

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Landasan Teori**

##### **1. Buku Pedoman**

###### **a. Pedoman/Panduan**

Menurut KARS (2012) Pedoman adalah kumpulan ketentuan dasar yang memberi arah bagaimana sesuatu harus dilakukan, dengan demikian merupakan hal pokok yang menjadi dasar untuk menentukan dan melaksanakan kegiatan. Sedangkan panduan adalah petunjuk dalam melakukan kegiatan. Dengan demikian, dapat diartikan bahwa pedoman mengatur beberapa hal, sedangkan panduan hanya meliputi 1 (satu) kegiatan. Agar pedoman/panduan dapat diimplementasikan dengan baik dan benar, diperlukan pengaturan melalui SPO.

Mengingat sangat bervariasinya bentuk dan isi pedoman/panduan maka sulit untuk dibuat standar sistematikanya atau format bakunya. Oleh karena itu RS dapat menyusun/membuat sistematika buku pedoman/panduan sesuai kebutuhan. Namun, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan untuk dokumen pedoman/panduan ini yaitu:

- 1) Setiap pedoman/panduan harus dilengkapi dengan peraturan/keputusan Direktur/Pimpinan RS untuk pemberlakuan 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.
- 2) Setiap pedoman/panduan sebaiknya dilakukan evaluasi minimal setiap 2-3 tahun sekali.
- 3) Bila Kementerian Kesehatan sudah menerbitkan pedoman/panduan untuk suatu kegiatan/pelayanan tertentu maka RS dalam membuat pedoman/panduan wajib mengacu pada

pedoman/panduan yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan tersebut.

4) Walaupun format buku sistematika pedoman/panduan tidak ditetapkan, namun ada sistematika yang lazim digunakan sebagai berikut:

a) Format Pedoman Pengorganisasian Unit Kerja:

- BAB I      Pendahuluan
- BAB II     Gambaran Umum RS
- BAB III    Visi, Misi, Falsafah, Nilai, dan Tujuan RS
- BAB IV     Struktur Organisasi RS
- 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

b) Format Pedoman Pelayanan Unit Kerja

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

#### c) Format Panduan Pelayanan RS

##### BAB I Definisi

##### BAB II Ruang Lingkup

##### BAB III Tata Laksana

##### BAB IV Dokumentasi

Sistematika panduan pelayanan RS tersebut diatas bukanlah baku tergantung dari materi/isi panduan. Pedoman/panduan yang harus dibuat adalah pedoman/panduan minimal yang harus ada di RS yang di persyaratkan sebagai regulasi yang diminta dalam elemen penilaian.

Bagi rumah sakit yang telah melakukan *e-file* tetap harus mempunyai *hard copy* pedoman/panduan yang dikelola oleh Tim Akreditasi Rumah Sakit atau Bagian Sekretariat RS, sedangkan di unit kerja bisa dengan melihat di intranet rumah sakit.

#### b. Cara membuat buku dengan kesan pertama yang baik menurut Hodgson (2015):

Petunjuk penggunaan harus memiliki kesan pertama yang kuat dan positif. Pedoman-pedoman di bawah ini dapat membantu :

- 1) Hindarilah tampilan dalam bentuk buku teks (format "*landscape*" bersifat lebih ramah bagi pengguna).
- 2) Gunakanlah kertas yang sepadan dengan kualitas produk.
- 3) Manfaatkanlah warna yang bermakna dan efektif.

- 4) Petunjuk penggunaan tidak boleh berukuran terlalu besar, berat, kecil, atau tipis.
  - 5) Efektifkanlah penggunaan gambar-gambar dan diagram-diagram.
  - 6) Jangan berisi tulisan yang terlalu padat.
  - 7) Gunakanlah jenis huruf sanserif yang bersih dan mudah dibaca.
  - 8) Sertakan sejumlah angka bantuan.
  - 9) Gunakanlah satu bahasa.
- c. Cara meningkatkan kemudahan dalam pencarian menurut Hodgson (2015):

Berikut adalah beberapa panduan yang akan membantu pengguna menemukan apa yang mereka cari :

- 1) Aturilah informasi secara hirarkis.
- 2) Tandailah urutan dengan penebalan-penebalan, warna, dan lain-lain.
- 3) Bagilah menjadi beberapa bagian yang diatur oleh :Kronologi penggunaan.
- 4) Frekuensi penggunaan.
- 5) Kategori fungsional.
- 6) Tingkat kemahiran (pemula vs pengguna ahli).
- 7) Tunjukkanlah hal-hal yang penting dengan menggunakan hal-hal yang kontras, warna, bayangan, penebalan, dll.
- 8) Bekerjalah dengan pengguna nyata untuk mengidentifikasi kesamaan kata kunci (ini dapat dipelajari selama pengujian kegunaan).
- 9) Menyediakan indeks kata kunci menggunakan terminologi dari pengguna.
- 10) Pastikan bahwa indeks menyertakan sinonim yang sama.
- 11) Sediakanlah daftar istilah teknis.
- 12) Sertakanlah suatu (yang benar-benar berguna) bagian pemecahan masalah.
- 13) Gunakanlah penandaan dengan warna untuk membantu navigasi.

- 14) Buatlah panduan awal singkat yang dengan mudah dapat diakses.
  - 15) Hindarilah referensi silang yang tidak perlu ke bagian lain dari petunjuk penggunaan.
  - 16) Hindarilah penggantian penomoran halaman dalam panduan multi bahasa (lebih baik lagi, hindari penggunaan multi bahasa).
  - 17) Tampilkanlah angka-angka bantuan dengan jelas.
- d. Cara memberikan instruksi penggunaan buku menurut Hodgson (2015) :

Membuat petunjuk yang mudah dibaca dan dimengerti oleh semua pengguna memang sangat penting. Banyak petunjuk penggunaan memiliki instruksi yang tidak lengkap, tidak benar, atau malah tidak memiliki keterkaitan pada produk yang nyata. Berikut adalah beberapa panduan untuk membantu membuat petunjuk mudah dimengerti oleh pengguna:

- 1) Sediakanlah langkah demi langkah dalam urutan yang benar.
- 2) Ikutilah waktu dan urutan dalam perlakuan yang sebenarnya.
- 3) Sediakanlah batu loncatan yang terlihat jelas (misalnya langkah 1, langkah 2 dan lain lain).
- 4) Hindarilah paragraf yang panjang.
- 5) Gunakanlah kata-kata dan hal-hal sehari-hari, hindarilah jargon.
- 6) Jelaskanlah untuk apa fungsi atau fitur (dalam hal praktis mendasar) seperti halnya dalam petunjuk "Bagaimana Cara".
- 7) Periksa bahwa petunjuk sesuai dengan produk yang sebenarnya.
- 8) Jelaskanlah simbol, ikon, dan kode-kode awal.
- 9) Hindarilah membuat penyelesaian yang buntu.
- 10) Hindarilah kesan menggurui pengguna.
- 11) Jangan berasumsi bahwa pengguna memiliki pengalaman sebelumnya atau pengetahuan produk.

- 12) Ujilah kegunaan petunjuk bersama-sama dengan produk dengan mengajak pengguna yang belum berpengalaman (bukan desainer atau ahli produk).
  - 13) Tuliskanlah dalam bentuk kalimat saat ini (*present tense*) dan bentuk aktif.
  - 14) Tuliskanlah langkah-langkah untuk penyelesaian tugas saat mengerjakan perlakuan yang sebenarnya pada produk yang nyata. Milikilah pengguna independen kemudian ikuti langkah-langkahnya (secara harfiah) bersama dengan produk dan periksalah apakah :
    - 15) Sangat mudah untuk mengerjakan perlakuan dari awal sampai akhir.
    - 16) Sangat mudah untuk menyelesaikan perlakuan dan mengulanginya kembali.
    - 17) Sangat mudah untuk melompat menuju petunjuk penggunaan setengah jalan dari pengerjaan.
- e. Cara merancang setiap halaman dalam petunjuk penggunaan menurut Philip Hugson (2015):
- 1) Pastikan ukuran jenis huruf memadai (gunakan setidaknya jenis huruf dalam ukuran 12);
  - 2) Pastikan teks dengan latar belakang sangat kontras (hitam putih adalah yang terbaik);
  - 3) Gunakanlah jenis huruf sanserif;
  - 4) Hindarilah penggunaan beberapa jenis huruf;
  - 5) Berat jenis huruf dapat digunakan secara hemat untuk menunjukkan fungsinya yang penting;
  - 6) Gunakanlah kode warna secara konsisten;
  - 7) Sediakanlah banyak ruang putih di antara tiap bagian dan di sekitar gambar dan paragraf;
  - 8) Sediakanlah suatu bagian (atau atas) bagi pengguna untuk membuat catatan mereka sendiri;

- 9) Gunakanlah tata letak yang konsisten dalam tiap halaman;
- 10) Ujilah penggunaan warna untuk memastikan itu dapat dibaca oleh pengguna buta warna;
- 11) Hindarilah penggunaan warna biru muda untuk teks dan detail yang kecil, dan jangan pernah menggunakan warna biru pada latar belakang merah.

f. Ukuran Buku

Menurut Ahmad Faizin Karimi (2012), dalam menentukan ukuran halaman, yang penting adalah prinsip proporsionalitas. Artinya perbandingan panjang dan lebar seimbang (kecuali untuk tujuan tertentu kita bisa menggunakan ukuran yang tidak umum). Prinsip kedua adalah kemudahan, bagaimana agar buku itu mudah dibawa. Ketiga, hubungannya dengan tebal buku/panjang naskah. Jika naskah kita tebal, mungkin ukuran halaman bisa menggunakan format standar. Tapi jika naskah kita terlalu tipis, kita bisa pilih ukuran buku yang lebih kecil agar tebal buku masih memadai untuk kebutuhan penjilidan (binding). Berikut adalah beberapa ukuran standar buku:

- 1) Ukuran besar : 20 cm x 28 cm, 21,5 cm x 15,5 cm
- 2) Ukuran standar : 16 cm x 23 cm, 11,5 cm x 17,5 cm
- 3) Ukuran kecil : 14 cm x 21 cm, 10 cm x 16 cm
- 4) Buku saku : 10 cm x 18 cm, 13,5 cm x 7,5 cm

## 2. Rumah Sakit

a. Definisi Rumah Sakit

Menurut Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Rumah sakit diselenggarakan berdasarkan Pancasila dan

didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika, dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan, dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial.

b. Tujuan Penyelenggaraan Rumah Sakit

Menurut Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit pasal 3, pengaturan penyelenggaraan rumah sakit bertujuan:

- 1) Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan;
- 2) Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit;
- 3) Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit; dan
- 4) Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit.

c. Fungsi Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Untuk menjalankan tugas, rumah sakit mempunyai fungsi:

- 1) Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- 2) Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
- 3) Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
- 4) Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan

kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

d. Jenis Pelayanan Rumah Sakit

Berdasarkan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standart Pelayanan Minimal Rumah Sakit, ada beberapa jenis pelayanan rumah sakit yang wajib disediakan oleh rumah sakit meliputi 21 jenis pelayanan, yaitu:

- 1) Pelayanan Gawat Darurat
- 2) Pelayanan Rawat Inap
- 3) Pelayanan Rawat Jalan
- 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 Tranfusi Darah
- 13) Pelayanan Keluarga Miskin
- 14) Pelayanan Rekam Medis
- 15) Pelayanan Limbah
- 16) Pelayanan Administrasi Manajemen
- 17) Pelayanan Ambulans/kereta jenazah
- 18) Pelayanan Pemulasaran Jenazah
- 19) Pelayanan Laundry
- 20) Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
- 21) Pencegah Pengendali Infeksi

3. **Akreditasi Rumah Sakit**

a. Pengertian Akreditasi Rumah Sakit

Pada Permenkes Nomor 012 Tahun 2012 tentang Akreditasi Rumah Sakit disebutkan bahwa pengertian akreditasi rumah sakit adalah pengakuan terhadap rumah sakit yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan, setelah dinilai bahwa Rumah Sakit itu memenuhi Standar Pelayanan Rumah Sakit yang berlaku untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit secara berkesinambungan.

Pelaksanaan akreditasi rumah sakit telah diatur di dalam Permenkes Nomor 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit. Pada pasal 3 peraturan tersebut telah dijelaskan bahwa rumah sakit wajib melaksanakan akreditasi yang diselenggarakan secara berkala paling sedikit setiap 3 (tiga) tahun sekali. Hal ini juga telah diterangkan di dalam peraturan UU Nomor 44 Tahun 2009 pada pasal 40 bahwa dalam upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit perlu wajib dilakukannya akreditasi secara berkala minimal 3 (tiga) tahun sekali. Berdasarkan peraturan tersebut maka diperlukan suatu standar pelayanan rumah sakit.

Instrumen akreditasi disusun berdasarkan standar pelayanan rumah sakit yang telah ditetapkan oleh Menteri Kesehatan dengan SK Menkes Nomor 436/93 tentang Berlakunya Standar Pelayanan Rumah Sakit dan Standar Pelayanan Medis, disana disebutkan bahwa standar pelayanan rumah sakit terdiri dari 20 pelayanan. Dari 20 (dua puluh) pelayanan rumah sakit ini kemudian disusunlah instrumen akreditasi lengkap berjumlah 16 (enam belas) pelayanan dan bukan 20 (dua puluh) pelayanan, hal ini dikarenakan terdapat penggabungan-penggabungan pelayanan yaitu Sterilisasi Sentral dimasukkan kedalam instrumen Pengendalian Infeksi, Pemeliharaan Sarana dan Perpustakaan dimasukkan kedalam instrumen Pelayanan Administrasi dan Manajemen, dan Pelayanan Anestesi dimasukkan kedalam instrumen Pelayanan Intensif dan Pelayanan Kamar Operasi.

1) Akreditasi tingkat dasar dengan 5 (lima) Pelayanan, terdiri dari:

- a) Pelayanan Administrasi dan Manajemen;
  - b) Pelayanan Medis;
  - c) Pelayanan Gawat Darurat;
  - d) Pelayanan Keperawatan dan
  - e) Pelayanan Rekam Medis
- 2) Akreditasi tingkat lanjut dengan 12 (dua belas) Pelayanan, terdiri dari :
- a) Pelayanan Administrasi dan Manajemen;
  - b) Pelayanan Medis;
  - c) Pelayanan Gawat Darurat;
  - d) Pelayanan Keperawatan;
  - e) Pelayanan Rekam Medis;
  - f) Pelayanan Kamar Operasi;
  - g) Pelayanan Laboratorium;
  - h) Pelayanan Radiologi;
  - i) Pelayanan Perinatal Risiko Tinggi;
  - j) Pengendalian Infeksi;
  - k) Pelayanan Farmasi dan
  - l) Keselamatan Kerja, Kebakaran dan Kewaspadaan Bencana (K-3).
- 3) Akreditasi tingkat lengkap dengan 16 (enam belas) Pelayanan, terdiri dari :
- a) Pelayanan Administrasi dan Manajemen;
  - b) Pelayanan Medis;
  - c) Pelayanan Gawat Darurat;
  - d) Pelayanan Keperawatan;
  - e) Pelayanan Rekam Medis;
  - f) Pelayanan Kamar Operasi;
  - g) Pelayanan Laboratorium;
  - h) Pelayanan Radiologi;
  - i) Pelayanan Perinatal Risiko Tinggi;

- j) Pengendalian Infeksi;
- k) Pelayanan Farmasi;
- l) Keselamatan Kerja, Kebakaran dan Kewaspadaan Bencana (K-3);
- m) Pelayanan Rehabilitasi Medis;
- n) Pelayanan Intensif;
- o) Pelayanan Gizi dan
- p) Pelayanan Darah.

Masing-masing pelayanan tersebut diatas terdapat instrumen standar dan parameter dan masing-masing standar dalam setiap pelayanan memiliki jumlah parameter yang berbeda. Adapun 7 (tujuh) standar pada masing-masing pelayanan terdiri dari :

- 1) Standar 1 : Falsafah dan Tujuan
- 2) Standar 2 : Administrasi dan Pengelolaan
- 3) Standar 3 : Staf dan Pimpinan
- 4) Standar 4 : Fasilitas dan Peralatan
- 5) Standar 5 : Kebijakan dan Prosedur
- 6) Standar 6 : Pengembangan Staf dan Program Pendidikan
- 7) Standar 7 : Evaluasi dan Pengendalian Mutu

#### b. Tujuan dan Manfaat Akreditasi Rumah Sakit

Tujuan akreditasi rumah sakit adalah meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, sehingga sangat dibutuhkan oleh masyarakat Indonesia yang semakin selektif dan berhak mendapatkan pelayanan yang bermutu. Dengan demikian mutu pelayanan kesehatan diharapkan dapat mengurangi minat masyarakat untuk berobat keluar negeri (KARS, 2012).

Menurut Permenkes Nomor 012 Tahun 2012 Pasal 2, akreditasi bertujuan untuk :

- 1) Meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit;
- 2) Meningkatkan keselamatan pasien rumah sakit;

- 3) Meningkatkan perlindungan bagi pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit dan rumah sakit sebagai institusi;
- 4) Mendukung program pemerintah di bidang kesehatan.

Menurut Kementerian Kesehatan RI, manfaat akreditasi rumah sakit adalah sebagai berikut :

- 1) Bagi pasien dan masyarakat, antara lain : pasien dan masyarakat memperoleh pelayanan sesuai dengan standar yang terukur.
- 2) Bagi petugas kesehatan di rumah sakit, antara lain : menimbulkan rasa aman dalam melaksanakan tugasnya oleh karena rumah sakit memiliki sarana, prasarana dan peralatan yang telah memenuhi standar.
- 3) Bagi rumah sakit, antara lain : sebagai alat ukur untuk negosiasi dengan pihak ketiga misalnya asuransi, perusahaan dan lain-lain.
- 4) Bagi pemilik rumah sakit, antara lain : sebagai alat mengukur kinerja pengelola rumah sakit.
- 5) Bagi perusahaan asuransi, antara lain : acuan untuk memilih dan mengadakan kontrak dengan rumah sakit.

#### **4. Akreditasi SNARS Edisi 1 Tahun 2018**

Akreditasi rumah sakit merupakan sebuah proses penilaian dan penetapan kelayakan rumah sakit berdasarkan standar pelayanan pelayanan yang telah ditetapkan oleh lembaga independen akreditasi Kementerian Kesehatan. Akreditasi rumah sakit di Indonesia dilaksanakan untuk menilai kepatuhan rumah sakit terhadap standar akreditasi. Akreditasi rumah sakit yang sudah mulai dilaksanakan sejak tahun 1995 di Indonesia, selama ini menggunakan standar akreditasi berdasarkan tahun berapa standar tersebut mulai dipergunakan untuk penilaian, sehingga selama ini belum pernah ada Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia, sedangkan status akreditasi saat ini ada status akreditasi nasional dan status akreditasi internasional, maka di Indonesia perlu ada Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit.

Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1, merupakan standar akreditasi baru yang bersifat nasional dan diberlakukan secara nasional di Indonesia. Disebut dengan edisi 1 karena di Indonesia baru pertama kali ditetapkan standar nasional untuk akreditasi rumah sakit. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 berisi 16 bab. Dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 yang selanjutnya disebut SNARS Edisi 1. Adapun kajian seluruh bab yang tertuang dalam SNARS 2018 edisi 1 adalah sebagai berikut:

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

## **5. Manajemen Informasi dan Rekam Medis (MIRM) 10**

Manajemen Informasi dan Rekam Medis atau biasa disingkat MIRM adalah standar akreditasi yang sebelumnya bernama Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI). Standar MIRM meliputi organisasi dan manajemen, akses serta penyimpanan rekam medis dan rekam medis pasien. Pada standar MIRM 10 membahas tentang rumah sakit mempunyai regulasi tentang retensi rekam medis. Maksud dan tujuan dari standar MIRM 10 adalah rumah sakit mempunyai regulasi menentukan jangka waktu retensi rekam medis, data, dan informasi lainnya terkait pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan untuk mendukung asuhan pasien, manajemen, dokumentasi yang sah secara hukum, serta pendidikan dan penelitian. Untuk rekam medis dalam bentuk kertas dilakukan pemilahan rekam medis aktif dan rekam medis yang tidak aktif serta disimpan secara terpisah. Penentuan jangka waktu retensi berkas rekam medis ditentukan atas dasar nilai kegunaan tiap-tiap berkas rekam medis yang konsisten dengan kerahasiaan dan keabsahan informasi. Bila jangka waktu retensi sudah habis maka rekam medis, serta data dan informasi yang terkait dengan pasien dimusnahkan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Berikut elemen penilaian MIRM 10:

**Tabel 2.1** Elemen Penilaian MIRM 10

No.	Elemen Penilaian	Telusur		Skor	
1.	Terdapat regulasi tentang jangka waktu penyimpanan berkas rekam medis pasien, data dan informasi lainnya terkait dengan pasien. (R)	R	Regulasi tentang penetapan jangka waktu penyimpanan berkas rekam medis pasien	10 - 0	TL - TT
2.	Dalam rentang waktu penyimpanan berkas rekam medis, Rumah Sakit menjamin keamanan dan kerahasiaan rekam medis. (O, W)	O  W	Lihat tempat penyimpanan berkas rekam medis  Kepala unit/Staf rekam medis	10 5 0	TL TS TT
3.	Dokumen, data dan	D	1) Bukti pelaksanaan	10	TL

	informasi dalam bentuk berkas dimusnahkan setelah melampaui periode waktu penyimpanan sesuai peraturan perundangan. (D, W)	W	pemusnahan	5	TS
			2) Berkas rekam medis	0	TT
			3) Bukti berita acara pemusnahan		
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala unit/staf rekam medis</li> <li>• Tim pemusnahan</li> </ul>		

Setiap elemen penilaian dilengkapi dengan (R) atau (D), atau (W) atau (O) atau (S), atau kombinasinya yang berarti sebagai berikut:

(R) = Regulasi, yang dimaksud dengan regulasi adalah dokumen pengaturan yang disusun oleh rumah sakit yang dapat berupa kebijakan, prosedur (SPO), pedoman, panduan, peraturan Direktur rumah sakit dan atau program.

(D) = Dokumen, yang dimaksud dokumen adalah bukti proses kegiatan atau pelayanan yang dapat berbentuk berkas rekam medis, laporan dan atau notulen rapat dan atau hasil audit dan atau ijazah dan bukti dokumen pelaksanaan kegiatan lainnya.

(O) = Observasi, yang dimaksud dengan observasi adalah bukti kegiatan yang didapatkan berdasarkan hasil penglihatan/observasi yang dilakukan oleh surveior.

(S) = Simulasi, yang dimaksud dengan simulasi adalah peragaan kegiatan yang dilakukan oleh staf rumah sakit yang diminta oleh surveior.

(W) = Wawancara, yang dimaksud dengan wawancara adalah kegiatan tanya jawab yang dilakukan oleh surveior yang ditujukan kepada pemilik/representasi pemilik, direktur rumah sakit, pimpinan rumah sakit, profesional pemberi asuhan (PPA), staf klinis, staf non klinis, pasien, keluarga, tenaga kontrak dan lain-lain.

Selama survey dilapangan, setiap elemen penilaian (EP) pada standar dinilai sebagai berikut:

- a. Skor 10 (terpenuhi lengkap), yaitu bila rumah sakit dapat memenuhi elemen penilaian tersebut minimal 80%
- b. Skor 5 (terpenuhi sebagian), yaitu bila rumah sakit dapat memenuhi elemen penilaian tersebut minimal 20-79%
- c. Skor 0 (tidak terpenuhi), yaitu bila rumah sakit hanya dapat memenuhi elemen penilaian tersebut kurang dari 20%

Ada beberapa nilai untuk menentukan skor yang tepat, yaitu:

1) Skor "Terpenuhi Lengkap"

Suatu EP dikatakan "terpenuhi lengkap" bila jawabannya adalah "ya" atau "selalu" untuk setiap persyaratan khusus dari EP tersebut. Hal yang juga menjadi pertimbangan adalah sebagai berikut:

Pengamatan negatif tunggal tidak selalu menghalangi perolehan skor "terpenuhi lengkap".

- a) Bila capaian 80% atau lebih dari semua observasi atau pencatatan (contohnya, 8 dari 10) terpenuhi
- b) Rentang implementasi yang berhubungan dengan skor "terpenuhi lengkap" adalah sebagai berikut:
  - 1 Kepatuhan sejak 12 bulan sebelumnya pada survei ulang
  - 2 Kepatuhan sejak 3 bulan sebelumnya pada survei awal
  - 3 Tidak ada rentang implementasi untuk survei terfokus. Kesenambungan dalam usaha peningkatan mutu digunakan untuk nilai kepatuhan.

2) Skor "Terpenuhi Sebagian"

Suatu EP dikatakan "terpenuhi sebagian" bila jawabannya adalah "biasanya" atau "kadang-kadang" pada persyaratan khusus dari EP tersebut. Hal yang juga menjadi pertimbangan adalah sebagai berikut:

- a) Bila capaian 21% sampai 79% (contohnya, 3 sampai 7 dari 10) pencatatan atau observasi menunjukkan kepatuhan.
- b) Temuan EP sebelumnya dinilai "tidak terpenuhi" pada survei awal atau survei ulang ataupun survei terfokus, dan temuan dari pengamatan terkini adalah capaian 21-79%.
- c) Bukti kepatuhan tidak dapat ditemukan secara konsisten pada semua bagian/departemen/unit dimana persyaratan-persyaratan tersebut berlaku (seperti misalnya ditemukan kepatuhan di unit rawat inap, namun tidak di unit rawat jalan, patuh pada ruang operasi namun tidak patuh di unit rawat sehari (*day surgery*), patuh pada area-area yang menggunakan sedasi namun tidak patuh di klinik gigi).
- d) Bila pada suatu EP terdapat berbagai macam persyaratan, dan paling sedikit 21-79% persyaratan tersebut sudah dipenuhi.
- e) Suatu kebijakan/proses telah dibuat, diterapkan, dan dilaksanakan secara berkesinambungan namun belum mempunyai rentang implementasi yang memenuhi syarat untuk dinilai sebagai "terpenuhi lengkap".
- f) Suatu kebijakan/proses telah dibuat dan diterapkan, namun belum dilaksanakan secara berkesinambungan.

### 3) Skor "Tidak Terpenuhi"

Suatu EP dikatakan "tidak terpenuhi " bila jawabannya adalah "jarang" atau "tidak pernah" untuk suatu persyaratan spesifik pada EP. Hal yang juga menjadi pertimbangan adalah sebagai berikut:

- a) Bila capaian kurang dari 21% (contohnya, 2 dari 10) pencatatan atau observasi yang menunjukkan kepatuhan.

- b) Terdapat temuan "tidak terpenuhi" untuk EP selama survei lengkap atau survei terfokus, ataupun survei lanjutan lainnya, dan temuan dari pengamatan terkini adalah kepatuhan kurang dari 21%.
- c) Apabila terdapat sejumlah persyaratan dalam satu EP, dan kurang dari 21% menunjukkan kepatuhan.
- d) Suatu kebijakan atau proses telah dibuat namun belum diterapkan.
- e) Rentang implementasi untuk skor "tidak terpenuhi" adalah sebagai berikut:
  - 1 Persyaratan untuk EP adalah "terpenuhi sepenuhnya"; namun ternyata hanya terdapat kepatuhan kurang dari 5 bulan pada survei ulang dan kepatuhan kurang dari 1 bulan pada survei awal
  - 2 Tidak ada rentang implementasi untuk survei terfokus. Kesenambungan dalam usaha perbaikan digunakan sebagai penilaian kepatuhan.
  - 3 Bila suatu EP dalam satu standar mendapat skor "tidak terpenuhi" dan beberapa atau EP lain bergantung pada EP yang mendapat skor "tidak terpenuhi" ini, maka keseluruhan EP yang berhubungan dengan EP pertama tersebut mendapat skor "tidak terpenuhi".

## 6. Rekam Medis

### a. Pengertian Rekam Medis

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/PER/III/2008 pasal 1, rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen rekam medis tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Menurut Huffman EK (1992), rekam medis adalah rekaman atau catatan mengenai siapa,

apa, mengapa, bilamana, dan bagaimana pelayanan yang diberikan kepada pasien selama masa perawatan yang memuat pengetahuan mengenai pasien dan pelayanan yang diperolehnya serta memuat informasi yang cukup untuk menemu kenali (mengidentifikasi) pasien, membenarkan diagnosis dan pengobatan serta merekam hasilnya.

b. Tujuan Rekam Medis

Tujuan dari rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit. (Pedoman Pengelolaan Rekam Medis di Indonesia, 2006, hal 7)

c. Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain:

1) Aspek Administrasi

Suatu dokumen rekam medis yang mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

2) Aspek Medis

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai hukum, karena catatan tersebut digunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.

3) Aspek Hukum

Suatu dokumen rekam medis yang mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan

keadilan.

4) Aspek Keuangan

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data atau informasi yang dapat digunakan sebagai aspek keuangan.

5) Aspek Penelitian

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai penelitian karena isinya menyangkut data atau informasi yang dapat digunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

6) Aspek Pendidikan

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai pendidikan karena isinya menyangkut data atau informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medik yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat digunakan sebagai bahan/referensi pengajaran.

7) Aspek Dokumentasi

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai dokumentasi karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan digunakan sebagai bahan bertanggung jawaban dan laporan rumah sakit. Kegunaan rekam medis secara umum yaitu,

- a) Sebagai alat komunikasi antara dokter dan tenaga medis lainnya yang bekerja dalam memberikan pelayanan, pengobatan, perawatan kepada pasien.
- b) Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.
- c) Sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit dan pengobatan selama pasien berkunjung atau dirawat dirumah sakit.
- d) Bahan yang berguna untuk analisa, penelitian dan

evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien.

- e) Kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya.
- f) Menyediakan data-data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan.
- g) Sebagai dasar didalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medis pasien.
- h) Menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan serta sebagai pertanggungjawaban laporan.

#### d. Pengelolaan Rekam Medis

Didalam pengelolaan rekam medis ada beberapa kegiatan yang dapat menunjang terlaksananya sistem penyusutan dokumen rekam medis inaktif yaitu terdiri :

##### 1) Tenaga Rekam Medis

Tenaga rekam medis yang cukup merupakan faktor pendukung dari pengelolaan rekam medis karena peningkatan mutu pelayanan kesehatan sangat tergantung dari tersedianya data atau informasi yang akurat, terpercaya dan penyajian yang tepat waktu. Upaya tersebut hanya dapat dilaksanakan apabila faktor manusia sebagai pemeran kunci dalam pengelolaan rekam medis dan informasi disiapkan secara seksama dan lebih professional.

##### 2) Sarana dan Prasarana

Ruang penyimpanan yang memadai yaitu ruangan yang dilengkapi dengan alat penyimpanan yang baik, penerangan dan pengaturan suhu ruangan yang baik, rak penyimpanan yang sesuai dengan volume dokumen rekam medis, serta pemeliharaan dan keselamatan dokumen rekam medis dalam ruangan penyimpanan.

##### 3) Penyimpanan Rekam Medis Inaktif

- a) Di simpan di ruangan lain.
  - b) Di simpan di tempat penyimpanan yang disewakan.
  - c) Di hancurkan sesuai dengan penyusutan DRM.
  - d) Di simpan dalam bentuk microfilm.
  - e) Di simpan di dalam disk.
- 4) Persyaratan dari ruang penyimpanan inaktif
- a) Tersedianya ruang isolasi
  - b) Pengendalian (suhu dan kelembapan) suhu ruangan penyimpanan berkisar  $20^{\circ}\text{C}$ - $24^{\circ}\text{C}$ , dengan kelembapan relatif 50%-60%.
  - c) Penerangan yaitu peraturan masuknya cahaya matahari untuk memberi perlindungan secara maksimal terhadap sinar ultraviolet.
- 5) Pemeliharaan terhadap ruang penyimpanan
- a) Pembersihan tempat penyimpanan  
Sedapat mungkin dilakukan *vacuum cleaner* karena dengan disapu hanya akan memindahkan debu ke tempat lain.
  - b) Pertukaran udara  
Tempat penyimpanan yang paling sempurna adalah tempat yang dilengkapi dengan *Air Conditioner (AC)*. Bila keadaan belum memungkinkan, cara lain yang dapat dilakukan adalah dengan cara membuka ruangan pada panas dan menggunakan kipas angin. Pintu dan jendela diusahakan diberi kawat halus untuk mencegah serangga masuk, selain untuk menyaring udara yang masuk bila hawa lembap (melebihi 75%) akan menjadi rekam medis lapuk sekaligus dalam keadaan yang singkat.
  - c) Pengontrolan

Setiap 6 bulan sekali tempat penyimpanan rekam medis dan sekitarnya harus diperiksa secara cermat apakah tempat itu terkena serangga atau tidak.

## 7. Fungsi Filing

Bagian filing adalah salah satu bagian dalam unit rekam medis yang mempunyai tugas pokok diantaranya yaitu:

- a. Menyimpan dokumen rekam medis dengan metode tertentu sesuai kebijakan penyimpanan dokumen rekam medis.
- b. Mengambil kembali (*retriev*) dokumen rekam medis untuk berbagai keperluan.
- c. Menyusutkan (meretensi) dokumen rekam medis sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan sarana pelayanan kesehatan.
- d. Memisahkan penyimpanan dokumen inaktif dari dokumen aktif.
- e. Membantu dalam penilaian nilai guna rekam medis
- f. Menyimpan dokumen rekam medis yang dilestarikan (diabadikan).
- g. Membantu dalam pelaksanaan pemusnahan formulir rekam medis.

## 8. Retensi

### a. Pengertian Retensi dan Pemusnahan Rekam Medis

Penyusutan atau retensi adalah pengurangan jumlah formulir yang terdapat di dalam berkas rekam medis dengan cara memilah nilai guna dari tiap-tiap formulir. Pemusnahan adalah suatu proses kegiatan penghancuran secara fisik berkas rekam medis yang berakhir fungsi dan nilai gunanya, penghancuran harus dilakukan secara total dengan cara membakar habis, mencacah atau daur ulang sehingga tidak dapat lagi dikenal isi maupun bentuknya.

Sebelum dilakukan pemusnahan, berkas rekam medis inaktif yang telah disimpan selama 2 tahun, dilakukan pemilahan nilai guna. Formulir yang tidak memiliki nilai guna akan dimusnahkan sedangkan formulir yang masih memiliki nilai guna akan disimpan

kembali. Hal ini dimaksudkan sebagai upaya menjaga informasi medis pasien apabila sewaktu-waktu masih dibutuhkan dimasa yang akan datang. Menurut Surat Edaran Direktorat Jendral Pelayanan Medik No. HK. 00. 06. 1. 5. 01160 tahun 1995 tentang petunjuk teknis pengadaan formulir dasar rekam medis dan pemusnahan rekam medis di rumah sakit, formulir yang memiliki nilai guna terdiri dari:

- 1) Ringkasan masuk dan keluar
- 2) Resume medis
- 3) Lembar operasi
- 4) Identifikasi bayi
- 5) Lembar persetujuan (*Informed consent*)
- 6) Lembar kematian
- 7) Dokumen rekam medis tertentu, sesuai dengan kepentingan pelayanan meliputi:
  - a) Index
  - b) Register
  - c) Formulir rekam medis tertentu yang ditetapkan oleh direktur rumah sakit

b. Tujuan Retensi atau Penyusutan

- 1) Mengurangi jumlah arsip rekam medis yang semakin bertambah
- 2) Menyiapkan fasilitas yang cukup untuk tersedianya tempat penyimpanan berkas rekam medis yang baru
- 3) Tetap menjaga kualitas pelayanan dengan mempercepat penyiapan rekam medis jika sewaktu-waktu diperlukan
- 4) Menyelamatkan arsip yang bernilai guna tinggi serta mengurangi yang tidak bernilai guna/nilai guna rendah atau nilai gunanya telah menurun

c. Jadwal Retensi

Jadwal retensi adalah jadwal pemindahan dan pemusnahan arsip

sesuai dengan lama masing-masing jenis arsip disimpan pada file aktif, file inaktif, dan kemudian dimusnahkan. Jadwal retensi merupakan cara pertama pemindahan arsip, maka cara kedua adalah pemindahan massal menurut jangka waktu atau periode. Cara ketiga adalah individual, yaitu pemindahan arsip yang dilakukan tanpa berdasarkan waktu, tetapi berdasarkan selesainya sesuatu kegiatan.

Untuk pertama kalinya sebelum melakukan proses pemusnahan harus terlebih dahulu ditetapkan jadwal retensi arsip rekam medis sebagaimana berikut:

1) Umum

Umum = Aktif 5-15 tahun, Inaktif 2-5 tahun.

**Tabel 2.2** Jadwal Retensi Arsip

No	Kelompok	Aktif		Inaktif	
		Rawat Jalan	Rawat Inap	Rawat Jalan	Rawat Inap
1	Umum	5	5	2	2
2	Mata	5	10	2	2
3	Jiwa	10	5	2	2
4	Ortopedi	10	10	2	2
5	Kusta	15	15	2	2
6	Ketergantungan Obat	15	15	2	2
7	Jantung	10	10	2	2
8	Paru	5	10	2	2

Sumber data: SE.no.HK.00.06.1.5.01160 tahun 1995

- 2) Anak : diretensi menurut kebutuhan tertentu.
- 3) KIUP + Register + Indek, disimpan permanen atau abadi.
- 4) Retensi berkas-berkas rekam medis berdasarkan penggolongan penyakit.

Rumah sakit harus membuat ketentuan sendiri bila retensinya lebih lama dari ketentuan umum yang ada, antara lain untuk:

- a) Riset dan edukasi
- b) Kasus-kasus terlibat hukum (legal aspek) minimal 23 tahun setelah ada ketetapan hukum
- c) Untuk kepentingan tertentu
- d) Penyakit jiwa, ketergantungan obat, orthopaedi, kusta, mata, perkosaan, dan HIV
- e) Penyesuaian kelamin
- f) Pasien orang asing
- g) Kasus adopsi
- h) Bayi tabung
- i) Cangkok organ
- j) Plastik rekonstruksi

5) Retensi berdasarkan diagnosa

Masing-masing rumah sakit berdasarkan keputusan komite rekam medis menetapkan jadwal retensi dari diagnosa tertentu, bila lebih dari ketentuan umum dengan pertimbangan nilai guna. Indikator nilai guna primer meliputi administrasi, hukum, keuangan dan IPTEK. Indonesia nilai guna sekunder meliputi pembuktian dan sejarah.

d. Kegunaan Jadwal Retensi

Arsip-arsip tercipta sebagai akibat daripada kegiatan yang beraneka ragam sebagai pelaksanaan fungsi organisasi. Besar kecilnya jumlah arsip yang tercipta ditentukan oleh besar kecilnya kegiatan kegiatan yang dilaksanakan, semakin besar kegiatannya maka semakin banyak jumlah arsip yang diciptakan. Peningkatan jumlah arsip yang diciptakan akan menimbulkan berbagai problema apabila tidak diimbangi dengan adanya kebijakan penyusutan penghapusan.

Kebijakan penyusutan dan penghapusan itu sendiri memberikan keuntungan, antara lain:

- 1) Arsip-arsip aktif yang secara langsung masih dipergunakan tidak akan tersimpan menjadi satu dengan arsip-arsip inaktif.
- 2) Memudahkan pengelolaan dan pengawasan baik arsip aktif maupun inaktif.
- 3) Memudahkan penemuan kembali arsip, dengan demikian akan meningkatkan efisiensi kerja.
- 4) Memudahkan pemindahan arsip-arsip yang bernilai permanen/abadi ke arsip Nasional RI.
- 5) Menyelamatkan arsip-arsip yang bersifat permanen sebagai bahan bukti pertanggung jawaban di bidang pemerintah.

e. Pemindahan Arsip

Pertama-tama petugas melakukan seleksi terhadap arsip-arsip yang akan dikeluarkan dari filenya. Kalau ada jadwal retensi, petugas dapat memilih berdasarkan umur-umur yang ditentukan sesuai daftar.

f. Penilaian Arsip

Penilaian dilakukan terhadap setiap jenis arsip agar dapat ditentukan berapa lama jenis arsip bersangkutan disimpan di file aktif dan file inaktif. Kriteria penilaian yang umum dapat dipergunakan adalah ALFRED, singkatan dari *Administrative Value* (nilai administrasi), *Legal Value* (nilai hukum), *Financial Value* (nilai uang), *Research Value* (nilai penelitian), *Education Value* (nilai pendidikan), dan *Documentary Value* (nilai dokumentasi).

g. Nilai Guna Dokumen Rekam Medis

Jika dokumen rekam medis telah dipisahkan antara dokumen rekam medis yang masih aktif dengan inaktif, maka dilakukan kegiatan penilaian nilai guna. Penilaian nilai guna rekam medis yaitu suatu kegiatan penilaian terhadap formulir-formulir rekam medis yang masih perlu diabadikan atau sudah boleh dimusnahkan. Penilaian

nilai guna dilaksanakan oleh Direktur Rumah Sakit. Tim pemusnah dokumen rekam medis mempunyai tugas membantu Direktur Rumah Sakit dalam penyelenggaraan pemusnahan rekam medis dengan memperhatikan nilai guna sesuai peraturan yang berlaku. Tim pemusnah dokumen rekam medis terdiri dari:

- 1) Direktur Rumah Sakit sebagai ketua
- 2) Kepala rekam medis sebagai sekretaris
- 3) Anggota lain (petugas filing dengan saksi-saksi yang ditunjuk oleh Direktur Rumah Sakit)

Indikator yang digunakan untuk menilai dokumen rekam medis inaktif:

- 1) Dokumen rekam medis sering digunakan untuk pendidikan dan penelitian
- 2) Mempunyai nilai guna:

a Nilai Guna *Primer*

Yaitu dokumen rekam medis didasarkan pada kegunaan dokumen rekam medis bagi kepentingan rumah sakit meliputi:

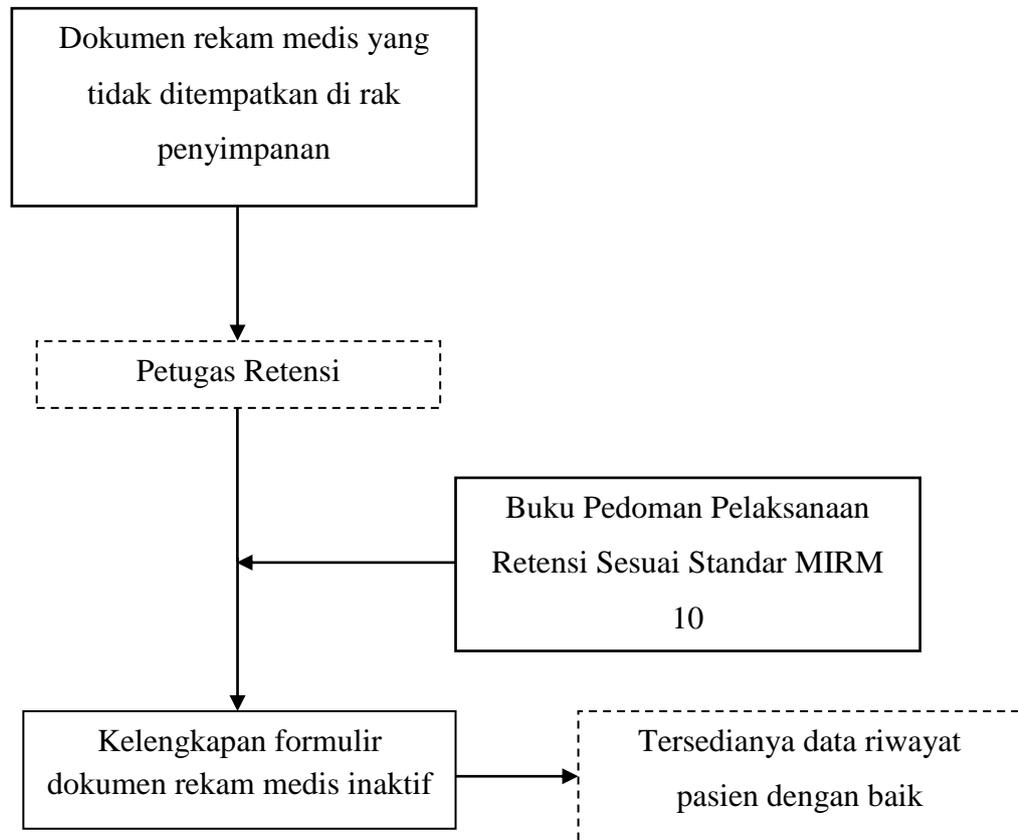
- 1 Nilai guna administrasi
- 2 Nilai guna hukum
- 3 Nilai guna keuangan
- 4 Nilai guna iptek

b Nilai Guna *Sekunder*

Yaitu nilai guna dokumen rekam medis didasarkan bagi kepentingan instansi di luar rumah sakit sebagai bahan pertanggungjawaban nasional meliputi:

- 1 Pembuktian
- 2 Sejarah

## **B. Kerangka Konsep**



**Gambar 2.1** Kerangka Konsep

Keterangan :

----- : Tidak Diteliti

————— : Diteliti

Keterangan :

Dalam kerangka konsep ini, menjelaskan bahwa dokumen rekam medis yang tidak ditempatkan di rak penyimpanan yang sudah dipilah oleh petugas rekam medis akan dianalisa kelengkapan dokumen rekam medis inaktif. Dari hasil analisa kelengkapan dokumen rekam medis inaktif dikategorikan menjadi 2, yaitu lengkap dan tidak lengkap. Dikatakan lengkap jika semua formulir yang memiliki nilai guna sudah termuat semua dalam satu dokumen inaktif, sedangkan dikatakan tidak lengkap jika ada salah satu atau beberapa formulir belum termuat pada satu dokumen inaktif.

Pada RSUD dr. R. Soedarsono Pasuruan akan melakukan Akreditasi Rumah Sakit versi SNARS Edisi I 2018 pada tahun 2019 mendatang, pada penyelenggaraan rekam medis yang salah satunya adalah analisa kelengkapan dokumen rekam medis inaktif yang harus terjaga agar tersedianya data riwayat pasien untuk kebutuhan di masa yang akan datang. Untuk mempersiapkan evaluasi yang setiap kali dilakukan pada rumah sakit yang akan mengikuti akreditasi, perlu segera dilakukan pembenahan pada analisa kelengkapan dokumen rekam medis inaktif supaya mendapatkan nilai akreditasi dan tidak berdampak pada mutu pelayanan rekam medis. Jadi dalam hal ini, peneliti mengamati pengaruh sebelum dan sesudah adanya Buku Pedoman Pelaksanaan Retensi Sesuai Standar MIRM 10 terhadap Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Inaktif di Rawat Inap RSUD dr. R. Soedarsono Kota Pasuruan.

### **C. Hipotesis**

$H_0$  = Tidak adanya perbedaan kelengkapan formulir dokumen rekam medis inaktif sebelum dan sesudah mengaplikasikan penggunaan buku pedoman retensi.

$H_1$  = Adanya perbedaan kelengkapan formulir dokumen rekam medis inaktif sebelum dan sesudah mengaplikasikan penggunaan buku pedoman retensi.