

# **Standar Akreditasi Pelayanan Kesehatan (Kode: MIK 631)**



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

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

## **MODUL 8 AKREDITASI RUMAH SAKIT DI INDONESIA**

Siswati, AMd.PerKes, SKM,MKM

### **PENGANTAR**

Setelah pada modul terdahulu dibahas tentang standar manajemen informasi dan rekam medis secara garis besar, pada modul ini akan dibahas bagaimana implementasi dari pemenuhan elemen penilaian khususnya pada standar MIRM 8 sampai dengan 15. Setiap standar terdiri dari beberapa elemen penilaian. Elemen penilaian ini menjadi acuan rumah sakit untuk memenuhi regulasi, dokumen dan bukti lainnya yang harus disiapkan.

Standar manajemen rekam medis yang ditetapkan pada Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1 terdiri dari standar 8 sampai dengan 15 yang terdiri dari 52 elemen penilaian. Seperti ditulis pada SNARS bahwa rekam medis adalah bukti tertulis baik kertas maupun elektronik yang merekam berbagai informasi kesehatan pasien seperti temuan hasil asesmen, rencana asuhan, rincian pelaksanaan asuhan dan pengobatan, catatan perkembangan pasien terintegrasi, serta ringkasan kepulangan pasien yang dibuat oleh profesional pemberi asuhan (PPA). Dengan pengertian tersebut sudah jelas bahwa manajemen rekam medis dalam standar ini adalah bagaimana mengelola rekam medis dan informasi kesehatan sejak pendaftaran, selama pasien mendapat pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan hingga pasien pulang, rawat jalan maupun gawat darurat.

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 isi standar nasional akreditasi rumah sakit di Indonesia. Secara khusus setelah mempelajari modul ini, Anda diharapkan dapat mempersiapkan baik regulasi, dokumen dan persyaratan lainnya sesuai elemen penilaian pada 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 !

## MANAJEMEN REKAM MEDIS

Seperti ditulis dalam buku instrumen survei Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1, 2018 bahwa akreditasi rumah sakit merupakan proses kegiatan peningkatan mutu pelayanan yang dilakukan secara berkesinambungan oleh rumah sakit. Untuk menilai kepatuhan rumah sakit terhadap SNARS, KARS menggunakan instrumen survei. Instrumen survei terdiri dari standar, maksud dan tujuan, elemen penilaian (EP), telusur dan skor. Elemen penilaian (EP) dari suatu standar akan menuntun rumah sakit dan surveior terhadap apa yang akan ditinjau dan dinilai selama proses survei. EP untuk setiap standar menunjukkan ketentuan untuk kepatuhan terhadap standar tersebut. EP ditujukan untuk memberikan kejelasan pada standar dan membantu rumah sakit untuk memenuhi sepenuhnya ketentuan yang ada, untuk membantu mengedukasi pimpinan, dan tenaga kesehatan mengenai standar yang ada serta untuk memandu rumah sakit dalam persiapan proses akreditasi.

Tujuan disusunnya instrumen survei ada 2(dua) yaitu bagi surveior dan bagi rumah sakit.

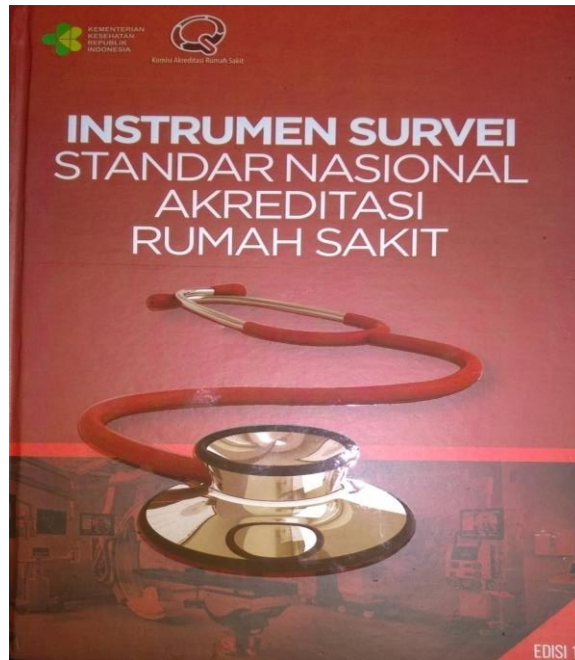
Bagi surveyor :

1. Sebagai acuan dalam melakukan telaah regulasi pada waktu survei
2. Sebagai acuan dalam melakukan telaah dokumen bukti pelaksanaan kegiatan pada waktu survei
3. Sebagai acuan dalam melakukan wawancara, observasi, dan meminta staf rumah sakit melakukan simulasi
4. Sebagai panduan dalam memberikan skor dan nilai

Bagi rumah sakit :

1. Sebagai acuan dalam menyusun regulasi yang diwajibkan oleh akreditasi
2. Sebagai acuan dalam melaksanakan kegiatan dan dokumentasinya
3. Sebagai acuan dalam melatih staf terkait dengan standar, dan elemen penilaian dalam SNARS.

Gambar 1: Buku Instrumen Survei



Dalam modul ini akan ditampilkan standar MIRM 8 sampai dengan 15 dan elemen penilaian yang harus dipenuhi dengan instrumen survei menurut KARS, 2018 yang digunakan sebagai panduan dalam mempersiapkan regulasi, dokumen dan bukti lainnya.

<b>Standar MIRM 8</b>					
Rumah sakit menyelenggarakan pengelolaan rekam medis terkait asuhan pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan					
<b>Maksud dan Tujuan MIRM 8: lihat SNARS 1</b>					
<b>Elemen Penilaian MIRM 8</b>	<b>Telusur</b>			<b>Skor</b>	
1. Terdapat unit kerja yang mengelola rekam medis yang memiliki regulasi dan program untuk mengelola rekam medis sesuai peraturan perundang-undangan (R)	<b>R</b>	Penetapan unit kerja yang mengelola RM meliputi:	<b>10</b>	<b>TL</b>	
		1) Pedoman pengorganisasian	-	-	
		2) Pedoman pelayanan RM:	<b>0</b>	<b>TT</b>	
		a. Tenaga kesehatan punya akses ke RM (MIRM 9), termasuk upaya mencegah akses bagi yang tidak berhak (MIRM 11)			
		b. Standar kode diagnosis, kode tindakan, definisi, simbol dan singkatan (MIRM 12)			
2. Organisasi pengelola rekam medis dipimpin tenaga rekam medis yang memiliki kompetensi dan kewenangan mengelola rekam medis sesuai peraturan perundangan (D,W)	<b>D</b>	Bukti penetapan pimpinan unit rekam medis	<b>10</b>	<b>TL</b>	
			-	-	
	<b>W</b>	Kepala unit rekam medis	<b>0</b>	<b>TT</b>	
3. Tersedia tempat penyimpanan rekam medis yang menjamin keamanan dan kerahasiaan rekam medis (D,O,W)	<b>D</b>	Bukti daftar inventaris sarana dan prasarana ruang penyimpanan rekam medis	<b>10</b>	<b>TL</b>	
			<b>5</b>	<b>TS</b>	
			<b>0</b>	<b>TT</b>	

	<b>O</b>	Lihat ruang penyimpanan rekam medis		
	<b>W</b>	Staf rekam medis		

<b>Standar MIRM 9</b>				
Setiap pasien memiliki rekam medis yang formatnya selalu diperbaharui (terkini)				
<b>Maksud dan Tujuan MIRM 9 : Lihat SNARS 1</b>				
<b>Elemen Penilaian MIRM 9</b>	<b>Telusur</b>		<b>Skor</b>	
1. Terdapat regulasi yang menetapkan tenaga kesehatan yang mempunyai hak akses pada rekam medis (R)	<b>R</b>	Regulasi tentang penetapan tenaga kesehatan yang memiliki hak akses ke rekam medis, termasuk penetapan evaluasi dan pembaharuan rekam medis	<b>10</b> - <b>0</b>	<b>TL</b> - <b>TT</b>
	<b>D</b>	Bukti formulir rekam medis pasien rawat jalan dan rawat inap	<b>10</b> <b>5</b> <b>0</b>	<b>TL</b> <b>TS</b> <b>TT</b>
2. Rekam medis tersedia bagi semua PPA sesuai dengan regulasi rumah sakit (D,O) lihat juga AP 1	<b>O</b>	Lihat rekam medis pasien rawat jalan dan rawat inap		
	<b>D</b>	Bukti pelaksanaan evaluasi formulir rekam medis, dan rekam medis yang diperbaharui (terkini)	<b>10</b> <b>5</b> <b>0</b>	<b>TL</b> <b>TS</b> <b>TT</b>
3. Terdapat bukti bahwa formulir rekam medis dievaluasi dan diperbaharui (terkini) sesuai kebutuhan secara periodik (D,O,W)	<b>O</b>	Lihat rekam medis yang telah diperbaharui (terkini)		
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PPA/staf klinis</li> <li>• Staf rekam medis</li> </ul>		
4. Rekam medis pasien terisi	<b>D</b>	Bukti tentang rekam medis	<b>10</b>	<b>TL</b>

lengkap dan dengan tulisan yang dapat dibaca (D,O)		pasien terisi dengan lengkap dan dengan tulisan yang dapat dibaca	<b>5</b>	<b>TS</b>
			<b>0</b>	<b>TT</b>
	<b>O</b>	Lihat rekam medis pasien		

<b>Standar MIRM 10</b>				
Rumah sakit mempunyai regulasi tentang retensi rekam medis				
<b>Maksud dan Tujuan MIRM 10: Lihat SNARS 1</b>				
<b>Elemen Penilaian MIRM 10</b>	<b>Telusur</b>		<b>Skor</b>	
1. Terdapat regulasi tentang jangka waktu penyimpanan berkas rekam medis pasien, serta data dan informasi lainnya terkait dengan pasien (R)	<b>R</b>	Regulasi tentang penetapan jangka waktu penyimpanan berkas rekam medis pasien	<b>10</b>	<b>TL</b>
			-	-
			<b>0</b>	<b>TT</b>
2. Dalam rentang waktu penyimpanan berkas rekam medis, rumah sakit menjamin keamanan dan kerahasiaan rekam medis (O,W)	<b>O</b>	Lihat tempat penyimpanan berkas rekam medis	<b>10</b>	<b>TL</b>
			<b>5</b>	<b>TS</b>
			<b>0</b>	<b>TT</b>
3. Dokumen, serta data dan informasi dalam bentuk berkas dimusnahkan setelah melampaui periode waktu penyimpanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan (D,W)	<b>D</b>	1) Bukti pelaksanaan pemusnahan	<b>10</b>	<b>TL</b>
			<b>5</b>	<b>TS</b>
		2) Berkas rekam medis	<b>0</b>	<b>TT</b>
		3) Bukti berita acara pemusnahan		
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala unit/staf unit rekam medis</li> <li>• Tim pemusnahan</li> </ul>		



<b>Standar MIRM 11</b>					
Berkas rekam medis dilindungi dari kehilangan, kerusakan, gangguan, serta akses dan penggunaan yang tidak berhak.					
<b>Maksud dan Tujuan MIRM 11: Lihat SNARS 1</b>					
<b>Elemen Penilaian MIRM 11</b>	<b>Telusur</b>			<b>Skor</b>	
1. Terdapat regulasi yang ditetapkan untuk mencegah akses penggunaan rekam medis bentuk kertas dan atau elektronik tanpa izin. (R)	<b>R</b>	Regulasi tentang penetapan pencegahan akses penggunaan rekam medis bentuk kertas dan atau elektronik tanpa izin.	<b>10</b>	<b>TL</b>	
			-	-	
2. Rekam medis dalam bentuk kertas dan atau elektronik dilindungi dari kehilangan dan kerusakan (O,W)	<b>O</b>	Lihat tempat penyimpanan berkas rekam medis	<b>10</b>	<b>TL</b>	
		Lihat sistem IT, software dan hardware rekam medis	<b>5</b>	<b>TS</b>	
3. Rekam medis dalam bentuk kertas dan atau elektronik dilindungi dari gangguan dan akses serta penggunaan yang tidak sah (D,S,W)	<b>W</b>	Staf klinis	<b>0</b>	<b>TT</b>	
		Staf rekam medis			
4. Ruang dan tempat penyimpanan berkas rekam medis menjamin perlindungan terhadap akses dari yang tidak berhak (O,W)	<b>D</b>	Bukti pelaksanaan perlindungan rekam medis dari gangguan dan akses serta penggunaan yang tidak sah	<b>10</b>	<b>TL</b>	
			<b>5</b>	<b>TS</b>	
5. Ruang dan tempat penyimpanan berkas rekam medis menjamin perlindungan terhadap akses dari yang tidak berhak (O,W)	<b>S</b>	Peragaan pelaksanaan perlindungan	<b>0</b>	<b>TT</b>	
6. Ruang dan tempat penyimpanan berkas rekam medis menjamin perlindungan terhadap akses dari yang tidak berhak (O,W)	<b>W</b>	Kepala unit/Staf rekam medis			
7. Ruang dan tempat penyimpanan berkas rekam medis menjamin perlindungan terhadap akses dari yang tidak berhak (O,W)	<b>O</b>	Lihat ruang dan tempat penyimpanan rekam medis	<b>10</b>	<b>TL</b>	
			<b>5</b>	<b>TS</b>	
8. Ruang dan tempat penyimpanan berkas rekam medis menjamin perlindungan terhadap akses dari yang tidak berhak (O,W)	<b>W</b>	Kepala unit/Staf rekam medis	<b>0</b>	<b>TT</b>	

<b>Standar MIRM 12</b>				
Rumah sakit menetapkan standar kode diagnosis, kode prosedur/tindakan, simbol, singkatan dan artinya.				
<b>Maksud dan Tujuan MIRM 12: Lihat SNARS 1</b>				
<b>Elemen Penilaian MIRM 12</b>	<b>Telusur</b>		<b>Skor</b>	
1. Terdapat regulasi standardisasi kode diagnosis, kode prosedur/tindakan, definisi, simbol yang digunakan yang tidak boleh digunakan, singkatan yang digunakan dan yang tidak boleh digunakan, serta dimonitor pelaksanaannya (R)	<b>R</b>	Regulasi tentang penetapan standar kode diagnosis, kode tindakan, definisi, symbol dan singkatan, serta monitor pelaksanaannya.	<b>10</b> - <b>0</b>	<b>TL</b> - <b>TT</b>
2. Ketentuan tersebut dilaksanakan dan dievaluasi (D,W)	<b>D</b>  <b>W</b>	Bukti tentang pelaksanaan dan evaluasi  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala unit rekam medis</li> <li>• Staf rekam medis</li> </ul>	<b>10</b> <b>5</b> <b>0</b>	<b>TL</b> <b>TS</b> <b>TT</b>

<b>Standar MIRM 13</b>				
Rumah sakit menyediakan rekam medis untuk setiap pasien.				
<b>Maksud dan Tujuan MIRM 13: Lihat SNARS 1</b>				
<b>Elemen Penilaian MIRM 13</b>	<b>Telusur</b>		<b>Skor</b>	
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	<b>R</b>	Regulasi tentang penetapan setiap psie memiliki rekam medis dengan satu nomor rekam medis sesuai dengan sistem penomoran unit.	<b>10</b> - <b>0</b>	<b>TL</b> - <b>TT</b>

inap, gawat darurat, dan pemeriksaan panunjang (R)				
2. Rekam medis digunakan untuk mencatat hasil asesmen, rencana asuhan dan perkembangan kondisi pasien (D,O)	<b>D</b>	Bukti dalam rekam medis berisi hasil asesmen, rencana asuhan, dan perkembangan kondisi pasien.	<b>10</b> <b>5</b> <b>0</b>	<b>TL</b> <b>TS</b> <b>TT</b>
	<b>O</b>	Lihat rekam medis pasien		
3. Ada bukti rekam medis pasien menggunakan satu unit penomoran rekam medis untuk setiap pasien (D,W,O)	<b>D</b>	Bukti rekam medis pasien menggunakan satu unit penomoran	<b>10</b> <b>5</b> <b>0</b>	<b>TL</b> <b>TS</b> <b>TT</b>
	<b>O</b>	Lihat rekam medis pasien		
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala unit/staf rekam medis</li> <li>• Pasien/keluarga</li> </ul>		
4. Rekam medis pasien tersedia untuk rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, dan pemeriksaan panunjang (D,O)	<b>D</b>	Bukti tersedianya rekam medis rawat jalan, rawat inap, IGD, penunjang	<b>10</b> <b>5</b> <b>0</b>	<b>TL</b> <b>TS</b> <b>TT</b>
	<b>O</b>	Lihat ketersediaan rekam medis		
5. Berkas rekam medis pasien tersusun sesuai regulasi (D,O) lihat juga AP	<b>D</b>	Bukti berkas rekam medis tersusun sesuai regulasi	<b>10</b> <b>5</b> <b>0</b>	<b>TL</b> <b>TS</b> <b>TT</b>
	<b>O</b>	Lihat susunan berkas rekam medis		

<b>Standar MIRM 13.1</b>					
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).					
<b>Maksud dan Tujuan MIRM 13.1: Lihat SNARS 1</b>					
<b>Elemen Penilaian MIRM 13.1</b>	<b>Telusur</b>			<b>Skor</b>	
1. Terdapat regulasi tentang isi spesifik dari rekam medis pasien yang ditentukan oleh rumah sakit untuk kesinambungan asuhan oleh PPA (R)	<b>R</b>	regulasi tentang penetapan isi spesifik dari berkas rekam medis pasien dalam pedoman rekam medis rumah sakit	<b>10</b> - <b>0</b>	<b>TL</b> - <b>TT</b>	
2. Rekam medis berisi informasi yang memadai untuk mengidentifikasi pasien (D,O)	<b>D</b>  <b>O</b>	Bukti dalam rekam medis berisi identifikasi pasien  Lihat rekam medis pasien	<b>10</b> <b>5</b> <b>0</b>	<b>TL</b> <b>TS</b> <b>TT</b>	
3. Rekam medis berisi informasi yang memadai untuk mendukung diagnosis (D,O)	<b>D</b>  <b>O</b>	Bukti dalam rekam medis berisi informasi yang mendukung diagnosis  Lihat rekam medis pasien	<b>10</b> <b>5</b> <b>0</b>	<b>TL</b> <b>TS</b> <b>TT</b>	
4. Rekam medis berisi informasi yang memadai untuk memberi justifikasi asuhan dan pengobatan (D,O)	<b>D</b>  <b>O</b>	Bukti dalam rekam medis berisi informasi yang memadai untuk memberi justifikasi asuhan dan pengobatan  Lihat rekam medis pasien	<b>10</b> <b>5</b> <b>0</b>	<b>TL</b> <b>TS</b> <b>TT</b>	
5. Rekam medis berisi informasi yang memadai untuk mendokumentasikan pemberian	<b>D</b>	Bukti dalam rekam medis berisi pemberian dan hasil pengobatan	<b>10</b> <b>5</b> <b>0</b>	<b>TL</b> <b>TS</b> <b>TT</b>	

dan hasil pengobatan (D,O)	<b>O</b>	Lihat rekam medis pasien		
6. Aktivitas MPP dicatat dalam rekam medis (D,O,W)	<b>D</b>	Bukti pencatatan kegiatan MPP dalam rekam medis	<b>10</b>	<b>TL</b>
			<b>5</b>	<b>TS</b>
			<b>0</b>	<b>TT</b>
	<b>O</b>	Lihat rekam medis pasien		

**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: Lihat SNARS 1**

<b>Elemen Penilaian MIRM 13.1.1</b>	<b>Telusur</b>		<b>Skor</b>	
1. Ada 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)	<b>R</b>	Regulasi tentang penetapan pasien gawat darurat	<b>10</b>	<b>TL</b>
			-	-
			<b>0</b>	<b>TT</b>
2. Rekam medis pasien gawat darurat memuat waktu kedatangan dan keluar pasien dari unit pelayanan gawat darurat (D,O)	<b>D</b>	Bukti dalam rekam medis gawat darurat memuat asesmen, rencana asuhan dan perkembangan kondisi pasien	<b>10</b>	<b>TL</b>
			<b>5</b>	<b>TS</b>
			<b>0</b>	<b>TT</b>
	<b>O</b>	Lihat rekam medis pasien		
3. Rekam medis pasien gawat darurat memuat ringkasan kondisi pasien saat keluar dari unit pelayanan gawat darurat (D,O)	<b>D</b>	Bukti dalam rekam medis gawat darurat memuat ringkasan kondisi pasien saat keluar dari unit pelayanan gawat darurat	<b>10</b>	<b>TL</b>
			<b>5</b>	<b>TS</b>
			<b>0</b>	<b>TT</b>
	<b>O</b>	Lihat rekam medis pasien		

	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PPA/Staf klinis IGD</li> <li>Staf rekam medis</li> </ul>		
4. Rekam medis pasien gawat darurat memuat instruksi tindak lanjut asuhan (D,O)	<b>D</b>	Bukti dalam rekam medis gawat darurat memuat instruksi tindak lanjut asuhan	<b>10</b> <b>5</b> <b>0</b>	<b>TL</b> <b>TS</b> <b>TT</b>
	<b>O</b>	Lihat rekam medis pasien		

### 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: Lihat SNARS 1

Elemen Penilaian MIRM 13.2	Telusur		Skor	
1. Terdapat regulasi yang menetapkan individu yang berwenang mengisi rekam medis dan memahami cara melakukan koreksi (R)	<b>R</b>	regulasi tentang penetapan individu yang berwenang mengisi rekam medis dan memahami cara melakukan koreksi	<b>10</b> <b>-</b> <b>0</b>	<b>TL</b> <b>-</b> <b>TT</b>
2. Terdapat bukti yang mengisi rekam medis gawat hanya individu yang mendapat otoritas untuk mengisi rekam medis (D,O)	<b>D</b>	Bukti dalam rekam medis hanya diisi oleh individu yang mendapat otoritas	<b>10</b> <b>5</b> <b>0</b>	<b>TL</b> <b>TS</b> <b>TT</b>
	<b>O</b>	Lihat rekam medis pasien		
3. Terdapat bukti individu yang berwenang mengisi rekam medis dan memahami cara melakukan koreksi (W,O)	<b>D</b>	Bukti dalam rekam medis tentang pelaksanaan koreksi	<b>10</b> <b>5</b> <b>0</b>	<b>TL</b> <b>TS</b> <b>TT</b>
	<b>O</b>	Lihat rekam medis p[asien		
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PPA/Staf klinis</li> <li>Staf rekam medis</li> </ul>		

<b>Standar MIRM 13.3</b>					
Setiap PPA yang mengisi rekam medis menulis identitas setelah catatan dibuat.					
<b>Maksud dan Tujuan MIRM 13.3: Lihat SNARS 1</b>					
<b>Elemen Penilaian MIRM 13.3</b>	<b>Telusur</b>			<b>Skor</b>	
1. Pada setiap pengisian rekam medis dapat diidentifikasi dengan jelas PPA yang mengisi (D,O)	<b>D</b>	Bukti PPA yang mengisi rekam medis mencantumkan nama dan tanda tangan	<b>10</b>	<b>TL</b>	
			<b>5</b>	<b>TS</b>	
			<b>0</b>	<b>TT</b>	
	<b>O</b>	Lihat rekam medis pasien			
2. Tanggal dan jam pengisian rekam medis dapat diidentifikasi (D,O)	<b>D</b>	Bukti dalam rekam medis ada tanggal, dan jam pengisian	<b>10</b>	<b>TL</b>	
			<b>5</b>	<b>TS</b>	
			<b>0</b>	<b>TT</b>	
	<b>O</b>	Lihat rekam medis pasien			

<b>Standar MIRM 13.4</b>					
Dalam upaya perbaikan kinerja, rumah sakit secara teratur melakukan evaluasi atau <i>review</i> rekam medis					
<b>Maksud dan Tujuan MIRM 13.4: Lihat SNARS 1</b>					
<b>Elemen Penilaian MIRM 13.4</b>	<b>Telusur</b>			<b>Skor</b>	
1. Rumah sakit menetapkan individu atau tim yang melakukan <i>review</i> rekam medis secara berkala (R)	<b>R</b>	Regulasi tentang penetapan tim <i>review</i> rekam medis, termasuk pedoman kerja dan program untuk melaksanakan <i>review</i> rekam medis secara berkala	<b>10</b>	<b>TL</b>	
			<b>-</b>	<b>-</b>	
			<b>0</b>	<b>TT</b>	
2. Rekam medis pasien di- <i>review</i> secara berkala (D,W)	<b>D</b>	Bukti pelaksanaan <i>review</i> rekam medis secara berkala	<b>10</b>	<b>TL</b>	
			<b>5</b>	<b>TS</b>	
			<b>0</b>	<b>TT</b>	
	<b>W</b>	Ketua/anggota tim <i>reviewer</i>			
3. <i>Review</i> menggunakan sampel yang mewakili (D,W)	<b>D</b>	Bukti pelaksanaan perhitungan besar sampel	<b>10</b>	<b>TL</b>	
			<b>5</b>	<b>TS</b>	
			<b>0</b>	<b>TT</b>	
	<b>W</b>	Ketua/anggota tim <i>reviewer</i>			

4. Fokus <i>review</i> adalah pada ketepatan waktu, keterbacaan, dan kelengkapan rekam medis (D,W)	<b>D</b>	Bukti pelaksanaan <i>review</i> fokus pada ketepatan waktu, keterbacaan dan kelengkapan rekam medis	<b>10</b>	<b>TL</b>	
	<b>W</b>	Ketua/anggota tim <i>reviewer</i>	<b>5</b>	<b>TS</b>	
5. Proses <i>review</i> termasuk isi rekam medis harus sesuai dengan peraturan dan perundangan-undangan (D,W)	<b>D</b>	Bukti pelaksanaan <i>review</i> sesuai peraturan perundangan	<b>10</b>	<b>TL</b>	
	<b>W</b>	Ketua/anggota tim <i>reviewer</i>	<b>5</b>	<b>TS</b>	
6. Proses <i>review</i> termasuk rekam medis pasien yang masih dirawat dan pasien yang sudah pulang (D,W)	<b>D</b>	Bukti pelaksanaan <i>review</i> sesuai meliputi rekam medis pasien yang masih dirawat dan pasien yang sudah pulang	<b>10</b>	<b>TL</b>	
	<b>W</b>	Ketua/anggota tim <i>reviewer</i>	<b>5</b>	<b>TS</b>	
7. Hasil <i>review</i> dilaporkan ke direktur rumah sakit (D,W)	<b>D</b>	Bukti laporan hasil <i>review</i>	<b>10</b>	<b>TL</b>	
	<b>W</b>	Bukti pengiriman laporan <i>review</i> ke direktur RS	<b>5</b>	<b>TS</b>	
<b>Standar MIRM 14</b>					
Kerahasiaan dan privasi informasi dijaga					
<b>Maksud dan Tujuan MIRM 14: Lihat SNARS 1</b>					
<b>Elemen Penilaian MIRM 14</b>		<b>Telusur</b>		<b>Skor</b>	
1. Terdapat regulasi mengenai privasi dan kerahasiaan informasi terkait data pasien dan hak akses terhadap isi rekam medis berdasar atas peraturan perundang-undangan (R)	<b>R</b>	Regulasi tentang privasi dan kerahasiaan informasi terkait data pasien dan hak akses pasien terhadap isi rekam medis	<b>10</b>	<b>TL</b>	
			<b>0</b>	<b>TT</b>	
2. Terdapat bukti regulasi	<b>D</b>	Bukti pelaksanaan privasi dan	<b>10</b>	<b>TL</b>	



dilaksanakan (D,W)		kerahasiaan informasi	<b>5</b>	<b>TS</b>
		Bukti tentang hak pasien terhadap isi rekam medis	<b>0</b>	<b>TT</b>
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala unit rekam medis</li> <li>• Staf rekam medis</li> </ul>		
3. Kepatuhan pelaksanaan regulasi dimonitor (D,W)	<b>D</b>	Bukti pelaksanaan monitoring kepatuhan terhadap regulasi	<b>10</b>	<b>TL</b>
			<b>5</b>	<b>TS</b>
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala unit rekam medis</li> <li>• Staf rekam medis</li> </ul>	<b>0</b>	<b>TT</b>

<b>Standar MIRM 15</b>				
Ringkasan pasien pulang ( <i>discharge summary</i> ) dibuat untuk semua pasien rawat inap				
<b>Maksud dan Tujuan MIRM 15: Lihat SNARS 1</b>				
<b>Elemen Penilaian MIRM 15</b>	<b>Telusur</b>		<b>Skor</b>	
1. Ringkasan pulang memuat riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan diagnostik (D,W)	<b>D</b>	Bukti formulir ringkasan pulang memuat riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostic (sesuai Ark 4.2 EP 1)	<b>10</b>	<b>TL</b>
			<b>5</b>	<b>TS</b>
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPJP</li> <li>• Staf rekam medis</li> </ul>	<b>0</b>	<b>TT</b>
2. Ringkasan pulang memuat indikasi pasien masuk dirawat, diagnosis, dan komorbiditas lain (D,W)	<b>D</b>	Bukti formulir ringkasan pulang memuat indikasi pasien dirawat inap, diagnosis dan komorbiditas lain (sesuai ARK 4.2 EP 2)	<b>10</b>	<b>TL</b>
			<b>5</b>	<b>TS</b>
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPJP</li> <li>• Staf rekam medis</li> </ul>	<b>0</b>	<b>TT</b>
3. Ringkasan pulang memuat	<b>D</b>	Bukti formulir ringkasan	<b>10</b>	<b>TL</b>

prosedur terapi dan tindakan yang telah dikerjakan (D,W)	<b>W</b>	pulang memuat tindakan diagnostic dan prosedur terapi yang telah dikerjakan (sesuai ARK 4.2 EP 3)  <ul style="list-style-type: none"> <li>• DPJP</li> <li>• Staf rekam medis</li> </ul>	<b>5</b> <b>0</b>	<b>TS</b> <b>TT</b>
4. Ringkasan pulang memuat obat yang diberikan, termasuk obat setelah pasien keluar rumah sakit (D,W)	<b>D</b>  <b>W</b>	Bukti formulir ringkasan pulang memuat obat yang diberikan, termasuk obat setelah pasien keluar RS (sesuai ARK 4.2 EP 4)  <ul style="list-style-type: none"> <li>• DPJP</li> <li>• Staf rekam medis</li> </ul>	<b>10</b> <b>5</b> <b>0</b>	<b>TL</b> <b>TS</b> <b>TT</b>
5. Ringkasan pulang memuat kondisi kesehatan pasien ( <i>status present</i> ) saat akan keluar rumah sakit (D,W)	<b>D</b>  <b>W</b>	Bukti formulir ringkasan pulang memuat kondisi kesehatan pasien ( <i>status present</i> ) saat akan pulang RS (sesuai ARK 4.2 EP 5)  <ul style="list-style-type: none"> <li>• DPJP</li> <li>• Staf rekam medis</li> </ul>	<b>10</b> <b>5</b> <b>0</b>	<b>TL</b> <b>TS</b> <b>TT</b>
6. Ringkasan pulang memuat instruksi tindak lanjut, serta dijelaskan dan ditandatangani oleh pasien/keluarganya (D,W)	<b>D</b>  <b>W</b>	Bukti formulir ringkasan pulang memuat instruksi tindak lanjut, sudah dijelaskan dan ditandatangani oleh pasien dan keluarga (sesuai ARK 4.2 EP 6)  <ul style="list-style-type: none"> <li>• DPJP</li> <li>• Staf rekam medis</li> </ul>	<b>10</b> <b>5</b> <b>0</b>	<b>TL</b> <b>TS</b> <b>TT</b>

## LATIHAN

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

- 1) Untuk menilai kepatuhan rumah sakit terhadap SNARS, KARS menggunakan instrumen survei. Jelaskan apa saja isi dari instrumen survei dimaksud ?
- 2) Jelaskan dengan singkat tujuan instrumen survei bagi rumah sakit ?
- 3) Setiap standar pada MIRM terdiri dari beberapa elemen penilaian. Apa yang dimaksud dengan elemen penilaian di atas ?
- 4) Berapakah jumlah elemen penilaian pada standar MIRM yang Saudara ketahui ?
- 5) Jelaskan dengan singkat apa perbedaan standar dan elemen penilaian ?

### *Petunjuk Jawaban Latihan*

- 1) Baca pengantar
- 2) Baca penjelasan singkat pada manajemen rekam medis
- 3) Baca penjelasan singkat pada manajemen rekam medis
- 4) Baca penjelasan singkat pada manajemen rekam medis
- 5) Baca standar MIRM

## **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) Standar manajemen rekam medis yang ditetapkan pada Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1 terdiri dari standar 8 sampai dengan 15 yang terdiri dari 52 elemen penilaian.
- 3) Manajemen informasi rumah sakit dapat berbasis kertas maupun elektronik. Prinsipnya adalah meningkatkan efisiensi untuk komunikasi antar staf klinis dan PPA lainnya dalam asuhan pasien.
- 4) 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.
- 5) 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.

## **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

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