

Standar Akreditasi Pelayanan Kesehatan (Kode: MIK 631)



**Dosen Pengampu:
SISWATI, SKM, MKM**

**Prodi Manajemen Informasi Kesehatan
Universitas Esa Unggul
2018**

MODUL 5

AKREDITASI RUMAH SAKIT DI INDONESIA

Siswati, AMd.PerKes, SKM,MKM

PENGANTAR

Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1 telah diberlakukan mulai Januari 2018 telah disosialisasikan oleh KARS. Sejak itulah setiap rumah sakit di Indonesia akan disurvei akreditasi sesuai dengan SNARS Edisi 1. Oleh karena itu setiap rumah sakit harus memenuhi standar dan elemen penilaian yang ditetapkan di SNARS. Beberapa perubahan dan penambahan standar yang dilakukan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) untuk standar akreditasi. Standar Manajemen Informasi dan Rekam Medis (MIRM) merupakan salah satu bab yang ada dalam SNARS Edisi 1. Apabila dilihat dari pengelompokan SNARS, MIRM merupakan kelompok Standar Manajemen Rumah Sakit.

Standar MIRM terdiri dari 2(dua) kelompok yaitu kelompok manajemen informasi dan kelompok manajemen rekam medis. Untuk kelompok manajemen informasi adalah standar MIRM 1 sampai dengan MIRM 7, sedangkan manajemen rekam medis adalah standar MIRM 8 sampai dengan MIRM 15. Setiap standar terdiri dari beberapa elemen penilaian (EP) yang akan dirinci pada modul ini.

Agar dapat memahami materi ini dengan baik, mahasiswa diharapkan mempelajari modul ini tidak hanya berdasarkan teks pada modul tetapi juga mempelajari contoh, mengikuti latihan yang ada. Selain itu mencoba mengerjakan tes yang diberikan sehingga dapat mengetahui seberapa jauh telah memahami. Mahasiswa juga diharapkan tidak hanya berpatokan pada modul semata, tetapi juga dapat mempelajarinya dari sumber-sumber lain seperti yang terdapat dalam daftar pustaka atau buku-buku lain yang berhubungan dengan bahasan ini.

Secara umum, tujuan dari modul ini adalah untuk menjelaskan standar nasional akreditasi rumah sakit di Indonesia. Secara khusus setelah mempelajari modul ini, Anda diharapkan dapat menjelaskan tentang:

1. Standar manajemen informasi
2. Standar manajemen rekam medis

Untuk memudahkan Anda mempelajarinya, modul ini terbagi menjadi 2(dua) topik yaitu:

Topik 1, membahas tentang standar manajemen informasi

Topik 2, membahas tentang standar manajemen rekam medis

Agar Anda berhasil menguasai materi-materi sebagaimana dikemukakan di atas, ikutilah petunjuk belajar berikut ini.

1. Baca pendahuluan dengan cermat sebelum membaca materi topik
2. Baca topik dengan cermat
3. Kerjakan latihan sesuai petunjuk/rambu-rambu yang diberikan. Jika tersedia kunci latihan, janganlah melihat kunci sebelum mengerjakan latihan !
4. Baca rangkuman, kemudian kerjakan tes secara jujur tanpa terlebih dahulu melihat kunci jawaban !
5. Laksanakan tindak lanjut sesuai dengan prestasi yang Anda peroleh dalam mempelajari setiap topik !

Jika petunjuk tersebut Anda ikuti dengan disiplin, Anda akan berhasil.

Selamat belajar !

TOPIK 1

MANAJEMEN INFORMASI

Informasi merupakan kebutuhan mendasar bagi pengguna pelayanan rumah sakit. Dalam suatu organisasi, informasi merupakan sumber daya penting selain sumber daya manusia, material dan finansial. Informasi diperlukan untuk memberikan, mengkoordinasikan dan juga mengintegrasikan pelayanan rumah sakit. Informasi meliputi pengasuhan pasien secara individual, asuhan yang diberikan dan kinerja staf klinis. Oleh karena itu, informasi merupakan sumber daya yang harus dikelola secara efektif oleh pimpinan rumah sakit seperti sumber daya manusia, material, finansial.

Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2017 mengatakan bahwa setiap rumah sakit berupaya mendapatkan, mengelola dan menggunakan informasi untuk meningkatkan/memperbaiki hasil asuhan pasien, kinerja individual, serta kinerja rumah sakit secara keseluruhan. Seiring dengan perjalanan waktu, rumah sakit harus lebih efektif dalam:

1. Mengidentifikasi kebutuhan informasi
2. Merancang suatu sistem manajemen informasi
3. Mendefinisikan serta mendapatkan data dan informasi
4. Menganalisis data dan mengolahnya menjadi informasi
5. Mengirim serta melaporkan data dan informasi
6. Mengintegrasikan dan menggunakan informasi

Manajemen informasi dapat diterapkan baik manual maupun elektronik, yang jelas tujuannya adalah meningkatkan efisiensi. Walaupun masih berbentuk kertas maupun komputerisasi dan teknologi lainnya. Standar manajemen informasi dimulai dari MIRM 1 sampai dengan MIRM 7.

MANAJEMEN INFORMASI

Standar MIRM 1
Penyelenggaraan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIM RS) harus mengacu peraturan perundangan-undangan.
Standar MIRM 1.1
Rumah sakit mengelola data dan informasi klinis serta manajerial
Maksud dan Tujuan MIRM 1 dan MIRM 1.1
Sistem informasi manajemen rumah sakit (SIM RS) adalah sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan rumah sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan, dan prosedur administrasi

untuk memperoleh informasi secara tepat serta akurat, dan merupakan bagian dari sistem informasi kesehatan.

Sistem informasi kesehatan adalah seperangkat tatanan yang meliputi data, informasi, indikator, prosedur, teknologi, perangkat, serta sumber daya manusia yang saling berkaitan dan dikelola secara terpadu untuk mengarahkan tindakan atau keputusan yang berguna dalam mendukung pembangunan kesehatan.

Rumah sakit menetapkan unit kerja yang mengelola SIMRS dan memiliki sumber daya manusia yang terdiri atas kepala unit serta staf dengan kualifikasi analisis sistem *programmer*, *hardware*, dan pemeliharaan jaringan.

Elemen Penilaian MIRM 1

1. Terdapat unit kerja yang mengelola SIMRS (R)
2. Sumber daya manusia dalam unit kerja SIMRS yang memiliki kompetensi sudah terlatih (D,W)

Elemen Penilaian MIRM 1.1

1. Terdapat regulasi tentang pengelolaan dan informasi (R)
2. Data serta informasi klinis dan manajerial diintegrasikan sesuai dengan kebutuhan untuk mendukung pengambilan keputusan (D,W)

Standar MIRM 2

Rumah sakit merencanakan dan merancang proses manajemen informasi untuk memenuhi kebutuhan informasi internal maupun eksternal.

Maksud dan Tujuan MIRM 2

Informasi dikumpulkan dan digunakan selama asuhan pasien untuk mengelola sebuah rumah sakit yang aman dan efektif. Kemampuan menerima dan memberikan informasi memerlukan perencanaan yang efektif. Perencanaan rumah sakit menggabungkan masukan dari berbagai sumber, antara lain:

- a. para profesional pemberi asuhan (PPA)
- b. para kepala bidang/divisi dan kepala unit pelayanan
- c. badan/pihak lain di luar rumah sakit yang membutuhkan data atau informasi tentang operasional dan pelayanan rumah sakit

Perencanaan juga mempertimbangkan misi rumah sakit, pelayanan yang diberikan, sumber daya, akses teknologi yang dapat dicapai dan dukungan komunikasi efektif antara pemberi pelayanan.

Permintaan terhadap data dan informasi harus selalu mengacu pada ketentuan dalam peraturan perundangan, misalnya tentang rahasia kedokteran.

Prioritas kebutuhan informasi dari sumber-sumber mempengaruhi strategi manajemen informasi rumah sakit dan kemampuan mengimplementasikan strategi tersebut, sesuai dengan ukuran rumah sakit, kompleksitas pelayanan, ketersediaan staf terlatih dan sumber daya manusia serta teknikal lainnya. Perencanaan komprehensif meliputi seluruh unit kerja dan pelayanan yang ada di rumah sakit.

Elemen Penilaian MIRM 2

1. Proses perencanaan kebutuhan informasi melibatkan a s.d. c sesuai pada maksud dan tujuan (D,W)
2. Proses perencanaan kebutuhan informasi mengacu pada peraturan perundangan - undangan (D,W)
3. Perencanaan disesuaikan dengan besar dan kompleksitas rumah sakit (D,W)

Standar MIRM3

Para profesional pemberi asuhan (PPA) dan para kepala bidang/divisi serta kepala unit pelayanan berpartisipasi dalam memilih, mengintegrasikan dan menggunakan teknologi manajemen informasi.

Maksud dan Tujuan MIRM 3

Teknologi manajemen informasi membutuhkan sumber daya yang besar sebagai investasi untuk rumah sakit. Oleh karena itu, teknologi harus secara cermat disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit saat ini dan masa depan, serta sumber dayanya.

Kebutuhan teknologi yang tersedia diintegrasikan dengan proses manajemen informasi yang ada saat ini serta membantu mengintegrasikan aktivitas seluruh unit kerja dan pelayanan rumah sakit. Proses seleksi teknologi informasi yang sesuai dengan kebutuhan rumah sakit dilakukan melalui koordinasi dan partisipasi para PPA, para kepala bidang/divisi, dan kepala unit pelayanan.

Elemen Penilaian MIRM 3

1. Dalam membangun sistem informasi rumah sakit melibatkan PPA (D,W)
2. Dalam membangun sistem informasi rumah sakit melibatkan kepala bidang/divisi dan kepala unit pelayanan (D,W)

Standar MIRM4

Sistem manajemen data dan informasi rumah sakit menyiapkan kumpulan serta menentukan data dan informasi yang secara rutin (regular) dikumpulkan sesuai dengan kebutuhan PPA, kepala bidang/divisi, kepala unit pelayanan, serta badan/pihak lain di luar rumah sakit.

Maksud dan Tujuan MIRM 4

Kumpulan data merupakan bagian penting dalam kegiatan peningkatan kinerja rumah sakit karena dapat memberikan gambaran atau profil rumah sakit selama kurun waktu tertentu dan dapat membandingkan kinerja dengan rumah sakit lain.

Kumpulan data terdiri atas:

- a. data mutu dan insiden keselamatan pasien
- b. data surveilans infeksi
- c. data kecelakaan kerja

Data tersebut membantu rumah sakit untuk mengetahui kinerja terkini dan

mengidentifikasi peluang untuk peningkatan/perbaikan.

Elemen Penilaian MIRM 4

1. RS menyediakan kumpulan data a s.d. c sesuai maksud dan tujuan yang harus tersedia untuk memenuhi kebutuhan pengguna yaitu PPA, kepala bidang/divisi, dan kepala unit pelayanan (D,W) lihat juga MFK 10
2. RS memberikan data yang dibutuhkan oleh badan/pihak lain di luar/dalam RS sesuai dengan peraturan perundang-undangan (D,W) lihat juga PMKP 6 dan TKRS 5

Standar MIRM 5

Data dianalisis diubah menjadi informasi untuk mendukung asuhan pasien, manajemen rumah sakit dan program manajemen mutu, serta pendidikan dan penelitian.

Maksud dan Tujuan MIRM 5

Rumah sakit mengumpulkan dan menganalisis data menjadi informasi untuk mendukung asuhan pasien serta manajemen rumah sakit. Informasi tersebut memberikan gambaran/profil rumah sakit selama kurun waktu tertentu dan dapat digunakan untuk membandingkan kinerja dengan rumah sakit lain. Jadi kumpulan data merupakan bagian penting dalam upaya peningkatan kinerja rumah sakit.

Secara khusus, kumpulan data terdiri atas data mutu dan insiden keselamatan pasien, data surveilans infeksi, data kecelakaan kerja, manajemen risiko, sistem manajemen utilitas, pencegahan dan pengendalian infeksi, serta tinjauan pemanfaatan/utilisasi dapat membantu rumah sakit untuk mengetahui kinerjanya terkini dan mengidentifikasi peluang untuk peningkatan /perbaikan.

Elemen Penilaian MIRM 5

1. Terdapat bukti bahwa data dianalisis diubah menjadi informasi mendukung asuhan pasien (D,W)
2. Terdapat bukti bahwa data dianalisis diubah menjadi informasi mendukung manajemen rumah sakit (D,W)
3. Terdapat bukti bahwa data dianalisis diubah menjadi informasi mendukung program manajemen mutu(D,W)
4. Terdapat bukti bahwa data dianalisis diubah menjadi informasi mendukung pendidikan dan penelitian(D,W)

Standar MIRM6

Penyampaian data dan informasi secara tepat dalam format yang memenuhi harapan pengguna dan dengan frekuensi yang dikehendaki.

Maksud dan Tujuan MIRM 6

Format dan metode penyampaian data dan informasi kepada yang menjadi sasaran dibuat agar memenuhi harapan pengguna. Strategi penyampaian meliputi:

- a. memberikan data dan informasi hanya atas permintaan dan kebutuhan pengguna

- b. membuat format laporan untuk membantu pengguna dalam proses pengambilan keputusan
- c. memberikan laporan dengan frekuensi sesuai yang dibutuhkan oleh pengguna
- d. mengaitkan sumber data dan informasi
- e. memberikan interpretasi atau klarifikasi atas data

Elemen Penilaian MIRM 6

- 1. Data dan informasi disampaikan sesuai kebutuhan pengguna (D, W)
- 2. Pengguna menerima data dan informasi dalam format yang sesuai dengan kebutuhan (D,W)
- 3. Pengguna menerima data dan informasi tepat waktu (D,W)
- 4. Staf pengolah data memiliki hak akses ke data dan informasi yang dibutuhkan sesuai dengan tanggungjawabnya (D,S)

Standar MIRM7

Rumah sakit mendukung asuhan pasien, pendidikan, serta riset dan manajemen melalui penyediaan informasi yang tepat waktu dari sumber data terkini.

Maksud dan Tujuan MIRM 7

PPA, peneliti, pendidik, kepala bidang/divisi, dan kepala unit pelayanan sering kali membutuhkan informasi untuk membantu mereka dalam melaksanakan tanggung jawab.

Informasi demikian termasuk literatur ilmiah dan manajemen, panduan praktik klinis, hasil penelitian, metode pendidikan. Internet, materi cetakan di perpustakaan, sumber pencarian daring (*on-line*) dan materi pribadi yang semuanya merupakan sumber yang bernilai sebagai informasi terkini.

Elemen Penilaian MIRM 7

- 1. RS menyediakan fasilitas untuk mendapatkan informasi ilmiah terkini dan informasi lain secara tepat waktu untuk mendukung asuhan pasien (D,O,W)
- 2. RS menyediakan fasilitas untuk mendapatkan informasi ilmiah terkini dan informasi lain secara tepat waktu untuk mendukung pendidikan klinik (D,O,W)
- 3. RS menyediakan fasilitas untuk mendapatkan informasi ilmiah terkini dan informasi lain secara tepat waktu untuk mendukung penelitian (D,O,W)

RS menyediakan fasilitas internet untuk mendapatkan informasi ilmiah terkini dan informasi lain secara tepat waktu untuk mendukung manajemen (D,O,W)

TOPIK 2

MANAJEMEN REKAM MEDIS

Rekam medis merupakan berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan dan tindakan lainnya selama pasien di rumah sakit maupun fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Rekam medis merupakan dokumen milik fasilitas pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit. Sebagai bukti pemeriksaan, pengobatan dan perawatan serta tindakan lainnya, selama pasien mendapat asuhan di rumah sakit. Informasi rumah sakit terkait asuhan pasien sangat penting untuk komunikasi antar staf klinis yang didokumentasikan dalam rekam medis.

Penyelenggaraan rekam medis merupakan proses kegiatan yang dimulai dari pendaftaran pasien, pengumpulan data kesehatan pasien, pengolahan data hingga menjadi informasi yang berguna sebagai dasar pengambilan keputusan. Rangkaian kegiatannya terdiri dari sistem-sistem yang satu sama lain saling terkait dari sistem pendaftaran pasien sampai penyimpanan rekam medis. Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2017 menyatakan rekam medis memiliki aspek-aspek yang sangat penting, yaitu:

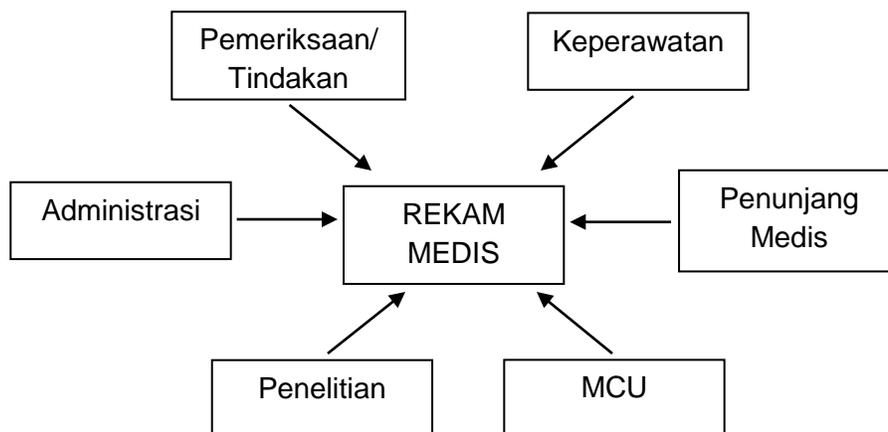
1. Aspek administrasi, karena isi rekam medis menyangkut tindakan berdasarkan atas wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga kesehatan profesional pemberi asuhan (PPA) dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.
2. Aspek medis, karena isinya catatan/rekaman tersebut dipergunakan sebagai dasar merencanakan pengobatan/asuhan yang harus diberikan kepada seorang pasien.
3. Aspek hukum, karena isinya menyangkut masalah jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan dalam rangka upaya menegakkan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.
4. Aspek keuangan, karena isinya mengandung data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai dasar pembiayaan.
5. Aspek penelitian, karena isinya menyangkut data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai dasar penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.
6. Aspek pendidikan, karena isinya menyangkut data/informasi perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medik yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan referensi pengajaran di bidang kesehatan.
7. Aspek dokumentasi, karena menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban serta laporan rumah sakit.

Rekam medis memiliki kegunaan sebagai berikut:

1. Alat komunikasi antar profesional pemberi asuhan (PPA) yang memberikan asuhan pasien (*communication*)
2. Dasar dalam perhitungan biaya pelayanan kepada pasien (*Financial billing*)
3. Penyedia data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan (*research and education*)
4. Dasar untuk merencanakan asuhan yang harus diberikan kepada pasien (*assessment*)
5. Bahan yang berguna untuk analisis, penelitian, dan evaluasi kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien (*audit klinis*)
6. Sumber ingatan yang harus didokumentasikan serta sebagai bahan pertanggung jawaban dan pelaporan
7. Bukti tertulis/terekam atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit, dan pengobatan selama pasien berkunjung/dirawat di rumah sakit
8. Pelindung kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit, maupun profesional pemberi asuhan (*legal documentation*).

Pada gambar di bawah ini, rekam medis berada di posisi sentral sebagai pusat data dan informasi dari berbagai pelayanan yang diberikan selama pasien mendapat pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Gambar 1: Rekam medis sebagai pusat data dan informasi kesehatan pasien



MANAJEMEN REKAM MEDIS

Standar MIRM 8

Rumah sakit menyelenggarakan pengelolaan rekam medis terkait asuhan pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan

Maksud dan Tujuan MIRM 8

Penyelenggaraan rekam medis merupakan proses kegiatan yang dimulai sejak saat pasien diterima rumah sakit, dilakukan pencatatan data medis, selama pasien mendapat asuhan medis, keperawatan, dan PPA lainnya. Kegiatan dilanjutkan dengan penanganan rekam medis yang meliputi penyimpanan dan penggunaan untuk kepentingan sendiri atau kepentingan lainnya.

Rumah sakit menetapkan organisasi yang mengelola sistem rekam medis yang tepat, benar, bernilai dan dapat dipertanggungjawabkan. Informasi kesehatan baik kertas maupun elektronik harus dijaga keamanan dan kerahasiaannya sehingga harus disimpan sesuai dengan peraturan dan perundangan. Untuk informasi kesehatan elektronik harus dijamin keamanan dan kerahasiaan dalam 3(tiga) tempat yaitu server di dalam rumah sakit, salinan (backup) data rutin, dan data virtual (*cloud*).

Elemen Penilaian MIRM 8

1. Terdapat unit kerja yang mengelola rekam medis yang memiliki regulasi dan program untuk mengelola rekam medis sesuai peraturan perundang-undangan (R)
2. Organisasi pengelola rekam medis dipimpin tenaga rekam medis yang memiliki kompetensi dan kewenangan mengelola rekam medis sesuai peraturan perundangan (D,W)
3. Tersedia tempat penyimpanan rekam medis yang menjamin keamanan dan kerahasiaan rekam medis (D,O,W)

Standar MIRM 9

Setiap pasien memiliki rekam medis yang formatnya selalu diperbaharui (terkini)

Maksud dan Tujuan MIRM 9

Setiap pasien memiliki rekam medis, baik dalam bentuk kertas maupun elektronik yang merupakan sumber informasi utama mengenai proses asuhan dan perkembangan pasien sehingga menjadi media komunikasi yang penting. Oleh karena itu, berkas rekam medis dievaluasi dan diperbaharui sesuai dengan kebutuhan dan secara periodik.

Agar informasi ini berguna dan mendukung asuhan pasien secara berkelanjutan maka rekam medis harus tersedia selama asuhan pasien rawat inap, rawat jalan dan setiap saat dibutuhkan, serta dijaga untuk selalu mencatat perkembangan pasien terkini. Catatan medis, keperawatan dan catatan PPA lainnya tersedia untuk semua tenaga kesehatan yang memberikan asuhan kepada pasien terkait. Rumah sakit mempunyai regulasi yang menetapkan tenaga kesehatan yang mempunyai akses ke berkas rekam medis pasien untuk menjamin kerahasiaan informasi pasien. Sebagai contoh pasien rawat jalan yang memerlukan riwayat sebelumnya dirawat inap atau sebaliknya.

Elemen Penilaian MIRM 9

1. Terdapat regulasi yg menetapkan tenaga kesehatan yang mempunyai hak akses pada rekam medis (R)
2. Rekam medis tersedia bagi semua PPA sesuai dengan regulasi rumah sakit (D,O) lihat juga AP 1
3. Terdapat bukti bahwa formulir rekam medis dievaluasi dan diperbaharui (terkini) sesuai kebutuhan secara periodik (D,O,W)
4. Rekam medis pasien terisi lengkap dan dengan tulisan yang dapat dibaca (D,O)

Standar MIRM 10

Rumah sakit mempunyai regulasi tentang retensi rekam medis

Maksud dan Tujuan MIRM 10

Rumah sakit mempunyai regulasi menentukan jangka waktu retensi rekam medis, data, dan informasi lainnya terkait pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan untuk mendukung asuhan pasien, manajemen, dokumentasi yang sah secara hukum, serta pendidikan dan penelitian.

Untuk rekam medis dalam bentuk kertas dilakukan pemilahan rekam medis aktif dan rekam medis yang tidak aktif serta disimpan secara terpisah. Penentuan jangka waktu retensi berkas rekam medis ditentukan atas dasar kegunaan tiap-tiap berkas rekam medis yang konsisten dengan kerahasiaan dan keabsahan informasi. Bila jangka waktu retensi sudah habis maka rekam medis, serta data dan informasi yang terkait dengan pasien dimusnahkan sesuai dengan peraturan perundangan-undangan.

Elemen Penilaian MIRM 10

1. Terdapat regulasi tentang jangka waktu penyimpanan berkas rekam medis pasien, serta data dan informasi lainnya terkait dengan pasien (R)
2. Dalam rentang waktu penyimpanan berkas rekam medis, rumah sakit menjamin keamanan dan kerahasiaan rekam medis (O,W)
3. Dokumen, serta data dan informasi dalam bentuk berkas dimusnahkan setelah melampaui periode waktu penyimpanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan (D,W)

Standar MIRM 11

Berkas rekam medis dilindungi dari kehilangan, kerusakan, gangguan, serta akses dan penggunaan yang tidak berhak.

Maksud dan Tujuan MIRM 11

Rekam medis pasien dan data serta informasi lain terkait pasien harus dijaga dan dilindungi sepanjang waktu. Sebagai contoh, rekam medis pasien yang aktif disimpan di area yang hanya tenaga kesehatan mempunyai otorisasi untuk akses.

Dokumen disimpan di lokasi yang terhindar dari air, api, panas dan kerusakan lainnya. Di rumah sakit yang menyimpan rekam medis secara elektronik terdapat regulasi untuk mencegah akses mempergunakan rekam medis tanpa izin dan melaksanakan proses pencegahan penggunaan yang tidak berhak.

Elemen Penilaian MIRM 11

1. Terdapat regulasi yang ditetapkan untuk mencegah akses penggunaan rekam medis bentuk kertas dan atau elektronik tanpa izin. (R)
2. Rekam medis dalam bentuk kertas dan atau elektronik dilindungi dari kehilangan dan kerusakan (O,W)
3. Rekam medis dalam bentuk kertas dan atau elektronik dilindungi dari gangguan dan akses serta penggunaan yang tidak sah (D,S,W)
4. Ruang dan tempat penyimpanan berkas rekam medis menjamin perlindungan terhadap akses dari yang tidak berhak (O,W)

Standar MIRM 12

Rumah sakit menetapkan standar kode diagnosis, kode prosedur/tindakan, simbol, singkatan dan artinya.

Maksud dan Tujuan MIRM 12

Terminologi, arti, kamus, serta nomenklatur memudahkan untuk membandingkan data dan informasi di dalam rumah sakit dan membandingkan antar rumah sakit. Standardisasi berguna untuk mencegah terjadi salah komunikasi dan potensi kesalahan. Penggunaan secara seragam kode diagnosis dan prosedur memudahkan pengumpulan data serta analisisnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Singkatan dapat menjadi masalah dan mungkin berbahaya, terutama berkaitan dengan penulisan resep obat. Sebagai tambahan, jika satu singkatan dipakai untuk bermacam-macam istilah medik akan terjadi kebingungan dan dapat menghasilkan kesalahan medik. Singkatan dan simbol juga digunakan termasuk daftar "jangan digunakan" (do-not-use). Ketentuan ini harus sesuai dengan standar lokal dan nasional yang diakui.

Elemen Penilaian MIRM 12

1. Terdapat regulasi standardisasi kode diagnosis, kode prosedur/tindakan, definisi, simbol yang digunakan dan yang tidak boleh digunakan, singkatan yang digunakan dan yang tidak boleh digunakan, serta dimonitor pelaksanaannya (R)
2. Ketentuan tersebut dilaksanakan dan dievaluasi (D,W)

Standar MIRM 13

Rumah sakit menyediakan rekam medis untuk setiap pasien.

Maksud dan Tujuan MIRM 13

Setiap pasien yang menjalani asuhan dan pelayanan yang terdiri atas hasil asesmen, rencana asuhan, dan perkembangan kondisi pasien, baik sebagai pasien rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat, serta pasien yang datang untuk pemeriksaan penunjang harus mempunyai rekam medis.

Setiap pasien memiliki satu nomor rekam medis dan pengaturan urutan berkas rekam medis untuk memudahkan menemukan rekam medis pasien serta mendokumentasikan pelayanan pasien setiap saat/sewaktu-waktu.

Elemen Penilaian MIRM 13

1. Terdapat regulasi bahwa setiap pasien memiliki rekam medis dengan satu nomor rekam medis sesuai dengan sistem penomoran unit, pengaturan urutan berkas rekam medis, baik untuk rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, dan pemeriksaan panunjang (R)
2. Rekam medis digunakan untuk mencatat hasil asesmen, rencana asuhan dan perkembangan kondisi pasien (D,O)
3. Ada bukti rekam medis pasien menggunakan satu unit penomoran rekam medis untuk setiap pasien (D,W,O)
4. Rekam medis pasien tersedia untuk rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, dan pemeriksaan panunjang (D,O)
5. Berkas rekam medis pasien tersusun sesuai regulasi (D,O) lihat juga AP

Standar MIRM 13.1

Rekam medis pasien memuat informasi yang memadai untuk mengidentifikasi pasien, mendukung diagnosis, justifikasi pengobatan, dokumen pemeriksaan dan hasil pengobatan, serta meningkatkan kesinambungan asuhan di antara PPA termasuk manajer pelayanan pasien (MPP).

Maksud dan Tujuan MIRM 13.1

Rumah sakit menetapkan data dan informasi spesifik yang dicatat dalam rekam medis setiap pasien yang dilakukan asesmen atau diobati oleh PPA, baik sebagai pasien rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat.

Rekam medis memuat informasi yang memadai untuk mengidentifikasi pasien, mendukung diagnosis, justifikasi/dasar pembenaran pengobatan, mendokumentasikan pemeriksaan dan hasil pengobatan, serta meningkatkan kesinambungan pelayanan antara PPA.

Format dan isi rekam medis pasien sesuai standar yang terintegrasi dan kesinambungan asuhan antar PPA termasuk untuk manajer pelayanan pasien (MPP).

Elemen Penilaian MIRM 13.1

1. Terdapat regulasi tentang isi spesifik dari rekam medis pasien yang ditentukan oleh rumah sakit untuk kesinambungan asuhan oleh PPA (R)
2. Rekam medis berisi informasi yang memadai untuk mengidentifikasi pasien (D,O)
3. Rekam medis berisi informasi yang memadai untuk mendukung diagnosis (D,O)
4. Rekam medis berisi informasi yang memadai untuk memberi justifikasi asuhan dan pengobatan (D,O)
5. Rekam medis berisi informasi yang memadai untuk mendokumentasikan pemberian dan hasil pengobatan (D,O)
6. Aktivitas MPP dicatat dalam rekam medis (D,O,W)

Standar MIRM 13.1.1

Rekam medis setiap pasien gawat darurat memuat jam kedatangan, ringkasan kondisi pasien saat keluar dari gawat darurat, dan instruksi tindak lanjut asuhan.

Maksud dan Tujuan MIRM 13.1.1

Rekam medis pasien gawat darurat memuat waktu kedatangan dan keluar unit pelayanan gawat darurat. Informasi ini berlaku bagi semua pasien yang keluar dari rumah sakit maupun yang dipindahkan ke unit lain atau ke unit rawat inap.

Saat keluar dari gawat darurat diartikan pasien secara fisik keluar meninggalkan unit gawat darurat., dapat pulang ke rumah atau dipindahkan ke unit lain atau unit rawat inap atau dirujuk ke rumah sakit lain. Rekam medis juga memuat simpulan pada saat asuhan pasien selesai, kondisi pasien saat pindah atau dipulangkan, dan instruksi yang diberikan sebagai tindak lanjut pelayanan.

Elemen Penilaian MIRM 13.1.1

1. Terdapat regulasi tentang rekam medis gawat darurat yang memuat waktu kedatangan dan keluar pasien, ringkasan kondisi pasien saat keluar dari gawat darurat, dan instruksi tindak lanjut asuhan (R)
2. Rekam medis gawat darurat memuat waktu kedatangan dan keluar pasien dari unit pelayanan gawat darurat (D,O)
3. Rekam medis gawat darurat memuat ringkasan kondisi pasien saat keluar dari unit pelayanan gawat darurat (D,O)
4. Rekam medis gawat darurat memuat insruksi tindak lanjut asuhan D,O)

Standar MIRM 13.2

Regulasi rumah sakit mengidentifikasi mereka yang berhak untuk mengisi rekam medis pasien serta menentukan isi rekam medis dan format rekam medis.

Maksud dan Tujuan MIRM 13.2

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk mengidentifikasi individu yang berhak memperoleh hak akses dan mengisi (memasukkan catatan) ke dalam rekam medis pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Hal ini penting untuk menjaga keamanan informasi pasien. Proses yang efektif menentukan :

1. Individu yang mempunyai hak akses ke informasi dalam rekam medis
2. Jenis informasi yang dapat diakses
3. Kewajiban pengguna untuk menjaga kerahasiaan informasi
4. Proses yang dijalankan ketika kerahasiaan dan keamanan dilanggar

Rumah sakit menetapkan format dan isi rekam medis yang terstandarisasi guna membantu meningkatkan integrasi dan kesinambungan pelayanan di antara PPA dalam asuhan pasien, disamping itu ditetapkan juga proses pengisian dan koreksi/pembetulan.

Elemen Penilaian MIRM 13.2

1. Terdapat regulasi yang menetapkan individu yang berwenang mengisi rekam medis

<p>dan memahami cara melakukan koreksi (R)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Terdapat bukti yang mengisi rekam medis gawat hanya individu yang mendapat otoritas untuk mengisi rekam medis (D,W) 3. Terdapat bukti individu yang berwenang mengisi rekam medis dan memahami cara melakukan koreksi (W,O).

<p>Standar MIRM 13.3</p> <p>Setiap PPA yang mengisi rekam medis menulis identitas setelah catatan dibuat.</p>
<p>Maksud dan Tujuan MIRM 13.3</p> <p>Terdapat proses untuk menjamin bahwa hanya PPA yang diberi kewenangan yang mengisi rekam medis pasien dan bahwa setiap pengisian ditulis tanggal dan jam, serta identifikasi PPA berupa nama jelas dan tanda tangan/paraf.</p>
<p>Elemen Penilaian MIRM 13.3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pada setiap pengisian rekam medis dapat diidentifikasi dengan jelas PPA yang mengisi (D,O) 2. Tanggal dan jam pengisian rekam medis dapat diidentifikasi (D,O)

<p>Standar MIRM 13.4</p> <p>Dalam upaya perbaikan kinerja, rumah sakit secara teratur melakukan evaluasi atau <i>review</i> rekam medis</p>
<p>Maksud dan Tujuan MIRM 13.4</p> <p>Setiap rumah sakit sudah menetapkan isi dan format rekam medis pasien dan mempunyai proses untuk melakukan asesmen terhadap isi dan kelengkapan berkas rekam medis. Proses tersebut merupakan bagian dari kegiatan peningkatan kinerja rumah sakit yang dilaksanakan secara berkala.</p> <p><i>Review</i> rekam medis berdasar atas sampel yang mewakili PPA yang memberikan pelayanan dan jenis pelayanan yang diberikan. Proses <i>review</i> melibatkan staf medis, keperawatan, serta PPA lainnya yang relevan dan mempunyai otorisasi untuk mengisi rekam medis pasien. (lihat juga PMKP 4.1). <i>Review</i> berfokus pada ketepatan waktu, kelengkapan, dapat terbaca, keabsahan, dan lain-lain dari rekam medis serta informasi klinis. Isi rekam medis yang dipersyaratkan oleh peraturan dan perundang-undangan dimasukkan ke dalam proses <i>review</i> rekam medis. <i>Review</i> rekam medis di rumah sakit tersebut termasuk rekam medis pasien yang saat ini sedang dalam perawatan dan pasien yang sudah pulang. Hasil <i>review</i> dilaporkan secara berkala kepada pimpinan rumah sakit.</p>
<p>Elemen Penilaian MIRM 13.4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rumah sakit menetapkan individu atau tim yang melakukan <i>review</i> rekam medis secara berkala (R) 2. Rekam medis pasien di- <i>review</i> secara berkala (D,W) 3. <i>Review</i> menggunakan sampel yang mewakili (D,W)

4. Fokus *review* adalah pada ketepatan waktu, keterbacaan, dan kelengkapan rekam medis (D,W)
5. Proses *review* termasuk isi rekam medis harus sesuai dengan peraturan dan perundangan-undangan (D,W)
6. Proses *review* termasuk rekam medis pasien yang masih dirawat dan pasien yang sudah pulang (D,W)
7. Hasil *review* dilaporkan ke direktur rumah sakit (D,W)

Standar MIRM 14

Kerahasiaan dan privasi informasi dijaga

Maksud dan Tujuan MIRM 14

Rumah sakit menjaga privasi dan kerahasiaan data serta informasi secara khusus dalam menjaga data dan informasi yang bersifat sensitif. Keseimbangan antara berbagi data dan kerahasiaannya diatur, termasuk data yang dapat diakses oleh pasien. Rumah sakit menetapkan tingkat privasi dan kerahasiaan yang dijaga untuk kategori beragam informasi (misalnya rekam medis pasien, data riset, dan lainnya)

Elemen Penilaian MIRM 14

1. Terdapat regulasi mengenai privasi dan kerahasiaan informasi terkait data pasien dan hak akses terhadap isi rekam medis berdasar atas peraturan perundang-undangan (R)
2. Terdapat bukti regulasi dilaksanakan (D,W)
3. Kepatuhan pelaksanaan regulasi dimonitor (D,W)

Standar MIRM 15

Ringkasan pasien pulang (*discharge summary*) dibuat untuk semua pasien rawat inap

Maksud dan Tujuan MIRM 15

Ringkasan pasien pulang (*discharge summary*) memberikan gambaran tentang pasien yang tinggal di rumah sakit. Ringkasan dapat digunakan oleh praktisi yang bertanggung jawab memberikan tindak lanjut asuhan. Ringkasan memuat hal:

1. Indikasi pasien masuk dirawat, diagnosis, dan komorbiditas lain
2. Temuan fisik penting dan temuan-temuan lainnya
3. Tindakan diagnostik dan prosedur terapi yang telah dikerjakan
4. Obat yang diberikan selama dirawat inap dengan potensi akibat efek residual setelah obat tidak diteruskan dan semua obat yang harus digunakan di rumah
5. Kondisi pasien (*status present*)
6. Ringkasan memuat instruksi tindak lanjut
7. Ringkasan pasien pulang dijelaskan dan ditandatangani oleh pasien/keluarganya

Elemen Penilaian MIRM 15

1. Ringkasan pulang memuat riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan diagnostik (D,W)
2. Ringkasan pulang memuat indikasi pasien masuk dirawat, diagnosis, dan komorbiditas lain (D,W)
3. Ringkasan pulang memuat prosedur terapi dan tindakan yang telah dikerjakan (D,W)
4. Ringkasan pulang memuat obat yang diberikan, termasuk obat setelah pasien keluar rumah sakit (D,W)
5. Ringkasan pulang memuat kondisi kesehatan pasien (*status present*) saat akan keluar rumah sakit (D,W)
6. Ringkasan pulang memuat instruksi tindak lanjut, serta dijelaskan dan ditandatangani oleh pasien/keluarganya (D,W)

LATIHAN

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

- 1) Penyelenggaraan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIM RS) harus mengacu peraturan perundangan-undangan. Sebutkan peraturan perundang-undangan apakah yang terkait dengan SIM RS ?
- 2) Sebutkan profesi apa saja yang dimaksud dengan profesional pemberi asuhan (PPA) pada standar MIRM ?
- 3) Sebutkan siapa sajakah yang terlibat dalam proses seleksi teknologi informasi yang sesuai dengan kebutuhan rumah sakit ?
- 4) Sebutkan 3 (tiga) tempat untuk menjamin keamanan dan kerahasiaan informasi kesehatan elektronik ?
- 5) Sebutkan apa saja isi rekam medis pasien gawat darurat yang Saudara ketahui ?

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Baca standar MIRM 1
- 2) Baca standar MIRM 3
- 3) Baca standar MIRM 3
- 4) Baca standar MIRM 8
- 5) Baca standar MIRM 13.1.1

RINGKASAN

- 1) Dalam standar nasional akreditasi rumah sakit (SNARS) Edisi 1, manajemen informasi dan rekam medis (MIRM) dibagi menjadi kelompok manajemen informasi yaitu standar 1 sampai dengan 7 dan manajemen rekam medis standar 8 sampai dengan 15.
- 2) Manajemen informasi rumah sakit dapat berbasis kertas maupun elektronik. Prinsipnya adalah meningkatkan efisiensi untuk komunikasi antar staf klinis dan PPA lainnya dalam asuhan pasien.
- 3) Penyelenggaraan rekam medis merupakan proses kegiatan yang dimulai dari pendaftaran pasien, pengumpulan data kesehatan pasien, pengolahan data hingga menjadi informasi yang berguna sebagai dasar pengambilan keputusan. Rangkaian kegiatannya terdiri dari sistem-sistem yang satu sama lain saling terkait dari sistem pendaftaran pasien sampai penyimpanan rekam medis.
- 4) Pada manajemen rekam medis ditetapkan standar pengelolaan rekam medis pasien di rumah sakit baik rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat sejak pasien masuk sampai keluar rumah sakit.

TES

1. Setiap pasien berhak mendapat penjelasan tentang riwayat kesehatannya secara singkat selama di rumah sakit. Kapan ringkasan riwayat kesehatan diberikan kepada setiap pasien rawat inap ?
 - A. Saat pasien di pendaftaran
 - B. Saat pasien masih dirawat
 - C. Saat pasien pulang rawat
 - D. Saat pasien akan pulang
2. Pada standar MIRM 8 ditetapkan bahwa organisasi pengelola rekam medis dipimpin tenaga rekam medis yang memiliki kompetensi dan kewenangan mengelola rekam medis sesuai peraturan perundangan. Dokumen apakah yang dapat ditunjukkan sebagai bukti ?
 - A. Surat Registrasi
 - B. Surat Tanda Lulus
 - C. Surat Tanda Registrasi
 - D. Surat Pengangkatan Pegawai
3. Pada standar MIRM 13 tertulis adanya regulasi bahwa setiap pasien memiliki rekam medis dengan satu nomor rekam medis sesuai dengan sistem penomoran unit, pengaturan urutan berkas rekam medis, baik untuk rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, dan pemeriksaan penunjang. Dokumen apakah yang dapat ditunjukkan sebagai bukti ?
 - A. Pedoman Pelayanan
 - B. Pedoman Pengorganisasian
 - C. Pedoman Pendaftaran Pasien
 - D. Pedoman Pelayanan rekam medis
4. Pada standar MIRM 14 tertulis adanya regulasi mengenai privasi dan kerahasiaan informasi terkait data pasien dan hak akses terhadap isi rekam medis berdasar atas peraturan perundang-undangan. Peraturan manakah yang menetapkan tentang hak akses terhadap isi rekam medis ?
 - A. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.269 tahun 2009
 - B. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.269 tahun 2008
 - C. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.269 tahun 2007
 - D. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.269 tahun 2006
5. Pada standar MIRM 14 tertulis adanya regulasi mengenai privasi dan kerahasiaan informasi terkait data pasien dan hak akses terhadap isi rekam medis berdasar atas peraturan perundang-undangan. Apa bukti bahwa regulasi tersebut dilaksanakan ?
 - A. Ruang penyimpanan rekam medis terkunci

- B. Hanya petugas penyimpanan rekam medis yang diberi wewenang masuk ruang penyimpanan.
- C. Ruang penyimpanan rekam medis terkunci dan hanya petugas rekam medis yang diberi wewenang masuk.
- D. Ruang penyimpanan rekam medis terkunci dan hanya petugas penyimpanan rekam medis yang diberi wewenang masuk.

KEPUSTAKAAN:

Undang-Undang RI No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, Bandung: Citra Umbara.

Undang-Undang RI No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, Bandung: Citra Umbara.

Kementerian Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 147 Tahun 2010 Tentang Perizinan Rumah Sakit

Kementerian Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 340 Tahun 2010 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit

Kerjasama Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Dengan Komisi Akreditasi Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit, September 2011

Kementerian Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 34 Tahun 2017 Tentang Akreditasi Rumah Sakit

Kementerian Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien

Komisi Akreditasi Rumah Sakit, Dokumen Rekam Medis Dalam Konteks Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012, Edisi 1 Tahun 2016

Kementerian Kesehatan RI, Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit, Edisi 1 Tahun 2017