

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rekam Medis

2.1.1 Definisi Rekam Medis

Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. (Permenkes No. 269, 2008)

2.1.2 Tujuan Rekam Medis

Pedoman Penyelenggaraan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit, Departemen Kesehatan RI (2006:13) dinyatakan bahwa :

“Tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa di dukung suatu sistem pengolahan rekam medis yang baik dan benar, tidak akan tercipta tertib administrasi rumah sakit sebagai mana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit “

2.1.3 Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek pada Pedoman Penyelenggaraan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit, Departemen Kesehatan RI (2006:13):

1. Aspek Administratif
Menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

2. Aspek Medis

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medis, karena catatan dalam rekam medis digunakan sebagai perencanaan dan pemberian pelayanan medis terhadap pasien dalam rangka penjaminan mutu melalui audit medis.

3. Aspek Hukum

Suatu berkas rekam medis memiliki nilai hukum karena isinya menyangkut jaminan kepastian hukum,, rekam medis juga dapat digunakan sebagai dasar dalam usaha menegakkan keadilan. Rekam medis adalah milik dokter dan rumah sakit sedangkan isinya yang terdiri dari identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lainnya yang telah diterima oleh pasien adalah sebagai informasi yang dapat dimiliki oleh pasien.

4. Aspek Keuangan

Suatu berkas memiliki nilai keuangan karena isinya menyangkut data dan informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan. Erat kaitannya dengan pembayaran pelayanan yang telah diberikan kepada pasien pada saat pasien pulang.

5. Aspek Penelitian

Suatu berkas memiliki nilai penelitian karena isinya menyangkut data/informasi yang dapat digunakan sebagai aspek pendukung penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

6. Aspek Pendidikan

Suatu berkas memiliki nilai pendidikan karena isinya menyangkut tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis sehingga dapat digunakan sebagai bahan referensi pengajaran dalam bidang kesehatan.

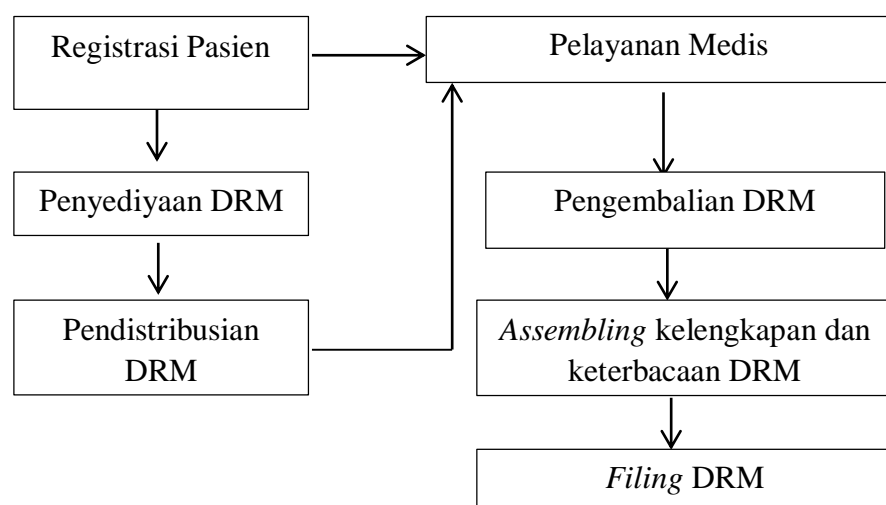
7. Aspek Dokumentasi

Suatu berkas memiliki nilai dokumentasi karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan rumah sakit.

2.1.4 Penyelenggaraan Rekam Medis

Rekam medis mempunyai pengertian yang sangat luas tidak hanya sekedar kegiatan pencatatan , tetapi mempunyai pengertian sebagai suatu sistem penyelenggaraan rekam medis. sedangkan kegiatan pencatatan sendiri hanya merupakan salah satu kegiatan dari penyelenggaraan rekam medis. penyelenggaraan rekam medis

adalah merupakan proses kegiatan yang dimulai pada saat diterimanya pasien di rumah sakit diteruskan kegiatan pencatatan data medik pasien selama pasien itu mendapat pelayanan medik di rumah sakit dan dilanjutkan dengan penanganan dokumen rekam medis meliputi penyelenggaraan peminjaman dokumen rekam medis sampai dokumen rekam medis tersebut kembali pada unit rekam medis. berikut ini merupakan penyelenggaraan rekam medis secara umum (Depkes RI, 2006). Seperti yang terdapat pada jurnal penelitian tentang analisis pengelolaan rekam medis rawat inap di rumah sakit untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya mencapai tujuan rumah sakit, yaitu tercapainya peningkatan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit (Giyana, 2012). Berdasarkan pengalaman Praktek Kerja Lapangan (PKL) alur pengolahan dan penyelenggaraan rekam medis secara umum dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.1 Alur Penyelenggaraan Rekam Medis

Penjelasan :

a. Registrasi Pasien

Pada bagian registrasi atau pendaftaran pasien, pasien di data berdasarkan identitas pasien untuk memenuhi persyaratan umum memperoleh No. RM untuk pasien baru dan untuk pasien lama dapat menunjukkan kartu berobat yang telah tertera No.RM untuk mendapatkan pelayanan medis

b. Penyediaan DRM

Setelah pasien melakukan registrasi pada tempat pendaftaran petugas menyediakan DRM sesuai dengan No.RM pasien yang akan mendapatkan pelayan medis.

c. Pendistribusian DRM

Kemudian DRM yang telah disediakan di distribusikan ke poli yang dituju sesuai dengan kemana pasien tersebut akan mendapatkan pelayanan pada saat melakukan pendaftaran.

d. Pelayanan Medis

Dimana pasien mendapatkan pelayanan medis baik tindakan maupun konsultasi dan pemberian obat harus dicatat dengan lengkap dan jelas pada DRM pasien.

e. Pengembalian DRM

Setelah pasien keluar dan meninggalkan rumah sakit, berkas rekam medis pasien harus segera dikembalikan tepat waktu sesuai dengan peraturan yang berlaku dan petugas rekam

medis menghitung *respon time* kesesuaian ketepatan waktu DRM yang kembali ke unit rekam medis.

f. *Assembling* kelengkapan dan keterbacaan DRM

memeriksa kelengkapan isi dan perakitan dokumen rekam medis sebelum disimpan. Fungsi dan peranan *Assembling* dalam pelayanan rekam medis adalah sebagai perakitan formulir rekam medis, penulisan isi data rekam medis berupa kelengkapan dan keterbacaan, pengendalian penggunaan nomor rekam medis dan formulir rekam medis.

g. *Filing DRM*

Penyimpanan / Penjajaran (*filing*) adalah sistem penataan rekam medis dalam suatu tempat yg khusus agar penyimpanan dan pengambilan menjadi lebih mudah dan cepat

2.2 Akreditasi Rumah Sakit

2.2.1 Definisi Akreditasi Rumah Sakit

“Akreditasi Rumah sakit adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan Rumah Sakit, setelah dilakukan penilaian bahwa rumah sakit telah memenuhi standar akreditasi.” (Permenkes No. 34, 2017)

2.2.2 Tujuan Akreditasi Rumah Sakit

Pengaturan Akreditasi pada Permenkes RI Tentang Akreditasi Rumah Saki No. 34 (2017: 3) bertujuan untuk :

1. Meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit dan melindungi keselamatan pasien Rumah Sakit;
2. Meningkatkan perlindungan bagi masyarakat, sumber daya manusia di Rumah Sakit dan Rumah Sakit sebagai institusi;
3. Mendukung program Pemerintah di bidang kesehatan; dan
4. Meningkatkan profesionalisme Rumah Sakit Indonesia di mata Internasional.

2.2.3 Penyelenggaraan Akreditasi Rumah Sakit

Penyelenggaraan Akreditasi Rumah sakit (Permenkes No. 34, 2017)

- a. Permenkes RI No. 34 Tahun 2017 Pasal 3 :
 - 1) Setiap Rumah Sakit wajib terakreditasi.
 - 2) Akreditasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan secara berkala paling sedikit setiap 3 (tiga) tahun.
- b. Permenkes RI No. 34 Tahun 2017 Pasal 5 :
 - 1) Rumah Sakit harus melakukan perpanjangan Akreditasi sebelum masa berlaku status Akreditasinya berakhir.
 - 2) Untuk mendapatkan status Akreditasi baru sebagaimana dimaksud pada ayat (1), direktur atau kepala Rumah sakit harus mengajukan perpanjangan Akreditasi kepada lembaga independen penyelenggara Akreditasi

2.3 Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)

Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1, merupakan standar akreditasi baru yang bersifat nasional dan diberlakukan secara nasional di Indonesia. Disebut dengan edisi 1, karena di Indonesia baru pertama kali ditetapkan standar nasional untuk akreditasi rumah sakit. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit edisi 1 berisi 16 bab.

Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 yang selanjutnya disebut SNARS Edisi 1 ini juga dijelaskan bagaimana proses penyusunan,

penambahan bab penting pada SNARS Edisi 1 ini, referensi dari setiap bab dan juga glosarium istilah-istilah penting, termasuk juga kebijakan pelaksanaan akreditasi rumah sakit. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 merupakan standar pelayanan berfokus pada pasien untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien dengan pendekatan manajemen risiko di Rumah Sakit. (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2018)

2.3.1 Standar Akreditasi Rumah Sakit dalam SNARS

Standar akreditasi yang dipergunakan mulai 1 Januari 2018 adalah SNARS edisi 1 yang terdiri dari 16 bab yaitu (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2018) :

- a. Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)
- b. Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas (ARK)
- c. Hak Pasien dan Keluarga (HPK)
- d. Asesmen Pasien (AP)
- e. Pelayanan Asuhan Pasien (PAP)
- f. Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)
- g. Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)
- h. Manajemen Komunikasi dan Edukasi (MKE)
- i. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)
- j. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
- k. Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)
- l. Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)
- m. Kompetensi & Kewenangan Staf (KKS)
- n. Manajemen Informasi dan Rekam Medis (MIRM)
- o. Program Nasional (menurunkan angka kematian ibu dan bayi serta meningkatkan angka kesehatan ibu dan bayi, menurunkan angka kesakitan HIV/AIDS, menurunkan angka kesakitan tuberkulosis, pengendalian resistensi antimikroba dan pelayanan geriatri)
- p. Integrasi Pendidikan Kesehatan dalam Pelayanan Rumah Sakit (IPKP)

Ketentuan penggunaan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi I sebagai berikut:

- a. Rumah Sakit Pendidikan : 16 bab
- b. Rumah Sakit non Pendidikan : 15 bab

2.3.2 Elemen Penilaian (EP)

Elemen Penilaian (EP) dari suatu standar akan menuntun rumah sakit dan survei 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. (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2018)

2.3.3 Pemberian Skoring

Setiap Elemen Penilaian diberi skor 0 atau 5 atau 10, sesuai ketentuan yang ada. Nilai setiap standar yang ada di bab merupakan penjumlahan dari nilai elemen penilaian. Nilai dari standar dijumlahkan menjadi nilai untuk bab Elemen penilaian yang Tidak Dapat Diterapkan (TDD) tidak diberikan skor dan mengurangi jumlah EP. Setiap elemen penilaian (EP) pada standar dinilai sebagai berikut (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2018) :

- a. Skor 10 (terpenuhi lengkap), yaitu bila rumah sakit dapat memenuhi EP tersebut minimal 80 %
- b. Skor 5 (terpenuhi sebagian) yaitu bila rumah sakit dapat memenuhi EP tersebut antara 21 – 79 %
- c. Skor 0 (tidak terpenuhi) yaitu bila rumah sakit hanya dapat memenuhi EP tersebut kurang dari 21 %

2.3.4 Kebijakan Penentuan Kelulusan

Keputusan akreditasi KARS berdasarkan capaian rumah sakit terhadap Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1. Ketua Eksekutif KARS mempertimbangkan semua hasil dan informasi saat survei awal atau survei ulang untuk pengambilan keputusan hasil akreditasi. Hasilnya dapat berupa rumah sakit memenuhi kriteria untuk akreditasi keseluruhan atau sebagian, atau tidak memenuhi kriteria dan tidak dapat memperoleh akreditasi.

Keputusan akreditasi final didasarkan pada kepatuhan rumah sakit terhadap standar akreditasi. Rumah sakit tidak menerima nilai/skor sebagai bagian dari keputusan akreditasi final. Ketika suatu rumah sakit berhasil memenuhi persyaratan akreditasi KARS, rumah sakit tersebut akan menerima penghargaan Status Akreditasi Sebagai berikut, rumah sakit non pendidikan (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2018) :

a. Tidak lulus akreditasi

Rumah sakit tidak lulus akreditasi bila dari 15 bab yang disurvei, semua mendapat nilai kurang dari 60 % Bila rumah sakit tidak lulus akreditasi dapat mengajukan akreditasi ulang setelah rekomendasi dari surveior dilaksanakan.

b. Akreditasi tingkat dasar

Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat dasar bila dari 15 bab yang di survei hanya 4 bab yang mendapat nilai minimal 80 % dan 12 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20 %

c. Akreditasi tingkat madya

Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat madya bila dari 15 bab yang di survei ada 8 bab yang mendapat nilai minimal 80 % dan 7 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20 %

d. Akreditasi tingkat Utama

Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat utama bila dari 15 bab yang di survei ada 12 bab yang mendapat nilai minimal 80 % dan 3 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20 %

e. Akreditasi tingkat paripurna

Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat paripurna bila dari 15 bab yang di survei semua bab mendapat nilai minimal 80 %

2.3.5 Masa Berlaku Status Akreditasi

Status akreditasi berlaku selama tiga tahun kecuali ditarik oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Status akreditasi berlaku surut sejak hari pertama pelaksanaan survei rumah sakit atau saat survei ulang. Pada akhir tiga tahun siklus akreditasi rumah sakit, rumah sakit harus melaksanakan survei ulang untuk perpanjangan status akreditasi. (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2018)

2.3.6 Manajemen Informasi dan Rekam Medik (MIRM)

Tujuan pengelolaan rekam medis dan informasi kesehatan adalah menunjang tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit yang didukung oleh suatu sistem pengelolaan rekam medis yang cepat, tepat, bernilai, dapat dipertanggungjawabkan, serta berfokus pada pasien dan keselamatan pasien secara terintegrasi. Standar MIRM meliputi organisasi dan manajemen, akses serta penyimpanan RM, dan RM pasien. (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2018)

2.3.7 Standar MIRM 13.4

Upaya perbaikan kinerja, rumah sakit secara teratur melakukan evaluasi atau review rekam medis. (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2018)

a. Maksud dan Tujuan MIRM 13.4

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.

Review rekam medis berdasar atas sampel yang mewakili PPA yang memberikan pelayanan dan jenis pelayanan yang diberikan. Proses review melibatkan staf medis, keperawatan, serta PPA lainnya yang relevan dan mempunyai otorisasi untuk mengisi rekam medis pasien. Review 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 perundangundangan dimasukkan ke dalam proses review rekam medis. Review rekam medis di rumah sakit tersebut termasuk rekam medis pasien yang saat ini sedang dalam perawatan dan pasien yang sudah pulang. Hasil review dilaporkan secara berkala kepada Pimpinan RS.

b. EP MIRM 13.4

- 1) Rumah sakit menetapkan individu atau tim yang melakukan review rekam medis secara berkala. (R)
- 2) Rekam medis pasien di-review secara berkala. (D,W)
- 3) Review 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 perundang-undangan. (D,W)
- 6) Proses review termasuk rekam medis pasien yang masih dirawat dan pasien yang sudah pulang. (D,W)
- 7) Hasil review dilaporkan secara berkala kepada direktur rumah sakit. (D,W)

Keterangan :

Regulasi (R), Dokumen (D), dan Wawancara (W)

2.3.8 Ketepatan Waktu Pengembalian

Setelah pasien keluar dari rumah sakit, berkas rekam medis segera dikembalikan ke instalasi rekam medis paling lambat 24 jam setelah pasien keluar secara lengkap dan benar (Depkes RI, 2006).

Tata cara pengembalian berkas rekam medis rawat inap di unit rekam medis paling lambat 2x24 jam setelah pasien pulang atau keluar dari rumah sakit. (Depkes RI, 1997)

2.3.9 Kelengkapan

Kelengkapan dokumen rekam medis merupakan hal yang sangat penting karena berpengaruh terhadap proses pelayanan yang dilakukan oleh petugas medis dan mempengaruhi kualitas dari pelayanan suatu rumah sakit seperti yang terdapat pada jurnal Identifikasi Ketidaklengkapan DRM rawat inap adalah kurang adanya monitoring terhadap kelengkapan DRM (Pamungkas *et al.*, 2014) .Isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat (Permenkes No. 269, 2008) :

- a) Identitas pasien
- b) Tanggal dan waktu
- c) Hasil anamnesis, mencakup sekurangnyanya keluhan dan riwayat penyakit
- d) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis
- e) Diagnosis
- f) Rencana penatalaksanaan
- g) Pengobatan dan/atau tindakan
- h) Persetujuan tindakan bila perlukan
- i) Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan

- j) Ringkasan pulang (*discharge summary*)
- k) Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan.
- l) Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu, dan
- m) Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik

2.3.10 Keterbacaan

Rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik. (Permenkes No. 269, 2008)

2.4 Standar Prosedur Operasional (SPO)

Tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran, SPO adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu, dimana SPO memberikan langkah yang benar dan terbaik menurut konsensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan menurut standar profesi (Permenkes No. 512, 2007)