

HALAMAN PENGESAHAN

ARTIKEL ILMIAH

**TINJAUAN KESIAPAN AKREDITASI KARS BAGIAN MANAJEMEN KOMUNIKASI DAN
INFORMASI (MKI) STANDAR MKI. 19, MKI. 19.1, MKI. 19.1.1, MKI. 19.2, MKI. 19.3, MKI.
19.4 DI RS. PANTI WILASA "DR. CIPTO" SEMARANG TAHUN 2015**

Disusun Oleh:

Febrina Mega Pratama

D22.2012.01297

Telah diperiksa dan disetujui dipublikasikan di Sistem Informasi Tugas Akhir
(SIADIN)

Pembimbing



(dr. Zaenal Sugiyanto, M.Kes)

KARS ACCREDITATION READINESS REVIEW SECTION OF COMMUNICATION AND INFORMATION MANAGEMENT (ICM) STANDARD ICM. 19 ICM. 19.1, ICM. 19.1.1, ICM. 19.2, ICM. 19.3, ICM. 19.4 IN PANTI WILASA "DR. CIPTO " HOSPITAL SEMARANG 2015

Febrina Mega Pratama *), Zaenal Sugiyanto **)

*) Alumni D3 RMIK UDINUS

**) Fakultas Kesehatan UDINUS

Email : zaenalsugiyanto@yahoo.co.id

ABSTRACT

Hospital accreditation is acknowledgment of hospital given by the independent Accreditation caretaker specified by the Minister. Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) is an independent institution implementing hospital accreditation. Panti Wilasa "Dr. Cipto" Hospital Semarang is preparing KARS accreditation. Based on the initial survey researchers know the percentage of incomplete medical record documents reached 70% in the surgical and non-surgical case that not compliant to ICM.19-ICM.19.4. The purpose of this research is to determine the readiness of KARS accreditation on ICM standard. 19 - ICM. 19.4 in terms human resources availability, facilities / infrastructure, guidelines / policies / Standard Operational Procedure (SOP),, and the implementation suitability of these standards.

The type of this research is descriptive research. Data collection by observation in the duties of each part in implementing a standard, an interview with ICM working groups, and study the documents. Sampling studies using random sampling resulted in 100 medical record samples and 98 Emergency forms. This research was conducted at Medical Record Installation of RS. Panti Wilasa "Dr. Cipto "Semarang.

Based on interview results known that working groups that manage and supervise ICM standard have formed. Facilities that prepared are renewal of medical record forms according to the needs of service unit and electronic medical record documents expeditions that produced completeness report. There are 1 implementation of medical records policy, 3 guides, 2 guidelines and 7 standard operational procedures supporting ICM.19 - ICM.19.4 standards. Observation results in ICM.19 standards readiness about manufacture and maintenance of medical records is achieved with 100% percentage. ICM.19.1 and ICM 19.1.1 standard implementation about information in medical record is achieved with 80% and 50% percentage. ICM.19.2 standard implementation about filling right identification and determine the content and medical records format is achieved with 83.33% percentage. ICM.19.3 standard implementation about medical record author identity is achieved with 66.67% percentage. ICM.19.4 standard implementation about medical record file assessment completeness is achieved with 85.71% percentage. Efforts to overcome medical record incompleteness is by raising health workers awareness about medical record completeness and quality in pursuing patient medical information sustainability.

Keywords : accreditation, ICM, KARS, medical records

Literatures : 15 literatures (1960 - 2014)

PENDAHULUAN

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.^[1] Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/MENKES/PER/III/2008, rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.^[2] Manajemen pelayanan rekam kesehatan (rekam medis) yang lengkap memuat segala aktivitas yang terjadi dalam manajemen pelayanan sehingga digunakan dalam menganalisis berbagai penyakit, menyusun pedoman praktik, serta untuk mengevaluasi mutu pelayanan yang diberikan.^[3] Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan tersebut, maka Rumah Sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal 3 tahun sekali.^[1]

Akreditasi Rumah Sakit adalah pengakuan terhadap Rumah Sakit yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri, setelah dinilai bahwa Rumah Sakit itu memenuhi Standar Pelayanan Rumah Sakit yang berlaku untuk meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit secara berkesinambungan. Sebuah proses akreditasi dirancang untuk meningkatkan budaya keselamatan dan budaya mutu di Rumah Sakit, sehingga Rumah Sakit senantiasa berusaha meningkatkan akan mutu dan juga keamanan dari pelayanan kesehatan yang diberikannya.^[4] Pada tahun 2011 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mengeluarkan standar akreditasi rumah sakit yang telah diperbaharui sesuai

perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Standar akreditasi terbaru ini akan diselenggarakan di bawah badan akreditasi yaitu Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS).^[5]

Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) adalah lembaga independen pelaksana akreditasi rumah sakit yang bersifat fungsional, non struktural dan bertanggung jawab kepada Menteri Kesehatan. ^[5] KARS mengembangkan standar akreditasi versi 2012. Standar akreditasi versi 2012 ini memiliki kelebihan yaitu lebih berfokus pada pasien; kuat dalam proses, output dan outcome; kuat pada implementasi serta melibatkan seluruh petugas dalam proses akreditasinya. Dengan adanya perbaikan ini diharapkan rumah sakit yang lulus proses akreditasi versi 2012 ini benar-benar dapat meningkatkan mutu pelayanannya dengan lebih berfokus pada keselamatan pasien. Akreditasi versi 2012 memiliki standar akreditasi terdiri dari 4 kelompok yaitu Kelompok Standar Berfokus Kepada Pasien, Kelompok Standar Manajemen Rumah Sakit, Kelompok Sasaran Keselamatan Pasien, Kelompok Sasaran Menuju Millenium Development.^[5] Salah satu Bagian dalam kelompok standar manajemen Rumah Sakit yaitu Bagian Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI). Bagian Manajemen Komunikasi dan Informasi berkaitan erat dengan penyelenggaraan rekam medis di suatu sarana pelayanan kesehatan mengingat salah satu fungsi rekam medis yaitu mendokumentasikan pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan, penunjang medis dan tenaga lain yang bekerja dalam berbagai fasilitas pelayanan kesehatan. Dengan demikian rekaman itu membantu pengambilan

keputusan tentang terapi, tindakan dan penentuan diagnosis pasien. Rekam kesehatan juga sebagai sarana komunikasi antar tenaga lain yang sama-sama terlibat dalam menangani dan merawat pasien. Rekaman yang rinci dan bermanfaat menjadi alat penting dalam menilai dan mengelola risiko manajemen. Oleh karena itu rekam medis yang lengkap harus setiap saat tersedia dan berisi data atau informasi tentang pemberian pelayanan kesehatan secara jelas.^[3]

Rumah Sakit Panti Wilasa “Dr. Cipto” merupakan rumah sakit tipe C yang sedang mempersiapkan akreditasi KARS pada tahun 2015. Berbagai persiapan dilakukan termasuk dalam Bagian Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI) yang terdapat di unit rekam medis. Berdasarkan hasil survei awal persiapan akreditasi di unit rekam medis RS. Panti Wilasa “Dr. Cipto”, panduan pelaksanaan akreditasi yang digunakan adalah panduan akreditasi KARS 2012. Berdasarkan survei awal tersebut diketahui persentase ketidaklengkapan dokumen rekam medis mencapai 70% pada kasus bedah maupun non-bedah, hal ini tidak sesuai dengan standar akreditasi KARS bagian Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI) standar MKI.19-MKI.19.4. Mengacu pada persoalan diatas maka penelitian kali ini dimaksudkan untuk mengetahui kesiapan penyelenggaraan akreditasi KARS Bagian Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI) secara khusus pada standar MKI. 19 yang berkaitan dengan kelengkapan dokumen rekam medis di Unit Rekam Medis RS. Pantiwilasa “Dr. Cipto” pada tahun 2014.

Penelitian tentang kesiapan akreditasi KARS di Rumah Sakit

sebelumnya pernah dilakukan oleh peneliti-peneliti lain dengan berbagai metode. Penelitian-penelitian tersebut menyoroti pada unit tertentu seperti penyelenggaraan unit administrasi dan penggunaan simbol pada dokumen rekam medis kaitannya dengan elemen penilaian akreditasi. Sedangkan pada penelitian kali ini berfokus pada penilaian terhadap standar MKI. 19, MKI. 19.1, MKI. 19.1.1, MKI. 19.2, MKI. 19.3, MKI. 19.4.

METODE PENELITIAN

Jenis Penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif, pengumpulan data dengan teknik observasi terhadap tupoksi masing-masing bagian pelaksana standar, wawancara dengan pokja MKI, dan kajian kelengkapan dokumen. Pengambilan sampel penelitian menggunakan *random sampling*, menghasilkan 100 sampel DRM rawat inap, dan 98 Lembar Gawat Darurat. Penelitian ini dilakukan di Instalasi Rekam Medis RS. Panti Wilasa “Dr. Cipto” Semarang

HASIL PENELITIAN

Diketahui telah dibentuk pokja yang mengelola dan mengawasi jalannya standar MKI, pokja tersebut memiliki agenda rapat rutin dalam periode satu minggu sekali untuk membahas perkembangan kesiapan akreditasi. Sarana yang dipersiapkan berupa pembaharuan formulir-formulir rekam medis sesuai kebutuhan unit pelayanan, dan tersedia ekspedisi dokumen rekam medis elektronik yang menghasilkan laporan kelengkapan. Tersedia 1 kebijakan penyelenggaraan rekam medis, 3 panduan, 2 pedoman dan 7 SPO dalam mendukung standar MKI.19 – MKI.19.4.

Hasil penelitian 27 butir elemen penilaian standar MKI.19 – MKI.19.4 diketahui :

1. Standar MKI.19

Standar MKI.19 berisi 2 butir dalam elemen penilaian tentang pembuatan dan pemeliharaan rekam medis tercapai dengan persentase 100%. Standar tersebut dilakukan oleh petugas Tempat Pendaftaran Pasien (TPP) dengan sarana yang tersedia dalam yaitu alokasi nomor rekam medis dan folder dokumen rekam medis. Tersedia SPO Pemberian Nomor Rekam Medis tentang 1 pasien untuk kunjungan pertama dan berlaku seterusnya.

2. Standar MKI.19.1

Standar MKI.19.1 tentang informasi informasi yang memadai/cukup dalam rekam medis yang berisi 5 butir dalam elemen penilaian tercapai dengan persentase 80%. Sedangkan 20% tidak tercapai karena pelaksanaan butir penilaian 4 tentang justifikasi pelayanan yang dibuktikan dengan kelengkapan isi formulir Catatan Perkembangan Terintegrasi dari 98 sampel, kelengkapan justifikasi dari formulir tersebut hanya mencapai 75,51% tidak sesuai kriteria kelengkapan yaitu >80%. Tersedia sarana dalam pelaksanaan standar yaitu formulir-formulir rekam medis yang disesuaikan untuk setiap pelayanan kepada pasien baik rawat jalan, rawat inap maupun gawat darurat. Tersedia Kebijakan Penyelenggaraan Rekam Medis yang menetapkan isi spesifik rekam medis dan kelengkapan rekam medis, SPO Dokumen yang Harus Diisi, SPO Penggunaan *Sticker Labeling*.

3. Standar MKI.19.1.1

Pelaksanaan standar MKI 19.1.1 yang berisi 4 butir dalam elemen penilaian tentang kelengkapan item pada lembar emergensi

tercapai dengan persentase 50%. Sedangkan 50% tidak tercapai karena pelaksanaan butir penilaian 2 dan 3 tidak sesuai. Kesiapan pelaksanaan dibuktikan dengan analisa kelengkapan 4 item dalam 100 sampel lembar emergensi dengan kriteria sesuai jika lengkap $\geq 80\%$ dan tidak sesuai $< 80\%$, menghasilkan : item jam kedatangan 100% lengkap (sesuai), kesimpulan akhir pelayanan 74% lengkap (tidak sesuai), kondisi pasien pulang 73% lengkap (tidak sesuai), tindak lanjut pelayanan 80% lengkap (sesuai). Sarana yang digunakan adalah lembar emergensi, dan tersedia Kebijakan Penyelenggaraan Rekam Medis yang menyebutkan isi spesifik rekam medis gawat darurat.

4. Standar MKI.19.2

Pelaksanaan standar MKI.19.2 berisi 6 butir dalam elemen penilaian tentang identifikasi hak pengisian dan menentukan isi dan format rekam medis tercapai dengan persentase 83,33%. Sedangkan 16,67% tidak tercapai karena proses koreksi kesalahan pencatatan rekam medis dalam butir penilaian 4 tidak baik. Hasil review pencatatan menunjukkan persentase dokumen yang pencatatan tidak baik sebesar 29,59% atau sejumlah 29 dokumen. Sedangkan pencatatan dokumen baik sejumlah 69 atau 70,41%. Dengan demikian pelaksanaan terhadap proses koreksi tidak sesuai dengan kebijakan penyelenggaraan rekam medis.

Diketahui tersedia Kebijakan Penyelenggaraan Rekam yang menyebutkan hak pengisian rekam medis, Panduan Pengisian Dokumen Rekam Medis. Tersedia sarana yaitu : formulir-formulir rekam medis untuk pelaksanaan rekam medis terhadap pasien, pemberian *password* untuk akses rekam medis

elektronik dalam aplikasi rekam medis di rumah sakit, tersedia pedoman penyelenggaraan rekam medis, tersedia *hardcopy* Kebijakan Penyelenggaraan Rekam Medis dan Standar Prosedur Operasional yang telah disahkan dan ditandatangani Direktur rumah sakit.

5. Standar MKI.19.3

Pelaksanaan standar MKI.19.3 yang berisi 3 butir dalam elemen penilaian tentang identitas penulis dalam rekam medis tercapai dengan persentase 66,67%. Sedangkan 33,33% tidak tercapai karena butir penilaian 3 tentang kelengkapan identifikasi waktu/jam pengisian rekam medis tidak sesuai kriteria yaitu $\geq 80\%$. Pelaksanaan standar MKI.19.3 dibuktikan dengan kelengkapan identifikasi pengisi rekam medis dalam laporan kelengkapan unit *assembling* menghasilkan laporan tanda tangan dokter 99,69% lengkap (sesuai), asuhan keperawatan 99,77% lengkap (sesuai), isi seluruh dokumen 97,78% lengkap (sesuai). Sedangkan kelengkapan identifikasi tanggal dan waktu menggunakan 98 sampel dokumen rekam medis rawat inap diperoleh : item tanggal 94,90% lengkap (sesuai), item waktu/jam 78,57% lengkap (tidak sesuai).

Tersedia sarana untuk mendukung standar MKI.19.3 yaitu buku ekspedisi untuk penerimaan dokumen pada setiap ruang perawatan, rak *assembling* per ruang perawatan, dan dua buah unit komputer beserta aplikasi ekspedisi yang dilakukan secara komputerisasi. Tersedia Kebijakan Penyelenggaraan Rekam Medis yang menyebutkan bahwa setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi tanggal, waktu, tanda tangan dan nama serta gelar dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan

tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung.

6. Standar MKI.19.4

Pelaksanaan standar MKI.19.4 yang berisi 7 butir dalam elemen penilaian tentang asesmen kelengkapan berkas rekam medis tercapai dengan persentase 85,71%. Sedangkan 14,29% tidak tercapai karena pelaksanaan butir penilaian 6 belum sesuai yaitu review kelengkapan dokumen rekam medis dilakukan terhadap dokumen rekam medis pasien pulang, dan dokumen rekam medis pasien yang masih aktif dirawat. Sedangkan hasil pengamatan diketahui bahwa review kelengkapan dokumen oleh unit *assembling* hanya dilakukan terhadap dokumen rekam medis pasien pulang. Rencana pelaksanaan review dokumen rekam medis pasien yang masih aktif dirawat mulai bulan Juli 2015.

Tersedia sarana buku ekspedisi per ruang perawatan sebagai bukti serah terima dokumen dari ruang perawatan ke unit *assembling*, 2 buah unit komputer yang memiliki aplikasi rekam medis khususnya ekspedisi dokumen rekam medis, map kertas untuk pengembalian dokumen yang tidak lengkap ke unit yang berwenang melengkapi, 1 unit printer untuk mencetak laporan kelengkapan. Kemudian tersedia SPO *Assembling* Dan Evaluasi, SPO Analisa Kelengkapan Isi Rekam Medis, SPO Penyusunan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap.

PEMBAHASAN

1. Standar MKI.19

Berdasarkan teori KARS, ketercapaian standar MKI.19 dimaksudkan agar setiap pasien yang menjalani asesmen/pemeriksaan (*assessed*) atau diobati di rumah sakit baik sebagai pasien rawat inap,

rawat jalan maupun dilayani di unit emergensi harus punya rekam medis. Rekam medis diberi pengenalan/pengidentifikasi (*identifier*) yang unik untuk masing-masing pasien, atau mekanisme lain yang digunakan dalam menghubungkan pasien dengan rekam medisnya. Dengan tercapainya standar MKI. 19 tentang rekam medis tunggal dan pengidentifikasi tunggal bagi setiap pasien akan memudahkan menemukan rekam medis pasien dan mendokumentasikan pelayanan pasien setiap saat/sewaktu-waktu. ^[6]

Diketahui gambaran kesiapan sarana ditunjukkan dengan alokasi nomor rekam medis sebagai identifikasi pasien yang unik/khas untuk masing-masing pasien. Kesiapan kebijakan/panduan/SPO ditunjukkan dengan tersedianya kebijakan/panduan/SPO tentang pemberian 1 nomor rekam medis diberikan untuk 1 pasien untuk kunjungan pertama dan berlaku seterusnya sesuai dengan lampiran 1. Pelaksanaan terhadap standar MKI. 19 sudah sesuai dengan kebijakan/panduan /SPO.

Pelaksanaan terhadap standar MKI. 19 sudah sesuai dengan kebijakan/panduan/SPO. Dengan demikian RS. Panti Wilasa “Dr. Cipto” Semarang telah melaksanakan proses identifikasi pasien sesuai 2 butir penilaian standar MKI. 19, sehingga dinyatakan Tercapai Penuh dengan persentase kesiapan mencapai 100%.

Dengan tercapainya standar MKI. 19 mampu meminimalkan keadaan yang dapat mengarahkan terjadinya error/kesalahan dalam mengidentifikasi pasien, adalah pasien yang dalam keadaan terbius/tersedasi, mengalami disorientasi, atau tidak sadar sepenuhnya; mungkin bertukar tempat tidur, kamar, lokasi di dalam

rumah sakit; mungkin mengalami disabilitas sensori; atau akibat situasi lain. ^[6]

2. Standar MKI.19.1 dan MKI.19.1.1

Berdasarkan teori KARS, standar MKI.19.1 dan MKI.19.1.1 menyebutkan rekam medis masing-masing pasien harus menyajikan informasi yang memadai/cukup untuk mendukung diagnosis, justifikasi pengobatan yang diberikan, dan untuk mendokumentasikan langkah-langkah/*course* dan hasil pengobatan. Suatu format dan isi yang distandarisasi dari suatu berkas rekam medis pasien membantu meningkatkan integrasi dan kesinambungan pelayanan diantara berbagai praktisi pelayanan kepada pasien. Rumah sakit menetapkan data dan informasi spesifik yang dicatat dalam rekam medis setiap pasien yang dilakukan asesmen atau diobati baik sebagai pasien rawat jalan, emergensi atau rawat inap. Berkas rekam medis setiap pasien yang menerima pelayanan emergensi memuat informasi spesifik yang diidentifikasi dalam standar MKI.19.1.1. ^[6]

a. Standar MKI.19.1

Gambaran kesiapan sarana/prasarana dan kebijakan/ panduan/SPO terhadap standar MKI.19.1 menunjukkan bahwa seluruh elemen penilaian telah tercapai. Sarana yang tersedia yaitu formulir Asesmen Awal Pasien Rawat Inap, sticker identifikasi, formulir Asesmen DPJP, formulir Catatan Perkembangan Terintegrasi, dan formulir-formulir rekam medis pasien rawat inap yang tersedia di unit *assembling*. Selanjutnya kebijakan/panduan /SPO yang tersedia yaitu tentang Isi spesifik rekam medis dan formulir-formulir yang digunakan dalam mendukung pelayanan rekam medis pasien, sticker identifikasi pasien, kelengkapan rekam medis pasien. Sedangkan gambaran kesesuaian

pelaksanaan standar MKI.19.1, terdapat 1 butir elemen penilaian tidak sesuai yaitu butir penilaian 4 tentang jalannya/course dan hasil pengobatan yang ditinjau dari analisa formulir Catatan Perkembangan Terintegrasi sebagai informasi yang memberi justifikasi pelayanan dan pengobatan.

b. Standar MKI.19.1

Gambaran kesiapan sarana/prasarana dan kebijakan/ panduan/SPO terhadap standar MKI. 19.1.1 menunjukkan bahwa seluruh elemen penilaian telah tercapai. Sarana yang tersedia yaitu lembar gawat darurat sebagai sarana dokumentasi rekam medis pasien. Kemudian kebijakan/panduan/SPO yang tersedia yaitu identifikasi pasien di Instalasi Gawat Darurat dan Kebijakan Penyelenggaraan Rekam Medis yang menyebutkan pengisian tanggal, jam kedatangan, instruksi pelayanan dan kelengkapan lembar gawat darurat. Sedangkan dalam Kebijakan Penyelenggaraan Rekam Medis menyebutkan isi rekam medis untuk pasien gawat darurat.

Sedangkan gambaran kesesuaian pelaksanaan diketahui dari 4 butir penilaian standar MKI. 19.1.1 tentang rekam medis pasien emergensi, terdapat 2 butir penilaian tidak sesuai. Ketidakesesuaian pelaksanaan tersebut antara lain, butir penilaian 2 yaitu tentang kelengkapan identifikasi kesimpulan akhir pengobatan pada lembar emergensi. Dari 100 sampel lembar emergensi, hanya 74% dinyatakan lengkap dan 26% tidak lengkap. Kemudian pelaksanaan butir penilaian 3 tentang kelengkapan item kondisi pasien pulang yang dinyatakan lengkap hanya 73% dan 27% tidak lengkap.

Ketidakkelengkapan yang diuraikan dalam pelaksanaan kedua standar tersebut bertentangan dengan teori Huffman EK,

yaitu kelengkapan review pelaporan merupakan prosedur analisa kuantitatif yang harus menegaskan laporan yang akan dilakukan, kapan dan keadaan yang bagaimana karena jika sewaktu-waktu ada pasien yang merasa telah menjadi korban malpraktik pihak rumah sakit bisa menunjukkan DRM yang merupakan bukti tindakan apa saja yang dilakukan dan merupakan bukti hukum yang sah.^[7]

3. Standar MKI. 19.2 dan MKI. 19.3

Berdasarkan teori KARS maksud dan tujuan standar MKI. 19.2 dan MKI. 19.3 disebutkan bahwa salah satu aspek dalam menjaga keamanan informasi pasien adalah menentukan siapa yang berhak memperoleh rekam medis pasien dan mengisi (memasukkan catatan ke dalam) rekam medis pasien. Rumah sakit mengembangkan suatu kebijakan otorisasi individu dan mengidentifikasi isi dan format dalam memasukkan catatan ke rekam medis pasien. Ada proses untuk menjamin bahwa hanya individu yang diberi otorisasi yang mengisi rekam medis pasien dan bahwa setiap pengisian juga mengidentifikasi siapa yang mengisi dan tanggalnya. Kebijakan juga harus meliputi proses bagaimana pengisian dan koreksi / pembetulan atau penulisan ulang catatan dalam rekam medis. Jika dipersyaratkan oleh rumah sakit, waktu pengisian juga dicatat, seperti halnya waktu pengobatan yang waktunya ditetapkan dan waktu pemberian obat.^[6]

a. Standar MKI.19.2

Gambaran kesiapan sarana/prasarana dan kebijakan/ panduan/SPO terhadap standar MKI.19.2 menunjukkan bahwa seluruh elemen penilaian telah tercapai. Sarana yang tersedia yaitu formulir-formulir rekam medis untuk pelaksanaan rekam medis terhadap pasien, pemberian

password untuk akses rekam medis elektronik dalam aplikasi rekam medis di rumah sakit, tersedia pedoman penyelenggaraan rekam medis, tersedia *hardcopy* Kebijakan Penyelenggaraan Rekam Medis dan Standar Prosedur Operasional yang telah disahkan dan ditandatangani Direktur rumah sakit. Kemudian tersedia kebijakan/panduan/SPO tentang otorisasi pengisian rekam medis; Format dan lokasi pengisian rekam medis dan pembetulan dalam penulisan rekam medis pasien.

Sedangkan gambaran kesesuaian pelaksanaan diketahui pelaksanaan butir penilaian 4 dalam standar MKI. 19.2 tentang proses bagaimana pengisian dan koreksi / pembetulan atau penulisan ulang catatan dalam rekam medis tidak memenuhi kriteria kesesuaian. Hasil review pencatatan terhadap proses koreksi 98 sampel dokumen rekam medis di RS Panti Wilasa “Dr. Cipto” Semarang diketahui bahwa pencatatan yang tidak baik sebesar 29,59%. Pencatatan yang tidak baik ditemukan karena proses koreksi yang tidak tepat yaitu coretan lebih dari satu garis sehingga tulisan yang terkoreksi tidak dapat terbaca, selanjutnya tidak terdapat paraf orang yang mengoreksi. Ketidaksesuaian proses koreksi dengan teori mengakibatkan standar MKI. 19.2 butir penilaian 4 tidak tercapai.

Berdasarkan Permenkes nomor 269 tahun 2008, pembetulan dalam rekam medis hanya dapat dilakukan dengan cara pencoretan tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan dan dibubuhi paraf dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan lain yang bersangkutan.^[2]

Menurut Huffman EK, review pencatatan harus dilakukan dengan baik karena analisa kuantitatif tidak bisa

memecahkan masalah tentang isi yang tidak terbaca atau tidak lengkap. Perbaikan kesalahan merupakan aspek yang sangat penting dalam dokumentasi. Perubahan dapat menimbulkan pertanyaan mengenai keontetikan dan kelalaian. Jika ada keraguan mengenai entri dapat diakui dikemudian hari, maka sebaiknya diajak profesi untuk menjadi saksi pada proses koreksi. ^[7]

Dengan demikian diketahui bahwa kesiapan standar MKI. 19.1 di RS. Panti Wilasa “Dr. Cipto” Semarang dinyatakan Tercapai Penuh dengan persentase kesiapan mencapai 80%. Sedangkan kesiapan standar MKI.19.1.1 dinyatakan tercapai Sebagian dengan persentase 50%.

b. Standar MKI. 19.3

Gambaran kesiapan sarana/ prasarana dan kebijakan/panduan/SPO terhadap standar MKI. 19.3 menunjukkan bahwa seluruh elemen penilaian telah tercapai. Sarana yang tersedia yaitu buku ekspedisi untuk penerimaan dokumen pada setiap ruang perawatan, rak *assembling* per ruang perawatan, dan dua buah unit komputer berserta aplikasi ekspedisi yang dilakukan secara komputerisasi. Kemudian tersedia kebijakan/panduan/SPO tentang pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi tanggal, waktu, tanda tangan dan nama serta gelar dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung.

Sedangkan gambaran kesesuaian pelaksanaan diketahui bahwa butir penilaian 3 dalam standar MKI. 19.3 tentang kelengkapan identifikasi waktu/jam pengisian tidak memenuhi kriteria pelaksanaan. Hasil review kelengkapan identifikasi waktu/jam dilakukan terhadap 98

sampel formulir Catatan Perkembangan Terintegrasi. Diperoleh identifikasi waktu/jam lengkap sebesar 78,57% dan tidak lengkap 21,43% sehingga kelengkapan identifikasi waktu/jam tidak sesuai.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 1438 Tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran, kegunaan rekaman kesehatan yang rinci dan bermanfaat menjadi alat penting dalam menilai dan mengelola risiko manajemen. Selain itu rekam kesehatan setiap pasien juga berfungsi sebagai tanda bukti sah yang dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Oleh karena itu rekam medis yang lengkap harus setiap saat tersedia dan berisi data atau informasi tentang pemberian pelayanan kesehatan secara jelas.^[8]

Dengan demikian diketahui bahwa kesiapan standar MKI. 19.2 di RS. Panti Wilasa "Dr. Cipto" Semarang dinyatakan Tercapai Penuh dengan persentase kesiapan mencapai 83,33%. Sedangkan kesiapan standar MKI.19.3 dinyatakan tercapai Sebagian dengan persentase 66,67%.

4. Standar MKI. 19.4

Berdasarkan teori KARS maksud dan tujuan standar MKI. 19.4 yaitu setiap rumah sakit 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 berdasarkan sampel yang mewakili praktisi yang memberikan pelayanan dan jenis pelayanan yang diberikan. Proses review dilaksanakan oleh staf medis, keperawatan dan profesional klinis lainnya

yang relevan dan mempunyai otorisasi untuk mengisi rekam medis pasien. Review berfokus pada ketepatan waktu, kelengkapan, dapat terbaca, dan seterusnya dari rekam medis dan informasi klinis. Isi rekam medis yang dipersyaratkan oleh peraturan dan perundang-undangan dimasukkan dalam proses review rekam medis. Review rekam medis di rumah sakit tersebut termasuk rekam medis dari pasien yang saat ini sedang dalam perawatan dan pasien yang sudah pulang.^[6]

Gambaran kesiapan sarana/prasarana dan kebijakan/ panduan/SPO terhadap standar MKI. 19.4 menunjukkan bahwa seluruh elemen penilaian telah tercapai. Sarana yang tersedia yaitu buku ekpedisi per ruang perawatan, 2 buah unit komputer, aplikasi ekpedisi dokumen rekam medis elektronik, map kertas untuk pengembalian dokumen yang tidak lengkap, 1 unit *printer*. Kemudian tersedia panduan/kebijakan/SPO yaitu :

- a. setiap selesai penggunaan rekam medis oleh unit-unit pelaksana maka berkas rekam medis segera dikembalikan ke unit rekam medis secara lengkap (termasuk didalamnya hasil-hasil pemeriksaan penunjang atau hasil pemeriksaan lainnya yang kesemuanya terkait dengan hasil pelayanan pasien) sesuai dengan ketetapan yang sudah ditentukan.
- b. Rekam medis rawat inap harus dibuat segera dan dilengkapi setelah pasien menerima pelayanan atau paling lama 2x24 jam setelah pasien selesai menerima pelayanan medis.
- c. Unit rekam medis mengkoordinasikan unit-unit lainnya untuk melaksanakan review rekam medis sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan rumah sakit.

d. Standar Prosedur Operasional tentang suatu tata cara yang berhubungan dengan Perakitan Dokumen Rekam Medis rawat inap dan evaluasi ketidaklengkapan pengisian catatan medis.

Sedangkan gambaran kesesuaian pelaksanaan diketahui butir penilaian 6 standar MKI.19.4 tentang proses review rekam medis pasien yang masih aktif dirawat dan pasien yang sudah pulang tidak sesuai dengan pelaksanaan di RS. Panti Wilasa “Dr. Cipto” Semarang. Pelaksanaan review rekam medis pasien hanya dilakukan terhadap rekam medis pasien yang sudah pulang, sedangkan rekam medis pasien yang masih aktif dirawat belum dilaksanakan. Rencana pelaksanaan rekam medis pasien yang masih aktif dirawat akan dilakukan pada bulan juli 2015. Sehingga butir penilaian 6 dalam standar 19.4 tidak tercapai.

Menurut Huffman, EK, kelengkapan dokumen rekam medis yang dilakukan saat pasien dalam perawatan disebut *Concerrent analysis*.^[7] Dengan dilakukannya analisa kelengkapan tersebut, akan lebih cepat mengetahui ketidaklengkapan dokumen rekam medis pasien dalam masa perawatan sehingga memungkinkan untuk segera dilengkapi. Sehingga pelaksanaan *Concerrent analysis* di RS. Panti Wilasa “Dr. Cipto” belum sesuai teori.^[7]

Dengan demikian diketahui bahwa kesiapan standar MKI. 19.4 di RS. Panti Wilasa “Dr. Cipto” Semarang dinyatakan Tercapai Penuh dengan persentase kesiapan mencapai 85,71%.

SIMPULAN

Guna mempersiapkan akreditasi KARS standar MKI.19-MKI19.4 RS. Panti Wilasa “Dr. Cipto” telah menetapkan :

1. Pokja (kelompok kerja) yang mengelola standar MKI.19-MKI.19.4
2. 1 kebijakan penyelenggaraan rekam medis, 3 panduan (Panduan Pendaftaran, Panduan Pengisian Dokumen, Panduan Identifikasi Pasien), 2 pedoman (Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis dan Pedoman Organisasi), dan 7 Standar Prosedur Operasional (SPO)
3. sarana/prasarana yang mendukung pelaksanaan standar MKI.19-MKI.19.4 seperti Alokasi nomor rekam medis dan folder dokumen, Formulir-formulir rekam medis, Buku ekpedisi, *password* pada setiap unit komputer.

Pelaksanaan terhadap 27 butir elemen penilaian standar MKI.19-MKI.19.4 yang ditinjau diperoleh kesiapan total seluruh standar mencapai 77,78%. Sedangkan persentase per standar diuraikan sebagai berikut :

1. Standar MKI. 19 mencapai 100%
2. Standar MKI. 19.1 mencapai 80%
3. Standar MKI. 19.1.1 mencapai 50%
4. Standar MKI. 19.2 mencapai 83,33%
5. Standar MKI. 19.3 mencapai 66,67%
6. Standar MKI. 19.4 mencapai 85,71%

SARAN

Meningkatkan komunikasi dan kerjasama berupa sosialisasi antar tenaga kesehatan yang berperan dalam pengisian dokumen rekam medis, sehingga meningkatkan kepedulian tentang kelengkapan dan kualitas dokumen rekam medis dalam mengupayakan kesinambungan informasi medis pasien.

DAFTAR PUSTAKA

1. Republik Indonesia. 2009. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Lembaran Negara RI Tahun 2009, No. 44. Sekretariat Negara. Jakarta.
2. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2008. Peraturan Menteri Kesehatan No. 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis. Lembaran Negara RI Tahun 2008, No. 269. Sekretariat Negara. Jakarta.
3. Depkes RI. 1997. *Buku Pedoman Catatan Medik Rumah Sakit*. Direktorat Jendral Pelayanan Medik. Jakarta
4. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2012. Peraturan Menteri Kesehatan No. 012 Tahun 2012 tentang Akreditasi Rumah Sakit. Lembaran Negara RI Tahun 2012, No. 012. Sekretariat Negara. Jakarta.
5. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2011. Peraturan Menteri Kesehatan No. 417 Tahun 2011 tentang Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Lembaran Negara RI Tahun 2011, No. 417. Sekretariat Negara. Jakarta.
6. Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Instrumen Akreditasi Rumah Sakit Standar Akreditasi Versi 2012. 2012. Jakarta.
7. Huffman, EK. *Translation in Health Information Management*. Jeniffer Coffey, RRA. 1999.
8. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 1997. Peraturan Menteri Kesehatan No. 1438 Tahun 2010 tentang Standar Pelayanan

Kedokteran. Lembaran Negara RI Tahun 2010, No. 1438. Sekretariat Negara. Jakarta.