainya di berbagai bagian.
4. Untuk mengevaluasi mutu asuhan di fasilitas.
5. Untuk melakukan penelitian epidemiologis dan kontrol infeksi.
6. Untuk mengumpulkan data penanganan resiko ('risk management'), misalnya insiden komplikasi medis dan bedah.

Sebagai tambahan pada penggunaan indeks oleh dokter, banyak permintaan diterima mengenai data perawatan pasien dari berbagai administrator dan personil lain yang berhak, badan perencanaan, program pendidikan, keuangan, dan badan-badan serta organisasi asuhan kesehatan. Contoh penggunaan lain indeks ini antara lain:

1. Penyediaan data pasien yang diperlukan untuk survei lisensi dan akreditasi.
2. Penyediaan data mengenai praktek medis di fasilitas supaya bisa ikut program 'internship' dan 'residency' yang terakreditasi.
3. Penentuan apakah pengobatan dan prosedur yang disediakan memang perlu dan pantas untuk diagnosisnya.
4. Penyediaan materi pendidikan untuk mahasiswa, pembahasan kasus medis pada 'ronde besar', dan pertemuan staf medis.

Indeks penyakit dan operasi harus disusun sedemikian rupa untuk memenuhi kebutuhan institusi yang dilayaninya. Pertimbangan harus diarahkan pada kebutuhan akan indeks, siapa yang akan menggunakannya, dan informasi apa yang akan diminta. Perencanaan yang hati-hati akan menghasilkan indeks yang bisa melayani staf medis dan fasilitas dengan baik dan memajukan efisiensi sistem pengindeksan itu sendiri.

INDEKS OTOMATIS

Pada fasilitas masa kini, indeks penyakit, operasi, dan dokter telah berkomputer. Sebuah komputer yang berada di tempat, atau pelayanan data komersial bisa disediakan. Beberapa perkumpulan rumah sakit state atau pembayar pihak ketiga juga memproses data discharge untuk setiap discharge.

Penggunaan komputer di dalam fasilitas harus dibandingkan dengan biaya layanan pengolahan data dari luar. Pemrosesan data di dalam fasilitas memungkinkan praktisi informasi kesehatan untuk merancang sistem peringkasan dan pengindeksan yang spesifik untuk kebutuhan masing-masing fasilitas.

PERINGKASAN DATA 'DISCHARGE'.

Peringkasan (*'abstracting'*) adalah pengumpulan informasi yang berguna dari catatan medis. Sebuah dokumen yang disebut ringkasan kasus atau ringkasan data discharge bisa digunakan untuk mengumpulkan data. Item-item di formulir ringkasan ini susunannya agak mirip dengan urutan pada catatan medis, sehingga transfer data dari catatan medis ke abstrak dapat dilakukan dengan cepat dan tepat (Gambar 3).

Untuk menjamin data yang tepat waktu, yang ideal adalah meringkaskan (atau mengindeks) catatan medis segera setelah catatan ini disusun kembali (*assembled*) dan dikode, dan sebelum diarsipkan di dalam arsip tidak lengkap. Akan tetapi, sebuah catatan mungkin tidak cukup lengkap untuk dikode pada saat itu atau dokter mungkin ingin menambah atau mengubah sebuah diagnosis. Jadi, peringkasan yang dilakukan setelah dokter melengkapi catatan akan memberikan data yang lebih lengkap dan tepat.

Untuk memastikan bahwa semua data diringkaskan, praktisi informasi kesehatan memerlukan sebuah sistem kontrol. Pada saat data diringkaskan, staf bisa menandai daftar discharge untuk menunjukkan catatan yang telah diproses. Sebuah sistem komputer akan memudahkan pencetakan sebuah daftar untuk tujuan kontrol ini.

Sebuah kertas ringkasan dibuat untuk setiap pasien pulang, dikelompokkan, dan dikirim ke bagian pemroses data untuk diolah. Setiap kesalahan yang dideteksi oleh *'computer edit'* menyebabkan ringkasan ini dikirim kembali ke bagian informasi kesehatan untuk review,

perbaikan, dan diajukan kembali. Data yang telah diperbaiki akan diolah untuk menghasilkan indeks penyakit dan operasi (Gambar 4) dan laporan bermakna yang mencerminkan pengobatan yang diberikan di fasilitas tersebut.

Entri data secara *'online'* ke dalam komputer bisa dilakukan. Petugas entri data di bagian informasi kesehatan meringkaskan data dari catatan medis dan memasukkannya langsung ke komputer sesuai dengan petunjuk yang ditayangkan pada monitor komputer. Petunjuk ini ditayangkan dengan bentuk yang sama dengan kertas ringkasan. Karena pengeditan data berlangsung segera, maka waktu untuk memperoleh laporan akan hemat.

Pada sistem *in-house*, yaitu di dalam rumah sakit, semua data pemulangan diolah oleh sebuah komputer, atau data dimasukkan ke komputer utama melalui terminal. Untuk sistem komersial, data bisa dimasukkan ke disk atau dikirim melalui modem.

Pengindeksan penyakit dan prosedur secara manual semakin jarang dilakukan. Pengindeksan manual memerlukan pengisian satu nomor kode penyakit dan operasi pada satu kartu indeks yang kemudian diarsipkan menurut urutan nomor kode secara ketat. Metode manual lain adalah pengindeksan kelompok. Pada sistem ini suatu kelompok nomor kode dimasukkan ke dalam satu kartu indeks penyakit dan operasi. Sistem ini mencegah indeks menjadi sangat besar dan tidak bisa dikelola.

Indeks kecil yang tidak otomatis bisa diarsipkan di tempat yang memungkinkan judul semua kartu terlihat, atau dalam indeks vertikal yang memiliki guide untuk menunjukkan nomor-nomor di baliknya

PEMETIKAN DARI INDEKS

Ketika catatan medis dengan diagnosis tertentu diminta, secara hati-hati pastikan bahwa semua catatan dengan diagnosa tersebut diperoleh. Catatan yang berhubungan bisa terdapat pada beberapa nomor kode. Personil informasi kesehatan harus membicarakan dengan peminta tentang semua nomor kode yang dapat memberikan catatan yang relevan, di samping ciri-ciri lain pasien seperti kelompok usia, jenis kelamin, pelayanan, dsb.

DATA ABSTRACT

Month _____ Year _____

PATIENT NAME (LAST, FIRST, MIDDLE) _____

DATE OF BIRTH (mm/dd/yyyy) _____

ZIP CODE _____

1. MEDICAL RECORD NUMBER _____

2. F ACCOUNT NUMBER _____

3. ADMISSION DATE _____

4. HOURS _____

5. DISCHARGE DATE _____

6. ATTEND. PHYSICIAN _____

7. SEX _____

8. RACE _____

9. STATUS _____

10. SPECIAL CARE UNITS ENTER NUMBER OF DAYS _____

11. RENAL _____

12. SCU _____

13. PCU _____

14. ICU _____

15. CTU _____

16. CCU _____

17. ICU _____

18. MCV _____

19. EXP. _____

20. BIRTH WT. (KG) _____

21. STILLBIRTH (SEX) _____

22. 1. MALE _____

23. 2. FEMALE _____

24. 3. UNKNOWN _____

25. 1. HOME/SELF-CARE _____

26. 2. ICF _____

27. 3. AMIA _____

28. 4. OTHER FACILITY _____

29. 5. IN O.R. _____

30. 6. POSTOP. _____

31. 7. HOME HEALTH _____

32. 8. EXPIRED _____

33. 9. CORONARY CARE _____

34. 1. AUTOPSY _____

35. 2. IN O.R. _____

36. 3. POSTOP. _____

37. 4. CORONARY CARE _____

38. 1. EMERGENCY _____

39. 2. URGENT _____

40. 3. FROM OTHER ACUTE FAC. _____

41. 4. SHF _____

42. 5. THRU EMER. ROOM _____

43. 6. HEADMISSION (7 DAYS) _____

44. 1. YES _____

45. 2. NO _____

46. CONSULT _____

47. CONSULTING SERVICES _____

48. BIRTH WT. (KG) _____

49. STILLBIRTH (SEX) _____

50. 1. MALE _____

51. 2. FEMALE _____

52. 3. UNKNOWN _____

53. 1. HOME/SELF-CARE _____

54. 2. ICF _____

55. 3. AMIA _____

56. 4. OTHER FACILITY _____

57. 5. IN O.R. _____

58. 6. POSTOP. _____

59. 7. HOME HEALTH _____

60. 8. EXPIRED _____

61. 9. CORONARY CARE _____

62. 1. AUTOPSY _____

63. 2. IN O.R. _____

64. 3. POSTOP. _____

65. 4. CORONARY CARE _____

66. 1. EMERGENCY _____

67. 2. URGENT _____

68. 3. FROM OTHER ACUTE FAC. _____

69. 4. SHF _____

70. 5. THRU EMER. ROOM _____

71. 6. HEADMISSION (7 DAYS) _____

72. 1. YES _____

73. 2. NO _____

74. CONSULT _____

75. CONSULTING SERVICES _____

76. BIRTH WT. (KG) _____

77. STILLBIRTH (SEX) _____

78. 1. MALE _____

79. 2. FEMALE _____

80. 3. UNKNOWN _____

81. 1. HOME/SELF-CARE _____

82. 2. ICF _____

83. 3. AMIA _____

84. 4. OTHER FACILITY _____

85. 5. IN O.R. _____

86. 6. POSTOP. _____

87. 7. HOME HEALTH _____

88. 8. EXPIRED _____

89. 9. CORONARY CARE _____

90. 1. AUTOPSY _____

91. 2. IN O.R. _____

92. 3. POSTOP. _____

93. 4. CORONARY CARE _____

94. 1. EMERGENCY _____

95. 2. URGENT _____

96. 3. FROM OTHER ACUTE FAC. _____

97. 4. SHF _____

98. 5. THRU EMER. ROOM _____

99. 6. HEADMISSION (7 DAYS) _____

100. 1. YES _____

101. 2. NO _____

102. CONSULT _____

103. CONSULTING SERVICES _____

104. BIRTH WT. (KG) _____

105. STILLBIRTH (SEX) _____

106. 1. MALE _____

107. 2. FEMALE _____

108. 3. UNKNOWN _____

109. 1. HOME/SELF-CARE _____

110. 2. ICF _____

111. 3. AMIA _____

112. 4. OTHER FACILITY _____

113. 5. IN O.R. _____

114. 6. POSTOP. _____

115. 7. HOME HEALTH _____

116. 8. EXPIRED _____

117. 9. CORONARY CARE _____

118. 1. AUTOPSY _____

119. 2. IN O.R. _____

120. 3. POSTOP. _____

121. 4. CORONARY CARE _____

122. 1. EMERGENCY _____

123. 2. URGENT _____

124. 3. FROM OTHER ACUTE FAC. _____

125. 4. SHF _____

126. 5. THRU EMER. ROOM _____

127. 6. HEADMISSION (7 DAYS) _____

128. 1. YES _____

129. 2. NO _____

130. CONSULT _____

131. CONSULTING SERVICES _____

132. BIRTH WT. (KG) _____

133. STILLBIRTH (SEX) _____

134. 1. MALE _____

135. 2. FEMALE _____

136. 3. UNKNOWN _____

137. 1. HOME/SELF-CARE _____

138. 2. ICF _____

139. 3. AMIA _____

140. 4. OTHER FACILITY _____

141. 5. IN O.R. _____

142. 6. POSTOP. _____

143. 7. HOME HEALTH _____

144. 8. EXPIRED _____

145. 9. CORONARY CARE _____

146. 1. AUTOPSY _____

147. 2. IN O.R. _____

148. 3. POSTOP. _____

149. 4. CORONARY CARE _____

150. 1. EMERGENCY _____

151. 2. URGENT _____

152. 3. FROM OTHER ACUTE FAC. _____

153. 4. SHF _____

154. 5. THRU EMER. ROOM _____

155. 6. HEADMISSION (7 DAYS) _____

156. 1. YES _____

157. 2. NO _____

158. CONSULT _____

159. CONSULTING SERVICES _____

160. BIRTH WT. (KG) _____

161. STILLBIRTH (SEX) _____

162. 1. MALE _____

163. 2. FEMALE _____

164. 3. UNKNOWN _____

165. 1. HOME/SELF-CARE _____

166. 2. ICF _____

167. 3. AMIA _____

168. 4. OTHER FACILITY _____

169. 5. IN O.R. _____

170. 6. POSTOP. _____

171. 7. HOME HEALTH _____

172. 8. EXPIRED _____

173. 9. CORONARY CARE _____

174. 1. AUTOPSY _____

175. 2. IN O.R. _____

176. 3. POSTOP. _____

177. 4. CORONARY CARE _____

178. 1. EMERGENCY _____

179. 2. URGENT _____

180. 3. FROM OTHER ACUTE FAC. _____

181. 4. SHF _____

182. 5. THRU EMER. ROOM _____

183. 6. HEADMISSION (7 DAYS) _____

184. 1. YES _____

185. 2. NO _____

186. CONSULT _____

187. CONSULTING SERVICES _____

188. BIRTH WT. (KG) _____

189. STILLBIRTH (SEX) _____

190. 1. MALE _____

191. 2. FEMALE _____

192. 3. UNKNOWN _____

193. 1. HOME/SELF-CARE _____

194. 2. ICF _____

195. 3. AMIA _____

196. 4. OTHER FACILITY _____

197. 5. IN O.R. _____

198. 6. POSTOP. _____

199. 7. HOME HEALTH _____

200. 8. EXPIRED _____

201. 9. CORONARY CARE _____

202. 1. AUTOPSY _____

203. 2. IN O.R. _____

204. 3. POSTOP. _____

205. 4. CORONARY CARE _____

206. 1. EMERGENCY _____

207. 2. URGENT _____

208. 3. FROM OTHER ACUTE FAC. _____

209. 4. SHF _____

210. 5. THRU EMER. ROOM _____

211. 6. HEADMISSION (7 DAYS) _____

212. 1. YES _____

213. 2. NO _____

214. CONSULT _____

215. CONSULTING SERVICES _____

216. BIRTH WT. (KG) _____

217. STILLBIRTH (SEX) _____

218. 1. MALE _____

219. 2. FEMALE _____

220. 3. UNKNOWN _____

221. 1. HOME/SELF-CARE _____

222. 2. ICF _____

223. 3. AMIA _____

224. 4. OTHER FACILITY _____

225. 5. IN O.R. _____

226. 6. POSTOP. _____

227. 7. HOME HEALTH _____

228. 8. EXPIRED _____

229. 9. CORONARY CARE _____

230. 1. AUTOPSY _____

231. 2. IN O.R. _____

232. 3. POSTOP. _____

233. 4. CORONARY CARE _____

234. 1. EMERGENCY _____

235. 2. URGENT _____

236. 3. FROM OTHER ACUTE FAC. _____

237. 4. SHF _____

238. 5. THRU EMER. ROOM _____

239. 6. HEADMISSION (7 DAYS) _____

240. 1. YES _____

241. 2. NO _____

242. CONSULT _____

243. CONSULTING SERVICES _____

244. BIRTH WT. (KG) _____

245. STILLBIRTH (SEX) _____

246. 1. MALE _____

247. 2. FEMALE _____

248. 3. UNKNOWN _____

249. 1. HOME/SELF-CARE _____

250. 2. ICF _____

251. 3. AMIA _____

252. 4. OTHER FACILITY _____

253. 5. IN O.R. _____

254. 6. POSTOP. _____

255. 7. HOME HEALTH _____

256. 8. EXPIRED _____

257. 9. CORONARY CARE _____

258. 1. AUTOPSY _____

259. 2. IN O.R. _____

260. 3. POSTOP. _____

261. 4. CORONARY CARE _____

262. 1. EMERGENCY _____

263. 2. URGENT _____

264. 3. FROM OTHER ACUTE FAC. _____

265. 4. SHF _____

266. 5. THRU EMER. ROOM _____

267. 6. HEADMISSION (7 DAYS) _____

268. 1. YES _____

269. 2. NO _____

270. CONSULT _____

271. CONSULTING SERVICES _____

272. BIRTH WT. (KG) _____

273. STILLBIRTH (SEX) _____

274. 1. MALE _____

275. 2. FEMALE _____

276. 3. UNKNOWN _____

277. 1. HOME/SELF-CARE _____

278. 2. ICF _____

279. 3. AMIA _____

280. 4. OTHER FACILITY _____

281. 5. IN O.R. _____

282. 6. POSTOP. _____

283. 7. HOME HEALTH _____

284. 8. EXPIRED _____

285. 9. CORONARY CARE _____

286. 1. AUTOPSY _____

287. 2. IN O.R. _____

288. 3. POSTOP. _____

289. 4. CORONARY CARE _____

290. 1. EMERGENCY _____

291. 2. URGENT _____

292. 3. FROM OTHER ACUTE FAC. _____

293. 4. SHF _____

294. 5. THRU EMER. ROOM _____

295. 6. HEADMISSION (7 DAYS) _____

296. 1. YES _____

297. 2. NO _____

298. CONSULT _____

299. CONSULTING SERVICES _____

300. BIRTH WT. (KG) _____

301. STILLBIRTH (SEX) _____

302. 1. MALE _____

303. 2. FEMALE _____

304. 3. UNKNOWN _____

305. 1. HOME/SELF-CARE _____

306. 2. ICF _____

307. 3. AMIA _____

308. 4. OTHER FACILITY _____

309. 5. IN O.R. _____

310. 6. POSTOP. _____

311. 7. HOME HEALTH _____

312. 8. EXPIRED _____

313. 9. CORONARY CARE _____

314. 1. AUTOPSY _____

315. 2. IN O.R. _____

316. 3. POSTOP. _____

317. 4. CORONARY CARE _____

318. 1. EMERGENCY _____

319. 2. URGENT _____

320. 3. FROM OTHER ACUTE FAC. _____

321. 4. SHF _____

322. 5. THRU EMER. ROOM _____

323. 6. HEADMISSION (7 DAYS) _____

324. 1. YES _____

325. 2. NO _____

326. CONSULT _____

327. CONSULTING SERVICES _____

328. BIRTH WT. (KG) _____

329. STILLBIRTH (SEX) _____

330. 1. MALE _____

331. 2. FEMALE _____

332. 3. UNKNOWN _____

333. 1. HOME/SELF-CARE _____

334. 2. ICF _____

335. 3. AMIA _____

336. 4. OTHER FACILITY _____

337. 5. IN O.R. _____

338. 6. POSTOP. _____

339. 7. HOME HEALTH _____

340. 8. EXPIRED _____

341. 9. CORONARY CARE _____

342. 1. AUTOPSY _____

343. 2. IN O.R. _____

344. 3. POSTOP. _____

345. 4. CORONARY CARE _____

346. 1. EMERGENCY _____

347. 2. URGENT _____

348. 3. FROM OTHER ACUTE FAC. _____

349. 4. SHF _____

350. 5. THRU EMER. ROOM _____

351. 6. HEADMISSION (7 DAYS) _____

352. 1. YES _____

353. 2. NO _____

354. CONSULT _____

355. CONSULTING SERVICES _____

356. BIRTH WT. (KG) _____

357. STILLBIRTH (SEX) _____

358. 1. MALE _____

359. 2. FEMALE _____

360. 3. UNKNOWN _____

361. 1. HOME/SELF-CARE _____

362. 2. ICF _____

363. 3. AMIA _____

364. 4. OTHER FACILITY _____

365. 5. IN O.R. _____

366. 6. POSTOP. _____

367. 7. HOME HEALTH _____

368. 8. EXPIRED _____

369. 9. CORONARY CARE _____

370. 1. AUTOPSY _____

371. 2. IN O.R. _____

372. 3. POSTOP. _____

373. 4. CORONARY CARE _____

374. 1. EMERGENCY _____

375. 2. URGENT _____

376. 3. FROM OTHER ACUTE FAC. _____

377. 4. SHF _____

378. 5. THRU EMER. ROOM _____

379. 6. HEADMISSION (7 DAYS) _____

380. 1. YES _____

381. 2. NO _____

382. CONSULT _____

383. CONSULTING SERVICES _____

384. BIRTH WT. (KG) _____

385. STILLBIRTH (SEX) _____

386. 1. MALE _____

387. 2. FEMALE _____

388. 3. UNKNOWN _____

389. 1. HOME/SELF-CARE _____

390. 2. ICF _____

391. 3. AMIA _____

392. 4. OTHER FACILITY _____

393. 5. IN O.R. _____

394. 6. POSTOP. _____

395. 7. HOME HEALTH _____

396. 8. EXPIRED _____

397. 9. CORONARY CARE _____

398. 1. AUTOPSY _____

399. 2. IN O.R. _____

400. 3. POSTOP. _____

401. 4. CORONARY CARE _____

402. 1. EMERGENCY _____

403. 2. URGENT _____

404. 3. FROM OTHER ACUTE FAC. _____

405. 4. SHF _____

406. 5. THRU EMER. ROOM _____

407. 6. HEADMISSION (7 DAYS) _____

408. 1. YES _____

409. 2. NO _____

410. CONSULT _____

411. CONSULTING SERVICES _____

412. BIRTH WT. (KG) _____

413. STILLBIRTH (SEX) _____

414. 1. MALE _____

415. 2. FEMALE _____

416. 3. UNKNOWN _____

417. 1. HOME/SELF-CARE _____

418. 2. ICF _____

419. 3. AMIA _____

420. 4. OTHER FACILITY _____

421. 5. IN O.R. _____

422. 6. POSTOP. _____

423. 7. HOME HEALTH _____

424. 8. EXPIRED _____

425. 9. CORONARY CARE _____

426. 1. AUTOPSY _____

427. 2. IN O.R. _____

428. 3. POSTOP. _____

429. 4. CORONARY CARE _____

430. 1. EMERGENCY _____

431. 2. URGENT _____

432. 3. FROM OTHER ACUTE FAC. _____

433. 4. SHF _____

434. 5. THRU EMER. ROOM _____

435. 6. HEADMISSION (7 DAYS) _____

436. 1. YES _____

437. 2. NO _____

438. CONSULT _____

439. CONSULTING SERVICES _____

440. BIRTH WT. (KG) _____

441. STILLBIRTH (SEX) _____

442. 1. MALE _____

443. 2. FEMALE _____

444. 3. UNKNOWN _____

445. 1. HOME/SELF-CARE _____

446. 2. ICF _____

447. 3. AMIA _____

448. 4. OTHER FACILITY _____

449. 5. IN O.R. _____

450. 6. POSTOP. _____

451. 7. HOME HEALTH _____

452. 8. EXPIRED _____

453. 9. CORONARY CARE _____

454. 1. AUTOPSY _____

455. 2. IN O.R. _____

456. 3. POSTOP. _____

457. 4. CORONARY CARE _____

458. 1. EMERGENCY _____

459. 2. URGENT _____

460. 3. FROM OTHER ACUTE FAC. _____

461. 4. SHF _____

462. 5. THRU EMER. ROOM _____

463. 6. HEADMISSION (7 DAYS) _____

464. 1. YES _____

465. 2. NO _____

466. CONSULT _____

467. CONSULTING SERVICES _____

468. BIRTH WT. (KG) _____

469. STILLBIRTH (SEX) _____

470. 1. MALE _____

471. 2. FEMALE _____

472. 3. UNKNOWN _____

473. 1. HOME/SELF-CARE _____

474. 2. ICF _____

475. 3. AMIA _____

476. 4. OTHER FACILITY _____

477. 5. IN O.R. _____

478. 6. POSTOP. _____

479. 7. HOME HEALTH _____

480. 8. EXPIRED _____

481. 9. CORONARY CARE _____

482. 1. AUTOPSY _____

483. 2. IN O.R. _____

484. 3. POSTOP. _____

485. 4. CORONARY CARE _____

486. 1. EMERGENCY _____

487. 2. URGENT _____

488. 3. FROM OTHER ACUTE FAC. _____

489. 4. SHF _____

490. 5. THRU EMER. ROOM _____

491. 6. HEADMISSION (7 DAYS) _____

492. 1. YES _____

493. 2. NO _____

494. CONSULT _____

495. CONSULTING SERVICES _____

496. BIRTH WT. (KG) _____

497. STILLBIRTH (SEX) _____

498. 1. MALE _____

499. 2. FEMALE _____

500. 3. UNKNOWN _____

501. 1. HOME/SELF-CARE _____

502. 2. ICF _____

503. 3. AMIA _____

504. 4. OTHER FACILITY _____

505. 5. IN O.R. _____

506. 6. POSTOP. _____

507. 7. HOME HEALTH _____

508. 8. EXPIRED _____

509. 9. CORONARY CARE _____

510. 1. AUTOPSY _____

511. 2. IN O.R. _____

512. 3. POSTOP. _____

513. 4. CORONARY CARE _____

514. 1. EMERGENCY _____

515. 2. URGENT _____

516. 3. FROM OTHER ACUTE FAC. _____

517. 4. SHF _____

518. 5. THRU EMER. ROOM _____

519. 6. HEADMISSION (7 DAYS) _____

520. 1. YES _____

521. 2. NO _____

522. CONSULT _____

523. CONSULTING SERVICES _____

524. BIRTH WT. (KG) _____

525. STILLBIRTH (SEX) _____

526. 1. MALE _____

527. 2. FEMALE _____

528. 3. UNKNOWN _____

529. 1. HOME/SELF-CARE _____

530. 2. ICF _____

531. 3. AMIA _____

532. 4. OTHER FACILITY _____

533. 5. IN O.R. _____

534. 6. POSTOP. _____

535. 7. HOME HEALTH _____

536. 8. EXPIRED _____

537. 9. CORONARY CARE _____

538. 1. AUTOPSY _____

539. 2. IN O.R. _____

540. 3. POSTOP. _____

541. 4. CORONARY CARE _____

542. 1. EMERGENCY _____

543. 2. URGENT _____

544. 3. FROM OTHER ACUTE FAC. _____

545. 4. SHF _____

546. 5. THRU EMER. ROOM _____

547. 6. HEADMISSION (7 DAYS) _____

548. 1. YES _____

549. 2. NO _____

550. CONSULT _____

551. CONSULTING SERVICES _____

552. BIRTH WT. (KG) _____

553. STILLBIRTH (SEX) _____

554. 1. MALE _____

555. 2. FEMALE _____

556. 3. UNKNOWN _____

557. 1. HOME/SELF-CARE _____

558. 2. ICF _____

559. 3. AMIA _____

560. 4. OTHER FACILITY _____

561. 5. IN O.R. _____

562. 6. POSTOP. _____

563. 7. HOME HEALTH _____

564. 8. EXPIRED _____

565. 9. CORONARY CARE _____

566. 1. AUTOPSY _____

567. 2. IN O.R. _____

568. 3. POSTOP. _____

569. 4. CORONARY CARE _____

570. 1. EMERGENCY _____

571. 2. URGENT _____

572. 3. FROM OTHER ACUTE FAC. _____

573. 4. SHF _____

574. 5. THRU EMER. ROOM _____

575. 6. HEADMISSION (7 DAYS) _____

576. 1. YES _____

577. 2. NO _____

578. CONSULT _____

579. CONSULTING SERVICES _____

580. BIRTH WT. (KG) _____

581. STILLBIRTH (SEX) _____

582. 1. MALE _____

583. 2. FEMALE _____

584. 3. UNKNOWN _____

585. 1. HOME/SELF-CARE _____

586. 2. ICF _____

587. 3. AMIA _____

588. 4. OTHER FACILITY _____

589. 5. IN O.R. _____

590. 6. POSTOP. _____

591. 7. HOME HEALTH _____

592. 8. EXPIRED _____

593. 9. CORONARY CARE _____

594. 1. AUTOPSY _____

595. 2. IN O.R. _____

596. 3. POSTOP. _____

597. 4. CORONARY CARE _____

598. 1. EMERGENCY _____

599. 2. URGENT _____

600. 3. FROM OTHER ACUTE FAC. _____

601. 4. SHF _____

602. 5. THRU EMER. ROOM _____

603. 6. HEADMISSION (7 DAYS) _____

604. 1. YES _____

605. 2. NO _____

606. CONSULT _____

607. CONSULTING SERVICES _____

608. BIRTH WT. (KG) _____

609. STILLBIRTH (SEX) _____

610. 1. MALE _____

611. 2. FEMALE _____

612. 3. UNKNOWN _____

613. 1. HOME/SELF-CARE _____

614. 2. ICF _____

615. 3. AMIA _____

616. 4. OTHER FACILITY _____

617. 5. IN O.R. _____

618. 6. POSTOP. _____

619. 7. HOME HEALTH _____

620. 8. EXPIRED _____

621. 9. CORONARY CARE _____

622. 1. AUTOPSY _____

623. 2. IN O.R. _____

624. 3. POSTOP. _____

625. 4. CORONARY CARE _____

626. 1. EMERGENCY _____

627. 2. URGENT _____

628. 3. FROM OTHER ACUTE FAC. _____

629. 4. SHF _____

630. 5. THRU EMER. ROOM _____

631. 6. HEADMISSION (7 DAYS) _____

632. 1. YES _____

633. 2. NO _____

634. CONSULT _____

635. CONSULTING SERVICES _____

636. BIRTH WT. (KG) _____

637. STILLBIRTH (SEX) _____

638. 1. MALE _____

639. 2. FEMALE _____

640. 3. UNKNOWN _____

641. 1. HOME/SELF-CARE _____

642. 2. ICF _____

643. 3. AMIA _____

644. 4. OTHER FACILITY _____

645. 5. IN O.R. _____

646. 6. POSTOP. _____

647. 7. HOME HEALTH _____

648. 8. EXPIRED _____

649. 9. CORONARY CARE _____

650. 1. AUTOPSY _____

651. 2. IN O.R. _____

652. 3. POSTOP. _____

653. 4. CORONARY CARE _____

654. 1. EMERGENCY _____

655. 2. URGENT _____

656. 3. FROM OTHER ACUTE FAC. _____

657. 4. SHF _____

658. 5. THRU EMER. ROOM _____

659. 6. HEADMISSION (7 DAYS) _____

660. 1. YES _____

661. 2. NO _____

662. CONSULT _____

663. CONSULTING SERVICES _____

664. BIRTH WT. (KG) _____

665. STILLBIRTH (SEX) _____

666. 1. MALE _____

667. 2. FEMALE _____

668. 3. UNKNOWN _____

669. 1. HOME/SELF-CARE _____

670. 2. ICF _____

671. 3. AMIA _____

672. 4. OTHER FACILITY _____

673. 5. IN O.R. _____

674. 6. POSTOP. _____

675. 7. HOME HEALTH _____

676. 8. EXPIRED _____

677. 9. CORONARY CARE _____

678. 1. AUTOPSY _____

679. 2. IN O.R. _____

680. 3. POSTOP. _____

681. 4. CORONARY CARE _____

682. 1. EMERGENCY _____

683. 2. URGENT _____

684. 3. FROM OTHER ACUTE FAC. _____

685. 4. SHF _____

686. 5. THRU EMER. ROOM _____

687. 6. HEADMISSION (7 DAYS) _____

688. 1. YES _____

689. 2. NO _____

690. CONSULT _____

691. CONSULTING SERVICES _____

692. BIRTH WT. (KG) _____

693. STILLBIRTH (SEX) _____

694. 1. MALE _____

695. 2. FEMALE _____

696. 3. UNKNOWN _____

697. 1. HOME/SELF-CARE _____

698. 2. ICF _____

699. 3. AMIA _____

700. 4. OTHER FACILITY _____

701. 5. IN O.R. _____

702. 6. POSTOP. _____

703. 7. HOME HEALTH _____

704. 8. EXPIRED _____

705. 9. CORONARY CARE _____

706. 1. AUTOPSY _____

707. 2. IN O.R. _____

708. 3. POSTOP. _____

709. 4. CORONARY CARE _____

710. 1. EMERGENCY _____

711. 2. URGENT _____

712. 3. FROM OTHER ACUTE FAC. _____

713. 4. SHF _____

714. 5. THRU EMER. ROOM _____

715. 6. HEADMISSION (7 DAYS) _____

716. 1. YES _____

717. 2. NO _____

718. CONSULT _____

719. CONSULTING SERVICES _____

720. BIRTH WT. (KG) _____

721. STILLBIRTH (SEX) _____

722. 1. MALE _____

723. 2. FEMALE _____

724. 3. UNKNOWN _____

725. 1. HOME/SELF-CARE _____

726. 2. ICF _____

727. 3. AMIA _____

728. 4. OTHER FACILITY _____

729. 5. IN O.R. _____

730. 6. POSTOP. _____

731. 7. HOME HEALTH _____

732. 8. EXPIRED _____

733. 9. CORONARY CARE _____

734. 1. AUTOPSY _____

735. 2. IN O.R. _____

736. 3. POSTOP. _____

7

REPORT PERIOD: 01/01/85 - 01/31/85
 01 - 000001
 HCAUTR TEST HOSPITAL 0
 DATE PREPARED: 01/01/85
 PAGE 1

SEQ: PROC CODE - MED REC NUMBER OPERATION INDEX - 218 608-C01488

| QDQ | OTHER DIAGNOSES | PROC CODE | OPERATION INDEX | AS PRINCIPAL PROCEDURE | AS ASSOCIATED PROCEDURE | OPTIONAL AREA | MED REC NO | PATIENT NAME | ABSTRACT NO | DATE | TIME | STATUS |
|-----|-----------------|----------------------|-----------------|-------------------------------------|-------------------------|--------------------|------------|--------------|-------------|------|------|--------|
| 474 | P 7360 486 | 0180 0180 7180 | 0124R | SUBMUCOUS RESECTION OF NASAL SEPTUM | 215 215 2187 | 0105 4 1 1 1 01/82 | 448686 | 1A | 1 | 422 | | |
| 478 | P 7360 486 | 0180 0180 7180 | 0124R | OTHER RHINOPLASTY | 2187 215 2187 | 0105 4 1 1 1 01/82 | 448686 | 1A | 1 | 422 | | |
| 474 | P 7360 486 | 0180 0180 7180 | 0124R | AS ASSOCIATED PROCEDURE | 2187 215 2187 | 0105 4 1 1 1 01/82 | 448686 | 1A | 1 | 422 | | |
| 474 | P 7360 486 | 0180 0180 7180 | 0124R | TONSILLECTOMY WITH ADENOTOMY | 2187 215 2187 | 0105 4 1 1 1 01/82 | 448686 | 1A | 1 | 422 | | |
| 474 | P 7360 486 | 0180 0180 7180 | 0124R | AS PRINCIPAL PROCEDURE | 2187 215 2187 | 0105 4 1 1 1 01/82 | 448686 | 1A | 1 | 422 | | |
| 474 | P 7360 486 | 0180 0180 7180 | 0124R | AS ASSOCIATED PROCEDURE | 2187 215 2187 | 0105 4 1 1 1 01/82 | 448686 | 1A | 1 | 422 | | |
| 474 | P 7360 486 | 0180 0180 7180 | 0124R | LARYNGOSCOPY AND OTHER TRACHEOSCOPY | 2187 215 2187 | 0105 4 1 1 1 01/82 | 448686 | 1A | 1 | 422 | | |
| 474 | P 7360 486 | 0180 0180 7180 | 0124R | AS ASSOCIATED PROCEDURE | 2187 215 2187 | 0105 4 1 1 1 01/82 | 448686 | 1A | 1 | 422 | | |
| 474 | P 7360 486 | 0180 0180 7180 | 0124R | SEGMENTAL RESECTION OF LUNG | 2187 215 2187 | 0105 4 1 1 1 01/82 | 448686 | 1A | 1 | 422 | | |
| 474 | P 7360 486 | 0180 0180 7180 | 0124R | AS PRINCIPAL PROCEDURE | 2187 215 2187 | 0105 4 1 1 1 01/82 | 448686 | 1A | 1 | 422 | | |
| 474 | P 7360 486 | 0180 0180 7180 | 0124R | AS ASSOCIATED PROCEDURE | 2187 215 2187 | 0105 4 1 1 1 01/82 | 448686 | 1A | 1 | 422 | | |
| 474 | P 7360 486 | 0180 0180 7180 | 0124R | ENDOSCOPIC BRONCHIAL BIOPSY | 2187 215 2187 | 0105 4 1 1 1 01/82 | 448686 | 1A | 1 | 422 | | |
| 474 | P 7360 486 | 0180 0180 7180 | 0124R | AS PRINCIPAL PROCEDURE | 2187 215 2187 | 0105 4 1 1 1 01/82 | 448686 | 1A | 1 | 422 | | |
| 474 | P 7360 486 | 0180 0180 7180 | 0124R | AS ASSOCIATED PROCEDURE | 2187 215 2187 | 0105 4 1 1 1 01/82 | 448686 | 1A | 1 | 422 | | |

Reprinted with permission of the McDonnell-Douglas Health Information Systems Company

FIGURE 4. PRINT OUT FROM AUTOMATED OPERATION INDEX

L. INDEKS DOKTER

JENIS-JENIS

Indeks dokter menyediakan setiap anggota staf medis sebuah catatan pasien-pasien yang diobati. Entri di dalam indeks dokter biasanya berupa nama dan nomor catatan medis pasien, tapi bisa juga berisi data lain seperti layanan rumah sakit, lama menginap, tagihan-tagihan dan biaya. Indeks ini bisa juga menunjukkan pasien mana yang dokternya berperan sebagai ahli bedah atau konsultan, hasil akhir perawatan, dan setiap data lain yang mungkin diinginkan. Kalau komputer rumah sakit atau pelayanan data pemulangan dipakai untuk mengindeks penyakit dan prosedur, maka pembuatan indeks dokter merupakan proses yang sederhana. Daftar bulanan atau tahunan mengenai dokter dan nama-nama pasiennya bisa dipelihara (Gambar 5).

Indeks terkomputer menyediakan berbagai profil dokter. Cetakan bisa dihasilkan kapan diminta atau ditayangkan pada layar terminal. Karena data ini bersifat rahasia, akses ke indeks dokter terkomputer hanya tersedia bagi yang diberi hak oleh fasilitas untuk mendapatkan data tersebut. Sebuah sistem komputer juga menguntungkan karena data bisa diringkaskan begitu pasien telah dipulangkan, dan komputer digunakan untuk mengolah data untuk menghasilkan semua laporan yang diperlukan.

M. REGISTER

Beberapa register yang menyediakan daftar kronologis berbagai data disimpan di fasilitas pelayanan kesehatan. Register ini dibuat dan disimpan di bagian-bagian sebagai rujukan atau kontrol terhadap informasi dasar. Setiap bagian yang ingin menyimpan data dasar untuk memantau beban kerjanya bisa menyimpan sebuah register. Misalnya register radiologi, register terapi fisik, register implant, register trauma, register diabetes, register cacat lahir, dan register pelayanan gawat-darurat. Beberapa di antara register yang lebih sering terdapat dibahas disini.

REGISTER ADMISI DAN DISCHARGE PASIEN

Banyak state yang mengharuskan agar register admisi dan discharge disimpan di dalam fasilitas. Sistem-sistem otomatis akan menghasilkan laporan ini dengan mudah. Register admisi disusun secara kronologis menurut tanggal dan waktu admisi.

Register discharge bisa pula disusun secara kronologis berdasarkan tanggal pulang. Informasi yang tercatat di dalam register harus minimal tapi berguna dan cukup untuk memenuhi persyaratan hukum. Register hendaknya hanya berisi hal-hal yang perlu untuk rujukan cepat. Item-item yang bisa masuk di dalam register admisi dan discharge adalah:

| Admisi | Discharge |
|---------------------|------------------------------------|
| Nomor catatan medis | Nomor catatan medis |
| Jenis admisi | -- seperti tertulis pada admisi -- |
| Admisi | Nama pasien |
| Nama pasien | Tanggal discharge atau meninggal |
| Tanggal admisi | Status discharge |
| Dokter | Dokter |

Analisis terhadap formulir survei dan kuesyener yang diterima fasilitas secara rutin dapat membantu menentukan data yang perlu dimasukkan ke dalam register ini.

Register-register ini harus disimpan secara permanen karena mereka merupakan daftar kronologis semua admisi dan discharge ke dan dari fasilitas. Pada sistem indeks manual, mereka

berperan sebagai back-up bagi IUP seandainya KIUP salah letak. Pada interval yang telah ditetapkan, register ini bisa dijadikan mikrofilm. Di berbagai fasilitas salinan daftar admisi dan discharge harian disimpan dan berperan sebagai register admisi dan discharge. Pada hampir semua fasilitas, register admisi dan discharge telah memakai komputer dan diakses melalui terminal atau disimpan dalam bentuk cetakan komputer.

REGISTER KAMAR OPERASI

Register ini disimpan di kamar operasi, dipelihara selama 10 tahun; berisi tanggal operasi, nama pasien, nomor catatan medis, serta nama ahli bedah dan asistennya. Register yang sering terkomputer ini menyediakan data statistik untuk analisis 'case-load' (beban kasus) dan laporan administrasi. Setelah 10 tahun mereka tidak diperlukan lagi karena semua informasi mengenai seseorang bisa ditemukan di dalam catatan medis.

REGISTER KELAHIRAN DAN KEMATIAN

Beberapa state tidak menyediakan salinan sertifikat kelahiran, kematian janin, atau kematian untuk catatan medis. Informasi dari sertifikat kelahiran bisa disalin ke dalam register kelahiran, dan informasi dari sertifikat kematian ke dalam register kematian. Cara ini menyediakan informasi yang siap diakses tanpa merujuk catatan medis. Di beberapa state undang-undang mengharuskan adanya register ini, dan direktur informasi kesehatan harus mempelajari persyaratan spesifik masing-masing state.

Kalau state mengharuskan penggunaan sertifikat kematian janin dan register kelahiran, kematian janin bisa ditulis dengan tinta merah, secara kronologis bersama kelahiran hidup; atau halaman khusus bisa disediakan untuk kematian janin di bagian belakang buku. Apa pun cara yang digunakan, prosedurnya harus dijelaskan di bagian depan register, sehingga semua orang akan tahu cara pencatatan kematian janin.

PELAYANAN GAWAT DARURAT

Register untuk memantau pasien layanan gawat darurat harus dipelihara untuk penyediaan data laporan administrasi dan untuk pemenuhan standard JCAHO.

JCAHO menentukan bahwa sebuah register kontrol harus dipelihara terus menerus dan harus berisi sekurang-kurangnya informasi berikut untuk semua orang yang mencari pelayanan: identitas, seperti nama, usia, dan jenis kelamin; tanggal, jam, dan cara datang; jenis keluhan; disposisi; dan waktu pulang. Nama orang yang meninggal ketika datang juga dimasukkan ke dalam register.

Informasi dari register bisa membantu perencanaan jumlah dan jenis staf layanan gawat darurat, dan bisa digunakan untuk memilih catatan dalam mengevaluasi kepantasan dan mutu pelayanan yang diberikan di layanan gawat darurat.

Pada sistem terkomputer, catatan bagian gawat darurat diringkaskan dan informasi yang perlu untuk perencanaan bisa dimanipulasi melalui pelaporan fleksibel. Data detil bisa diringkaskan untuk memberikan informasi bagi perencanaan dan penelitian layanan gawat darurat.

N. REGISTRASI KANKER

Registri kanker ("Cancer Registry") diadakan untuk pengumpulan dan pemeliharaan data komprehensif asuhan pasien kanker. Dua objektif utamanya adalah menyediakan follow up seumur hidup bagi pasien kanker, dan menyediakan informasi yang berarti bagi dokter dalam evaluasi asuhan pasien dan riset.

Sejak tahun 1913 American College of Surgeons (ACS) telah menyadari perlunya perbaikan asuhan pasien kanker. Pada tahun 1956, sebagai bagian dari tujuannya untuk menyediakan asuhan terbaik bagi pasien kanker, Komisi Kanker ACS membuat syarat untuk menyetujui program kanker suatu rumah sakit. Ini mencakup registri kanker yang berfungsi, komite kanker, konferensi kanker, dan evaluasi asuhan pasien.

JENIS-JENIS

Pada dasarnya terdapat tiga jenis registri kanker: registri berbasis rumah sakit, registri sentral, dan registri khusus. Registri berbasis rumah sakit hanya untuk pasien kanker yang diobati pada fasilitas asuhan kesehatan tertentu. Registri sentral bisa berbasis masyarakat atau merupakan registri utama untuk sekelompok registri berbasis rumah sakit. Registri sentral mengumpulkan data dari wilayah tertentu, jadi mengumpulkan informasi yang cukup untuk penelitian tren dalam terjadinya kanker, pengobatan, dan hasilnya. Registri khusus mengumpulkan data satu jenis kanker seperti leukemia, kanker paru-paru, kanker mammae, penyakit Hodgkin, dsb.

Apa pun jenis registri, pengumpulan dan analisis data semua pasien kanker untuk perbaikan pengelolaan kanker di masa kini dan datang, tetap merupakan tujuan dasar program kanker.

FORMAT REGISTRASI KANKER

Registri kanker mengumpulkan data dari semua pasien rawat inap dan rawat jalan di suatu fasilitas tanpa mempedulikan tempat ia pertama kali didiagnosa. Identifikasi kasus

merupakan proses untuk memastikan agar semua kasus kanker yang bisa dilaporkan telah dimasukkan. Bagian informasi kesehatan merupakan bagian yang paling mungkin untuk identifikasi kasus. Indeks penyakit merupakan sumber untuk penemuan kasus, karena merupakan daftar lengkap discharge pasien yang dikelompokkan menurut diagnosis menggunakan sistem klasifikasi fasilitas tersebut.

Cara lain identifikasi kasus kanker adalah melalui bagian patologi, radiologi, dan rawat jalan, karena mereka sering melakukan pengujian dan menyediakan pengobatan pasien kanker. Suatu prosedur hendaknya dibuat untuk memungkinkan registrar (kepala registri) memeriksa register bagian-bagian ini secara rutin atau mendapatkan salinan laporan patologi yang sesuai.

Sebuah registri kanker yang berfungsi secara benar memiliki empat komponen dasar untuk bisa menyimpan dan memetik informasi dengan benar.

a) Master index file

Arsip indeks utama pada registri kanker memiliki tujuan yang sama dengan indeks utama pasien di rumah sakit. Arsip ini merupakan daftar alfabet semua pasien yang memasuki registri. Informasi di dalamnya biasanya mencakup nama pasien, jenis kelamin, tanggal lahir, nomor rumah sakit, nomor akses, tanggal(-tanggal) diagnosis, usia pada saat diagnosis, diagnosis (situs primer dan jenis), dan tanggal kematian.

Banyak tersedia sistem komputer untuk registri kanker. Sistem-sistem ini meringkaskan kasus-kasus kanker dan selanjutnya menghasilkan arsip indeks utama. Kalau arsipnya dibuat secara manual, maka data dicatat pada satu kartu untuk setiap pasien.

b) Accession register

Register akses merupakan buku yang terjilid longgar (loose-leaf), atau cetakan komputer yang berisi daftar kronologis semua kasus kanker. Kasus-kasus diberi sebuah nomor registri atau akses menurut tahun akses. Misalnya, sistem penomoran untuk kasus-kasus yang dimasukkan pada tahun 1990 akan tertulis 90-001, 90-002, dst. Informasi tambahan mencakup: nama pasien, nomor rumah sakit, diagnosis - situs primer, dan tanggal diagnosis. Register akses digunakan untuk menilai beban kerja registri, memantau identifikasi kasus, dan mengaudit arsip registri untuk mencari ringkasan yang hilang.

c) Case files

Arsip kasus adalah ringkasan yang telah dipersiapkan pada 'analytical cancer patients', yaitu orang-orang yang telah didiagnosa dan/atau menerima sebagian atau keseluruhan pengobatan pertamanya pada fasilitas yang melaporkannya. Kasus-kasus non-analitis tidak perlu diringkaskan; namun, kasus-kasus tersebut perlu ditambahkan dan dimasukkan ke dalam indeks utama pasien.

Data yang diringkaskan pada pasien kanker analitis harus memenuhi standard minimum yang ditetapkan oleh ACS untuk persetujuan program kanker. Informasi yang diperlukan mencakup: informasi identifikasi seperti usia, jenis kelamin, ras, tempat tinggal; riwayat medis kanker yang mencakup situs primer, tanggal diagnosis pertama, jenis jaringan, stadium, dsb.; prosedur yang dilakukan seperti biopsi, sinar X dan pembedahan, yaitu nama, tanggal, dan hasilnya; pengobatan yang dilakukan seperti pembedahan, radiasi, kemoterapi; dan informasi follow up seperti pengobatan selanjutnya, dan status pasien.

Pada registri kanker manual, ringkasan sebaiknya diarsipkan menurut situs primer, yang disusun menurut abjad pada tahun penambahannya pada arsip. Karena permintaan informasi biasanya mengenai suatu situs atau kanker spesifik, cara pengarsipan ini memungkinkan pengambilan ringkasan pada waktunya.

Untuk pasien dengan situs primer ganda, satu abstrak dibuat untuk setiap situs primer yang didiagnosa atau diobati pada fasilitas, dan dirujuk silang. Abstrak-abstrak ini diperbarui pada setiap readmisi atau pemeriksaan tahunan.

d) Arsip follow-up

Satu di antara fungsi utama registri kanker adalah untuk memastikan bahwa pasien kanker memperoleh pengamatan dan pengelolaan yang teratur berkelanjutan. Sekali pasien telah diringkaskan, follow-up dilakukan seumur hidup. Setiap bulan registrar (pengelola registri) merujuk arsip follow-up untuk menentukan pasien mana yang akan diperiksa pada bulan tersebut. Arsip ini mengidentifikasi kasus-kasus yang sudah harus di-follow-up dan kadang-kadang disebut arsip 'tickle' (peringatan). Arsip tersebut terdiri dari dua set guide dengan pembagian lebih lanjut untuk setiap bulan dan tahun. Sekali pasien berhasil di-follow-up, kartunya diarsipkan dibalik bulan yang sesuai untuk tahun berikut. Misalnya, setelah seorang pasien diperiksa dokter pada Agustus 1993, kartunya diarsipkan dibalik guide Agustus 1994 untuk mengingatkan registrar bahwa pasien ini akan diperiksa lagi pada bulan tersebut. Proses ini berlanjut seumur hidup pasien.

Suatu readmisi dianggap sebuah follow-up, jadi kalau pasien harus di-follow-up April 1994, tapi dirawat di fasilitas Februari 1994, maka tidak perlu membuat follow-up untuk bulan April tahun tersebut. Kartu pasien diarsipkan di balik guide Februari 1995.

Informasi yang terdapat pada kartu follow-up mencakup: nama pasien, alamat dan nomor telpon, nomor catatan medis dan nomor akses, nama dan alamat keluarga atau kontakannya, diagnosis, dan tanggal-tanggal follow-up. Pasien dengan lebih dari satu situs primer hanya perlu satu kartu yang berisi situs-situs tersebut dan tanggal diagnosisnya untuk tujuan rujukan silang.

Urutan kerja berikut ini merupakan suatu prosedur follow-up:

Pertama, catatan kesehatan direview, karena sering memberikan informasi akan berbagai pemeriksaan. Selanjutnya, dokter yang merawat dikirim surat formulir yang meminta informasi mengenai kesehatan pasien. Surat ini harus dipersiapkan sedemikian rupa sehingga dokter hanya perlu memberi tanda pada pernyataan yang sesuai. Kalau dokter tidak mengembalikan formulir ini, maka surat kedua dikirimkan sekitar satu bulan kemudian. Kalau dokter tidak lagi memiliki kontak dengan pasien, registrar umumnya akan memperoleh izin umum ('blanket consent') dari komite kanker untuk mengontak pasien. Karena jenis penyakit ini sensitif, cara pendekatan kepada pasien harus sangat hati-hati. Tidak boleh dibuat arahan mengenai diagnosa pasien, dan perlunya pemeriksaan yang teratur harus ditekankan. Beberapa registrar membantu pasien membuat appointment dengan dokternya. Pada banyak kasus, kontak dengan pasien menghendaki waktu yang banyak, kemauan keras, dan kerja menyelidik. Kalau pasien tidak bisa dihubungi melalui telpon atau surat, alternatifnya bisa berupa:

- kirimkan surat tercatat yang harus ditandatangani si alamat
- kontak majikannya; periksa kantor pos; dan
- periksa kolom-kolom duka ('obituaries') di surat kabar.

Sebuah program kanker rumah sakit harus bekerja keras untuk mempertahankan angka keberhasilan follow-up sedikitnya 90% untuk memenuhi satu di antara syarat persetujuan ACS, jadi fasilitas tersebut harus berusaha mencari pasien kanker yang hilang.

REGISTRAR TUMOR

Tanggung jawab memelihara registri kanker biasanya diberikan pada registrar tumor. Ia bisa bergelar RRA (registered record administrator) atau ART (accredited record technician), atau cukup seseorang yang dilatih pada pekerjaan itu pada workshop tambahan yang diselenggarakan ACS. National Cancer Registrars Association (NCRA) mengesahkan registrar tumor berijazah (Certified Tumor Registrar = CTR) yang telah lulus ujian sertifikasi yang diselenggarakan oleh NCRA.

Registrar harus memiliki pengetahuan lengkap mengenai proses penyakit dan memahami cara dan prosedur yang digunakan untuk mendiagnosa kanker. Registrar harus memahami susunan dan isi catatan medis dan mengetahui tempat mencari informasi yang sesuai mengenai kanker. Registrar yang efektif harus mampu memahami laporan diagnostik dan tahu apa yang perlu dicatat pada ringkasan. Ia juga harus memiliki keterampilan statistik dan analisis supaya bisa menghasilkan laporan yang berarti.

REGISTRI KANKER DENGAN KOMPUTER SENDIRI

Dengan sistem komputer on-line, keempat komponen utama registri kanker bisa disimpan di dalam sebuah komputer. Fungsi-fungsi yang dilakukan pada registri manual juga digunakan pada registri otomatis. Perbedaannya adalah dalam waktu yang diperlukan untuk menjalankan pekerjaan dan mutu kerja yang dihasilkan.

Setelah sebuah kasus diidentifikasi untuk masuk ke dalam program kanker, nama pasien dimasukkan melalui keyboard, dan komputer dengan cepat mencari nama tersebut. Kalau pasien pernah terdaftar sebelumnya, registrar akan tahu bahwa status pasien saat itu perlu diperbarui. Kalau tidak ada data mengenai pasien, maka ia secara otomatis diberi nomor akses oleh komputer dan ditambahkan pada arsip indeks utama sebagai pasien kanker yang baru.

Data dikode untuk topografi dan histologi menggunakan International Classification of disease for Oncology (ICD-O). Staging (penentuan sampai sejauh mana neoplasma telah berlanjut) dikode menurut pedoman staging untuk program Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) dari National Cancer Institute. Sebagai tambahan pada staging SEER, kasus-kasus harus juga ditentukan stadiumnya menurut sistem TNM (Tumor, Node, dan Metastasis) dari American Joint Committee on Cancer.

Peringkasan dengan komputer menjamin keseragaman pada pembuatan kesimpulan kasus, karena registrar terpaksa mencari catatan medis untuk menjawab pertanyaan yang diajukan oleh komputer.

Selama proses entri, data muncul di layar sehingga registrar bisa dengan segera memeriksa kebenaran data yang dimasukkan. Sebagai tambahan, komputer diprogram untuk hanya menerima kode-kode tertentu saja untuk masing-masing item data.

Sedekat mungkin dengan saat discharge, sebuah ringkasan kasus dicetak menurut bahasa alamiah (tidak dikode) yang ditentukan oleh ACS. Untuk memudahkan pengelolaan asuhan, salinan-salinan dibuat untuk disisipkan pada catatan medis pasien dan untuk dokter yang merawat; sebuah salinan juga disimpan pada registri kanker.

Fungsi follow-up registri kanker manual biasanya menyita banyak waktu. Pada proses otomatis, komputer mengeluarkan daftar bulanan pasien yang harus di-follow-up. Surat-surat yang akan dikirim ke dokter secara otomatis dicetak oleh komputer. Surat dirancang untuk memudahkan respons dokter dan untuk membantu masukan langsung ke komputer. Surat-surat yang dikirimkan ke pasien atau keluarganya bisa juga dihasilkan dari komputer. Melalui penggunaan word processor, surat-surat ini bisa ditulis secara khusus untuk memenuhi kebutuhan unik masing-masing pasien.

PEMBUATAN LAPORAN

Registri berkomputer membuat data selalu tersedia untuk pengelolaan asuhan pasien. Mutu datanya sangat handal dan peneliti bersemangat meminta informasi.

Komputer menghasilkan tiga jenis laporan dasar: kesimpulan kasus, laporan rutin seperti register akses dan arsip indeks utama yang dirujuk setiap hari, dan laporan tidak rutin untuk menjawab berbagai permintaan informasi. Laporan rutin bisa dicetak dalam malam hari. Karena setiap item data di komputer bisa diakses secara independen, laporan bisa dibuat menurut situs kanker, histologi, angka 'survival' menurut situs kanker, dsb. Penyimpanan data diatur sedemikian rupa sehingga setiap item data merupakan variabel kunci dan diakses menurut variabel tersebut. Kesanggupan untuk menghasilkan laporan ad hoc (di luar rencana) merupakan elemen kunci.

REGISTRI KANKER MULTIHOSPITAL

Sebuah registri kanker multihospital mengumpulkan data pasien kanker dari beberapa rumah sakit yang berpartisipasi di satu area geografis. Keuntungan langsung dan paling disyukuri pada pengaturan ini adalah hapusnya usaha ganda. Sering pasien yang mulanya didiagnosa di satu fasilitas menerima pengobatan dan follow up di fasilitas lain. Pada sistem multihospital yang on-line, semua data seorang pasien tersimpan pada satu nomor, dan bisa diakses oleh semua fasilitas yang mengobati pasien tersebut. Setiap fasilitas bisa menambahkan data pada arsip pasien, sehingga mempertahankan registri yang berisi data terbaru. Hanya fasilitas yang pertama kali mengisikan data pasien yang bertanggung jawab untuk melaksanakan follow-up. Untuk menjamin kerahasiaan, sistem tidak mengizinkan suatu fasilitas mengakses arsip pasien kecuali kalau pasien ternyata sedang diobati oleh fasilitas yang meminta informasi.

Pada registri kanker multihospital, data yang dikumpulkan oleh setiap fasilitas yang berpartisipasi memiliki standard yang sama. Jadi, penelitian perbandingan dan epidemiologis bisa dengan mudah dipersiapkan.

O. MUTU DATA

Kontrol mutu pengkodean, pengindeksan, dan peringkasan merupakan tanggung jawab direktur bagian informasi kesehatan.

Untuk memastikan mutu data pada suatu sistem informasi medis, prosedur dan kontrol spesifik harus didefinisikan di dalam setiap proses pada alir data catatan medis. Kesalahan bisa terjadi ketika data dimasukkan ke dalam catatan medis (dokumentasi), ketika data diambil dari catatan (peringkasan), ketika data diubah (pengkodean), ketika data diproses secara manual atau

elektronik (pengindeksan), dan ketika data catatan medis digunakan (interpretasi). Prosedur dan kontrol ini bisa dikategorikan sebagai:

1. Penentuan Standard - Dasar pengukuran kepatuhan akan ciri terbaik: handal, sah, tepat waktu, lengkap, bisa diakses, kerahasiaan, dan keamanan (reliability, validity, timeliness, completeness, accessibility, confidentiality, and security).
2. Kontrol Mutu - Mengukur kinerja, membandingkannya dengan standard dan berusaha mengatasi perbedaannya.
3. Audit - Pemeriksaan tentang mutu keluaran dari suatu sistem data, dan tentang cukupnya prosedur kontrol mutu untuk sistem-sistem ini.

Misalnya, harus dikembangkan suatu prosedur yang selalu membantu pembuatan ringkasan catatan medis secara independen, diikuti pembandingan dan penyesuaiannya dengan ringkasan asli, dalam upaya untuk mengevaluasi kehandalan data yang dipelihara di bagian informasi kesehatan.

Penelitian keandalan yang harus dilakukan secara teratur memiliki pertanyaan, “Apakah petugas ringkasan yang sama membuat keputusan atau kebijaksanaan yang sama dua kali?”, dan penelitian yang menanyakan, “Apakah dua petugas ringkasan akan memberikan pendapat yang sama ketika menyelesaikan sebuah ringkasan?”. Hasil yang diperoleh dari penelitian ini harus dibandingkan dengan standard bagian yang berlaku untuk pengkodean/peringkasan dan perbaikan kalau perlu harus dilakukan.

Sebagai tambahan, audit harus dilakukan untuk menilai ketepatan dan kelengkapan sistem-sistem indeks dan data.

P. KESIMPULAN

Indeks dan register adalah sumber informasi penting yang umumnya dikumpulkan oleh staf bagian informasi kesehatan.

Jumlah dan jenis data yang akan disimpan untuk setiap rawat inap pasien tergantung pada kebutuhan masing-masing fasilitas dan persyaratan lisensi dan akreditasi. Permintaan informasi harus dipantau untuk menentukan data yang perlu dipelihara, karena pemeliharaan

indeks dan register bisa sangat mahal baik menurut hitungan waktu petugas mau pun dalam aktifitas penyimpnan atau komputerisasi.

Pada hampir semua fasilitas, sokongan komputer internal atau eksternal tersedia untuk membantu staf bagian informasi kesehatan memelihara indeks dan register secara efektif dan efisien. Profesional informasi kesehatan harus selalu diberitahu mengenai pelayanan yang bisa disediakan oleh data discharge, dan juga penerapan catatan medis yang bisa diselesaikan pada komputer personal di fasilitas kecil.

Karena peranan penting indeks dan register dalam pengelolaan asuhan pasien dan riset, perencanaan fasilitas, dan aktifitas reimbursement, mutu data harus secara teratur dinilai sebagai bagian dari program pemeliharaan mutu bagian. Sebagai tambahan, manual-manual prosedur dan kinerja petugas harus secara teratur dinilai untuk memastikan bahwa indeks dan register yang tepat waktu dan akurat dipelihara secara 'cost-effective'.

Q. PERTANYAAN

1. Buat daftar alasan kenapa IUP dianggap alat yang paling penting di fasilitas asuhan kesehatan.
2. Sebutkan tujuan indeks nomor, dan indeks penyakit dan operasi.
3. Bicarakan alternatif dari penggunaan sistem manual, pelayanan data eksternal, atau sistem komputer fasilitas untuk fungsi peringkasan dan pengindeksan layanan catatan medis.
4. Uraikan fungsi register, dan sebutkan empat jenis register yang bisa dipelihara.
5. Uraikan tujuan registri kanker, dan jelaskan bagaimana penggunaan data yang telah dikumpulkan.
6. Bicarakan prosedur dan kontrol yang bisa digunakan di bagian informasi kesehatan untuk memastikan mutu data, dan jelaskan bagaimana masing-masing kontrol berfungsi.

IX. SISTEM-SISTEM NOMENKLATUR DAN KLASIFIKASI

Informasi yang terdapat di dalam rekam medis memiliki nilai yang terbatas kalau tidak dikategorikan dan diproses dalam cara yang memberikan arti. Institusi pelayanan kesehatan harus mampu mempelajari pola penyakit dan cedera yang diobatinya sesuai dengan tujuan klinis, keuangan dan administratif. Perbandingan data pelayanan antara masing-masing fasilitas di suatu daerah atau negara, atau antar negara adalah vital untuk pertumbuhan informasi medis di seluruh dunia. Informasi ini akan menjadi tidak berguna tanpa penggunaan sistem-sistem yang distandarisasikan untuk identifikasi dan klasifikasi proses-proses penyakit. Selama bertahun-tahun, sejumlah sistem standard telah dikembangkan untuk mengklasifikasikan dan mencatat informasi penyakit untuk tujuan perbandingan.

Dua istilah yang sering dihubungkan dengan data pelayanan kesehatan adalah nomenklatur dan klasifikasi. Walau sering digunakan secara bergantian untuk maksud yang sama, istilah ini akan memiliki makna yang berbeda kalau dipakai untuk perbandingan data penyakit dan hendaknya tidak dipakai secara salah.

Penelitian yang akurat mengenai penyakit yang diobati di suatu institusi tidak akan bisa dilakukan kecuali sebuah nomenklatur penyakit telah digunakan secara benar. Kata "nomenklatur" berasal dari nomen dan clature (Latin) yang masing-masingnya berarti nama dan memanggil. Jadi istilah ini berarti 'memanggil nama', dan didefinisikan sebagai sistem penamaan yang digunakan dalam ilmu pengetahuan dan seni. Nomenklatur medis adalah sistem yang diakui dalam terminologi yang dipilih untuk penamaan proses-proses penyakit. Di masa lalu, variasi-variasi terminologi penyakit telah menyebabkan sulitnya penelitian komparatif. Satu penyakit bisa disebutkan dalam beberapa istilah; begitu pula satu istilah telah digunakan untuk dua atau lebih penyakit yang berbeda. Misalnya, penyakit Parry, Graves, Flajani, dan Basedow, semuanya adalah toxic diffuse goiter. Penyakit Recklinghausen bisa dianggap multiple neurofibroma atau osteitis fibrosa cystica.

Sebaliknya sistem klasifikasi menekankan pada pengelompokan entitas yang berhubungan untuk menghasilkan informasi statistik yang diperlukan. Sistem klasifikasi medis menyediakan cara untuk menyusun entitas penyakit yang berhubungan di dalam kelompok-kelompok untuk pelaporan data statistik. Berbeda dengan nomenklatur, sistem klasifikasi biasanya berisi semua istilah - bukan saja istilah yang dianggap pantas oleh nomenklatur - untuk memudahkan kategorisasi. Sistem klasifikasi medis menstandarkan kondisi atau prosedur medis

yang akan dikelompokkan, sedangkan nomenklatur medis menstandarkan terminologi. Sistem klasifikasi yang efektif mengikuti tiga aturan dasar:

1. Set kategori harus berasal dari satu prinsip klasifikasi, misalnya situs anatomis, etiologi, atau spesialisasi.
2. Set kategori harus habis-habisan, dengan memungkinkan setiap istilah diagnostik atau operatif bisa diletakkan di dalam suatu kategori pada sistem klasifikasi itu. Dengan perkataan lain, ada tempat untuk semua.
3. Kategori di dalam sistem klasifikasi harus saling eksklusif, sehingga tidak mungkin meletakkan satu istilah diagnosa atau pengobatan pada lebih dari satu kategori. Jadi, semua memiliki tempat di dalam sistem.

Kalau digunakan secara benar, sistem nomenklatur dan klasifikasi harus saling melengkapi di dalam pencatatan informasi medis.

A. NOMENKLATUR

Jumlah orang yang bekerja di lapangan pelayanan kesehatan meningkat dengan pesat. Hal ini, ditambah dengan peningkatan jumlah dan jenis spesialis pelayanan kesehatan, menghendaki adanya komunikasi yang jelas mengenai kondisi pasien. Penggunaan terminologi standard untuk menguraikan kemajuan klinis dan prosedur pengobatan adalah penting untuk memastikan bahwa semua orang-orang yang terlibat langsung atau tidak langsung di dalam pelayanan pasien memiliki pemahaman yang seragam tentang penyakit pasien.

Berbagai usaha telah dilakukan selama bertahun-tahun untuk bisa secara tepat menjelaskan dan mengidentifikasi semua entitas penyakit yang diketahui manusia. Satu di antara usaha yang berhasil dimulai tahun 1889 pada saat sebuah komisi internasional tentang nomenklatur ditunjuk oleh Anatomical Society. Laporan komisi ini tahun 1895 diterima pada pertemuan di Basle, Swiss; dikenal sebagai Basle Nomina Anatomica (BNA). Hal ini diperlukan karena pada saat itu 50.000 istilah anatomis ditemukan di dalam literatur untuk 4.500 struktur. Revisi terhadap hasil pekerjaan ini terus bermunculan, dan sebagian besar nomenklatur penyakit mendasarkan terminologi klasifikasi anatomisnya pada laporan ini.

NOMENKLATUR AWAL DI USA

(a) *Standard Nomenclature of Diseases and Operations (SNDO)*

Walau pun beberapa nomenklatur awal diterbitkan di USA, SNDO merupakan nomenklatur medis pertama yang diterima secara universal. Nomenklatur ini diawali oleh *Standard Classified Nomenclature of Disease* yang mulai dirancang tahun 1928 ketika New York Academy of Medicine mengadakan konferensi untuk merumuskan nomenklatur yang bisa diterima sebagai standard di USA. Pada pertemuan ini dibentuk National Conference on

Nomenclature of Disease. Pada musim gugur 1930 disetujui rancangan dasar yang menyediakan klasifikasi kembar. Setiap penyakit diklasifikasikan menurut lokasi anatomis dan penyebab (etiologi). Nomor-nomor kode yang mirip dengan penomoran buku di perpustakaan telah disetujui. Edisi resmi pertama diterbitkan tahun 1933, dan yang kedua tahun 1935. Tahun 1937, hak cipta dan tanggung jawab pengeditan diserahkan kepada AMA. Pada tahun 1942, edisi ketiga *Standard Nomenclature of Diseases* dan edisi pertama *Standard Nomenclature of Operations* diterbitkan dalam satu volume berjudul *Standard Nomenclature of Diseases and Standard Nomenclature of Operations*. Setelah AMA menunjukkan kesediaannya untuk terus bertanggung jawab dalam meneruskan revisi nomenklatur standard ini, maka publikasi sistem-sistem lain dihentikan untuk menjaga keseragaman. Edisi terakhir (ke-5) *Standard Nomenclature of Diseases and Operations* diterbitkan tahun 1951.

SNDO adalah sistem klasifikasi kembar, cara menguraikan entitas penyakit adalah dalam dua cara: pertama, menurut situs penyakit, atau topografi (organ atau bagian tubuh yang terlibat); kedua, menurut penyebab penyakit (etiologi). Begitu pula, prosedur operasi diklasifikasikan menurut topografi dan teknik operasi atau prosedur yang dilakukan pada situs tersebut. Contoh berikut menunjukkan hal ini:

61 - 942 aorta (situs) - arteriosklerosis (etiologi) = arteriosklerosis aorta
461 - 16 aorta (situs) - biopsi (prosedur) = biopsi aorta

Setiap nomor kode penyakit dan operasi terdiri dari dua bagian yang dipisahkan oleh hyphen; bagian di kiri hyphen menunjukkan topografi, sedangkan di kanan hyphen menunjukkan kode penyakit atau kode operasi. Setiap kode penyakit harus berisi minimum enam digit, dan maksimum 10 digit.

(b) *Current Medical Information and Terminology (CMIT)*

CMIT merupakan sistem yang dikembangkan untuk menamai dan menjelaskan penyakit untuk referensi pencatatan dan pelaporan klinis. Setiap penyakit diuraikan sesuai dengan: istilah tambahan, sinonim, dan eponim; etiologi; gejala; tanda; komplikasi; data laboratorium; x-rays; dan patologi. Setiap entri tersebut diberi kode enam-digit untuk pengindeksan komputer. Edisi ke-5 CMIT diterbitkan tahun 1981, dan AMA sebagai penerbitnya tidak berencana untuk meneruskan proyek tersebut.

(c) *Standard Nomenclature of Athletic Cideraes*

Tahun 1964 AMA mulai mengembangkan nomenklatur standard untuk tingkat dan jenis cidera di bidang olahraga, sehingga catatan dan statistik yang berarti di bidang cidera olahraga,

penyebab dan pencegahannya bisa dipertahankan. Untuk setiap istilah, informasi deskriptif disediakan untuk membantu praktisi kedokteran olahraga membedakan satu entitas klinis dari yang lainnya. Nomenklatur revisi diterbitkan tahun 1976, namun tidak ada rencana untuk revisi lebih lanjut.

(d) *Systematised Nomenclature of Pathology*

SNOP diterbitkan tahun 1965 oleh American College of Pathologists, dan menyediakan sistem untuk klasifikasi spesimen patologi. Sistem pengkodean SNOP merupakan sistem pertama untuk mengkode penyakit-penyakit dengan dasar ganda. Prinsip yang digunakan SNOP adalah bahwa suatu penyakit bisa dijelaskan menurut topografi - yaitu bagian tubuh yang dipengaruhi penyakit; morfologi - yaitu perubahan struktural di jaringan; etiology - yaitu penyebab penyakit atau cedera; dan fungsi - yaitu kelainan atau perubahan fisiologis atau kimiawi yang disebabkan penyakit atau cedera.

Contoh: Orchitis yang disebabkan oleh mumps:

T-7800 Testis NOS
 M-4800 Inflammation NOS
 E-3250 Mumps virus
 F-0414 Mumps

Walau pun tujuan utama nomenklatur ini adalah untuk membantu patologis mengorganisasi dan menggunakan materialnya, SNOP juga telah digunakan untuk pengkodean dan pengindeksan rekam medis oleh beberapa bagian informasi kesehatan.

NOMENKLATUR YANG DIGUNAKAN SAAT INI

(e) *Systematized Nomenclature of Medicine (SNOMED)*

Pada tahun 1977 the College of American Pathologists menerbitkan SNOMED yang merupakan perluasan SNOP. Ini kemudian direvisi tahun 1982, dan edisi ketiga direncanakan tahun 1989 atau 1990. SNOMED merupakan nomenklatur yang paling baru dan paling komprehensif di lapangan kesehatan.

SNOMED memiliki tujuh axis. Axis pertama adalah nomenklatur anatomis bertingkat yang disebut "topography". Axis kedua mewakili anatomi abnormal yang disebut "Morphology". Axis ketiga berisi daftar semua penyebab dan agen penyebab penyakit, kelainan fungsi, dan perubahan morfologis yang terjadi pada tubuh manusia dan disebut "Etiology". Axis keempat berisi fungsi normal dan abnormal, keadaan fungsional dan unit fisiologis tubuh dan sistem organ utama, dan disebut dengan "Function".

Karena kombinasi empat axis pertama diperlukan dalam mendapatkan penyakit, maka axis kelima, disebut “Disease”, adalah daftar kelas penyakit, entitas penyakit kompleks, dan sindroma. SNOMED sesungguhnya dapat mengekspresikan semua detail diagnostik untuk mengelola tanda, gejala, masalah dan komponen penyakit, di samping sebagai alat untuk menempatkan diagnosa pada axis klasifikasi penyakit untuk pelaporan statistik. Di bawah ini terlihat contoh SNOMED bekerja sebagai sistem nomenklatur dan klasifikasi.

TABLE 1. INTEGRASI PENEMUAN YANG BISA DIKODE KE KLASIFIKASI PENYAKIT

| Nomenklatur | | | Klasifikasi | |
|---------------|----------------|----------|-----------------|----------------|
| Topografi | Morfologi | Etiologi | Fungsi | Penyakit |
| Lensa kristal | Katarak matang | Didapat | Pandangan kabur | Penyakit lensa |
| T-XX700 | M-51120 | E-0024 | F-X0050 | D-X080 |

Aksis ke-6 yang disebut “Procedures” digunakan untuk menguraikan tindakan tim pelayanan kesehatan. Aksis ini berisi daftar prosedur-prosedur administratif, diagnostik, terapi, dan pencegahan. Aksis ke-7 yang disebut “Occupation” ditambahkan untuk memungkinkan perbandingan dan korelasi dengan informasi pada databank medis.

Struktur SNOMED ini memungkinkan penyimpanan hampir semua informasi pelayanan kesehatan yang tercatat pada rekam medis pasien guna pemetikan data. Karena SNOMED dirancang untuk penyimpanan pada komputer dan untuk pengkodean teks medis secara otomatis, ia tidak digunakan secara luas. Beberapa laboratorium patologi anatomi menggunakan program-program pengkodean otomatis untuk memberikan kode-kode SNOMED.

(f) *Standard Nomenclature of Veterinary Diseases and Operations (SNVDO)*

Sebuah nomenklatur standard untuk kedokteran hewan dikembangkan tahun 1964 sebagai hasil usaha National Cancer Institute untuk memperoleh data retrospektif mengenai neoplasia pada hewan. Edisi kedua yang disingkat diterbitkan tahun 1975 oleh Public Health Service. Kode ini digunakan pada hampir semua Fakultas Kedokteran Hewan untuk menentukan terminologi yang bisa diterima dan sebuah nomor kode deskriptif yang unik untuk kondisi-kondisi yang umum terdapat pada species binatang peliharaan yang terdapat di USA. SNVDO mengklasifikasikan penyakit menurut bagian tubuh yang terlibat (topografi) dan menurut penyebab kelainan (etiologi). Sebuah kode diagnostik terdiri dari tiga bagian:

Karakter 1-4 melambangkan bagian tubuh yang terlibat.

Karakter 5-8 melambangkan proses penyakit.

Karakter 9 melambangkan keadaan patologis kalau ada.

Contohnya adalah adenokarsinoma saluran empedu, dengan sel-sel berdiferensiasi kodenya adalah 6820-8091F (6820 = saluran empedu, 8091 = adenokarsinoma, dan F = neoplasma ganas dengan sel-sel berdiferensiasi).

Nomor kode operasi berisi tiga karakter untuk menunjukkan lokasi situs prosedur bedah, karakter terakhir dihilangkan dari kode topografi. Dua digit setelah hyphen digunakan untuk melambangkan prosedur. Misalnya, reduksi terbuka tulang femur akan diberikan kode 235-54, yaitu 235 melambangkan situs di femur dan 54 reduksi terbuka, umumnya atau kalau tidak dijelaskan termasuk juga fiksasi. Struktur SNVDO dan berbagai kodenya banyak didasarkan pada SNDO.

(g) *Systematized Nomenclature in Veterinary Medicine (SNOVET)*

Tahun 1984 perluasan SNOMED untuk kedokteran hewan diciptakan oleh American Veterinary Medical Association (AVMA). Tujuan SNOVET adalah untuk menyediakan nomenklatur yang bisa sebanding dengan SNOMED untuk tujuan penelitian komparatif dan riset ilmiah. Karena edisi SNOVET 1984 tidak cukup komprehensif untuk digunakan tanpa SNVDO, AVMA telah berusaha untuk mengembangkan versi SNOVET yang lebih komprehensif menyusul edisi ketiga SNOMED.

(h) *Specialty Nomenclatures*

Beberapa kelompok spesialisasi telah mengembangkan berbagai nomenklatur untuk memperbaiki komunikasi, penyimpanan, dan pemetikan informasi spesialisasi. Nomenklatur ini menguraikan penyakit dan kelainan yang berhubungan dengan spesialisasi dan menyediakan informasi untuk membantu pengkode secara benar mengklasifikasikan berbagai diagnosa.

Tahun 1973 New York Heart Association menerbitkan edisi ke-7 *Nomenclature and Criteria for Diagnoses of Diseases of the Heart and Great Vessels*. Nomenklatur ini menguraikan penyakit-penyakit jantung dan pembuluh darah besar dan berisi daftar kriteria yang perlu untuk menegakkan diagnosa.

The Council for International Organization of Medical Sciences dan WHO menerbitkan edisi pertama *Disease of the Lower Respiratory Tract* (bronkhi, para-paru, dan pleura) dan *International Nomenclature of Diseases (IND)* pada tahun 1979. Nomenklatur ini mengidentifikasi istilah yang dianjurkan dan menguraikan setiap penyakit atau sindroma yang namanya dianjurkan tersebut. Ia berfungsi sebagai pelengkap ICD; dan nama-nama yang dianjurkan di dalam IND digunakan kemudian pada ICD-10.

(i) *Current Procedural Terminology (CPT)*

Current Procedural Terminology, Fourth Edition (CPT-4) adalah daftar komprehensif istilah-istilah dan kode-kode medis untuk menunjukkan istilah yang seragam pada prosedur diagnostik dan terapi. Tujuannya adalah untuk menyediakan terminologi dan pengkodean standard untuk *reimbursement* oleh pihak ketiga. Pemerintah federal AS telah memasukkan CPT-4 di dalam *HCFA Common Procedure Coding System (HCPCS)* yang digunakan untuk melaporkan pelayanan dokter kepada pasien yang bisa diberi *reimbursement*. Pemerintah federal juga telah memasukkan CPT-4 ke dalam sistem *reimbursement*-nya untuk pelayanan di tempat praktek dokter.

AMA telah menerbitkan CPT-4 sejak tahun 1966, merevisinya setiap tahun untuk menjaga kesesuaiannya dengan perubahan praktek medis. Setiap pengguna CPT-4 perlu selalu memperoleh buku kode yang telah diperbarui atau paling kurang menyisipkan revisi setiap tahun ke dalam bukunya.

Bagian utama CPT-4 terdiri dari 6 seksi: yaitu pelayanan evaluasi dan manajemen (E/M), anesthesiologi, bedah, radiologi, patologi/laboratorium, dan penyakit dalam. Setiap prosedur atau pelayanan yang ada pada seksi mana saja pada buku ini, dapat digunakan untuk menunjukkan pelayanan yang diberikan oleh dokter yang berwenang.

Indeks CPT disusun secara alfabet dan berisi empat macam entry, yaitu prosedur atau pelayanan, organ atau situs anatomis lain, kondisi, dan sinonim, eponim dan singkatan. Setiap entry dianggap sebagai term utama dan bisa diikuti oleh subterm yang dimajukan ke depan di bawah term utama. Untuk melihat suatu kode, pengguna mulanya menemukan term utama pada indeks alfabet, kemudian mereview setiap subterm yang mengikutinya.

PENGGUNAAN NOMENKLATUR

Terlepas dari nomenklatur mana yang digunakan, term penyakit dan operasi harus dinyatakan dengan cukup jelas dan spesifik supaya data dapat dengan tepat diidentifikasi dan dikode.

Setiap diagnosa harus berisi situs yang spesifik dan etiologi; dan untuk setiap operasi berisi situs dan prosedurnya, sedapat mungkin. Kalau dokter tidak bisa menentukan situs atau etiologi karena hasil yang konklusif dari x-ray, uji laboratorium, atau pemeriksaan lain, harus ada pernyataan bahwa suatu penyakit dicurigai atau bahwa diagnosanya tidak komplik. Kalau dokter hanya bisa menyatakan gejala tapi bukan penyakit, maka diagnosa harus dinyatakan 'ditunda' atau tidak diketahui. Contoh berikut menunjukkan beberapa point ini:

| TERMINOLOGI SALAH | TERMINOLOGI BENAR |
|--|--|
| 1. Embolisme arteri (tanpa topografi) | Embolisme arteri Pulmonalis |
| 2. Emfisema (tanpa etiologi) | Emfisema akibat infeksi |
| 3. Arthrotomi (tanpa topografi) | Arthrotomi sendi lutut |
| 4. Sakit kepala (gejala) | Penyakit tak terdiagnosa yang dimunculkan dengan sakit kepala |
| 5. Operasi plasti lengan dengan graft kulit ketebalan penuh (operasi tidak komplit) | Operasi plasti lengan dengan graft kulit ketebalan penuh. Eksisi kulit tungkai untuk graft, tempat donor |
| 6. Infeksi miokardium akibat trombosis koroner dengan arteriosklerosis. Polidipsia | Infark miokardium inferior akibat arteriosclerotic coronary thrombosis. Diabetes mellitus, Polydipsia Gejala polidipsia tidak bisa dijelaskan oleh infark, sehingga penyakit lain harus terdapat |
| 7. Hives | Urticaria |
| Hives adalah istilah awam, Urtikaria merupakan istilah yang benar untuk ini | |
| 8. Pott's disease | Tuberkulosis vertebra |
| Eponim adalah nama penyakit, organ, operasi dsb. yang menggunakan nama orang. Eponim tertentu digunakan sangat umum sehingga bisa diterima sebagai diagnosa, misalnya sirosis Laennec. Untuk hampir semua kasus, eponim bukanlah pengganti yang akurat untuk diagnosis yang menyatakan situs dan etiologi. | |

Contoh-contoh di atas menunjukkan beberapa kesalahan yang umum terjadi pada terminologi diagnostik dan operasi. Seringkali dokter tidak menyadari kesalahan ini dan akan bersedia memberikan kespesifikan lebih lanjut. Administrator Informasi Kesehatan (AIK) bisa membantu dokter dalam mendokumentasikan diagnosis pasiennya. Hanya dokter yang benar-benar mengobati pasien yang boleh membuat diagnosis.

B. KLASIFIKASI STATISTIK

Sistem klasifikasi digunakan untuk menyusun data pelayanan kesehatan untuk pemetikan yang mudah dan memberikan arti. Seringkali Administrator Informasi Kesehatan (AIK) diberi tanggung jawab untuk memilih sistem klasifikasi yang cocok untuk klasifikasi, penyimpanan, dan pemetikan informasi kesehatan pasien dari rekam medis pasien atau klien.

RIWAYAT SISTEM KLASIFIKASI

Usaha untuk mengelompokkan data tentang proses penyakit dengan cara yang relevan telah terjadi sejak lama. Orang Yunani kuno, dengan mengikuti patologi Hippocrates, mengklasifikasikan penyakit berdasarkan empat cairan, yaitu darah (*blood*) yang berasal dari jantung, melambangkan panas; empedu hitam (*black bile*) yang berasal dari lambung dan limpa, melambangkan kelembaban; empedu kuning (*yellow bile*) yang dihasilkan hati, melambangkan kekeringan; dan '*phlegm*' yang berasal dari otak dan merembes ke seluruh tubuh, melambangkan dingin.

Pada abad ke-17, Captain John Graunt dari London mulai mengarahkan perhatian dunia pada statistik morbiditas dan mortalitas di dalam *London Bills of Mortality* yang dikeluarkannya. Ini adalah usaha nyata pertama untuk mempelajari penyakit dari titik pandang statistik.

Sejak 1837, William Farr, *Registrar General of England and Wales*, bekerja untuk memperoleh klasifikasi yang lebih baik dan keseragaman internasional dalam penggunaan statistik. Penataan umum dan prinsip klasifikasi penyakit menurut situs anatomis yang disarankannya bertahan sebagai dasar *International List of Causes of Death*. Dengan ini dasar-dasar telah diletakkan untuk statistik vital yang dipergunakan di masa sekarang.

INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES (ICD)

Dr. Jacques Bertillon mengembangkan *Bertillon Classification of Causes of Death* tahun 1893. Tahun 1898 *American Public Health Association* menganjurkan agar klasifikasi ini diadopsi oleh para registrar di Kanada, Meksiko, dan AS; dan agar klasifikasi ini direvisi setiap 10 tahun. Revisi-revisi yang berjudul *International Classification of Causes of Death*, diselesaikan pada tahun 1900, 1920, 1929, dan 1938. Pada tahun 1948, di bawah bimbingan WHO, revisi ke-6 diterbitkan, dan untuk pertama kali mencakup daftar tabel morbiditas di samping mortalitas. Rumah sakit mulai melakukan uji-coba dengan menggunakan sistem ini untuk pengklasifikasian penyakit-penyakit.

Tahun 1956 American Hospital Association dan American Medical Record Association, yang disokong oleh Public Health Service, melakukan suatu penelitian awal (pilot study) dengan menggunakan versi yang diubah dari International Statistical Classification of Disease, Cideraes and Causes of Death dengan SNDO dipakai sebagai kontrol. Hasilnya menunjukkan bahwa versi yang dimodifikasi ini sesuai untuk sistem pengindeksan rumah sakit. Pengkodean dan peletakan data berlangsung lebih cepat; dan di dalam menjawab permintaan akan entitas penyakit tertentu, rekam medis yang berhubungan lebih banyak didapatkan dengan menggunakan daftar, walau pun data yang tidak berhubungan pun lebih banyak muncul.

Sebagai akibat penelitian ini, sebuah komite mengkonsolidasikan hasil penemuannya untuk digunakan sebagai alat pengindeks di rumah sakit. Pada tahun 1959 dihasilkan *International*

Classification of Disease, Adapted for Indexing Hospital Records by Diseases and Operations (ICDA) yang diterbitkan oleh US Public Health Service. Pada tahun 1962 dibuat modifikasi untuk menyediakan detail yang lebih besar; dan beberapa perubahan dilakukan pada level kategori tiga digit. Klasifikasi operasi bedah juga diperkenalkan.

(a) *Adaptasi ICD di USA (ICDA-8)*

Walau pun WHO berusaha keras untuk meningkatkan kespesifikan yang diperlukan untuk mengindeks rekam medis rumah sakit pada revisi ke-8 ICD, ternyata klasifikasi dasar mungkin tidak memberikan detail yang cukup untuk indeks diagnostik di negara tertentu. Di AS, sebuah dewan penasihat menganjurkan pembuatan suatu adaptasi yang memberikan detail dan kespesifikan yang lebih besar. *The Eight Edition, International Classification of Diseases, Adapted for Use in the United States*, terbit tahun 1968, berfungsi sebagai dasar untuk pengkodean data diagnostik untuk statistik resmi morbiditas dan mortalitas di AS dan juga terbukti cocok untuk mengindeks rekam medis rumah sakit berdasarkan diagnosa dan operasi.

Evolusi daftar penyebab kematian menjadi klasifikasi komprehensif kesakitan dan kematian menyebabkan meningkatnya kerjasama internasional di bidang statistik vital dan kesehatan. Hal ini, bersama dengan pendidikan medis yang lebih baik telah menyebabkan pertukaran informasi yang telah sangat membantu perbaikan standard kesehatan di seluruh dunia.

(b) *Adaptasi ICD di Rumahsakit (H-ICDA)*

Sebuah variasi sistem klasifikasi ICDA-8 diterbitkan tahun 1968 untuk digunakan pada sistem pencatatan data Professional Activities Study. H-ICDA ini digunakan sampai tahun 1979 ketika ia diganti oleh *International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification* (ICD-9-CM).

(c) *ICD Revisi-9*

Walau pun negara peserta telah bekerja sendiri-sendiri untuk mengupdate ICD, perwakilan masing-masingnya berkumpul di Geneva tahun 1975 untuk membuat keputusan akhir mengenai revisi ke-9. ICD-9 yang dihasilkannya menjadi efektif sebagai klasifikasi statistik WHO tahun 1979. Tujuan utamanya adalah sebagai sistem klasifikasi universal untuk mengelompokkan penyakit, dan tujuan kedua untuk pengindeksan penyakit di rumah sakit. ICD-9 berisi daftar tabulasi penyakit, indeks alfabet, dan klasifikasi prosedur yang baru. Pengkodean diperluas dengan penambahan digit kelima pada kategori penyakit tertentu. Nomor

klasifikasi kembar diperkenalkan untuk menggabungkan dua deskripsi suatu penyakit menjadi satu angka kode.

(d) *Modifikasi Klinis ICD (ICD-9-CM)*

Tahun 1977 *National Center for Health Statistics* memulai pengembangan modifikasi ICD-9 untuk digunakan di AS, dan hasilnya adalah ICD-9-CM. Istilah modifikasi klinis menekankan tujuannya untuk klasifikasi data morbiditas. Tujuan penggunaannya adalah untuk laporan, pengumpulan, dan perbandingan data pelayanan kesehatan. Hal ini berguna untuk membantu dalam evaluasi kepantasan dan ketepatan waktu pelayanan medis, perencanaan sistem pemberian layanan kesehatan, penentuan pola-pola pelayanan kesehatan di antara para penyedia layanan, analisa pembayaran layanan kesehatan, dan pelaksanaan riset epidemiologis dan klinis.

ICD-9-CM diterbitkan dalam tiga volume. Volume 1, Tabular List, berisi daftar angka kode-kode penyakit dalam bentuk tabel. Indeks alfabet bagi nama-nama penyakit yang ada pada volume 1 diberikan di dalam Volume 2, Alphabetic Index. Sebuah volume ketiga berisi sistem klasifikasi untuk prosedur-prosedur pembedahan, diagnosa, dan terapi, namun volume ini tidak termasuk dalam versi internasional (ICD-9). Volume 3, Procedures, berisi daftar tabulasi dan indeks alfabet untuk klasifikasi prosedur. Dua volume pertama kode-kode ICD-9-CM bisa diciutkan kembali menjadi seperti pada ICD-9. Klasifikasi prosedur ICD-9-CM umumnya mengikuti ICD-9, namun kesesuaian dengan *ICD-9 Classification of Procedures in Medicine* tidak dipertahankan kalau aksis klasifikasi yang berbeda dianggap lebih berguna secara klinis.

C. KLASIFIKASI LAIN

Karena pelayanan kesehatan sudah menjadi lebih spesialis, informasi yang spesialis juga menjadi diperlukan untuk follow up dan evaluasi keefektifan pengobatan. Administrator Informasi Kesehatan (AIK) hendaknya mengenal berbagai sistem klasifikasi khusus yang tersedia untuk pengumpulan informasi statistik. Hanya melalui penggunaan sistem pengkodean dan pengindeksan yang tepat data yang telah terkumpul bisa berguna untuk fasilitas pelayanan kesehatan.

ICD ONCOLOGY

Satu area yang memerlukan informasi spesifik yang detail mengenai keefektifan dan hasil pengobatan adalah onkologi, yaitu ilmu tentang tumor atau neoplasma. Pada tahun 1968 *Manual of Tumor Nomenclature and Coding (MOTNAC)* diterbitkan oleh American Cancer Society. Manual ini menggabungkan segmen-segmen SNOP dan ICDA-8 ke dalam satu sistem klasifikasi detail untuk spesialis di bidang onkologi.

Pada tahun yang sama WHO meminta International Agency for Research on Cancer untuk memulai pekerjaan pada chapter Neoplasma pada ICD-9. WHO kemudian menerbitkan *ICD for Oncology* (ICD-O) pada tahun 1976. Tujuannya adalah untuk memberikan sistem klasifikasi untuk lapangan onkologi yang berisi cukup detail untuk mengkode topografi, histologi (morfologi), dan sifat-sifat neoplasma. Edisi kedua ICD-O diterbitkan tahun 1990, yang kode morfologinya terdapat juga pada Volume 1 ICD-10 dan ditambahkan pada entry 'neoplasma' pada Volume 3. Tersedia juga tabel konversi kode ICD-O edisi kedua ini di dalam ICD-10.

INTERNATIONAL CLASSF. OF IMPAIRMENTS, DISABILITIES, AND HANDICAPS

Manual ini diterbitkan oleh WHO untuk mengukur konsekuensi penyakit. Terdapat tiga klasifikasi yang berhubungan dengan berbagai tingkat pengalaman akibat penyakit:

Impairments (kode I) menyangkut kelainan struktur dan penampilan tubuh, dan dengan fungsi organ atau sistem, yang disebabkan oleh semua penyebab; pada prinsipnya, impairments melambangkan kekacauan pada tingkat organ.

Disabilities (kode D) menunjukkan akibat impairments dalam hal kinerja dan aktifitas fungsional oleh seseorang; jadi disabilities melambangkan kekacauan pada tingkat orangnya.

Handicaps (kode H) menyangkut kerugian yang dialami seseorang akibat impairment dan disabilities; handicaps melambangkan interaksi dengan dan adaptasi terhadap lingkungan seseorang.

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (DSM-IV)

Fasilitas yang khusus untuk pengobatan penyalahgunaan obat dan kelainan jiwa dapat mencatat data psikiatrik detail dengan menggunakan *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Pertama kali diterbitkan pada tahun 1952 oleh American Psychiatric Association, klasifikasinya merupakan perluasan dari bagian kelainan jiwa pada ICD, dan revisinya dirancang untuk bersamaan dengan ICD. Publikasi DSM-III bersamaan dengan ICD-9; dan DSM-IV bersamaan dengan ICD-10.

DSM-IV adalah klasifikasi statistik dan takarir (glossary) kelainan jiwa, sebagaimana juga sebagai basis untuk informasi riset, pendidikan, dan administrasi. Tujuan utamanya adalah untuk memberikan deskripsi yang jelas mengenai kriteria diagnosa bagi dokter untuk membuat diagnosa, membicarakan, mempelajari, dan mengobati berbagai kelainan jiwa. DSM-IV tidak didasarkan hanya pada etiologi kelainan jiwa karena etiologi ini tidak selalu diketahui. Akan tetapi DSM-IV menggunakan pendekatan deskriptif dan etiologis untuk mengklasifikasikan kelainan jiwa. Semua kelainan tanpa etiologi atau proses penyakit yang tidak diketahui dikelompokkan berdasarkan manifestasi klinis yang diketahui.

DSM-IV menyediakan kriteria diagnostik spesifik sebagai pedoman untuk membuat setiap diagnosa meningkatkan keandalan diagnosa. DSM-IV menganjurkan penggunaan sistem multiaxis untuk evaluasi, untuk menjamin bahwa informasi yang berguna untuk perencanaan pengobatan dan peramalan hasilnya tercatat pada kelima axis. Tiga axis pertama tersedia untuk mengkode konteks psikososial dan level pelaksanaan fungsi tubuh. Kelima axis tersebut adalah:

Axis I: Sindroma klinis dan keadaan lain yang menjadi fokus perhatian

Axis II: Gangguan kepribadian dan retardasi mental

Axis III: Kondisi medis umum

Axis IV: Masalah psikososial dan lingkungan

Axis V: Pemeriksaan umum pelaksanaan fungsi tubuh.

KLASIFIKASI PADA RETARDASI MENTAL

Sejak tahun 1921 ketika manual pertamanya mengenai klasifikasi dan terminologi diterbitkan, *American Association of Mental Deficiency* (AAMD) telah terlibat di dalam perbedaan yang didapatkan pada populasi orang-orang yang terkebelakang. Pada tahun 1983 edisi ke-8 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Deficiency* diterbitkan untuk merefleksikan pemikiran di bidang itu dan membuatnya konsisten dengan ICD-9 dan DSM-III, terutama dalam hal klasifikasi medis.

Sistem AAMD memungkinkan pembuatan diagnosa retardasi mental menurut level (seperti pada kode ICD-9-CM), diagnosa berdasarkan etiologi seperti keracunan lead (Pb) atau sindroma Down, dan diagnosa masalah lain yang timbul bersamaan seperti kebutaan. Klasifikasi AAMD juga berisi takarir untuk memberikan keseragaman pada bahasa profesional di bidang retardasi mental. Klasifikasi ini dirancang untuk memudahkan komunikasi untuk diagnosa, pengobatan, dan riset, dan untuk memudahkan usaha pencegahan melalui identifikasi penyebab retardasi mental.

KLASIFIKASI RONTGEN

Bagian di dalam rumah sakit bisa memerlukan untuk menyimpan informasi statistik untuk tujuan follow up dan evaluasi pelayanan pasien. Pengumpulan rutin di bagian radiologi diagnostik, atau melalui bagian jaminan mutu ('quality assurance'), mengenai informasi mengenai aspek-aspek penting pelayanan radiologi diagnostik atau terapi telah disyaratkan oleh JCAHO. Oleh karena itu bagian radiologi memiliki indeks untuk tujuan pengumpulan data. American College of Radiology mengembangkan *Index for Roentgen Diagnosis* yang berfungsi sebagai sistem klasifikasi untuk bagian radiologi. Edisi ke-3 telah diterbitkan tahun 1986.

Pada *Index for Roentgen Diagnosis* terdapat dua bagian, yaitu sebuah daftar nomor kode diagnostik dan indeks alfabet. Nomor kode menguraikan situs anatomis x-ray dan proses

patologis atau penyakit. Kode anatomis berkisar dari dua sampai empat digit sebelum sebuah titik desimal, sedangkan dua sampai lima digit setelah desimal merujuk pada proses penyakit.

Contoh: 844.316 Benign prostatic hypertrophy

Angka 8 menunjukkan sistem genitourinarius, angka 84 uretra dan genitalia pria, dan 884 berarti kelenjar prostat. Angka 3 setelah desimal adalah neoplasma dan kondisi yang mirip neoplasma, 31 adalah neoplasma jinak atau kista, dan 316 adalah hiperplasia prostat.

Minimum dua digit anatomis dan dua digit patologis harus digunakan. Luasnya detail yang akan dilibatkan pada indeks masing-masing fasilitas terserah pada kebijaksanaan institusi pelayanan kesehatan yang bersangkutan.

HCFA COMMON PROCEDURE CODING SYSTEMS (HCPFS)

Sistem pengkodean prosedur umum dari HCFA (Health Care Financing Administration = badan pendanaan pelayanan kesehatan) ini dirancang untuk mendorong pelaporan dan pengumpulan data statistik yang seragam dalam hal prosedur, bahan-bahan habis (supplies), produk, dan pelayanan medis. Kode-kode prosedur ini, bersamaan dengan kode diagnosa ICD, digunakan untuk memperoleh reimbursement pada Bagian B Medicare (layanan dokter).

Kode-kode ini dibagi atas tiga tingkat atau kelompok sbb.:

Level I: Kode-kode pada CPT-4 (Current Procedural Terminology) yang merupakan hak cipta AMA.

Kode angka dengan lima posisi ini terutama melambangkan pelayanan dokter.

Level II: Kode-kode yang disetujui dan dipertahankan oleh AlphaNumeric Editorial Panel yang terdiri dari HCFA, Health Insurance Association of America, dan Blue Shield and Blue Cross Association.

Terdapat kode alfanumerik lima-posisi yang melambangkan items dan layanan non-dokter yang tidak terdapat pada Level I, misalnya peralatan traksi (pada ortopedi)

Level III: Kode-kode yang dikembangkan oleh para penyedia layanan Medicare untuk digunakan pada tingkat penyedia layanan tersebut. Kode-kode Level III merupakan kode alfanumerik lima-posisi yang melambangkan pelayanan dokter dan non-dokter yang tidak terlambangkan pada kode Level I dan II.

Kode-kode ini, sebagaimana pada kode untuk prosedur yang tidak terdaftar pada CPT, merupakan basis untuk update ke Level II.

HCPCS juga berisi 'modifiers', yaitu kode dua-posisi yang digunakan untuk menunjukkan bahwa suatu pelayanan atau prosedur yang telah dijalankan telah diubah oleh suatu keadaan spesifik yang tidak mengubah definisi atau kodenya.

KLASIFIKASI PELAYANAN RAWAT JALAN

Pelayanan rawat jalan adalah aspek lain dari sistem asuhan kesehatan yang memiliki masalah dan kebutuhan yang unik untuk pemetikan data. Sistem pengkodean yang berhubungan dengan nomenklatur CPT-4, seperti yang telah diuraikan, digunakan untuk melaporkan data

klaim layanan rawat jalan. Sistem-sistem lain juga telah dirancang untuk memenuhi kebutuhan khusus pelayanan rawat jalan.

(a) *International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC)*

Klasifikasi internasional untuk masalah kesehatan pada pelayanan primer ini dikembangkan tahun 1975 oleh komite klasifikasi *World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians* (WONCA), dan diterbitkan oleh AHA untuk memenuhi kebutuhan tertentu pelayanan rawat jalan dan paralel dengan sistem klasifikasi ICD-8.

ICHPPC-2 diterbitkan tahun 1979 oleh Oxford University Press setelah penerbitan ICD-9 dan paralel dengannya. Pada klasifikasi ini juga ada daftar tabel dan indeks alfabet. Klasifikasi tabulasinya menyediakan referensi silang terhadap kode yang sesuai pada ICD-9. Kalau digit keempat tidak diperlukan untuk secara penuh menguraikan diagnosis, maka kode tiga karakter dengan tanda garis miring diberikan. Misalnya, osteoporosis diberi nomor kode 7330, sedangkan iskemia otak sementara dikode 435/.

Pada tahun 1983 diterbitkan ICHPPC-2-Defined. Bentuk baru utama disini adalah usaha untuk mendefinisikan istilah yang digunakan untuk kriteria yang terpilih. Untuk setiap rubrik yang didefinisikan, satu atau lebih kriteria yang ditentukan harus dipenuhi untuk mengkode masalah pada judul diagnosanya. Misalnya, kode ICHPPC 4273 *Atrial fibrillation or flutter*. Inklusi pada rubrik ini memerlukan satu di antara hal berikut: (1) adanya ciri-ciri khas melalui EKG, dan (2) denyut jantung yang sangat kacau dengan defisit nadi.

(b) *Reason for Visit Classification System (RVS)*

Sistem klasifikasi pelayanan rawat jalan lain adalah sistem klasifikasi berdasarkan alasan kunjungan ini, yang dikembangkan tahun 1977 oleh AMRA. RVS didasarkan pada survey pasien di fasilitas rawat jalan oleh NCHS (National Center for Health statistics), yang berjudul *National Ambulatory Medical Care Survey: Symptom Classification*. Klasifikasi ini dirancang untuk mengumpulkan informasi statistik mengenai gejala, keluhan, dan masalah-masalah yang memotivasi pasien mencari perawatan medis.

RVS terdiri dari dua bagian utama, yaitu Tabular List of Inclusive Terms dan Alphabetic Index of Terms. Daftar tabulasi dibagi atas tujuh modul, yaitu (1) gejala, (2) penyakit, (3) diagnostik, penyaringan (screening) dan pencegahan, (4) pengobatan, (5) cedera dan efek-efek yang tidak diinginkan, (6) hasil-hasil pengujian, dan (7) administratif.

Uraian tanda-tanda dan gejala dimasukkan menurut istilah yang mungkin digunakan pasien. Misalnya, entri seperti ‘runny nose’, ‘sniffles’, dan ‘postnasal drip’ dimasukkan pada bagian bawah S400.0 Nasal congestion.

Nomor kode berisi tiga digit sebelum titik desimal, dengan satu digit desimal untuk detail yang lebih besar. Kategori desimal digit keempat bisa diperluas menurut kebijaksanaan fasilitas untuk memungkinkan detail dan fleksibilitas yang lebih besar.

(c) *Reason for Encounter Classification (RFEC)*

WHO mengembangkan klasifikasi ini untuk alasan pasien mencari pelayanan pada level primer. Disini terdapat versi RVS yang diperluas, dan rubrik-rubrik di dalam komponen diagnosa dan penyakit sama seperti pada ICHPPC.

RFEC dirancang menurut dua axis: bab dan komponen. Sejumlah 13 bab memiliki judul yang berhubungan dengan sistem tubuh, dan tiga lainnya adalah ‘General’, ‘Psychosocial’, dan ‘Social’. Setiap bab dibagi lagi atas tujuh komponen yang masing-masingnya diwakili oleh dua digit di dalam kode RFEC. Tujuh komponen ini adalah (1) Gejala dan keluhan, (2) Diagnosis dan penyaringan pencegahan, (3) Pengobatan, prosedur, dan obat-obatan, (4) Hasil pengujian, (5) Administratif, (6) Lain-lain, dan (7) Diagnosa, penyakit.

Sistem klasifikasi biaxial (dua axis) 3-karakter ini memiliki lima komponen proses, dengan nomor 2 sampai 6 yang memiliki kode dua digit yang identik di semua bab. Misalnya, kode D50 menunjukkan Medications, untuk sistem digestif; A50 adalah Medications, umum; dan K50 adalah Medications, sirkulasi. RFEC memiliki orientasi bukan-penyakit dan merupakan klasifikasi yang mudah digunakan.

Penelitian awal menunjukkan bahwa RFEC bisa digunakan tidak saja untuk mengklarifikasi pernyataan subjektif pasien tentang alasannya untuk ‘encounter’, tapi juga untuk menterjemahkan alasan atau masalah tersebut pada level diagnostik setinggi mungkin bagi para provider pelayanan primer.

DIAGNOSIS PERAWAT

Perawatan secara tradisional menggunakan penyakit medis sebagai dasar untuk perawatan. Namun di awal 1970-an, ners (perawat) mulai merasakan kebutuhan akan klasifikasi diagnosa perawatan. Pada tahun 1976 American Nurse Association menyatakan bahwa “diagnosa keperawatan menguraikan masalah kesehatan yang aktual atau potensial, yang bisa diobati oleh ners dan ners memiliki lisensi untuk mengobatinya”. Dokter bisa mendiagnosa sebagai penyakit Parkinson, sedangkan ners mendiagnosa masalah yang merupakan akibat

penyakit tersebut seperti sulit bergerak, ketergantungan untuk makan, dan kontrol sekresi mulut jelek.

Satu sistem klasifikasi yang diterbitkan tahun 1983 sebagai bagian dari buku *Nursing Diagnosis - Application to Clinical Practice*, adalah “Manual of Nursing Diagnosis”. Pada sistem ini, masing-masing dari 43 kategori diagnosa diuraikan dengan hal-hal berikut: definisi, faktor etiologi dan kontribusi, ciri-ciri khas, kriteria pemeriksaan fokus, tujuan perawatan, dan prinsip dan rasional asuhan keperawatan. Setiap kelompok diagnostik kemudian dijelaskan lagi dengan data pemeriksaan, kriteria hasilnya, dan intervensi. Misalnya, perubahan rasa nyaman adalah suatu kategori diagnostik. Di dalam kategori ini, nyeri akut, nyeri kronis, dan nyeri [ada kanak-kanak merupakan diagnosa keperawatan spesifik.

Tidak satu pun klasifikasi diagnosa keperawatan yang diterima secara universal tersedia saat ini.

CASE-MIX CLASSIFICATIONS

Tujuan pengumpulan data penyakit dan prosedur terutama untuk memperoleh data kuantitatif tentang insidensi penyakit/prosedur (morbiditas) dan penyebab kematian (mortalitas). Fasilitas pelayanan kesehatan dan pihak pembayar ketiga juga memiliki kebutuhan data yang lain lagi; akibatnya selama 20 tahun terakhir para peneliti mencoba mengembangkan sistem klasifikasi yang berguna untuk mengukur *case mix* (kategori-kategori pasien dan jenisnya) yang diobati oleh institusi pelayanan kesehatan. Sampai saat ini, berbagai pendekatan telah dilakukan termasuk sistem-sistem pengelompokan jenis penyakit yang berhubungan dan beratnya penyakit tersebut.

(d) *Diagnostic-Related Groups (DRGs)*

DRG merupakan suatu skema klasifikasi untuk mengkategorikan pasien yang secara medis diagnosa dan pengobatannya berhubungan, dan secara statistik lamanya waktu perawatan sama. DRG secara statistik adalah konsisten - pasien dalam suatu DRG cenderung menggunakan sumber-sumber rumah sakit dalam jumlah yang sama menurut lama perawatan dan biaya. Mereka secara medis juga memberikan arti - input dokter digunakan untuk memastikan bahwa pasien di dalam suatu DRG memiliki kondisi atau pengobatan yang sama. Sebanyak 25 MDC (major diagnostic category = kategori diagnostik utama) digunakan untuk mengelompokkan pasien, misalnya:

| | |
|--------|--|
| MDC 11 | Penyakit dan kelainan ginjal dan saluran kemih |
| MDC 12 | Penyakit dan kelainan sistem reproduksi pria |
| MDC 13 | Penyakit dan kelainan sistem reproduksi wanita |

MDC 14 Kehamilan, melahirkan, dan nifas

'Decision tree' atau 'pohon keputusan' digunakan untuk menunjukkan pembagian di dalam MDC dan DRG spesifik, yang jumlahnya hampir 500. Pasien pada MDC dibagi atas dua kelompok berdasarkan ada tidak pembedahan. Setiap prosedur yang terdapat di dalam ICD-9-CM diklasifikasikan oleh panel dokter sebagai OR (operating room) dan non-OR. Setelah MDC dibagi atas kategori medis dan bedah, pasien medis dibagi lagi atas diagnosis utama, sedangkan pasien bedah dibagi berdasarkan prosedur bedah spesifik. Klasifikasi medis pada setiap MDC biasanya melibatkan kelas untuk neoplasma dan kelas untuk gejala dan kondisi spesifik yang berhubungan dengan organ atau sistem yang terlibat. Karena pasien hanya bisa dimasukkan ke dalam satu DRG untuk setiap episode pelayanan, maka pemilihan didasarkan pada definisi diagnosa utama UHDDS (Universal Hospital Discharge Data Set).

Pasien dengan prosedur ganda dimasukkan ke dalam DGR bedah yang paling tinggi pada MDC. Jadi pasien yang mendapatkan biopsi mammae dan mastektomi radikal dimasukkan ke dalam DRG mastektomi. Partisi lainnya tergantung pada prosedur, usia pasien pada beberapa kasus, dan/atau adanya komplikasi atau ko-morbiditas (CC = complications/comorbidities). Komplikasi adalah kondisi sekunder yang muncul sewaktu perawatan dan diduga meningkatkan lama perawatan paling kurang satu hari untuk 75% pasien. Kondisi ko-morbid adalah kondisi yang telah ada pada waktu admission dan diduga meningkatkan lama perawatan paling kurang satu hari pada sekitar 75% pasien.

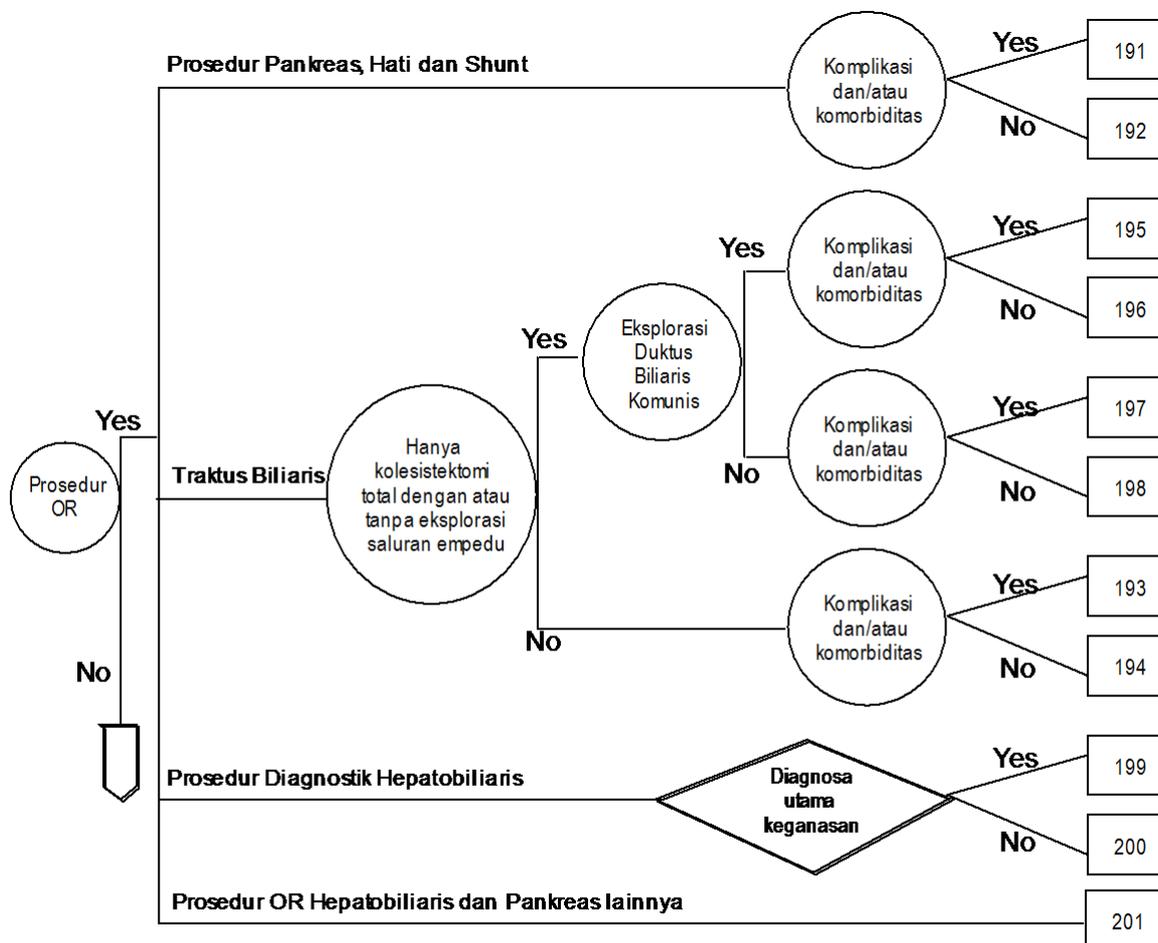
Sistem DRG memudahkan penggunaan analitis data rekam medis. banyak pihak pembayar ketiga, termasuk program Medicare, menggunakan DRG untuk mengganti biaya rumah sakit. Harga pembayaran ditentukan secara prospektif oleh DRG sehingga memungkinkan pemerintah atau asuransi menentukan harga lebih awal.

Pemilihan DRG biasanya dilakukan oleh komputer dengan software pengelompokan, walau pun bisa dilakukan secara manual dengan menggunakan decision tree dan daftar prosedur OR, komplikasi, dan ko-morbiditas.

Contoh:

Seorang pasien diterima dengan diabetes 'adult onset' dan kolik abdomen akut. Pemeriksaan menunjukkan batu empedu, dan dilakukan kolesistektomi dan eksplorasi saluran empedu untuk mencari peradangan dan batu empedu. Diabetes pasien tidak terkontrol selama dirawat. Karena sistem tubuh yang terkena adalah sistem hepato-biliaris dan pankreas, dan karena pasien mendapatkan prosedur OR, digunakan decision tree untuk partisi MDC 07. Pada

decision tree ini, pasien dilacak melalui kolesistektomi total dan eksplorasi saluran empedu, dan tidak ada komplikasi atau keadaan ko-morbid (diabetes tipe 'adult' yang tidak terkontrol tidak didefinisikan sebagai kondisi ko-morbid atau komplikasi), sehingga DRG 196 dipilih.



Gambar 1: Contoh Decision Tree DRG

(e) *Ambulatory Patient Groups (APGs)*

APGs ini menguraikan sistem klasifikasi case mix pasien rawat jalan yang sedang dalam pengembangan dan penelitian. Pengembangan APG dimulai sejak akhir 1970-an dengan versi awal diterbitkan tahun 1980. Sebagaimana dirancang pada proyek aslinya, APGs memiliki kemampuan untuk membandingkan produktifitas dan kinerja di tempat rawat jalan untuk pertama kali. Dalam persiapan untuk sistem pembayaran prospektif rawat jalan, kantor riset dan demonstrasi HCFA telah menyediakan dana untuk pengembangan APGs lebih lanjut. Objektif dana ini adalah untuk memasukkan kode ICD-9-CM dan CPT-4 sebagai rubrik di dalam sistem klasifikasi, untuk mengembangkan klasifikasi yang bisa digunakan untuk memeriksa penggunaan

sumber daya di luar waktu dokter, dan untuk menghubungkan APGs pada DRG pasien rawat inap.

Pada APGs, kunjungan adalah dasar untuk pembayaran. Sistem APG menggunakan tiga teknik untuk menggabungkan berbagai pelayanan yang disediakan pada kunjungan yang sama ke dalam satu unit pembayaran:

Prosedur utama yang biasanya dilakukan menurut ‘schedule’ dianggap sebagai alasan kunjungan (‘reason for visit’), dan mendominasi waktu dan sumber daya selama kunjungan.

Pengujian tambahan yang diperintahkan oleh dokter utama untuk membantu diagnosis dan pengobatan, dan prosedur tambahan yang memang meningkatkan penggunaan waktu dan sumber daya, tapi tidak mendominasi waktu dan sumber daya tersebut.

Diskon pada prosedur utama dan tambahan yang ganda kalau dilakukan beberapa prosedur utama yang tidak berhubungan, atau ketika pelayanan tambahan yang sama dilakukan beberapa kali.

Sistem ini melibatkan kelompok-kelompok layanan medis dan bedah. Kode CPT menentukan prosedur utama APG, dan ICD-9-CM menentukan kunjungan medis APG. Misalnya, seorang pasien yang diobati di klinik rawat jalan dengan diagnosa hernia akan dimasukkan ke dalam APG kunjungan medis kalau kondisinya diperiksa, didiagnosa, atau kalau diberikan obat-obatan. Kalau pasien itu hernianya diobati melalui pembedahan, maka APG-nya akan berada pada prosedur nyata.

Walau pun penggunaan APG saat ini terbatas, Administrator Informasi Kesehatan (AIK) hendaknya menyadari bahwa APG mungkin akan diadopsi di masa depan untuk penentuan sistem pembayaran prospektif layanan rawat jalan. Pengkodean layanan rawat jalan akan menghadapi kontrol mutu seperti yang diterapkan pada pasien rawat inap.

(f) Pediatric Modified Diagnostic Related Groups (PM-DRGs)

DRG yang dimodifikasi untuk pediatrik ini dikembangkan tahun 1984-1987 sebagai bagian dari proyek riset yang berjudul “Children’s Hospitals Case Mix Classification Project”. Riset menemukan bahwa sistem DRG tidak sesuai dengan kondisi anak-anak yang lebih kompleks dan mahal yang sering diobati di rumah sakit spesialis. Jadi DRGs, kalau digunakan sebagai basis pembayaran, memberikan risiko dalam penyediaan sumber daya yang mencukupi bagi anak-anak yang memerlukan pengobatan khusus, dan bagi fasilitas yang menyediakan pelayanan tersebut. PM-DRGs merupakan perbaikan terhadap DRGs yang sedang berlaku, bukan merupakan pemisahan.

(g) Resource Utilization Groups (RUGs)

Sistem klasifikasi pasien yang disebut “kelompok penggunaan sumber” ini adalah suatu sistem case-mix untuk perawatan jangka panjang. Edisi terbaru, RUG III, menggunakan 44 kategori untuk pasien yang didasarkan pada jumlah bantuan yang dibutuhkan dalam aktifitas kehidupan sehari-hari dan ciri-ciri klinis. Pasien pertama kali diletakkan pada satu di antara tujuh kategori klinis: rehabilitasi khusus, perawatan khusus, pelayanan luas, kondisi yang kompleks secara klinis, kognisi terganggu, masalah tingkah laku, dan penurunan fungsi fisik. Ketujuh kategori ini kemudian dibagi atas aktifitas-aktifitas variabel kehidupan sehari-hari. Untuk bisa mencapai klasifikasi yang sesuai, digunakan instrumen penilaian residen yang disebut “Minimum Data Base +”.

(h) Severity of Illness

Beratnya penyakit pasien tidak secara langsung tergambar pada penilaian dengan DRG. Pasien dengan komplikasi ganda atau kondisi komorbid dimasukkan ke dalam DRG yang sama dengan satu komplikasi atau kondisi komorbid. Banyak profesional pelayanan kesehatan percaya bahwa beratnya penyakit harus dipertimbangkan untuk mencapai pembayaran prospektif yang seimbang. Mereka percaya bahwa rumah sakit tertier yang mengobati pasien yang secara proporsional lebih banyak dengan penyakit yang lebih berat tingkatnya akan menghadapi risiko finansial yang sangat besar di bawah sistem pembayaran prospektif yang tidak disesuaikan menurut berat penyakit. Pemerintah telah menyadari ketidak-seimbangan ini dan berencana untuk menyesuaikan DRG Medicarenya menurut berat penyakit mulai tahun fiskal 1995 atau 1996.

Akan tetapi pengukuran berat penyakit tidak mudah dilakukan karena banyaknya faktor yang harus dipertimbangkan. Banyak riset yang sedang dilakukan untuk mengembangkan suatu sistem yang benar-benar bisa menjelaskan pasien yang lebih sakit dan bagaimana cara mengganti pembiayaannya. Hampir semua sistem pengukuran berat penyakit mengambil bentuk program komputer yang dijual para pembuat software. Sistem yang tersedia bervariasi menurut sejumlah dimensi, termasuk:

Dasar konsepsi penyakit dan klasifikasi beratnya

Jumlah dan jenis indikator klinis dan variabel lain yang digunakan untuk mengelompokkan pasien atas kategori-kategori, dan keobjektifan variabel ini.

Kapan berat penyakit pasien ditentukan - pada admission atau discharge.

Penggunaan abstraksi rekam medis pasien atau penggunaan kode discharge, dan biaya personil yang bersangkutan masing-masing cara.

Kriteria dan pengelompokan berdasarkan penyakit atau tidak.

Jumlah kategori berat penyakit, dan penggunaan penilaian menyeluruh atau penilaian untuk masing-masing komorbiditas.

Tersedianya data normatif nasional untuk tujuan perbandingan.

Terdapat enam sistem penentuan berat penyakit yang menonjol dan dipelajari secara luas.

(2) Acuity Index Method (AIM)

Metode ini menguraikan subgroup di dalam setiap DRG yang seragam dalam hal penggunaan sumber. Setiap DRG dibagi atas lima level berat penyakit dengan ramalan lama perawatan yang berbeda. Didasarkan pada peng-abstrak-an rekam medis pasien yang telah discharge, pasien dimasukkan ke dalam suatu level berdasarkan hubungan antara diagnosis primer dengan berbagai faktor lain, termasuk diagnosis sekunder, prosedur bedah, usia dan jenis kelamin. Cara ini dirancang untuk digunakan pada komputer 'mainframe' fasilitas pelayanan kesehatan.

(3) Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE)

APACHE tersedia dalam dua bentuk. APACHE II digunakan dalam menganalisa pasien unit perawatan intensif (ICU) saja. APACHE IIB dibuat lebih akhir untuk digunakan pada semua pasien rumah sakit. Tujuan software aslinya adalah untuk mengukur tingkat keakutan pasien ICU supaya keefektifan perawatan mereka. Dasar untuk sistem ini adalah penemuan klinis dari rekam medis yang dicatat dalam waktu 24 jam admission. Nilai berat penyakit diperoleh dengan menggabungkan 12 variabel fisiologis seperti temperatur, tekanan darah, frekuensi nadi, dan pengujian laboratorium darah yang disesuaikan dengan usia, adanya defisiensi sistem organ yang berat sebelumnya, dan status bedah elektif atau non-elektif. Variabel-variabel ini menghasilkan nilai 0 - 71 yang tidak tergantung pada diagnosis pasien. APACHE II memungkinkan rumah sakit mengevaluasi kepantasan penggunaan ICU, membandingkan angka kematian, dan menguji keefektifan berbagai terapi. Para peneliti telah mempelajari 'validitas' APACHE II secara ekstensif, dan dari semua sistem penentuan berat penyakit ia paling luas diterima dengan tujuan terbatas. APACHE IIB dirancang untuk memperluas cakupan sistem ini.

(4) Computerized Severity Index (CSI)

Indeks berat penyakit terkomputerisasi ini menghasilkan pengukuran berat penyakit untuk digunakan pada DRG untuk menjelaskan perbedaan pada penggunaan sumber di antara pasien. Ia menggunakan penemuan klinis objektif untuk pada rekam medis pasien, termasuk nilai-nilai laboratorium, tanda dan gejala, tanda vital, tambah diagnosis, jenis kelamin, usia, dan beberapa informasi mengenai prosedur yang dilakukan, untuk memasukkan pasien ke dalam

satu di antara 700 kondisi penyakit, yang masing-masingnya memiliki empat tingkat berat penyakit. Software ini memasukkan nilai berat penyakit untuk setiap diagnosis primer dan untuk setiap kondisi komplikasi dan komorbiditas, dan juga memasukkan tingkat berat penyakit menyeluruh yang mengukur efek interaktif kondisi tersebut. CSI menghitung angka keseluruhan dengan menggunakan sistem 'weighting' yang didasarkan pada input dokter dan analisa empiris. Nilai CSI 1 - 4 ditambahkan sebagai digit keenam pada 700 'set kriteria penyakit' yang dipadu dari 10.000 item pada sistem ICD-9-CM. Set kriteria penyakit ini diuraikan pada volume pendamping manual ICD-9-CM. Personil informasi kesehatan bisa memasukkan penemuan klinis pada pasien ke dalam komputer dan menentukan nilai CSI pada setiap saat perawatan. Mereka bisa memperoleh nilai yang melambangkan angka berat penyakit menyeluruh selama waktu perawatan dan nilai selama 24-48 jam terakhir untuk setiap kondisi penyakit.

(5) Disease Staging

Penentuan tahap penyakit ini adalah sistem yang mempertajam klasifikasi penyakit dengan membuat kelompok-kelompok pasien sejenis yang berguna untuk penelitian komparatif dan penilaian mutu. Pada sistem ini penyakit dibagi atas empat tahap utama yang didasarkan pada kemajuan yang terjadi tanpa pengobatan. Pasien dimasukkan pada suatu tahap penyakit untuk masing-masing dari maksimum 12 diagnosis. Program tambahan, Q-scale, memberikan nilai berat penyakit untuk setiap pasien.

(6) MedisGroups II

Cara ini mengukur potensi kegagalan organ dan kemungkinan respons pada pengobatan untuk evaluasi mutu perawatan. MedisGroup menggunakan penemuan klinis objektif 48 jam pertama perawatan pasien untuk dikategorikan ke dalam lima kelompok berat penyakit dari 0 - 4. Personil informasi kesehatan yang dilatih oleh pengembang sistem ini menunjukkan penemuan klinis utama dari suatu set kemungkinan yang terdiri dari 200 pengujian, prosedur, dan tanda vital di rekam medis pasien, dan memasukkannya ke komputer. Software ini kemudian memasukkan angka berat penyakit 1 - 3 untuk setiap temuan, berdasarkan skema tersendiri untuk penentuan kepentingan relatif. MedisGroup mengklasifikasikan pasien ke dalam kelompok berat 0 - 4, berdasarkan pada potensi kegagalan organ dan kemungkinan berespons pada pengobatan. Rumah sakit mengulang proses penilaian ini pada waktu perawatan untuk melacak respons pasien pada pengobatan dan untuk memeriksa mutu perawatan dan efisiensi penggunaan sumber. Nilai dari MedisGroup tidak spesifik untuk penyakit sehingga nilainya harus digabungkan dengan sistem pengelompokan pasien yang lain, misalnya DRG atau 'diagnostic discharge codes', untuk membandingkan pola pengobatan antara pasien di kelompok

yang sama. MedisGroup menawarkan penggunanya akses ke databasenya yang berisi rekam medis pasien yang disesuaikan dengan berat penyakit, yang memungkinkan pengguna membandingkan biaya penggunaan sumber, hasil klinis, dan variabel lainnya dengan pengguna yang lain.

(7) Patient Management Categories (PMC)

PMC adalah alternatif DRG yang membagi pasien atas jenis-jenis yang spesifik secara klinis yang memerlukan diagnosis dan pengobatan yang jelas berbeda dan konsisten. Masing-masing dari 800 kategori manajemen pasien dihubungkan dengan daftar spesifik kode ICD-9-CM untuk diagnosa dan prosedur. PMC dibagi atas kelompok, atau modul, yang didasarkan pada kategori penyakit yang dijelaskan secara klinis. Pasien dimasukkan ke dalam satu atau lebih PMC pada modul yang berbeda berdasarkan kode yang muncul pada abstrak discharge. Kalau pasien bisa dimasukkan ke dalam lebih dari satu PMC di dalam satu modul, pasien dimasukkan ke dalam kategori yang paling berat atau paling sulit dikelola. Pengguna PMC juga bisa memperoleh software Relative Cost Weights yang menyediakan perkiraan biaya pelayanan pasien untuk setiap kategori sehingga pengguna bisa mengevaluasi efisiensinya dibandingkan dengan norma perawatan yang dikehendaki oleh dokter. Pasien menerima satu perkiraan biaya yang mempertimbangkan interaksi kondisinya dan status mortalitas dischargenya. PMC juga menawarkan penggunanya akses ke database rekam medis pasien untuk membandingkan biaya dan hasil klinis menurut kategori pasiennya dengan angka nasional.

(8) Medicare Mortality Predictor System (MMPS)

Pada tahun 1988 HCFA menerbitkan program software untuk membantu rumah sakit menyesuaikan data mortalitasnya menurut berat penyakit, yaitu software MMPS yang didasarkan pada satu versi APACHE. Program ini menggunakan database 6000 pasien dalam empat kategori penyakit dengan mortalitas tinggi: kegagalan jantung kongestif, infark miokardium akut, pneumonia, dan stroke. Disini terdapat informasi mengenai pasien di dalam database mengenai berat penyakit, dan mengenai mortalitas di rumah sakit dan mortalitas 30-hari. Dengan memasukkan informasi klinis yang sama mengenai pasiennya pada kategori ini, rumah sakit dapat menggunakan software ini untuk membandingkannya dengan database nasional yang telah disesuaikan dengan berat penyakit, dan untuk melihat apakah angka kematian yang disesuaikan dengan berat penyakit ini lebih tinggi atau lebih rendah daripada sampel nasional.

D. MEMILIH SUATU SISTEM KLASIFIKASI

Sistem atau sistem-sistem klasifikasi yang dipilih oleh fasilitas pelayanan kesehatan tertentu harus mampu memberikan informasi yang ditentukan oleh peraturan federal dan state serta persyaratan akreditasi, di samping informasi yang dibutuhkan oleh administrasi dan staf medis fasilitas tersebut. Bentuk dan jumlah informasi yang akan dikumpulkan akan membantu penentuan sistem atau kombinasi sistem-sistem yang akan digunakan untuk penyimpanan dan pemetikan data. Misalnya, fasilitas perawatan akut mungkin menggunakan ICD-9-CM untuk pengumpulan data pasien rawat inap, ICD-O untuk pencatatan tumor, *Index for Rontgen Diagnosis* untuk Bagian Radiologi, SNOMED di Patologi, CPT-4 untuk prosedur pasien rawat jalan, dan DSM-III-R di area kesehatan jiwa.

Peraturan asli untuk sistem pembayaran prospektif menyatakan:

“bahwa semua rumah sakit yang mengikuti sistem pembayaran prospektif akan dibayar untuk pelayanan rawat inap yang tersedia, jumlah spesifik untuk setiap discharge didasarkan pada klasifikasi kasus atas satu di antara 467 DRG. Setiap kasus discharge rumah sakit akan disesuaikan pada satu kategori DRG dan tidak satu pun kasus yang bisa masuk ke dalam lebih dari satu kategori. Penerapan ini didasarkan pada diagnosis utama, diagnosis sekunder, kalau ada, prosedur yang dilakukan, dan usia, jenis kelamin serta status discharge pasien. DRG menyediakan cakupan lengkap diagnosis yang ada di dalam ICD-9-CM tanpa tumpang-tindih.”

Rumah sakit perawatan akut yang ikut di dalam program Medicare, harus menyediakan kode ICD-9-CM untuk mendapatkan penggantian biaya untuk pelayanan rawat jalan. Mereka juga harus memantau perubahan di dalam sistem DRG sesuai dengan pengumuman HCFA setiap tahun pada Federal Register dan memperbaharui sistemnya sesuai dengan itu.

Administrator Informasi Kesehatan (AIK) perlu terus menerus mereview literatur perawatan kesehatan untuk bisa mengetahui perubahan yang terjadi pada sistem klasifikasi pelayanan kesehatan yang sedang digunakan dan memantau perkembangan sistem-sistem baru. Karena bentuk-bentuk alternatif pelayanan kesehatan menjadi semakin umum, Administrator Informasi Kesehatan (AIK) akan diharuskan untuk menilai kebutuhan data fasilitas supaya bisa menemukan sistem-sistem klasifikasi yang sesuai dengan kebutuhan datanya. Biaya pengumpulan data, penyimpanan, dan pemetikannya harus pula menjadi faktor utama dalam pemilihan satu atau lebih sistem klasifikasi.

E. SISTEM-SISTEM 'ENCODING'

Di dalam *Webster's Unabridged Dictionary*, suatu *encoder* didefinisikan sebagai suatu 'mesin pemecah kode'. Pemakaian kata ini sekarang telah melebarkan penggunaannya sehingga berarti cara untuk mengubah data dari satu bentuk menjadi bentuk lain. Contoh ini bisa ditemukan dalam cara sederhana pengkodean penyakit atau kondisi. *Encoder* yang dibantu komputer adalah software yang digunakan baik pada sistem komputer *mainframe* atau pada *microcomputer*. Encoder yang dijalankan oleh suatu logika memberikan *prompt* kepada pengkode untuk melalui sederetan pilihan yang ditayangkan pada layar komputer sampai kode diberikan bagi setiap diagnosis atau prosedur (Gambar 8). Encoder yang dibimbing melalui buku memberikan halaman Indeks Alfabet dan Daftar Tabulasi ICD-9-CM sehingga pengkode tidak perlu membuang waktu melalui buku kode namun masih bisa memeriksa semua catatan inklusi dan eksklusi untuk memastikan kode yang tepat telah diberikan.

Sex : M
 Age : 74
 Disposition – choose one:
 [NL] Home – self care/home health service or still in hospital
 2. Left against medical advice
 3. Transferred to other medical service
 4. Expired
 5. SNF, ICF, or other facility
 Choose: NL

Principal diagnosis
 Enter key word: Cor

 1. Cor

 Which line?
 Principal diagnosis

 Cor
 Cor
 1. Cor Biloculare
 2. Cor Bovinum (coded as Cardiac Hypertrophy)
 3. Cor Pulmonale
 4. Cor Pulmonale with Pulmonary Hypertension
 5. Cor Triatriatum or Triatrium
 6. Cor Triloculare
 Which line?

Principal diagnosis

| |
|--|
| Cor Cor pulmonale 1. Acute 2. Chronic 3. With Pulmonary embolus 4. Unspecified Which line? |
|--|

| | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| Principal diagnosis | |
| Cor Cor pulmonale Acute | |
| ICD-9-CM 415.0 | Review Code Acute cor pulmonale |
| Pres any key to continue | |

Gambar 6. Logic-driven encoder

Konsistensi di antara pengkode merupakan satu keuntungan yang ditawarkan sistem pengkodean berkomputer. Encoder juga membantu ketepatan, karena pengkode harus melewati setiap langkah dalam proses pengambilan keputusan untuk ICD-9-CM. Tidak ada jalan pintas untuk menjangkakan prosedur ini melalui penghilangan satu langkah.

Pengkode yang berpengalaman bisa memberikan kode-kode umum lebih cepat dengan bekerja melalui ingatan dan buku kode yang telah dibiasakannya ketimbang bekerja dengan sebuah encoder. Namun, ketika bekerja melalui ingatan, seorang pengkode mungkin akan menghasilkan nomor kode yang selalu salah. Encoder yang dibantu komputer, sebaliknya, hanya menghasilkan kode-kode untuk diagnosis yang dimasukkan oleh pengkode. Pengkode harus menganalisa informasi discharge di dalam rekam medis untuk memastikan bahwa dokter telah menentukan diagnosis utama yang benar sesuai dengan definisi UHDDS. Sebagai tambahan, dokumentasi di dalam rekam medis harus menunjukkan bahwa diagnosis yang dipilih adalah kondisi yang, setelah penelaahan, menyebabkan admisi pasien ke rumah sakit untuk perawatan.

Encoder bisa dengan tepat memberikan kode pada diagnosis yang dipilih dan untuk memastikan bahwa pengkode tidak ingin memilih diagnosis diferensial sebagai diagnosis utama (Gambar 9). Namun, pengkode membuat keputusan akhir mengenai identifikasi diagnosis utama dan diagnosis lainnya yang akan dilaporkan. Pengkode tidak bisa menentukan diagnosis mana dari yang dituliskan dokter mempengaruhi masa tinggal saat itu. Akan tetapi, hanya diagnosis yang mempengaruhi masa tinggal pasien yang dilaporkan sesuai dengan definisi

UHDDS. Diagnosis yang berhubungan dengan episode perawatan sebelumnya yang tidak mempengaruhi masa tinggal saat itu harus dikeluarkan.

| |
|---|
| <p>DRG 336 Transurethral Prostatectomy (70+ /cc) HCFA wt. 0.9974 Mean LOS 8.4 Outlier LOS (22 days)</p> <p>Diagnoses 1. *185 Malignant neoplasm of prostate 2. *25030 Diabetes mellitus with coma, non-insulin dependent or unspecified (Type II) Select alternate principal Dx or NL to continue</p> <p>Procedures 602 Transurethral prostatectomy</p> |
|---|

| |
|--|
| <p>DRG 468 *** O.R. Procedure unrelated to Diagnostic MDC *** HCFA wt. 20818 Mean LOS 11.2 Outlier LOS 33 days *Note this may not be an error in coding, but you should carefully examine your selection of principal diagnosis and make sure you have included all surgeries.</p> <p>Diagnosis 1. *25030 Diabetes mellitus with coma, non-insulin dependent or unspecified (Type II) 2. 185 Malignant neoplasm of prostate Select alternative principal Dx or NL to continue</p> <p>Procedures *602 Transurethral prostatectomy</p> |
|--|

Gambar 7. Assigning Diagnosis Code with Encoder.

Beberapa pembuat software telah mengembangkan encoder yang mendorong pemilihan diagnosis dengan ganti rugi tertinggi sebagai diagnosis utama. Praktek ini merupakan penipuan Medicare kalau dokumentasi rekam medis menunjukkan diagnosis yang lebih murah sebagai diagnosis utama.

Untuk pengkodean yang tepat, baik manual atau dengan menggunakan encoder, keterampilan utama adalah dalam mencari rekam medis untuk mendapatkan diagnosis yang sesuai dengan definisi UHDDS mengenai diagnosis utama, dan semua diagnosis dan prosedur lain yang mempengaruhi masa tinggal di rumah sakit.

Bantuan komputer untuk fungsi pengkodean memiliki harga yang mahal, karena di samping biaya hardware dan software, biaya lisensi tahunan bisa pula ditagih. Setelah menilai volume pengkodean yang akan diselesaikan dan kepandaian serta kedalaman pemahaman staf pengkodean rumah sakit, Administrator Informasi Kesehatan (AIK) harus memutuskan apakah encoder yang dibantu komputer bisa memperbaiki ketepatan pengkodean yang dilakukan dan memiliki biaya yang pantas.

F. RINGKASAN

Berbagai sistem nomenklatur dan klasifikasi penyakit dan prosedur telah digunakan di USA bertahun-tahun. Begitu sistem pelaksanaan asuhan kesehatan telah menjadi spesialis, sistem-sistem klasifikasi khusus telah dikembangkan untuk digunakan dalam pencatatan informasi statistik medis yang berguna. Walaupun persyaratan federal dan state agak mengharuskan pemilihan satu sistem klasifikasi, kebutuhan informasi khusus suatu fasilitas kesehatan sering menyebabkan Administrator Informasi Kesehatan (AIK) menggunakan sistem klasifikasi tambahan. Mereka harus selalu berada di depan pada perubahan dan penemuan baru yang terdapat pada sistem-sistem klasifikasi dan nomenklatur yang diterbitkan. Tidak ada satu sistem klasifikasi yang bisa memenuhi kebutuhan semua orang. Penilaian hati-hati mengenai kebutuhan fasilitas dan pengetahuan yang up to date mengenai sistem klasifikasi yang tersedia akan menghasilkan pemilihan sistem klasifikasi yang pantas oleh institusi pelayanan kesehatan.

G. PERTANYAAN

1. Definisikan sistem-sistem nomenklatur dan klasifikasi, dan jelaskan bagaimana masing-masingnya bisa digunakan untuk melengkapi yang lain dalam pencatatan informasi medis.

2. Nyatakan tujuan, dan uraikan struktur nomor kode yang digunakan pada masing-masing dari sistem nomenklatur dan klasifikasi berikut:

**SNOMED,
SNVDO/SNOVET,
CPT,
ICD-9-CM,
ICD-O,
DSM-IV,
HCPCS.**

3. Nyatakan tujuan klasifikasi 'case-mix, dan jelaskan struktur

**DRGs,
APGs,
RUGs,
Severity of Illness Systems.**

4. Buat daftar pertimbangan yang harus dibuat ketika memilih sistem klasifikasi yang sesuai untuk digunakan di suatu fasilitas pelayanan kesehatan.

5. Tunjukkan kekuatan dan kelemahan encoder yang dibantu komputer.

X. STATISTIK ASUHAN KESEHATAN

A. PENDAHULUAN

Administrator Informasi Kesehatan (AIK) harus menyadari betapa pentingnya sumbangan bagian ini untuk orang-orang yang menggunakan data asuhan kesehatan. Rekam medis merupakan sumber primer data yang digunakan dalam mengolah data asuhan medis. Statistik mengenai kerja 128tastic128128l yang dilakukan di rumah sakit atau fasilitas asuhan kesehatan lainnya diolah dan disediakan untuk pengguna lain dengan berbagai 128tatist. Akan tetapi 128tastic ini hanya memiliki arti kalau Administrator Informasi Kesehatan (AIK), administrasi, dan staf medis memiliki pengertian yang sama tentang definisi istilah yang digunakan, bagaimana cara data dikumpulkan, dan berapa ketepatan suatu informasi. Laporan kepada badan atau organisasi di luar fasilitas asuhan kesehatan memiliki arti kalau semua pihak terkait memahami definisi dan parameter data yang dilibatkan.

Statistik adalah fakta yang dijadikan gambar. Untuk mencapai tujuannya, gambar tersebut harus relevan, dan bisa diandalkan kalau seseorang akan mengevaluasinya secara tepat dan menggunakannya di dalam pengambilan keputusan. Persiapan statistik melibatkan pengumpulan, analisis, interpretasi, dan presentasi fakta sebagai angka-angka. Karena Administrator Informasi Kesehatan (AIK) memiliki pengetahuan yang luas mengenai fasilitas asuhan kesehatan, mereka berada di posisi yang terbaik untuk tidak saja mengumpulkan dan mempersiapkan data, tapi juga untuk menganalisa dan menginterpretasikan data. Administrator Informasi Kesehatan (AIK) memerlukan pengetahuan luas mengenai metode statistik dan penalaran di samping pemahaman akan apa yang bisa dilakukan oleh komputer terhadap data mentah. Mereka harus berada di depan teknologi penyimpanan dan pemetikan data yang ada supaya bisa memberikan laporan yang lebih informatif kepada administrasi, staf medis, dan badan-badan luar.

Statistik hanya memiliki ketepatan yang sama dengan dokumen asli tempatnya berasal. Administrator Informasi Kesehatan (AIK) harus memutuskan apakah ini rekam medis memenuhi kebutuhan statistik atau tidak. Praktisi juga harus tahu akan sumber data lain di dalam fasilitas asuhan kesehatan dan siap untuk menggabungkan data ini dengan data dari rekam medis. Jenis dan jumlah data yang dikumpulkan dan penggunaan data bervariasi antara berbagai institusi asuhan kesehatan. Administrasi dan dewan pimpinan menggunakan statistik untuk membandingkan pekerjaan saat ini dengan masa lalu dalam merencanakan masa depan. Staf

medis menggunakan statistik untuk menilai kinerjanya. Laporan yang disusun untuk badan dan organisasi luar pada tingkat lokal, state dan nasional, digunakan untuk membuat daftar, mengakreditasi, memberi izin, dan menyetujui rumah sakit dan fasilitas asuhan kesehatan lain dan untuk menyebarkan dana.

Secara periodik perlu dilakukan review terhadap data yang dikumpulkan dan cara pengumpulan yang digunakan. Kenapa data tertentu dikumpulkan dan laporannya disusun perlu dipertanyakan. Kalau Administrator Informasi Kesehatan (AIK) tidak secara rutin mempertanyakan metoda, alasan penyimpanan, dan cara menyajikan data, maka mereka membuat waktu mereka yang berharga terbuang percuma dalam mempersiapkan laporan yang tidak akan dibaca orang. Menyesuaikan diri dengan cara pelaporan dan penayangan data terkini akan menghilangkan pekerjaan yang tidak perlu dan membantu pengubahan cara pengumpulan data sehingga informasi yang terkumpul akan akurat dan berguna.

DATA SETS

Untuk mendorong pengumpulan dan pelaporan data yang seragam, set-set data minimum untuk berbagai jenis pemberian asuhan kesehatan telah dikembangkan. Statistik asuhan kesehatan hanya akan bermakna kalau mereka bisa dibandingkan dengan statistik tahun sebelumnya atau dengan fasilitas lain. Ketika melakukan perbandingan, statistik adanya perbedaan harus dijelaskan. Perbandingan yang bermakna hanya bisa dibuat, dan perbedaan hanya bisa dijelaskan kalau definisi item-item yang dibandingkan dan dihitung sama. Faktor-faktor yang menunjukkan ukuran harus dengan jelas dinyatakan sebelum data bisa digunakan untuk mengambil keputusan yang berarti. Data yang diolah dan dibandingkan di dalam satu fasilitas asuhan kesehatan tidak bisa dibandingkan dengan data yang diolah di fasilitas lain kecuali kalau digunakan definisi seragam mengenai statistik-faktor yang terlibat. Set data yang paling luas digunakan adalah Uniform Hospital Discharge Data Set (UHDDS). Terdapat juga set data lain untuk pasien rawat jalan dan asuhan jangka panjang, yang dibicarakan pada Bab 4 dan 5, dan banyak state yang juga mengumpulkan data spesifik dari institusi.

UNIFORM HOSPITAL DISCHARGE DATA SET

UHDDS dinyatakan oleh *Menteri Kesehatan, Pendidikan, dan Kesejahteraan (Secretary of Health, Education, and Welfare)* pada tahun 1974 sebagai inti data umum minimal setiap discharge rumah sakit program Medicare dan Medicaid. Dalam 15 tahun terakhir, UHDDS telah digunakan secara luas sebagai inti data umum minimal di *Departemen Kesehatan dan Pelayanan Manusia (Department of Health and Human Services)* untuk program yang memerlukan data discharge setiap rumah sakit secara berkesinambungan. Set data ini juga digunakan dalam badan federal

lainnya dan digunakan sebagai standard dalam 130tatis umum non-federal dan swasta, seperti layanan peringkasan discharge rumah sakit.

UHDDS direvisi tahun 1984 dan 1986 untuk memperbaiki versi asli sesuai dengan perkembangan dan kebutuhan zaman. Set data yang digunakan saat ini mencakup item-item berikut:

| | |
|------------|---|
| Nomor 1 | Identifikasi Personal – Nomor unik untuk setiap pasien di dalam rumah sakit yang membedakan pasien dan rekam medis rumah sakitnya dari yang lain di institusi tersebut. |
| Nomor 2 | Tanggal lahir – Bulan, hari, dan tahun kelahiran. |
| Nomor 3 | Jenis Kelamin – Laki-laki atau perempuan/ |
| Nomor 4a | Ras – Putih, Hitam, Asia atau Kepulauan Pasifik, Indian Amerika/Eskimo/Aleut, Lainnya. |
| Nomor 4b | Etnis – Asal Spanyol/Hispanic, Bukan Asal Spanyol/Non-Hispanic. |
| Nomor 5 | Tempat tinggal – Kode Zip, Kode untuk penduduk asing. |
| Nomor 6 | Identifikasi rumah sakit – Nomor unik rumah sakit pada 130tatis pengumpulan data. |
| Nomor 7-8 | Tanggal admisi dan discharge – Bulan, tanggal dan tahun. |
| Nomor 9-10 | Identifikasi dokter – Setiap dokter harus memiliki nomor identifikasi di rumah sakit. Nomor 9 untuk dokter yang merawat sejak awal episode rumah sakit, dan nomor 10 dokter yang melakukan operasi. |
| Nomor 11 | Diagnosa – Semua diagnosa yang mempengaruhi masa rawat inap tsb. Diagnosa utama adalah keadaan yang ditetapkan setelah penelaahan, yang paling menyebabkan admisi pasien untuk perawatan. Diagnosa lain adalah semua keadaan yang muncul bersamaan pada saat admisi, muncul setelah itu, atau yang mempengaruhi pengobatan yang diterima atau lama dirawat. Diagnosa yang berhubungan dengan episode sebelumnya yang tidak mempengaruhi rawatan sekarang tidak dimasukkan. |
| Nomor 12 | Prosedur dan tanggal – Semua prosedur yang nyata harus dilaporkan. Prosedur nyata adalah prosedur yang (1) bersifat pembedahan, atau (2) memiliki risiko prosedur, atau (3) memiliki risiko anestesia, atau (4) memerlukan latihan khusus. Untuk prosedur nyata, identitas (menurut nomor di rumah sakit) orang yang melakukan prosedur dan tanggalnya harus dilaporkan. Kalau lebih dari satu prosedur dilaporkan, prosedur utama yang diambil. Untuk penentuan prosedur utama, 130tatisti berikut digunakan: Prosedur utama adalah yang dilakukan untuk pengobatan 130tatistic130 ketimbang untuk 130tatistic130 atau pemeriksaan, atau yang diperlukan untuk mengatasi komplikasi. Kalau terlihat ada dua prosedur yang utama, maka dipilih yang paling berhubungan dengan diagnosa utama. |
| Nomor 13 | Disposisi pasien - - Discharge ke rumah (discharge rutin). - Pulang paksa. - Discharge ke rumah sakit short-term lain - Discharge ke institusi rawat jangka panjang. - Meninggal dunia - Lainnya |
| nomor 14 | Perkiraan pembayar sebagian besar tagihan – Satu sumber utama yang diperkirakan pasien akan membayar tagihannya. - Blue Cross. - Perusahaan asuransi lainnya. - Medicare. - Medicaid. - Worker’s Compensation. |

- Pembayar lainnya dari pemerintahan
- Bayar sendiri
- Tanpa tagihan (gratis, amal, riset khusus, pengajaran)
- Lainnya.

H. PENENTUAN KEBUTUHAN PENGUMPULAN

Seperti telah disebutkan, administrasi dan staf medis fasilitas perawatan kesehatan menggunakan 131tastic, sehingga kebutuhan mereka harus diperkirakan dan dibicarakan dengan mereka. Keprihatinan akan biaya perawatan kesehatan telah meningkatkan desakan akan data keuangan karena berhubungan dengan data klinis. Jadi, Administrator Informasi Kesehatan (AIK) perlu berkonsultasi secara teratur dengan anggota administrasi yang bertanggung jawab mengenai masalah keuangan untuk memastikan bahwa data gabungan keuangan dan klinis tersedia untuk penggunaan teratur atau permintaan khusus. Yang terakhir ini bisa mencakup biaya entitas penyakit atau biaya per dokter, unit staf medis, atau kelompok yang berhubungan dengan diagnosis (DRG).

Setiap tahun ratusan badan luar meminta informasi dari rumah sakit secara resmi dan pada periode tertentu. Data yang diminta bisa berupa pekerjaan rumah sakit (penggunaan sumber, personil, dan keuangan) atau mengenai pelayanan pasien. Beberapa di antaranya adalah AHA, perkumpulan rumah sakit state, badan pemberi izin dan perencanaan rumah sakit state, JCAHO, Blue Cross dan Blue Shield, AMA, konsorsium data kesehatan, perkumpulan review sejawat, dinas pendapatan dalam negeri (*Internal Revenue Service* = IRS), perusahaan asuransi di bidang kecelakaan dan kesehatan, *Social Security Administration* dan cabang-cabangnya, dan departemen kesejahteraan lokal dan state. Administrator Informasi Kesehatan (AIK) harus mempelajari laporan dan instruksi mengenai pengisian formulir yang berasal dari badan-badan ini sebelum membuat atau merevisi sistem pengumpulan data.

Hampir semua rumah sakit harus memiliki izin state. Syarat perbaruan izin berbeda menurut state dan menurut jenis fasilitas, tapi melibatkan adanya data mengenai layanan fasilitas. Administrator Informasi Kesehatan (AIK) harus terbiasa dengan peraturan statenya sendiri.

Akreditasi dari JCAHO sangat penting untuk rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lain; tanpa akreditasi sulit untuk mendapatkan dana federal untuk pelayanan pasien, menawarkan program latihan residen, dan melakukan berbagai jenis tugas lainnya. JCAHO sedang melaksanakan proyek penelitian dan pengembangan besar yang dimaksudkan untuk meningkatkan kemampuannya mengevaluasi organisasi pelayanan kesehatan dan merangsang perhatian yang lebih besar pada mutu pelayanan pasien.

JCAHO sedang mengembangkan kriteria atau indikator klinis dan organisasi yang memungkinkan transmisi data terus menerus ke badan akreditasi. Program *Indicator Monitoring*

System ini masih bersifat sukarela, tapi JCAHO berencana untuk mewajibkannya untuk rumah sakit yang berakreditasi di masa depan. Kalau ini telah berlaku, rumah sakit akan melaporkan sejumlah besar data klinis ke JCAHO sebagai bagian proses akreditasinya.

Sistem pemantauan 132tastic ini bukanlah satu-satunya keterlibatan JCAHO di dalam data rumah sakit. *Accreditation Manual for Hospital* yang diterbitkannya tahun 1994 berisi satu bab mengenai manajemen informasi. Bab ini menuntut agar data diperikan secara konsisten di rumah sakit, tersedia kapan diperlukan, dan sedapat mungkin menurut standard. Standard 1994 juga mengharuskan rumah sakit untuk ikut serta dalam satu database eksternal, seperti 132tastic pemantauan 132tastic JCAHO.

Terdapat berbagai organisasi lain yang memberikan persetujuan atau mengakreditasi fasilitas pelayanan kesehatan lain. Misalnya, DHHS melakukan review untuk sertifikasi fasilitas yang ikut *Conditions of Participation Medicare*, kalau fasilitas belum mendapatkan akreditasi JCAHO. AOA mengakreditasi rumah sakit osteopati. Profesional informasi kesehatan perlu menentukan informasi yang diperlukan oleh badan-badan ini dan menyediakannya kapan saja diminta.

AHA melakukan 132tastic tahunan terhadap semua rumah sakit untuk *Guide to the Health Care Field*. Survei ini meminta data struktur organisasi, fasilitas dan pelayanan, tempat tidur dan penggunaannya untuk rawat inap, status keuangan, personil, dan staf medis. Bagian informasi kesehatan banyak menyumbangkan data untuk 132tastic ini, dan hendaknya memastikan bahwa ia menggunakan definisi yang tepat dan data penyokong yang akurat.

Banyak state memiliki badan pengumpulan data pelayanan kesehatan. Beberapa di antaranya berada di dinas kesehatan setempat dan beberapa lainnya sebagai komisi bebas. Tujuan badan ini adalah untuk memantau dan membandingkan pelayanan/tagihan layanan kesehatan dalam rangka mendorong suasana bersaing dan menekan biaya. Hampir semua data yang dibutuhkan state dikumpulkan melalui UB-92, yaitu tagihan seragam yang digunakan oleh National Uniform Billing Committee. Tagihan ini diperlukan untuk tagihan Medicare dan pihak pembayar ketiga lainnya. Walau pun data dikumpulkan melalui formulir yang dikeluarkan oleh kantor penagihan ini, bagian informasi kesehatan berwenang memberikan data klinis yang berada di dalam formulir dan harus memastikan keakuratannya. Administrator Informasi Kesehatan (AIK) bisa juga menggunakan data dari laporan yang dikeluarkan oleh badan-badan state dalam laporan komparatif yang dibuatnya untuk staf administrasi dan medis.

Rumah sakit yang disetujui memiliki program residensi harus mengisi formulir untuk Directory of Residency Training Programs yang diterbitkan oleh divisi pendidikan dokter, bagian pendidikan dokter dari AMA. Administrator Informasi Kesehatan (AIK) bisa diminta

memberikan data untuk direktur program residensi rumah sakit atau mengisi formulir ini bagi mereka, tapi direktur setiap program harus memeriksa informasi yang diberikan.

Pertanyaan yang harus ditanyakan Administrator Informasi Kesehatan (AIK) untuk menentukan data apa yang akan dikumpulkan harus mencakup:

Laporan apa yang dibutuhkan secara rutin oleh staf administrasi dan medis?

Laporan apa yang diperlukan untuk badan-badan luar?

Apa yang dibuat untuk permintaan data mendadak? Siapa yang meminta, data apa yang dibutuhkan, dan bagaimana data akan digunakan? Bisakah kebutuhan akan data ini diantisipasi dan direncanakan lebih awal?

Adakah kebutuhan akan data yang tidak terpenuhi? Adakah data yang bisa diberikan oleh Administrator Informasi Kesehatan (AIK) yang bisa memperjelas kesempatan atau pun ancaman terhadap fasilitas pelayanan kesehatan, yang mungkin tak terlihat tanpa data ini?

Apakah data yang sedang ditayangkan memiliki format yang bisa dimengerti dan berguna?

Kalau sikap mempertanyakan statistik ini dikembangkan dan dipertahankan, informasi yang diperlukan bisa lebih siap untuk diberikan dan pengumpulan data yang tidak diperlukan bisa dihindari. Review mengenai 133tastic dan laporan yang diolah hendaknya dilakukan setiap tahun.

I. GLOSSARY OF HEALTH CARE TERMS

Karena perlunya keseragaman dalam definisi di seluruh wilayah 133tatis, Takarir Istilah Pelayanan Kesehatan ini dikembangkan oleh AHIMA setelah penelitian mengenai laporan 133tastic dan konsultasi dengan wakil-wakil dari 22 organisasi yang berhubungan dengan kesehatan. Istilah-istilah di dalam takarir ini, pertama kali diterbitkan tahun 1969, pada mulanya umum diketahui oleh rumah sakit jangka pendek dan pasiennya. Edisi terbaru yang terbit tahun 1994 memperluas takarir istilah rumah sakit menjadi takarir istilah pelayanan kesehatan. Rujukan sekarang dibuat pada istilah yang digunakan pada perusahaan pelayanan kesehatan, organisasi pemeliharaan kesehatan (HMO), dan banyak program dan fasilitas lain yang berhubungan dengan kesehatan.

Takarir Istilah Pelayanan Kesehatan harus tersedia bagi siapa pun yang mempersiapkan laporan 133tastic. Kalau sebuah definisi diberikan pada formulir laporan, definisi itu harus diikuti; kalau suatu istilah tidak didefinisikan, Takarir harus digunakan untuk mencari definisi yang sesuai untuk istilah tersebut untuk menjamin laporan yang seragam. Kalau definisi Takarir digunakan, maka lebih banyak 133tastic yang dikumpulkan memiliki arti, andal, bisa dibandingkan, dan berguna.

DEFINISI TAKARIR MENGENAI KEJADIAN ('EVENT')

Secara tradisional, data yang dikumpulkan dari pasien rawat inap (inpatient = pasien-dalam) rumah sakit lebih banyak daripada jenis pasien lainnya di fasilitas lain. Namun keadaan ini berubah karena bentuk-bentuk baru pelayanan kesehatan muncul dan karena biaya dan mutu pada tempat-tempat ini diselidiki. Definisi standard istilah yang menjelaskan bentuk-bentuk 'event' pelayanan kesehatan penting untuk membedakan mereka. Definisi yang disediakan di dalam *Glossary of Health Care Terms* adalah:

Inpatient Hospitalization – “suatu periode dalam kehidupan seseorang saat ia merupakan pasien-dalam di satu rumah sakit tanpa selingan kecuali oleh kemungkinan izin cuti.”

Inpatient Admission – “penerimaan resmi oleh rumah sakit akan seorang pasien yang akan disediakan kamar, makan, dan pelayanan keperawatan yang berkesinambungan di suatu area rumah sakit tempat pasien biasanya tinggal paling kurang satu malam.”

Inpatient Discharge – “pengakhiran suatu periode rawat inap melalui pelepasan resmi pasien oleh rumah sakit.” Istilah ini mencakup akhir masa perawatan baik atas perintah dokter, melawan perintah, atau pun karena kematian. Kalau tidak dengan jelas dinyatakan lain, maka discharge juga mencakup kematian.

Outpatient – “seorang pasien yang menerima perawatan tanpa diterima untuk perawatan inap atau residen.

Administrator Informasi Kesehatan (AIK) harus membiasakan diri dengan definisi dan istilah lain yang berhubungan dengan perawatan inap, outpatient rumah sakit, dan pasien lain yang tersedia di dalam Glossary.

PENGUMPULAN DATA

Setelah ditentukan data apa yang diperlukan dan bagaimana mereka diperikan, data ini umumnya harus diringkaskan dalam suatu bentuk yang teratur dari rekam medis. Pengumpulan data dari rekam medis rumah sakit biasanya dilakukan secara retrospektif pada saat discharge, tapi bisa juga pada saat yang bersamaan (secara konkurens) dengan saat rawat inap. Item data yang diperlukan bisa ditempelkan pada lembaran kerja, dimasukkan ke dalam ringkasan untuk input 134tatis pemrosesan data komersial atau di dalam fasilitas, atau langsung ke dalam database komputer. Prosedur pengumpulan data secara manual yang menggunakan lembaran kerja dengan judul kolom untuk pelayanan, hasil, dan data pilihan untuk setiap pasien berdasarkan nomor kasus, umumnya telah diganti dengan ringkasan data discharge atau input pada waktu yang sama ke dalam komputer. Apa pun cara yang digunakan, harus dikembangkan suatu prosedur untuk mengidentifikasi rekam medis tempat data berasal dan untuk mengakses rekam medis tersebut.

Pada 135 statis review konkurens, petugas mendatangi pos perawat untuk mengumpulkan data dari rekam medis. Data bisa dikumpulkan dalam waktu 24 jam setelah admisi, dua hari setelah admisi, dan setiap tiga hari kemudian, atau dalam pola lain yang bisa dilaksanakan di rumah sakit. Sebuah daftar admisi dan sensus terkini diperlukan untuk mengidentifikasi dan mencari rekam medis pasien. Pada saat discharge, sangat sedikit diperlukan pengumpulan data tambahan. Pada sistem review retrospektif semua pengumpulan data dilakukan setelah pasien dikeluarkan. Sebuah prosedur harus dikembangkan untuk menerima semua rekam medis pasien yang keluar dari rumah sakit pada pagi berikutnya. Sebuah daftar pasien yang dikeluarkan setiap hari berfungsi sebagai daftar periksa untuk rekam medis yang diterima. Bagian admisi, akuntansi pasien, layanan keperawatan, atau informasi kesehatan bisa diberi tanggung jawab untuk mempersiapkan daftar admisi, laporan sensus, dan daftar discharge; atau, cetakan komputer tentang admisi dan discharge didistribusikan setiap hari dari sistem pemroses data.

ANALISIS DISCHARGE PASIEN

Apakah pengumpulan data dimulai pada saat analisis konkurens dan diselesaikan pada waktu discharge, atau dilakukan setelah discharge, data yang terkumpul umumnya standard antara rumah sakit. Proses pengumpulan data memiliki beberapa nama.

Pengumpulan data manual sering dilakukan dengan menggunakan formulir “Analysis of Hospital Service”, sehingga proses pengisian formulir ini disebut analisis pelayanan rumah sakit atau analisis discharge harian. Tujuan utamanya adalah menguraikan aktifitas profesional unit staf medis yang ada dan/atau program pendidikan spesialis klinis (residensi) disana. Setiap discharge dimasukkan ke dalam formulir “*Daily Analysis of Hospital Service*” dan suatu daftar kumulatif menyimpan hasil-hasilnya, di samping jumlah pasien per unit staf medis, lama perawatan, infeksi, kematian, autopsi, dan konsultasi.

Pengumpulan data otomatis telah menggabungkan analisis kumulatif aktifitas unit staf medis dengan pengumpulan demografi pasien, data sumber pembayaran, kode untuk indeks penyakit dan operasi, data indeks dokter, dan data klinis lain. Peringkasan (abstracting) adalah istilah yang digunakan pada pengumpulan data pasien discharge untuk entri komputer. Suatu formulir ‘*case abstract*’ atau ‘*discharge data abstract*’ bisa digunakan untuk mencatat data bagi setiap pasien. Bab X, Indeks dan Register, menguraikan proses peringkasan dan penggunaan ringkasan data discharge yang digunakan oleh layanan data discharge komersial.

PELAYANAN MEDIS DAN UNIT-UNIT ORGANISASI

Semua formulir analisis discharge pasien-dalam mengumpulkan data mengenai “*pelayanan/service*”. Pada Takarir terlihat bahwa istilah ini terlalu sering digunakan dan memiliki

sedikitnya tiga arti, yaitu unit tanggung jawab staf medis, kelompok tempat tidur rawat inap, atau kelompok pasien discharge dengan penyakit atau pengobatan yang sama.

Takarir menyarankan agar istilah “*unit asuhan/care unit*” digunakan sebagai pengganti “*service*”. *Unit asuhan* adalah “suatu entitas organisasi pada fasilitas pelayanan kesehatan”. Rumah sakit terorganisir secara fisik dan fungsional atas unit-unit. Takarir menyarankan agar istilah “*inpatient care unit*” diganti dan digunakan untuk menjelaskan berbagai jenis fasilitas asuhan pasien tempat terdapatnya tempat tidur rawat inap dan pelayanan yang berhubungan dilakukan. Suatu *medical care unit* diberikan sebagai suatu “pola susunan tempat tidur rawat inap (atau tempat bayi), fasilitas yang berhubungan, dan personil yang ditugaskan, tempat layanan medis dilakukan pada kelompok pasien yang jelas dan dibatasi sesuai dengan kebutuhan asuhan medis tertentu”. Suatu *special care unit* diberikan sebagai “suatu unit medis tempat tersedianya peralatan yang sesuai dengan konsentrasi dokter, perawat, dan lainnya yang memiliki keahlian dan pengalaman khusus untuk memberikan asuhan medis optimal bagi pasien yang sakitnya kritis, atau asuhan terus-menerus bagi pasien yang memiliki kategori diagnostik khusus”.

Inpatient care units tidak selalu sama dengan *medical staff units*, yang diberikan sebagai “satu di antara departemen, divisi, atau spesialisasi, tempat para staf medis rumah sakit diorganisir untuk memenuhi tanggung jawab staf medis”. Misalnya, sebuah rumah sakit mungkin memiliki unit-unit asuhan (*care units*) untuk obstetrik, bayi baru lahir, anak-anak, layanan intensif, medis, dan bedah. Rumah sakit yang sama bisa memiliki *medical staff units* yang terorganisir di bidang medis, bedah, THT, obgyn, dan 136tatic.

Klasifikasi pasien discharge menurut penyakit atau pengobatan yang berhubungan dengan menggunakan 136tatis selain klasifikasi standard yang memiliki penerapan universal (seperti ICD) tidak dianjurkan oleh Takarir. Penggunaan 136tatis klasifikasi non-standard tidak akan mendorong konsistensi antara/di antara rumah sakit.

(a) *Penyerahan Pasien kepada Unit Staf Medis*

Kalau data dipertahankan sesuai dengan unit staf medis, analisis pelayanan rumah sakit yang sesungguhnya bisa dilakukan. Jumlah unit staf medis di rumah sakit bervariasi sesuai dengan ukuran rumah sakit, jumlah dokter di dalam staf medis, jenis pengobatan yang diberikan kepada pasien, dan jenis organisasi staf medis. Unit staf medis (departemen, divisi, atau spesialisasi) atau program pendidikan spesialis klinis (program latihan residensi) tempat staf medis dikelompokkan harus disebutkan di dalam bylaws, rules or regulations staf medis. [*bylaws (semacam 136tatic) adalah aturan tertinggi organisasi, disusul oleh rules (peraturan) dan kemudian oleh regulations (aturan?)*]. Pada waktu merancang 136tatis peringkasan discharge, istilah “*service*” hendaknya hanya dirujuk pada unit-unit tempat staf medis ini secara resmi diorganisir. Pada

fasilitas dengan staf medis yang terstruktur, dokter hanya akan mengobati pasien di dalam unit spesialisasinya, sehingga statistik yang tepat mengenai asuhan yang diberikan oleh dokter di unit tersebut bisa dengan mudah dikumpulkan.

Terdapat beberapa rumah sakit dengan staf medisnya terorganisir, tapi dokternya diberi hak untuk memberikan asuhan pada lebih dari satu unit staf medis. Evaluasi aktifitas dokter di dalam setiap unit menjadi lebih sulit. Untuk tujuan evaluasi internal di rumah sakit ini, pasien yang discharge harus dimasukkan ke dalam unit staf medis yang paling sesuai dengan diagnosis utama dan operasi. Kalau staf medis tidak memiliki unit *'family practice'* atau praktek keluarga resmi, pasien yang berasal dari dokter keluarga hendaknya dimasukkan ke unit medis atau bedah sesuai dengan asuhan yang akan diterimanya.

Kalau staf medis rumah sakit tidak diorganisir atas unit-unit, data harus diklasifikasikan menurut asuhan medis yang diberikan atas tiga unit dasar: medis, bedah, dan kebidanan. Juga, untuk tujuan statistik, diperlukan unit bayi baru lahir. Bayi yang baru lahir hendaknya tidak dikelompokkan ke dalam tiga unit dasar tadi. Ini harus diperhatikan walau pun si bayi mendapatkan asuhan dari ahli kebidanan ketimbang ahli kesehatan anak. Keputusan yang berupa kebijaksanaan (*arbitrary*) akan diperlukan untuk menentukan apakah seorang pasien akan diklasifikasikan sebagai menerima asuhan medis atau bedah.

Faktor penentu yang dianjurkan adalah mengenai apakah suatu operasi bedah dilakukan di kamar operasi. Pengecualian atas 'rule' ini adalah bedah kebidanan, misalnya bedah sesar. Kalau operasi bedah berhubungan dengan kehamilan atau kelahiran, pasien harus dianggap sebagai pasien obstetri, bukan bedah.

(b) Transfer antara Care Units

Di rumah sakit besar, care units (tempat tidur) dibatasi untuk asuhan pasien yang diberikan pada unit staf medis spesifik atau program pendidikan klinis. Pada kedua hal ini, statistik untuk setiap unit staf medis atau program pendidikan klinis harus dipelihara. Integritas statistik ini dicapai dengan adanya rekam medis, gambaran sensus, dan semua laporan yang menunjukkan dengan jelas apakah pasien ditransfer dari satu unit asuhan medis ke unit lainnya selama masa rawat inap. Informasi ini dapat dimasukkan dalam lembar kerja analisis discharge atau cetakan komputer dengan menambahkan dua kolom untuk setiap unit staf medis. Satu kolom akan menunjukkan pasien ditransfer dari unit tersebut, dan kolom lain menunjukkan jumlah hari sebelum transfer. Dengan cara ini, kredit asuhan pasien diberikan pada setiap unit staf medis ketimbang hanya unit yang memulangkan pasien; dan jumlah hari perawatan pada setiap unit bisa ditabulasikan.

(c) *Pembagian Dewasa dan Anak-anak*

Di beberapa rumah sakit, pembagian dewasa dan anak-anak pada setiap unit staf medis bisa diperlukan. Pasien pediatrik dan pasien anak-anak, bagaimana pun juga, tidaklah sama. Untuk mencegah kebingungan, istilah pasien pediatrik hendaknya digunakan pada anak-anak yang diasuh di unit pediatrik staf medis. Kalau pasien dibagi atas dewasa dan anak-anak, batas atas usia anak harus ditegaskan. Rumah sakit di AS tidak memiliki standard dalam menentukan ini. Paling sering, pasien berusia 13 tahun atau lebih muda dianggap anak-anak; tapi sering pula pasien berusia 14 tahun atau lebih muda yang dianggap anak-anak. Sedapat mungkin pada waktu admisi, usia pasien yang sesungguhnya dicatat. Kalau diperlukan pengelompokan usia, maka tujuan penggunaan informasi ini hendaknya menentukan antar-batas setiap kelompok. Pengelompokan tersempit hendaknya digunakan sedapat mungkin.

(d) *Pasien Baru Lahir dan Pasien Obstetri.*

Informasi berikut mengenai bayi baru lahir dan pasien obstetri akan membantu ketika mentabulasi pasien yang diasuh oleh dokter di unit asuhan berikut:

Hospital Inpatient Newborn (lahir hidup) – Kategori “*bayi rawat inap rumah sakit*” ini hanya melibatkan bayi yang lahir di rumah sakit. Bayi yang lahir di tempat lain tidak termasuk kelompok ini, tapi masuk ke rawat inap selain bayi baru lahir.

Obstetrik – Mencakup semua pasien yang memiliki penyakit dan kondisi kehamilan, persalinan, dan nifas, baik normal ataupun patologis. Kehamilan dimulai sejak konsepsi, dan nifas berakhir enam minggu setelah melahirkan. Kalau perlu, pasien obstetrik bisa dibagi lagi atas satu dari empat kategori berikut:

Melahirkan di Rumah Sakit – Mencakup ibu-ibu yang melahirkan di rumah sakit, baik anaknya lahir hidup atau lahir mati.

Admisi setelah Melahirkan – Mencakup ibu-ibu yang kehamilannya berakhir sebelum tiba di rumah sakit, baik anaknya lahir hidup atau lahir mati. Beberapa rumah sakit mungkin mengklasifikasi pasien ini sebagai “Tidak Melahirkan”. Pasien kelompok ini bisa wanita yang melahirkan di luar rumah sakit dan dibawa ke rumah sakit untuk nifas, pasien dengan plasenta tertahan (*retained/retentio placentae*), perdarahan pasca-melahirkan, dan kondisi nifas lain segera setelah melahirkan.

Abortus – Mencakup ibu-ibu yang kehamilannya telah berakhir dalam waktu yang kurang dari yang ditentukan badan kesehatan untuk janin yang bisa bertahan hidup.

Tidak Melahirkan – Mencakup wanita hamil yang masuk untuk kondisi kehamilan tapi tidak melahirkan bayi hidup atau mati di rumah sakit. Pasien yang diklasifikasikan begini memiliki kondisi seperti ancaman abortus yang telah dicegah, dan persalinan palsu (*false labor*).

LAPORAN BULANAN DAN TAHUNAN

Analisa discharge rawat inap menghasilkan pembentukan laporan bulanan dan tahunan. Penghitungan final dari formulir manual Daily Analysis of Hospital Services bisa ditransfer ke formulir Analysis of Hospital Service seperti pada Gambar 1 dan 2.

Sumber statistik lain untuk laporan ini bisa mencakup data bulanan dari bagian-bagian terapi dan statistik (bedah, laboratorium klinis dan patologis, x-ray, terapi fisik, dsb.) dan sensus harian yang akan dijelaskan kemudian pada bab ini. Laporan analisis bulanan mengenai asuhan statistik yang diberikan kepada pasien hanya menunjukkan unit staf medis yang tercakup di dalam Daily Analysis of Hospital Service.

Laporan bulanan dan tahunan yang dihasilkan oleh layanan data discharge memberikan laporan yang bervariasi untuk rumah sakit. Suatu kesimpulan administrasi juga sering dihasilkan. Disini bisa terdapat demografi pasien, statistik kinerja rumah sakit (angka-angka yang berhubungan dengan admisi, discharge, kematian, tempat dirawat, lama dirawat), sumber pembayaran, dan data lain yang penting. Untuk contohnya lihat Gambar 3. Laporan tambahan bisa dihasilkan pada berbagai area khusus yang diinginkan, misalnya admisi gawat-darurat, rekam medis dengan diagnosis tidak lengkap, penggunaan staf medis, hasil pemeriksaan jaringan, ringkasan kode pos, dsb. Indeks penyakit, operasi, dan dokter juga bisa dihasilkan.

Rumah sakit yang mengembangkan sistemnya sendiri menghasilkan laporan yang mirip dengan yang dihasilkan oleh pelayanan komersial. Dalam merancang statistik mereka sendiri, rumah sakit memiliki fleksibilitas yang lebih longgar dalam merancang laporan dari data yang terkumpul. Karena itu banyak rumah sakit yang menghasilkan lebih sedikit laporan secara teratur. Mereka justru membuat laporan atas dasar kapan diperlukan. Pada statistik yang dirancang rumah sakit, data yang diringkaskan dari rekam medis bisa lebih siap untuk digabungkan dengan data keuangan untuk menghasilkan laporan yang menunjukkan dampak praktek klinis pada biaya rumah sakit.

J. PENGHITUNGAN PERSENTASE

Laporan yang dihasilkan dari analisis discharge rawat inap mencakup informasi dalam bentuk persentase, angka ('rates'), dan rasio. Apakah Administrator Informasi Kesehatan (AIK) menghitung persentase rumah sakit dengan tangan atau komputer, perlu dipahami bagaimana persentase dihitung untuk menjamin ketepatannya.

Persentase dihitung berdasarkan angka keseluruhan dibagi atas 100 bagian. Karena itu persentase yang didasarkan pada item yang terlalu sedikit bisa menyesatkan. Persentase hendaknya tidak dihitung kalau angka keseluruhan tidak melebihi 20. Jadi beberapa persentase

hendaknya dihitung secara tahunan ketimbang bulanan. Suatu persentase dihasilkan ketika bagian-bagiannya diubah menjadi unit-unit 100. Setiap fraksi dua desimal (misalnya 0,54) adalah bagian dari 100, dan bisa dinyatakan dalam persen (per 100) dengan menggeser koma desimal dua angka ke kanan dan menambahkan tanda persen (54%). Setiap persentase (misalnya 24%) bisa dinyatakan sebagai fraksi desimal (0,24) dengan menggeser koma desimal dua angka ke kiri dan menghilangkan tanda persen.

Suatu fraksi seperti $1/8$ bisa ditulis sebagai persentase dengan membagi pembilang (1) oleh penyebut (8), dan mengalikan hasilnya (0,125) dengan 100 (12,5%) – yang mencakup penggeseran koma desimal ke kanan dan menambahkan tanda persen.

Untuk mengubah fraksi desimal satu angka (0,2) menjadi persen, sebuah nol harus ditambah ketika koma desimal digeser dua angka ke kanan dan tanda persen ditambahkan.

Tidak mungkin mengembalikan semua persentase ke angka bulatnya. Jadi setiap rumah sakit harus menentukan kebijakan mengenai jumlah desimal yang digunakan untuk penghitungan dan pelaporan persentase. Apa pun kebijakannya, proses pembagian angka harus selalu dilakukan sampai satu angka melebihi desimal yang diinginkan. Angka terakhir ini kemudian dibulatkan ke jumlah angka yang diinginkan dengan menerapkan aturan berikut: hilangkan angka terakhir kalau kecil dari 5, dan tambahkan satu unit ke angka sebelumnya kalau 5 atau lebih.

Istilah rasio sering digunakan ketimbang persentase. Rasio menunjukkan hubungan kuantitatif suatu hal ke hal lain, misalnya hubungan kelahiran dengan kematian, atau kematian dengan discharge. Rasio bisa dituliskan sebagai proporsi (misalnya, 2:5; dibaca “two to five” atau “dua banding lima”), atau sebagai fraksi (misalnya $2/5$). Jadi rasio bisa dijadikan fraksi dan dari sini ke persentase. Suatu rasio bisa dinyatakan sebagai bagian dari 100 (persentase) dan persentase bisa dinyatakan sebagai rasio. Suatu rasio 2:5, atau $2/5$, adalah 40%. Setelah persentase ditentukan, hasilnya disebut ‘rate’ atau ‘angka’.

Ada satu akal sehat yang bisa digunakan dalam menghitung rate. Rate harus dianggap sebagai jumlah berapa kali sesuatu terjadi dibandingkan dengan berapa kali sesuatu itu hendaknya telah terjadi. Pada saat menyatakan rasio ini sebagai persentase, jumlah berapa kali sesuatu telah terjadi dibagi dengan jumlah berapa kali ia hendaknya telah terjadi. Di dalam rumus untuk menghitung berbagai persentase, numerator (pembilang) diletakkan di atas garis yang berarti “dibagi oleh”. Di bawah garis ini diletakkan denominator (penyebut).

Perhatian hendaknya diberikan secara hati-hati terhadap persentase. Banyak kesalahan matematis terjadi karena kesalahan letak koma desimal. Semua perhitungan harus diperiksa ulang untuk memastikan bahwa mereka masuk akal. Misalnya, angka kematian (death rate) 45%

akan terlihat tidak masuk akal. Setelah memeriksa letak 141 tatist, mungkin akan ketahuan bahwa angka itu sesungguhnya 4,5% atau malah 0,45%.

Perlu juga hati-hati dalam menghitung persentase. Kalau yang diinginkan adalah suatu persentase dari total yang diberikan, atau kalau ingin dicari rasio antara jumlah angka-angka yang dibandingkan, maka persentase hendaknya ditentukan berdasarkan jumlah yang diberikan. Persentase tidak boleh dijumlahkan.

Pada contoh di bawah ini, kalau persentase kematian telah dijumlahkan, hasilnya akan menunjukkan kematian 15%. Pada hal, 8 kematian dari 155 kasus adalah 5%.

Contoh:

| Pelayanan | Jumlah Pasien | Jumlah Kematian | % Kematian |
|-----------------|------------------|--------------------|------------|
| Medis | 42 | 2 | 5 |
| Bedah | 63 | 5 | 8 |
| Obstetrik | 25 | 0 | 0 |
| Bayi baru lahir | 25 | 1 | 4 |
| Total | 155 | 8 | 5 |

PERSENTASE DAN RATE UMUM DI RUMAH SAKIT

Persentase dan rate yang umumnya dihitung di rumah sakit diperikan dan dicontohkan di bawah ini. Pada rumah sakit yang melakukan analisis discharge rawat inap secara manual, Administrator Informasi Kesehatan (AIK) bisa diberi tugas untuk menghitung persentase dan rates ini. Kalau persentase dan rates dihasilkan dari komputer, praktisi tersebut harus mereview angka-angka tersebut untuk memastikan ketepatannya. Karena angka yang diringkaskan dari rekam medis adalah data yang digunakan pada perhitungan ini, hasil yang salah mungkin disebabkan oleh entri yang salah. Pemastian entri data yang bermutu adalah kritis dalam memastikan bahwa hasilnya akurat. Persentase dan rates yang umum di rumah sakit bisa dihitung setiap bulan, tiga bulan, atau tahun. Frekuensi penghitungan memerlukan keputusan dari Administrator Informasi Kesehatan (AIK) setelah berkonsultasi dengan administrasi dan staf medis, di samping review akan permintaan luar secara hati-hati.

DEATH RATES (MORTALITY)

Death rates atau angka kematian ini selalu merupakan informasi penting bagi rumah sakit untuk mengevaluasi mutu asuhan medisnya dan bagi badan kesehatan masyarakat untuk merencanakan pelayanan kesehatan. Perubahan dalam pedoman aturan *Freedom of Information Act*

(UU kebebasan memperoleh informasi) tahun 1985 telah meningkatkan pentingnya data angka kematian. Pedoman ini mengharuskan *Peer Review Organizations* (PRO) menyediakan bagi masyarakat data rumah sakit mengenai pasien Medicare. PRO memiliki kontrak dengan HCFA untuk mengawasi mutu asuhan medis yang disediakan untuk pasien Medicare. Jadi PRO menyediakan bagi masyarakat angka kematian rumah sakit dari berbagai DRG, jumlah pasien yang mengalami infeksi setelah operasi, lama rata-rata tinggal di rumah sakit, dan biaya serta jumlah berbagai prosedur. Pembebasan data ini merupakan bagian dari strategi HCFA untuk meningkatkan persaingan dengan menyediakan lebih banyak informasi bagi dokter dan masyarakat. Ini untuk menjamin bahwa layanan yang diberikan kepada pasien Medicare tidak mengalami penurunan mutu, dan untuk menyediakan data bagi PRO dalam meningkatkan daya pengamatannya.

Ketika “Data Kematian HCFA” pertama kali diumumkan, banyak perhatian media diarahkan kesana dengan kebingungan dan salah interpretasi. Sejak itu, berbagai perubahan telah mengurangi masalah, namun data itu tetap merupakan tantangan bagi eksekutif asuhan kesehatan dan terutama Administrator Informasi Kesehatan (AIK). Data yang sekarang diterbitkan tiap tahun untuk tiap rumah sakit mencakup jumlah penerima Medicare yang diobati, persentase mereka yang meninggal 30 hari sejak admisi, dan dugaan persentase kematian yang dihitung berdasarkan angka nasional pada pasien yang sama dalam hal usia, kelamin, insiden penyakit yang memperberat kasus, dan perawatan sebelumnya. Data disajikan mengenai kematian yang pada semua sebab dan pada disiplin utama, dengan membedakan probabilitas kematian yang tinggi dan rendah.

Rumah sakit harus menjawab pembebasan data ini dengan rencana yang matang. Pertama, data yang sebelumnya dikembalikan ke rumah sakit, harus direview menurut rekam medis. Perbaikan harus diajukan sebelum data ini diumumkan ke masyarakat. Rumah sakit hendaknya juga membandingkan data dengan data mortalitas rumah sakit itu sendiri. Siaran pers dan bentuk lain penyebaran data harus dikembangkan untuk dapat menjelaskan data lebih lanjut. Misalnya, data rumah sakit harus dianalisa untuk menentukan 142tastisi yang tidak dipedulikan oleh HCFA, misalnya pasien terminal dengan permintaan “no code” dan “do not resuscitate”, atau komplikasi lain.

Administrator Informasi Kesehatan (AIK) harus memahami angka kematian dasar dan siap untuk menghitung data lain yang berhubungan dengan kematian, karena mungkin akan diperlukan pada pembebasan data berikutnya oleh HCFA.

(a) *Penghitungan Angka Kematian*

Berbagai angka kematian bisa dihitung: angka kematian kasar (gross death rate), net death rate, anesthesia death rate, neonatal death rate, dsb. Kematian dimasukkan ke dalam discharge, karena, sebagaimana discharge, kematian adalah pengakhiran perawatan inap. Angka kematian rumah sakit diperikan dalam Takarir sebagai “proporsi perawatan inap yang berakhir dengan kematian, biasanya dinyatakan dalam persentase”.

Pasien yang meninggal pada waktu datang (DOA = dead on arrival) tidak dimasukkan dalam rate ini. Pasien yang meninggal di kamar gawat darurat pada saat belum ada keputusan mengenai tersedianya kamar, makanan, atau pelayanan keperawatan yang terus menerus di suatu area rumah sakit tempat pasien umumnya menginap malam, tidak dimasukkan pada waktu menghitung rate ini. Kalau pasien meninggal waktu memperoleh layanan darurat di unit mana saja (misalnya kamar operasi, kamar penyadaran / RR) selain unit gawat darurat, pasien ini dianggap pasien-dalam sehingga kematiannya adalah kematian di rumah sakit. Kematian janin tidak dimasukkan pada waktu menghitung angka kematian, angkanya harus dihitung secara terpisah. Kalau pasien-dalam baru lahir dimasukkan dalam pembilang, semua discharge rawat inap bayi baru lahir (termasuk kematian) harus dimasukkan sebagai penyebut.

Angka kematian bisa dihitung untuk kematian yang terjadi sebelum dan sesudah 48 jam admisi dan kadang-kadang diminta seperti ini oleh badan-badan pelaporan. Namun, sebagai statistik asuhan rumah sakit, pembedaan ini tidak benar-benar berguna. Administrator Informasi Kesehatan (AIK) perlu tahu apa yang diminta oleh badan-badan data di formulirnya supaya bisa memutuskan rate mana yang akan dihitung secara teratur.

(2) Hospital Death Rate (Gross Death Rate)

Angka kematian rumah sakit atau angka kematian kasar ini adalah proporsi jumlah rawat inap yang berakhir dengan kematian, biasanya dinyatakan dalam persentase. Penghitungannya sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah kematian rawat inap pada satu periode} \times 100}{\text{Jumlah discharge (termasuk kematian) pada periode itu}}$$

Contoh: Sebuah rumah sakit memiliki kematian 21 orang pada bulan May. Disini termasuk kematian rawat inap pada semua umur, yang terjadi sebelum dan sesudah 48 jam, dan kasus-kasus statistik atau bukan. Sejumlah 650 pasien dikeluarkan (termasuk kematian) pada bulan itu. Untuk menentukan angka kematian rumah sakit menurut rumus di atas, 21×100 dibagi 650 adalah 3,23%. Jadi angka kematian kasar atau angka kematian rumah sakit adalah 3,23%; ada yang melaporkannya 3,2%, dan ada pula yang 3%.

Dari angka kematian dasar ini, beberapa angka lainnya bisa dihitung.

(3) Angka Kematian Pasca-bedah

Angka ini sering dihitung di rumah sakit sebagai ratio kematian dalam jangka waktu 10 hari setelah operasi terhadap jumlah total operasi selama periode itu. Ketimbang menghitung angka ini, beberapa rumah sakit memilih untuk memeriksa hubungan antara kematian dengan operasi bedah, misalnya semua kematian yang terjadi setelah kolesistektomi (pembuangan kantong empedu).

(4) Angka-angka Kematian Sehubungan dengan Kehamilan

Angka ini memberi masyarakat medis informasi berharga tentang kesehatan reproduksi, di samping data untuk menentukan *trends* di 144tatis dan dunia. Banyak di antara angka-angka ini tidak dihitung secara rutin oleh rumah sakit karena jarang terjadi. Data ini mereka berikan kepada badan luar yang kemudian menghitungnya secara nasional, state, atau lokal. Rumah sakit bisa menghitung angka ini setiap tahun atau kapan ada permintaan khusus.

Untuk definisi-definisi pada istilah kesehatan reproduksi, Takarir mengandalkan “Standard Terminology of Reproductive Health Statistics in the US and guidelines for Perinatal Care”. Terminologi Standard ini telah disetujui oleh American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG) pada tahun 1985, dan dikembangkan untuk mendorong pengumpulan dan interpretasi yang seragam mengenai 144tastic kesehatan reproduksi. Guideline for Prenatal Care telah diterbitkan oleh ACOG pada tahun 1983.

ANGKA-ANGKA AUTOPSI

Angka autopsi adalah ratio autopsi dibandingkan dengan kematian. Beberapa rumah sakit hanya melibatkan autopsi yang dilakukan pada kematian rawat inap pada waktu menghitung angka ini. Jadi autopsi yang dilakukan oleh ahli patologi rumah sakit atau dokter staf medis terhadap tubuh seseorang yang pernah jadi pasien, tapi telah dipulangkan dan meninggal dunia di tempat lain, tidak dilibatkan. Suatu autopsi yang dilakukan oleh ahli patologi rumah sakit atau dokter staf medis yang memiliki hak untuk melakukan autopsi berguna sekali untuk pendidikan dan penelitian.

Definisi autopsi rawat inap menurut Takarir adalah: “Pemeriksaan post-mortem yang dilakukan di fasilitas rumah sakit oleh ahli patologi rumah sakit atau dokter staf medis yang telah memiliki tanggung jawab, terhadap tubuh seseorang yang pada suatu ketika menjadi pasien rumah sakit”. Akan tetapi tidak semua rumah sakit memiliki fasilitas untuk melakukan autopsi, dan mereka mengontrak rumah sakit lain, rumah pemakaman lokal, atau tempat lain untuk pemeriksaan postmortem. Takarir memberikan istilah kedua dengan definisi yang sedikit berbeda untuk rumah sakit semacam ini: “Autopsi rumah sakit: Pemeriksaan post-mortem yang

dilakukan di fasilitas rumah sakit oleh ahli patologi rumah sakit atau dokter staf medis yang telah memiliki tanggung jawab, terhadap tubuh seseorang yang pada suatu ketika menjadi pasien rumah sakit”.

(5) Angka Autopsi Kasar

Gross autopsy rate ini adalah ratio pada periode apa saja mengenai semua 145tatist rawat inap terhadap semua kematian rawat inap. Rumus untuk menghitungnya adalah:

$$\frac{\text{Jumlah 145tatist rawat inap pada suatu periode} \times 100}{\text{Jumlah kematian rawat inap pada periode tersebut}}$$

(6) Angka Autopsi Bersih

Net autopsy rate adalah ratio pada periode apa saja mengenai semua 145tatist rawat inap terhadap semua kematian rawat inap yang dikurangi dengan kasus-kasus koroner atau pemeriksa medis yang tidak diautopsi. (*Coroner* atau *medical examiner* adalah dokter kedokteran kehakiman yang bertugas atas nama hukum). Rumus untuk menghitung angka 145tatist bersih adalah:

$$\frac{\text{Jumlah 145tatist rawat inap pada suatu periode} \times 100}{\text{Jumlah kematian rawat inap} - \text{kasus koroner yang tidak diautopsi}}$$

Contoh: Selama bulan Agustus, 42 kematian pasien-dalam terjadi. Di antara mereka, terdapat empat kematian yang harus dilaporkan kepada koroner; dua di antaranya dikeluarkan dari rumah sakit, dan tidak dilakukan autopsi; autopsi dilakukan pada dua kasus lainnya. Mereka merupakan dua dari 14 autopsi yang dilakukan setelah kematian pasien pada bulan tersebut. Angka autopsi bersih rumah sakit untuk bulan itu adalah 35%, yang berasal dari 14×100 dibagi dengan 40.

(7) Angka Autopsi Rumah Sakit (Disesuaikan)

Hospital autopsy rate (adjusted) ini adalah suatu cara lain untuk menghitung angka 145tatist. Karena angka ini membandingkan jumlah pasien rumah sakit yang tubuhnya tersedia untuk 145tatist, maka angka ini merupakan 145tatic yang lebih akurat mengenai sumber rumah sakit untuk pendidikan dokter. Formula untuk menghitung persentasenya adalah sbb.:

$$\frac{\text{Jumlah 145tatist RS} \times 100}{\text{Jumlah kematian pasien RS yang tubuhnya tersedia untuk 145tatist RS}}$$

Tubuh pasien rumah sakit yang terlibat berasal dari: (1) Tubuh pasien-dalam kecuali yang diambil oleh aparat hukum seperti koroner, pemeriksa medis, dewan anatomi, dsb. Namun, kalau ahli patologi rumah sakit atau dokter staf medis yang diberi wewenang bertindak atas nama koroner atau pemeriksa medis, dan melakukan 145tatist atas kasus-kasus ini, maka 145tatist dan

kematian dilibatkan dalam penghitungan persentase. (2) Pasien lain rumah sakit termasuk pasien rawat jalan, pasien *home care* rumah sakit, dan mantan pasien rumah sakit yang meninggal di tempat lain, tapi tubuhnya tersedia untuk 146tatist oleh ahli patologi rumah sakit atau dokter staf medis yang diberi wewenang. Jumlah 146tatist dan kematian ini diikutkan dalam penghitungan persentase.

Selain pasien-dalam rumah sakit yang meninggal dunia, tidak mungkin untuk menentukan jumlah mantan pasien yang meninggal pada suatu periode. “Tersedia untuk 146tatist rumah sakit” di dalam rumus menunjukkan bahwa paling kurang kondisi berikut berlaku: (1) autopsy dilakukan oleh ahli patologi rumah sakit atau dokter staf medis yang diberi wewenang terhadap tubuh pasien yang pernah dirawat di rumah sakit, (2) laporan 146tatist akan diarsipkan di dalam rekam medis pasien dan di dalam laboratorium rumah sakit atau bagian patologi, dan (3) contoh jaringan diarsipkan di laboratorium rumah sakit.

Contoh: Selama bulan September, 25 kematian pasien terjadi. Di antara mereka terdapat tiga kematian yang harus dilaporkan kepada koroner; dua di antaranya dikeluarkan dari rumah sakit sehingga autopsy tidak dilakukan; autopsy rumah sakit dilakukan pada yang satu lagi. Ini adalah satu dari 15 autopsy rumah sakit yang dilakukan setelah kematian rawat inap selama bulan tersebut. Sebagai tambahan pada 15 autopsy dari kematian rawat inap, autopsy rumah sakit juga dilakukan pada kasus-kasus berikut:

1. Seorang anak yang diketahui menderita penyakit jantung kongenital yang meninggal di kamar gawat darurat empat jam setelah dibawa ke rumah sakit, dan orang tuanya mengizinkan autopsy.
2. Seorang mantan pasien yang meninggal di fasilitas asuhan jangka panjang selama dua bulan setelah dipulangkan dari rumah sakit, dan tubuhnya dibawa ke rumah sakit untuk diautopsi.
3. Seorang mantan pasien rumah sakit yang dipulangkan tiga bulan sebelumnya dengan penyakit progresif yang tidak terdiagnosa, meninggal di rumah, dan tubuhnya dibawa ke rumah sakit kembali untuk diautopsi.
4. Seorang pasien yang telah mendapatkan terapi radiasi selama tiga tahun meninggal dunia akibat infark miokardium di meja terapi x-ray, dan autopsy rumah sakit dilakukan pada tubuhnya.
5. Seorang pasien home care rumah sakit meninggal dunia di rumah, dan tubuhnya dibawa ke rumah sakit untuk 146tatist.
6. Seorang pasien yang telah delapan kali dirawat inap selama empat tahun terakhir, meninggal dunia di ambulans pada waktu menuju rumah sakit. Autopsi rumah sakit dilakukan pada tubuhnya.

Jadi, keenam kematian ini ditambahkan pada 25 kematian rawat inap yang telah ada dan enam 146tatist tambahan rumah sakit dihitung. Angka 146tatist rumah sakit yang disesuaikan, yang benar-benar menunjukkan gambaran akurat pelayanan yang diberikan oleh ahli patologi rumah sakit untuk tujuan pendidikan dan penelitian, dihitung sbb.: 21×100 dibagi oleh 29 adalah 72,41%. Jadi, angka 146tatist rumah sakit (d disesuaikan) adalah 72%.

Kematian dan 146tatist yang dilakukan pada pasien baru lahir dilibatkan ketika menghitung persentase 146tatist, kecuali kalau diminta agar mereka dikecualikan dan dihitung

secara terpisah. Juga, Administrator Informasi Kesehatan (AIK) bisa diminta untuk menyimpan angka-angka 147tatist yang dilakukan pada pasien yang meninggal 48 jam atau lebih setelah admisi, kematian pascabedah, kematian maternal, kematian anesthesia, dan kasus-kasus koroner dan pemeriksa medis yang diautopsi di rumah sakit.

Kalau persentase 147tatist tertentu (atau lainnya) tidak diperlukan oleh badan atau organisasi luar, setiap rumah sakit perlu menciptakan 147tatisti yang sesuai untuk mencapai standard yang paling tinggi untuk asuhan pasien.

MORBIDITY RATES (INFECTION)

Walau pun angka kesakitan di rumah sakit umumnya menunjukkan angka infeksi, bentuk-bentuk lain kesakitan (penyakit) bisa saja ditunjuk terpisah untuk diteliti.

(a) *Angka Prevalensi dan Insidensi*

Kelahiran epidemiologi berhubungan dengan penelitian tentang epidemi besar dunia seperti kolera, plague, tifus, dsb. Epidemi adalah munculnya suatu penyakit dalam jumlah besar secara tidak biasanya. Cara-cara yang dikembangkan untuk mempelajari epidemi bisa digunakan untuk mempelajari semua penyakit penting seperti AIDS, penyakit jantung, influenza dan infeksi pernafasan lain, kanker, diabetes, arthritis, dst. Dalam mempelajari akibat penyakit kronis terhadap masyarakat, dua aspek timbulnya penyakit sering sekali digunakan, yaitu prevalensi dan insidensi. Prevalensi adalah ratio kasus-kasus penyakit kronis yang diketahui pada suatu periode terhadap populasi pada saat tersebut. Istilah ini menjelaskan besarnya masalah penyakit kronis dan merupakan indikator akan perlunya perhatian medis dan sosial untuk menghadapi kasus yang sedang terjadi. Insidensi adalah ratio kasus-kasus yang baru dilaporkan pada suatu periode yang diperikan, misalnya tahun, terhadap populasi pada pertengahan periode tersebut. Insidensi mengukur kecepatan munculnya kasus-kasus baru di populasi, dan merupakan indikator akan perlunya usaha-usaha pencegahan. Istilah ini bisa digunakan pada penyakit akut dan kronis.

Karena pedoman undang-undang FoI (Freedom of Information) 1985 semakin digunakan oleh HCFA, pelepasan data morbiditas sebagai ukuran “mutu pelayanan” bisa terjadi di masa depan. Angka komplikasi, angka komorbiditas, angka kecelakaan, dan bentuk-bentuk lain morbiditas bisa diperhitungkan dalam usaha untuk memerikan mutu pelayanan yang diberikan oleh suatu rumah sakit.

(b) *Angka Infeksi atau Morbiditas*

Rumah sakit saat ini umumnya menyamakan angka morbiditas dengan angka infeksi. Statuta rumah sakit hendaknya mengharuskan adanya komite rumah sakit yang bertanggung

jawab untuk menyelidiki, mengontrol, dan mencegah infeksi. Tujuan utama evaluasi infeksi adalah untuk menentukan penyebab sehingga pengulangan kasus bisa terhindar. Keputusan medis diperlukan untuk menentukan insidensi infeksi dan cara-cara kontrol yang akan diambil. Administrator Informasi Kesehatan (AIK) bisa diminta untuk mengambil rekam medis pasien yang dicurigai mendapatkan infeksi rumah sakit atau menarik perhatian komite akan kasus-kasus khusus sesuai dengan kriteria yang ditentukan oleh komite. Namun, Administrator Informasi Kesehatan (AIK) jangan memutuskan apakah suatu infeksi rumah sakit telah terjadi atau tidak. Hanya seorang dokter yang bisa menentukan bahwa suatu infeksi obstetri, misalnya, tidak bisa ditagih pada rumah sakit atau unit obstetri, karena disebabkan oleh munculnya kembali infeksi saluran kemih yang telah ada sebelumnya; atau bahwa suatu luka bernanah pada kasus bedah bisa ditagih pada unit bedah.

Komite rumah sakit yang bertugas untuk 148tatist infeksi harus menciptakan prosedur pengawasan dan pelaporan infeksi.

(8) Angka Infeksi Rumah Sakit

Kalau angka ini diinginkan oleh staf medis, personil informasi kesehatan harus menghitung dan melaporkannya secara teratur. Suatu angka infeksi untuk seluruh rumah sakit bisa diinginkan, dan/atau angka infeksi untuk unit asuhan medis tertentu tempat infeksi dilaporkan bisa dikehendaki. Angka infeksi bisa dihitung untuk jenis infeksi tertentu, misalnya infeksi saluran kemih. Dalam menghitung angka ini, ingat bahwa angka ('rate') adalah jumlah berapa kali sesuatu (dalam hal ini infeksi) terjadi (di rumah sakit secara keseluruhan atau di unit asuhan medis) dibandingkan dengan jumlah berapa kali ia bisa terjadi (discharge termasuk kematian rumah sakit secara keseluruhan atau dari unit asuhan medis tertentu).

(9) Angka Infeksi Pascabedah

Angka ini melambangkan ratio semua infeksi pada kasus bedah yang bersih terhadap jumlah operasi bedah. Tidak semua rumah sakit menggunakan angka ini secara teratur; jadi, Administrator Informasi Kesehatan (AIK) yang harus mengambil keputusan berdasarkan kebutuhan rumah sakit tertentu. Staf medis bisa memberikan bimbingan mengenai apa yang dimaksud dengan kasus bedah bersih.

Takarir memberikan definisi prosedur bedah dan operasi bedah. Prosedur bedah diperikan sebagai "suatu proses sistematis tunggal tersendiri terhadap atau di dalam tubuh yang bisa lengkap tanpa proses lain, dilakukan oleh seorang dokter, dokter gigi, atau praktisi berlisensi lain, baik dengan atau tanpa 148statistic148, untuk mengembalikan bagian yang terpisah atau rusak, untuk membuang jaringan yang sakit atau rusak, untuk mengeluarkan benda asing, untuk

membantu dalam kelahiran 149tastic, atau untuk membantu diagnosis”. Operasi bedah diperikan sebagai “satu atau lebih prosedur bedah yang dilakukan pada suatu saat terhadap seorang pasien melalui cara yang umum dipakai atau untuk tujuan yang umum”.

Rumus yang dipakai untuk menghitung angka infeksi pascabedah adalah:

$$\frac{\text{Jumlah infeksi pada kasus bedah bersih pada suatu periode} \times 100}{\text{Jumlah operasi bedah untuk periode tersebut}}$$

Contoh: Selama bulan Mei, 626 operasi dilakukan. Komite infeksi melaporkan 1 infeksi pascabedah pada suatu kasus bedah bersih di bulan tersebut. Menurut rumus, ini adalah 1×100 dibagi $626 = 0,159\%$. Jadi angka infeksi pascabedah untuk bulan Mei adalah $0,16\%$ atau $0,2\%$.

PENGHITUNGAN LAMA PERAWATAN

Lama perawatan (length of stay) seorang pasien adalah jumlah hari kalender (bukan hari kerja) sejak admisi sampai dipulangkan. Data lama perawatan sangat penting sekali untuk mengevaluasi dan mengelola penggunaan sumber-sumber rumah sakit.

(10) Length of Stay (untuk satu pasien)

Untuk menghitung lama perawatan seorang pasien, tanggal admisi dikurangkan dari tanggal pemulangan kalau admisi dan pemulangan berada pada bulan yang sama, dengan penyesuaian kalau perawatan melewati satu atau lebih akhir bulan. Misalnya, Joe Jones diterima 27 Juni dan dipulangkan 30 Juni, lama perawatannya 3 hari. Kalau ia diterima dan dipulangkan pada hari yang sama, lama perawatannya adalah 1 hari karena perawatan yang kurang dari sehari ini tidak pernah dilaporkan sebagai fraksi (1/sekian) hari. Kalau ia diterima 27 Juni dan pulang 3 Juli, lama perawatannya 6 hari.

(11) Total Length of Stay (untuk semua pasien) atau Discharge Days

Lama perawatan total atau hari pemulangan ini adalah jumlah hari perawatan suatu kelompok pasien-dalam yang dipulangkan selama periode waktu tertentu. Jumlah ini juga telah disebut sebagai “jumlah hari perawatan yang diberikan kepada pasien yang dipulangkan atau meninggal”. Total discharge days diperlukan untuk menghitung rata-rata lama perawatan. Jumlah hari rawat inap total atau ‘census days’ (jumlah hari perawatan pada pasien di institusi) tidak digunakan pada waktu menghitung rata-rata ini.

(12) Average Length of Stay (Average Stay)

Rata-rata lama perawatan ini menggambarkan rata-rata lama rawat inap pasien yang dipulangkan selama periode ybs. Rata-rata lama perawatan untuk pasien baru lahir dilaporkan secara terpisah.

Rumus untuk menghitung rata-rata lama perawatan adalah:

$$\frac{\text{Jumlah hari perawatan (discharge days)}}{\text{Jumlah discharge}}$$

Contoh: Sebuah rumah sakit memulangkan 1251 pasien (termasuk kematian; kecuali bayi baru lahir) selama April. Lama perawatan gabungannya adalah 6792 hari. Menurut rumus, bagi 6792 dengan 1251 dan hasilnya 5,4. Lama rata-rata rawat inap pasien yang dipulangkan pada bulan April ini bisa dibulatkan menjadi 5 hari.

K. SENSUS PASIEN-DALAM DAN RATES YANG DIHASILKAN

ISTILAH DAN DEFINISI

Apakah Administrator Informasi Kesehatan (AIK) bertanggung jawab atau tidak untuk mengolah sensus rumah sakit, prinsip yang terlibat harus dipahami. Titik awal terbaik adalah dengan memerikan istilah yang digunakan. Istilah-istilah di bawah ini berasal dari Takarir.

Census – Sensus adalah jumlah pasien-dalam yang ada pada satu ketika.

Daily Census – Sensus harian adalah jumlah pasien-dalam/residen yang ada pada waktu pengambilan sensus setiap hari, tambah pasien-dalam/residen yang masuk dan pulang setelah saat pengambilan sensus hari sebelumnya.

Inpatient/Resident Service Day – Hari layanan pasien-dalam/residen adalah suatu unit pengukuran yang menunjukkan pelayanan yang diperoleh satu pasien-dalam/residen dalam satu periode 24 jam.

Total Inpatient/Resident Service Days – Hari layanan total pasien-dalam /residen jumlah semua service days pasien-dalam/residen yang mencakup setiap hari yang di dalam suatu periode.

Average Inpatient/Resident Census – (sensus harian rata-rata, sensus rata-rata, jumlah inpatient rata-rata sehari) – jumlah rata-rata pasien-dalam /residen yang terdapat setiap hari dalam suatu periode.

Sensus bisa diolah oleh bagian admisi/discharge, layanan keperawatan, rekening pasien, atau informasi kesehatan; dan bisa dikumpulkan secara manual atau melalui komputer. Kalau dilakukan secara manual, personil layanan keperawatan biasanya mengolah sensus setiap unit asuhan pasien-dalam pada waktu pengambilan sensus yang telah ditetapkan, biasanya tengah malam. Pengambilan sensus bisa pada waktu yang lebih menyenangkan, namun harus pada jam yang sama setiap hari. Laporan sensus dari setiap unit perawatan dikirimkan ke bagian yang bertanggung jawab untuk menggabungkannya menjadi sensus master yang lengkap. Kalau sensus dilakukan dengan komputer, data yang diperlukan (admisi, discharge, dan transfer) dimasukkan ke komputer pada saat data itu terjadi.

Sensus bayi baru lahir dilaporkan secara terpisah. Sensus rawatan baru lahir adalah jumlah pasien-dalam baru lahir yang mengisi tempat ('bassinets') bayi baru lahir. Bassinets

mencakup juga bassinet sendiri, 151 statistic, atau 'isolette' di bagian bayi baru lahir atau di unit asuhan intensif bayi baru lahir.

PENGHITUNGAN SENSUS DAN HARI LAYANAN PASIEN-DALAM

(1) Sensus Pasien-dalam:

Jumlah pasien yang berada di rumah sakit pada saat pengambilan sensus harian, tambah admisi hari berikutnya, sama dengan jumlah pasien pada saat pengambilan sensus berikutnya.

(2) Hari Layanan Pasien-dalam:

Ini mengukur layanan yang diterima pasien dalam periode 24 jam. Periode 24 jam adalah waktu antara jam-jam pengambilan sensus pada dua hari yang berurutan. Kalau waktu pengambilan sensus adalah jam tengah malam, maka periode 24 jam adalah antara jam 00.01 sampai 24.00, yang sesuai dengan hari kalender. Satu hari pasien-dalam harus dihitung untuk setiap pasien yang diterima dan dipulangkan pada hari yang sama atau antara dua waktu pengambilan sensus yang berurutan. Kalau ini tidak dilakukan, kredit pelayanan medis yang diberikan kepada pasien ini akan hilang. Hari-hari pasien tidak mengisi tempat tidurnya karena cuti tidak dihitung karena pasien tidak hadir pada waktu pengambilan sensus. Tidak hadir dalam waktu kurang dari sehari tidak dianggap sebagai cuti dalam penghitungan statistik. Unit satu hari pelayanan jangan sekali-kali dilaporkan sebagai fraksi (bagian, satu per sekian) dari suatu hari.

(a) *Penghitungan Sensus untuk Dewasa dan Anak-anak*

Contoh: Pengambilan sensus dilakukan tengah malam.

| | |
|---|------------|
| Jumlah pasien di rumah sakit pada tengah malam 29 April | 455 |
| Tambah jumlah pasien yang diterima 30 April | +21 |
| | <hr/> |
| | 476 |
| Kurangi pasien discharge (termasuk meninggal) 30 April | - 18 |
| Jumlah pasien pada 30 April tengah malam | 458 |
| SENSUS PASIEN-DALAM | |
| Tambah pasien yang diterima dan dipulangkan 30 April | +3 |
| | <hr/> |
| HARI LAYANAN PASIEN-DALAM | 461 |

Ketiga pasien ini tidak muncul pada waktu sensus karena mereka ditambahkan waktu diterima dan dikurangkan pada waktu pemulangan, keduanya terjadi di antara dua waktu sensus. Namun masing-masingnya menerima satu 'hari layanan pasien' (satu asuhan pasien-hari). Untuk memperhitungkan layanan yang diberikan kepada pasien ini, 3 hari layanan pasien-dalam harus

ditambahkan pada 458, yaitu sensus tengah malam 30 April. Jadi hari layanan pasien-dalam untuk dewasa dan anak-anak tanggal 30 April menjadi 461.

Pada contoh ini, sensus pasien-dalam diolah untuk dewasa dan anak-anak saja. Sensus bayi baru lahir harus pula dihitung. Kalau 80 pasien-dalam baru lahir berada pada tengah malam 29 April dan 9 bayi baru lahir diterima dan 4 dipulangkan pada 30 April, maka sensus tengah malam 30 April adalah 85. Tidak ada bayi yang diterima dan kemudian dipulangkan pada tanggal 30 April. Jadi hari layanan pasien-dalam baru lahir dan sensus pasien-dalam adalah 85.

(b) Penghitungan Sensus Unit Asuhan Medis dan Hari Layanan

Kalau administrasi atau staf medis rumah sakit ingin meneliti sensus pasien-dalam dan/atau hari layanan pasien-dalam pada unit asuhan medis tertentu, misalnya unit asuhan intensif, sensus unit tersebut bisa dipisahkan untuk tujuan-tujuan penelitian atau untuk alasan sah lain sebagaimana bayi baru lahir dipisahkan dari dewasa.

Sensus unit asuhan medis menunjukkan transfer masuk dan keluar unit sebagai bagian dari pasien yang diterima dan dipulangkan dari unit tersebut. Transfer dalam rumah sakit (*intra-hospitalization transfer*) menurut Takarir adalah “perubahan unit asuhan medis, unit staf medis, dokter yang bertanggung jawab, dan pasien-dalam selama perawatan rumah sakit”. Transfer ditambahkan pada informasi dijaga secara rutin. Informasi yang lebih banyak seperti kelompok usia dan kelamin, bisa ditambahkan pada analisis pasien di unit asuhan medis kalau ini diinginkan; tapi harus jelas tujuan pengumpulan data tambahan ini untuk membenarkan waktu yang dipakai untuk membuat tabulasi.

Contoh: Unit asuhan intensif memiliki 10 tempat tidur:

| | |
|---|-----|
| Jumlah pasien di rumah sakit pada tengah malam 29 April | 8 |
| Tambah jumlah pasien yang diterima 30 April | +1 |
| Tambah pasien transfer dari unit lain | +1 |
| Kurangi pasien yang dipulangkan | -0 |
| Kurangi pasien meninggal dunia | - 2 |
| Kurangi pasien yang ditransfer ke unit lain | - 1 |
| SENSUS PASIEN-DALAM, 30 April | 7 |
| Tambah pasien yang diterima dan dipulangkan 30 April | +1 |
| HARI LAYANAN PASIEN-DALAM ICU, 30 April | 8 |

(3) Sensus Pasien-dalam Harian Rata-rata

Ini adalah catatan angka rata-rata pasien-dalam yang ada di rumah sakit setiap hari pada periode tertentu. Untuk mendapatkan angka rata-rata pasien-dalam di rumah sakit, hari layanan pasien-dalam total untuk periode tersebut ditentukan terlebih dahulu. Setiap pasien-dalam menerima satu 'hari layanan pasien-dalam' untuk setiap hari mereka dirawat. Rumah sakit mengolah berbagai hari layanan pasien-dalam pada satu hari karena pada tengah malam ada pasien yang dirawat, tambah satu hari layanan untuk setiap pasien yang diterima dan dipulangkan pada hari yang sama. Rumus untuk mendapatkan sensus pasien-dalam untuk sebuah rumah sakit adalah:

$$\frac{\text{Jumlah hari layanan pasien-dalam pada satu periode}}{\text{Jumlah hari pada periode tersebut}}$$

Sensus pasien-dalam baru lahir harian (sensus harian rata-rata) untuk bayi baru lahir umumnya dilaporkan terpisah. Rumus berikut digunakan untuk menentukan sensus pasien-dalam rata-rata tanpa melibatkan bayi baru lahir:

$$\frac{\text{Jumlah hari layanan pasien-dalam pada satu periode (selain baru lahir)}}{\text{Jumlah hari pada periode tersebut}}$$

Contoh: Sebuah rumah sakit memperoleh 3650 hari layanan pasien-dalam untuk dewasa dan anak-anak selama bulan April (jumlah hari layanan pasien-dalam dewasa dan anak-anak setiap hari di bulan tsb.). April memiliki 30 hari. Menurut rumus, 3650/30 adalah 121,7. Jadi, sensus pasien-dalam harian rata-rata bulan April adalah 122 pasien dewasa dan anak-anak.

Untuk menentukan sensus harian rata-rata pasien-dalam baru lahir, jumlah hari layanan pasien-dalam baru lahir untuk periode itu dibagi dengan jumlah hari pada periode tsb.

Untuk menentukan sensus pasien-dalam harian rata-rata untuk unit asuhan medis tertentu, jumlah hari layanan pasien-dalam unit tsb. Dibagi dengan jumlah hari pada periode tersebut.

(4) Inpatient Bed Occupancy Rate (Percent of Occupy)

Angka penggunaan tempat tidur pasien-dalam (persen penggunaan) ini adalah ratio hari layanan pasien-dalam terhadap jumlah tempat tidur pada hari-hari tersebut. Ini umumnya dinyatakan dalam persentase. Istilah dan definisi yang diambil dari Takarir berikut ini akan berguna dalam pembahasan:

Bed Count (bed complement) – jumlah tempat tidur; jumlah tempat tidur pasien-dalam/residen yang tersedia di fasilitas, baik berisi atau kosong, pada hari tertentu.

Bed Count Day – unit ukuran yang menunjukkan adanya satu tempat tidur pasien-dalam/residen (baik berisi atau kosong). Yang disiapkan dan memiliki petugas, untuk penggunaan dalam periode 24 jam.

Bed Count Days (Total) – jumlah ‘bed count days’ setiap hari pada periode yang dihitung.

Tempat tidur pasien-dalam yang dihitung hanya yang disiapkan, memiliki petugas, dan siap untuk digunakan pasien. Tempat tidur yang dipersiapkan untuk penggunaan sementara (cots, tempat tidur di aula, tempat tidur di bawah matahari, dsb.) tidak termasuk dalam hitungan tempat tidur.

Angka penggunaan tempat tidur pasien-dalam bisa dihitung kapan saja. Untuk menghitung persentase pada hari tertentu, hari layanan pasien-dalam untuk hari tersebut dikali dengan 100 dan dibagi dengan jumlah tempat tidur pasien-dalam untuk hari tersebut. Untuk memperoleh angka penggunaan tempat tidur pasien-dalam sebagai rata-rata harian untuk periode yang lebih lama, rumusnya adalah:

$$\frac{\text{Jumlah hari layanan pasien-dalam pada satu periode} \times 100}{\text{Jumlah 'bed count days' pasien-dalam periode tersebut}}$$

Jumlah ‘bed count days’ pasien-dalam pada suatu periode, secara sederhana adalah jumlah tempat tidur dikalikan dengan jumlah hari di dalam periode.

Contoh: Sebuah rumah sakit memiliki tempat tidur pasien-dalam sebanyak 150. Selama bulan April, rumah sakit memiliki 3650 hari layanan pasien-dalam untuk dewasa dan anak-anak. April memiliki 30 hari. Menurut rumus, angka ini (3650×100) dibagi dengan (150×30) adalah $365.000/4.500$ adalah 81,11%. Jadi angka penggunaan tempat tidur pasien-dalam adalah 81,1% atau 81%.

Sering rumah sakit tidak memiliki jumlah tempat tidur yang sama pada periode penghitungan angka penggunaan tempat tidur. Untuk melakukan penghitungan ini, ‘bed count days’ harus menggambarkan variasi dalam jumlah tempat tidur.

Contoh: Sebuah rumah sakit memiliki 2000 tempat tidur pada awal Januari. Pada tanggal 10, lima tempat tidur ditarik untuk penggantian model. Kelima tempat tidur ini dipakai lagi, ditambah dengan lima tempat tidur lain pada tanggal 25. Hari layanan pasien-dalam adalah 5950. Angka penggunaan tempat tidur adalah 5.950 dibagi $(200 \times 9) + (195 \times 15) + (205 \times 7) = 5950/6160 = 986,6\%$ atau 97%.

(5) Bed Turnover Rate

Angka pertukaran tempat tidur ini adalah pengukuran lain penggunaan rumah sakit. Angka ini menunjukkan efek bersih perubahan angka penggunaan dan lama perawatan. Tidak

ada persesuaian universal mengenai rumus yang paling tepat, tapi rumus berikut pada dasarnya memberikan hasil yang sama:

Rumus langsung:

$$\frac{\text{Jumlah discharge (termasuk kematian) pada satu periode}}{\text{Jumlah 'bed count' selama periode tersebut}}$$

Rumus tidak langsung:

$$\frac{\text{Jumlah penggunaan x jumlah hari pada periode}}{\text{Rata-rata lama perawatan}}$$

Contoh: Sebuah rumah sakit dengan 200 tempat tidur memulangkan 6500 pasien selama setahun. Lama perawatan rata-rata adalah 9 hari dan angka penggunaan tempat tidur 80%. Dengan rumus langsung, angka pertukaran tempat tidur adalah $6500/200 = 32,5$. Dengan rumus tidak langsung, $(0,80 \times 365)$ dibagi 9 adalah 32,4. jadi selama tahun itu, setiap tempat tidur dari 200 tempat tidur tersebut bertukar penggunanya kira-kira 32,5 kali.

Umumnya pengecualian pasien-dalam baru lahir diterima untuk menghitung sensus pasien-dalam rata-rata (sensus harian rata-rata), lama tinggal rata-rata, angka penggunaan tempat tidur pasien-dalam (persentase penggunaan), dan angka pertukaran tempat tidur. Kalau prosedur ini diikuti, sensus bayi baru lahir, lama perawatan rata-rata baru lahir, dan angka penggunaan tempat tidur pasien-dalam baru lahir, serta angka pertukaran bassinet dihitung terpisah untuk memperoleh gambaran lengkap pekerjaan rumah sakit.

L. STATISTIK RAWAT JALAN

Dengan kemajuan dalam teknologi medis dan keprihatinan akan meningkatnya biaya pelayanan kesehatan, asuhan semakin banyak disediakan pada tempat rawat jalan. Kalau rumah sakit menawarkan pelayanan rawat jalan di suatu 'outpatient department' (bagian pasien-luar), statistik mengenai person, pengujian, dan pengobatan harus dengan hati-hati ditabulasikan dan dilaporkan untuk pengambilan keputusan dan statistik yang baik oleh manajemen. Statistik pasien-luar perlu dikumpulkan secara konsisten, menggunakan definisi standard untuk memungkinkan laporan seragam dan perbandingan di antara fasilitas sejenis. Lihat kembali Bab 4 untuk diskusi lebih lanjut mengenai istilah yang digunakan untuk mengumpulkan data pada pasien rawat jalan.

Layanan rawat jalan yang disediakan pada fasilitas yang berdiri bebas berkisar dari dokter tunggal sampai praktek kelompok, pusat-pusat bedah pasien-luar, pusat pelayanan gawat-

darurat, dan pusat kesehatan lingkungan (neighbourhood). Banyak dari bentuk-bentuk statistik yang sama dengan pusat pelayanan pasien-luar yang berbasis rumah sakit yang bisa dihitung. Beberapa fasilitas rawat jalan berdiri sendiri (seperti HMO) menekankan layanan pencegahan sebagai tambahan pada pengobatan, sehingga jumlah kunjungan, encounters, dan occasions of service dapat dihitung untuk setiap kategori untuk menghasilkan data yang bermakna untuk pengambilan keputusan dan kontrol manajemen.

M. STATISTIK ASUHAN JANGKA PANJANG

Sebagaimana pada rumah sakit jangka pendek, fasilitas asuhan jangka panjang (long term care = LTC) mengolah data yang diperlukan oleh administrasi, staf medis, badan akreditasi, departemen kesehatan state, dinas-dinas kesehatan state dan federal, dsb. Kebutuhan fasilitas masing-masing harus dipenuhi, namun pengolahan dan penghitungan 156 statistic standard harus digunakan untuk memperoleh laporan dan perbandingan yang seragam di antara fasilitas sejenis.

Definisi terminologi statistik yang digunakan disini sama dengan rumah sakit jangka pendek dan ada pada Takarir. Fasilitas ini biasanya membagi semua pengolahan statistik atas kategori pasien di atas atau di bawah 65 tahun untuk tujuan laporan dan manajemen. Pengelompokan usia lebih lanjut bisa juga membantu.

Penting juga dilakukan pengolahan statistik terpisah untuk berbagai tingkat pelayanan yang disediakan (misalnya hospice, perawatan terlatih, menengah), dan penelusuran transfer dari satu tingkat ke tingkat lain. Pemisahan statistik menurut tingkat berarti pasien harus di-discharge dan kemudian diterima kembali pada level yang berbeda, untuk memperoleh angka-angka terpisah pada berbagai tingkat. Cuti dimasukkan sebagai satu masa tinggal terus menerus atau ditabulasikan terpisah dalam menghitung lama perawatan, tapi dikecualikan waktu mengolah penggunaan tempat tidur, menghitung hari pelayanan pasien-dalam, atau mempersiapkan sensus pasien.

Administrator Informasi Kesehatan (AIK) perlu awas akan perubahan dalam permintaan pemerintah atau badan lain akan informasi statistik yang diperlukan dari fasilitas asuhan jangka panjang.

N. KONTROL MUTU PADA SISTEM PENGUMPULAN DATA

Memasukkan data ke dalam komputer untuk pengolahan dan penyimpanan tidak menurunkan tanggung jawab bagian informasi kesehatan akan ketepatan dan keandalan data yang terkumpul. Cukup aman untuk menganggap bahwa komputer bisa melakukan fungsi matematik sederhana dengan akurat. Akan tetapi kontrol mutu data yang dimasukkan tetap

merupakan tanggung jawab Administrator Informasi Kesehatan (AIK). Evaluasi persentase kesalahan petugas merupakan pemikiran yang penting. Lembaran kerja manual atau abstrak komputer harus diperiksa secara acak untuk mencari kesalahan. Cek-edit lain bisa dilakukan oleh komputer, misalnya pemeriksaan pasien obstetrik yang ternyata laki-laki, atau kelahiran oleh wanita berusia di atas 50 tahun. Karena item-item diberikan kepada berbagai pihak, data harus dengan andal dan akurat menggambarkan pelayanan yang diberikan fasilitas untuk periode tertentu. Secara periodik, format lembar pengumpulan data harus dievaluasi untuk menentukan apakah telah digunakan cara pengumpulan data yang paling efisien. Penelitian kontrol mutu pada sistem manual dan komputer dapat memastikan bahwa pengumpulan statistik yang diperlukan dilakukan dengan cara yang efektif dan hemat biaya.

Kriteria bisa dibuat untuk menentukan apakah item yang sedang dikumpulkan perlu dan dibenarkan untuk penggunaan rutin. Pada saat persyaratan pelaporan federal dan badan lain berubah, elemen data bisa diubah atau dihapus untuk memenuhi perubahan tersebut. Bisa pula diketahui bahwa beberapa laporan mempergunakan item yang sama kalau dilakukan penelitian silang dengan beberapa bagian lain, misalnya bagian akuntansi, admisi, atau administrasi. Duplikasi usaha bisa terhindar kalau satu laporan terkonsolidasi memenuhi kebutuhan semua pihak.

O. CATATAN DAN STATISTIK VITAL

Statistik vital membahas kejadian-kejadian penting kehidupan seperti kelahiran, perkawinan, kematian, dan perceraian. Sertifikat kelahiran dan kematian, dan laporan kematian janin yang sering diisi di rumah sakit atau fasilitas kesehatan lain memberikan informasi berharga pada seorang pribadi, petugas kesehatan dan kesejahteraan masyarakat, pengacara, peneliti, dan pekerja 157tatis. Sebuah sertifikat kelahiran diperlukan untuk menentukan kewarganegaraan atau orang tua, memperoleh paspor, menunjukkan bahwa seorang anak sudah cukup usia untuk sekolah, untuk mendaftar pemilu, memperoleh izin mengemudi, atau memperoleh kemudahan Social Security. Statistik yang didapatkan pada waktu lahir membantu dalam evaluasi perubahan dan pertumbuhan populasi, evaluasi angka kelahiran, kesehatan ibu dan anak, dan 157tatis-faktor sosio-ekonomi. Sertifikat kematian membantu dalam menyelesaikan klaim asuransi kematian dan warisan. Statistik yang didapatkan dari sertifikat kematian membantu dalam evaluasi penyebab dasar kematian, penyebab ganda kematian, dan berapa sering keadaan-keadaan tertentu muncul bersamaan. Semua informasi ini vital untuk penelitian dasar, penelitian epidemiologi, dan perencanaan program-program kesehatan masyarakat. Jadi data pada sertifikat ini harus benar-benar lengkap dan akurat.

P. RINGKASAN

Informasi yang disajikan pada bab ini memerlukan data statistik dasar yang diperlukan oleh dewan pimpinan fasilitas, administrasi, staf medis, dan badan-badan luar. Bagian informasi kesehatan bisa mendapatkan permintaan akan informasi yang tidak rutin, yang bisa diisi kalau data disimpan secara cukup detil. Semua pengolahan dan laporan statistik harus direview setiap tahun untuk menentukan penggunaannya sehingga yang tidak dibutuhkan bisa dihentikan. Permintaan harus direview, administrasi dan staf medis harus dihubungi sebelum keputusan diambil untuk menghentikan pengolahan suatu data. Mutu data harus dievaluasi secara teratur, karena informasi hanya berguna kalau data yang digunakan dalam pengolahan akurat.

Q. PERTANYAAN

Jelaskan bagaimana seorang Administrator Informasi Kesehatan (AIK) menentukan jumlah dan jenis data yang akan dikumpulkan dalam 158tatis pengumpulan data rumah sakit.

Jelaskan tujuan 'data set' dan tuliskan daftar elemen data pada UHDDS.

Jelaskan bagaimana data bisa dikumpulkan untuk, dan laporan diperoleh dari analisis discharge pasien-dalam.

Jelaskan cara pasien dikirimkan ke suatu 'service'

Lakukan penghitungan persentase dan bulatkan hasilnya.

Jelaskan kepentingan data mortalitas dan 158tatist dan tentukan rujukan angka kematian yang berhubungan dengan kehamilan.

Perikan istilah berikut dan berikan rumus untuk menghitungnya: (a) hospital death rate, (b) hospital infection rate, (c) gross autopsy rate, (d) hospital autopsy rate, (e) net autopsy rate, (f) average length of stay, (g) inpatient service day, (h) average daily inpatient census, (i) inpatient bed occupancy ratio, (j) bed turnover rate.

Jelaskan kepentingan data morbiditas.

Jelaskan tanggung jawab bagian informasi kesehatan untuk 158tatist mutu 158tatis pengumpulan data.

Jelaskan tujuan catatan dan 158tatistic vital.

XI. FORMS DESIGN AND CONTROL

Data merupakan darah kehidupan fasilitas asuhan kesehatan. Data medis, keuangan, administrasi, dan operasional merupakan hal-hal yang penting. Data ini sering dikumpulkan, diproses, dan/atau diajukan ke pengguna melalui formulir. Tidak efisiennya desain, pemeliharaan, dan kontrol biaya terhadap formulir dapat terjadi karena besarnya jumlah formulir yang digunakan oleh berbagai pengguna dengan kebutuhan yang berbeda. Formulir yang dirancang dengan jelek bisa menyebabkan pengumpulan data menjadi tidak memadai, dokumentasi menjadi lamban, informasi salah, duplikasi usaha yang dilakukan, dan kesalahan-kesalahan. Rumah sakit dengan 300 tempat tidur diperkirakan memerlukan \$700 per tahun untuk setiap tempat tidur hanya untuk keperluan pencetakan dan penyimpanan formulir. Sistem-sistem untuk merancang dan mengontrol formulir sangat kritis dalam memastikan bahwa setiap formulir melayani kebutuhan yang dikehendaki, hanya formulir yang penting yang dipelihara, dan semua formulir siap untuk digunakan oleh setiap pengguna.

Setiap fasilitas asuhan kesehatan bertanggung jawab menyediakan formulir yang memenuhi kebutuhannya. Baik AHA (American Hospital Associations) atau pun JCAHO tidak merekomendasikan formulir rekam medis atau administrasi apa pun. Pada beberapa komunitas, beberapa fasilitas bergabung dan mengadopsi formulir dasar untuk MR yang bisa diterima oleh semua staf medis yang ada di masing-masing fasilitas. Hal ini membantu bagi dokter yang bekerja pada lebih dari satu fasilitas. Kemajuan komputer juga telah memudahkan dokter dan penyedia asuhan kesehatan lain di samping staf administratif untuk mengkomunikasikan data yang diperlukan untuk asuhan bagi pasien dan untuk melaksanakan urusan bisnis fasilitas asuhan kesehatan.

Terdapat anggapan luas bahwa komputer dapat menghilangkan banyak formulir kertas. Hal ini tidak selalu benar. Formulir kertas sering digunakan sebagai perantara manusia dengan komputer. Formulir tersebut perlu dirancang dengan hati-hati untuk memastikan pengumpulan data dengan benar dan sebagai pedoman untuk memasukkannya ke dalam komputer. Kalau pengguna beranggapan bahwa formulir kertas adalah barang terlarang di dunia elektronik, maka ia harus menyadari bahwa formulir perantara yang dibuat sendiri bisa lebih jelek akibatnya daripada tidak ada formulir sama sekali. Komputer bisa saja memerlukan kertas yang lebih banyak daripada yang digunakan oleh dunia manual. Laporan harian dan laporan kumulatif tentang segala hal bisa menyebabkan penumpukan kertas yang tidak berguna. Bahkan pada sistem pengelolaan informasi elektronik yang menyebabkan keadaan hampir tanpa kertas,

lingkungannya bukan tanpa formulir kertas. Formulir kertas saat ini hanya baru bisa diganti oleh layar-sentuh, 'mouse', 'windows', dan teknologi lainnya. Sering kemajuan teknologi ini memungkinkan seorang pengguna juga berfungsi sebagai perancang formulir. Dalam hal ini, diperlukan keberadaan berbagai program-program standarisasi elemen data, pedoman prosedur, dan kontrol input/output.

Banyak pola organisasi yang muncul untuk pengelolaan formulir, terutama sejak adanya komputerisasi. Administrator Informasi Kesehatan (AIK) atau orang lain yang ditugaskan sebagai manajer formulir bisa bertanggung jawab penuh untuk mengelola inventarisasi, pemesanan dan penyimpanan formulir kertas; dengan seorang manajer sistem-sistem informasi yang bertanggung jawab untuk input dan output komputer. Software untuk desktop publishing memungkinkan hampir siapa saja untuk merancang formulir yang kelihatan profesional. Hampir semua fasilitas asuhan kesehatan memiliki komite atau subkomite formulir di bawah komite rekam medis yang bertugas memeriksa rancang formulir yang digunakan pada rekam medis, dan mungkin untuk kegunaan lain. Administrator Informasi Kesehatan (AIK) membantu komite ini dengan menyediakan berbagai kebutuhan dan statuta yang dapat mengontrol isi rekam medis. Administrator Informasi Kesehatan (AIK) juga terbiasa dengan persyaratan data yang diperlukan oleh berbagai organisasi dan badan-badan lain. Pemahaman aliran data dan informasi di seluruh fasilitas asuhan kesehatan akan memastikan bahwa formulir atau program komputer telah dirancang untuk mempercepat komunikasi. Pengetahuan akan desain formulir dan teknik-teknik input/output juga membuat Administrator Informasi Kesehatan (AIK) menjadi sangat berguna di dalam proses ini.

Desain dan kontrol formulir, apakah untuk merancang kertas atau penggunaan komputer, melibatkan berbagai faktor. Desain formulir memerlukan pemikiran tentang elemen data, layout fisik, pengisian yang lengkap oleh pengguna, kertas, dan pencetakan. Kontrol formulir mencakup inventarisasi formulir, identifikasi formulir, review dan revisi berkelanjutan, dan pembelian.

R. DESAIN FORMULIR

Sebuah formulir harus didesain untuk memenuhi tujuan penggunaannya. Pemikiran primer adalah tentang apakah formulir ini akan digunakan untuk mengumpulkan data atau untuk informasi laporan. Data adalah fakta atau gambaran yang masih mentah. Informasi adalah data yang telah diproses dengan cara yang memberikan arti dan berguna. Aturan desain dasar mencakup:

Pelajari tujuan dan pemakaian formulir dan buatlah rancangan dengan memikirkan pengguna.

Rancanglah formulir sesederhana mungkin; hilangkan data atau informasi yang diperlukan.

Gunakan terminologi standard untuk semua elemen data, atau gunakan definisi-definisi; beri label semua informasi.

Kalau perlu masukkan pedoman untuk menjamin agar pengumpulan dan interpretasi data konsisten.

Aturan urutan item-item data secara logis, sehubungan dengan dokumen sumbernya atau dengan urutan perolehannya; sajikan informasi dengan cara yang dapat menangkap perhatian pembaca.

Formulir melayani berbagai keperluan. Formulir menuntut perhatian. Misalnya, mereka bisa memerlukan adanya tanda tangan, cap jempol, atau 'imprint' kartu identifikasi untuk tujuan otentikasi. Formulir pengumpulan data menyebabkan timbulnya dokumentasi. Formulir laporan menuntut adanya keputusan atau penentuan arah tindakan. Formulir juga menginstruksikan pemakainya tentang apa yang harus dilakukan, data apa yang harus dikumpulkan, dimana data diperoleh, bagaimana mengumpulkannya, dan apa yang harus dilakukan sesudah itu. Formulir memperbaiki tanggung jawab dan mengidentifikasi catatan untuk pengarsipan dan rujukan masa depan. Formulir mengatur standarisasi, sehingga menjamin konsistensi pengumpulan data dan interpretasinya. Mungkin yang paling penting adalah bahwa formulir itu berkomunikasi. Misalnya, hasil-hasil penelitian diagnostik dikomunikasikan dari laboratorium ke dokter, informasi keuangan diberikan kepada CEO (chief executive officer) dari kantor keuangan, dan seterusnya. Karena formulir melayani berbagai tujuan, setiap formulir harus didesain agar dapat mencapai tujuannya.

Sementara formulir dapat mengurangi beban pekerjaan dengan membimbing dan mengarahkan pengguna, formulir juga dapat meningkatkan beban kerja. Formulir yang mengumpulkan data yang tidak perlu atau yang sulit untuk diisi dengan lengkap menyebabkan waktu habis terpakai. Formulir yang tidak dengan jelas dan tepat menyajikan informasi akan memerlukan waktu untuk dipahami atau disahkan. Formulir harus direview secara teratur untuk memastikan bahwa mereka mudah digunakan, mampu mengumpulkan semua data yang dibutuhkan, menghilangkan pengumpulan data yang tidak diperlukan, dan menyajikan informasi dengan cara yang memberikan arti.

Formulir sering diisi dan digunakan oleh orang-orang yang berbeda, sehingga terminologi di dalamnya harus bisa diketahui oleh semua pengguna. Terminologi standard harus digunakan dimana saja ia muncul. Misalnya, UHDDS (Uniform Hospital Discharge Data Set) menyediakan definisi standard untuk data yang umumnya digunakan di rumah sakit. Set data ini dibahas pada Bab Statistik Asuhan Kesehatan. Set data lain juga terdapat. Kalau suatu definisi standard tidak akan digunakan atau tidak ada, maka formulir harus menyediakan definisinya. Bahkan untuk data yang umumnya dikumpulkan tetap diperlukan adanya bimbingan. Misalnya, tanggal biasanya di USA umumnya dituliskan dalam format bulan-hari-tahun dengan masing-masingnya dua angka. Namun dalam pengumpulan informasi tanggal kelahiran, mungkin diperlukan penggunaan empat angka untuk tahun. Singkatan, kode-kode, dan kontraksi (*can't, don't, tsb., dst., dsb.*) dapat menghemat tempat, tapi hendaknya hanya digunakan kalau artinya jelas bagi semua orang yang membaca formulir tersebut. Karena banyak formulir fasilitas asuhan kesehatan yang telah menjadi 'milik masyarakat', atau terbuka untuk inspeksi oleh badan-badan lisensi, akreditasi dan regulasi, pengadilan, dan pasien atau wakilnya, maka singkatan hendaknya dihindarkan.

Sekuensi item-item pada formulir merupakan pemikiran penting lain. Daerah entry di bagian 'body' formulir pengumpulan data hendaknya diatur sedemikian rupa sehingga memungkinkan penulisan yang tidak terputus dari kiri ke kanan, dan dari atas ke bawah. Penomoran item-item membuat rujukan lebih mudah dan lebih cepat dan juga berfungsi sebagai rujukan pada instruksi yang mendetail. Data yang akan dimasukkan ke dalam formulir hendaknya sebisa mungkin dikelompokkan atas item-item yang berhubungan. Kalau lebih dari satu orang yang bertanggung jawab untuk mengisi formulir, data yang akan diisi oleh masing-masingnya harus dikelompokkan pada formulir menurut sekuensi entry. Data pada formulir harus juga berada dalam urutan yang sama dengan item-item sejenis pada formulir atau catatan lain, tempat data berasal atau akan dikirimkan, atau dalam urutan yang sama dengan data yang akan diterima, dibacakan, dsb.

S. PERTIMBANGAN KHUSUS DESAIN FORMULIR KERTAS

Walau pun aturan desain berlaku baik untuk formulir kertas mau pun untuk layar entry dan laporan data komputer, terdapat perbedaan yang perlu dipertimbangkan dalam konstruksi formulir kedua media tersebut. Lima komponen utama biasanya ada pada formulir kertas, yaitu heading, introduction, instruction, body, dan close.

HEADING

Heading mencakup judul dan informasi mengenai formulir. Judul sebuah formulir bisa terdapat pada satu dari beberapa tempat. Posisi standard adalah: kiri-atas, tengah, kanan-atas, kiri-bawah atau kanan-bawah. Pada file kartu vertikal, misalnya, judul harus berada di dasar formulir supaya bagian atas tersedia untuk data. Pada file yang terlihat, judul harus berada di atas sehingga informasi kontrol yang berhubungan bisa terlihat di bagian dasar. Sebuah subjudul harus digunakan kalau judul utama memerlukan penjelasan atau kualifikasi lebih lanjut. Kalau formulir akan diisi oleh atau dikirimkan ke orang di luar organisasi, nama dan alamat fasilitas asuhan kesehatan harus dimasukkan ke dalam judul.

Informasi lain mengenai formulir mencakup identifikasi formulir, tanggal penerbitan, dan nomor halaman. Batas kanan-bawah merupakan tempat terbaik untuk identifikasi formulir dan tanggal penerbitan. Pada lokasi ini, perobekan atau tertutupnya informasi dapat dihindarkan kalau formulir di-staple pada sudut kiri-atas. Identifikasi formulir juga terlihat kalau formulir dijilid pada bagian atas atau pada sisi kiri. Penyimpanan formulir juga akan dipermudah kalau identifikasi formulir berada pada bagian bawah.

Kalau formulir terdiri dari beberapa halaman terpisah atau tercetak di halaman balik, identifikasi harus berada pada kedua sisi dan setiap halaman. Dengan cara ini, kalau fotokopi pada satu sisi atau satu halaman terpisah dari yang lain, ia dengan mudah dapat ditandai. Ini juga akan membantu dalam penyusunan halaman-halaman yang sama (collating) dari formulir-formulir yang memiliki halaman ganda.

Tanggal penerbitan harus muncul pada setiap formulir. Hal ini membantu dalam menentukan apakah edisi terbaru yang sedang digunakan, dan membantu dalam pembuangan stok yang tidak dipakai lagi. Tanggal penerbitan biasanya terdapat setelah nomor formulir.

Kalau terdapat halaman ganda pada formulir, nomor halaman harus dibuat. Nomor halaman bisa berupa urutan angka atau alfabet, dan bisa terletak pada sudut kanan-atas atau kanan-bawah. Ini akan membantu pencetak dalam menyusun material untuk dicetak dan disusun.

Pada saat mendesain formulir yang memerlukan lembar tambahan dan nomor halaman tersebut tidak diketahui oleh pengguna pada awal menggunakannya, maka setiap halaman harus diberi tempat untuk pengisian nomor halaman, misalnya "Halaman ___ dari ____ halaman". Nomor halaman dan jumlah total halaman diisi oleh orang yang mengisi formulir tersebut.

INTRODUCTION

Bagian pendahuluan ini menjelaskan tujuan formulir. Kadang-kadang tujuan ditunjukkan oleh judul. Kalau penjelasan lebih lanjut diperlukan, pernyataan yang jelas bisa dimasukkan di dalam formulir untuk menjelaskan tujuannya.

INSTRUCTIONS

Instruksi umum harus singkat dan berada pada bagian atas formulir. Pengguna harus bisa dengan segera menentukan berapa kopi diperlukan; siapa yang harus mengajukan formulir, dan kepada siapa kopinya harus dikirimkan. Instruksi bisa diletakkan pada bagian depan formulir kalau terdapat tempat yang cukup. Kalau diperlukan instruksi yang lebih detail, sisi balik formulir bisa digunakan; namun harus ada rujukan mengenai hal ini pada bagian instruksi umum. Instruksi yang panjang bisa diletakkan pada lembaran atau buku kecil yang terpisah. Instruksi bisa saja tersedia pada direktif (petunjuk) administratif yang dikeluarkan oleh fasilitas. Instruksi tidak boleh diletakkan di antara ruang-ruang entry karena hal ini membuat formulir terkesan berantakan dan mempersulit pengisian.

BODY

Body merupakan bagian formulir yang disediakan untuk kerja formulir yang sesungguhnya. Pertimbangan hati-hati harus diberikan mengenai susunan data yang diminta atau informasi yang tersedia yang mencakup pengelompokan, pengurutan, dan penyusunan tepi ('aligning') yang sepatutnya. Pertimbangan juga harus diberikan untuk margins, spacings, rules, type styles, dan cara pencatatan.

(a) *Margins*

Batas pinggir ini tidak saja menambah tampilan dan kegunaan formulir, tapi juga pada kesanggupan untuk merancang formulir secara fisik. Fasilitas reproduksi memerlukan margins sebagai daerah kerja untuk lobang pemegang yang membantu penahanan kertas selama proses pencetakan, dan untuk merapikan kertas ketika beberapa kopi formulir dicetak pada lembaran besar sekali gus. Margin minimum harus disediakan 2/16" pada bagian atas, 3/6" di bagian bawah, dan 3/10" pada sisi-sisi. Kalau yang digunakan adalah stok kartu, paling kurang 1/8" harus disediakan sebagai margin untuk semua sisi. Dapatkan spesifikasi pencetak mengenai margin ini kalau 'image' formulir mencapai pinggir kertas atau kartu. Proses ini disebut sebagai 'bleeding', dan gaya ini bisa menyebabkan meningkatnya biaya penanganan.

(b) *Spacing*

Spacing adalah ukuran area entry data. Pada waktu mendesain formulir dengan data yang akan diisi dengan mesin ketik, ikuti petunjuk ini:

Horizontal spacing: Sediakan 1/12” untuk huruf ‘elite’ atau 1/10” untuk huruf ‘pica’. Spacing 1/10” bisa menerima huruf pica dan elite memberikan ruang entry maksimum. Sediakan spasi ekstra, kalau perlu, untuk mencegah ‘crowding’.

Vertical spacing: Terdapat enam garis vertikal setiap inci pada mesin ketik standard, elite atau pica. Berikan 1/6”, atau kelipatannya, untuk setiap baris pengetikan. Kalau digunakan mesin ketik eksekutif, berikan 5,28 baris vertika per inci.

Untuk spacing yang dibuat dengan tulisan tangan, berikan horizontal spacing 1/10” sampai 1/12” per-karakter. Vertical spacing memerlukan 1/4” sampai 1/3”. Kalau desain kotak yang digunakan, 1/3” diperlukan.

Kalau sebuah formulir dapat diisi dengan tangan atau mesin ketik, atau kombinasinya, tentukan horizontal space berdasarkan persyaratan pengisian dengan tangan; dan vertical space dengan persyaratan mesin ketik. Spasi vertikal 1/3” akan menerima baik entri tulisan tangan atau pun mesin ketik.

(c) *Rules*

Sebuah rule adalah sebuah garis vertikal atau horizontal. Garis ini bisa solid (langsung), dotted (terputus-putus), atau paralel berdekatan yang melayani berbagai tujuan. Rules membagi formulir atas bagian-bagian logis, mengarahkan penulis untuk memasukkan data pada tempat yang semestinya, menginstruksikan penulis mengenai panjang yang diinginkan dari data yang dimasukkan, membimbing pembaca melalui komunikasi, dan menambah daya tarik fisik formulir (kalau diatur dengan benar). Rules sering dipakai untuk membuat kotak-kotak. Desain kotak dapat meningkatkan ruangan yang tersedia pada formulir sampai sebanyak 25%.

Kotak-kotak digunakan pada dua teknik desain utama, yaitu kotak ‘garis’ dan kotak ‘x’ atau ‘ballot’ (pemungutan suara). Kotak garis merupakan sederetan rules dengan tinggi yang sama, diatur secara horizontal pada sebuah garis, lebar cukup pas untuk data yang dimasukkan. Kalau pendesain dapat menyusun rules vertikal dari satu garis ke garis berikutnya, maka akan muncul susunan yang teratur dan mengurangi kebutuhan ‘tab stops’. Panjang dan lebar kotak harus mengikuti pedoman untuk jarak rules. ‘Caption’ (judul tabel atau gambar) yang

menjelaskan entry yang diperlukan hendaknya berada di sudut kiri-atas kotak, atau langsung di atas kotak kalau seluruh kotak garis ini tersedia untuk entry data.

Kotak 'x' atau 'ballot' adalah kotak bujur-sangkar yang berkisar dari 1/12" (untuk mesin ketik) atau 1/4" (untuk tulisan tangan atau garis mesin tik spasi kembar). Area yang cukup harus tersedia antara masing-masing kotak horizontal berikut data yang akan dicetak, dan kotak berikutnya. Untuk kotak vertikal, kotak harus mendahului data walau pun pengaturannya lebih jelas dan teratur kalau panjang data bervariasi. Beberapa ruangan bisa menjadi hilang di sisi kanan.

Rules tipis dan tebal yang mengelilingi bagian tertentu formulir atau mengelilingi seluruh formulir disebut dengan 'borders'. Border dapat menonjolkan sebuah bagian. Kalau mengelilingi seluruh formulir maka ia akan terlihat menarik. Pertimbangan fungsional lain desain formulir adalah 'blockouts' dan 'screening'. Blockouts adalah cara penghilangan data dari satu bagian atau lebih pada formulir multi-bagian melalui penulisan pada bagian yang akan dihilangkan atau ditutup. Screening atau 'shading' merupakan cara yang efektif dalam menekankan atau menghilangkan penekanan area tertentu di formulir. Kalau dilakukan dengan warna yang sama dengan cetakan pada formulir, ia akan memberikan ilusi warna kedua. Kalau dilakukan dengan warna yang berbeda, ia menjadi sinyal yang terang.

(d) *Type style*

Jenis huruf ini penting dalam hal keterbacaan dan penonjolan. Untuk suatu formulir, paling baik adalah menggunakan sesedikit mungkin jenis dan ukuran huruf. Item-item dengan tingkat kepentingan yang sama hendaknya dicetak dengan huruf yang sama di semua bagian formulir. Biasanya, jenis *italic* dan **bold** digunakan untuk penekanan, tapi terbatas pada kata-kata yang memerlukan penekanan khusus.

(e) *Cara pencatatan*

Hampir semua formulir dihasilkan dengan tangan, mesin ketik, atau cetakan komputer. Cara lain pencatatan data mencakup OCR (optical character recognition = pengenalan huruf secara optis) dan 'bar code', yang bekerja sebagai input langsung ke dalam komputer. Sebagai tambahan pada prinsip umum desain formulir yang baik, pertimbangan khusus untuk adanya peralatan OCR atau 'bar code' merupakan hal yang penting.

CLOSE

Komponen utama terakhir formulir kertas adalah 'close' atau penutup. Ini merupakan ruangan untuk tanda tangan pengotentikasi atau persetujuan.

T. PERTIMBANGAN KHUSUS KONSTRUKSI FORMULIR KERTAS

Sebagai tambahan pada komponen yang unik untuk desain formulir kertas, terdapat pula pertimbangan konstruksi. Hal-hal ini mencakup: pembuatan master, bentuk fisik formulir, tinta, kerta, karbonisasi, dan cara duplikasi. Hampir semua ciri-ciri konstruksi formulir lebih berbentuk teknis, dan mungkin diinginkan atau diperlukan untuk berkonsultasi dengan percetakan profesional sebelum keputusan final mengenai konstruksi formulir diambil. Namun, Administrator Informasi Kesehatan (AIK) perlu memahami pertimbangan dasar supaya bisa menjelaskan kebutuhan fasilitas kepada percetakan.

MENCIPTAKAN 'MASTER'

Begitu isi formulir telah dipoutuskan, sebuah master harus dibuat sebagai tempat asal bagi sebuah kopinya.

Formulir bisa dibuat dengan mesin ketik atau dengan word processor, dengan garis yang ditarik dengan tangan. Hal ini hendaknya dibuat hanya untuk formulir yang hanya digunakan di dalam fasilitas, dan umumnya hanya bersifat sementara.

Formulir bisa di-'typeset' secara profesional. Peralatan typesetting bisa membutuhkan biaya \$50.000 sampai \$500.000, sehingga pelayanan ini harus dilakukan oleh perusahaan percetakan atau profesional lain. Typesetting memungkinkan pengaturan jarak huruf (spacing) secara proporsional dan penyesuaian jarak antara baris (kerning), lebih dari satu jenis dan ukuran huruf pada formulir, integrasi antara text dan gambar, (misalnya penggambaran garis-garis, foto, dsb), dan pengaturan persentase ukuran gambar (scaling) dan pengaturan gradasi bayangan (half-toning). Kalau formulir akan di-typeset, Administrator Informasi Kesehatan (AIK) atau manajer formulir lain harus bekerja erat dengan percetakan untuk memilih ciri-ciri design. Sebuah fasilitas asuhan kesehatan sering memiliki lembaran spesifikasi yang menjelaskan tentang standard pengaturan typesetting pada jenis formulir tertentu untuk menjamin konsistensinya.

Software desktop publishing (DTP) memungkinkan fasilitas asuhan kesehatan untuk mempersiapkan text untuk typesetting atau untuk menciptakan master pada printer komputer yang bermutu tinggi. Software ini memungkinkan pemakainya secara langsung menyusun text dan gambar pada komputer dengan ukuran yang sama dengan kopi final. Dengan cara ini, penentuan akhir ditentukan sebelum dilakukan penyusunan pada typesetting. Software DTP menggunakan text yang telah diolah word processor, dan menambahkan kode-kode untuk menghasilkan bentuk yang diinginkan. Gambar bisa dimasukan melalui pemindai (scanner) dan gambar garis (seperti garis lurus) dapat dibuat langsung pada program ini.

Keluaran DTP tergantung pada mutu kopi yang diinginkan. Perbedaan antara typesetting profesional dengan keluaran cetak komputer umumnya adalah pada resolusi, yaitu berapa banyak 'dot' yang digunakan untuk membentuk sebuah karakter. Printer laser menghasilkan karakter dengan resolusi 300 dot per inci (dpi), sedangkan typesetter menghasilkan antara 1270 – 2540 dpi. Keluaran printer laser dapat menghasilkan mutu yang sangat memuaskan untuk formulir tertentu atau dokumen lainnya. Masalah resolusi (misalnya penampilan bergerigi walau pun hanya terlihat melalui kaca pembesar), tergantung pada jenis printer laser dan jenis kertas yang digunakan. Kemampuan lain printer laser, yang harganya berkisar dari \$650 - \$ 25.000, adalah besar memori dan kemampuan 'page description language'. Kemampuan ini mempengaruhi kesanggupannya untuk mencetak satu halaman penuh secara langsung, dan ukuran gambar yang bisa dimasukkan ke dalam text.

BANGUNAN FISIK FORMULIR

Bangunan fisik formulir maksudnya adalah ukuran dan sifat khususnya. Pada umumnya penggunaan formulir berukuran standard adalah cara yang baik, terutama kalau akan diarsipkan atau difotokopi. Keputusan mengenai faktor-faktor seperti ukuran formulir, lokasi data pada formulir, dan lokasi lobang atau alat pengikat formulir dipengaruhi oleh jenis peralatan yang digunakan untuk memproses formulir dan sistem pengarsipan yang digunakan. Pencetakan pada sisi timbal balik merupakan pertimbangan lain yang berhubungan dengan fotokopi dan pertimbangan berat kertas.

Bangunan fisik formulir sangat penting kalau diperlukan untuk kopi duplikat dari suatu pengisian formulir. Jumlah kopi yang harus dimiliki formulir tergantung pada siapa yang memerlukan kopian, dan kapan kopi dibutuhkan. Formulir dengan kopi yang banyak (multi-kopi) memberikan cara yang cepat untuk membuat kopi, tapi biasanya tidak lebih dari 10-12 (malah lebih sedikit kalau ditulis tangan) lembar untuk bisa jelas semuanya. Akan tetapi sebaiknya jumlah kopi dibatasi seminimum mungkin karena kelebihan kertas cenderung

meningkatkan ketidak-efisienan. Pada waktu mendesain formulir multi-kopi, instruksi ‘routing’ (arah sambungan ke halaman mana) hendaknya diletakkan pada bagian bawah formulir.

Kopi ganda bisa direproduksi sebagai set-set formulir, atau sebagai formulir terusan (continuous) atau strip. Satu ‘unit set’ adalah set formulir yang disatukan oleh perekat pada satu sisi. Suatu ‘stub set’ atau ‘snapout set’ adalah sejumlah kopi yang disatukan oleh stub berperforasi (seperti lobang-lobang perangko) yang bisa berisi karbon di antaranya. Setelah stub set diisi, stub dipegang dengan satu tangan, dan kopinya ditarik sehingga lepas. Stub itu sendiri bisa di sudut atau di bagian atas, bawah, atau samping formulir. Suatu ‘fanfold set’ adalah suatu set dengan semua bagiannya dicetak serentak pada satu lembar kertas, kemudian kopinya dilipat ke belakang dan ke belakang ke dalam suatu uset sehingga mirip dengan akordion. Formulir terusan atau formulir strip dicetak dari satu gulungan kertas, masing-masing dipisahkan oleh perforasi horizontal. Formulir terusan disukai untuk pemrosesan terus menerus oleh mesin ketik atau komputer, dan sering memiliki lobang pada satu atau kedua sisi untuk memudahkan penarikan kertas oleh printer.

Biasanya pembuatan formulir memecahkan hampir semua masalah pengikatan formulir karena formulir tersebut disatukan oleh stub atau perforasi sampai mereka dipisahkan. Alat pengikat yang paling umum adalah ‘crimp’, yaitu beberapa lidah kertas kecil dipotong melalui semua kopi sehingga lidahnya menonjol sedikit ke kopi atau karbon berikutnya; menyatukan satu atau kedua sisi formulir; menjahit dengan jarum dan benang; dan staples.

TINTA

Walau pun banyak formulir yang dicetak dengan tinta hitam standard, pertimbangan harus diberikan pada penggunaan jenis tinta tertentu dan warna khusus. Tinta yang dipilih harus memberikan kontras yang semestinya pada kertas dan hendaknya memberikan cetakan yang jelas, seragam, dan rata. Proses pencetakan tertentu memerlukan jenis tinta tertentu. Penggunaan lebih dari satu warna tinta menambah biaya formulir dan mempersulit proses fotokopi, mikrofilm, dan scanning ke sistem pencitraan optis.

KERTAS

Terdapat lima sifat fisik kertas yang perlu dipertimbangkan dalam mendesain formulir. Mereka antara lain adalah weight, grade, grain, finish, dan color. Sifat-sifat ini berhubungan dengan permanency, durability, mutu penulisan kertas, keterbacaan, dan pembuatan mikrofilm. Permanency maksudnya adalah berapa lama kertas dapat disimpan. Durability berhubungan dengan kesanggupan seseorang untuk mengelola kertas berkali-kali. Mutu penulisan kertas mempengaruhi kemampuan seseorang untuk menulis dengan cepat dan rata, dan kemampuan

kertas untuk menerima tinta dari alat pencetakan. Kesanggupan untuk penghapusan atau penutupan dengan cairan penghapus juga menentukan mutu kertas. Keterbacaan dipengaruhi oleh terutama oleh interaksi kertas dengan cahaya, misalnya jumlah 'glare' atau kilatan dari kertas. Jenis kertas juga mempengaruhi pembuatan mikrofilm, karena beberapa warna, lapisan, jenis dan ukuran cetakan tidak dapat muncul dengan jelas.

Kertas biasanya dijual berdasarkan beratnya. Kadang-kadang berat ini disebutkan sebagai substansi atau 'stock'. Satu 'ream' biasanya merupakan ukuran jumlah kertas dan biasanya kira-kira 500 lembar. Jadi berat kertas berarti berapa beratnya kertas sebanyak satu rim pada ukuran tertentu. Berat kertas mempengaruhi permanency, durability, writing quality, dan readability.

Nama-nama sering diberikan pada berat kertas. Kertas 'bond' adalah istilah untuk hampir semua pencetakan formulir dan kertas reproduksi dengan berat antara 11-24 pounds. Mereka relatif kuat dan bersih, dan memiliki mutu yang baik untuk penghapusan, pencetakan, dan permanensi. Kertas 'manifold' merupakan kertas ringan dengan berat 7-11 pound, biasanya disebut sebagai 'tissue'. Biasanya digunakan untuk kopi. Kertas dengan berat yang sama tapi dengan lapisan transparan yang bergelombang biasanya disebut dengan kertas 'onion skin'. Kertas 'ledger' lebih berat daripada kertas 'bond' (24-36 pounds) dan memiliki mutu penghapusan yang sangat baik, biasanya digunakan untuk akuntansi dan pembukuan. Jenis-jenis umum kertas lainnya adalah bristol, postcard, board, tag, duplikator, safety, dan newsprint.

Grade kertas maksudnya adalah mutu kertas dan terutama didasarkan pada jenis material yang digunakan dalam proses pembuatannya. Kertas dibuat dari rags, bubur mekanis kayu, bubur sulfit kayu, bubur soda kayu, dan bubur sulfat kayu, dengan berbagai komposisi tergantung pada jenis kayu yang diinginkan. Grade yang dipilih untuk formulir tergantung pada hal-hal seperti lama ketahanan formulir, banyaknya penanganan, dan penampilan. Umumnya, semakin banyak rag semakin lama usia kertas:

| | |
|--------------------------|------------------------|
| 100% rag | harapan usia 100 tahun |
| 75% rag | 75 tahun |
| 50% rag | 50 tahun |
| 25% rag | 25 tahun |
| 100% sulfit – Grade I | 20 tahun |
| 100% sulfit – Grade II-V | 15 tahun |
| Newsprint | 5 tahun |

Watermark (tanda air) pada kertas adalah penandaan tembus pandang yang terlihat kalau kertas dilihat dengan cahaya di belakangnya. Watermark diberikan pada kertas pada waktu dibuat dan berfungsi untuk identifikasi grade dan pabrik atau identifikasi organisasi yang akan

menggunakan kertas tersebut. Watermark biasanya hanya dibuat pada kertas dengan grade tinggi.

Grain of paper – adalah arah serat-serat yang membuat kertas. Grain menentukan kekakuan kertas. Ini perlu dipertimbangkan kalau sebuah formulir harus dimasukkan melalui mesin kantor seperti mesin ketik, printer, atau mesin fotokopi.

Finish of paper adalah lapisan kimia yang bisa diberikan pada kertas. Keadaan permukaan kertas bisa kasar (low finish), licin (high finish), atau mengkilat/glossy (very high finish). Satu di antara jenis utama finish adalah zat kimia elektrostatis yang digunakan pada mesin fotokopi dan peralatan elektrik atau elektronik lain untuk mencegah kertas saling melekat dan memudahkannya masuk ke mesin tersebut.

Kertas berwarna untuk formulir sering merupakan medium yang efektif untuk memperoleh daya tarik, identifikasi unik, dan cara sederhana untuk memudahkan penanganan formulir. Akan tetapi kertas berwarna biasanya lebih mahal daripada kertas putih. Kontras juga harus dipertimbangkan karena beberapa warna akan lebih sulit dibaca daripada warna lain. Beberapa warna tidak bisa digunakan pada fotokopi, mikrofilm, atau dipindai ke dalam sistem pencitraan dengan efektif. Pemecahannya bisa dengan menggunakan pinggir berwarna atau berbingkai.

KARBONISASI

Karbonisasi atau penghasilan kopi merupakan pertimbangan lain dalam konstruksi formulir kertas. Karbon bisa diperoleh melalui beberapa cara: dengan memasukkan kertas karbon dengan tangan, menggunakan karbon sekali-pakai yang telah disisipkan ke dalam formulir, karbon di dalam mesin ("floating carbon"), dan daerah-daerah karbon lilin yang telah ditempelkan di belakang formulir pada waktu pencetakannya (ideal untuk pembuatan kopi selektif). 'Carbonless paper' yang sering disebut NCR (no carbon required) menghilangkan kekotoran karbon. Formulir ini dicetak pada kertas yang telah diolah secara kimia pada kedua sisi. Kopi diperoleh bersamaan dengan tulisan asli, sama seperti jenis kertas karbon. Walau pun harganya lebih mahal daripada penggunaan kertas karbon, biaya kerja memasukkan karbon, pembersihan, dsb. sering lebih besar daripada biaya total carbonless paper.

CARA-CARA MENDUPLIKASI

Tanggung jawab utama perancang formulir adalah menentukan cara yang paling ekonomis dan/atau praktis dalam membuat formulir dengan jumlah yang diinginkan. Pada dasarnya, terdapat tiga cara utama untuk mereproduksi formulir: duplikasi kantor, percetakan komersial, dan formulir standard.

Duplikasi kantor memerlukan dua langkah: persiapan master copy dan pemakaian master tersebut untuk alat duplikasi cetak. Fotokopi berkemungkinan merupakan cara yang paling mudah untuk menduplikasi, tapi sejauh ini masih yang paling mahal. Kecuali untuk formulir percobaan, fotokopi dalam jumlah besar sebaiknya tidak dipertimbangkan. ‘Spirit duplicating’ adalah proses penggunaan kertas ditto bertinta untuk membuat master dan menjalankannya di dalam mesin ditto yang memindahkan tinta ke kertas kosong. Ini merupakan cara yang bisa diterima untuk mereproduksi sejumlah kecil formulir (20–300 lembar) lembaran tunggal yang digunakan di dalam departemen. Ditto mudah dibuat, ekonomis, tapi penampilan tidak begitu disukai. Duplikasi dengan stensil lebih umum, terutama untuk formulir yang akan berubah. Master disiapkan pada kertas stensil berlilin khusus yang kemudian dijalankan pada mesin stensil untuk menghasilkan kopi pada kertas kosong. Sebanyak 300–2000 lembar kopi dari satu lembar stensil bisa dihasilkan dengan mutu yang cukup baik. Satu kekurangan duplikasi stensil adalah bahwa semakin banyak garis di dalamnya, semakin sedikit kopi yang baik dapat dihasilkannya. Duplikasi secara offset lebih cepat, mudah dan tajam; alatnya sering ada pada bagian percetakan di fasilitas asuhan kesehatan yang besar. Metode ini dapat menghasilkan sampai 100.000 kopi. Master kertas bisa disiapkan dengan mesin ketik atau word processor, namun hanya beberapa jenis yang bisa dipakai ulang. Master logam harus dibuat dengan mesin khusus, bisa dipakai berulang-ulang dan cocok untuk formulir rumit dengan ukuran dan jenis huruf yang tidak biasa.

Percetakan komersial melibatkan persiapan plat logam dari ‘layout’ asli dan meletakkannya pada ‘printing press’. Hasil cetakannya sangat tajam, bermutu tinggi, dan memungkinkan penambahan warna pada formulir. Pekerjaan lain seperti membuat lobang, perforasi, kolasi (penyusunan urutan), karbon sisipan, dan penomoran umumnya dapat dilakukan serentak dengan pencetakan. Dua metode dasar pada percetakan adalah ‘letter press’ atau huruf timbul, dan ‘offset’ yang sama dengan duplikasi offset namun lebih besar, cepat, dan mampu melaksanakan berbagai pekerjaan sekali gus.

Pembelian formulir srandard dari perusahaan penerbit merupakan pilihan ketiga untuk memperoleh formulir. Pembelian formulir biasanya lebih murah daripada pemesanan pada percetakan, namun lebih mahal daripada cara-cara duplikasi. Walau pun pencetakan kemudian bisa dilakukan untuk memberikan ciri-ciri tertentu pada formulir yang dibeli, misalnya untuk pencetakan nama dan logo fasilitas pada formulir, namun fleksibilitas isi formulir dan keunikannya harus dikorbankan.

U. PERTIMBANGAN KHUSUS DESAIN FORMULIR KOMPUTER

Terdapat dua pertimbangan utama yang unik pada pengumpulan data dan pelaporan informasi melalui komputer: format atau layout layar, dan hasil cetakan.

FORMAT LAYAR

Komputer telah mengubah konsep konvensional formulir karena komputer berurusan dengan data dan bayangan dokumen di layar, tidak dalam pada formulir tercetak. Memang benar bahwa format yang telah ditetapkan untuk entri, penyimpanan dan pemetikan data bisa dipergunakan pada sistem informasi berkomputer, nama elemen data yang dimasukkan tidak memiliki hubungan yang tetap dengan dokumen tempatnya.

Fokus elemen data di dalam komputer menggeser desain dari formulir menjadi format. Jumlah dan variasi format yang tidak terbatas yang bisa diatur sesuai dengan kebutuhan komunikasi bisa dibuat pada komputer, sedangkan formulir jumlahnya terbatas dengan blok-blok elemen data yang telah ditetapkan sebelumnya. Penggunaan 'windows' dan software-nya memungkinkan pengguna mendesain formulirnya sendiri pada layar; dan setiap elemen desain bisa diubah dengan menggunakan 'mouse', jari (pada layar sentuh), atau pun tombol keyboard.

Teknologi komputer telah mencapai tingkatan yang membuat formulir yang tidak lagi bersifat kaku seperti pada tahun 60-an dan 70-an. Hubungan terstruktur dan bertingkat yang cocok untuk cara-cara manual saat itu tidak sesuai lagi dengan saat sekarang. Fokus desain format harus untuk memastikan bahwa data yang diperlukan bisa diperoleh. Logika program komputer menghendaki adanya 'prompt' (menyuruh pengguna melakukan sesuatu) agar data dimasukkan; namun program ini memungkinkan data dimasukkan dengan urutan dan pada saat yang kita inginkan.

Contoh pergeseran desain formulir menjadi desain format untuk komputerisasi bisa dicontohkan pada proses penerimaan pasien. Secara manual, rumah sakit memerlukan petugas admission untuk menginterview pasien atau keluarganya untuk mendapatkan data demografi dan asuransi yang diperlukan yang kemudian diketikkan ke formulir. Kadang-kadang sebuah lembaran kertas diberikan kepada pasien untuk diisi dan datanya kemudian ditransfer ke dokumen permanen rumah sakit. Formulir admission sering terdiri dari beberapa bagian untuk dibagikan ke pos perawatan, kantor bisnis, dan bagian lain untuk memberitahu mereka bahwa ada pasien baru. Formulir itu sendiri kadang-kadang telah dibuat di tempat praktek dokter, atau dibuat oleh petugas rumah sakit melalui telepon bagi pasien yang melapor untuk dirawat melalui telepon. Formulir kertas bisa hilang, rusak, dan tulisannya bisa tidak terbaca, tidak lengkap, dan tidak tepat waktu.

Ketika proses ini pertama kali dibuat otomatis, layar komputer pada dasarnya menjadi formulir. Legibility membaik dan kemungkinan hilang atau rusak menjadi rendah. Namun rumah sakit masih tetap mengontrol entri data yang pada dasarnya mengulangi lagi pengisian formulir secara manual.

Teknologi komputer sekarang memungkinkan kantor dokter, bagian gawat darurat, dan lokasi lainnya untuk memulai proses admission secara elektronik dan memberikan data dalam format yang diinginkan oleh tempat-tempat tersebut. Suatu hari nanti pasien akan datang ke tempat dokter dengan 'smart card' yang berisi data identifikasi, asuransi dan bisa juga informasi medis sehingga data tersebut langsung masuk ke proses admission bersamaan dengan riwayat klinisnya. Tidak diperlukan formulir atau pun entry layar, atau layar di tempat admission cuma menayangkan prompt untuk data yang belum ada pada pasien tertentu. Begitu pasien telah diterima, dokter bisa menggunakan layar yang berisi menu 'pull down' untuk memilih entri atau pemetikan data yang diperlukannya; atau mouse dapat digunakan untuk menunjuk tempat ia akan menambahkan datanya sendiri. Sambil memperhatikan satu bagian data pasien, ia bisa pula melihat window yang berisi data dari bagian lain, atau malah data dari pasien lain.

Sistem seperti ini memerlukan konstruksi elemen data dengan kontrol dan 'override' (cara mengatasi persoalan kalau terjadi kemacetan). Sementara bagian admission diizinkan meng-override sebuah prompt yang memerlukan data tertentu, maka data tersebut harus diperoleh kembali kalau penting sekali. Sebuah laporan mengenai data yang tidak lengkap akan muncul pada jam tertentu – biasanya pada akhir hari -, atau pemrosesan discharge tidak bisa dilakukan tanpa adanya entri data tersebut. Dokter yang memasukkan riwayat penyakit atau hasil pemeriksaan fisik bisa diharuskan untuk berespons terhadap suatu elemen data minimum sebelum ia bisa 'exit' dari sistem. Jadi desain formulir telah bergeser tidak hanya ke format layar komputer tapi juga ke desain logika komputer.

HASIL CETAKAN

Printout ini maksudnya adalah setiap hasil kertas dari komputer, yang bisa berupa kopi data yang diperlukan, sebuah daftar isi catatan, atau laporan yang menayangkan data yang telah diolah menjadi informasi yang berguna. Pertimbangan sehubungan dengan printout mencakup distribusi dan tentunya juga kerahasiaan kopi, penyimpanan, dan desain formulir.

Karena masih banyaknya hambatan kultural, teknis, dan administrasi yang menghambat tercapainya lingkungan bebas kertas, maka lebih banyak printout yang dihasilkan dari yang semestinya diperlukan. Praktisi manajemen informasi kesehatan harus berperan aktif dalam mengembangkan kebijaksanaan untuk pencetakan, distribusi, penyimpanan dan penghancuran printout. Faktor yang harus dipertimbangkan mencakup kerahasiaan informasi di dalam

printout, tersedianya komputer terminal, tujuan printout, retensi data di dalam sistem komputer, bentuk-bentuk alternatif penyimpanan, dan tersedianya shredders (alat penghancur kertas).

Desain bentuk-bentuk printout juga merupakan faktor penting. Sementara layar komputer dapat menayangkan data dalam berbagai bentuk seperti tabel, urutan tayangan layar, dan grafik, umumnya printout tidak didesain untuk menayangkan data dengan bentuk yang persis sama. Tidak semua printout bisa berisi grafik. 'Report generator' yang memungkinkan pengguna membuat printout yang bisa diatur, juga dari data yang berasal dari berbagai database, agak memakan waktu dalam penggunaannya. Jadi, banyak di antara hasil cetakan komputer tidak di dalam format yang diinginkan sekali. Tanpa menggunakan 'report generator', maka komputer akan mencetak data tanpa margin, rules, heading atau ciri-ciri desain lainnya. Administrator Informasi Kesehatan (AIK) perlu memperhatikan bahwa program yang dapat menghasilkan laporan mencakup sedikitnya ada ciri-ciri desain.

V. KONTROL FORMULIR

Karena desain formulir bukanlah suatu proses random/acak, kontrol formulir juga tidak bisa dilakukan secara asal-asalan. Kontrol formulir dilakukan dengan mempedomani objektif-objektif berikut:

Untuk menjamin desain dan konstruksi formulir yang efisien dan integrasinya ke dalam semua fase sistem pemrosesan informasi.

Untuk mengembangkan dan mempertahankan spesifikasi yang benar untuk pembuatan dan penggunaan formulir secara ekonomis.

Untuk mendidik dan membantu petugas operasional dalam mendesain formulir mereka sendiri yang sesuai program pengontrolan formulir.

Untuk menghentikan rencana pembuatan formulir yang tidak berguna, menggabungkan formulir-formulir yang melayani keperluan yang serupa, menghilangkan formulir yang tidak diperlukan, dan untuk menciptakan formulir tambahan kalau penambahan tersebut dapat melayani sistem pemrosesan informasi lebih baik daripada formulir gabungan.

Untuk menyediakan penahan yang efektif terhadap keinginan alami petugas untuk mengubah formulir yang ada seenaknya.

Di dunia kertas, kontrol formulir mencakup inventarisasi formulir, identifikasi formulir, review dan revisi formulir (analisis formulir), dan pembelian. Di dunia elektronik, inventarisasi elemen data menggantikan inventarisasi formulir, dan logika pemrograman menggantikan identifikasi formulir. Pembelian hanya pada bentuk-bentuk tertentu dari input (misal untuk OCR dan output kertas).

INVENTARISASI FORMULIR

Kalau tidak ada program untuk mengontrol formulir kertas, maka langkah pertama dalam penerapan program ini adalah mendapatkan inventory semua formulir. Inventory ini kemudian harus dijaga supaya selalu up to date. Sebuah inventory formulir berisi file berisi riwayat formulir, dan file mengenai subjek/judul formulir.

File riwayat formulir memberikan gambaran yang komplit mengenai setiap formulir di dalam organisasi mulai dari pengembangannya sampai dengan statusnya saat ini. Mereka harus disusun sesuai dengan sistem penomoran yang digunakan untuk mengidentifikasi formulir, yang hendaknya sesederhana mungkin.

File riwayat formulir dapat dibentuk dengan membuat sebuah folder untuk setiap formulir dan dengan pengarsipan sesuai dengan nomor formulir. Setiap folder mestinya berisi hal-hal berikut:

Sebuah kopi edisi terakhir formulir dengan seluruh edisi sebelumnya.

Rancangan yang menunjukkan tingkat pengembangan formulir dan korespondensi yang terkait.

Sebuah kopi perintah yang mengesahkan penggunaan formulir tersebut.

Permintaan asli untuk persetujuan formulir dan setiap permintaan untuk revisi yang menunjukkan nama-nama semua unit yang menggunakan formulir tersebut beserta tingkat penggunaannya.

Bukti yang berhubungan dengan persetujuan akhir untuk pencetakan atau perbanyakannya dan penerbitan formulir.

Catatan semua tindakan yang dilakukan terhadap formulir, termasuk referensi silang yang merujuk ke file subjek/judul.

File riwayat formulir harus direview secara berkala dan diperbaharui. Folder yang berisi formulir yang telah dihentikan atau tidak berlaku lagi harus dikeluarkan dari semua file aktif secara berkala, ditandai sepiasnya, dan diletakkan di dalam file riwayat penghentian yang terpisah selama waktu yang ditentukan oleh jadwal penahanan catatan pada organisasi tersebut.

File subjek/judul formulir menyediakan mekanisme untuk menghubungkan formulir-formulir yang saling berkaitan. Satu kopi dari setiap formulir diklasifikasikan menurut tujuannya dan ditempatkan di dalam folder subjek/judul.

Tujuan utama file subjek/judul adalah:

Menghindarkan pembuatan formulir baru kalau formulir yang ada bisa direvisi untuk melayani kebutuhan.

Mendeteksi formulir-formulir yang mungkin perlu dihilangkan atau digabungkan dengan formulir sejenis.

Mengidentifikasi formulir yang harus dianalisa dan didesain ulang untuk penyederhanaan dan penyeragaman format, nomenklatur, urutan item, penjarakan, ukuran, dan sebagainya.

Menumbulkan penelitian terhadap formulir sehubungan dengan sistem dan prosedur yang digunakan.

File subjek/judul tidak mudah untuk dikembangkan karena banyaknya kemungkinan judul subjek yang bisa dipakai untuk beberapa formulir. Namun satu judul subjek dapat dipilih dan formulir-formulir disusun di bawah judul tersebut, menghasilkan kartu-kartu referensi silang sebanyak yang diperlukan untuk menyatukan subjek-subjek dan memudahkan pencarian formulir. Ini merupakan file kontrol terbaik untuk digunakan pada saat melakukan analisa formulir organisasi. Pemeliharaan file subjek/judul bisa dipermudah dengan menggunakan software databasa pada komputer.

IDENTIFIKASI

Kontrol formulir menghendaki agar semua formulir diidentifikasi, sebagaimana dijelaskan terdahulu. Identifikasi formulir biasanya berupa nomor yang diterbitkan secara berurutan dan memiliki prefix atau suffix berupa kode yang menunjukkan departemen atau bagian tempatnya berasal. Misalnya, baris identifikasi pada formulir pertama yang dibuat oleh

Jewish hospital of Michigan bisa terlihat sebagai berikut untuk formulir yang baru dicetak timbal-balik; sisi depan bernomor; departemen tempatnya berasal adalah Medical Record dengan nomor kode 10; dan tanggal penerbitan Januari 1990:

0001a-10 01/90 MRD Copyright 1990 JHM

Dianjurkan bahwa kalau sebuah formulir dicetak timbal-balik, atau kalau formulir terdiri dari beberapa halaman, maka nomor primer formulir (nomor urut) hendaknya memiliki huruf alfabet kecil diujungnya, misalnya “a” melambangkan pertama dan “b” melambangkan sisi di baliknya atau halaman selanjutnya, dan seterusnya.

Untuk formulir-formulir yang digunakan pada lingkungan otomatis, mungkin diperlukan untuk mengidentifikasi masing-masingnya dengan jalan memberikan nomor program komputer yang akan menerima input data. Beberapa fasilitas mungkin menginginkan identifikasi yang bisa dibaca oleh komputer, misalnya ‘bar code’ yang bisa dipindai ke dalam sistem pencitraan optis. Identifikasi yang bisa dibaca oleh komputer memungkinkan pemindai (scanner) untuk secara otomatis mengindeks jenis formulir, sehingga mempercepat proses dan menghindarkan pengindeksan formulir secara manual.

Register Kontrol Formulir penting untuk pengontrolan nomor formulir yang telah diterbitkan, sebagaimana juga untuk informasi pengidentifikasi lain. Register ini bisa dipertahankan baik secara manual atau pun oleh komputer. Register harus mencakup informasi tentang: nomor formulir, judul, ukuran formulir, tanggal penerbitan, tanggal revisi, dan departemen yang mengeluarkannya.

Penomoran secara serial merupakan bentuk lain identifikasi. Disarankan untuk menomori formulir hanya kalau diperlukan kontrol tingkat tinggi, misalnya pada formulir admission, perintah pembelian, dsb. Banyak waktu yang akan terbuang kalau nomor tidak digunakan sebagaimana mestinya. Log kontrol formulir yang khusus diperlukan untuk melacak penggunaan formulir yang dinomori secara serial.

ANALISA FORMULIR

Review dan revisi formulir berkesinambungan merupakan langkah kritis dalam kontrol formulir. Analisis formulir harus dimulai dengan **pencarian fakta**, suatu proses yang memberikan informasi komplit mengenai formulir. Karena formulir (atau bagian-bagiannya) bisa menjadi ‘obsolete’ (tidak berlaku lagi, kuno) sebelum orang yang mempersiapkannya tahu, maka penting sekali formulir direview secara teratur. Jangan review dilakukan hanya pada waktu formulir tersebut telah habis atau ketika diminta untuk perubahan.

Beberapa di antara alasan yang dapat menuntut analisis adalah:

adanya masalah operasional seperti backlogs (menumpuknya pekerjaan yang harus diselesaikan), bottlenecks, keterlambatan penyelesaian kerja yang tidak biasanya, pengulangan, atau banyaknya kesalahan;
 area-area yang disarankan oleh manajemen puncak untuk perbaikan dan mempunyai potensi penghematan;
 dan saran-saran yang dibuat oleh staf operasional.

Alasan lain kenapa manajer informasi kesehatan memperhatikan formulir yang digunakan di fasilitasnya adalah untuk persiapan komputerisasi, terutama pencitraan optis. Revisi menyeluruh formulir kertas dan pengontrolan nomornya bisa menjadi proses yang berlangsung bertahun-tahun dan sering merupakan langkah awal ke arah otomatisasi.

Proses analisis formulir bisa dibantu dengan menerbitkan kuesyener (questionnaire = daftar pertanyaan) ke semua pengguna. Kuesyener formulir itu sendiri merupakan suatu formulir pula yang berguna sebagai alat manajemen, yaitu menyediakan referensi tertulis untuk menghubungkan informasi dari berbagai bagian (terutama kalau lebih dari satu pengguna formulir atau kalau terdapat beberapa formulir yang saling berhubungan). Kuesyener bisa diisi oleh pengguna, atau digunakan oleh analis formulir sebagai pedoman melakukan interview. Perlu pula diingat, karena kuesyener itu pun merupakan formulir, ia perlu pula direview secara berkala untuk memastikan agar pertanyaan yang ada di dalamnya berhubungan dengan persyaratan baru atau metoda baru dalam pengelolaan formulir.

Sebagai tambahan pada kuesyener, sumber-sumber berikut harus diperiksa untuk mendapatkan informasi latar belakang yang berhubungan dengan formulir:

Manual, peraturan, atau petunjuk yang menguraikan tanggung jawab fungsional dan prosedur yang berhubungan dengan formulir yang dipelajari.

File Riwayat Formulir dan file Subjek/Judul Formulir

Formulirterisi lengkap yang menunjukkan bentuk-bentuk kesalahan yang dibuat pada waktu mengisi formulir

'Organizational charts' yang menunjukkan hubungan-hubungan dari departemen yang bertanggung jawab akan formulir dengan departemen lain.

Konfirmasi fakta merupakan langkah kedua dalam analisis formulir, disini fakta-fakta mengenai suatu formulir diringkaskan dan disajikan kepada pengguna-pengguna untuk pemeriksaan dan verifikasi. Misalnya, seorang pengguna mungkin menunjukkan bahwa data tertentu yang sedang dikumpulkan tidak digunakan lagi. Akan tetapi, pengguna lain, atau orang yang mengisi formulir lebih awal, mungkin memerlukan data tersebut.

Langkah berikutnya adalah menantang formulir dengan membuat pengguna memikirkan keperluan dan biaya masing-masing item. Beberapa pertanyaan yang perlu adalah: apakah

formulir ini memang perlu, apakah formulir ini memang melayani tujuan yang ditetapkan, adakah formulir lain di dalam sistem yang memiliki data yang memenuhi tujuan formulir ini, apakah formulir menghasilkan data yang berguna untuk aspek lain di dalam sistem, apa akibatnya kalau formulir ini tidak ada?

Kalau formulir diperlukan, sebuah 'flowchart' formulir (Gambar 4) bisa digunakan untuk menganalisa distribusi formulir dan/atau kopinya. Apakah semua kopi diperlukan, apakah setiap kopi melayani tujuan yang telah ditetapkan, apakah penerima setiap kopi memiliki kekuasaan untuk bertindak sesuai dengan data yang muncul di dalam kopi, dan kalau kopi ini hanya untuk tujuan informasi, bukankah lebih murah kalau penerima ini merujuk saja ke kopi permanen di arsip sentral? Sebaliknya, bisa saja kopi yang disediakan terlalu sedikit sehingga penerima harus mengeluarkan biaya ekstra untuk memfotokopinya. Apakah formulir dan semua kopinya itu diperlukan, apakah semua data diperlukan?

Sebagai tambahan pada keuntungan menyeluruh dari formulir dan kopinya, isi formulir pun harus dianalisa. Apakah setiap item melayani tujuannya yang telah ditetapkan, bagaimana akibatnya kalau data tertentu dihilangkan, bisanya item ini dikurangi atau dihilangkan?

Analisis formulir juga mencakup review spesifikasi dan elemen desain yang berhubungan dengan kertas, tinta, pelobangan, dsb. Sebuah checklist disini memiliki nilai yang sangat tinggi. Setiap fasilitas asuhan kesehatan hendaknya mengembangkan sendiri checklist mengenai pertimbangan desain formulir standard, dengan jelas menuliskan kebijaksanaan rumah sakit tentang judul, kopi, pelobangan, dsb.

Jarang sekali sebuah formulir merupakan dokumen terpisah. Ia hampir selalu merupakan satu di antara beberapa formulir yang saling tergantung. Jadi, analisis item atau penataan data kembali mungkin tidak menghasilkan pengurangan biaya sepenuhnya. Analisis multiformulir atau 'data frequency chart' (Gambar 5) bisa membantu dalam menentukan formulir mana yang harus digabungkan.

PEMBELIAN

Kontrol formulir bertujuan untuk memastikan desain formulir yang benar untuk pengumpulan data yang perlu dengan efisiensi maksimum, penghilangan formulir obsolete, penggabungan untuk meminimalkan duplikasi usaha, dan meminimalkan biaya pencetakan. Syarat utama kontrol formulir adalah aturan yang tidak bisa dilanggar dan dilindungi oleh staf administrasi dan medis. Aturan-aturan ini harus mencakup cara-cara mengontrol sumber pemesanan dan pencetakan. Bagian pembelian dan pencetakan harus bekerja dengan prinsip yang sama yaitu bahwa tidak satu pun formulir boleh dipesan, dipesan ulang, atau diubah tanpa persetujuan pimpinan komite formulir yang sesuai atau yang mewakilinya (sering merupakan

praktisi IK). Tanpa kontrol yang ketat, bisa terjadi kebingungan yang luas. Fasilitas mungkin ingin memiliki formulir khusus 'Permintaan untuk Formulir Baru atau Revisi' (Gambar 6) untuk memulai analisis formulir yang perlu untuk menciptakan atau mengubah sebuah formulir.

Untuk menyusun desain formulir, perlu diketahui jumlah formulir yang akan dipesan, karena metoda reproduksi menentukan desain formulir.

Biasanya cukup dipesan formulir untuk keperluan 6-12 bulan, tergantung pada diskon yang didapatkan dan ruangan penyimpanan yang tersedia. Kalau formulir ini merupakan subjek yang berkemungkinan menghadapi perubahan dalam waktu singkat, hendaknya dipesan suplai yang lebih sedikit. Formulir standard harus digunakan untuk penyimpanan.

Jenis formulir tertentu memerlukan waktu yang lebih lama untuk diproduksi. Hendaknya disediakan 'lead time' (waktu antara pemesanan dan pengiriman barang) yang cukup untuk memenuhi jadwal penerapan yang ditetapkan. Di bawah ini adalah periode waktu yang diperkirakan untuk reproduksi beberapa jenis formulir.:

| | |
|--|-----------------------|
| Single-part forms (sampai 11" x 17") | 2 - 3 minggu |
| Single-part forms (di atas 11" x 17") | 3 - 4 minggu |
| Tags dan amplop | 4 - 8 minggu |
| Carbon-interleaved snap-out forms | 8 - 12 minggu |
| Continuous forms | 10 - 15 minggu |

Beberapa percetakan bisa diajak untuk membuat formulir dan mengirimnya pada saat diperlukan. Metoda ini memungkinkan untuk mendapatkan biaya murah untuk setiap ribu pemesanan di saat jumlah pesanan ditambah. Perlu dipertimbangkan perencanaan untuk memastikan bahwa formulir yang dipakai secara luas mampu bertahan selama setahun atau lebih tanpa perubahan apa pun di dalam desain atau konstruksi.

W. RINGKASAN

Analisis dan kontrol formulir merupakan alat manajemen dalam komunikasi data. Apakah suatu formulir didesain secara khusus untuk sistem manual, format layar komputer, presentasi logis elemen data di lingkungan komputer, atau cetakan komputer, desain formulir adalah penting untuk memastikan pengumpulan dan penyebaran data. Walau pun kontrol formulir diperlukan terutama untuk formulir kertas, pertimbangan harus diberikan pada logika pemrograman komputer dan manajemen hasil cetakan. Desain dan kontrol formulir menghendaki adanya tujuan yang jelas dan usaha yang terkoordinir. Praktisi IK menyumbangkan keahliannya di bidang formulir di samping pengetahuannya akan arus informasi di fasilitas asuhan kesehatan untuk desain formulir yang mampu mengurangi biaya langsung sebagaimana biaya tak langsung di bidang pengelolaan dan pemrosesan. Formulir yang

didesain dengan baik merupakan kunci untuk komunikasi data yang efisien dan efektif, yang menyumbang secara langsung pada produktivitas semua anggota tim asuhan kesehatan dan akhirnya asuhan pasien.

X. PERTANYAAN

Jelaskan pernyataan komunikasi data komputer tidak 'formless' (tanpa formulir).

Tunjukkan aturan desain untuk formulir pengumpulan data.

Tunjukkan lima komponen formulir kertas.

Pertimbangan konstruksi apa yang harus dibuat untuk formulir kertas/

Uraikan evolusi formulir sehubungan dengan komputerisasi.

Apakah objektif program kontrol formulir?

Apakah komponen-komponen program kontrol formulir?

BAB 1 PENGANTAR MANAJEMEN DAN INFORMASI KESEHATAN

BAB 2 PERKEMBANGAN DAN ISI CATATAN MEDIS RUMAH SAKIT

BAB 3 CATATAN MEDIS PADA ASUHAN RAWAT JALAN

BAB 4 CATATAN KLINIS FASILITAS ASUHAN JANGKA PANJANG DAN REHABILITASI