

BAHAN AJAR
REKAM MEDIS DAN
INFORMASI KESEHATAN (RMIK)

MANAJEMEN MUTU INFORMASI KESEHATAN II: AKREDITASI DAN MANAJEMEN RESIKO

Siswati
Yati Maryati





PUSAT PENDIDIKAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
EDISI TAHUN 2017

BAHAN AJAR
REKAM MEDIS DAN
INFORMASI KESEHATAN (RMIK)

MANAJEMEN MUTU INFORMASI KESEHATAN II: AKREDITASI DAN MANAJEMEN RESIKO

Siswati
Yati Maryati

Hak Cipta dan Hak Penerbitan dilindungi Undang-undang

Cetakan pertama, Oktober 2017

Penulis : *Siswati, A.Md.PerKes,SKM,MKM*

Pengembang Desain Instruksional : *Dr. Ari Juliana, M.A.*

Desain oleh Tim P2M2 :

Kover & Ilustrasi : *Faisal Zamil, S.Des.*

Tata Letak : *Nono Suwarno*

Jumlah Halaman : 145

DAFTAR ISI

BAB I: KONSEP MANAJEMEN MUTU, INFORMASI KESEHATAN DAN STANDAR, INDIKATOR SERTA MONITORING MUTU	1
Topik 1.	
Manajemen Mutu Informasi Kesehatan	3
Latihan	12
Ringkasan	13
Tes 1	13
Topik 2.	
Standar, Indikator, Monitoring Mutu di Unit Rekam Medis dan Informasi Kesehatan	15
Latihan	17
Ringkasan	17
Tes 2	18
KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	20
DAFTAR PUSTAKA	21
BAB II: STANDAR WAKTU PELAYANAN REKAM MEDIS INFORMASI KESEHATAN, NUMERATOR DAN DENOMINATOR	22
Topik 1.	
Standar Waktu Pelayanan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan	24
Latihan	26
Ringkasan	26
Tes 1	27
Topik 2.	
Numerator dan Denominator Indikator Mutu	29
Latihan	34
Ringkasan	35
Tes 2	35
KUNCI JAWABAN TES	37
DAFTAR PUSTAKA	38

BAB III: PENGGUNAAN METODE TULANG IKAN DAN <i>SIKLUS PLAN-DO-STUDY-ACTION</i>	39
Topik 1.	
Metode Sebab Akibat/Tulang Ikan (<i>Fishbone</i>)	41
Latihan	44
Ringkasan	45
Tes 1	45
Topik 2.	
Siklus Plan-Do-Study-Action (PDSA)	47
Latihan	52
Ringkasan	56
Tes 2	56
KUNCI JAWABAN TES	58
DAFTAR PUSTAKA	59
BAB IV: STANDAR PELAYANAN REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN SESUAI AKREDITASI RUMAH SAKIT DAN FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN LAINNYA	60
Topik 1.	
Standar Akreditasi Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya	62
Latihan	70
Ringkasan	70
Tes 1	71
Topik 2.	
Standar Pelayanan Rekam Medis Dalam Versi Akreditasi Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya	73
Latihan	88
Ringkasan	89
Tes 2	89
KUNCI JAWABAN TES	91
DAFTAR PUSTAKA	92

BAB V: PROGRAM KESELAMATAN PASIEN DI UNIT REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN	93
Topik 1.	
Tujuan dan Manfaat Program Keselamatan Pasien	94
Latihan	100
Ringkasan	100
Tes 1	100
Topik 2.	
Sasaran Keselamatan Pasien	102
Latihan	109
Ringkasan	110
Tes 2	110
KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	112
DAFTAR PUSTAKA	113
BAB VI: BENTUK RISIKO YANG TERJADI DI UNIT REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN	114
Topik 1.	
Risiko di Unit Rekam Medis	116
Latihan	122
Ringkasan	123
Tes 1	123
Topik 2.	
<i>Failure Mode and Effects Analysis (FMEA)</i>	125
Latihan	135
Ringkasan	135
Tes 2	135
KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	137
GLOSARIUM	138
DAFTAR PUSTAKA	139

BAB I

KONSEP MANAJEMEN MUTU, INFORMASI KESEHATAN DAN STANDAR, INDIKATOR SERTA MONITORING MUTU

Siswati, A.Md.PerKes,SKM,MKM

PENDAHULUAN

Manajemen informasi kesehatan di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya berkembang dari waktu ke waktu. Kebutuhan informasi menjadi penting dalam pengambilan keputusan bagi manajemen tingkat atas maupun tingkat menengah. Agar mutu informasi kesehatan selalu terjaga dan terus meningkat serta berkesinambungan, perlu dikelola dengan baik.

Pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan merupakan subsistem pelayanan kesehatan di rumah sakit maupun fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Pengelolaannya dimulai dari sistem pendaftaran pasien sampai penyimpanan rekam medis. Sebagai unit pengolah data, informasi kesehatan merupakan keluaran dari unit rekam medis dan informasi kesehatan.

Konsep manajemen mutu informasi kesehatan dan standar, indikator serta monitoring mutu di setiap sistem rekam medis dan informasi kesehatan perlu diberikan kepada mahasiswa untuk pembekalan. Dengan mempelajari konsep manajemen mutu informasi kesehatan dan standar, indikator serta monitoring mutu di setiap sistem di unit rekam medis dan informasi kesehatan, mahasiswa dapat menggunakannya dalam upaya meningkatkan mutu dan menjaga mutu informasi kesehatan.

Agar dapat memahami konsep 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 konsep dasar manajemen mutu informasi kesehatan dan standar, indikator serta monitoring mutu di setiap sistem di unit rekam medis dan informasi kesehatan. Sedangkan secara khusus setelah mempelajari modul ini, Anda diharapkan dapat menjelaskan tentang:

1. Manajemen mutu informasi kesehatan
2. Standar, indikator, monitoring mutu di unit rekam medis dan informasi kesehatan

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

Topik 1, membahas tentang manajemen mutu informasi kesehatan;

Topik 2, membahas tentang standar, indikator, monitoring mutu di unit rekam medis dan informasi kesehatan.

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 Mutu Informasi Kesehatan

Peranan unit rekam medis dan informasi kesehatan di rumah sakit maupun di fasilitas pelayanan kesehatan lain merupakan unit pengumpul data, pengolah data menjadi informasi hingga menyajikan informasi kesehatan kepada pengguna baik internal maupun eksternal. Bagian-bagian di rumah sakit maupun fasilitas pelayanan kesehatan lainnya akan menggunakan informasi kesehatan untuk pengambilan keputusan dalam menyusun perencanaan ke depan.

Kegiatan rekam medis dan informasi kesehatan dimulai sejak pengumpulan data di bagian pendaftaran pasien rawat inap dan rawat jalan. Data yang sudah lengkap dalam rekam medis diolah dan dianalisis untuk menjadi informasi kesehatan yang bermanfaat. Hasil olahan disajikan untuk kebutuhan internal yaitu pimpinan tingkat atas, menengah maupun bagian lainnya. Contoh, Instalasi Gizi akan menggunakan data dan informasi dari rekam medis untuk menyusun rencana jumlah porsi makanan yang harus disiapkan. Data pengisian pasien rawat, pasien masuk rawat dan hari perawatan akan dapat menyusun rencana jumlah porsi makanan yang disiapkan. Dengan mengetahui data pasien dengan makanan diit khusus, maka Instalasi Gizi dapat menyiapkan jumlah makanan diit dan jenis diitnya. Contoh lain, Instalasi Farmasi akan menyusun perencanaan pembelian obat dan alat kesehatan membutuhkan data jumlah dan jenis penyakit terbanyak dalam periode tertentu. Oleh karena itu, data dan informasi kesehatan yang dihasilkan oleh unit rekam medis dan informasi kesehatan harus bermutu.

Dalam mengelola data rekam medis dan informasi kesehatan, seorang Perkam Medis dan Informasi Kesehatan berperan penting dalam meningkatkan mutu dan informasi kesehatan. Mengingat informasi kesehatan dapat digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan manajemen, perlu dikelola dengan tepat dan profesional. Unit rekam medis dan informasi kesehatan sebagai organisasi, fungsi-fungsi manajemen yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, penggerakkan dan pengawasan secara berkesinambungan dalam menjaga dan meningkatkan mutu informasi kesehatan. Di bawah ini gambar siklus fungsi-fungsi manajemen yang satu sama lain saling terkait.



Gambar 1.1. Fungsi-fungsi Manajemen

A. MANAJEMEN MUTU

Pada subtopik ini, Anda diberikan gambaran tentang pengertian manajemen, fungsi-fungsi manajemen dan definisi mutu.

1. Definisi Manajemen

Dalam kegiatan sehari-hari baik formal maupun tidak formal, sebenarnya kita sudah menerapkan manajemen dengan fungsi-fungsinya. Misalnya membuat rencana kegiatan, bagaimana melakukan kegiatan tersebut dan siapa saja yang melakukan. Contoh mahasiswa akan mengadakan kegiatan studi banding ke universitas lain, tentu melaksanakan fungsi-fungsi manajemen. Menyusun perencanaan yang terdiri dari tempat studi banding yang akan dipilih, siapa saja panitianya, berapa biayanya dan lain-lain.

Ada berbagai definisi manajemen yang dapat dijumpai di perpustakaan. Definisi manajemen menurut Chandra Yoga Aditama dalam bukunya Manajemen Administrasi Rumah Sakit, Edisi Kedua 2004 menyebutkan manajemen adalah suatu seni dalam menyelesaikan pekerjaan melalui orang lain. George Terry masih dalam buku yang sama pada dasarnya menyatakan bahwa manajemen terdiri dari *planning, organizing, staffing, directing, coordinating, operating, reporting, budgeting dan supervising* (POSDCORBS). Chandra Yoga Aditama juga menyebutkan bahwa fungsi-fungsi manajemen menurut Henry Fayol meliputi *planning, organizing, commanding, dan controlling*. Kadarman dan Udaya (1993) menyampaikan bahwa manajemen adalah suatu rentetan langkah yang terpadu yang mengembangkan suatu organisasi sebagai suatu sistem yang bersifat sosio, ekonomi, teknis. Sosio berarti menunjukkan peran penting manusia dalam menggerakkan seluruh sistem organisasi. Ekonomi berarti kegiatan dalam sistem organisasi ini bertujuan memenuhi

kebutuhan hakiki manusia. Teknis berarti dalam kegiatan ini digunakan alat dan cara tertentu secara sistematis.

Abdelhak Mervat (2001: *Health Information: Management of a Strategic Resource, Second Edition*, halaman 476) menulis bahwa *Management is a term used to describe a variety of things in contemporary organization. Sometimes it is used to describe a groups of people who “get things done through other people”*.

Menurut Gemala Hatta (2008: Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan: halaman 311) manajemen adalah proses perencanaan, pengorganisasian dan memimpin berbagai kegiatan suatu organisasi formal. Dapat dikatakan bahwa sebenarnya manajemen adalah proses mencapai tujuan melalui orang lain. Seorang manajer tidak melakukan pekerjaannya sendiri tetapi melalui staf yang diatur dan dibagi tugasnya untuk melaksanakan pekerjaan untuk mencapai tujuan organisasi. Manajer adalah orang yang melaksanakan fungsi-fungsi manajemen.

Menurut IBISA (2011: Keamanan Sistem Informasi: halaman 29) yang dimaksud manajer adalah seseorang yang secara fungsional membawahi dan bertanggung jawab atas karyawan yang bekerja di perusahaan. Dalam buku yang sama dikatakan apa saja tanggung jawab manajer. Di bawah ini tanggung jawab manajer yang disesuaikan dengan pekerjaan di unit rekam medis dan informasi kesehatan antara lain :

- a. Memastikan agar semua karyawan bawahannya mengetahui tanggung jawab mereka dan peraturan keamanan sistem rekam medis dan informasi kesehatan yang berlaku serta memonitor agar mereka tetap mematuhi.
- b. Memastikan agar staf bagiannya memiliki sumber daya dan keahlian yang memadai untuk melaksanakan tanggung jawab mereka atas keamanan rekam medis dan informasi kesehatan.
- c. Memastikan agar karyawan bawahannya mendapat akses ke sistem rekam medis dan informasi kesehatan sesuai dengan fungsi yang mereka emban.
- d. Mengatur pemisahan tugas/pekerjaan karyawan di bagiannya sesuai dengan fungsi mereka yang berkaitan dengan system rekam medis dan informasi kesehatan sesuai dengan otoritas yangdiberikan.
- e. Memastikan agar setiap personel mengetahui bagaimana cara pengamanan keamanan rekam medis dan informasi kesehatan berfungsi yang telah diintegrasikan dalam prosedur kerja harian.
- f. Bertindak cepat dan tepat waktu sesuai dengan kemampuannya apabila terjadi kejadian yang akan mengganggu kelancaran pekerjaan operasional sehari-hari berkaitan dengan system rekam medis dan informasi kesehatan. Ia harus memastikan agar *user* mengetahui apa yang harus diperbuat saat layanan komputer yang dibutuhkan tidak bekerja seperti yang seharusnya.
- g. Memastikan agar perusahaan tidak tergantung pada satu orang saja untuk setiap pekerjaan utama.

2. Fungsi-Fungsi Manajemen

Kathleen M. La Tour (2010: *Health Information Management Concept, Principles, and Practice, Third Edition*: halaman 626), menyatakan ada 5(lima) fungsi manajemen dalam organisasi modern menurut Henry Fayol. *Planning consist of examining the future and preparing plans of action to attain goals; Organizing includes the ways in which the managed systemis designed and operated to attain the desired goal; Leading(sometimes also called directing) is the processof influencing the behavior of others; Controlling refers to the monitoring of performance and use of feedback to ensure that efforts are not target toward prescribeed goals, making course corrections as necessary.*

Abdelhak Mervat (2001: *Health Information: Management of a Strategic Resource, Second Edition*, halaman 476) menyatakan ada 5(lima) fungsi manajemen dalam organisasi. *Planning (establishing organizational and work group goals); Organizing (structuring the tasks to accomplish goals); Controlling(ensuringthat performance is on target and progressing toward goal accomplishment);Decision making (generating and selecting alternative ways of accomplishing goals); Leading (motivating and inspiring behavior toward the accomplishment of organizational goals).*

Menurut Gemala Hatta (2008: *Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*: halaman 313-315) menyatakan bahwa fungsi-fungsi manajemen terdiri dari: Perencanaanadalah proses kegiatan yang dilakukan di masa depan; Pengorganisasian adalah pengaturan pekerjaan dalam kerja tim sesuai dengan fungsi kerjanya (*job function*); Pengawasan adalahkegiatan pengawasan pada proses kerja dan pengelolaan sumber daya lainnya; Pengambilan Keputusan merupakan fungsi kerja sama antara manajer atau pimpinan terhadap staf di bawah jajarannya untuk mencapai misi unit kerja; Kepemimpinan adalah seni memobilisasi orang lain untuk rela berjuang menggapai aspirasi bersama.

Kelima fungsi-fungsi manajemen tidak dapat dipisah, harus salig terkait. Pengorganisasian adalah menetapkan staf, mengelompokkan pekerjaan, membagi tugas sesuai dengan yang telah direncanakan. Penggerakkan adalah memberikan motivasi agar staf dapat melaksanakan tugas untuk mencapai tujuan sesuai yang telah ditetapkan dalam perencanaan. Pengawasan adalah kegiatan melakukan pemantauan untuk perbaikan selama pekerjaan masih berjalan, apakah sudah sesuai perencanaan atau tidak. Pengawasan tidak dapat dilaksanakan jika tidak ada perencanaan. Oleh karena itu perencanaan selalu ada di setiap fungsi-fungsi manajemen lainnya.

3. Definisi Mutu

Sistem informasi manajemen rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan sudah sangat berkembang pesat. Jumlah rumah sakit makin bertambah, sehingga masyarakat akan mudah memilih pelayanan rumah sakit maupun fasilitas pelayanan kesehatan mana yang dirasa terbaik dan bermutu.

Paradigma pelayanan kesehatan di rumah sakit saat ini adalah pelayanan berfokus pada pasien. Hal ini juga ditetapkan dalam standar akreditasi rumah sakit yang wajib dilaksanakan setiap 3(tiga) tahun. Dalam standar akreditasi rumah sakit program

peningkatan mutu dan keselamatan pasien menjadi fokus utama dari pelayanan di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Begitu pula rumah sakit akan terus memberikan pelayanan terbaiknya bagi masyarakat pengguna jasa kesehatannya. Mutu pelayanan di rumah sakit maupun fasilitas pelayanan kesehatan lainnya menjadi hal penting yang perlu diperhatikan.

Pengertian mutu dapat ditemukan di beberapa buku referensi, namun menurut Chandra Yoga A (2004: Manajemen Administrasi Rumah Sakit: halaman 173) dikatakan bahwa mutu produk dan jasa dari pemasaran, rekayasa, pembuatan dan pemeliharaan yang membuat produk dan jasa yang digunakan memenuhi harapan pelanggan. Kementerian Kesehatan (2013: Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit: halaman 3) menyatakan bahwa mutu pelayanan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang di satu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar kode etik profesi yang telah ditetapkan. Definisi lain menyatakan bahwa mutu pelayanan kesehatan biasanya mengacu pada kemampuan rumah sakit memberi pelayanan yang sesuai dengan standar profesi kesehatan dan diterima oleh pasiennya.

Menurut Kathleen M. La Tour (2010: Health Information Management Concept, Principles, and Practice, Third Edition: halaman 518) *quality is assumed to give an enhanced worth or value to a product or service.*

Mutu adalah barang atau jasa yang terbebas dari cacat dan kekurangan, apapun bentuk jasa yang diberikan. Contoh: pada saat kita akan mengikuti program studi pastinya akan memilih institusi pendidikan yang bermutu dengan nilai akreditasi A. Begitu pula jika kita ingin membeli suatu produk atau barang, tentunya kita akan memilih barang yang bermutu, baik dilihat dari bahannya, bentuknya, modelnya dan enak serta nyaman dipakai.

B. INFORMASI KESEHATAN

Pada subtopik ini, Anda diberikan gambaran tentang pengertian informasi kesehatan, kualitas informasi dan definisi kesehatan.

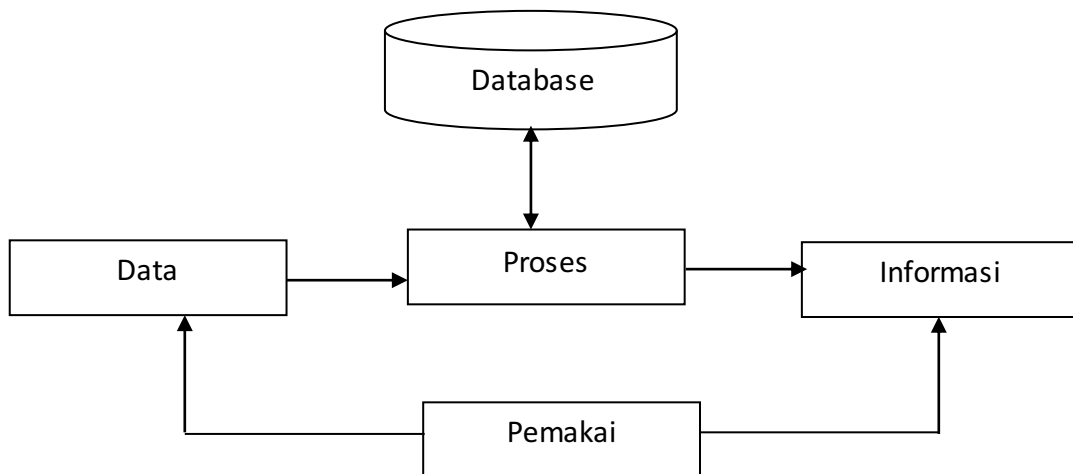
1. Informasi

Menurut Yakub (2012: Pengantar Sistem Informasi : halaman 10) dikatakan bahwa istilah “data” dan “informasi” sering saling tukar pemakaiannya, walaupun sebenarnya ada perbedaan. Data adalah bahan baku yang diolah untuk memberikan informasi. Sedangkan informasi dihubungkan dengan pengambilan keputusan. Oleh karena itu informasi dapat dianggap memiliki tingkat yang lebih tinggi dan aktif daripada data. Informasi kesehatan dibutuhkan untuk perencanaan, pengorganisasian, penggerakkan pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi. Oleh karena itu mutu informasi harus terjaga.

Sebagaimana telah dibahas pada halaman sebelumnya, unit rekam medis dan informasi kesehatan adalah unit pengumpul data pasien sejak identifikasi. Menurut Yakub

(2012: Pengantar Sistem Informasi : halaman 8) informasi adalah data yang diolah menjadi bentuk lebih berguna dan lebih berarti bagi yang menerimanya. Informasi juga disebut data yang diproses atau data yang memiliki arti. Masih dalam buku yang sama, informasi merupakan data yang telah diproses sedemikian rupa sehingga meningkatkan pengetahuan seseorang yang menggunakannya. Menurut Chandra Yoga A (2004: Manajemen Administrasi Rumah Sakit: halaman 134) informasi adalah pengetahuan yang berguna yang bahannya didapat dari data yang ada.

Para pembuat keputusan memahami bahwa informasi menjadi faktor kritis dalam menentukan kesuksesan atau kegagalan dalam suatu bidang usaha. Sistem apapun tanpa ada informasi tidak akan berguna, karena sistem tersebut akan mengalami kemacetan dan akhirnya berhenti. Informasi dapat berupa data mentah, data tersusun, kapasitas sebuah saluran informasi dan sebagainya. Hubungan antara data informasi digambarkan sebagai berikut.

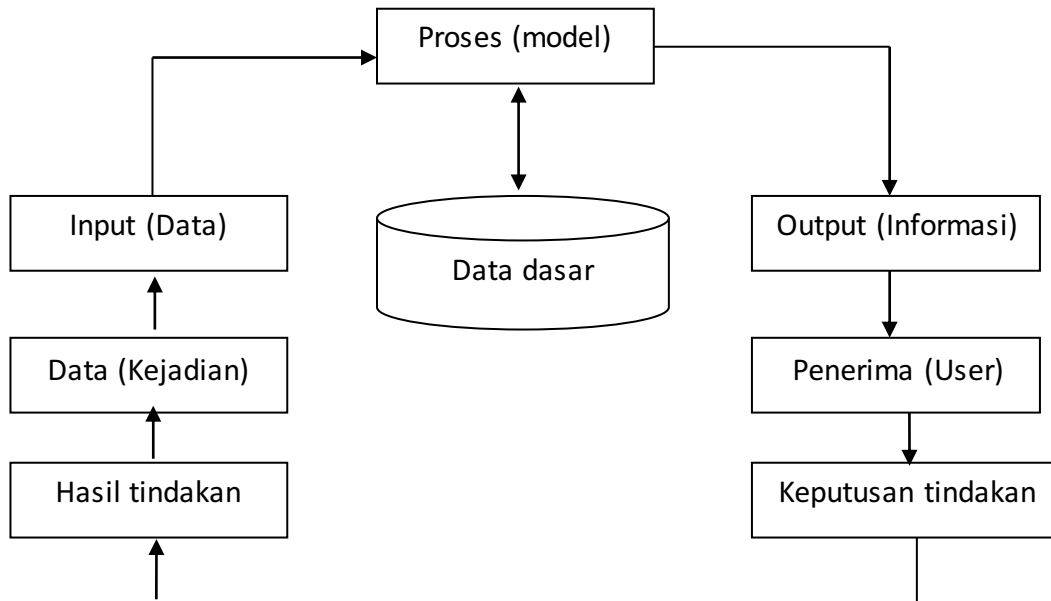


Gambar 1.2. Pemrosesan Data Menjadi Informasi

a. *Siklus Informasi (information Cycle)*

Siklus informasi (*information cycle*) atau siklus pengolahan data (*data processing cycle*) adalah gambaran secara umum mengenai proses terhadap data sehingga menjadi informasi yang bermanfaat bagi pengguna. Informasi yang menghasilkan informasi berikutnya, demikian seterusnya proses pengolahan data menjadi informasi. Untuk memperoleh informasi yang bermanfaat bagi penerimanya, perlu untuk dijelaskan bagaimana siklus yang terjadi atau dibutuhkan dalam menghasilkan informasi seperti yang ditulis oleh Yakub (2012: Pengantar Sistem Informasi : halaman 11). Siklus informasi digambarkan sebagai berikut.

- 1) Pertama data dimasukkan dalam amodel yang umumnya memiliki urutan proses tertentu dan pasti, setelah diproses akan menghasilkan nilai yang bermanfaat bagi penerima sebagai dasar dalam membuat keputusan atau melakukan tindakan tertentu.
- 2) Kemudian dari keputusan atau tindakan tersebut akan menghasilkan atau diperoleh kejadian-kejadian tertentu yang akan digunaka kembali sebagai data yang nantinya akan dimasukkan ke dalam proses, dan akan begitu seterusnya.



Gambar 1.3. Siklus Informasi

b. Informasi dan Tingkat Manajemen

Menurut Yakub (2012: Pengantar Sistem Informasi : halaman 12-13) dikatakan bahwa semua tingkatan manajemen membutuhkan informasi sebagai dasar pengambilan keputusan. Sistem informasi mempunyai peranan yang sangat penting dalam menyediakan informasi untuk setiap tingkatan. Setiap kegiatan dan keputusan yang diambil dalam tingkatan manajemen yang berbeda membutuhkan informasi yang berbeda pula. Oleh karena itu system informasi manajemen harus menyediakan informasi yang relevan dan berguna bagi pembuat keputusan.

Berdasarkan tingkatan manajemen pada suatu organisasi, informasi dapat dikelompokkan berdasarkan informasi strategis, taktis, dan teknis.

- 1) Informasi strategis, digunakan untuk mengambil keputusan jangka panjang, mencakup informasi eksternal seperti: tindakan bersaing, langganan dan rencana perluasan perusahaan. Informasi ini digunakan untuk kegiatan manajerial tingkat atas (*top management*), pada umumnya mempunyai daya jangkau untuk waktu 5 sampai 15 tahun.
- 2) Informasi taktis, digunakan untuk mengambil keputusan jangka menengah, mencakup informasi *trend* penjualan yang dapat dipakai untuk menyusun rencana penjualan. Informasi ini digunakan untuk manajerial tingkat menengah (*middle management*), pada umumnya dengan daya jangkau 1(satu) tahun.
- 3) Informasi teknis, digunakan untuk keperluan organisasi sehari-hari, seperti; informasi persediaan, retur penjualan dan laporan kas harian. Informasi ini digunakan oleh kegiatan manajerial tingkat bawah (*low managerial*), pada umumnya mempunyai daya jangkau dalam hitungan beberapa hari.

c. *Karakteristik Informasi*

Untuk mendukung keputusan yang akan dilakukan oleh manajemen dalam suatu organisasi atau perusahaan, maka manajemen membutuhkan informasi yang berguna. Untuk tiap-tiap tingkatan manajemen dengan kegiatan yang berbeda-beda, dibutuhkan informasi yang berbeda-beda pula. Menurut Yakub (2012: Pengantar Sistem Informasi : halaman 13-14) karakteristik informasi antara lain:

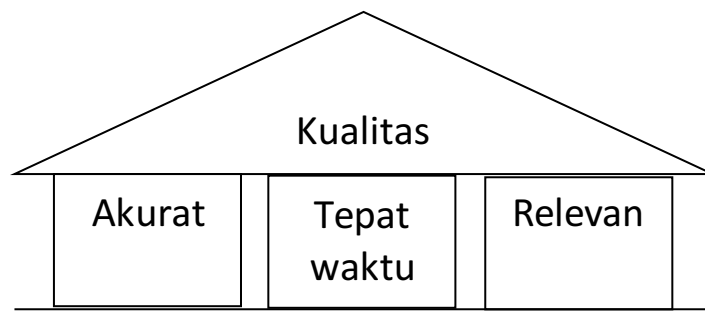
- 1) Kepadatan informasi, untuk manajemen tingkat bawah karakteristik informasinya adalah terperinci (detail) dan kurang padat, karena digunakan untuk pengendalian operasi. Sedangkan untuk manajemen yang lebih tinggi tingkatannya mempunyai karakteristik informasi yang semakin tersaring, lebih ringkas dan padat.
- 2) Luas informasi, manajemen bawah karakteristik informasi adalah terfokus pada suatu masalah tertentu, karena digunakan oleh manajer bawah yang mempunyai tugas khusus. Untuk manajer tingkat tinggi karakteristik informasi yang semakin luas, karena manajemen atas berhubungan dengan masalah yang luas.
- 3) Frekuensi informasi, manajemen tingkat bawah frekuensi informasi yang diterimanya adalah rutin, karena digunakan oleh manajer bawah yang mempunyai tugas terstruktur dengan pola yang berulang ulang dari waktu ke waktu. Manajemen tingkat tinggi frekuensi informasinya adalah tidak rutin atau adhoc (mendadak), karena manajemen tingkat atas berhubungan dengan pengambilan keputusan tidak terstruktur yang pola dan waktunya tidak jelas.
- 4) Akses informasi, level bawah membutuhkan informasi yang periodenya berulang-ulang sehingga dapat disediakan oleh bagian sistem informasi yang memberikan dalam bentuk laporan periodik. Dengan demikian akses informasi tidak dapat secara *online* tetapi dapat secara *offline*. Sebaliknya untuk level lebih tinggi, periode informasi yang dibutuhkan tidak jelas sehingga manajer-manajer tingkat atas perlu disediakan akses *online* untuk mengambil informasi kapanpun mereka membutuhkan
- 5) Waktu informasi, manajemen tingkat bawah, informasi yang dibutuhkan adalah informasi historis, karena digunakan oleh manajer bawah di dalam pengendalian operasi yang memeriksa tugas-tugas rutin yang sudah terjadi. Untuk manajemen tingkat tinggi waktu informasi lebih ke masa depan berupa informasi prediksi karena digunakan untuk pengambilan keputusan strategis yang menyangkut nilai masa depan.
- 6) Sumber informasi, karena manajemen tingkat bawah lebih berfokus pada pengendalian internal perusahaan, maka manajer-manajer tingkat bawah lebih membutuhkan informasi dengan data yang bersumber dari internal perusahaan sendiri. Manajer tingkat atas lebih berorientasi pada masalah perencanaan strategik yang berhubungan dengan lingkungan luar perusahaan. Karena itu membutuhkan informasi dengan data yang bersumber pada eksternal perusahaan.

2. Kualitas Informasi

Menurut Yakub (2012: Pengantar Sistem Informasi : halaman 8) kualitas dari suatu informasi dapat dilihat dari dimensi-dimensi yang dimiliki oleh informasi. Menurut

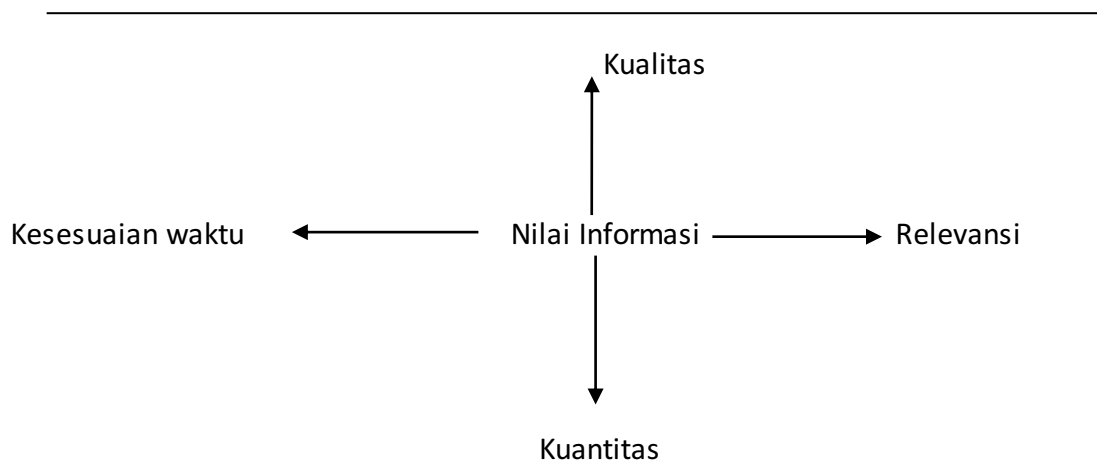
(Jogiyanto, 1999) kualitas dari informasi (*Quality of information*) tergantung dari tiga hal yaitu *accurate*, *timeliness* dan *relevance*.

- a. Akurat (*accurate*), berarti informasi harus bebas dari kesalahan-kesalahan dan tidak menyesatkan. Akurat juga berarti informasi harus jelas mencerminkan maksudnya. Informasi harus akurat karena dari sumber informasi sampai ke penerima informasi kemungkinan banyak terjadi gangguan (*noise*) yang dapat merusak informasi.
- b. Tepat waktu (*timeliness*), berarti informasi tersebut datang pada penerima tidak boleh terlambat. Informasi yang sudah usang tidak akan mempunyai nilai lagi, karena informasi merupakan landasan di dalam pengambilan keputusan.
- c. Relevan (*relevance*), berarti informasi tersebut mempunyai manfaat untuk pemakainya dan relevansi informasi untuk tiap-tiap orang akan berbeda-beda.



Gambar 1.4. Pilar kualitas informasi

Menurut Chandra Yoga A (2004: Manajemen Administrai Rumah Sakit: halaman 134) Nilai informasi ditentukan oleh siapa yang menggunakan informasi tersebut. Berbagai tingkat manajemen membutuhkan informasi yang berbeda cakupan dan kedalamannya. Agar informasi dapat punya nilai yang baik, maka ada 4(empat) faktor yang berperan, yaitu kualitas, relevansi, kuantitas dan kesesuaian waktu. Kualitas ditentukan dengan seberapa akuratnya informasi itu menggambarkan keadaan sebenarnya. Relevansi menunjukkan seberapa bergunanya informasi itu untuk pengambilan keputusan. Kuantitas dinilai dalam seberapa besar informasi yang tersedia bila dibutuhkan. Kesesuaian waktu diartikan sebagai informasi yang tersedia tepat waktu sesuai kebutuhan.



3. Definisi Kesehatan

Sehat jasmani dan rohani mutlak dimiliki oleh setiap orang. Dengan individu yang sehat akan dapat berkarya dan menghasilkan kinerja yang baik. Rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan memiliki peran yang sangat strategis dalam upaya mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat Indonesia.

Dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan ditetapkan bahwa kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Begitu juga ketentuan dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dikatakan bahwa kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi.

Latihan

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

Contoh kasus

Saudara sebagai penanggung jawab di bagian pendaftaran pasien baru selama 2 (dua) tahun. Pimpinan menunjuk Saudara sebagai kepala unit rekam medis untuk menggantikan kepala unit yang dipromosikan ke bagian lain. Sebagai kepala unit langkah-langkah apa saja yang akan dilakukan, mengingat manajer mempunyai tugas melaksanakan fungsi-fungsi manajemen.

Petunjuk Jawaban Latihan

Perhatikan konsep yang disampaikan oleh Gemala Hatta (2008: Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan: halaman 313-315).

Ringkasan

Manajemen mutu informasi kesehatan didefinisikan sebagai upaya meningkatkan mutu informasi kesehatan melalui fungsi-fungsi manajemen yaitu perencanaan, pengorganisasian, penggerakkan dan pengawasan. Manajemen mutu informasi kesehatan menjadi penting karena informasi kesehatan yang dihasilkan oleh unit rekam medis dan informasi kesehatan akan digunakan oleh para pengambil keputusan.

Kemampuan dan ketrampilan yang harus dimiliki oleh seorang Perkam Medis dan Informasi Kesehatan dalam mengelola mutu informasi kesehatan sangat dibutuhkan untuk menghasilkan informasi kesehatan yang berkualitas.

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Informasi kesehatan sebagai output dari unit rekam medis dan informasi kesehatan harus selalu ditingkatkan dan dijaga mutunya. Upaya apa yang harus dilakukan oleh penanggung jawab unit untuk hal tersebut?
 - A. Mengukur mutu
 - B. Melakukan mutu
 - C. Melaksanakan mutu
 - D. Meningkatkan mutu

- 2) Saudara diterima sebagai karyawan di sebuah rumah sakit yang sedang menyiapkan ruangan kerja rekam medis dan informasi kesehatan. Saudara diminta mengelompokkan pekerjaan, membagi tenaga yang ada dan membuat jadwal tugas untuk 1 (satu) tahun. Fungsi manajemen apakah yang dimaksud?
 - A. Pengorganisasian
 - B. Penggerakkan
 - C. Perencanaan
 - D. Pengawasan

- 3) Berdasarkan hasil monitoring dilaporkan bahwa tingkat efektivitas penggunaan traser masih rendah. Hasil wawancara dengan petugas penyimpanan bahwa traser banyak yang rusak dan tidak layak digunakan. Setelah diteliti penyebabnya, ternyata belum ada permintaan traser dari bagian rekam medis. Fungsi manajemen manakah yang belum berjalan dengan baik?
 - A. Pengawasan
 - B. Perencanaan
 - C. Penggerakan
 - D. Pengorganisasian

- 4) Seorang kepala unit rekam medis dan informasi kesehatan bertugas mengelola seluruh sumber daya yang ada. Untuk mengelola agar unit kerja dapat mencapai tujuan yang diharapkan, perlu menerapkan fungsi-fungsi manajemen yang baik. Apa saja fungsi-fungsi manajemen?
- A. Perencanaan, penggerakkan, pengorganisasian, pengawasan dan evaluasi
 - B. Perencanaan, pengorganisasian, pengawasan, penggerakkan dan evaluasi
 - C. Perencanaan, pengorganisasian, penggerakkan, evaluasi dan pengawasan
 - D. Perencanaan, pengorganisasian, penggerakkan, pengawasan dan evaluasi
- 5) Seorang kepala unit kerja RMIK bertugas mengelola seluruh sumber daya yang ada. Untuk mengetahui hasil akhir dari mutu informasi kesehatan apakah sesuai rencana atau tidak, perlu dilakukan penilaian. Termasuk fungsi manajemen apakah kegiatan tersebut?
- A. Evaluasi
 - B. Pemantauan
 - C. Pengawasan
 - D. Pengontrolan

Topik 2

Standar, Indikator, Monitoring Mutu di Unit Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

Pada topik sebelumnya Anda telah membaca dan memahami pengertian manajemen mutu informasi kesehatan. Informasi kesehatan harus bermutu karena digunakan oleh manajemen di rumah sakit maupun fasilitas pelayanan kesehatan. Pada topik ini akan dibahas tentang pengertian standar yang menjadi tolok ukur mengukur mutu. Indikator adalah alat mengukur mutu, monitoring adalah memantau mutu dengan standar yang ditetapkan.

Informasi kesehatan yang dihasilkan dari unit rekam medis dan informasi kesehatan dibutuhkan untuk perencanaan, pengorganisasian, penggerakkan pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi. Untuk mengukur mutu informasi tersebut perlu tolok ukur yang ditetapkan sebelumnya. Perekam Medis dan Informasi Kesehatan diharapkan memiliki kemampuan menetapkan standar, menetapkan indikator, dan bagaimana melakukan monitoring mutu sesuai dengan indikator yang telah disepakati.

1. Definisi Standar

Banyak pengertian standar dalam buku referensi yang kita ketahui. Menurut Gemala Hatta (2008: Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan: halaman 38) menyatakan bahwa standar adalah suatu tingkat dari pelayanan yang diharapkan, biasanya disusun oleh ikatan atau asosiasi profesi sebagai suatu metode optimal dalam pengobatan atau diagnosis.

Menurut Kementerian Kesehatan (2011: Standar Akreditasi Rumah Sakit: halaman XVII) ditetapkan standar adalah suatu pernyataan yang mendefinisikan harapan terhadap kinerja, struktur, proses yang harus dimiliki rumah sakit untuk memberikan pelayanan dan asuhan yang bermutu dan aman. Pada setiap standar disusun elemen penilaian, yaitu persyaratan untuk memenuhi standar terkait.

Kementerian Kesehatan (2013: Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit, halaman 4) ditetapkan bahwa pengertian lain standar adalah suatu tingkat kepuasan yang diharapkan. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai. Contoh standar pencapaian kelengkapan rekam medis adalah 90 %, artinya kelengkapan rekam medis harus mencapai lebih dari 90 %. Jika hasilnya di bawah 90 % artinya kelengkapan rekam medis di bawah standar.

2. Definisi Indikator

Terdapat banyak literatur yang menyebutkan tentang definisi indikator, dikatakan bahwa beberapa di antaranya yang cukup baik menurut Departemen Kesehatan (2003: Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat: halaman 12) adalah sebagai berikut.

- a. Indikator adalah variabel yang membantu kita dalam mengukur perubahan-perubahan yang terjadi baik secara langsung maupun tidak langsung (WHO, 1981)
- b. Indikator adalah suatu ukuran tidak langsung dari suatu kejadian atau kondisi
- c. Indikator adalah statistik dari hal normatif yang menjadi perhatian kita yang dapat membantu kita dalam membuat penilaian ringkas, komprehensif, dan berimbang terhadap kondisi-kondisi atau aspek-aspek penting dari suatu masyarakat
- d. Indikator adalah variable-variabel yang mengindikasikan atau memberi petunjuk kepada kita tentang suatu keadaan tertentu, sehingga dapat digunakan untuk mengukur perubahan.

3. Persyaratan Indikator

Setelah menetapkan standar yang diharapkan, langkah berikut adalah menetapkan indikator yang akan menjadi alat ukur. Untuk memilih dan menentukan indikator tidaklah mudah. Indikator harus menggambarkan dan mewakili (merekpresentasikan) informasinya. Dengan demikian maka indikator menjadi lebih bermakna untuk pengambilan keputusan. Syarat indikator harus *simple, measurable, attributable, reliable dan timely* atau dapat disingkat (SMART) yaitu:

- a. *Simple* (sederhana). Artinya indikator yang ditetapkan sedapat mungkin sederhana dalam pengumpulan data maupun dalam rumus penghitungan untuk mendapatkannya.
- b. *Measurable* (dapat diukur). Artinya indikator yang ditetapkan harus mempresentasikan informasinya dan jelas ukurannya. Dengan demikian dapat digunakan untuk perbandingan antara satu tempat dengan tempat lain atau antara satu waktu lain. Kejelasan pengukuran juga akan menunjukkan bagaimana cara mendapatkan datanya.
- c. *Attributable* (bermanfaat). Artinya indikator yang ditetapkan harus bermanfaat untuk kepentingan pengambilan keputusan. Ini berarti bahwa indikator itu harus merupakan pengejawantahan dari informasi yang memang dibutuhkan untuk pengambilan keputusan. Jadi harus spesifik untuk pengambilan keputusan tertentu.
- d. *Reliable* (dapat dipercaya). Artinya indikator yang ditetapkan harus dapat didukung oleh pengumpulan data yang baik, benar dan teliti. Indikator yang tidak/belum bisa didukung oleh pengumpulan data yang baik, benar dan teliti, seyogyanya tidak digunakan dulu.
- e. *Timely* (tepat waktu). Artinya indikator yang ditetapkan harus dapat didukung oleh pengumpulan data dan pengolahan data serta pengemasan informasi yang waktunya sesuai dengan saat pengambilan keputusan dilakukan.

4. Monitoring Mutu

Untuk menilai mutu informasi kesehatan ada beberapa langkah yang harus diikuti yaitu monitoring mutu. Lembar monitoring disiapkan untuk mencatat data. Menurut Chandra Yoga A (2004: Manajemen Administrasi Rumah Sakit: halaman 175) dikatakan bahwa kegiatan penilaian mutu setidaknya ada 3(tiga) tahap. Tahap pertama adalah menetapkan

standar; tahap kedua menilai kinerja yang ada; dan tahap ketiga meliputi upaya memperbaiki kinerja yang menyimpang dari standar yang sudah ditetapkan.

Contoh lembar monitoring indikator mutu kelengkapan rekam medis seperti di bawah ini.

Unit : Rekam medis dan informasi kesehatan

Bulan : Januari 2017

Indikator : Kelengkapan rekam medis

INDIKATOR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	dst
N: Rekam medis lengkap semua variabel dalam waktu 24 jam setelah pasien pulang rawat dalam satu bulan												
D: Semua rekam medis pasien pulang rawat dalam bulan yang sama												

Gambar 1.6 Formulir sensus onitoring mutu

Latihan

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

Contoh kasus

Dalam 3(tiga) bulan terakhir Saudara banyak menerima keluhan dari dokter di unit rawat jalan bahwa pelayanan rekam medis sering terlambat dan menyebabkan pelayanan pasien lama. Sebagai seorang pengelola unit rekam medis dan informasi kesehatan, Saudara merencanakan untuk meningkatkan mutu pelayanan. Setelah melakukan koordinasi dengan staf akan melakukan monitoring mutu pelayanan untuk melihat sejauh mana keterlambatan pengiriman rekam medis ke klinik. Tetapkan 3(tiga) indikator apa untuk melihat gambaran pelayanan rekam medis di klinik ?

Petunjuk Jawaban Latihan

Perhatikan konsep yang disampaikan oleh Departemen Kesehatan (2003: Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat: halaman 12)

Ringkasan

Untuk mendapatkan gambaran mutu informasi kesehatan, langkah yang harus ditetapkan adalah standar, indikator dan monitoring. Standar adalah suatu tingkat kepuasan yang diharapkan. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.

Kemampuan dan ketrampilan yang harus dimiliki oleh seorang Perkam Medis dan Informasi Kesehatan dalam mengukur mutu informasi kesehatan sangat dibutuhkan untuk menghasilkan informasi kesehatan berkualitas.

Tes 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Saudara menemukan banyak rekam medis yang dipinjam oleh bagian keperawatan dan belum kembali. Keadaan ini memperlambat pelayanan pasien yang akan berobat ulang. Saudara ingin melihat berapa lama ruang perawatan menyimpan rekam medis dan ruangan manakah yang terbanyak. Indikator apa yang Saudara akan monitor?
 - A. Lama waktu penyimpanan rekam medis
 - B. Lama waktu pengambilan rekam medis
 - C. Lama waktu peminjaman rekam medis
 - D. Lama waktu pengiriman rekam medis

- 2) Dalam Keputusan Menteri Kesehatan tentang standar pelayanan minimal rumah sakit tahun 2008 telah diatur indikator mutu dari setiap jenis pelayanan. Hasil monitoring diharapkan dapat mencapai nilai tertentu yang telah ditetapkan. Apa yang dimaksud dengan nilai tertentu yang harus dicapai ?
 - A. Hasil
 - B. Angka
 - C. Standar
 - D. Indikator

- 3) Saudara menemukan banyak rekam medis yang disimpan di ruang perawatan, sehingga memperlambat pelayanan pasien yang akan berobat ulang. Saudara ingin melihat berapa lama ruang perawatan menyimpan rekam medis dan ruangan manakah yang terbanyak. Indikator apa yang Saudara akan monitor ?
 - A. Lama waktu pengembalian rekam medis
 - B. Lama waktu penyimpanan rekam medis
 - C. Lama waktu pengambilan rekam medis
 - D. Lama waktu pengiriman rekam medis

- 4) Untuk meningkatkan mutu pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan, Saudara akan menetapkan indikator. Indikator apakah yang dapat memberikan gambaran tingkat kecepatan pelayanan rekam medis pasien kunjungan ulang ?
- A. Angka lama waktu pengambilan rekam medis
 - B. Angka lama waktu penyimpanan rekam medis
 - C. Angka lama waktu pengembalian rekam medis
 - D. Angka lama waktu pengambilan kembali rekam medis
- 5) Selama 3 (tiga) bulan terakhir unit rekam medis dan informasi kesehatan menerima keluhan pasien tentang pendaftaran yang sangat lama. Saudara bersama tim mutu merencanakan melakukan monitoring mutu pelayanan pendaftaran pasien. Apa langkah pertama yang harus ditetapkan untuk kegiatan di atas ?
- A. Standar
 - B. Indikator
 - C. Sensus mutu
 - D. Profil indikator

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) D: agar informasi kesehatan bermanfaat harus ditingkatkan mutunya
- 2) A: mengelompokkan pekerjaan, menempatkan tenaga, membagi tugas merupakan pengorganisasian
- 3) B: dengan perencanaan yang baik, seharusnya tidak terjadi kekosongan tracer
- 4) D: fungsi-fungsi manajemen terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, penggerakkan, pengawasan dan evaluasi
- 5) A: evaluasi dilakukan setelah hasil akhir kegiatan selesai

Tes 2

- 1) C: Untuk mengetahui berapa lama ruang perawatan meminjam rekam medis
- 2) C: Standar adalah tolok ukur atau nilai yang harus dicapai
- 3) A: Untuk melihat berapa lama ruang perawatan mengembalikan rekam medis setelah pasien keluar rumah sakit.
- 4) D: lama waktu pengambilan kembali rekam medis akan mempengaruhi kecepatan dikirimnya rekam medis
- 5) A: Standar perlu ditetapkan sebelum menetapkan indicator dan melakukan monitoring.

Daftar Pustaka

- Abdelhak, M. 2001. Health Information: Management of a Strategic Resource, Second Edition. USA: W.B. Saunders Company
- Hatta, Gemala. 2008. Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan, Jakarta: UI Press
- Yakub, 2012. Pengantar Sistem Informasi, Edisi Pertama, Yogyakarta: Graha Ilmu
- Yoga, Tjandra Aditama. 2004. Manajemen Administrasi Rumah Sakit, Jakarta: UI Press
- IBISA. 2011. Keamanan Sistem Informasi, Yogyakarta: C.V Andi Offset
- Kathleen M. La Tour. 2010: Health Information Management Concept, Principles, and Practice, Third Edition. 233 North Michigan Avenue, Suite 2150, Chicago, Illinois, AHIMA
- Undang-Undang RI No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, Bandung: Citra Umbara.
- Departemen Kesehatan. 2003: Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat, Jakarta.
- Kementerian Kesehatan . Tahun 2013: Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit, Jakarta

BAB II

STANDAR WAKTU PELAYANAN REKAM MEDIS INFORMASI KESEHATAN, NUMERATOR DAN DENOMINATOR

Siswati, A.Md.PerKes,SKM,MKM

PENDAHULUAN

Setelah Anda memahami konsep manajemen mutu, informasi kesehatan dan standar, indikator serta monitoring mutu, bab ini akan membahas standar waktu pelayanan rekam medis informasi kesehatan, numerator dan denominator.

Untuk mengukur mutu informasi kesehatan, perlu ditetapkan standar sebagai tolok ukur yang diharapkan. Sebagai patokan, standar harus ditetapkan dan dipatuhi. Dari sinilah akan dapat diketahui hasil mutu sudah sesuai standar atau belum mencapai standar. Setiap kegiatan di unit rekam medis dan informasi kesehatan memerlukan waktu. Mengingat standar waktu pelayanan merupakan hal penting bagi staf yang akan melaksanakan kegiatan di unit rekam medis dan informasi kesehatan, oleh sebab itu standar harus disosialisasikan kepada setiap staf yang bertugas di unit rekam medis dan informasi kesehatan.

Setelah standar ditetapkan, langkah berikut adalah menetapkan numerator (pembilang) dan denominator (penyebut) sebagai pedoman melaksanakan monitoring. Ketiga komponen tersebut harus masuk ke dalam uraian atau sering disebut dengan profil indikator yang merupakan panduan staf melakukan monitoring mutu informasi kesehatan. Profil indikator merupakan panduan bagaimana petugas bekerja mengukur mutu pelayanan. Keseragaman bekerja dan asumsi dari petugas pelaksana dalam mengukur mutu menjadi seragam. Dengan mempelajari konsep standar waktu pelayanan rekam medis informasi kesehatan, numerator dan denominator, mahasiswa dapat menggunakannya dalam upaya meningkatkan mutu dan menjaga mutu informasi kesehatan.

Agar dapat memahami dengan baik, mahasiswa diharapkan mempelajari modul ini tidak hanya berdasarkan teks pada modul tetapi juga mempelajari contoh, mengikuti latihan yang ada, dan mencoba tes yang diberikan sehingga dapat mengetahui seberapa jauh telah memahaminya. 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 konsep standar waktu pelayanan rekam medis informasi kesehatan, numerator dan denominator di setiap sistem di unit rekam medis dan informasi kesehatan. Sedangkan secara khusus setelah mempelajari modul ini, Anda diharapkan dapat menjelaskan tentang:

1. Standar waktu pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan
2. Numerator dan denominator

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

Topik 1, membahas tentang standar waktu pelayanan rekam medis informasi kesehatan

Topik 2, membahas tentang numerator dan denominator

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 yang ada pada halaman berikutnya !
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

Standar Waktu Pelayanan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

A. STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT

Dalam mewujudkan pelayanan kesehatan yang bermutu, diperlukan standar pelayanan minimum di rumah sakit. Standar pelayanan minimum di rumah sakit merupakan spesifikasi teknis tentang tolok ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh rumah sakit kepada masyarakat. Standar pelayanan minimum di rumah sakit merupakan panduan bagi pemilik rumah sakit dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pelayanan di rumah sakit.

Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Berbagai jenis tenaga kesehatan dan pelayanan kesehatan dengan perangkat keilmuan yang beragam dan berinteraksi satu sama lain. Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat, perlu diimbangi oleh tenaga kesehatan yang memadai dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu. Keadaan ini membuat semakin kompleksnya permasalahan di rumah sakit. Rumah sakit hakekatnya berfungsi sebagai tempat penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan, memiliki makna tanggung jawab yang seyogyanya merupakan tanggung jawab pemerintah dalam meningkatkan taraf kesejahteraan masyarakat.

Standar pelayanan minimum di rumah sakit ini dimaksudkan sebagai panduan bagi pemilik rumah sakit dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban pelayanan di rumah sakit. Standar pelayanan minimum di rumah sakit bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan, rujukan, cara perhitungan/rumus/pembilang dan penyebut/standar/satuan pencapaian kinerja, target yang harus dicapai mengacu pada target nasional dengan kerangka waktu pencapaian sesuai kemampuan pemilik rumah sakit dan sumber data. Demikian yang dicantumkan oleh Kementerian Kesehatan (2013: Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit: halaman 1-2).

B, JENIS-JENIS PELAYANAN DI RUMAH SAKIT

Jenis-jenis pelayanan di rumah sakit meliputi:

1. Pelayanan gawat darurat
2. Pelayanan rawat jalan
3. Pelayanan rawat inap
4. Pelayanan bedah
5. Pelayanan persalinan dan perinatologi
6. Pelayanan intensif
7. Pelayanan radiologi

8. Pelayanan laboratorium patologi klinik
9. Pelayanan rehabilitasi medik
10. Pelayanan farmasi
11. Pelayanan gizi
12. Pelayanan transfusi darah
13. Pelayanan pasien dari keluarga miskin
14. Pelayanan rekam medis
15. Pengelolaan limbah
16. Pelayanan administrasi manajemen
17. Pelayanan ambulans/kereta jenazah
18. Pelayanan pemulasaraan jenazah
19. Pelayanan laundry
20. Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit
21. Pencegahan pengendalian infeksi
22. Pelayanan keamanan

Pada pelayanan rekam medis terdiri dari unsur input, proses dan output. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 1: Indikator Pelayanan Rekam Medis

INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA PENCAPAIAN TAHUN KE					PENANGGUNG JAWAB
				1	2	3	4	5	
JENIS	URAIAN								
INPUT	Pemberi pelayanan rekam medis	Sesuai persyaratan							
PROSES	Waktu penyediaan dokumen rekam medis rawat jalan	≤10 menit							
	Waktu penyediaan dokumen rekam medis rawat inap	≤15 menit							
OUTPUT	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan	100 %							
	Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100 %							
OUTCOME	Kepuasan pelanggan	≥80 %							

Sumber: Kementerian Kesehatan (2013: Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit: halaman 24)

Latihan

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

Contoh kasus 1

Sebuah rumah sakit sedang berupaya meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit, diantaranya adalah mutu pelayanan informasi kesehatan di unit rekam medis dan informasi kesehatan. Setelah diadakan rapat koordinasi dengan tim mutu rumah sakit, Anda diberi tugas untuk merencanakan kegiatan monitoring mutu pelayanan yang ada di unit rekam medis dan informasi kesehatan, terutama di bagian pendaftaran pasien rawat jalan. Tetapkan 2 (dua) standar waktu sebagai tolok ukur dalam indikator mutu.

Petunjuk jawaban latihan dapat dilihat di buku Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit: halaman 92-96, Kementerian Kesehatan 2013.

Contoh kasus 2

Saudara bertugas di unit rekam medis dan informasi kesehatan dan ditunjuk sebagai anggota tim mutu pelayanan. Bagian pendaftaran pasien sering menerima keluhan adanya pelayanan pendaftaran pasien sangat lama. Saudara akan menetapkan standar pelayanan pendaftaran. Buat standar pelayanan pendaftaran pasien baru rawat inap dan pasien lama rawat inap.

Petunjuk jawaban latihan dapat dilihat di buku Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit: halaman 92-96, Kementerian Kesehatan 2013.

Ringkasan

Pada dasarnya indikator adalah alat ukur yang harus ditetapkan sesuai masalah yang ditemukan dan ingin dilakukan perbaikan mutu lebih baik. Kemampuan dan ketrampilan yang harus dimiliki oleh seorang Perkam Medis dan Informasi Kesehatan dalam mengukur mutu informasi kesehatan sangat dibutuhkan untuk menghasilkan informasi kesehatan berkualitas. Standar pelayanan minimum rumah sakit pada hakekatnya merupakan jenis-jenis pelayanan kesehatan perorangan di pusat-pusat pertanggungjawaban yang wajib dilaksanakan oleh rumah sakit dengan standar kinerja yang ditetapkan. Khususnya standar pelayanan rekam medis.

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Untuk mengetahui lama waktu proses assembling rekam medis, Saudara harus menentukan standar waktu proses assembling rekam medis rawat inap yaitu <3 menit. Jika standar pencapaian yang diharapkan 90% tepat waktu dan ternyata hanya mencapai 85%, maka harus dicari penyebab masalahnya. Berapa % proses assembling seluruhnya yang lebih dari 3 menit?
 - A. 5%
 - B. 10%
 - C. 15%
 - D. 20%

- 2) Dari 2000 rekam medis yang dimonitor pada Juni 2017 ditemukan rekam medis yang tidak lengkap sebesar 15 %. Angka yang diharapkan rekam medis lengkap adalah 95 %. Apa maksud angka 95 % tersebut?
 - A. Standar pencapaian
 - B. Definisi operasional
 - C. Denominator
 - D. Numerator

- 3) Manajer unit rekam medis dan informasi kesehatan memberi tugas Saudara untuk melakukan monitoring kelengkapan rekam medis. Dari 200 rekam medis yang dimonitor pada Juni 2017, rekam medis yang tidak lengkap sebesar 15%. Berapa jumlah rekam medis yang lengkap?
 - A. 200
 - B. 170
 - C. 150
 - D. 85

- 4) Untuk meningkatkan mutu pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan, Saudara telah menetapkan indikator. Agar petugas pengumpul data memahami dan seragam dalam pengumpulan data, perlu dibuat uraian atau profil indikator. Apa tujuan dari uraian indikator tersebut?
 - A. Sebagai pelengkap indikator
 - B. Sebagai panduan kerja agar lebih jelas dan seragam
 - C. Sebagai gambaran tugas pengumpul data
 - D. Sebagai panduan kerja petugas

- 5) Dalam menyusun uraian indikator perlu dijelaskan pengertian dari judul indikator agar petugas memahami langkah-langkah dalam panduan tersebut. Komponen apakah yang dimaksud?
- A. Standar
 - B. Denominator
 - C. Definisi operasional
 - D. Numerator

Topik 2

Numerator dan Denominator Indikator Mutu

Untuk mengukur mutu informasi kesehatan, perlu ditetapkan numerator(pembilang) dan denominator(penyebut). Apa pembilangnya dan penyebutnya harus jelas agar tidak membingungkan petugas pengumpul data. Hal ini penting agar data yang diperoleh seragam dan akurat. Seorang Perekam Medis dan Informasi Kesehatan harus memiliki kemampuan dalam melakukan analisis dan monitoring mutu yang diharapkan. Mengingat informasi kesehatan dapat digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan manajemen, perlu dikelola dengan tepat.

A. DEFINISI NUMERATOR DAN DENOMINATOR

Definisi indikator telah dibahas pada bab sebelumnya, sehingga diharapkan Anda sudah lebih memahami. Pada bab ini akan diuraikan pengertian numerator dan denominator. Menurut Kementerian Kesehatan (2013: Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit: halaman 3) menetapkan bahwa numerator(pembilang) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja. Menurut Departemen Kesehatan (2003: Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat: halaman 13) dalam menentukan indikator terdiri dari pembilang (numerator) dan penyebut (denominator). Pembilang adalah jumlah kejadian yang sedang diukur. Sedangkan penyebut yang umumnya digunakan adalah besarnya populasi sasaran berisiko dalam kejadian yang bersangkutan. Indikator yang terdiri dari pembilang dan penyebut sangat tepat untuk memantau perubahan dari waktu ke waktu dan membandingkan satu wilayah dengan wilayah lain.

Contoh 1:

Anda sedang mengukur kelengkapan rekam medis rawat inap. Dari 100 rekam medis yang diterima, hanya 80 rekam medis yang lengkap. Artinya numeratonya adalah 80 dan denominatonya 100.

Contoh 2:

Kelengkapan resume medis rawat inap RS "A" Januari-Februari 2017

BULAN	JUMLAH	KELENGKAPAN	
		YA	TIDAK
1	450	440	5
2	445	443	2

Numerator pada Januari 2017 adalah 440 dan denominator adalah 450

Numerator pada Februari 2017 adalah 443 dan denominator adalah 445

B. JENIS INDIKATOR MUTU

Menurut Departemen Kesehatan. 2003: Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat: halaman 14 menetapkan jenis indikator seperti pada uraian di bawah ini.

1. Indikator Berbentuk Absolut

Indikator yang hanya berupa pembilang, yaitu jumlah dari sesuatu hal/kejadian. Biasanya digunakan untuk sesuatu yang sangat jarang seperti misalnya kasus meningitis di puskesmas.

2. Indikator Berbentuk Proporsi

Indikator yang hanya nilai resultantnya dinyatakan dengan persen karena pembilangnya merupakan bagian dari penyebut. Misalnya proporsi puskesmas yang memiliki dokter terhadap seluruh puskesmas yang ada.

3. Indikator Berbentuk Angka atau Rasio

Indikator yang menunjukkan frekuensi dari suatu kejadian selama periode tertentu. Biasanya dinyatakan dalam bentuk per 1000 atau per 100.000 populasi. Angka atau *rate* adalah ukuran dasar yang digunakan untuk melihat kejadian penyakit karena angka merupakan ukuran paling jelas yang menunjukkan probabilitas atau risiko dari penyakit dalam suatu masyarakat tertentu selama periode tertentu.

C. PERHITUNGAN INDIKATOR MUTU

Sesudah mendapat data monitoring, langkah berikut adalah menghitung untuk dibandingkan dengan target yang diharapkan. Menurut Departemen Kesehatan. 2003: Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat: halaman 4) dinyatakan bahwa target adalah nilai atau ukuran pencapaian mutu/kinerja tertentu yang telah ditetapkan dan wajib dicapai langsung atau bertahap berdasarkan kemampuan pemilik rumah sakit.

Rumus perhitungan indikator adalah:

$$\frac{\text{Pembilang (N)}}{\text{Penyebut (D)}} \times 100$$

Contoh :

Numerator 80, Denominator 100, maka menghitungnya adalah;

$$\frac{80}{100} \times 100 = 80\%$$

D. PROFIL INDIKATOR

Uraian indikator yang sering disebut dengan profil indikator adalah panduan untuk melaksanakan pengumpulan data. Panduan ini bertujuan agar pelaksana pengumpul data dalam prosesnya seragam untuk menghasilkan data yang akurat. Oleh karena itu, setiap indikator yang ditetapkan harus dibuat uraian indikator atau profil indikator. Perekam Medis dan Informasi Kesehatan diharapkan memiliki kemampuan menyusun uraian indikator.

Uraian/Profil Indikator Mutu Rekam Medis

Pada topik 1 di atas telah disampaikan ada 6 indikator pelayanan rekam medis. Setelah Anda menetapkan indikator tersebut, uraian indikator atau profil indikator harus dibuat sebagai panduan. Di bawah ini adalah uraian/profil indikator rekam medis sesuai dengan Kementerian Kesehatan (2013: Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit: halaman 92-96).

1) Pemberi pelayanan rekam medis

JUDUL	PEMBERI PELAYANAN REKAM MEDIS
Dimensi mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya tenaga yang kompeten dalam pelayanan rekam medis
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rekam medis adalah tenaga yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit untuk pelayanan rekam medis
Frekuensi pengumpulan data	3 (tiga) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah tenaga yang bekerja di instalasi rekam medis rumah sakit dan memiliki Surat Tanda registrasi (STR) dan Surat Ijin Kerja (SIK) selama 3 bulan
Denominator	Jumlah tenaga yang bekerja di instalasi rekam medis dalam 3 bulan
Sumber data	Instalasi rekam medis
Standar	100 % sesuai persyaratan kelas rumah sakit
Penanggung jawab dan pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medis

2) Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan

JUDUL	WAKTU PENYEDIAAN DOKUMEN REKAM MEDIS PELAYANAN RAWAT JALAN
Dimensi mutu	Efektif, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medis mulai dari pasien mendaftara sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas
Frekuensi pengumpulan data	1(satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati dalam 1 bulan
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati dalam 1 bulan (N tidak kurang dari 100)
Sumber data	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/di ruang rekam medis untuk pasien lama
Standar	≤10 menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam Medis

3) Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap

JUDUL	WAKTU PENYEDIAAN DOKUMEN REKAM MEDIS PELAYANAN RAWAT INAP
Dimensi mutu	Efektif, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat inap
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap adalah waktu mulai dari pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medis rawat inap tersedia di bangsal pasien.
Frekuensi pengumpulan data	1(satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati dalam 1 bulan
Denominator	Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati dalam 1 bulan
Sumber data	Hasil survei
Standar	≤15 menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam Medis

4) Kelengkapan pengisian ekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan

JUDUL	KELENGKAPAN PENGISIAN REKAM MEDIS 24 JAM SETELAH PELAYANAN
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medis
Definisi Operasional	Rekam medis yang lengkap adalah, rekam medis yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut, dan resume.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah rekam medis yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap.
Denominator	Jumlah rekam medis yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam Medis /Wadir Pelayanan Medik

5) Kelengkapan informed concent setelah mendapat informasi yang jelas

JUDUL	KELENGKAPAN PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN (INFORMED CONCENT) SETELAH MENDAPAT INFORMASI YG JELAS
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter utk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yg akan dilakukan
Definisi Operasional	Persetujuan tindakan kedokteran/informed concent adalah persetujuan yg diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yg akan dilakukan terhadap pasien tsb
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien yg mendapat tindakan medik yg disurvei yg mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan kedokteran dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yg mendapat tindakan yg disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam Medis /Wadir Pelayanan Medik

6) Kepuasan pelanggan

JUDUL	KEPUASAN PELANGGAN
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rekam medis
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rekam medis
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen) dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yg disurvei dalam 1 bulan (N minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Panitia Mutu

Latihan

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

Contoh kasus 1

Hasil monitoring indikator mutu pengiriman rekam medis ke klinik rawat jalan RS "A" adalah seperti pada tabel di bawah ini. Anda diminta menjawab berapa jumlah numerator dan denominator pada Januari dan Februari 2017.

Ketepatan waktu pengiriman rekam medis ke klinik RS "A" Januari-Februari 2017

BULAN	JUMLAH	TEPAT WAKTU	
		YA	TIDAK
1	350	340	10
2	470	460	10

Petunjuk Jawaban Latihan

Perhatikan konsep yang disampaikan oleh Departemen Kesehatan (2003: Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat: halaman 13)

Contoh kasus 2

Saudara bertugas melakukan monitoring kelengkapan formulir persetujuan tindakan kedokteran pasien rawat inap. Pada Januari 2017 dari jumlah 200 formulir persetujuan tindakan kedokteran, hanya 180 lengkap. Berapa numerator dan denominator pada kasus di atas ?

Petunjuk Jawaban Latihan

Perhatikan konsep yang disampaikan oleh Departemen Kesehatan (2003: Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat: halaman 13)

Ringkasan

Telah diuraikan pengertian numerator dan denominator serta bagaimana menghitung hasil monitoring yang dikumpulkan dengan contoh sederhana. Perlu ditetapkan indikator dengan numerator(pembilang) dan denominator(penyebut) dengan tepat agar data yang diperoleh tepat dan akurat. Perekam Medis dan Informasi Kesehatan harus memiliki kemampuan menetapkan indikator, numerator dan denominator. Uraian atau profil indikator adalah panduan petugas melakukan monitoring mutu. Beberapa unsur yang harus diperhatikan dalam uraian indikator menjadi acuan melakukan kegiatan mutu. Keseragaman dan kesamaan persepsi menjadi hal penting untuk mengumpulkan data sesuai ketetapan. Hal ini wajib dilaksanakan oleh rumah sakit dengan standar kinerja yang ditetapkan. Khususnya standar pelayanan rekam medis.

Tes 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Saudara telah melakukan monitoring mutu ketepatan pengiriman rekam medis rawat inap dan menyusun hasil dalam tabel seperti di bawah ini:

Tabel 1: Ketepatan Pengiriman Rekam Medis Rawat Inap
RS "A" Periode Januari-Februari 2017

BULAN	JML	TEPAT	
		YA	TIDAK
Januari	350	345	5
Februari	365	360	5

Disebut apakah tulisan angka 365 di bulan Februari 2017 pada tabel di atas ?

- A. Denominator
 - B. Numerator
 - C. Indikator
 - D. Standar
- 2) Untuk meningkatkan mutu pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan, Saudara akan mengukur beberapa indikator di unit kerja rekam medis dan informasi kesehatan. Indikator apa yang mengukur tingkat kecepatan pelayanan rekam medis pasien kunjungan ulang ?
- A. Angka lama waktu pengambilan rekam medis
 - B. Angka lama waktu penyimpanan rekam medis
 - C. Angka lama waktu pengembalian rekam medis
 - D. Angka lama waktu pengambilan kembali rekam medis
- 3) Rumah Sakit "A" menentukan standar waktu pengiriman rekam medis ke klinik mata adalah <8 menit. Saudara diberi tugas menyusun uraian/profil indikator pada denominator ditulis "jumlah rekam medis yang dikirim ke klinik mata dalam periode tertentu". Kalimat apakah yang harus ditulis pada kolom numerator ?
- A. Jumlah pengiriman rekam medis ke klinik mata <8 menit selama satu bulan
 - B. Jumlah pengiriman rekam medis rawat jalan selama satu bulan
 - C. Jumlah pengiriman rekam medis pada periode yang sama
 - D. Jumlah pengiriman rekam medis <8 menit
- 4) Unit rekam medis dan informasi kesehatan sedang menyiapkan hasil monitoring mutu kelengkapan rekam medis rawat inap. Dari 400 rekam medis yang diterima, hanya 380 lengkap dan 20 tidak lengkap. Berapa denominator yang Saudara akan tulis ?
- A. 20 rekam medis
 - B. 180 rekam medis
 - C. 220 rekam medis
 - D. 400 rekam medis
- 5) Saudara telah melakukan monitoring mutu tentang kelengkapan laporan operasi. Angka kelengkapan hanya mencapai 60 % dari 250 laporan operasi dalam Maret 2017. Padahal target yang ingin dicapai adalah 100 %. Apa yang dimaksud dengan angka 250 tersebut ?
- A. Denominator
 - B. Numerator
 - C. Indikator
 - D. Standar

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) C: Dari seluruh proses assembling yang tidak tepat waktu dikurangi dengan 85 %
- 2) A: Standar pencapaian yang diharapkan adalah 95 %
- 3) B: Rekam medis yang lengkap sebesar 85 % dan 200 rekam medis adalah 170 rekam medis.
- 4) B: Sebagai panduan kerja agar lebih jelas dan seragam
- 5) C: penjelasan dari judul adalah definisi operasional

Tes 2

- 1) D: angka 365 adalah jumlah rekam medis yang dikirim pada bulan itu
- 2) D: angka lama waktu pengambilan kembali rekam medis dapat mempengaruhi kecepatan pengiriman rekam medis
- 3) A: Jumlah pengiriman rekam medis ke klinik mata <8 menit (tepat waktu) selama satu bulan
- 4) D: 400 adalah jumlah rekam medis yang diterima
- 5) A: 250 laporan operasi dalam Maret 2017

Daftar Pustaka

- Abdelhak, M. 2001. Health Information: Management of a Strategic Resource, Second Edition. USA: W.B. Saunders Company
- Hatta, Gemala. 2008. Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan, Jakarta: UI Press
- Yakub, 2012. Pengantar Sistem Informasi, Edisi Pertama, Yogyakarta: Graha Ilmu
- Yoga, Tjandra Aditama. 2004. Manajemen Administrasi Rumah Sakit, Jakarta: UI Press
- IBISA. 2011. Keamanan Sistem Informasi, Yogyakarta: C.V Andi Offset
- Kathleen M. La Tour. 2010: Health Information Management Concept, Principles, and Practice, Third Edition. 233 North Michigan Avenue, Suite 2150, Chicago, Illinois, AHIMA
- Undang-Undang RI No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, Bandung: Citra Umbara.
- Departemen Kesehatan. 2003: Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat, Jakarta.
- Kementerian Kesehatan . Tahun 2013: Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit, Jakarta

BAB III

PENGGUNAAN METODE TULANG IKAN DAN SIKLUS PLAN-DO-STUDY-ACTION

Siswati, A.Md.PerKes,SKM,MKM

PENDAHULUAN

Setelah Anda memahami pengertian standar sebagai tolok ukur, numerator dan denominator serta profil indikator, langkah berikut adalah bagaimana menggunakan metode tulang ikan atau sering disebut *fishbone* dan siklus *plan-do-study-action* yang disingkat PDSA untuk perbaikan mutu.

Pelaksanaan kegiatan program peningkatan mutu adalah meningkatkan mutu secara keseluruhan dengan terus menerus terhadap pasien dan staf, baik dalam proses klinis maupun lingkungan fisik yang menggunakan pendekatan diagram tulang ikan atau sebab akibat atau sering juga disebut diagram *fishbone*. Diagram tulang ikan (*fishbone*) adalah alat untuk menggambarkan penyebab-penyebab suatu masalah secara rinci. Diagram tersebut merupakan panduan untuk identifikasi masalah sebagai langkah awal menentukan fokus perbaikan, mengembangkan ide pengumpulan data, mengenali penyebab terjadinya masalah dan menganalisa masalah tersebut.

Agar dapat memahami dengan baik, mahasiswa diharapkan mempelajari modul ini. Tidak hanya berdasarkan teks pada modul tetapi juga mempelajari contoh, mengikuti latihan yang ada, dan mencoba tes yang diberikan sehingga dapat mengetahui seberapa jauh telah memahaminya. 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 memahami penggunaan metode tulang ikan (*Fishbone*) untuk analisis penyebab masalah dan penggunaan siklus *plan-do-study-action* (PDSA) di unit rekam medis dan informasi kesehatan. Sedangkan secara khusus setelah mempelajari modul ini, Anda diharapkan dapat menjelaskan tentang:

1. Metode tulang ikan (*fishbone*) untuk mencari penyebab masalah
2. Siklus *Plan-Do-Study-Action* (PDSA)

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

Topik 1, membahas tentang penggunaan metode tulang ikan (*fishbone*)

Topik 2, membahas tentang penggunaan siklus *plan-do-study-action* (PDSA)

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 pada halaman berikut !
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

Metode Sebab Akibat/Tulang Ikan (Fishbone)

Diagram tulang ikan (*Fishbone*), karena bentuknya seperti tulang ikan sering juga disebut *Cause-and-Effect Diagram* atau Ishikawa Diagram. Diagram ini diperkenalkan oleh Dr. Kaoru Ishikawa, seorang ahli pengendalian kualitas dari Jepang, sebagai satu dari 7(tujuh) alat kualitas dasar (*basic quality tools*). Diagram tulang ikan (*Fishbone*)digunakan ketika ingin mengidentifikasi kemungkinan penyebab masalah dan terutama ketika sebuah team cenderung jatuh berpikir pada rutinitas.

Suatu tindakan dan langkah peningkatan akan lebih mudah dilakukan jika masalah dan akar penyebab masalah sudah ditemukan. Manfaat diagram *fishbone* ini dapat menolong untuk menemukan akar penyebab masalah secara *user friendly*. Tools yang *user friendly* disukai orang-orang di industri manufaktur di mana proses di sana terkenal memiliki banyak ragam variabel yang berpotensi menyebabkan munculnya permasalahan.

A. DEFINISI METODE TULANG IKAN (*FISHBONE*)

Diagram tulang ikan (*fishbone*) adalah alat untuk menggambarkan penyebab-penyebab suatu masalah secara rinci. Diagram tersebut memfasilitasi proses identifikasi masalah sebagai langkah awal untuk menentukan fokus perbaikan, mengembangkan ide pengumpulan data, mengenali penyebab terjadinya masalah dan menganalisa masalah tersebut.

Diagram *Fishbone* akan mengidentifikasi berbagai sebab potensial dari satu efek atau masalah, dan menganalisis masalah tersebut melalui sesi *brainstorming*. Masalah akan dipecah menjadi sejumlah kategori yang berkaitan, mencakup manusia, material, mesin, prosedur, kebijakan, dan sebagainya. Setiap kategori mempunyai sebab-sebab yang perlu diuraikan melalui sesi *brainstorming*.

Menurut Kathleen M. La Tour (2010: *Health Information Management Concept, Principles, and Practice, Third Edition*: halaman 968) menyatakan bahwa "*fishbone diagram is a performance improvement tool used to identify or classify the root causes of a problem or condition and to display the root causes graphically*".

Contoh 1:

Hasil monitoring indikator mutu pelayanan pendaftaran pada periode tertentu ditemukan masih di bawah standar. Dari hasil *brainstorming* dan evaluasi ditemukan masalahnya adalah proses pendaftaran pasien tidak sesuai standar prosedur operasional (SPO) yang ditetapkan. Faktor-faktor penyebab SPO tidak dilaksanakan adalah kategori manusia, sistem, prosedur, dan sarana.

Contoh 2:

Pada contoh ini Anda telah melakukan monitoring indikator mutu pelayanan distribusi rekam medis kurang dari 5 menit dengan standar pencapaian 80 %. Ternyata ditemukan hasilnya masih di bawah standar pencapaian. Hasil brainstorming dan dilakukan evaluasi masalahnya adalah pendistribusian rekam medis masih 20 % tidak tepat waktu. Beberapa kategori penyebab keterlambatan distribusi rekam medis adalah dari kategori manusia, lingkungan, prosedur, dan sarana.

B. LANGKAH-LANGKAH METODE TULANG IKAN (FISHBONE)

Kathleen M. La Tour (2010: *Health Information Management Concept, Principles, and Practice, Third Edition*: halaman 704-705), menyatakan diagram tulang ikan juga dikenal dengan diagram sebab akibat dapat membantu mencari penyebab masalah. Untuk lebih jelasnya, akan diuraikan prosedur atau langkah-langkah pembuatan fishbone diagram di bawah ini.

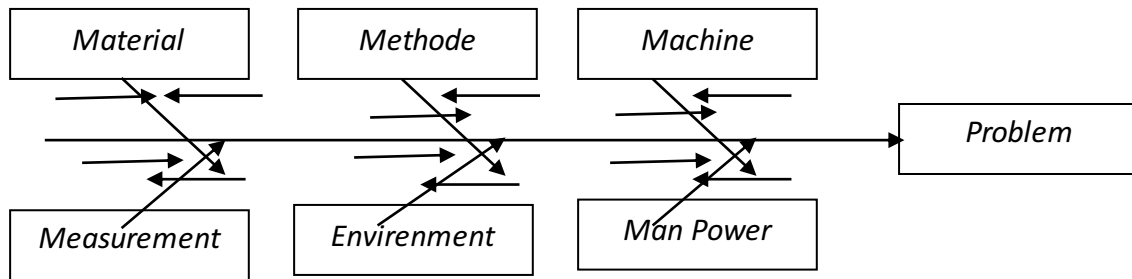
Langkah-langkah melakukan analisa dengan diagram tulang ikan:

1. Menyetujui pernyataan masalah
 - a. Sepakati sebuah pernyataan masalah (*problem statement*). Pernyataan masalah ini diinterpretasikan sebagai “effect”, atau secara visual dalam *fishbone* seperti “kepala ikan”.
 - b. Tuliskan masalah tersebut di sebelah paling kanan, misal: “Rekam medis terlambat”.
 - c. Gambarkan sebuah kotak mengelilingi tulisan pernyataan masalah tersebut dan buat panah horizontal panjang menuju ke arah kotak (lihat Gambar 1).
 - d. Masalah yang akan dianalisis diletakkan di sebelah kanan (kepala tulang ikan)
2. Mengidentifikasi kategori-kategori
 - a. Dari garis horisontal utama, buat garis diagonal yang menjadi “cabang”. Setiap cabang mewakili “sebab utama” dari masalah yang ditulis. Sebab ini diinterpretasikan sebagai “cause”, atau secara visual dalam *fishbone* seperti “tulang ikan”.
 - b. Kategori sebab utama mengorganisasikan sebab sedemikian rupa sehingga masuk akal dengan situasi. Kategori-kategori ini antara lain:
 - c. Kategori 6M yang biasa digunakan:
 - 1) *Machine* (mesin atau teknologi),
 - 2) *Method* (metode atau proses),
 - 3) *Material* (termasuk *raw material*, *consumption*, dan informasi),
 - 4) *Man Power* (tenaga kerja atau pekerjaan fisik)/*Mind Power* (pekerjaan pikiran: kaizen, saran, dan sebagainya),
 - 5) *Measurement* (pengukuran atau inspeksi), dan
 - 6) *Milieu / Mother Nature*(lingkungan).

Kategori di atas hanya sebagai saran, dapat menggunakan kategori lain yang dapat membantu mengatur gagasan-gagasan. Jumlah kategori biasanya sekitar 4 sampai dengan 6 kategori.

1. Menemukan sebab-sebab potensial dengan cara *brainstorming*
 - a. Setiap kategori mempunyai sebab-sebab yang perlu diuraikan melalui sesi *brainstorming*.
 - b. Saat sebab-sebab dikemukakan, tentukan bersama-sama di mana sebab tersebut harus ditempatkan dalam *fishbone* diagram, yaitu tentukan di bawah kategori yang mana gagasan tersebut harus ditempatkan, misal: "Mengapa bahaya potensial ? Penyebab: karyawan tidak mengikuti prosedur!" Karena karyawan (manusia), maka diletakkan di bawah "Man".
 - c. Sebab-sebab ditulis dengan garis horisontal sehingga banyak "tulang" kecil keluar dari garis diagonal.
 - d. Pertanyakan kembali "Mengapa sebab itu muncul?" sehingga "tulang" lebih kecil (sub-sebab) keluar dari garis horisontal tadi, misal: "Mengapa karyawan disebut tidak mengikuti prosedur? Jawab: karena tidak memeriksa ulang data rekam medis" (lihat Gambar 1).
 - e. Satu sebab dapat ditulis di beberapa tempat jika sebab tersebut berhubungan dengan beberapa kategori.
2. Mengkaji dan menyepakati sebab-sebab yang paling mungkin
 - a. Setelah setiap kategori diisi carilah sebab yang paling mungkin di antara semua sebab-sebab dan sub-subnya.
 - b. Jika ada sebab-sebab yang muncul pada lebih dari satu kategori, kemungkinan merupakan petunjuk sebab yang paling mungkin.
 - c. Kaji kembali sebab-sebab yang telah didaftarkan (sebab yang tampaknya paling memungkinkan) dan tanyakan, "Mengapa ini sebabnya?"
 - d. Pertanyaan "Mengapa?" akan membantu sampai pada sebab pokok dari permasalahan teridentifikasi.
 - e. Tanyakan "Mengapa ?" sampai saat pertanyaan itu tidak bisa dijawab lagi. Kalau sudah sampai ke situ sebab pokok telah teridentifikasi.
 - f. Lingkarilah sebab yang tampaknya paling memungkinkan pada *fishbone* diagram (lihat Gambar 1).

Setelah identifikasi masalah, kemudian ditentukan prioritas masalah dan rencana tindak lanjut untuk perbaikan.



Gambar 3.1. Diagram Tulang Ikan

Dalam gambar di atas masalah diletakkan pada kolom sebelah kanan seperti kepala ikan. Seperti pada uraian yang disampaikan oleh Kathleen M. La Tour (2010: *Health Information Management Concept, Principles, and Practice, Third Edition*: halaman 704-705). Garis horizontal yang ditarik mengarah pada kepala ikan menggambarkan tulang ikan utama. Kategori yang menyebabkan masalah dapat diletakkan pada bagian bawah dan atas dari tulang utama. Contoh: manusia, metode, peralatan, material, kebijakan dan prosedur, lingkungan, standar).

Latihan

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

Contoh kasus 1

Anda melakukan monitoring indikator mutu pengambilan kembali rekam medis dari rak yang akan dikirim ke klinik rawat jalan. Waktu pengambilan yang ditetapkan adalah ≤ 3 menit, dengan target pencapaiannya 90 % tepat waktu. Pada Juli 2017 hasil monitoring hanya mencapai 70 % tepat waktu. Anda diminta membuat diagram tulang ikan dengan kategori-kategori penyebab yang paling mungkin terjadi sehingga pengambilan kembali rekam medis dari rak tidak tepat waktu.

Petunjuk Jawaban Latihan

Perhatikan konsep yang disampaikan pada halaman sebelumnya.

Contoh kasus 2

Saudara melakukan monitoring kelengkapan formulir persetujuan tindakan kedokteran pasien rawat inap pada Juli 2017. Dari 200 formulir persetujuan tindakan kedokteran, hanya 180 lengkap. Anda diminta membuat diagram sesuai langkah-langkah yang telah disampaikan sebelumnya dengan kategori-kategori penyebab yang paling mungkin terjadi

sehingga pengisian formulir persetujuan tindakan kedokteran pasien rawat inap tidak lengkap.

Petunjuk Jawaban Latihan

Perhatikan konsep yang disampaikan pada halaman sebelumnya.

Ringkasan

Telah diuraikan pengertian metode diagram tulang ikan/*fishbone* dan tujuan menggunakan metode tersebut untuk mencari penyebab masalah. Langkah-langkah pembuatan diagram tulang ikan atau fishbone adalah menyepakati pernyataan masalah, mengidentifikasi kategori-kategori atau faktor-faktor penyebab masalah, menemukan penyebab potensial dengan brainstorming dan mengkaji serta menyepakati sebab-sebab yang paling mungkin. Perekam Medis dan Informasi Kesehatan harus memiliki kemampuan melakukan analisis dengan diagram tulang ikan/*fishbone*.

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat !

- 1) Hasil monitoring indikator mutu kelengkapan rekam medis pada 3(tiga) bulan terakhir ditemukan rekam medis yang tidak lengkap rata-rata 20 % tiap bulan. Metode apa yang akan dilakukan untuk menganalisis penyebab tidak lengkap ?
 - A. Diagram tulang ikan/*fishbone*
 - B. Diagram Deming
 - C. Diagram PDCA
 - D. Diagram PDSA

- 2) Setelah mengetahui hasil monitoring dan ditemukan masalah, Tim peningkatan mutu melakukan analisis dengan diagram tulang ikan. Sesi apakah yang dilakukan untuk menetapkan masalah?
 - A. *Brainstorming*
 - B. *Fishbone*
 - C. FMEA
 - D. PDSA

- 3) Setiap rumah sakit di Indonesia wajib menerapkan program peningkatan mutu. Metode proses analisis yang dapat digunakan secara retrospektif untuk mengidentifikasi kategori-kategori penyebab yang potensial memungkinkan. Apa metode analisis yang dimaksud pada kalimat di atas ?

- A. Siklus Deming
 - B. *Fishbone*
 - C. FMEA
 - D. PDSA
- 4) Setelah kegiatan monitoring, langkah selanjutnya adalah mencari akar penyebab masalah dengan analisis yang menggunakan diagram tulang ikan/fishbone. Apa tujuan diagram tersebut yang Saudara ketahui ?
- A. Diagram mencari penyebab sebagai alat pemecahan masalah
 - B. Diagram tulang ikan sebagai alat pemecahan masalah
 - C. Diagram tulang ikan sebagai alat mencari masalah
 - D. Diagram sebab akibat sebagai pemecahan masalah
- 5) Setelah kegiatan monitoring, langkah selanjutnya adalah mencari akar penyebab masalah dengan analisis yang menggunakan diagram tulang ikan/fishbone. Siapa yang memperkenalkan diagram tersebut ?
- A. Ishikawa
 - B. Fishbone
 - C. Deming
 - D. Iskawa

Topik 2

Siklus *Plan-Do-Study-Action* (PDSA)

Dalam meningkatkan mutu dapat menggunakan berbagai metode diantaranya siklus Plan-Do-Study-Action (PDSA). Siklus P-D-S-A sebelumnya disebut dengan P-D-C-A yang dikenal sebagai “Siklus Shewart”, karena pertama kali dikemukakan oleh Walter Shewart pada 1986. Namun dalam perkembangannya, metodologi analisis P-D-C-A lebih sering disebut “Siklus Deming”. Hal ini karena Deming adalah orang yang mempopulerkan penggunaannya dan memperluas penerapannya. Pada tahun 1996 Langley mengembangkan metode PDCA sebagai metode yang dapat digunakan dalam konteks kesehatan. Speroff dan O’Connor 2004 metode PDCA diperkenalkan dengan metode PDSA. Dengan nama apapun disebut, P-D-C-A adalah alat yang bermanfaat untuk melakukan perbaikan secara terus menerus (*continues improvement*) tanpa berhenti. Konsep P-D-C-A tersebut merupakan pedoman bagi setiap manajer untuk proses perbaikan kualitas (*quality improvement*) secara terus menerus tanpa berhenti tetapi meningkat ke keadaan yang lebih baik dan dijalankan di seluruh bagian organisasi. Perkam Medis dan Informasi Kesehatan diharapkan mampu memahami dan dapat mengaplikasi peningkatan mutu dengan menggunakan metode PDSA.

Perbedaan PDCA-PDSA

PDCA	PDSA
PLAN Meletakkan sasaran dan proses yang dibutuhkan untuk memberikan hasil yang sesuai dengan spesifikasi. Komponen penting pada tahap ini adalah merencanakan	PLAN Merupakan tahapan perencanaan perubahan yang akan diuji coba dan diterapkan. Komponen penting pada tahap ini adalah merumuskan tujuan.
DO Implementasi proses	DO Melaksanakan uji coba atau langkah-langkah perubahan yang telah direncanakan.
CHECK Memantau dan mengevaluasi proses dan hasil terhadap sasaran dan spesifikasi dan melaporkan hasilnya	STUDY Analisis yang mempelajari dan mengevaluasi data sebelum dan setelah perubahan serta merefleksikan apa yang telah terjadi.
ACTION Menindaklanjuti hasil untuk membuat perbaikan yang diperlukan. Meninjau seluruh langkah dan memodifikasi proses Untuk memperbaikinya sebelum implementasi berikutnya.	ACTION Merencanakan siklus perubahan berikutnya atau implementasi penuh/dipertahankan

A. DEFINISI SIKLUS *PLAN-DO-STUDY-ACTION* (PDSA)

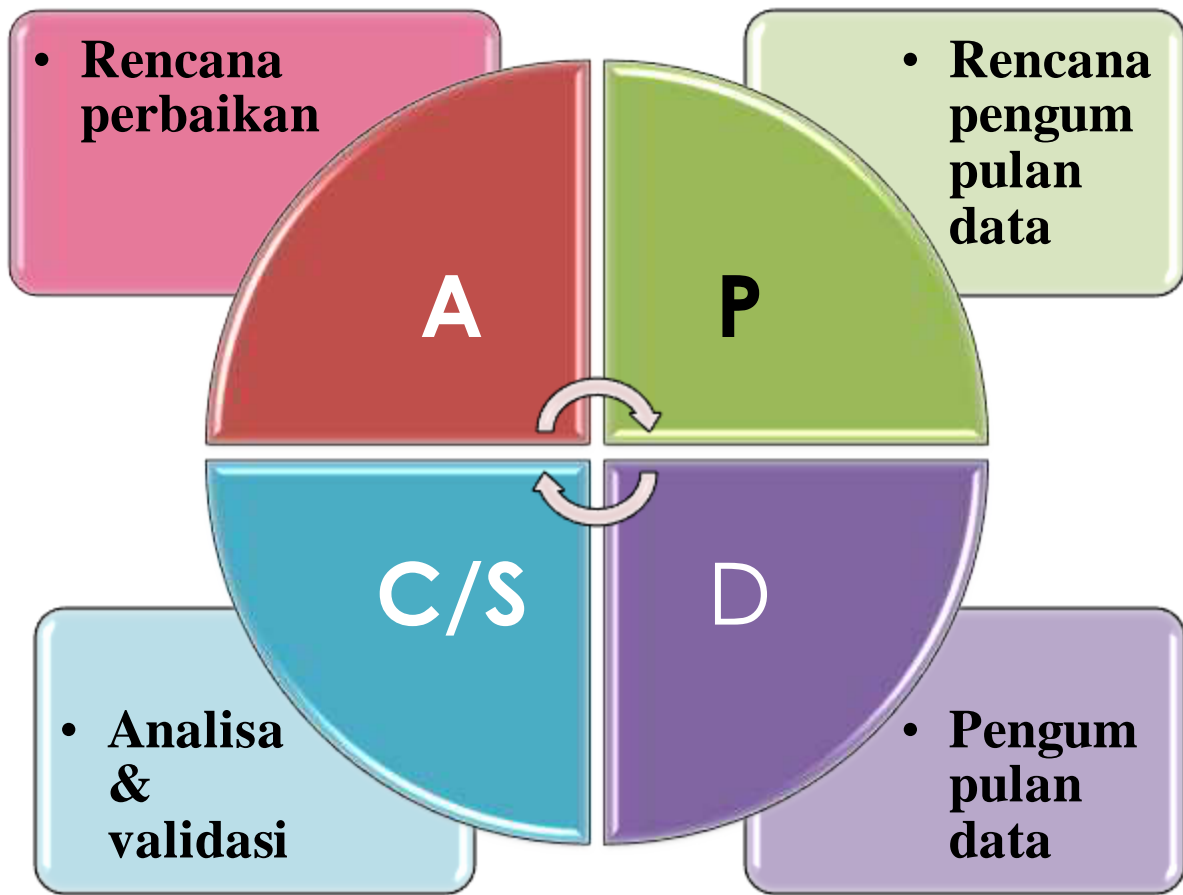
Metode PDSA adalah suatu pendekatan ilmiah untuk menguji perubahan dan melakukan perbaikan dengan menerapkan 4(empat) langkah yaitu *plan-do-study-action*. Metode ini merupakan satu cara untuk menguji perubahan yang diimplementasikan melalui 4(empat) langkah. Metode PDSA memandu proses berpikir ke dalam beberapa langkah kemudian mengevaluasi outcome, memperbaiki dan menguji kembali. Pada umumnya tanpa kita sadari kita telah melakukan langkah-langkah ini di dalam kehidupan sehari-hari. Dengan melakukan langkah-langkah ini secara tertulis membantu seseorang lebih fokus akan langkah perbaikan (gambar 1).

Menurut Kathleen M. La Tour (2010: *Health Information Management Concept, Principles, and Practice, Third Edition*: halaman 985) menyatakan bahwa “*PDSA cycle is a performance improvement model designed specifically for healthcare organizations.*”

Hal yang perlu diingat sewaktu menggunakan siklus PDSA untuk implementasi adalah:

1. Satu langkah-PDSA sering terdiri dari hanya satu segmen atau satu langkah dari keseluruhan *tool* implementasi
2. Durasi singkat-siklus PDSA kalau dapat sesingkat mungkin untuk mengetahui apakah implementasi berhasil atau tidak (hanya membutuhkan waktu 1 jam)
3. Sampel kecil-PDSA melibatkan sebagian kecil tenaga kesehatan (1 atau 2 dokter). Jika *feedback* dan proses sudah berjalan lancar dapat diperluas ke seluruh tenaga kesehatan.

Pengidentifikasian masalah yang akan dipecahkan dan pencarian sebab-sebabnya serta penentuan tindakan koreksinya, harus selalu didasarkan pada fakta. Hal ini dimaksudkan untuk menghindarkan adanya unsur subyektivitas dan pengambilan keputusan yang terlalu cepat serta keputusan yang bersifat emosional. Selain itu, untuk memudahkan identifikasi masalah yang akan dipecahkan dan sebagai patokan perbaikan selanjutnya perusahaan harus menetapkan standar pelayanan.



Gambar 3.2 Siklus P-D-S-A

B. LANGKAH-LANGKAH DALAM SIKLUS PDSA

Menurut Kathleen M. La Tour (2010: *Health Information Management Concept, Principles, and Practice, Third Edition*: halaman 701-702) menyatakan bahwa langkah-langkah siklus PDSA adalah: perencanaan untuk menetapkan kegiatan apa yang akan dirubah (*Plan*), pelaksanaan perubahan strategi dan pengumpulan data (*Do*), analisis data untuk pengembangan ke depan jika tidak berhasil dalam pelaksanaannya maka lakukan strategi lain (*Study*) dan melakukan perubahan (*Act*).

Menurut Gemala Hatta (2008: *Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*: halaman 42) menyatakan bahwa siklus PDSA merupakan tahapan dari proses siklik perencanaan (*plan*), pelaksanaan (*do*), analisis (*study*) dan perbaikan (*act*).

Keempat langkah P-D-S-A yang terdapat dalam gambar 1 di atas dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Langkah 1: Menentukan metode untuk mencapai tujuan → *Plan*

Tujuan dan insiden yang akan dicapai didasarkan pada kebijakan yang ditetapkan. Penetapan insiden tersebut ditentukan oleh pimpinan rumah sakit. Penetapan insiden didasarkan pada data pendukung dan analisis informasi.

Insiden ditetapkan secara konkret dalam bentuk insiden, harus pula diungkapkan dengan maksud tertentu dan disebarakan kepada semua karyawan. Semakin rendah tingkat karyawan yang hendak dicapai oleh penyebaran kebijakan dan tujuan, semakin rinci informasi.

Penetapan tujuan dan insiden dengan tepat belum tentu akan berhasil dicapai tanpa disertai metode yang tepat untuk mencapainya. Metode yang ditetapkan harus rasional, berlaku untuk semua karyawan dan tidak menyulitkan karyawan untuk menggunakannya. Oleh karena itu dalam menetapkan metode yang akan digunakan perlu pula diikutidengan penetapan standar kerja yang dapat diterima dan dimengerti oleh semua karyawan.

2. Langkah 2. Melaksanakan pekerjaan → Do

Metode untuk mencapai tujuan yang dibuat dalam bentuk standar kerja. Agar dapat dipahami oleh petugas terkait, dilakukan program pelatihan para karyawan untuk memahami standar kerja dan program yang ditetapkan.

Dalam pelaksanaan pekerjaan, selalu terkait dengan kondisi yang dihadapi dan standar kerja mungkin tidak dapat mengikuti kondisi yang selalu dapat berubah. Oleh karena itu, ketrampilan dan pengalaman para karyawan dapat dijadikan modal dasar untuk mengatasi masalah yang timbul dalam pelaksanaan pekerjaan karena ketidaksempurnaan standar kerja yang telah ditetapkan.

3. Langkah 3: Mempelajari & mengevaluasi data sebelum dan setelah perubahan serta merefleksikan apa yang telah terjadi → Study

Manajer atau atasan perlu memeriksa apakah pekerjaan dilaksanakan dengan baik atau tidak. Jika segala sesuatu telah sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan dan mengikuti standar kerja, tidak berarti pemeriksaan dapat diabaikan. Hal yang harus disampaikan kepada karyawan adalah atas dasar apa pemeriksaan itu dilakukan. Agar dapat dibedakan mana penyimpangan dan mana yang bukan penyimpangan, maka kebijakan dasar, tujuan, metode (standar kerja) dan pendidikan harus dipahami dengan jelas oleh karyawan dan manajer. Untuk mengetahui penyimpangan, dapat dilihat dari akibat yang timbul dari pelaksanaan pekerjaan dan setelah itu dapat dilihat dari penyebabnya.

4. Langkah 4 : Mengambil tindakan yang tepat → Action

Pemeriksaan melalui akibat yang ditimbulkan bertujuan untuk menemukan penyimpangan. Jika penyimpangan telah ditemukan, maka penyebab timbulnya penyimpangan harus ditemukan untuk mengambil tindakan yang tepat agar tidak terulang lagi. Menyingkirkan faktor-faktor penyebab yang telah mengakibatkan penyimpangan merupakan konsepsi yang penting dalam pengendalian kualitas pelayanan.

Konsep P-D-C-A dengan keenam langkah tersebut merupakan sistem yang efektif untuk meningkatkan kualitas pelayanan. Untuk mencapai kualitas pelayanan, diperlukan partisipasi semua karyawan, bagian dan proses. Partisipasi semua karyawan dalam pengendalian kualitas pelayanan diperlukan kesungguhan (*sincerety*), yaitu sikap yang

menolak adanya tujuan yang semata-mata hanya berguna bagi diri sendiri atau menolak cara berfikir dan berbuat yang semata-mata bersifat pragmatis. Dalam sikap kesungguhan tersebut yang dipentingkan bukan hanya insiden yang akan dicapai, melainkan juga cara bertindak seseorang untuk mencapai insiden tersebut.

Partisipasi semua pihak dalam pengendalian kualitas pelayanan mencakup semua jenis kelompok karyawan yang secara bersama-sama merasa bertanggung jawab atas kualitas pelayanan dalam kelompoknya. Partisipasi semua proses dalam pengendalian kualitas pelayanan dimaksudkan adalah pengendalian tidak hanya terhadap output, tetapi terhadap hasil setiap proses. Proses pelayanan akan menghasilkan suatu pelayanan berkualitas tinggi, hanya mungkin dapat dicapai jika terdapat pengendalian kualitas dalam setiap tahapan dari proses. Dimana dalam setiap tahapan proses dapat dijamin adanya keterpaduan, kerjasama yang baik antara kelompok karyawan dengan manajemen, sebagai tanggung jawab bersama untuk menghasilkan kualitas hasil kerja dari kelompok, sebagai mata rantai dari suatu proses.



Gambar 3.3: Rincian langkah-langkah Siklus PDSA

Latihan

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

Cara pengisian pada formulir PDSA

Tool : Tulis hal apa yang akan diimplementasi

Step : Tulis langkah yang lebih kecil tentang hal yang akan diimplementasi

Cycle : Tulis nomor siklus dari PDSA yang dilakukan. Sebagai strategi implementasi Anda seringkali kembali dan menyesuaikan sesuatu dan ingin menguji apakah perubahan yang Anda buat lebih baik atau tidak. Setiap kali Anda membuat penyesuaian dan menguji kembali, Anda akan melakukan siklus yang lain.

PLAN

Saya berencana untuk: Tulis pernyataan singkat tentang apa yang akan Anda rencanakan dalam uji ini. Rencana ini lebih fokus dan lebih kecil. Rencana ini merupakan sebagian kecil dari implementasi *tool*.

Saya berharap: Tulis ukuran atau outcome yang akan Anda capai. Anda bisa memiliki data kuantitatif seperti jumlah rekam medis yang salah kirim ke klinik.

Langkah-langkah: Tulis langkah-langkah yang Anda akan lakukan dalam siklus, termasuk hal berikut:

1. Populasi dimana Anda bekerja – apakah Anda akan mengamati perilaku petugas pengirim rekam medis ?
2. Batas waktu yang Anda lakukan untuk studi ini – perlu diingat, tidak perlu waktu lama, cukup untuk mendapatkan hasil. Anda bisa memberi waktu 1 minggu namun jika setelah 4 jam sudah bisa diketahui tidak berhasil. Anda bisa akhiri siklus pada saat itu karena Anda sudah mendapatkan hasil.

DO

Setelah Anda membuat *PLAN*, Anda akan memutuskan untuk mengamati apa yang terjadi.

Apa yang Anda amati?

Tulis hasil observasi selama implementasi termasuk bagaimana reaksi pasien, dokter, perawat, bagaimana *PLAN* sesuai dengan sistem atau alur visit pasien. Anda bisa bertanya, “Apakah semuanya berjalan sesuai rencana?” Apakah saya harus memodifikasi *PLAN*?”

STUDY

Setelah implementasi Anda akan amati hasil.

Apa yang dapat Anda pelajari? Apakah sesuai measurement goal? Dari sini Anda dapat melihat bagaimana implementasi telah sesuai sasaran Anda.

ACTION

Apa yang dapat Anda simpulkan dari siklus ini? Disini Anda dapat menulis kesimpulan dari implementasi ini, apakah berhasil atau tidak. Bila tidak berhasil, apa yang akan Anda lakukan selanjutnya pada siklus berikut agar implementasi berhasil. Jika berhasil, apakah Anda siap untuk menyebarkan ke seluruh orang?

Contoh:

Dibawah ini ada 1 contoh bagaimana mengisi Form PDSA untuk memperoleh feedback pasien.

Masing-masing terdiri dari 3 siklus PDSA.

Untuk yang pertama, masing-masing siklus terdiri dari siklus singkat tentang bagaimana melakukan survei ke pasien untuk memperoleh feedback pasien.

Form PDSA (Plan-Do-Study-Act)

TOOL : *Feedback* pasien

STEP : Penyebaran kuesioner

CYCLE : siklus 1

PLAN

Saya berencana: Mengetahui kepuasan pasien. Pasien diminta mengisi dan mengembalikan kuesioner ke kami

Saya berharap: Dalam satu minggu ada 25 pasien yang melengkapi kuesioner

Tindakan:

1. Kami akan melakukan survei saat pasien pulang
2. Petugas kesehatan yang bertugas meminta pasien mengisi kuesioner dan meletakkan di tempat tertentu
3. Kami akan mencoba selama 1 minggu

DO

Apa yang Anda amati?

1. Pasien sering melakukan hal lain saat pulang seperti melakukan pembayaran atau membuat perjanjian dan mereka merasa tidakbisa melakukan tugas lain
2. Area pasien pulang bisa sangat sibuk dan perlu dukungan
3. Petugas pasien pulang ingat untuk meminta pasien apakah mereka akan mengisi survei.

STUDY

Apa yang dapat anda pelajari? Apakah sesuai measurement goal?

Kami hanya menerima 8 kuesioner dalam 1 minggu. Proses ini tidak berhasil

ACT

Apa yang dapat Anda simpulkan dari siklus ini?

Pasien tidak ingin mengisi kuesioner saat pasien pulang. Harus ada cara lain agar pasien mau mengisi kuesioner

Kami meminta pasien untuk mengisi kuesioner saat mereka tiba di rumah sekaligus memberikan amplop berperangko untuk mengembalikan kuesioner tersebut.

Form PDSA (*Plan-Do-Study-Act*)

TOOL : *Feedback* pasien

STEP : Penyebaran kuesioner

CYCLE : Siklus 2

PLAN

Saya berencana: Mengetahui kepuasan pasien. Pasien diminta mengisi dan mengembalikan kuesioner ke kami

Saya berharap: Dalam satu minggu ada 25 pasien yang melengkapi kuesioner

Tindakan:

1. Kuesioner diletakan di meja petugas saat pasien pulang
2. Petugas meminta pasien untuk mengambil kuesioner dan amplop. Mereka diminta untuk mengisi kuesioner di rumah dan mengirimkan kembali lewat pos.
3. Kami akan coba dalam 2 minggu

DO

Apa yang Anda amati?

1. Kuesioner menyatu dengan prosedur pasien pulang
2. Hanya 30% pasien yang mengambil kuesioner dan amplop *We noticed that the patient had other papers to manage at this time as well.*
3. Pasien pulang masih harus mengisi form lain

STUDY

Apa yang dapat anda pelajari? Apakah sesuai measurement goal?

Hanya 3 kuesioner yang kembali dalam waktu 2 minggu. Proses ini tidak berjalan dengan baik.

ACT

Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini?

Beberapa pasien tidak ingin diganggu saat pasien pulang

Begitu pasien keluar RS mereka tidak ingat untuk mengisi kuesioner

Kami ingin pendekatan lain, saat pasien menunggu dokter sewaktu kontrol ke rumah sakit

Form PDSA (*Plan-Do-Study-Act*)

TOOL: *Feedback* Pasien

STEP: Penyebaran Kuesioner

CYCLE: Siklus 3

PLAN

Saya berencana: Mengetahui kepuasan pasien. Pasien diminta mengisi dan mengembalikan kuesioner ke kami.

Saya berharap: Dalam satu minggu ada 25 pasien yang melengkapi kuesioner

Tindakan:

1. Kuesioner kami letakkan di dalam kotak dekat ruang tunggu dokter beserta pulpen
2. Kami meminta perawat agar pasien mau mengisi kuesioner sambil menunggu dokter
3. Dalam 1 minggu kami akan melihat berapa banyak kuesioner yang terkumpul

DO

Apa yang anda amati?

1. Perawat mengatakan bahwa mereka berhasil meminta pasien mengisi kuesioner
2. Beberapa pasien membutuhkan bantuan untuk membaca kuesioner namun perawat terlalu sibuk untuk membantu
3. Beberapa survei tidak diisi lengkap karena sewaktu pasien mengisi kuesioner pasien dipanggil untuk diperiksa dokter

STUDY

Apa yang dapat anda pelajari? Apakah sesuai measurement goal?

Kami memperoleh 24 kuesioner dalam waktu 1 minggu. Proses ini berhasil

ACT

Apa yang dapat anda simpulkan dalam siklus ini?

Pendekatan pasien saat mereka di ruang tunggu poli berhasil

Kebanyakan pasien memiliki waktu untuk mengisi kuesioner sewaktu menunggu dokter

Kami akan cari cara untuk membantu pasien yang memerlukan bantuan membaca kuesioner

6) Penerapan PDSA Rekam Medis

Unit rekam medis dan informasi kesehatan yang terdiri dari kegiatan sejak pendaftaran pasien masuk sampai pasien pulang, berobat jalan atau IGD. Dengan beberapa indikator yang telah dimonitor permasalahan yang ditemukan dapat dilakukan upaya peningkatan mutu dengan siklus PDSA.

Ringkasan

Metode PDSA adalah suatu pendekatan ilmiah untuk menguji perubahan dan melakukan perbaikan dengan menerapkan 4(empat) langkah yaitu *plan-do-study-action*. Metode ini merupakan satu cara untuk menguji perubahan yang diimplementasikan melalui 4(empat) langkah. Metode PDSA memandu proses berpikir ke dalam beberapa langkah kemudian mengevaluasi outcome, memperbaiki dan menguji kembali. Kemampuan dan ketrampilan yang harus dimiliki oleh seorang Perkam Medis dan Informasi Kesehatan dalam mengukur mutu informasi kesehatan, memperbaiki mutu dan meningkatkan mutu informasi kesehatan sangat dibutuhkan untuk menghasilkan informasi kesehatan berkualitas.

Tes 2

Pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Pada siklus PDSA yang terdiri dari beberapa langkah merupakan rangkaian yang saling terkait. Analisis yang mempelajari dan mengevaluasi data sebelum dan setelah perubahan serta merefleksikan apa yang telah terjadi merupakan bagian dari langkah tersebut. Langkah apakah yang dimaksud?
 - A. Do
 - B. Cek
 - C. Plan
 - D. Study

- 2) Setelah mencari akar penyebab masalah, langkah berikut adalah melakukan identifikasi akar penyebab masalah untuk prioritas perbaikan. Berbagai metode dapat digunakan untuk perbaikan mutu yang disesuaikan dengan kondisi rumah sakit. Siklus apakah yang dapat digunakan untuk upaya perbaikan?
 - A. PDCA
 - B. PDDA
 - C. PDSA
 - D. POAC

- 3) Dalam perkembangannya PDCA mengalami perubahan yang terletak pada analisis. Tidak hanya memantau, mengevaluasi proses dan hasil terhadap sasaran serta melaporkan hasilnya, tetapi melakukan analisis. Pada langkah apakah perubahan terjadi ?
- A. Monitoring
 - B. Action
 - C. Study
 - D. Plan
- 4) Setelah mengetahui hasil monitoring dan ditemukan masalah, Tim peningkatan mutu melakukan analisis dengan diagram Ishikawa. Untuk melakukan tindak lanjut perbaikan menggunakan metode upaya perbaikan mutu secara berkelanjutan. Metode apa yang dimaksud ?
- A. Fishbone
 - B. PDSA
 - C. PDCA
 - D. FMEA
- 5) Selain menghapus pemborosan di tempat kerja dan meningkatkan produktivitas, manfaat PDSA juga untuk menyelesaikan dan mengendalikan permasalahan dengan pola yang runtun dan sistematis. Siapakah penemu awal siklus PDCA pada 1986 ?
- A. Speroff dan O'Connor
 - B. Deming dan Shewhart
 - C. Ishikawa
 - D. Langley

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) A: menggunakan metode tulang ikan (fishbone)
- 2) A: brainstorming merupakan langkah awal menetapkan masalah
- 3) B: fishbone untuk pemecahan masalah
- 4) C: sebagai alat mencari masalah
- 5) A: Ishikawa yang memperkenalkan

Tes 2

- 1) D: Analisis yang mempelajari dan mengevaluasi data
- 2) C: Untuk perbaikan mutu
- 3) C : mengevaluasi dan menganalisis
- 4) B: Untuk tindak lanjut perbaikan
- 5) B: Walter Shewart pada 1986

Daftar Pustaka

- Abdelhak, M. 2001. Health Information: Management of a Strategic Resource, Second Edition. USA: W.B. Saunders Company
- Hatta, Gemala. 2008. Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan, Jakarta: UI Press
- Yakub, 2012. Pengantar Sistem Informasi, Edisi Pertama, Yogyakarta: Graha Ilmu
- Yoga, Tjandra Aditama. 2004. Manajemen Administrasi Rumah Sakit, Jakarta: UI Press
- IBISA. 2011. Keamanan Sistem Informasi, Yogyakarta: C.V Andi Offset
- Kathleen M. La Tour. 2010: Health Information Management Concept, Principles, and Practice, Third Edition. 233 North Michigan Avenue, Suite 2150, Chicago, Illinois, AHIMA
- Undang-Undang RI No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, Bandung: Citra Umbara.
- Departemen Kesehatan. 2003: Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat, Jakarta.
- Kementerian Kesehatan . Tahun 2013: Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit, Jakarta
- Institut Manajemen Risiko Klinis. 2013: Materi Workshop Pengukuran dan Analisa Data Indikator Untuk Meningkatkan Mutu dan Keselamatan Pasien.

BAB IV

STANDAR PELAYANAN REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN SESUAI AKREDITASI RUMAH SAKIT DAN FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN LAINNYA

Yati Maryati, A.Md.PerKes, SKM

PENDAHULUAN

Akreditasi rumah sakit merupakan upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit yang dilakukan dengan membangun system dan budaya mutu. Melalui akreditasi rumah sakit diharapkan ada perbaikan system di RS meliputi *input*, *process* dan *product output* (meliputi *output* dan *outcome*). Komisi Akreditasi Rumah Sakit (tahun 2012 : hal 5). Akreditasi Fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dilaksanakan dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan diseluruh fasilitas pelayanan kesehatan.

Akreditasi rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya meliputi seluruh bagian dari sstem yang ada di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan. Penilaian akreditasi bukan hanya dilakukan untuk menilai rumah sakit dan fasilitas kesehatan berdasarkan standar pelayanan yang telah ada tetapi lebih kepada membuat sistem yang memenuhi standar dan menjadi budaya yang diimplementasikan secara berkesinambungan. Fokus pelayanan ditujukan kepada pasien dengan mengutamakan mutu dan keselamatan pasien.

Rekam medis merupakan satu bagian penting di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan yang mengelola sistem rekam medis, pelepasan informasi, dan penyediaan seluruh formulir yang ada di rumah sakit terkait pelayanan petugas kesehatan kepada pasien. Penilaian akreditasi rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan bidang rekam medis tidak berdiri sendiri saling terkait dengan system yang ada di pelayanan kesehatan. Dalam akreditasi rumah sakit standar rekam medis termasuk dalam standar Manajemen Komunikasi dan Informasi. Meskipun sebagian besar standar ada pada penilaian MKI, rekam medis dalam hal ini terkait juga dengan bidang-bidang lain yang akan kita bahas dalam buku ini.

Agar dapat memahami dengan baik, mahasiswa diharapkan mempelajari modul ini tidak hanya berdasarkan teks pada modul tetapi juga mempelajari contoh, mengikuti latihan yang ada, dan mencoba tes formatif yang diberikan sehingga dapat mengetahui seberapa jauh telah memahaminya. 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 pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan sesuai akreditasi rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Sedangkan secara khusus setelah mempelajari modul ini, Anda diharapkan dapat menjelaskan tentang:

1. Standar akreditasi rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
2. Standar pelayanan rekam medis dalam versi akreditasi rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya

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

Topik 1, membahas tentang standar akreditasi rumah sakit;

Topik 2, membahas tentang standar pelayanan rekam medis dalam versi akreditasi rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.

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 formatif secara jujur tanpa terlebih dahulu melihat kunci !
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

Standar Akreditasi Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya

Dalam upaya menyiapkan rekam medis dan informasi kesehatan dalam akreditasi rumah sakit, seorang Perkam Medis dan Informasi Kesehatan (PMIK) perlu memahami standar dan elemen yang harus disiapkan. Persiapan akreditasi rumah sakit bidang rekam medis meliputi kebijakan, pedoman pelayanan, pedoman pengorganisasian, Standar Prosedur Operasional (SPO), program dll. Dokumen rekam medis yang ada hendaknya merupakan penjabaran dari proses dan sistem yang diimplementasikan Bagian Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.



Akreditasi Rumah Sakit

A. DEFINISI AKREDITASI RUMAH SAKIT

1. Akreditasi Rumah Sakit

Akreditasi Rumah Sakit adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan Rumah Sakit, setelah dilakukan penilaian bahwa Rumah Sakit telah memenuhi Standar Akreditasi. (Permenkes 34: Akreditasi Rumah Sakit: 2017: halaman 2)

Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik MandiriDokter Gigi

Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik MandiriDokter Gigi yang selanjutnya disebut Akreditasi adalah pengakuan yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggaraAkreditasi yang ditetapkan oleh Menteri setelah memenuhi standar Akreditasi. (Permenkes 46: Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik MandiriDokter Gigi: 2015: halaman 2)

2. Tujuan Akreditasi

Pengaturan Akreditasi bertujuan untuk:

- a. meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit dan melindungi keselamatan pasien Rumah Sakit;
 - b. meningkatkan perlindungan bagi masyarakat, sumber daya manusia di Rumah Sakit dan Rumah Sakit sebagai institusi;
 - c. mendukung program Pemerintah di bidang kesehatan; dan
 - d. meningkatkan profesionalisme Rumah Sakit Indonesia di mata Internasional.
- (Permenkes 34: Akreditasi Rumah Sakit: 2017: halaman 3)

3. Standar dan Elemen Penilaian Akreditasi Rumah Sakit

Kelompok Standar Akreditasi versi KARS 2012

Penilaian akreditasi rumah sakit dilakukan melalui evaluasi penerapan Standar Akreditasi Rumah Sakit KARS yang terdiri dari 4 kelompok standar.

a. *Standar Pelayanan Berfokus pada Pasien, terdapat 7 bab*

1) Bab 1. Akses ke Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan (APK)

Rumah sakit seyogyanya mempertimbangkan bahwa asuhan di rumah sakit merupakan bagian dari suatu system pelayanan yang terintegrasi dengan para profesional di bidang pelayanan kesehatan dan tingkat pelayanan yang akan membangun suatu kontinuitas pelayanan. Maksud dan tujuannya adalah menyelaraskan kebutuhan pasien dengan pelayanan yang tersedia di rumah sakit, mengkoordinasikan pelayanan, kemudian merencanakan pemulangan dan tindakan selanjutnya. Hasilnya adalah meningkatkan mutu asuhan pasien dan efisiensi penggunaan sumber daya yang tersedia di rumah sakit.

Informasi penting untuk membuat keputusan yang benar tentang:

- Kebutuhan pasien yang mana yang dapat dilayani rumah sakit
- Pemberian pelayanan yang efisien kepada pasien
- Rujukan ke pelayanan lain baik di dalam maupun keluar rumah sakit dan pemulangan pasien yang tepat ke rumah. Standar Akreditasi Rumah Sakit (Kerjasama Dirjen BUK KemKes RI dengan KARS: 2011: Standar Akreditasi Rumah Sakit: halaman 1)

2) Bab 2. Hak Pasien dan Keluarga (HPK)

Bab ini mengemukakan proses untuk:

- Mengidentifikasi, melindungi dan meningkatkan hak pasien
- Memberitahukan pasien tentang hak mereka
- Melibatkan keluarga pasien, bila memungkinkan, dalam keputusan tentang pelayanan pasien
- Mendapatkan persetujuan tindakan (*informed consent*)
- Mendidik staf tentang hak pasien (Kerjasama Dirjen BUK KemKes RI dengan KARS: 2011: Standar Akreditasi Rumah Sakit: halaman 18)

3) Bab 3. Asesmen Pasien (AP)

Asesmen pasien terdiri atas 3 proses utama:

- Menumpulkan informasi dari data keadaan fisik, psikologis, sosial, dan riwayat kesehatan pasien
- Analisis informasi dan data, termasuk hasil laboratorium dan “*Imaging Diagnostic*” (Radiologi) untuk mengidentifikasi kebutuhan pelayanan kesehatan pasien
- Membuat rencana pelayanan untuk memenuhi semua kebutuhan pasien yang telah teridentifikasi (Kerjasama Dirjen BUK KemKes RI dengan KARS: 2011: Standar Akreditasi Rumah Sakit: halaman 38)

4) Bab 4. Pelayanan Pasien (PP)

Tujuan utama pelayanan kesehatan rumah sakit adalah pelayanan pasien. Penyediaan pelayanan yang paling sesuai di suatu rumah sakit untuk mendukung dan merespon terhadap setiap kebutuhan pasien yang unik, memerlukan perencanaan dan koordinasi tingkat tinggi. Ada beberapa sifat tertentu yang bersifat dasar bagi pelayanan pasien.

Untuk semua disiplin yang memberikan pelayanan pasien, aktifitas ini termasuk

- Perencanaan dan pemberian asuhan kepada setiap/masing-masing pasien
- Pemantauan pasien untuk mengetahui hasil asuhan pasien
- Modifikasi asuhan bila perlu
- Penuntasan asuhan pasien; dan
- Perencanaan tingkat lanjut (Kerjasama Dirjen BUK KemKes RI dengan KARS: 2011: Standar Akreditasi Rumah Sakit: halaman 67)

5) Bab 5. Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)

Penggunaan anestesi, sedasi dan intervensi bedah adalah proses yang umum dan merupakan prosedur yang kompleks di rumah sakit. Tindakan-tindakan ini membutuhkan asesmen pasien yang lengkap dan komprehensif, perencanaan asuhan yang terintegrasi, monitoring pasien yang berkesinambungan dan criteria transfer untuk pelayanan berkelanjutan, rehabilitasi, akhirnya transfer maupun pemulangan pasien (*discharge*). (Kerjasama Dirjen BUK KemKes RI dengan KARS: 2011: Standar Akreditasi Rumah Sakit: halaman 81)

6) Bab 6. Manajemen dan Penggunaan Obat (MPO)

Manajemen obat merupakan komponen yang penting dalam pengobatan simptomatik, preventif, kuratif dan paliatif, terhadap penyakit dan berbagai kondisi. Manajemen obat mencakup sistem dan proses yang digunakan rumah sakit dalam membrikan farmakoterapi kepada pasien. Ini biasanya merupakan upaya multidisiplin, dalam koordinasi para staf rumah sakit, menerapkan sistem rancang proses yang efektif, implementasi dan peningkatan terhadap seleksi,

pengadaan, penyimpanan, pemesanan/pereseapan, pencatatan (*transcribe*), pendistribusian, persiapan (*preparing*), penyaluran (*dispensing*), pemberian, pendokumentasian dan pemantauan terapi obat. Peran para praktisi pelayanan kesehatan dalam manajemen obat sangat bervariasi dari satu negara ke negara lain, namun proses manajemen obat yang baik bagi keselamatan pasien bersifat universal. (Kerjasama Dirjen BUK KemKes RI dengan KARS: 2011: Standar Akreditasi Rumah Sakit: halaman 92)

7) Bab 7. Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK)

Pendidikan pasien dan keluarga membantu pasien berpartisipasi lebih baik dalam asuhan yang diberikan dan mendapat informasi dalam mengambil keputusan tentang asuhannya. Berbagai staf yang berbeda dalam rumah sakit memberikan pendidikan kepada pasien dan keluarganya. Pendidikan diberikan ketika pasien berinteraksi dengan dokter atau perawatnya. Petugas kesehatan lainnya juga memberikan pendidikan ketika memberikan pelayanan yang spesifik, diantaranya terapi diet, rehabilitasi atau persiapan pemulangan pasien dan asuhan pasien berkelanjutan. Mengingat banyak staf terlibat dalam pendidikan pasien dan keluarganya, maka perlu diperhatikan agar staf yang terlibat dikoordinasikan kegiatannya dan focus pada kebutuhan pembelajaran pasien. (Kerjasama Dirjen BUK KemKes RI dengan KARS: 2011: Standar Akreditasi Rumah Sakit: halaman 109)

b. Standar Manajemen Rumah Sakit, terdapat 6 bab

1) Bab 1. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)

Bab ini menjelaskan (*describe*) sebuah pendekatan komprehensif dari peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Peningkatan mutu secara menyeluruh adalah memperkecil (*reduction*) risiko pada pasien dan staf secara berkesinambungan. Risiko ini dapat diketemukan baik diproses klinis maupun di lingkungan fisik. Pendekatan ini meliputi:

- Memimpin dan merencanakan program peningkatan mutu dan program keselamatan pasien;
- Merancang proses-proses klinis baru dan proses manajerial dengan benar;
- Mengukur apakah proses berjalan dengan baik melalui pengumpulan data;
- Analisis data;
- Memerapkan dan melanjutkan (*sustaining*) perubahan yang dapat menghasilkan perbaikan. (Kerjasama Dirjen BUK KemKes RI dengan KARS: 2011: Standar Akreditasi Rumah Sakit: halaman 114)

2) Bab 2. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Tujuan pengorganisasian program PPI adalah mengidentifikasi dan menurunkan risikoinfeksi yang didapat dan ditularkan diantara pasien, staf, tenaga

professional kesehatan, tenaga kontrak, tenaga sukarela, mahasiswa dan pengunjung.

Risiko infeksi dan kegiatan program dapat berbeda dari suatu rumah sakit ke rumah sakit lainnya, tergantung pada kegiatan klinis dan pelayanan rumah sakit, populasi pasien yang dilayani, lokasi geografi, jumlah pasien dan jumlah pegawai. (Kerjasama Dirjen BUK KemKes RI dengan KARS: 2011: Standar Akreditasi Rumah Sakit: halaman 134)

- 3) Bab 3. Tata Kelola, Kepemimpinan, dan Pengarahan (TKP)
Kepemimpinan yang efektif dimulai dengan pemahaman tentang berbagai tanggung jawab dan kewenangan/ otoritas dari orang-orang dalam organisasi dan bagaimana orang-orang ini bekerjasama. Mereka yang mengendalikan, mengelola dan memimpin rumah sakit mempunyai kewenangan dan tanggung jawab. Secara kolektif maupun perorangan mereka bertanggung jawab untuk mematuhi peraturan perundang-undangan serta memenuhi tanggung jawab rumah sakit terhadap populasi pasien yang dilayaninya. (Kerjasama Dirjen BUK KemKes RI dengan KARS: 2011: Standar Akreditasi Rumah Sakit: halaman 148)
- 4) Bab 4. Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)
Rumah sakit dalam kegiatannya menyediakan fasilitas yang aman, berfungsi dan supportif bagi pasien, keluarga, staf dan pengunjung. Untuk mencapai tujuan ini, fasilitas fisik, medis dan peralatan lainnya harus dikelola secara efektif. Secara khusus, manajemen harus berusaha keras untuk:
 - Mengurangi dan mengendalikan bahaya dan risiko;
 - Mencegah kecelakaan dan cedera; dan
 - Memelihara kondisi aman. (Kerjasama Dirjen BUK KemKes RI dengan KARS: 2011: Standar Akreditasi Rumah Sakit: halaman 166)
- 5) Bab 5. Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS)
Rumah sakit membutuhkan cukup banyak orang dengan berbagai ketrampilan, dan orang yang kompeten untuk melaksanakan misi rumah sakit dan memenuhi kebutuhan pasien. Pimpinan rumah sakit bekerjasama untuk mengetahui jumlah dan jenis staf yang dibutuhkan berdasarkan rekomendasi dari unit kerja dan direktur pelayanan. (Kerjasama Dirjen BUK KemKes RI dengan KARS: 2011: Standar Akreditasi Rumah Sakit: halaman 184)
- 6) Bab 6. Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI)
Memberikan asuhan pasien adalah suatu upaya yang kompleks dan sangat tergantung pada komunikasi dari informasi. Komunikasi tersebut adalah kepada dan dengan komunitas, pasien dan keluarganya, serta dengan professional

kesehatan lainnya. Kegagalan dalam berkomunikasi merupakan salah satu akar masalah yang paling sering menyebabkan insiden keselamatan pasien.

Untuk memberikan, mengkoordinasikan dan mengintegrasikan pelayanan, rumah sakit mengandalkan pada informasi tentang ilmu pengasuhan, pasien secara individual, asuhan yang diberikan dan kinerja mereka sendiri. Seperti halnya sumber daya manusia, material dan financial, maka informasi juga merupakan suatu sumber daya yang harus dikelola secara efektif oleh pimpinan rumah sakit. Setiap rumah sakit berupaya mendapatkan, mengelola dan menggunakan informasi untuk meningkatkan/memperbaiki outcome pasien, demikian pula kinerja individual maupun kinerja rumah sakit secara keseluruhan. (Kerjasama Dirjen BUK KemKes RI dengan KARS: 2011: Standar Akreditasi Rumah Sakit: halaman 206)

c. *Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit, merupakan 1 bab*

Bab ini mengemukakan tentang Sasaran Keselamatan Pasien, sebagai syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Penyusunan sasaran ini mengacu kepada Nine Life –Saving Patient Safety Solutions dari WHO Patient Safety (2007) yang digunakan juga oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPPRS PERSI), dan dari Joint Commission international (JCI). (Kerjasama Dirjen BUK KemKes RI dengan KARS tahun 2011:halaman 225)

Enam sasaran keselamatan pasien adalah sebagai berikut:

- 1) Ketepatan identifikasi pasien
- 2) Peningkatan komunikasi yang efektif
- 3) Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high-alert)
- 4) Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi
- 5) Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
- 6) Pengurangan risiko pasien jatuh

d. *Sasaran Milenium Development Goals, merupakan 1 bab*

Bab ini mengemukakan Sasaran Milenium Development Goals (MDG's), dimana Indonesia merupakan salah satu dari 189 negara yang menandatangani kesepakatan pembangunan millennium (MDG's) pada bulan September tahun 2000. Kesepakatan tersebut berisikan 8 (delapan) misi yang harus dicapai, yang merupakan komitmen bangsa-bangsa di dunia untuk mempercepat pembangunan manusia dan pemberantasan kemiskinan, dimana pencapaian Milenium Development Goals (MDG's) menjadi salah satu prioritas utama Bangsa Indonesia. (Kerjasama Dirjen BUK KemKes RI dengan KARS tahun 2011:halaman 233)

Tiga sasaran Milenium Development Goals (MDG's) adalah sebagai berikut:

- 1) Penurunan Angka Kematian Bayi dan
- 2) Peningkatan Kesehatan Ibu
- 3) Penurunan Angka Kesakitan HIV/AIDS
- 4) Penurunan Angka Kesakitan TB

4. Kelulusan

Proses akreditasi terdiri dari kegiatan survei oleh Tim Surveyor dan proses pengambilan keputusan pada Pengurus KARS.

Tingkatan kelulusan dan kriterianya sebagai berikut:

- a. Tingkat Dasar
 - 1) Empat bab digolongkan Major, nilai minimum setiap bab harus 80%
 - (a) Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit
 - (b) Hak Pasien dan Keluarga (HPK)
 - (c) Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK)
 - (d) Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)
 - 2) Sebelas bab digolongkan Minor, nilai minimum setiap bab harus 20%
- b. Tingkat Madya
 - 1) Delapan bab digolongkan Major, nilai minimum setiap bab harus 80%
 - 2) Tujuh bab digolongkan Minor, nilai minimum setiap bab harus 20%
- c. Tingkat Utama
 - 1) Delapan bab digolongkan Major, nilai minimum setiap bab harus 80%
 - 2) Tujuh bab digolongkan Minor, nilai minimum setiap bab harus 20%
- d. Tingkat Paripurna
Lima belas (semua) bab digolongkan Major, nilai minimum setiap bab harus 80%

5. Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya

Akreditasi pelayanan kesehatan lainnya meliputi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi. Akreditasi ini dimaksudkan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dasar secara berkesinambungan. Akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dilakukan oleh survei Akreditasi dari lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri. Akreditasi Puskesmas dan Klinik Pratama dilakukan setiap 3 (tiga) tahun. Akreditasi tempat praktik mandiri dokter dan tempat praktik mandiri dokter gigi dilakukan setiap 5 (lima) tahun.

a. Definisi Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi

Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi yang selanjutnya disebut Akreditasi adalah pengakuan yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri setelah memenuhi standar Akreditasi. (Permenkes 46: Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi: 2015: halaman 2)

b. Tujuan Akreditasi

Pengaturan Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi bertujuan untuk:

- 1) meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien;

- 2) meningkatkan perlindungan bagi sumber daya manusia kesehatan, masyarakat dan lingkungannya, serta Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi sebagai institusi; dan
- 3) meningkatkan kinerja Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi dalam pelayanan kesehatan perseorangan dan/atau kesehatan masyarakat.

c. Penetapan status Akreditasi

- 1) Penetapan status Akreditasi Puskesmas terdiri atas:
 - a) tidak terakreditasi;
 - b) terakreditasi dasar;
 - c) terakreditasi madya;
 - d) terakreditasi utama; atau
 - e) terakreditasi paripurna.
- 2) Penetapan status Akreditasi Klinik Pratama terdiri atas:
 - a) tidak terakreditasi;
 - b) terakreditasi dasar;
 - c) terakreditasi madya; atau
 - d) terakreditasi paripurna.
- 3) Penetapan status Akreditasi tempat praktik mandiri dokter dan tempat praktik mandiri dokter gigi terdiri atas:
 - a) tidak terakreditasi; atau
 - b) terakreditasi.

(Permenkes 46: Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi: 2015: halaman 6)

d. Akreditasi Puskesmas menilai tiga kelompok pelayanan di Puskesmas, yaitu:

- 1) Kelompok Administrasi Manajemen, yang diuraikan dalam :
 - a) Bab I. Penyelenggaraan Pelayanan Puskesmas (PPP)
 - b) Bab II. Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas (KMP)
 - c) Bab III. Peningkatan Mutu Puskesmas (PMP)
- 2) Kelompok Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM), yang diuraikan dalam:
 - a) Bab IV. Upaya Kesehatan Masyarakat yang Berorientasi Sasaran (UKMBS)
 - b) Bab V. Kepemimpinan dan Manajemen Upaya Kesehatan Masyarakat (KMUKM)
 - c) Bab VI. Sasaran Kinerja Upaya Kesehatan Masyarakat
- 3) Kelompok Upaya Kesehatan Perorangan, yang diuraikan dalam:
 - a) Bab VII. Layanan Klinis yang Berorientasi Pasien (LKBP)
 - b) Bab VIII. Manajemen Penunjang Layanan Klinis (MPLK)
 - c) Bab IX. Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien (PMKP)

(Permenkes 46: Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi: 2015: halaman 15)

Latihan

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

Contoh kasus

- 1) Saudara sebagai Tim pokja akreditasi bidang rekam medis perlu memahami bagaimana penyelenggaraan akreditasi rumah sakit dilakukan. Penyelenggaraan akreditasi ini meliputi kegiatan persiapan akreditasi, pelaksanaan akreditasi dan pasca akreditasi. Bagaimana penyelenggaraan tersebut dilakukan?

Petunjuk Jawaban Latihan

Perhatikan konsep yang disampaikan oleh Kementerian Kesehatan dalam Peraturan Menteri Kesehatan No.34 tentang Akreditasi Rumah Sakit tahun 2017 halaman 3-4

- 2) Saudara sebagai Tim pokja akreditasi bidang rekam medis perlu memahami bagaimana penyelenggaraan akreditasi puskesmas dilakukan. Untuk itu saudara perlu memahami standar dan elemen penilaian akreditasinya. Apa saja standar dan elemen penilaian dalam akreditasi puskesmas?

Petunjuk Jawaban Latihan

Perhatikan konsep yang disampaikan oleh Kementerian Kesehatan dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 46 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi: 2015: halaman 16-155)

Ringkasan

Akreditasi rumah sakit merupakan pengakuan terhadap rumah sakit yang telah memenuhi standar pelayanan. Akreditasi bertujuan untuk memberikan pelayanan berkualitas kepada pasien dan upaya peningkatan mutu yang berkesinambungan. Dengan adanya akreditasi rumah sakit diharapkan untuk terus menjaga mutu dan pelayanan kesehatan yang berfokus kepada pasien.

Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi yang selanjutnya disebut Akreditasi adalah pengakuan yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri setelah memenuhi standar Akreditasi. Akreditasi Puskesmas dan fasilitas kesehatan lainnya dilaksanakan dalam upaya meningkatkan mutu yang terus menerus pada pelayanan kesehatan dasar. Rekam medis dalam pelayanan di puskesmas dan fasilitas kesehatan lainnya

Sebagai Perekam Medis dan Informasi Kesehatan harus memiliki kemampuan untuk menyelenggarakan pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan yang bermutu dan sesuai standar akreditasi rumah sakit.

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat !

- 1) Dengan diterbitkannya peraturan menteri kesehatan tentang akreditasi rumah sakit, setiap rumah sakit wajib diakreditasi. Setiap berapa tahunkah akreditasi rumah sakit dilakukan ?
 - A. Setiap 2 (dua) tahun
 - B. Setiap 3 (tiga) tahun
 - C. Setiap 5 (lima) tahun
 - D. Setiap 4 (empat) tahun

- 2) Setelah lulus nanti dan bekerja di rumah sakit, Saudara akan terlibat dalam penyusunan standar akreditasi. Peran profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan menjadi sangat penting. Apa tujuan akreditasi bagi rumah sakit ?
 - A. Menjaga mutu pelayanan bagi rumah sakit
 - B. Meningkatkan mutu pelayanan bagi rumah sakit
 - C. Mempersiapkan pelayanan yang bermutu bagi rumah sakit
 - D. Meningkatkan, menjaga mutu pelayanan dan keselamatan pasien bagi rumah sakit

- 3) Pemerintah menetapkan bahwa setiap rumah sakit di Indonesia terakreditasi. Tujuan akreditasi rumah sakit antara lain meningkatkan perlindungan bagi pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit dan rumah sakit sebagai institusi. Apa manfaat akreditasi bagi pasien ?
 - A. Pasien mendapatkan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar profesi
 - B. Pasien mendapatkan pelayanan sesuai dengan standar profesi
 - C. Pasien dapat memilih pelayanan yang bermutu
 - D. Pasien mendapatkan pelayanan rumah sakit

- 4) Saat ini setiap rumah sakit berupaya meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien untuk mendapat pengakuan akreditasi. Seluruh staf terlibat dalam upaya peningkatan mutu. Apa manfaat bagi rumah sakit yang terakreditasi ?
 - A. Meningkatkan citra rumah sakit sebagai alat penjualan
 - B. Meningkatkan citra rumah sakit sebagai alat pemasaran
 - C. Meningkatkan nilai rumah sakit sebagai alat pemasaran
 - D. Meningkatkan harga rumah sakit sebagai alat pemasaran

- 5) Dalam upaya meningkatkan pelayanan rumah sakit, Pemerintah menerbitkan kebijakan bahwa setiap rumah sakit di Indonesia wajib diakreditasi. Diharapkan pasien mendapat pelayanan bermutu sesuai standar profesi. Termasuk kategori apakah kalimat di atas ?
- A. Tujuan akreditasi bagi pasien
 - B. Tujuan akreditasi rumah sakit
 - C. Manfaat akreditasi bagi pasien
 - D. Kegunaan akreditasi bagi pasien

Topik 2

Standar Pelayanan Rekam Medis Dalam Versi Akreditasi Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya

A. STANDAR DAN ELEMEN PENILAIAN AKREDITASI BIDANG REKAM MEDIS DI RUMAH SAKIT

1. Dokumen Akreditasi Rumah Sakit

Yang dimaksud dokumen akreditasi adalah semua dokumen akreditasi harus disiapkan rumah sakit dalam pelaksanaan akreditasi RS. Dalam hal ini dokumen dibedakan menjadi 2 (dua) jenis, yaitu dokumen yang merupakan regulasi dan dokumen sebagai bukti pelaksanaan kegiatan. Untuk dokumen yang merupakan regulasi, sangat dianjurkan untuk dibuat dalam bentuk Panduan Tata Naskah Rumah Sakit.

Dokumen regulasi di Rumah Sakit dapat dibedakan menjadi:

- a. Regulasi pelayanan RS, yang terdiri dari:
 - Kebijakan Pelayanan RS
 - Pedoman/Panduan Pelayanan RS
 - Standar Prosedur Operasional (SPO)
 - Rencana jangka panjang (Renstra, Rencana strategi bisnis, bisnis plan, dll)
 - Rencana kerja tahunan (RKA, RBA atau lainnya)
- b. Regulasi di unit kerja RS yang terdiri dari:
 - Kebijakan Pelayanan RS
 - Pedoman/Panduan Pelayanan RS
 - Standar Prosedur Operasional (SPO)
 - Program (Rencana kerja tahunan unit kerja)

Kebijakan dan pedoman dapat ditetapkan berdasarkan keputusan atau peraturan Direktur sesuai dengan panduan tata naskah di masing-masing RS. Dokumen sebagai bukti pelaksanaan, terdiri dari:

- a. Bukti tertulis kegiatan /rekam kegiatan
- b. Dokumen pendukung lainnya : misalnya ijazah, sertifikat pelatihan, sertifikat perijinan, kaliberasi, dll.

2. Standar dan Elemen Penilaian Bidang Rekam Medis

Standar dan elemen penilaian akreditasi rumah sakit merupakan kumpulan standar dan elemen penilaian yang harus dipenuhi oleh seluruh bagian yang ada di rumah sakit. Bagian-bagian tersebut merupakan suatu sistem yang saling terkait dan saling mendukung untuk memberikan pelayanan kesehatan yang berfokus kepada pasien.

Rekam Medis dan Informasi Kesehatan dalam penilaian akreditasi versi 2012 termasuk dalam penilaian akreditasi bidang Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI). Bidang MKI merupakan suatu bidang penilaian pada seluruh area komunikasi dan informasi di rumah

sakit yaitu petugas kesehatan pemberi pelayanan meliputi dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya serta kaitannya dengan pasien, keluarga dan masyarakat sebagai pengguna jasa pelayanan kesehatan.

Standar dan elemen penilaian rekam medis dalam akreditasi versi KARS tahun 2012 secara umum terdiri dari:

Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI) 7

Berkas rekam medis pasien tersedia bagi praktisi kesehatan untuk memfasilitasi komunikasi tentang informasi yang penting

Elemen penilaian :

- a. Kebijakan (*policy*) menetapkan tentang praktisi kesehatan yang mempunyai akses ke berkas rekam medis pasien
- b. Berkas rekam medis tersedia bagi para praktisi yang membutuhkannya untuk asuhan pasien. (lihat juga AP.1.2., Maksud dan Tujuan, dan AP.1.5. EP 2)
- c. Berkas rekam medis diperbaharui (*up date*) untuk menjamin komunikasi dengan informasi mutakhir

Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI) 8

Informasi yang berkaitan dengan asuhan pasien ditransfer bersama dengan pasien

- a. Berkas rekam medis pasien atau resume/ ringkasan informasi asuhan pasien ditransfer bersama pasien ke unit pelayanan lain di dalam rumah sakit
- b. Resume/ ringkasan berisi alasan masuk rawat inap
- c. Resume/ ringkasan berisi temuan yang signifikan
- d. Resume/ ringkasan berisi diagnosis yang telah ditegakkan (dibuat)
- e. Resume/ ringkasan berisi tindakan yang telah dilakukan
- f. Resume/ ringkasan berisi obat-obatan atau pengobatan lainnya
- g. Resume/ ringkasan berisi kondisi pasien saat dipindah (transfer)

Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI)12

Rumah sakit mempunyai kebijakan tentang masa retensi/penyimpanan dokumen, data dan informasi

- a. Rumah sakit mempunyai kebijakan tentang masa penyimpanan (retensi) berkas rekam medis klinis, dan data serta informasi lainnya dari pasien
- b. Proses retensi memberikan keamanan dan kerahasiaan yang diharapkan
- c. Catatan/records, data dan informasi dimusnahkan dengan semestinya

Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI)13

Rumah sakit menggunakan standar kode diagnosa, kode prosedur/tindakan, simbol, singkatan dan definisi

- a. Standarisasi kode diagnosa digunakan dan penggunaannya dimonitor
- b. Standarisasi kode prosedur/tindakan digunakan dan penggunaannya dimonitor

- c. Standarisasi definisi digunakan
- d. Standarisasi simbol digunakan, dan yang tidak boleh digunakan, diidentifikasi serta dimonitor
- e. Standarisasi singkatan digunakan, dan yang tidak boleh digunakan, diidentifikasi serta dimonitor

Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI)16

- a. Rekam medis dan informasi dilindungi dari kehilangan dan kerusakan
- b. Rekam medis dan informasi dilindungi dari gangguan dan akses serta penggunaan yang tidak sah

Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI)19

Rumah sakit membuat/memprakarsai dan memelihara rekam medis untuk setiap pasien yang menjalani asesmen/pemeriksaan (assessed) atau diobati

- a. Rekam medis dibuat untuk setiap pasien yang menjalani asesmen atau diobati oleh rumah sakit.
- b. Rekam medis pasien dipelihara dengan menggunakan pengidentifikasi pasien yang unik/khas menandai pasien atau metode lain yang efektif.

Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI)19.1

Rekam medis memuat informasi yang memadai/cukup untuk mengidentifikasi pasien, mendukung diagnosis, justifikasi/dasar pembenaran pengobatan, mendokumentasikan pemeriksaan dan hasil pengobatan dan meningkatkan kesinambungan pelayanan diantara para praktisi pelayanan kesehatan.

- a. Isi spesifik dari berkas rekam medis pasien telah ditetapkan oleh rumah sakit. (lihat juga AP.1.5, EP 1)
- b. Rekam medis pasien berisi informasi yang memadai untuk mengidentifikasi pasien,
- c. Rekam medis pasien berisi informasi yang memadai untuk mendukung diagnosis, (lihat juga PAB.7, EP 3)
- d. Rekam medis pasien berisi informasi yang memadai untuk memberi justifikasi pelayanan dan pengobatan. (lihat juga PAB.7.3, EP 2)
- e. Rekam medis pasien berisi informasi yang memadai untuk mendokumentasikan jalannya/course dan hasil pengobatan. (lihat juga AP.1.5, EP 1; AP.2, Maksud dan Tujuan; PP.5, EP 4; PAB.5.2, EP 1; PAB.5.3, EP 2; PAB.6, EP2; PAB.7.3, EP 3; dan MPO.4.3, EP 1)

Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI)19.1.1.

Rekam medis setiap pasien yang menerima pelayanan emergensi memuat/mencantumkan jam kedatangan, kesimpulan saat mengakhiri pengobatan, kondisi pasien saat dipulangkan, dan instruksi tindak lanjut pelayanan.

- a. Rekam medis pasien emergensi memuat jam kedatangan

- b. Rekam medis pasien emergensi memuat kesimpulan ketika pengobatan diakhiri
 - c. Rekam medis pasien emergensi memuat kondisi pasien pada saat dipulangkan.
 - d. Rekam medis pasien emergensi memuat instruksi tindak lanjut pelayanan
- Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI)19.2.

Kebijakan rumah sakit mengidentifikasi mereka yang berhak untuk mengisi rekam medis pasiendan menentukan isi dan format rekam medis.

- a. Mereka yang mendapat otorisasi untuk mengisi rekam medis pasien diatur dalam kebijakan rumah sakit. (lihat juga SKP.2, EP 1)
- b. Format dan lokasi pengisian ditentukan dalam kebijakan rumah sakit.
- c. Ada proses untuk menjamin bahwa hanya yang mempunyai otorisasi/kewenangan yang dapat mengisi berkas rekam medis pasien.
- d. Ada proses yang mengatur bagaimana isi rekam medis pasien dikoreksi atau ditulis ulang.
- e. Mereka yang mempunyai otorisasi untuk akses ke rekam medis pasien diidentifikasi dalam kebijakan rumah sakit
- f. Ada proses untuk menjamin hanya individu yang mempunyai otorisasi yang mempunyai akses ke rekam medis pasien

Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI)19.3.

Setelah mengisi catatan di rekam medis setiap pasien, dituliskan juga identitas penulisnya.

- a. Pada setiap pengisian rekam medis dapat diidentifikasi siapa yang mengisi
- b. Tanggal pengisian rekam medis dapat diidentifikasi
- c. Bila dipersyaratkan oleh rumah sakit, waktu/jam pengisian rekam medis dapat diidentifikasi.

Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI)19.4.

Sebagai bagian dalam kegiatan peningkatan kinerja, rumah sakit secara regular melakukan asesmen terhadap isi dan kelengkapan berkas rekam medis pasien.

- a. Rekam medis pasien direview secara reguler/teratur
- b. Review menggunakan sample yang mewakili/ representative
- c. Review dilakukan oleh dokter, perawat dan profesi lain yang diberi otorisasi untuk pengisian rekam medis atau mengelola rekam medis pasien.
- d. Review berfokus pada ketepatan waktu, dapat terbaca dan kelengkapan berkas rekam medis
- e. Isi rekam medis yang disyaratkan oleh peraturan dan perundang-undangan dimasukkan dalam proses review
- f. Berkas rekam medis pasien yang masih aktif dirawat dan pasien yang sudah pulang dimasukkan dalam proses review
- g. Hasil proses review digabungkan ke dalam mekanisme pengawasan mutu rumah sakit

B. DOKUMEN STANDAR DAN ELEMEN PENILAIAN AKREDITASI REKAM MEDIS DI RUMAH SAKIT

Dokumen standar rekam medis dan informasi kesehatan untuk akreditasi rumah sakit adalah dokumen yang saling berinteraksi dengan bagian-bagian lain di rumah sakit. Dokumen rekam medis hendaknya mengakomodir kebutuhan petugas kesehatan di rumah sakit dalam membuat pendokumentasian di dalam rekam medis terkait dengan pelayanan kepada pasien.

Dokumen standar yang Bagian Rekam Medis dan Informasi Kesehatan terdiri dari:

1. Kebijakan Pelayanan Rekam Medis

Kebijakan Rumah Sakit adalah penetapan Direktur/Pimpinan RS pada tataran strategis atau bersifat garis besar yang mengikat.

Karena kebijakan bersifat garis besar maka untuk penerapan kebijakan tersebut perlu disusun pedoman/panduan dan prosedur sehingga ada kejelasan langkah-langkah untuk melaksanakan kebijakan tersebut. (KARS 2012 hal 9)

Contoh format dokumen untuk kebijakan adalah format peraturan/keputusan Direktur/Pimpinan RS sebagai berikut:

- a. Pembukaan
- b. Diktum
- c. Batang tubuh
- d. Kaki
- e. Penandatanganan
- f. Lampiran peraturan/keputusan

2. Pedoman/Panduan Pelayanan Rekam Medis

Setiap pedoman/panduan harus dilengkapi dengan peraturan/keputusan Direktur/Pimpinan RS untuk pembelakuan pedoman/panduan tersebut. Bila Direktur/Pimpinan RS diganti, peraturan/keputusan Direktur/Pimpinan RS untuk pemberlakuan pedoman/panduan tidak perlu diganti. Peraturan/keputusan Direktur/pimpinan RS diganti bila memang ada perubahan dalam pedoman/panduan tersebut.

Setiap panduan/pedoman sebaiknya dilakukan evaluasi minimal setiap 2-3 tahun sekali.

Format pelayanan unit kerja rekam medis mengacu standar yang lazim digunakan sesuai ketentuan dari Komite Akreditasi Rumah Sakit yaitu:

BAB I PENDAHULUAN

- A. Latar Belakang
- B. Tujuan Pedoman
- C. Ruang Lingkup Pelayanan
- D. Batasan Operasional
- E. Landasan Hukum

BAB II STANDAR KETENAGAAN

- A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia
- B. Distribusi Ketenagaan
- C. Pengaturan Jaga

BAB III STANDAR FASILITAS

- A. Denah Ruang
- B. Standar Fasilitas

BAB IV TATA LAKSANA PELAYANAN

BAB V LOGISTIK

BAB VI KESELAMATAN PASIEN

BAB VII KESELAMATAN KERJA

BAB VIII PENGENDALIAN MUTU

BAB IX PENUTUP

3. Pedoman pengorganisasian

Sistematika yang lazim digunakan sebagai berikut:

BAB I Pendahuluan

BAB II Gambaran Umum RS

BAB III Visi, Misi, falsafah, Nilai dan Tujuan RS

BAB IV Struktur Organisasi Unit Kerja (RM)

BAB V Struktur Organisasi Unit Kerja

BAB VI Uraian Jabatan

BAB VII Tata Hubungan Kerja

BAB VIII Pola Ketenagaan dan Kualifikasi Personil

BAB IX Kegiatan Orientasi

BAB X Pertemuan/Rapat

BAB XI Pelaporan

- 1) Laporan Harian
- 2) Laporan Bulanan
- 3) Laporan Tahunan

4. Panduan Pelayanan

Panduan pelayanan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan sesuai dengan kebutuhan panduan atas suatu pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan. Panduan pelayanan dapat terdiri dari beberapa buku panduan berdasarkan sistem yang ada di rekam medis dan informasi kesehatan.

Format Panduan Pelayanan sebagai berikut:

BAB I DEFINISI

BAB II RUANG LINGKUP

BAB III TATA LAKSANA

BAB IV DOKUMENTASI

5. Program Kerja

Program kerja berisi rencana kegiatan yang akan dilaksanakan yang dipergunakan untuk disusun secara rinci yang dipergunakan untuk mencapai tujuan lembaga/unit kerja.

Sistematika atau format program sebagai berikut:

- a. Pendahuluan
- b. Latar belakang
- c. Tujuan umum dan khusus
- d. Kegiatan pokok dan rincian kegiatan
- e. Cara melaksanakan kegiatan
- f. Sasaran
- g. Skedul (jadwal) pelaksanaan kegiatan
- h. Evaluasi pelaksanaan kegiatan dan pelaporan
- i. Pencatatan, pelaporan dan evaluasi kegiatan

6. Standar Prosedur Operasional (SPO)

Standar Prosedur Operasional (SPO) adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan proses kerja rutin tertentu.

Standar Prosedur Operasional di masing-masing rumah sakit sesuai dengan kebutuhan dan prosedur yang dilaksanakan di rumah sakit tersebut. Pada prinsipnya pembuatan SPO mengacu kepada prosedur yang dilaksanakan oleh petugas dan dituangkan secara tertulis. SPO hendaknya mudah dilaksanakan dan dipahami oleh setiap orang, karena SPO merupakan panduan setiap petugas dalam melaksanakan tugasnya.

Standar Prosedur Operasional (SPO) Bagian Rekam Medis dan Informasi Kesehatan dapat dibuat sesuai dengan sistem rekam medis yang dilaksanakan. Rumah sakit yang menggunakan sistem rekam medis elektronik dan manual mempunyai prosedur yang berbeda. Walaupun ada perbedaan dalam sistem rekam medis, secara garis besar Standar Prosedur Operasional (SPO) minimal yang dapat dibuat oleh Bagian Rekam Medis dan Informasi Kesehatan adalah :

- a. Pendaftaran pasien rawat jalan
- b. Pendaftaran pasien Unit Gawat Darurat
- c. Pendaftaran pasien rawat inap
- d. Penamaan pasien
- e. Penggantian nama pasien
- f. Penataan dan penyusunan rekam medis
- g. Klasifikasi Penyakit dan tindakan medis
- h. Penjajaran rekam medis
- i. Peminjaman rekam medis
- j. Pengambilan rekam medis dari penjajaran
- k. Menjaga keamanan dan kerahasiaan rekam medis
- l. Retensi rekam medis
- m. Merancang formulir rekam medis

- n. Pengisian identitas saat terjadi gangguan listrik
- o. Penggabungan nomor ganda
- p. Penempelan stiker warna
- q. Pelaksanaan Paktek Kerja Lapangan Mahasiswa
- r. Identifikasi Pasien Tanpa Nama
- s. Distribusi Rekam Medis
- t. Registrasi Surat Kematian Rumah Sakit
- u. Pembuatan Sensus Harian Rawat Inap
- v. Pengelolaan data statistik intern
- w. Pengolahan data statistik ekstern
- x. Persetujuan Tindakan Kedokteran
- y. Analisis Kuantitatif Rekam Medis
- z. Perlindungan Rekam Medis dari Kehilangan dan Kerusakan
- aa. Laporan Registrasi HIV/AIDS
- bb. Pengisian Surat Keterangan Penyebab Kematian
- cc. Pemberian Informasi
- dd. Permintaan Data untuk Pemohon Internal
- ee. Permintaan Data untuk Pemohon Eksternal
- ff. Menerima Pendaftaran Pelanggan Melalui Telepon
- gg. Pemberian informasi kepada pelanggan tentang jadwal praktek dokter
- hh. Pendaftaran pasien JKN rawat jalan
- ii. Klasifikasi Penyakit dan tindakan pasien JKN rawat jalan
- jj. Klasifikasi Penyakit dan tindakan pasien JKN rawat inap
- kk. Pengisian kelengkapan rekam medis

Sesuai standar dan elemen penilaian bidang Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, dokumen yang diperlukan dalam pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan pada standar penilaian akreditasi Manajemen Komunikasi dan Informasi dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 1
Contoh Daftar Dokumen Manajemen Komunikasi Dan Informasi
Bagian Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan (MKI)

Standar	No urut	Elemen Penilaian	Dokumen
MKI. 7.	1	Kebijakan (policy) menetapkan tentang praktisi kesehatan yang mempunyai akses ke berkas rekam medis pasien.	Pedoman pelayanan RM Kebijakan Rumah Sakit Bukti-bukti Penggabungan RM
	2	Berkas rekam medis tersedia bagi para praktisi yang membutuhkannya untuk asuhan pasien. (lihat juga AP.1.2, Maksud dan Tujuan, dan AP.1.5, EP 2)	Susunan formulir Tata naskah formulir Kode formulir

Standar	No urut	Elemen Penilaian	Dokumen
	3	Berkas rekam medis di perbaharui (up date) untuk menjamin komunikasi dengan informasi mutakhir.	Bukti proses perubahan formulir/odner (buat daftar perubahan formulir)
MKI. 8.	1	Berkas rekam medis atau resume/ringkasan informasi pelayanan pasien ditransfer bersama pasien ke unit pelayanan lain di dalam rumah sakit	Panduan transfer pasien Formulir transfer internal/eksternal Bukti rekam medis pasien transfer
	2	Resume/ringkasan berisi alasan masuk rawat inap	Data pasien transfer
	3	Resume/ringkasan berisi temuan yang signifikan	
	4	Resume/ringkasan berisi diagnosis yang telah ditegakkan (dibuat)	
	5	Resume/ringkasan berisi tindakan yang telah diberikan	
	6	Resume/ringkasan berisi obat- obatan atau pengobatan lainnya.	
	7	Resume/ringkasan berisi kondisi pasien saat dipindah (transfer)	
MKI. 9.	1	Kebutuhan informasi dari para pemberi pelayanan klinis dipertimbangkan dalam proses perencanaan.	Pola penyakit, 10 besar RS, per SMF Bukti pertemuan dg dokter2 dalam perencanaan
	2	Kebutuhan informasi dari para pengelola rumah sakit dipertimbangkan dalam proses perencanaan.	Laporan harian, bulanan, tahunan disiapkan
	3	Kebutuhan informasi dan persyaratan individu dan agen di luar rumah sakit dipertimbangkan dalam proses perencanaan.	Data dari luar RS Hasil studi banding ke RS lain
	4	Perencanaan didasarkan atas ukuran dan kompleksitas rumah sakit	Dokumen Perencanaan Direksi
MKI.10.	1	Ada kebijakan tertulis yang mengatur privasi dan kerahasiaan informasi berdasarkan dan sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.	Kebijakan/pedoman/SPO akses pasien untuk mendapat informasi kesehatannya
	2	Kebijakan menjabarkan sejauh mana pasien mempunyai akses terhadap informasi kesehatan mereka dan proses untuk mendapatkan akses bila diizinkan. (lihat juga HPK.1.6, Maksud dan Tujuan)	SPO permintaan informasi pasien Kebijakan resume medis Bukti sumpah
	3	Kebijakan tersebut dilaksanakan	Pengumuman pintu masuk RM Buku tamu Bagian RMIK
	4	Kepatuhan terhadap kebijakan dimonitor.	8. Bukti monitoring kepatuhan
MKI.12.	1	Rumah sakit mempunyai kebijakan tentang masa penyimpanan (retensi) berkas rekam medis klinis, dan data serta informasi lainnya dari pasien	Kebijakan masa retensi rekam medis SPO pemusnahan Nilai guna rekam medis

Standar	No urut	Elemen Penilaian	Dokumen
	2	Proses retensi memberikan kerahasiaan dan keamanan dan kerahasiaan yang diharapkan.	Surat pemusnahan Foto pemusnahan dengan tanggal
	3	Catatan /records, data dan informasi dimusnahkan dengan semestinya.	BAP pemusnahan Bukti-bukti pemusnahan RM
MKI.13.	1	Standarisasi kode diagnosis yang digunakan dan penggunaannya dimonitor	Daftar singkatan dan simbol
	2	Standarisasi kode prosedur/tindakan yang digunakan dan penggunaannya dimonitor	Singkatan yang digunakan dan tidak boleh digunakan
	3	Standarisasi definisi yang digunakan	Hasil monitor singkatan yang digunakan dan tidak boleh digunakan
	4	Standarisasi simbol yang digunakan dan yang tidak boleh digunakan diidentifikasi dan dimonitor.	Hasil monitor kepatuhan singkatan
	5	Standarisasi singkatan yang digunakan dan yang tidak boleh digunakan diidentifikasi dan dimonitor	
MKI.16.	1	Rekam medis dan informasi dilindungi dari kehilangan dan kerusakan	Akses pintu rekam medis SPO menjaga kehilangan dan kerusakan
	2	Rekam medis dan informasi dilindungi gangguan dan akses serta penggunaan yang tidak sah.	Bukti crosscek rekam medis Akses elektronik
MKI.19.	1	Rekam medis dibuat untuk setiap pasien yang menjalani asesmen atau diobati oleh rumah sakit.	Pedoman pelayanan rekam medis
	2	Rekam medis pasien dipelihara dengan menggunakan pengidentifikasi pasien yang unik/khas menandai pasien atau metode lain yang efektif.	Kebijakan penomoran rekam medis SPO penomoran ganda SPO penggabungan RM Hasil pemantauan penomoran ganda
MKI.19.1.	1	Isi spesifik dari berkas rekam medis pasien telah ditetapkan oleh rumah sakit. (lihat juga AP.1.5, EP 1)	Telusur rekam medis Seluruh formulir rekam medis
	2	Rekam medis pasien berisi informasi yang memadai untuk mengidentifikasi pasien,	Juknis formulir
	3	Rekam medis pasien berisi informasi yang memadai untuk mendukung diagnosis, (lihat juga PAB.7, EP 3)	Pencatatan identitas, hasil pemeriksaa, justifikasi pelayanan, hasil pelayanan/pengobatan
	4	Rekam medis pasien berisi informasi yang memadai untuk memberi justifikasi pelayanan dan pengobatan. (lihat juga PAB.7.3, EP 2)	
	5	Rekam medis pasien berisi informasi yang memadai untuk mendokumentasikan	

Standar	No urut	Elemen Penilaian	Dokumen
		jalannya/course dan hasil pengobatan. (lihat juga AP.1.5, EP 1; AP.2, Maksud dan Tujuan; PP.5, EP 4; PAB.5.2, EP 1; PAB.5.3, EP 2; PAB.6, EP2; PAB.7.3, EP 3; dan MPO.4.3, EP 1)	
MKI.19.1.1	1	Rekam medis pasien emergensi memuat jam kedatangan	Formulir asesmen IGD
	2	Rekam medis pasien emergensi memuat kesimpulan ketika pengobatan diakhiri	Pencatatan jam kedatangan, kesimpulan penanganan, kondisi pulang dan tindak lanjut.
	3	Rekam medis pasien emergensi memuat kondisi pasien pada saat dipulangkan.	Hasil monitoring asesmen IGD Rekam medis kirim ke RI
	4	Rekam medis pasien emergensi memuat instruksi tindak lanjut pelayanan	Rekam medis rawat jalan
MKI.19.2.	1	Mereka yang mendapat otorisasi untuk mengisi rekam medis pasien diatur dalam kebijakan rumah sakit. (lihat juga SKP.2, EP 1)	Pedoman pelayanan RM siapa yang berhak mengisi RM
	2	Format dan lokasi pengisian ditentukan dalam kebijakan rumah sakit.	Lembar rekam medis yang berlaku
	3	Ada proses untuk menjamin bahwa hanya yang mempunyai otorisasi/kewenangan yang dapat mengisi berkas rekam medis pasien.	Pengendalian dalam pengisian RM
	4	Ada proses yang mengatur bagaimana isi rekam medis pasien dikoreksi atau ditulis ulang.	Koreksi penulisan rekam medis
	5	Mereka yang mempunyai otorisasi untuk akses ke rekam medis pasien diidentifikasi dalam kebijakan rumah sakit	Identifikasi staf yg mempunyai kewenangan mengisi RM
	6	Ada proses untuk menjamin hanya individu yang mempunyai otorisasi yang mempunyai akses ke rekam medis pasien	Panduan akses hanya individu pada rekam medis
MKI.19.3.	1	Pada setiap pengisian rekam medis dapat diidentifikasi siapa yang mengisi	Telusur RM, kelengkapan rekam medis Tanda tangan, nama jelas
	2	Tanggal pengisian rekam medis dapat diidentifikasi	Tanggal dalam rekam medis
	3	Bila dipersyaratkan oleh rumah sakit, waktu/jam pengisian rekam medis dapat diidentifikasi.	Waktu/jam tercantum dalam rekam medis
MKI.19.4.	1	Rekam medis pasien direview secara reguler/teratur	Panduan peningkatan mutu RS Indikator mutu review RM
	2	Review menggunakan sample yang mewakili/ representatif	Cara pengambilan sampel dan populasi SK tim review RM (Klinisi dan Panitia RM)

Standar	No urut	Elemen Penilaian	Dokumen
	3	Review dilakukan oleh dokter, perawat dan profesi lain yang diberi otorisasi untuk pengisian rekam medis atau mengelola rekam medis pasien.	Hasil review dan analisa Bukti sosialisasi hasil review
	4	Review berfokus pada ketepatan waktu, dapat terbaca dan kelengkapan berkas rekam medis	Angka keterbacaan RM
	5	Isi rekam medis yang disyaratkan oleh peraturan dan perundang-undangan dimasukkan dalam proses review	
	6	Berkas rekam medis pasien yang masih aktif dirawat dan pasien yang sudah pulang dimasukkan dalam proses review	Hasil review RM yang masih dirawat
	7	Hasil proses review digabungkan ke dalam mekanisme pengawasan mutu rumah sakit	Hasil mutu rekam medis dilaporkan ke Komite Mutu RS untuk didiseminasi kepada bagian-bagian terkait

Selain daftar dokumen tersebut di atas, dalam akreditasi rumah sakit, Bagian Rekam Medis dan Informasi Kesehatan banyak terkait dengan standard dan elemen penilaian lain. Adapun standar yang terkait adalah:

- a. Akses ke pelayanan dan kontinuitas pelayanan (APK)
- b. Hak pasien dan keluarga (HPK)
 - 1) HPK 6.3

Persetujuan umum untuk pengobatan, bila didapat pada waktu pasien masuk sebagai pasien rawat inap atau didaftar pertama kali sebagai pasien rawat jalan, harus jelas dalam cakupan dan batas-batasnya.

Regulasi RS:

 - Kebijakan/Panduan/SPO tentang penjelasan dan persetujuan umum

Dokumen

 - Formulir persetujuan umum
 - 2) HPK 6.4

Informed consent diperoleh sebelum operasi, anestesi, penggunaan darah atau produk darah dan tindakan serta pengobatan lain yang berisiko tinggi.

Regulasi RS:

 - Kebijakan/Panduan/SPO tentang penjelasan dan persetujuan umum

Dokumen

 - Formulir persetujuan umum
 - 3) HPK 8

Informed Consent diperoleh sebelum pasien berpartisipasi dalam penelitian klinis, pemeriksaan / investigasi klinis, dan percobaan klinis.

Regulasi RS:

- Kebijakan/Panduan/SPO tentang keikutsertaan pasien dalam penelitian klinis

Dokumen

- Dokumen informasi
- Formulir persetujuan/ penolakan keikutsertaan dalam penelitian klinis

c. Asesmen pasien (AP)

1) AP 1

Semua pasien yang dilayani rumah sakit harus diidentifikasi kebutuhan pelayanannya melalui suatu proses asesmen yang baku.

Regulasi RS:

- Kebijakan/Pedoman/Panduan/SPO tentang Asesmen Informasi Pasien Rawat Jalan dan Rawat Inap

Dokumen:

- Hasil asesmen pada rekam medis

2) AP 1.1

Rumah sakit telah menetapkan isi minimal asesmen berdasarkan undang-undang, peraturan dan standar profesi.

Regulasi RS:

- Kebijakan/Pedoman/Panduan/SPO tentang Pelayanan Rekam Medis

Dokumen:

- Asesmen pasien rawat inap
- Asesmen pasien rawat jalan

3) AP 1.3.

Kebutuhan pelayanan medis dan keperawatan ditetapkan berdasarkan asesmen awal dan dicatat pada catatan klinisnya.

Regulasi RS:

- Kebijakan/Pedoman/Panduan/SPO tentang Pelayanan Rekam Medis

Dokumen:

- Rekam medis rawat jalan
- Rekam medis rawat inap

4) AP 1.3.1.

Regulasi RS:

- Kebijakan/Pedoman/Panduan/SPO tentang Pelayanan Rekam Medis

Dokumen:

- Rekam medis gawat darurat

5) AP 1.4.

Asesmen harus selesai dalam kerangka waktu yang ditetapkan rumah sakit

Dokumen:

- Rekam medis

6) AP 1.4.1.

Asesmen awal medis dan keperawatan harus lengkap dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap atau lebih cepat tergantung kondisi pasien atau sesuai kebijakan rumah sakit

Dokumen:

- Rekam medis

d. Pelayanan anestesi dan bedah (PAB)

1) PAB 5

Pelayanan anestesi pada setiap pasien direncanakan dan didokumentasikan di rekam medis pasien

- Bukti pencatatan perencanaan pelayanan anestesi dalam rekam medis

2) PAB 5.1

Risiko, manfaat dan alternatif didiskusikan dengan pasien dan keluarganya atau mereka yang membuat keputusan bagi pasien.

Dokumen :

- Materi edukasi
- Formulir persetujuan/ penolakan tindakan

3) PAB 7

Setiap asuhan bedah pasien direncanakan dan didokumentasikan berdasarkan hasil asesmen

Dokumen

- Pendokumentasian diagnosis pra operatif dan rencana tindakan dalam rekam medis

4) PAB 7.1

Risiko, manfaat dan alternatif didiskusikan dengan pasien dan keluarganya atau mereka yang membuat keputusan bagi pasien

Dokumen :

- Formulir informed consent
- Formulir persetujuan/ penolakan tindakan kedokteran

Daftar dokumen tidak terbatas pada ketentuan di atas tetapi dapat dikembangkan sesuai kebutuhan rumah sakit terkait akreditasi. Selain itu ada beberapa standard an elemen dalam penilaian Manajemen dan penggunaan obat (MPO) dan Pendidikan pasien dan keluarga (PPK) yang juga terkait dengan rekam medis. Pada prinsipnya dokumen-dokumen

rekam medis merupakan kebutuhan dari unit-unit lain di rumah sakit dalam pelayanan kepada pasien.

C. DOKUMEN AKREDITASI PUSKEMAS

Dokumen yang dimaksud dalam Akreditasi FKTP secara garis besar dibagi atas dua bagian yaitu dokumen internal dan eksternal. Dokumen tersebut digunakan untuk membangun dan membakukan sistem manajemen mutu dan system manajemen pelayanan. Regulasi internal tersebut berupa Kebijakan, Pedoman, Standar operasional prosedur (SOP) dan dokumen lain disusun berdasarkan peraturan perundangan dan pedoman-pedoman (regulasi) eksternal yang berlaku.

1. Jenis Dokumen Berdasarkan Sumber

a. Dokumen Internal

Sistem manajemen mutu, sistem penyelenggaraan pelayanan upaya kesehatan perorangan, dan system penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat (untuk Puskesmas) perlu dibakukan berdasarkan regulasi internal yang ditetapkan oleh Kepala FKTP. Regulasi internal tersebut disusun dan ditetapkan dalam bentuk dokumen yang harus disediakan oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) untuk memenuhi standar akreditasi.

b. Dokumen Eksternal

Regulasi eksternal yang berupa peraturan perundangan dan pedoman-pedoman yang diberlakukan oleh Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota dan organisasi profesi, yang merupakan acuan bagi FKTP dalam menyelenggarakan administrasi manajemen dan upaya kesehatan perorangan serta khusus bagi Puskesmas untuk penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat. Dokumen-dokumen eksternal sebaiknya ada di FKTP tersebut, sebagai dokumen yang dikendalikan, meskipun dokumen eksternal tersebut tidak merupakan persyaratan dalam penilaian akreditasi.

Dokumen-dokumen yang perlu disediakan di Puskesmas adalah sebagai berikut:

- a. Penyelenggaraan manajemen Puskesmas:
 - 1) Kebijakan Kepala Puskesmas,
 - 2) Rencana Lima Tahunan Puskesmas,
 - 3) Pedoman/manual mutu,
 - 4) Pedoman/panduan teknis yang terkait dengan manajemen,
 - 5) Standar operasional prosedur (SOP),
 - 6) Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP):
 - a) Rencana Usulan Kegiatan (RUK), dan
 - b) Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK)
 - 7) Kerangka Acuan Kegiatan.
- b. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM):
 - 1) Kebijakan Kepala Puskesmas,

- 2) Pedoman untuk masing-masing UKM (esensial maupun pengembangan),
 - 3) Standar operasional prosedur (SOP),
 - 4) Rencana Tahunan untuk masing-masing UKM,
 - 5) Kerangka Acuan Kegiatan pada tiap-tiap UKM.
- c. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)
- 1) Kebijakan tentang Pelayanan Klinis,
 - 2) Pedoman Pelayanan Klinis,
 - 3) Standar operasional prosedur (SOP) klinis,
 - 4) Kerangka Acuan terkait dengan Program/Kegiatan Pelayanan Klinis dan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

Dokumen-dokumen yang perlu disediakan oleh Klinik Pratama dan Tempat Praktek Mandiri Dokter/ Tempat Praktek Mandiri Dokter Gigi, antara lain adalah:

1. Rencana strategis/ rencana lima tahunan,
2. Rencana tahunan,
3. Kebijakan Kepala Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama,
4. Pedoman/panduan mutu,
5. Standar operasional prosedur (SOP),
6. Panduan-panduan teknis,
7. Kerangka Acuan Kegiatan.

Sebagai bukti pelaksanaan kegiatan dan pelayanan, Puskesmas dan Fasilitas kesehatan Tingkat Pertama perlu menyiapkan rekam implementasi (bukti tertulis kegiatan yang dilaksanakan) dan dokumen-dokumen pendukung lain, seperti foto copy ijazah, sertifikat pelatihan, sertifikat kalibrasi, dan sebagainya.

(Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar: Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama: 2015: halaman 4-7)

Standard dan elemen penilaian pada akreditasi puskesmas banyak terkait dengan implementasi pada bab VII dan VIII .

- Bab VII. Layanan Klinis yang Berorientasi Pasien (LKBP)
- BAB VIII. Manajemen Penunjang Layanan Klinis

Latihan

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

Contoh kasus

Saudara sebagai kepala Bagian Rekam Medis akan membuat formulir rekam medis yang akan digunakan untuk seluruh tenaga kesehatan pemberi asuhan di rumah sakit. Untuk

membuat formulir tersebut maka saudara perlu mengetahui jenis formulir yang harus ada di rumah sakit sesuai standar akreditasi.

Petunjuk Jawaban Latihan

Perhatikan konsep yang disampaikan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit tentang Dokumen Rekam Medis sesuai Standar Akreditasi KARS 2012 dalam buku Dokumen Rekam Medis dalam Konteks Akreditasi Rumah Sakit versi 2012 halaman 12-77

Ringkasan

Akreditasi bidang rekam medis dan informasi kesehatan di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan merupakan bagian yang penting dalam mencapai kelulusan akreditasi. Untuk itu perlu kelengkapan panduan, pedoman dan kebijakan di Bagian Rekam Medis dan Informasi Kesehatan yang sesuai dengan standar yang ditentukan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit.

Perekam Medis dan Informasi Kesehatan harus memiliki kemampuan untuk menyiapkan dokumen-dokumen standar apa saja yang diperlukan sesuai standar akreditasi. Pada prinsipnya menyiapkan dokumen akreditasi baik di rumah sakit maupun di fasilitas pelayanan kesehatan lainnya adalah sesuai dengan standardan elemen penilaian. Dokumen akreditasi rumah sakit dan pelayanan kesehatan lainnya yang dibutuhkan saat akreditasi merupakan cerminan dari pelaksanaannya di lapangan. Karena sesungguhnya akreditasi dilakukan dalam upaya perbaikan sistem secara menyeluruh dalam bidang kesehatan.

Tes 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat !

- 1) Dalam standar penilaian Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI) 7 menyatakan berkas rekam medis pasien tersedia bagi praktisi kesehatan untuk memfasilitasi komunikasi tentang informasi yang penting.
Berdasarkan MKI 7, manakah pernyataan di bawah ini tentang rekam medis yang paling benar?
 - A. Rekam medis pasien hanya diperlukan saat pasien rawat inap
 - B. Rekam medis lama diperlukan saat pasien gawat darurat saja
 - C. Rekam medis tersedia setiap kali pasien datang berobat baik rawat jalan maupun rawat inap
 - D. Rekam medis rawat jalan cukup menggunakan lembaran terpisah dari rekam medis pasien

- 2) Standar penilaian akreditasi rekam medis memerlukan berbagai macam dokumen. Suatu dokumen yang menjabarkan tentang bagaimana pengelolaan sistem rekam medis dan informasi kesehatan tentang standar ketenagaan, fasilitas, tata laksana pelayanan dll.
Disebut apakah dokumen tersebut?
- A. Program kerja
 - B. Panduan Pelayanan
 - C. Pedoman Pelayanan
 - D. Pedoman Pengorganisasian
- 3) Berdasarkan hasil pemantauan diketahui bahwa dokter dan petugas kesehatan lainnya masih ditemukan yang menggunakan singkatan dalam penulisan di rekam medis. Adanya singkatan ini seringkali menyulitkan petugas kodifikasi dalam membaca diagnosa yang ditulis dokter.
Apa yang harus dibuat oleh petugas rekam medis ?
- A. Pedoman pelayanan
 - B. Standar prosedur Operasional
 - C. Pedoman singkatan dan simbol yang digunakan
 - D. Pedoman singkatan yang digunakan dan yang tidak digunakan
- 4) Rekam medis pasien dipelihara dengan menggunakan pengidentifikasi pasien yang unik/khas menandai pasien atau metode lain yang efektif.
Apakah identifikasi yang unik/khas yang menandai pasien?
- A. Nomor Rekam Medis
 - B. Nomor antrian
 - C. No Registrasi
 - D. Nomor KTP
- 5) Rekam medis pasien direview secara reguler/teratur. Review menggunakan sample yang mewakili/ representatif. Review rekam medis dilakukan secara terus menerus dengan melibatkan tenaga kesehatan di rumah sakit.
Siapakah saja yang melakukan review rekam medis tersebut?
- A. Review dilakukan oleh dokter, perawat dan profesi lain yang diberi otorisasi untuk pengisian rekam medis atau mengelola rekam medis pasien
 - B. Review dilakukan oleh dokter, perawat dan profesi lain yang diberi otorisasi untuk pengisian rekam medis atau mengelola rekam medis pasien
 - C. Review dilakukan oleh dokter dan perawat yang diberi otorisasi untuk pengisian rekam medis atau mengelola rekam medis pasien
 - D. Review dilakukan oleh panitia rekam medis yang diberi otorisasi untuk pengisian rekam medis atau mengelola rekam medis pasien

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) B: Setiap 3 (tiga) tahun
- 2) D: Meningkatkan, menjaga mutu pelayanan dan keselamatan pasien bagi rumah sakit
- 3) A: Pasien mendapatkan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar profesi
- 4) B: Meningkatkan citra rumah sakit sebagai alat pemasaran
- 5) C: Manfaat akreditasi bagi pasien

Tes 2

- 1) C: Rekam medis tersedia setiap kali pasien datang berobat baik rawat jalan maupun rawat inap
- 2) C: Pedoman Pelayanan
- 3) D: Pedoman Singkatan yang digunakan dan tidak digunakan
- 4) A: Nomor rekam medis
- 5) A: Review dilakukan oleh dokter, perawat dan profesi lain yang diberi otorisasi untuk pengisian rekam medis atau mengelola rekam medis pasien

Daftar Pustaka

Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar. Tahun 2015. Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, Jakarta

Hatta, Gemala. 2008. Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan, Jakarta: UI Press

Kementerian Kesehatan. Tahun 2017: Peraturan Menteri Kesehatan no 34.

Kerjasama Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI dengan Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Tahun 2011: Standar Akreditasi Rumah Sakit, Jakarta

Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Tahun 2012: Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi, Jakarta.

Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Tahun 2016: Dokumen Rekam Medis Dalam Konteks Akreditasi Rumah Sakit versi 2012.

BAB V

PROGRAM KESELAMATAN PASIEN DI UNIT REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN

Yati Maryati, A.Md.PerKes,SKM

PENDAHULUAN

Program keselamatan pasien merupakan upaya meningkatkan mutu pelayanan pada sarana pelayanan kesehatan. Keselamatan pasien merupakan prioritas dalam mencegah terjadinya kejadian tidak diharapkan, keadaan nyaris cedera atau kejadian yang tidak diharapkan. Sedangkan secara khusus dengan program keselamatan pasien adalah didapatkannya pembelajaran untuk perbaikan asuhan kepada pasien agar dapat mencegah kejadian yang sama dikemudian hari.

Peningkatan keselamatan pasien merupakan upaya untuk meningkatkan mutu secara keseluruhan dengan terus menerus mengurangi risiko terhadap pasien dan staf baik dalam proses klinis maupun lingkungan fisik, demi tercapai keinginan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan yang berkualitas. Selain pelayanan kesehatan yang berkualitas juga dituntut pelayanan yang menjunjung/berorientasi pada keselamatan pasien.

Agar dapat memahami dengan baik, mahasiswa diharapkan mempelajari modul ini tidak hanya berdasarkan teks pada modul tetapi juga mempelajari contoh, mengikuti latihan yang ada, dan mencoba tes formatif yang diberikan sehingga dapat mengetahui seberapa jauh telah memahaminya. 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.

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

Topik 1, membahas tentang tujuan dan manfaat program keselamatan pasien;

Topik 2, membahas tentang identifikasi keselamatan pasien

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 formatif secara jujur tanpa terlebih dahulu melihat kunci !
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

Tujuan dan Manfaat Program Keselamatan Pasien

Secara umum tujuan dan manfaat program keselamatan pasien yaitu meningkatnya mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Sedangkan secara khusus didapatkannya pembelajaran untuk perbaikan asuhan kepada pasien agar dapat mencegah kejadian yang sama dikemudian hari.

1. Pengertian Keselamatan Pasien

Keselamatan Pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Kementerian Kesehatan (Permenkes No.11, tahun: 2017: halaman 3)

2. Penyelenggaraan Keselamatan Pasien

Penyelenggaraan Keselamatan Pasien dilakukan melalui pembentukan sistem pelayanan yang menerapkan:

Standar Keselamatan Pasien meliputi;

a. Hak pasien;

merupakan hak pasien dan keluarganya untuk mendapatkan informasi tentang diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, prognosis terhadap tindakan yang dilakukan, dan perkiraan biaya pengobatan.

Kriteria standar hak pasien sebagaimana dimaksud meliputi:

- 1) harus ada dokter penanggung jawab pelayanan;
- 2) rencana pelayanan dibuat oleh dokter penanggung jawab pelayanan; dan
- 3) penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya dilakukan oleh dokter penanggung jawab pelayanan.

b. Pendidikan bagi pasien dan keluarga;

Standar pendidikan kepada pasien dan keluarga sebagaimana dimaksud berupa kegiatan mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

Kriteria Standar pendidikan kepada pasien dan keluarga meliputi:

- 1) memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap, dan jujur;
- 2) mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga;
- 3) mengajukan pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti;
- 4) memahami konsekuensi pelayanan;
- 5) mematuhi nasihat dokter dan menghormati tata tertib fasilitas pelayanan kesehatan;

- 6) memperlihatkan sikap saling menghormati dan tenggang rasa; dan
- 7) memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.

c. Keselamatan Pasien dalam kesinambungan pelayanan;

Standar Keselamatan Pasien dalam kesinambungan pelayanan merupakan upaya fasilitas pelayanan kesehatan di bidang Keselamatan Pasien dalam kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

Kriteria standar Keselamatan Pasien dalam kesinambungan pelayanan meliputi:

- 1) pelayanan secara menyeluruh dan terkoordinasi mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, pemindahan pasien, rujukan, dan saat pasien keluar dari fasilitas pelayanan kesehatan;
- 2) koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan ketersediaan sumber daya fasilitas pelayanan kesehatan;
- 3) koordinasi pelayanan dalam meningkatkan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, asuhan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi, rujukan, dan tindak lanjut lainnya; dan
- 4) komunikasi dan penyampaian informasi antar profesi kesehatan sehingga tercapai proses koordinasi yang efektif

d. Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan peningkatan Keselamatan Pasien;

Standar penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan Keselamatan Pasien merupakan kegiatan mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang telah ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis insiden, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta Keselamatan Pasien.

Kriteria standar penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan Keselamatan Pasien meliputi:

- 1) setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan proses perancangan (desain) yang baik;
- 2) setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan pengumpulan data kinerja yang antara lain terkait dengan pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan, dan keuangan;
- 3) setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan evaluasi semua insiden dan secara proaktif melakukan evaluasi 1 (satu) proses kasus risiko tinggi setiap tahun; dan
- 4) setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menggunakan semua data dan informasi hasil evaluasi dan analisis untuk menentukan perubahan sistem (redesain) atau membuat sistem baru yang diperlukan, agar kinerja dan Keselamatan Pasien terjamin.

e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan Keselamatan Pasien;

Standar peran kepemimpinan dalam meningkatkan Keselamatan Pasien merupakan kegiatan pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan dalam:

- 1) mendorong dan menjamin implementasi Keselamatan Pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan tujuh langkah menuju Keselamatan Pasien;
- 2) menjamin berlangsungnya kegiatan identifikasi risiko Keselamatan Pasien dan menekan atau mengurangi insiden secara proaktif;
- 3) menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang Keselamatan Pasien;
- 4) mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan serta meningkatkan Keselamatan Pasien; dan
- 5) mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusi setiap unsur dalam meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan Keselamatan Pasien.

Kriteria standar peran kepemimpinan dalam meningkatkan Keselamatan Pasien meliputi:

- 1) terdapat tim antar disiplin untuk mengelola Keselamatan Pasien;
- 2) tersedia kegiatan atau program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan Insiden;
- 3) tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari fasilitas pelayanan kesehatan terintegrasi dan berpartisipasi dalam Keselamatan Pasien;
- 4) tersedia prosedur “cepat-tanggap” terhadap Insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko, dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis;
- 5) tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan Insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang analisis akar masalah Kejadian Nyaris Cedera (KNC), KTD, dan kejadian sentinel pada saat Keselamatan Pasien mulai dilaksanakan;
- 6) tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis Insiden, atau kegiatan proaktif untuk memperkecil risiko, termasuk mekanisme untuk mendukung staf dalam kaitan dengan kejadian sentinel;
- 7) terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan di dalam fasilitas pelayanan kesehatan dengan pendekatan antar disiplin;
- 8) tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan dalam kegiatan perbaikan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan perbaikan Keselamatan Pasien, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut; dan
- 9) tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan Keselamatan Pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya.

f. Pendidikan bagi staf tentang Keselamatan Pasien; dan

Standar pendidikan kepada staf tentang Keselamatan Pasien merupakan kegiatan pendidikan dan pelatihan berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisipliner dalam pelayanan pasien.

Kriteria Standar pendidikan kepada staf tentang Keselamatan Pasien memiliki:

- 1) setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus memiliki program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik Keselamatan Pasien sesuai dengan tugasnya masing-masing;
- 2) setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus mengintegrasikan topik Keselamatan Pasien dalam setiap kegiatan pelatihan/magang dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan Insiden; dan
- 3) setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama tim (teamwork) guna mendukung pendekatan interdisipliner dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai Keselamatan Pasien.

Standar komunikasi sebagaimana dimaksud dalam merupakan kegiatan fasilitas pelayanan kesehatan dalam merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi Keselamatan Pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal yang tepat waktu dan akurat.

Kriteria standar komunikasi memiliki:

- 1) tersedianya anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan Keselamatan pasien; dan
- 2) tersedianya mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada. (Permenkes No.11, tahun: 2017: halaman 5-13)

3. Jenis Insiden

Insiden di fasilitas pelayanan kesehatan meliputi:

- a. Kondisi Potensial Cedera (KPC);
merupakan kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
- b. Kejadian Nyaris Cedera (KNC);
merupakan terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.
- c. Kejadian Tidak Cedera (KTC); dan
merupakan insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera
- d. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD).
merupakan Insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien. (Permenkes No.11, tahun: 2017: halaman 14)

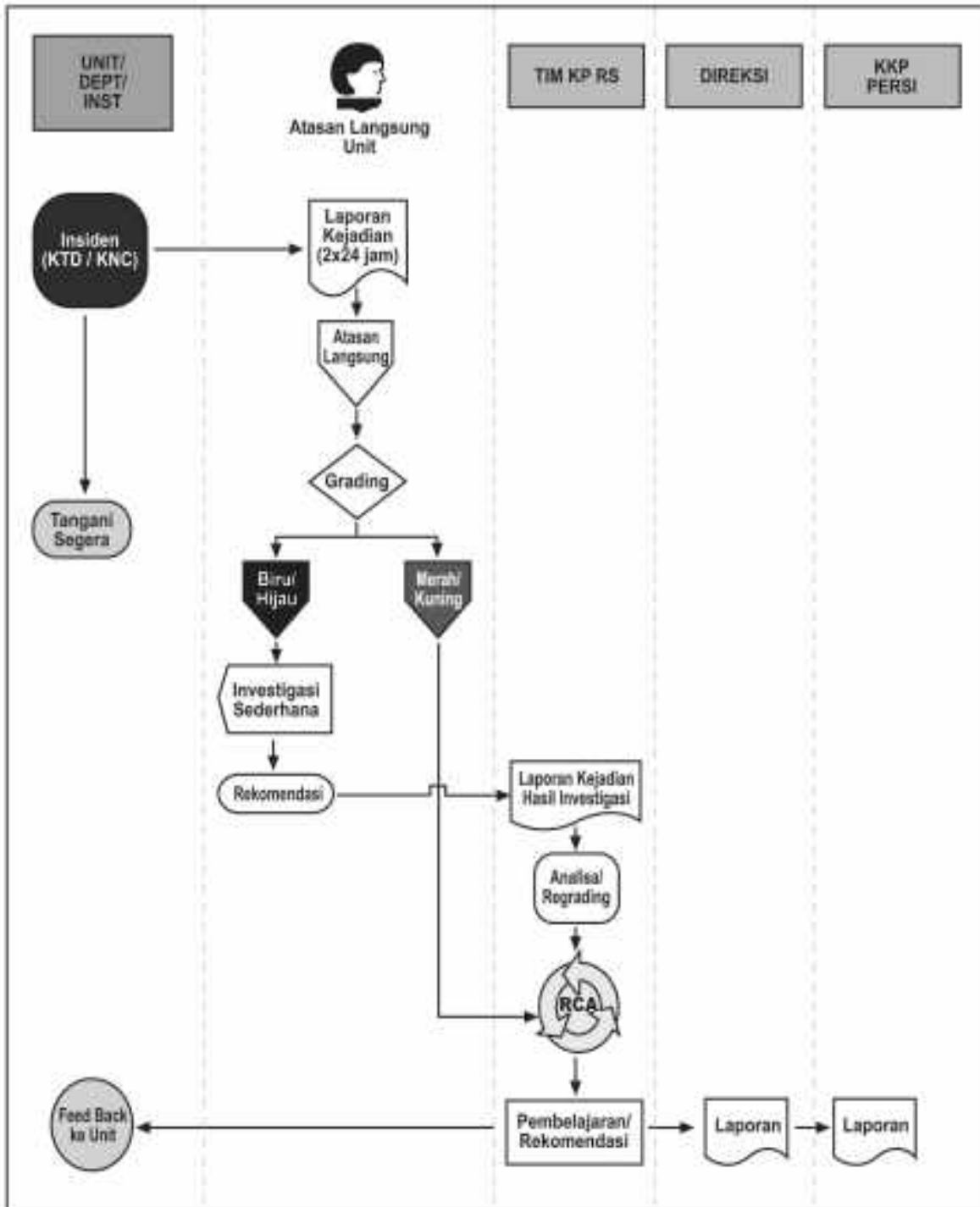
4. Alur Pelaporan Insiden

Penanganan Insiden di fasilitas pelayanan kesehatan dilakukan melalui pembentukan tim Keselamatan Pasien yang ditetapkan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan sebagai pelaksana kegiatan penanganan Insiden. Pada umumnya tim bertanggungjawab langsung kepada pimpinan sarana pelayanan kesehatan.

Tim Keselamatan Pasien bertugas:

- a. menyusun kebijakan dan pengaturan di bidang Keselamatan Pasien untuk ditetapkan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan;
- b. mengembangkan program Keselamatan Pasien di fasilitas pelayanan kesehatan;
- c. melakukan motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program Keselamatan Pasien di fasilitas pelayanan kesehatan;
- d. melakukan pelatihan Keselamatan Pasien bagi fasilitas pelayanan kesehatan;
- e. melakukan pencatatan, pelaporan Insiden, analisis insiden termasuk melakukan RCA, dan mengembangkan solusi untuk meningkatkan Keselamatan Pasien;
- f. memberikan masukan dan pertimbangan kepada pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan dalam rangka pengambilan kebijakan Keselamatan Pasien;
- g. membuat laporan kegiatan kepada pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan; dan mengirim laporan Insiden secara kontinu melalui *e-reporting* sesuai dengan pedoman pelaporan Insiden. (Permenkes No.11, tahun: 2017: halaman 16)

Setiap Insiden yang terjadi di sarana pelayanan kesehatan harus dilaporkan secara internal kepada tim Keselamatan Pasien dalam waktu paling lambat 2x24 (dua kali dua puluh empat) jam dengan menggunakan format laporan. Selanjutnya laporan akan diverifikasi oleh Tim Keselamatan Pasien. Berdasarkan hasil investigasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), tim Keselamatan Pasien menentukan derajat insiden (*grading*) dan melakukan Root Cause Analysis (RCA) dengan metode baku untuk menemukan akar masalah. Tim keselamatan pasien harus memberikan rekomendasi keselamatan pasien kepada pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan hasil Root Cause Analysis (RCA). (Permenkes No.11, tahun: 2017: halaman 17)



(Permenkes No.11, tahun: 2017: halaman 58)

Gambar 5.1: Alur Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit

Latihan

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

Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien merupakan suatu standar dalam penilaian akreditasi rumah sakit. Rumah sakit tidak dapat mencapai kelulusan apabila tidak ada program atau program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP) tidak sesuai standar di rumah sakit. Terdiri atas apa sajakah pemilihan indikator yang terkait dengan area klinis ?

Petunjuk Jawaban Latihan

Perhatikan konsep yang disampaikan oleh Kerjasama Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI dengan Komisi Akreditasi Rumah Sakit tentang Program Mutu dan Keselamatan Pasien dalam buku Standar Akreditasi Rumah Sakit hal 122

Ringkasan

Manajemen mutu informasi kesehatan didefinisikan sebagai upaya meningkatkan mutu informasi kesehatan melalui fungsi-fungsi manajemen yaitu perencanaan, pengorganisasian, penggerakkan dan pengawasan. Manajemen mutu informasi kesehatan menjadi penting karena informasi kesehatan yang dihasilkan oleh unit rekam medis dan informasi kesehatan akan digunakan oleh para pengambil keputusan.

Kemampuan dan ketrampilan yang harus dimiliki oleh seorang Perekam Medis dan Informasi Kesehatan dalam mengelola mutu informasi kesehatan sangat dibutuhkan.

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat !

- 1) Suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, tindak lanjut, serta implementasi solusi meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan. Merupakan pengertian dari apakah pernyataan di atas?
 - A. Keselamatan dokter, pasien, dan rumah sakit.
 - B. Insiden keselamatan pasien.
 - C. Insiden kejadian pasien.
 - D. Keselamatan pasien.

- 2) Insiden terhadap keselamatan pasien meliputi beberapa kemungkinan insiden. Suatu insiden yang merupakan kejadian yang tidak disengaja dan kondisi mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien. Pernyataan diatas merupakan pengertian dari kategori insiden apa?
- A. Insiden keselamatan pasien.
 - B. Insiden kecelakaan pasien.
 - C. Insiden kejadian pasien.
 - D. Keselamatan pasien.
- 3) Suatu hari di Klinik Mata ada dua orang pasien yang berobat. Pasien A adalah Agus Sulaeman, Pasien B adalah Agus Firmansyah. Petugas memanggil Tn. Agus untuk masuk ruang periksa, kemudian masuklah Agus Sulaeman ke ruang periksa. Sementara yang dimaksud petugas sesuai rekam medis pasien adalah Tn. Agus Firmansyah. Beruntung petugas melakukan identifikasi saat akan memeriksa pasien dengan menanyakan nama dan tanggal lahir pasien. Petugas menyadari pasien yang masuk adalah Agus Sulaeman.
- Dalam insiden keselamatan pasien, termasuk insiden apakah pernyataan di atas?
- A. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)
 - B. Kondisi Potensial Cedera (KPC)
 - C. Kejadian Nyaris Cedera (KNC)
 - D. Kejadian Tidak Cedera (KTC)
- 4) Pasien "X" dirawat di suatu rumah sakit. Pasien dan keluarganya mendapatkan informasi tentang penyakitnya, tata cara tindakan medis, tujuan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan.
- Berdasarkan uraian di atas, termasuk standar apakah dalam keselamatan pasien?
- A. Standar tindakan medis pasien.
 - B. Kriteria standar hak pasien.
 - C. Standar hak rumah sakit.
 - D. Standar hak pasien.
- 5) Setiap insiden yang terjadi di seluruh bagian di rumah sakit wajib dilaporkan kepada Tim Keselamatan Pasien rumah sakit. Berdasarkan laporan tersebut Tim Keselamatan Pasien akan merumuskan penanganan yang semestinya, bukan untuk mencari kesalahan tetapi untukantisipasi agar insiden tidak terjadi lagi di masa yang akan datang.
- Kapan insiden keselamatan pasien tersebut dilaporkan?
- A. Maksimal 2 X 24 jam
 - B. Dalam waktu 1 X 24 jam
 - C. Maksimal seminggu setelah insiden terjadi
 - D. Dalam waktu sebulan setelah kejadian masih dapat dilaporkan

Topik 2

Sasaran Keselamatan Pasien

A. SASARAN KESELAMATAN PASIEN

1. Mengidentifikasi pasien dengan benar;

Fasilitas pelayanan Kesehatan menyusun pendekatan untuk memperbaiki ketepatan identifikasi pasien

a. Maksud dan Tujuan

Kesalahan karena keliru-pasien sebenarnya terjadi di semua aspek diagnosis dan pengobatan. Keadaan yang dapat mengarahkan terjadinya error/kesalahan dalam mengidentifikasi pasien, adalah pasien yang dalam keadaan terbias / terbedas, mengalami disorientasi, atau tidak sadar sepenuhnya; mungkin bertukar tempat tidur, kamar, lokasi di dalam fasilitas pelayanan kesehatan; mungkin mengalami disabilitas sensori; atau akibat situasi lain.

Tujuan anda darisasaran ini adalah : pertama, untuk dengan carayang dapat dipercaya/reliable mengidentifikasi pasien sebagai individu yang dimaksudkan untuk mendapatkan pelayanan atau pengobatan; dan kedua, untuk mencocokkan pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut.

Kebijakan dan/atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya proses yang digunakan untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau memberikan pengobatan atau tindakan lain. Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, dengan dua nama pasien, nomor identifikasi menggunakan nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang (-identitas pasien) dengan bar-code, atau cara lain. Nomor kamar atau lokasi pasien tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua pengidentifikasi/penanda yang berbeda pada lokasi yang berbeda di fasilitas pelayanan kesehatan, seperti di pelayanan ambulatori atau pelayanan rawat jalan yang lain, unit gawat darurat, atau kamar operasi. Identifikasi terhadap pasien koma yang tanpa identitas, juga termasuk. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur untuk memastikan telah mengatur semua situasi yang memungkinkan untuk diidentifikasi.

b. Kegiatan Yang Dilaksanakan:

- 1) Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
- 2) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.

- 3) Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan / prosedur.
- 4) Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

2. Meningkatkan Komunikasi yang Efektif

Fasilitas pelayanan kesehatan menyusun pendekatan agar komunikasi di antara para petugas pemberi perawatan semakin efektif.

a. Maksud dan Tujuan

Komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh resipien/penerima, akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat secara elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi yang paling mudah mengalami kesalahan adalah perintah diberikan secara lisan dan yang diberikan melalui telpon, bila diperbolehkan peraturan perundangan. Komunikasi lain yang mudah terjadi kesalahan adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti laboratorium klinis menelpon unit pelayanan pasien untuk melaporkan hasil pemeriksaan segera /cito. Fasilitas pelayanan kesehatan secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk perintah lisan dan melalui telepon termasuk: menuliskan (atau memasukkan ke komputer) perintah secara lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima informasi; penerima membacakan kembali (read back) perintah atau hasil pemeriksaan; dan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibacakan ulang dengan akurat. Untuk obat-obat yang termasuk obat NORUM/LASA dilakukan eja ulang. Kebijakan dan/atau prosedur mengidentifikasi alternatif yang diperbolehkan bila proses pembacaan kembali (read back) tidak memungkinkan seperti di kamar operasi dan dalam situasi gawat darurat/emergensi di IGD atau ICU.

b. Kegiatan yang dilaksanakan

- 1) Perintah lisan dan yang melalui telepon ataupun hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
- 2) Perintah lisan dan melalui telpon atau hasil pemeriksaan secara lengkap dibacakan kembali oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
- 3) Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh individu yang memberi perintah atau hasil pemeriksaan tersebut
- 4) Kebijakan dan prosedur mendukung praktek yang konsisten dalam melakukan verifikasi terhadap akurasi dari komunikasi lisan melalui telepon.

3. Meningkatkan Keamanan Obat-Obatan yang Harus Diwaspadai

Fasilitas pelayanan Kesehatan mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai.

a. *Maksud dan Tujuan*

Bila obat-obatan adalah bagian dari rencana pengobatan pasien, maka penerapan manajemen yang benar penting/krusial untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) adalah obat yang persentasinya tinggi dalam menyebabkan terjadi kesalahan/error dan/atau kejadian sentinel (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) demikian pula obat-obat yang tampak mirip/ucapan mirip (*Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM*, atau *Look-Alike Sound-Alike/ LASA*). Daftar obat-obatan yang sangat perlu diwaspadai tersedia di WHO. Yang sering disebut-sebut dalam isu keamanan obat adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja (misalnya, kalium/potasium klorida [sama dengan 2 mEq/ml atau yang lebih pekat]), kalium/potasium fosfat [(sama dengan atau lebih besar dari 3 mmol/ml)], natrium/sodium klorida [lebih pekat dari 0.9%], dan magnesium sulfat [sama dengan 50% atau lebih pekat]. Kesalahan ini bisa terjadi bila staf tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit asuhan pasien, bila perawat kontrak tidak diorientasikan sebagaimana mestinya terhadap unit asuhan pasien, atau pada keadaan gawat darurat/emergensi. Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan mengembangkan proses pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi. Fasilitas pelayanan kesehatan secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk menyusun daftar obat-obat yang perlu diwaspadai berdasarkan datanya sendiri. Kebijakan dan/atau prosedur juga mengidentifikasi area mana yang membutuhkan elektrolit konsentrat secara klinis sebagaimana ditetapkan oleh petunjuk dan praktek profesional, seperti di IGD atau kamar operasi, serta menetapkan cara pemberian label yang jelas serta bagaimana penyimpanannya di area tersebut sedemikian rupa, sehingga membatasi akses untuk mencegah pemberian yang tidak disengaja/kurang hati-hati.

b. *Kegiatan yang dilaksanakan*

- 1) Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, lokasi, pemberian label, dan penyimpanan obat-obat yang perlu diwaspadai
- 2) Kebijakan dan prosedur diimplementasikan
- 3) Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja di area tersebut, bila diperkenankan kebijakan.
- 4) Elektrolit konsentrat yang disimpan di unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (*restricted*).

4. Memastikan Lokasi Pembedahan yang Benar, Prosedur yang Benar, Pembedahan pada Pasien yang Benar

Fasilitas pelayanan Kesehatan mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi.

a. *Maksud dan Tujuan*

Salah-lokasi, salah-prosedur, salah-pasien operasi, adalah kejadian yang mengkhawatirkan dan biasa terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/ tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (site marking), dan tidak ada prosedur untuk memverifikasi lokasi operasi. Di samping itu juga asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan resep yang tidak terbaca (illegible handwriting) dan pemakaian singkatan adalah merupakan faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi. Fasilitas pelayanan kesehatan perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Kebijakan termasuk definisi dari operasi yang memasukkan sekurang-kurangnya prosedur yang menginvestigasi dan/atau mengobati penyakit dan kelainan/disorder pada

tubuh manusia dengan cara menyayat, membuang, mengubah, atau menyisipkan kesempatan diagnostik/terapeutik. Kebijakan berlaku atas setiap lokasi di fasilitas pelayanan kesehatan dimana prosedur ini dijalankan. Praktek berbasis bukti, seperti yang diuraikan dalam Surgical Safety Checklist dari WHO Patient Safety (2009), juga di The Joint Commission's Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery. Penandaan lokasi operasi melibatkan pasien dan dilakukan dengan tanda yang segera dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan; dan harus dibuat oleh orang yang akan melakukan tindakan; harus dibuat saat pasien terjaga dan sadar; jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai pasien disiapkan dan diselimuti. Lokasi operasi ditandai pada semua kasus termasuk sisi (laterality), struktur multipel (jari tangan, jari kaki, lesi), atau multiple level (tulang belakang). Maksud dari proses verifikasi praoperatif adalah untuk :

- 1) memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar;
- 2) memastikan bahwa semua dokumen, foto (images), dan hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dan dipampang;
- 3) Memverifikasi keberadaan peralatan khusus dan/atau implant-implant yang dibutuhkan.

Tahap "Sebelum insisi"/Time out memungkinkan setiap pertanyaan yang belum terjawab atau kesimpang-siuran dibereskan. Time out dilakukan di tempat tindakan akan dilakukan, tepat sebelum dilakukan tindakan.

b. *Kegiatan yang dilaksanakan*

Fasilitas pelayanan kesehatan menggunakan suatu tanda yang jelas dan dapat dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan/pemberi tanda.

- 1) Fasilitas pelayanan kesehatan menggunakan suatu checklist atau proses lain untuk memverifikasi saat preoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional.

- 2) Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur “sebelum insisi/time-out” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/tindakan pembedahan.
- 3) Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung keseragaman proses untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan tindakan pengobatan gigi/dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi.

5. Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan; dan

Fasilitas pelayanan Kesehatan mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

a. Maksud dan Tujuan

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan praktisi dalam kebanyakan tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi umumnya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih-terkait kateter, infeksi aliran darah (blood stream infections) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis). Pokok dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi lain adalah cuci tangan (hand hygiene) yang tepat. Pedoman hand hygiene yang berlaku secara internasional bisa diperoleh dari WHO, fasilitas pelayanan kesehatan mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi pedoman hand hygiene yang diterima secara umum untuk implementasi pedoman itu di Fasilitas pelayanan Kesehatan.

b. Kegiatan yang dilaksanakan:

- 1) Fasilitas pelayanan Kesehatan mengadopsi atau mengadaptasi pedoman hand hygiene terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum (al.dari WHO Patient Safety).
- 2) Fasilitas pelayanan Kesehatan menerapkan program hand hygiene yang efektif.
- 3) Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan

6. Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh

Fasilitas pelayanan kesehatan mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh.

a. Maksud dan Tujuan

Jumlah kasus jatuh menjadi bagian yang bermakna penyebab cedera pasien rawat inap. Dalam konteks populasi/masyarakat yang dilayani, pelayanan yang diberikan, dan fasilitasnya, fasilitas pelayanan kesehatan perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa meliputi riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap obat dan konsumsi alkohol, penelitian terhadap

gaya/cara jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien. Program ini memonitor baik konsekuensi yang dimaksudkan atau yang tidak sengaja terhadap langkah-langkah yang dilakukan untuk mengurangi jatuh. Misalnya penggunaan yang tidak benar dari alat penghalang atau pembatasan asupan cairan bisa menyebabkan cedera, sirkulasi yang terganggu, atau integrasi kulit yang menurun. Program tersebut harus diterapkan di fasilitas pelayanan kesehatan.

b. Kegiatan yang Dilaksanakan

- 1) Fasilitas pelayanan kesehatan menerapkan proses asesmen awal risiko pasien jatuh dan melakukan asesmen ulang terhadap pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan.
- 2) Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko (Permenkes No.11, tahun: 2017: halaman 34-41)
 - a. Tujuh langkah menuju Keselamatan Pasien
 - 1) membangun kesadaran akan nilai Keselamatan Pasien;
 - 2) memimpin dan mendukung staf;
 - 3) mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko;
 - 4) mengembangkan sistem pelaporan;
 - 5) melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien;
 - 6) belajar dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan Pasien; dan
 - 7) mencegah cedera melalui implementasi sistem Keselamatan Pasien.
 - b. Keselamatan Pasien di Bagian Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Penerapan keselamatan pasien di Bagian Rekam Medis dan Informasi Kesehatan pasien menitikberatkan kepada keselamatan dan kerahasiaan informasi kesehatan pasien. Risiko-risiko terhadap keselamatan diidentifikasi untuk menghindari terjadinya Kondisi Potensial Cedera (KPC); Kejadian Nyaris Cedera (KNC); Kejadian Tidak Cedera (KTC); dan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD).

Hal-hal yang harus diperhatikan untuk menjaga keselamatan pasien di Bagian Rekam Medis dan Informasi Kesehatan sebagai berikut:

1. Memastikan identifikasi pasien saat mendaftar adalah benar, nama, tanggal lahir dan alamat.
Setiap petugas di unit pendaftaran pasien hendaknya mendapatkan pendidikan tentang keselamatan pasien. Pastikan setiap pasien diidentifikasi dengan baik untuk mendapatkan informasi yang akurat. Penerapan penomoran secara unit dapat dimaksimalkan dengan melakukan identifikasi setiap pasien datang berobat. Salah satu cara yang dilakukan adalah pencarian data pasien saat menerima pasien baru dan setiap kali pasien lupa membawa kartu berobat untuk menghindari pemberian nomor rekam medis baru dan terjadi duplikasi nomor rekam medis. Apabila database pasien

nama sama atau mirip, cek tanggal lahirnya agar tidak tertukar antar pasien satu dan lainnya

2. Rekam medis yang diambil untuk pasien berobat, cek kembali nomor rekam medis dan nama pasien apakah sesuai dengan permintaan.
Rekam medis merupakan dokumen yang berisi tentang data pasien, perjalanan penyakit dan riwayat pengobatannya. Saat pasien mendapatkan pelayanan di sarana pelayanan kesehatan, rekam medis akan diambil dari ruang penyimpanan. Pastikan rekam medis yang diambil adalah sesuai dengan permintaan. Cek kembali nama, nomor rekam medis pasien pada form permintaan dan cocokkan dengan data pada rekam medis pasien.
3. Pemberian informasi kepada pihak ketiga selalu menggunakan surat kuasa dari pasien. Informasi kesehatan pasien bersifat rahasia. Informasi pasien hanya dapat diberikan kepada yang berhak dan sesuai dengan persetujuan pasien. Oleh karena itu Perekam Medis dan Informasi Kesehatan harus memahami kebijakan yang mengatur tentang rahasia kedokteran, agar dapat melakukan tugasnya sesuai koridor yang berlaku. Pemberian informasi kepada pihak ketiga hendaknya selalu menggunakan surat kuasa dari pasien.
4. Membatasi hak akses terhadap ruang rekam medis, hanya petugas rekam medis yang boleh masuk ruang penyimpanan.
Sesuai dengan keselamatan pasien, rumah sakit khususnya bagian rekamian medis dan informasi kesehatan wajib menjaga keamanan rekam medis dari kehilangan, pencurian, kerusakan maupun bahaya yang mengancam. Hak akses ke ruang penyimpanan adalah terbatas pada petugas rekam medis bagian penyimpanan. Oleh karena itu harus ada kebijakan yang ketat tentang akses masuk ruang penyimpanan. Pastikan hanya petugas penyimpanan yang mempunyai akses ke ruang penyimpanan rekam medis.
Metode yang digunakan untuk perlindungan dan keamanan rekam medis seperti penggunaan door lock ke ruang penyimpanan dengan akses masuk secara elektronik (password). Jika belum memiliki akses masuk elektronik, menetapkan bahwa pintu masuk ruang penyimpanan selalu terkunci dan hanya petugas ruang penyimpanan yang dapat masuk ke ruang penyimpanan. Pemasangan pengumuman “Dilarang Masuk Selain Petugas Rekam Medis” dapat digunakan juga sebagai peringatan di pintu masuk ruang penyimpanan rekam medis..
5. Yang mempunyai hak akses terhadap rekam medis pasien adalah dokter/dokter gigi, perawat dan tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien.

Sesuai standar akreditasi rumah sakit bahwa yang memiliki akses terhadap rekam medis pasien adalah dokter/dokter gigi, perawat dan tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien. Saat pasien dalam perawatan maka perawat ruangan mempunyai kewajiban untuk menjaga rekam medis agar tidak diakses oleh pihak-pihak yang tidak berhak. Pemakaian laci terkunci adalah cara yang distandarkan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit dalam penyimpanan rekam medis di ruang rawat. Cara ini untuk menghindari kemungkinan pasien, keluarga pasien atau pengunjung rumah sakit mengakses rekam medis tanpa sepengetahuan petugas kesehatan, misalnya memfotocopi rekam medis atau memfoto isi rekam medis.

6. Pasien yang memiliki lebih dari satu nomor rekam medis, digabungkan database dan fisik rekam medis
Apabila terjadi pasien memiliki lebih dari satu nomor rekam medis, lakukan penggabungan rekam medis pasien agar data pasien dapat terjaga kesinambungannya. Penggabungan data dilakukan pada fisik rekam medis dan data yang tersimpan dalam database rumah sakit. Standar Prosedur Operasional untuk penggabungan rekam medis harus ada dan dipahami oleh seluruh petugas yang rekam medis. Lakukan penggabungan secara teliti agar tidak terjadi kesalahan pada saat penggabungan rekam medis dan buatlah system yang mendukung untuk melakukan penggabungan secara elektronik.

Latihan

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

Contoh kasus

Setiap bagian di rumah sakit wajib melaporkan setiap insiden di bagian masing-masing terkait dengan keselamatan pasien. Saudara sebagai Kepala Bagian Rekam Medis dan Informasi Kesehatan akan membuat laporan tentang Insiden Keselamatan Pasien di Bagian Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.

Petunjuk Jawaban Latihan

Perhatikan konsep yang disampaikan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPP-RS) dalam buku Pedoman Pelaporan Keselamatan Pasien (IKP) tahun 2008 halaman 6-7.

Ringkasan

Sasaran keselamatan pasien terdiri atas enam yaitu 1). Mengidentifikasi pasien dengan benar; 2). Meningkatkan komunikasi yang efektif; 3). Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai; 4). Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar; 5). Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan; dan 6). Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh. Untuk menghindari terjadinya insiden dalam keselamatan pasien dan melindungi setiap orang baik pasien maupun petugas terhadap kejadian yang tidak diharapkan, maka seyogyanya untuk mengetahui keenam sasaran keselamatan pasien tersebut.

Sebagai Perekam Medis dan Informasi Kesehatan, pengetahuan tentang program keselamatan pasien dapat memberikan gambaran dalam membuat program keselamatan di bagian rekam medis dan informasi kesehatan. Keselamatan pasien di bagian rekam medis yang dapat diterapkan adalah sesuai dengan situasi dan kondisi serta lingkup pelayanan di bagian rekam medis dan informasi kesehatan.

Tes 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat !

- 1) Mengidentifikasi pasien dengan benar merupakan sasaran keselamatan pasien yang pertama. Untuk menerapkan sasaran keselamatan pasien, rumah sakit membuat standar dalam melakukan identifikasi seluruh layanan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien.
Dalam melakukan identifikasi kepada pasien, standar apakah yang digunakan oleh rumah sakit?
 - A. Nama dan umur pasien
 - B. Nama dan tanggal lahir pasien
 - C. Nama dan nomor ruang rawat inap pasien
 - D. Nama, nomor rekam medis dan tanggal lahir pasien

- 2) Saudara ditempatkan di bagian pendaftaran pasien rawat inap. Dalam penerimaan pasien, saudara menyampaikan informasi tentang persetujuan umum dan tata tertib di rumah sakit. Hal ini dimaksudkan agar pasien maupun keluarga memahami tentang pelayanan yang diberikan dan aturan-aturan yang disepakati bersama.
Termasuk sasaran keselamatan pasien yang manakah pernyataan di atas?
 - A. Mengidentifikasi pasien dengan benar
 - B. Meningkatkan komunikasi yang efektif
 - C. Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh
 - D. Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan

- 3) Dalam upaya program keselamatan pasien di bagian rekam medis dan informasi kesehatan, setiap pasien yang berobat ke rumah sakit hendaknya hanya memiliki satu nomor rekam medis yang digunakan baik untuk rawat jalan, rawat inap maupun gawat darurat.
- Apakah upaya yang dilakukan untuk menghindari pasien memiliki lebih dari satu nomor rekam medis?
- A. Menerapkan sistem penomoran unit
 - B. Menerapkan sistem penomoran serial
 - C. Melakukan pencarian nomor rekam medis saat pasien mendaftar di rumah sakit
 - D. Menerima setiap pasien mendaftar tanpa perlu melakukan pencarian nomor rekam medis
- 4) Rekam medis merupakan catatan yang berisi perkembangan pasien dan riwayat pengobatannya di sarana pelayanan kesehatan. Karena sifat rahasianya dan aspek vitalnya rekam medis, sarana pelayanan kesehatan wajib menjaga keamanan rekam medis dari pihak - pihak yang tidak berkepentingan.
- Manakah pernyataan di bawah ini yang paling tepat untuk menjaga keamanan di ruang penyimpanan?
- A. Membatasi hak akses ke ruang penyimpanan rekam medis
 - B. Membuat buku tamu bagi siapa saja yang berkunjung ke bagian rekam medis dan informasi kesehatan
 - C. Memasang pengumuman "Dilarang Masuk, Selain Petugas Rekam Medis" di pintu masuk ruang penyimpanan rekam medis
 - D. Ruang penyimpanan rekam medis selalu dalam keadaan tertutup, tidak boleh masuk selain petugas penyimpanan dan bila memungkinkan dibuat akses pintu elektronik (door lock).
- 5) Fasilitas pelayanan kesehatan secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk perintah lisan dan melalui telepon termasuk: menuliskan (atau memasukkan ke komputer) perintah secara lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima informasi; penerima membacakan kembali (read back) perintah atau hasil pemeriksaan; dan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibacakan ulang dengan akurat. Petugas kesehatan yang memberi dan menerima instruksi wajib mencatat dalam rekam rekam medis pasien dengan mencatumkan nama dan tanda tangan.
- Pada formulir apakah petugas kesehatan mencatat instruksi dengan mencantumkan nama dan tanda tangan tersebut?
- A. Rekonsiliasi Obat
 - B. Resume Medis pasien
 - C. Asesmen Awal Rawat Inap
 - D. Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT)

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) D: Keselamatan pasien.
- 2) B: Insiden keselamatan pasien.
- 3) C: Kejadian Nyaris Cedera (KNC)
- 4) D: Standar hak pasien.
- 5) A: Maksimal 2 X 24 jam

Tes 2

- 1) D: Nama, nomor rekam medis dan tanggal lahir pasien
- 2) B: Meningkatkan komunikasi yang efektif
- 3) C: Melakukan pencarian nomor rekam medis saat pasien mendaftar di rumah sakit
- 4) D: Ruang penyimpanan rekam medis selalu dalam keadaan tertutup, tidak boleh masuk selain petugas penyimpanan dan bila memungkinkan dibuat akses pintu elektronik (door lock).
- 5) D: Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT)

Daftar Pustaka

Kementerian Kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan No 11: Tahun 2017: Keselamatan Pasien

Komisi Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Tahun 2008: Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) (*Patient Safety Incident Report*), Jakarta

Kerjasama Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI dengan Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Tahun 2011: Standar Akreditasi Rumah Sakit, Jakarta

BAB VI

BENTUK RISIKO YANG TERJADI DI UNIT REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN

Yati Maryati, A.Md.PerKes,SKM

PENDAHULUAN

Kesehatan dan keselamatan kerja tidak hanya penting bagi petugas rekam medis tetapi juga dapat menunjang produktivitas kerja. Kesehatan dan keselamatan kerja petugas rekam medis yang baik akan berdampak positif terhadap produktivitas kerja petugas rekam medis sehingga akan meningkatkan pelayanan kesehatan dan menguntungkan bagi rumah sakit. Risiko kecelakaan kerja dapat menimbulkan turunnya produktivitas kerja, sehingga perlu dilakukan usaha untuk meminimalisasi terjadinya dampak risiko kecelakaan kerja. Kesehatan dan keselamatan kerja dimaksudkan untuk mencegah, mengurangi, melindungi bahkan menghilangkan resiko kecelakaan kerja (*zero accident*). Perilaku petugas rekam medis bagian filing dalam bekerja merupakan salah satu penyebab risiko terjadinya kecelakaan kerja, yaitu *unsafe action* dan *unsafe condition*.

Konon para ahli bedah di Amerika Serikat tidak berani buka praktik tanpa asuransi malpraktik. Sebab, sekali dia melakukan kesalahan dalam praktik bedahnya dan dia dituntut pasien dalam miliaran dolar, maka tamatlah kariernya, dia akan jatuh bangkrut, dan mungkin diakhiri dengan masuk penjara. Dengan adanya asuransi malpraktik dia dapat menghadapi risiko kekeliruan dalam melakukan pembedahan. Sebab dalam hal ini risiko dapat dialihkan atau ditransfer ke perusahaan asuransi dan rumah sakit sedapat mungkin menghindari atau mengurangi dampak negatif akibat risiko.

Risiko sering diartikan sebagai ketidakpastian (*uncertainty*). Dalam kehidupan sehari-hari, risiko dapat menyebabkan masalah tetapi dapat juga mendatangkan peluang yang menguntungkan bagi rumah sakit. Risiko juga berkaitan dengan kemungkinan (*probability*) kerugian terutama yang menimbulkan masalah. Risiko menjadi masalah penting jika kerugian yang ditimbulkannya tidak diketahui secara pasti. Berbagai pendekatan sering dilakukan dalam menghadapi risiko dalam organisasi atau perusahaan salah satunya yaitu menerapkan manajemen risiko. Dalam pengertian umum, risiko tinggi yang dihadapi sebenarnya merupakan suatu tantangan yang perlu diatasi dan melalui suatu pemikiran positif diharapkan akan memberikan nilai tambah atau imbalan hasil yang tinggi pula.

Agar dapat memahami dengan baik, mahasiswa diharapkan mempelajari modul ini tidak hanya berdasarkan teks pada modul tetapi juga mempelajari contoh, mengikuti latihan yang ada dan mencoba tes formatif yang diberikan sehingga dapat mengetahui seberapa jauh telah memahaminya. 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 risiko yang ada di unit rekam medis dan *Failure Mode and Effects Analysis* (FMEA). Sedangkan secara khusus setelah mempelajari modul ini, Anda diharapkan dapat menjelaskan tentang:

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

Topik 1 membahas tentang risiko di unit rekam medis

Topik 2 membahas tentang *Failure Mode and Effects Analysis* (FMEA)

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 ringkasan kemudian kerjakan tes formatif secara jujur tanpa terlebih dahulu melihat kunci !
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

Risiko di Unit Rekam Medis

Program manajemen risiko berkelanjutan digunakan untuk melakukan identifikasi dan mengurangi cedera dan mengurangi risiko lain terhadap keselamatan pasien dan staf

Ada beberapa kategori risiko yang dapat berdampak pada rumah sakit. Katagori ini antara lain dan tidak terbatas pada

1. strategis (terkait dengan tujuan organisasi);
2. operasional (rencana pengembangan untuk mencapai tujuan organisasi);
3. keuangan (menjaga aset);
4. kepatuhan (kepatuhan terhadap hukum dan peraturan);
5. reputasi (imej dirasakan oleh masyarakat).

Rumah sakit menggunakan pendekatan proaktif dalam melaksanakan manajemen risiko. Komponen-komponen dalam manajemen risiko antara lain:

1. Identifikasi risiko,
2. Prioritas risiko,
3. pelaporan risiko,
4. manajemen risiko, termasuk analisis risiko (lihat MPO.7.1, PMKP.7, PMKP.8, and PMKP.9);
5. manajemen terkait tuntutan (klaim)

Dalam mengelola unit rekam medis dan informasi kesehatan, seorang Perekam Medis dan Informasi Kesehatan berperan penting dalam mengurangi terjadinya risiko-risiko yang dapat merugikan dirinya sendiri maupun orang lain. Risiko dengan potensi kerugian menimbulkan beban berat bagi rumah sakit, pemerintah atau perorangan. (Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit: KARS: 2017)

A. PENGERTIAN RISIKO

Menurut salah satu definisi, risiko atau *risk* adalah sama dengan *uncertainty* atau ketidakpastian. Risiko dan ketidakpastian sering kali digunakan dengan arti yang sama, penggunaannya saling dipertukarkan dengan maksud yang sama atau *interchangeably*.

1. Menurut Arthur Williams dan Richard, M.H) :
Risiko adalah suatu variasi dari hasil-hasil yang dapat terjadi selama periode tertentu
2. Menurut A. Abas Salim :
Risiko adalah ketidakpastian (*uncertainty*) yang mungkin melahirkan peristiwa kerugian (*loss*).
3. Menurut Soekarto :
Risiko adalah ketidakpastian atas terjadinya suatu peristiwa

B. PENGERTIAN MANAJEMEN RISIKO

Menurut AS/NZS 4360 :

Risk Management is *the culture, process, and structures that are directed towards the effective management of potential opportunities and adverse effects.*

1. **Risk management is a program designed to reduce or prevent injuries and accidents and to minimize or prevent financial loss to the organization.**

(Kathleen M. La Tour: Health Information Management Concept, Principles, and Practice, Third Edition: Tahun 2010: halaman 549)

2. **Menurut Smith (1990 dikutip dalam Anonim 2009) :**

Manajemen Risiko didefinisikan sebagai proses identifikasi, pengukuran, dan kontrol keuangan dari sebuah risiko yang mengancam aset dan penghasilan dari sebuah perusahaan atau proyek yang dapat menimbulkan kerusakan atau kerugian pada perusahaan tersebut.

3. **Menurut Clough and Sears (1994 dikutip dalam Anonim 2009) :**

Manajemen risiko didefinisikan sebagai suatu pendekatan yang komprehensif untuk menangani semua kejadian yang menimbulkan kerugian.

4. **Menurut William, et.al (1995 dikutip dalam Anonim 2009) :**

Manajemen risiko juga merupakan suatu aplikasi dari manajemen umum yang mencoba untuk mengidentifikasi, mengukur, dan menangani sebab dan akibat dari ketidakpastian pada sebuah organisasi.

5. **Dorfman (1998 dikutip dalam Anonim 2009) :**

Manajemen risiko dikatakan sebagai suatu proses logis dalam usahanya untuk memahami eksposur terhadap suatu kerugian.

C. ASESMEN RISIKO

Asesmen risiko atau *risk assessment* adalah proses evaluasi *hazard* untuk dapat menentukan tingkatan tindakan yang dibutuhkan mengurangi risiko sehingga pada tingkat yang dapat diterima. Ketika evaluasi risiko harus dilakukan terhadap hazard seseorang harus mempertimbangkan dua hal sekaligus, *likelihood* dan *consequences* kejadian yang terjadi. Menimbang seberapa besar kemungkinan kejadian benar-benar terjadi dan berapa besar potensi potensi akibat diperkirakan di masa yang akan datang. Tidak mungkin dipastikan, yang mungkin dilakukan hanyalah membuat estimasi yang terbaik berdasarkan informasi yang tersedia. Karena sangat tidak dapat diprediksi adalah sebaiknya bersikap konservatif di dalam membuat pertimbangan.

(Hinsa Siahaan: Manajemen Risiko Konsep, Kasus dan Implementasi: 2007: halaman 114)

Menurut ISO/IEC Guide 73 :

Asesmen risiko adalah keseluruhan proses analisis risiko dan evaluasi risiko.

(Hinsa Siahaan: Manajemen Risiko Konsep, Kasus dan Implementasi: 2007: halaman 29)

D. IDENTIFIKASI DAN ANALISIS RISIKO

Menurut Darmawi (2008) tahapan pertama dalam proses manajemen risiko adalah tahap identifikasi risiko. Identifikasi risiko merupakan suatu proses yang secara sistematis dan terus menerus dilakukan untuk mengidentifikasi kemungkinan timbulnya risiko atau kerugian terhadap kekayaan, hutang, dan personil perusahaan. Proses identifikasi risiko ini mungkin adalah proses yang terpenting, karena dari proses inilah, semua risiko yang ada atau yang mungkin terjadi pada suatu proyek, harus diidentifikasi. Proses identifikasi harus dilakukan secara cermat dan komprehensif, sehingga tidak ada risiko yang terlewatkan atau tidak teridentifikasi. Dalam pelaksanaannya, identifikasi risiko dapat dilakukan dengan beberapa teknik, antara lain:

1. Brainstorming
2. Questionnaire
3. Industry benchmarking
4. Scenario analysis
5. Risk assessment workshop
6. Incident investigation
7. Auditing
8. Inspection
9. Checklist
10. HAZOP (Hazard and Operability Studies)

(Hinsa Siahaan: Manajemen Risiko Konsep, Kasus dan Implementasi: 2007: halaman 29)

Setelah melakukan identifikasi risiko, maka tahap berikutnya adalah pengukuran risiko dengan cara melihat potensial terjadinya seberapa besar severity (kerusakan) dan probabilitas terjadinya risiko tersebut. Penentuan probabilitas terjadinya suatu event sangatlah subyektif dan lebih berdasarkan nalar dan pengalaman. Beberapa risiko memang mudah untuk diukur, namun sangatlah sulit untuk memastikan probabilitas suatu kejadian yang sangat jarang terjadi. Sehingga, pada tahap ini sangatlah penting untuk menentukan dugaan yang terbaik supaya nantinya kita dapat memprioritaskan dengan baik dalam implementasi perencanaan manajemen risiko. Kesulitan dalam pengukuran risiko adalah menentukan kemungkinan terjadi suatu risiko karena informasi statistik tidak selalu tersedia untuk beberapa risiko tertentu. Selain itu, mengevaluasi dampak severity (kerusakan) seringkali cukup sulit untuk asset immaterial.

E. FUNGSI MANAJEMEN RISIKO

Fungsi Manajemen Risiko adalah sebagai berikut:

1. Menetapkan kebijaksanaan dan strategi manajemen risiko,
2. Primary champion of risk management pada level strategis dan operasional,

3. Membangun budaya sadar risiko di dalam organisasi melalui pendidikan yang memadai,
4. Menetapkan kebijaksanaan risiko internal dan struktur pada unit usaha,
5. Mendesain dan mengkaji ulang proses manajemen risiko,
6. Pengkoordinasian berbagai macam kegiatan fungsional yang memberikan nasihat tentang masalah-masalah manajemen risiko dalam organisasi,
7. Membangun proses cepat tanggap risiko, meliputi penyusunan program kontingensi dan kesinambungan bisnis,
8. Menyiapkan laporan tentang risiko kepada dewan direksi dan kepada *stakeholders* (Hinsa Siahaan: Manajemen Risiko Konsep, Kasus dan Implementasi: 2007: halaman 45)

F. MENENTUKAN PRIORITAS RISIKO

Analisis risiko dilakukan dengan menghitung asumsi probabilitas kejadian (peluang), besaran dampak (akibat) dan asumsi frekuensi terjadi (frekuensi). Score/tingkat risiko adalah hasil perkalian **RISIKO = P x F x A**.

1. Peluang Risiko (P)

NILAI	KETERANGAN
10	<i>Almost certain</i> / Hampir pasti; sangat mungkin akan terjadi/hampir dipastikan akan terjadi pada semua kesempatan.
6	<i>Quite possible</i> /mungkin terjadi; mungkin akan terjadi atau bukan sesuatu hal yang aneh untuk terjadi (50:50 kesempatan)
3	<i>Unusual but possible</i> /tidak bisa namun dapat terjadi; biasanya tidak terjadi namun masih ada kemungkinan untuk dapat terjadi tiap saat.
1	<i>Remotely possible</i> /kecil kemungkinannya; kecil kemungkinannya untuk terjadi /sesuatu yang kebetulan terjadi
0,5	<i>Conceivable</i> / sangat kecil kemungkinannya; belum pernah terjadi sebelumnya setelah bertahun-tahun terpapar bahaya / kecil sekali kemungkinannya untuk terjadi.
0,1	<i>Practically Impossible</i> /secara praktek tidak mungkin terjadi; belum pernah terjadi sebelumnya dimanapun / merupakan sesuatu yang tidak mungkin untuk terjadi.

2. Kriteria Frekuensi Paparan (F)

NILAI	KETERANGAN
10	<i>Continue</i> / terus-menerus; terjadi beberapa kali dalam sehari
6	<i>Frequent</i> / sering; terjadi harian/minimal sekali dalam sehari
3	<i>Occasional</i> / kadang-kadang; terjadi seminggu sekali
2	<i>Infrequent</i> / tidak sering; terjadi sekali antara seminggu sampai sebulan
1	<i>Rare</i> / Jarang; beberapa kali dalam setahun

NILAI	KETERANGAN
0,5	<i>Very rare</i> /sangat jarang; terjadi sekali dalam setahun
0	<i>No exposure</i> /tidak terpapar; tidak pernah terjadi

3. Kriteria Akibat (A)

NILAI	KETERANGAN
100	<i>Catastrophe</i> / malapetaka / keuangan ekstrim <ul style="list-style-type: none"> • Banyak kematian • Kerugian sangat besar / berhenti total • Kerugian keuangan lebih dari 10 milyar
40	<i>Disaster</i> / bencana / keuangan sangat berat <ul style="list-style-type: none"> • Beberapa kematian • Kerugian besar / sebagian proses berhenti • Menyebabkan penyakit yang bersifat komunitas / endemik pada karyawan atau pasien • Menyebabkan terhambatnya pelayanan hingga lebih dari 1 (satu) hari • Kerugian keuangan lebih dari 5 M - 10 M
15	<i>Very serious</i> / Sangat serius / Keuangan berat <ul style="list-style-type: none"> • Menyebabkan satu kematian, kerugian cukup besar • Memperberat atau menambah penyakit pada beberapa pasien atau karyawan • Menyebabkan penyakit yang bersifat permanen/kronis (HIV, Hepatitis, keganasan, tuli, gangguan fungsi organ menetap). • Menyebabkan terhambatnya pelayanan lebih dari 30 menit hingga 1 hari • Kerugian keuangan 1 – 5 Milyar
7	<i>Serious</i> / serius / keuangan sedang <ul style="list-style-type: none"> • Menyebabkan cedera serius seperti cacat atau kehilangan anggota tubuh permanen • Menyebabkan penyakit yang memerlukan perawatan medis lebih dari 7 hari dan dapat disembuhkan • Menyebabkan terhambatnya pelayanan kurang dari 30 menit. • Kerugian keuangan 500 jt – 1 Milyar
3	<i>Casualty treatment</i> / Perawatan medis / Keuangan ringan <ul style="list-style-type: none"> • Menyebabkan cedera/penyakit yang memerlukan perawatan medis atau tidak dapat masuk bekerja hingga 7 hari. • Kerugian keuangan 50 juta – 500 juta
1	<i>First aid treatment</i> / P3K / Keuangan sangat ringan <ul style="list-style-type: none"> • Cedera tidak serius / minor seperti lecet, luka kecil dan hanya perlu penanganan P3K • Kerugian keuangan s/d 50 juta

4. Kriteria Skor Risiko (R)

NILAI	KRITERIA	KETERANGAN
≥ 400	Sangat Tinggi	Hentikan kegiatan dan perlu perhatian manajemen puncak
200-400	Tinggi	Perlu mendapat perhatian dari manajemen puncak dan tindakan perbaikan segera dilakukan
70-199	Substantial	Lakukan perbaikan secepatnya dan tidak diperlukan keterlibatan pihak manajemen puncak
20-69	Menengah	Tindakan perbaikan dapat dijadwalkan kemudian dan penanganan cukup dilakukan dengan prosedur yang ada
≤ 20	Rendah	Risiko dapat diterima

5. Opsi Perlakuan Risiko

KLASIFIKASI	JENIS PENGENDALIAN
Menghindari Risiko	Menghentikan kegiatan, tidak melakukan kegiatan
Mengurangi Risiko	Membuat kebijakan Membuat SPO Mengganti atau membeli alat Mengembangkan sistem informasi Melaksanakan prosedur Pengadaan, perbaikan dan pemeliharaan bangunan dan instrumen yang sesuai dengan persyaratan; pengadaan bahan habis pakai sesuai dengan prosedur dan persyaratan; pembuatan dan pembaruan prosedur, standar dan checklist; pelatihan penyegaran bagi personil, seminar, pembahasan kasus, poster, stiker
Mentransfer Risiko	Asuransi
Mengeksploitasi Risiko	Mengambil kesempatan dengan kondisi yang ada dengan mempertimbangkan keuntungan lebih besar daripada kerugian
Menerima Risiko	

G. CONTOH RISIKO DI UNIT RMIK

No	Risiko	Dampak	P	F	A	R	Kriteria	Keterangan	Pengendalian Risiko
1	Kehilangan berkas rekam medis	Kerugian bagi pasien & RS	3	0,5	7	10,5	Rendah	Risiko dapat diterima	Pemantauan pengeluaran & peminjaman berkas
2	Keterlambatan pendistribusian rekam medis ≥10 menit	Kerugian bagi pasien & RS	3	10	7	210	Tinggi	Perlu mendapat perhatian dari manajemen	Menetapkan sistem perjanjian poliklinik,

No	Risiko	Dampak	P	F	A	R	Kriteria	Keterangan	Pengendalian Risiko
								puncak & tindakan perbaikan segera dilakukan	penambahan tenaga bagian pendistribusian & pengambilan berkas rekam medis
3	Kesalahan penulisan nomor rekam medis	Kerugian bagi pasien & RS	3	1	1	3	Rendah	Risiko dapat diterima	Melakukan prosedur sesuai dengan SPO
4	Kesalahan input data pasien	Kerugian bagi pasien & RS	3	2	1	6	Rendah	Risiko dapat diterima	Data pasien masih bisa diperbaiki
5	Tertular penyakit pernafasan	Kerugian bagi staff RS	3	1	3	6	Rendah	Risiko dapat diterima	Penggunaan APD pada petugas yang mengelola rekam medis

Latihan

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

Manajemen risiko merupakan suatu cara organisasi dalam mengetahui risiko dalam pengelolaan organisasi. Sebagai suatu aspek yang penting, manajemen resiko salah satu standar penilaian dalam akreditasi rumah sakit. Apa sajakah stnandar penilaian manajemen resiko dalam akreditasi rumah sakit?

Petunjuk Jawaban Latihan

Perhatikan konsep yang disampaikan oleh Kerjasama Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI dengan Komisi Akreditasi Rumah Sakit tentang Program Mutu dan Keselamatan Pasien dalam buku Standar Akreditasi Rumah Sakit hal 132.

Ringkasan

Risiko dapat didefinisikan sebagai ketidakpastian akan terjadinya kerugian. Manajemen risiko kesehatan di rumah sakit mempunyai tujuan: meminimalkan kerugian akibat kecelakaan dan sakit, meningkatkan kesempatan/peleuang untuk meningkatkan produksi melalui suasana kerja yang aman, sehat dan nyaman, memotong mata rantai kejadian kerugian akibat kegagalan.

Proses manajemen risiko sangat perlu diterapkan di setiap tempat kerja, sehingga proses kerja dapat lebih produktif dan menguntungkan bagi pihak perusahaan/organisasi itu sendiri dan tentunya dapat terhindar risiko kecelakaan kerja yang dapat membahayakan karyawan

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat !

- 1) Dalam kehidupan sehari-hari risiko dapat menyebabkan masalah dapat juga mendatangkan peluang yang menguntungkan bagi rumah sakit. Risiko berkaitan dengan kemungkinan (probability) kerugian terutama yang menimbulkan masalah. Risiko seringkali diartikan sebagai apa?
 - A. Severity (kerusakan).
 - B. Akibat yang ditimbulkan.
 - C. Ketidakpastian (uncertainly).
 - D. Sesuatu hal yang tidak diinginkan.

- 2) Proses identifikasi, pengukuran, dan kontrol keuangan dari sebuah resiko yang mengancam aset dan penghasilan dari sebuah perusahaan atau proyek yang dapat menimbulkan kerusakan atau kerugian pada perusahaan. Pernyataan diatas merupakan definisi dari apakah?
 - A. Prioritas resiko
 - B. Asesmen resiko
 - C. Identifikasi resiko
 - D. Definisi manajemen resiko

- 3) Dalam melaksanakan manajemen risiko terdiri dari beberapa tahapan yang dilakukan. Bagaimana tahapan manajemen resiko?
 - A. Identifikasi resiko – Analisis resiko – Asesmen resiko
 - B. Asesmen resiko – Analisis resiko – Identifikasi resiko
 - C. Analisis resiko – Asesmen resiko – Identifikasi resiko
 - D. Prioritas resiko – Identifikasi resiko – Analisis resiko

- 4) Score/tingkat risiko adalah hasil perkalian $RISIKO = P \times F \times A$. P (Peluang risiko) F (Kriteria frekuensi pajanan).
Apa yang dimaksud dengan A apada formula di atas?
- A. Kriteria akibat.
 - B. Almost certain.
 - C. Analisis risiko.
 - D. Auditing.
- 5) Dalam kriteria skor risiko terdiri dari beberapa kategori, dimana setiap nilai tersebut akan menggambarkan criteria dari skor risiko.
Apa arti nilai kriteria skor risiko 100 ?
- A. Hentikan kegiatan dan perlu perhatian manajemen puncak.
 - B. Perlu mendapat perhatian dari manajemen puncak dan tindakan perbaikan segera dilakukan.
 - C. Lakukan perbaikan secepatnya dan tidak diperlukan keterlibatan pihak manajemen puncak.
 - D. Tindakan perbaikan dapat dijadwalkan kemudian dan penanganan cukup dilakukan dengan prosedur yang ada.

Topik 2

Failure Mode and Effects Analysis (FMEA)

Dalam upaya peningkatan mutu di sarana pelayanan kesehatan maka rumah sakit perlu mengetahui apa saja risiko yang ada di dalam rumah sakit. Dengan mengetahui risiko yang ada maka rumah sakit dapat melakukan antisipasi lebih dini agar risiko tidak terjadi atau dampak risiko dapat diminimalisir.

Satu alat yang dapat memberikan analisis proaktif akibat kejadian yang dapat berakhir dengan proses risiko tinggi yang juga kritikal adalah proses “Failure Mode and Effects Analysis” (FMEA). Rumah sakit dapat melakukan identifikasi menggunakan alat serupa untuk identifikasi dan mengurangi risiko seperti Hazard Vulnerable Analysis (HVA)

Kelanjutan dari analisis terhadap hasil, Direktur rumah sakit menetapkan langkah merancang ulang proses. Proses mengurangi risiko dilakukan satu (1) kali dalam satu tahun dan harus terdokumentasi.

Manajemen risiko meliputi :

1. Manajemen pengobatan
2. Risiko jatuh
3. Pengendalian Infeksi
4. Gizi
5. Risiko Peralatan
6. Risiko sebagai akibat kondisi yang sudah lama berlangsung
(Komisi Akreditasi Rumah Sakit: Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit: 2017)

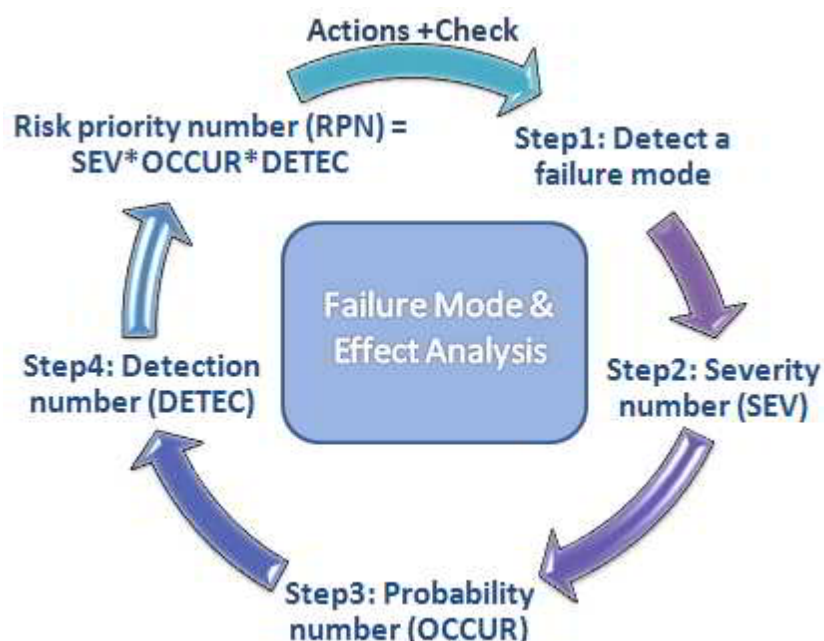
A. Pengertian FMEA

Failure Mode and Effects Analysis adalah:

1. Satu alat yang dapat memberikan analisis proaktif akibat kejadian yang dapat berakhir dengan proses risiko tinggi yang juga kritikal adalah proses “Failure Mode and Effects Analysis” (FMEA) (Komisi Akreditasi Rumah Sakit: Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit: 2017)
2. Adalah metode perbaikan kinerja dgn mengidentifikasi dan **mencegah Potensi kegagalan sebelum terjadi**. Hal tersebut didesain untuk meningkatkan keselamatan pasien.
3. Adalah **Proses Proaktif**, dimana kesalahan dpt dicegah & diprediksi.
4. Mengantisipasi kesalahan akan meminimalkan dampak buruk
5. *An FMEA (Failure Mode and Effect Analysis) is a systematic method of identifying and preventing product and process problems before they occur. FMEAs are focused on preventing defects, enhancing safety, and increasing customer satisfaction. Ideally, FMEAs are conducted in the product design or process development stages, although conducting an FMEA on existing products and processes can also yield substantial benefits.*

6. Failure Mode and Effects Analysis (FMEA) adalah salah satu metode analisa failure/potensi kegagalan yang diterapkan dalam pengembangan produk, system engineering dan manajemen operasional.

FMEA dilakukan untuk menganalisa potensi kesalahan atau kegagalan dalam sistem atau proses, dan potensi yang teridentifikasi akan diklasifikasikan menurut besarnya potensi kegagalan dan efeknya terhadap proses. Metode ini membantu tim proyek untuk mengidentifikasi potential failure mode yang berbasis kepada kejadian dan pengalaman yang telah lalu yang berkaitan dengan produk atau proses yang serupa. FMEA membuat tim mampu merancang proses yang bebas waste dan meminimalisir kesalahan serta kegagalan. (Modul kuliah IKK-363 - Manajemen Risiko dan Pencegahan Kerugian).



Siklus FMEA - (Modul kuliah IKK-363 - Manajemen Risiko dan Pencegahan Kerugian)

B. Analisis modus kegagalan dan dampak (Failure Mode And Effects Analysis)

1. Analisis (A)
Penyelidikan secara detail suatu proses
2. Mode (M)
Cara atau Perilaku yang dapat menimbulkan kegagalan
3. Kegagalan (K) Saat sistem atau bagian dari sistem tidak sesuai yang diharapkan baik disengaja maupun tidak
Dampak (D)
4. Dampak atau Konsekuensi Modus Kegagalan

C. FMEA bisa Dilakukan pada

1. Proses yang telah dilakukan saat ini
2. Proses yang belum dilakukan atau baru akan dilakukan misalnya :
 - a. Implementasi Elektronik Rekam Medis
 - b. Pembelian alat baru
 - c. Redesain ruang Kamar Operasi, dll

Proses FMEA menggunakan formulir untuk dokumentasi dengan menggunakan FMEA worksheet (lihat gambar 3.1.) 8.1). Formulir ini dapat berisi informasi penting tentang FMEA dan sebagai sarana untuk komunikasi. Salah satu contoh FMEA worksheet sebagai berikut:

Failure Mode and Effects Analysis Worksheet																	
Processor				Product: FMEA				FMEA Number:									
Team: Team Leader:								(Revised)									
								Page: 1 of 1									
FMEA Process											Action Results						
Line	Component and Function	Potential Failure Mode	Potential Effect(s) of Failure	Severity	Potential Cause(s) of Failure	Occurrence	Current Controls, Prevention	Current Controls, Detection	Detection	RPN	Recommended Action	Responsibility and Target Completion Date	Action Taken	Severity	Occurrence	Detection	RPN
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	

Gambar 3.1. contoh worksheet FMEA

D. Langkah-langkah dalam FMEA

- Langkah 1. Pilih proses berisiko tinggi dan bentuk Tim
- Langkah 2. Gambarkan alur proses
- Langkah 3. Brainstorming potensial Modus Kegagalan dan tetapkan dampaknya
- Langkah 4. Prioritas modus kegagalan
- Langkah 5. Identifikasi akar masalah modus kegagalan
- Langkah 6. Redesain proses (*Redesign the process*)
- Langkah 7. Analisa dan uji coba proses
- Langkah 8. Implementasi dan monitor proses baru

1. Langkah 1: Pilih proses berisiko tinggi dan bentuk Tim
 - Proses baru; Misalnya : mengoperasikan alat infus (new infusion device)
 - Proses yang sedang berjalan; Misalnya : proses pengadaan dan penyimpanan gas medis(Ordering and storage medical gas)
 - Proses dalam klinis; Misalnya : proses restraint
 - Proses non-klinis; Misalnya : proses mengkomunikasikan hasil pemeriksaan (lab)kepada dokter atau proses Identifikasi pasien yang berisiko jatuh
- Salah satu kriteria pemilihan Proses adalah :
- Proses potensial memberikan Dampak yang tidak diharapkan pada pasien.
- Pertanyaan untuk memilih Proses :
- a. Proses pelayanan apa saja yang dapat berdampak (affect) pada keselamatan pasien ?
 - b. Proses pelayanan apa yang potensial tinggi volume dan sering terjadi safety ramifications?
 - c. Proses pelayanan apa saja yang banyak hubungan / keterkaitan dalam pelayanan kepada pasien? Dan jika terjadi masalah, sering memberikan dampak dalam proses2 tsb.

Membentuk Tim

- a. Multidisiplin
- b. Tidak lebih dari 10 orang (idealnya 4 – 8 orang)
- c. Memiliki pengetahuan tentang proses yg akan dianalisis (subject matter / process expert) & komitmen pada "*performance improvement*"
- d. Mewakili bidang yg akan "dianalisis" dan unit yang akan "terkena" perubahan
- e. Mengikutkan orang yang tidak tahu proses, (*who is not at all familiar with the process*) tapi memiliki "*analytical skill*"
- f. Setidaknya ada satu pembuat keputusan (leader)
- g. Satu orang yg memiliki "*critical thinking*" saat perubahan akan dilaksanakan

Komposisi Tim

Cek apakah anggota tim sudah mewakili :

- 1) Orang yg mengetahui proses yang akan dianalisis
- 2) Orang yang berkepentingan untuk menerapkan perubahan
- 3) Pemimpin yang memiliki pengetahuan, dipercaya dan dihormati
- 4) Orang yg memiliki kewenangan memutuskan
- 5) Orang-orang dengan pengetahuan yg sesuai

2. Langkah 2: Gambarkan alur proses

- 1) Buat Alur Proses, bila perlu dibuat Subproses dan buat masing-masing Diagramnya.
- 2) Bila Proses Baru: Bagaimana seharusnya ?
- 3) Bila Proses Lama: Bagaimana saat ini
- 4) Buat *Flowchart* untuk diagram proses

Ketika membuat Alur Proses, Tim harus menjawab beberapa pertanyaan :

- 1) Apa langkah-langkah dalam proses ?
- 2) Jika proses sudah ada, bagaimana langkah2 yang sudah dikerjakan?
- 3) Jika proses belum ada, bagaimana seharusnya dikerjakan ?
- 4) Bagaimana hubungan antar langkah dalam proses ? (misalnya berurutan atau simultan)
- 5) Bagaimana proses berhubungan dengan proses yang lain?
- 6) Apa *tools* yang digunakan dalam membuat alur / diagram proses?

ALUR PROSES

PROSES

1	2	3	4	5

SUB PROSES

Gambar 4.1. Contoh formulir alur proses dan sub proses

3. Langkah 3: *Brainstorming* potensial Modus Kegagalan dan tetapkan dampaknya

A. *Brainstorm* Potensial Modus Kegagalan

Modus Kegagalan : Setiap kejadian yang menyebabkan kegagalan fungsi (*any event that is the cause of a functional failure*)

Berpikir “outside the box”

Elemen yang harus dipertimbangkan Tim ketika *Brainstorming* Modus Kegagalan

1. *People*
(*Staffing level, Training, Scheduling, Communication, Competence assessment issues*)
2. *Materials*
(*issues related to availability of supplies or misplaced supplies*)
3. *Equipment*
(*issues related to availability of appropriate equipment*)
4. *Methods*
(*issues related to the processes and procedures that staff use*)
5. *Environment*
(*issues related to the safety of the environment such as infection prevention and control or hazardous waste*)

Identifikasi Potensial Dampak Modus Kegagalan

- Menentukan kemungkinan Dampak jika Kegagalan tersebut terjadi.
- Dampak adalah akibat dari Modus Kegagalan
- Pertanyaan :
 - 1) What could happen if a failure mode actually occurs ?
 - 2) Dampak / Effect bisa :
- langsung / tidak langsung, (*direct / indirect*)
- waktu lama / singkat (*long term / short term*)
- Mungkin / tidak mungkin (*likely / unlikely*)

Probabilitas/ severitas->	I	II	AKUAKUAKU	IV	V	VI
A	Rendah	Rendah	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi
B	Rendah	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Tidak dapat diterima
C	Rendah	Rendah	Moderat	Moderat	Tinggi	Tidak dapat diterima
D	Rendah	Moderat	Moderat	Tinggi	Tidak dapat diterima	Tidak dapat diterima
E	Moderat	Moderat	Tinggi	Tidak dapat diterima	Tidak dapat diterima	Tidak dapat diterima

Gambar 4.2. Probabilitas/severity

MODUS KEGAGALAN DAN DAMPAK

Process/Product: 1.....Tim Leader.....Date.....

	Potential Failure Mode	Potential Causes for Failure	Severity	Potential Effects of Failure	Likelihood	Current Controls	Detection	RPN	Recommended Action	Reassessment Date	Likelihood	Severity	Detection	New RPN

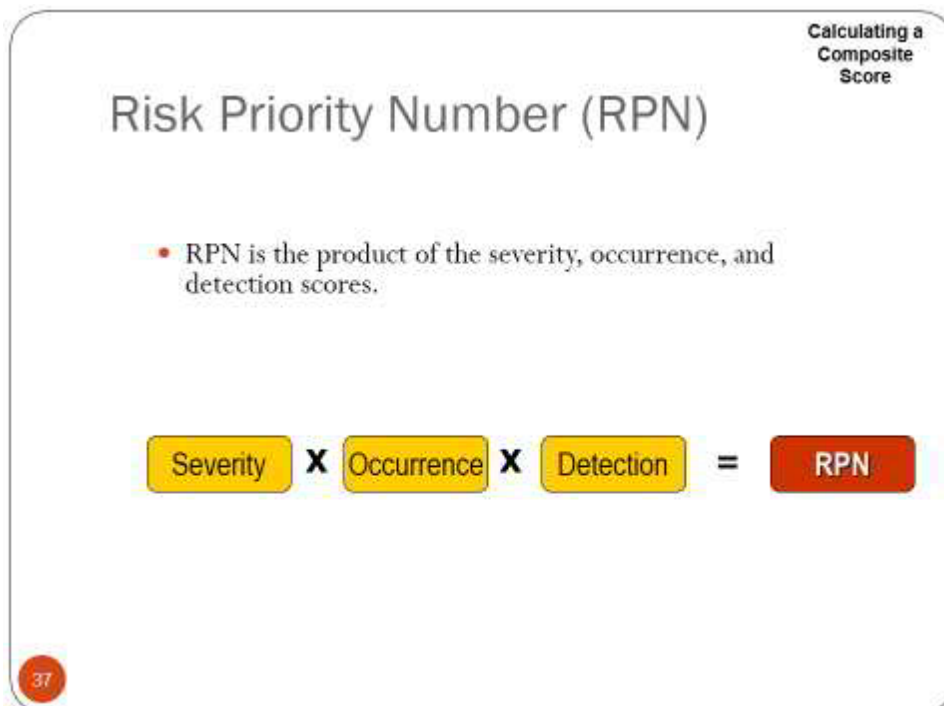
Gambar 4.3. Form modus kegagalan dan dampak

4. Langkah 4: Prioritas modus kegagalan
Beri nilai Probabilitas modus kegagalan
Beri nilai Detectability kegagalan dari dampak yang diketahui
Beri nilai Severity dampak modus kegagalan
 $RPN = D \times P \times D$
 $RPN = \text{Severity} \times \text{Occurrence} \times \text{Detection}$
Risk Priority Number (RPN)

Sering digunakan untuk mengkalkulasi kritisnya keadaan sebagai suatu a *risk priority number* (RPN), juga disebut *Criticality Index* (CI), berdasarkan derajat Severity, Probability dan Deteksi.

$RPN / CI = \text{Severity} \times \text{Probability} \times \text{Detectability}$.

- Modus kegagalan dengan nilai RPN yang tinggi, otomatis menjadi perhatian untuk diatasi / menjadi PRIORITAS.



Gambar 4.3. RPN

Memilih Skala Peringkat

- JCI tidak secara spesifik menentukan “**skala**” mana yang harus digunakan dalam menilai modus kegagalan.
- Pimpinan dan staf bebas memilih skala yang dipercaya efektif, dan organisasi harus menggunakannya secara konsisten.

Misalnya Organisasi bisa memilih skala 1-10 atau 1-5.

- Tidak masalah, apapun metode (FMEA / HFMEA) dan penentuan skala (1-10 atau 1-5) yang digunakan oleh tim, Anggota tim harus setuju dan mengerti skala apa yang telah ditetapkan.
- Mis. Jika tim sepakat menggunakan skala 1-10, mereka harus setuju pada definisi tiap rating.

5. Langkah 5: Identifikasi akar masalah modus kegagalan

Menganalisa APA YG BISA SALAH dalam Proses dan sistem.

- Desainnya adalah Kegagalan dimasa datang bisa dicegah.
- Kalaupun tidak dapat dicegah, pasien harus di proteksi terhadap dampak kegagalan tsb atau Dampak dimitigasi.
- Pertanyaan mendasar dalam untuk mencari penyebab pada proses :
 - 1) What could happen ? (Failure mode)
 - 2) Why could this happen ? (Proximate causes)
 - 3) Why could these proximate causes happen ? (Underlying -> rootcause)

A. PENYEBAB LANGSUNG (PROXIMATE / IMMEDIATE CAUSE):

Kegagalan sistem yang terjadi secara natural yang langsung menyebabkan dampak / konsekuensi.

Superfisial dan secara jelas menyebabkan insiden. (*A system failure that naturally and directly produces a consequence. It is the superficial or obvious cause for an occurrence*)

Dapat ditemukan dengan bertanya : Mengapa Insiden / kejadian ini terjadi ?

1. Pertanyaan “Why” pertama untuk menemukan penyebab langsung.
2. Proximate cause : berada dekat / berhubungan langsung dengan insiden / kejadian. Pada umumnya Identifikasi Proximate causes simple / sederhana Why did the event happen ?
3. Tapi pada beberapa kasus proximate cause dapat terdiri dari beberapa penyebab misalnya :
 - a. Pasien ditemukan meninggal di tempat tidurnya.
 - b. *Proximate causes* :
 - Gagal monitoring pasien
 - Alarm tempat tidur tidak berfungsi
 - Lampu bel (*call light*) tidak berfungsi
 - Pasien tidak diberikan orientasi tentang penggunaan lampu bel (*call light*)
 - Kesalahan pencampuran (*dispensing*) obat sedasi
 - Kesalahan pemberian sedasi

B. UNDERLYING CAUSE :

Sistem atau proses yang menyebabkan proximate cause terjadi dalam suatu insiden / kejadian.

Bisa melibatkan special cause variation, common cause variation atau keduanya dan bisa juga bukan root cause (*the system or process cause that allows for the proximate cause of an event to occur. Underlying causes may involve special cause variation, common cause variation, or both and may or may not be a root cause*)

c. AKAR MASALAH (ROOT CAUSE)

Akar masalah merupakan faktor penyebab yang paling dasar, atau faktor, yang jika dikoreksi atau dirubah, akan mencegah terjadinya error dikemudian hari

Root cause : berada jauh dari insiden / kejadian, bersifat sistemik

6. Langkah 6: Redesain proses (*Redesign the process*)

a. *Assess readiness for major redesign*

b. *Establish the perspective for redesign*

c. *Create a structure for the redesign process*

d. Gather external data

- *Conduct a literature review*
- *Form an external steering committee*
- *Conduct site visits*

e. Gather internal data

- *Conduct employee focus group*
- *Conduct patient focus group*
- *Observe current processes*
- *Present data*

f. *Choose tools to enable redesign implementation*

- *Tools that facilitate process change*
- *Tools that facilitate change in the environment, culture and or workforce*

7. Langkah 7: Analisa dan uji coba proses

Tahap selanjutnya adalah melakukan uji coba terhadap desain baru yang telah dibuat dan disepakati dalam Tim.

8. Langkah 8: Implementasi dan monitor proses baru

Tahap pelaksanaan desain baru dan melakukan monitoring keberhasilan terhadap desain baru

Latihan

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

Contoh kasus

FMEA Untuk mencapai kelulusan dalam akreditasi rumah sakit, maka salah satu kewajiban rumah sakit adalah membuat manajemen resiko. FMEA merupakan suatu cara untuk melakukan penilaian terhadap risiko yang ada di rumah sakit. Terkait dengan akreditasi, apa sajakah standar penilaian akreditasi untuk FMEA?

Petunjuk Jawaban Latihan

Perhatikan konsep yang disampaikan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPP-RS) dalam buku Pedoman Pelaporan Keselamatan Pasien (IKP) tahun 2008 halaman 6-7.

Ringkasan

Satu alat yang dapat memberikan analisis proaktif akibat kejadian yang dapat berakhir dengan proses risiko tinggi yang juga kritikal adalah proses “Failure Mode and Effects Analysis” (FMEA). FMEA dilakukan dengan delapan langkah meliputi 1). Pilih proses bersiko tinggi dan bentuk tim; 2). Gambarkan alur proses; 3). Brainstorming potensial modus kegagalandan tetapkan dampaknya; 4). Prioritas modus kegagalan; 5). Identifikasi akar masalah modus kegagalan; 6). Redesain Proses; 7). Analisa dan uji coba proses; dan 8). Implementasi dan monitor proses baru

FMEA merupakan standar dalam penilaian akreditasi rumah sakit dimana rumah sakit wajib menetapkan masalah yang akan dijadikan FMEA dengan terlebih dahulu melakukan penilaian dan prioritas sesuai langkah-langkah yang ditetapkan dalam FMEA. Dengan adanya FMEA diharapkan masalah yang mungkin timbul dalam pelayanan kepada pasien dapat diantisipasi dan bahaya dapat dihindarkan

Tes 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat !

- 1) Dalam Manajemen resiko dikenal satu alat yang dapat memberikan analisis proaktif akibat kejadian yang dapat berakhir dengan proses risiko tinggi yang juga kritikal .
Pengertian apakah pernyataan di atas?
 - A. Failure Mode and Effects Analysis (FMEA)
 - B. Hazard Vurnarable Analysis (HVA)
 - C. Root Cause Analysis (RCA)
 - D. Metode Fishbone

- 2) FMEA dapat dilakukan pada proses yang sedang berjalan maupun yang belum dilakukan.
Di bawah ini proses manakah yang dapat dilakukan sebelum berjalan?
- A. Implementasi Elektronik rekam medis
 - B. Kesalahan pemberian suntikan
 - C. Infeksi luka operasi
 - D. Penculikan bayi
- 3) Salah satu langkah dalam FMEA adalah melakukan redesain proses.
Apakah yang dapat dilakukan dalam melakukan redesain proses?
- A. Mengidentifikasi masalah
 - B. Membuat ruangan baru
 - C. Mengganti kebijakan
 - D. Mereview SPO
- 4) Suatu rumah sakit sedang merencanakan membuat FMEA. Dalam beberapa waktu terakhir terjadi penculikan bayi di rumah sakit X, dimana hal ini membuat rumah sakit-rumah sakit berbenah diri agar tidak terjadi kejadian serupa.
Apa program FMEA yang tepat diterapkan oleh rumah sakit tersebut?
- A. FMEA antisipasi penculikan bayi
 - B. FMEA hak akses ke ruangan bayi
 - C. FMEA pemasangan gelang bayi
 - D. FMEA sistem penamaan bayi
- 5) Pelaksanaan FMEA melalui delapan langkah sejak memilih proses berisiko tinggi dan pembentukan tim sampai FMEA dapat diimplementasikan.
Apakah langkah selanjutnya setelah anda menentukan prioritas masalah?
- A. Redesain proses
 - B. Analisa dan uji coba proses
 - C. Implementasi dan monitor proses baru
 - D. Identifikasi akar masalah modus kegagalan

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) C: Ketidakpastian (uncertainly).
- 2) D: Definisi manajemen resiko
- 3) A: Identifikasi risiko – Analisis risiko – Asesmen risiko
- 4) A: Kriteria akibat.
- 5) C: Lakukan perbaikan secepatnya dan tidak diperlukan keterlibatan pihak manajemen puncak.

Tes 2

- 1) A: Failure Mode and Effects Analysis (FMEA)
- 2) A: Implementasi Elektronik rekam medis
- 3) D: Implementasi Elektronik rekam medis
- 4) A: FMEA antisipasi penculikan bayi
- 5) D: Identifikasi akar masalah modus kegagalan

Glosarium

Dokumen	: Catatan dokter, dokter gigi, dan/atau tenaga kesehatan tertentu, laporan hasil pemeriksaan penunjang, catatan observasi, dan pengobatan harian dan semua rekaman, baik berupa foto radiologi, gambar pencitraan (imaging), dan rekaman elektrodiagnostik.
Hak pasien	Adalah suatu peran yang boleh dilakukan dan boleh juga tidak dilakukan sebagai pasien yang mendapatkan pelayanan di sarana pelayanan kesehatan
Insiden	Peristiwa (khususnya yang kurang penting dalam hubungannya dengan peristiwa lainnya yang lebih besar)
Pasien	Setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada dokter atau dokter gigi
Keselamatan Pasien	Keselamatan Pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil
Rekam Medis	Berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
Sarana Pelayanan Kesehatan	Tempat penyelenggaraan upaya pelayanan kesehatan yang dapat digunakan untuk praktik kedokteran atau kedokteran gigi

Daftar Pustaka

Kathleen M. La Tour. 2010: Health Information Management Concept, Principles, and Practice, Third Edition. 233 North Michigan Avenue, Suite 2150, Chicago, Illionis, AHIMA

Komisi Akreditasi Rumah Sakit, Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit, 2017.

Materi “*Workshop Failure Mode And Effects Analysis (FMEA) Sebagai Tools Risiko secara Proaktif*”; Jakarta; 2013

Materi “*Workshop Manajemen Risiko*” Sebagai Tools Risiko secara Proaktif; Jakarta; 2013

Mc Dermott Robin; Mikulak Raymond; Beauregard Michael (2009) *The Basics of FMEA 2nd Edition*, Productivity Press, Taylor & Francis Group, New York.

Siahaan, Hinsa. 2008, Manajemen Resiko Konsep, Kasus dan Implementasi: Jakarta



MANAJEMEN MUTU INFORMASI KESEHATAN II: AKREDITASI DAN MANAJEMEN RESIKO

PUSAT PENDIDIKAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
Badan Pengembangan dan Pemberdayaan
Sumber Daya Manusia Kesehatan

Jl. Hang Jebat III Blok F3,
Kebayoran Baru Jakarta Selatan - 12120

Telp. 021 726 0401

Fax. 021 726 0485

Email. pusdiknakes@yahoo.com