

## BAB 6

### MANAJEMEN INFORMASI DAN REKAM MEDIK (MIRM)

GAMBARAN UMUM Informasi diperlukan untuk memberikan, mengordinasikan, dan juga mengintegrasikan pelayanan rumah sakit. Hal ini meliputi ilmu pengasuhan pasien secara individual, asuhan yang diberikan, dan kinerja staf klinis. Informasi merupakan sumber daya yang harus dikelola secara efektif oleh pimpinan rumah sakit seperti halnya sumber daya manusia, material, dan finansial. Setiap rumah sakit berupaya mendapatkan, mengelola, dan menggunakan informasi untuk meningkatkan/memperbaiki hasil asuhan pasien, kinerja individual, serta kinerja rumah sakit secara keseluruhan. Seiring dengan perjalanan waktu, rumah sakit harus lebih efektif dalam: - mengidentifikasi kebutuhan informasi; - merancang suatu sistem manajemen informasi; - mendefinisikan serta mendapatkan data dan informasi; - menganalisis data dan mengolahnya menjadi informasi; - mengirim serta melaporkan data dan informasi; juga - mengintegrasikan dan menggunakan informasi. Walaupun komputerisasi dan teknologi lainnya meningkatkan efisiensi, prinsip manajemen informasi yang baik tetap berlaku untuk semua metode, baik berbasis kertas maupun elektronik. Standar-standar ini dirancang menjadi kompatibel dengan sistem non-komputerisasi dan teknologi masa depan. Informasi rumah sakit terkait asuhan pasien sangat penting untuk komunikasi antarstaf klinis yang didokumentasikan dalam rekam medis. Rekam medis adalah bukti tertulis (kertas/eletronik) yang merekam berbagai informasi kesehatan pasien seperti temuan hasil asesmen, rencana asuhan, rincian pelaksanaan asuhan dan pengobatan, catatan perkembangan pasien terintegrasi, serta ringkasan kepulangan pasien yang dibuat oleh profesional pemberi asuhan (PPA).

Penyelenggaraan rekam medis merupakan proses kegiatan yang dimulai saat pasien diterima di rumah sakit sampai dengan pencatatan data medis, keperawatan, manajer pelayanan pasien (MPP), serta PPA lainnya selama pasien mendapat asuhan. Kegiatan dilanjutkan dengan penanganan rekam medis yang meliputi penyimpanan dan penggunaan untuk kepentingan pasien atau keperluan lainnya. Rekam medis memiliki aspek-aspek yang sangat penting. 1. Aspek Administrasi: karena isi rekam medis menyangkut tindakan berdasar atas wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga kesehatan profesional pemberi asuhan (PPA) dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan. 2. Aspek Medis: karena catatan/rekaman tersebut dipergunakan sebagai dasar merencanakan pengobatan/asuhan yg harus diberikan kepada seorang pasien. 3. Aspek Hukum: karena menyangkut masalah jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan dalam rangka upaya menegakkan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan. 4. Aspek Keuangan: karena mengandung data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai dasar pembiayaan. 5. Aspek Penelitian: karena menyangkut data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai dasar penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan. 6. Aspek Pendidikan: karena menyangkut data/informasi perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medik yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan referensi pengajaran di bidang kesehatan. 7. Aspek Dokumentasi: karena menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban serta laporan rumah sakit.

Rekam medis memiliki kegunaan sebagai: 1. alat komunikasi antara profesional pemberi asuhan (PPA) yang memberikan asuhan pasien (communication); 2. dasar dalam perhitungan biaya pelayanan kepada pasien (financial billing); 3. penyedia data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan (research & education); 4. dasar untuk merencanakan asuhan yang harus diberikan kepada pasien (assessment); 5. bahan yang berguna untuk analisis, penelitian, dan evaluasi kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien (audit klinis);

6. sumber ingatan yang harus didokumentasikan serta sebagai bahan pertanggungjawaban dan pelaporan; 7. bukti tertulis/terekam atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit, dan pengobatan selama pasien berkunjung/dirawat di rumah sakit; 8. pelindung kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit, maupun profesional pemberi asuhan (legal documentation). Tujuan pengelolaan rekam medis dan informasi kesehatan adalah menunjang tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit yang didukung oleh suatu sistem pengelolaan rekam medis yang cepat, tepat, bernilai, dapat dipertanggungjawabkan, serta berfokus pada pasien dan keselamatan pasien secara terintegrasi. Standar MIRM meliputi organisasi dan manajemen, akses serta penyimpanan RM, dan RM pasien.

#### ☐ MANAJEMEN INFORMASI (STANDAR MIRM 1 – MIRM 7 )

Standar MIRM 1 Penyelenggaraan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIM RS) harus mengacu peraturan perundang-undangan. Standar MIRM 1.1 Rumah sakit mengelola data dan informasi klinik serta manajerial. Maksud dan Tujuan MIRM 1 dan MIRM 1.1 Sistem informasi manajemen rumah sakit yang selanjutnya disingkat SIMRS adalah sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan rumah sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan, dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara tepat serta akurat, dan merupakan bagian dari Sistem Informasi Kesehatan. Sistem informasi kesehatan adalah seperangkat tatanan yang meliputi data, informasi, indikator, prosedur, teknologi, perangkat, serta sumber daya manusia yang saling berkaitan dan dikelola secara terpadu untuk mengarahkan tindakan atau keputusan yang berguna dalam mendukung pembangunan kesehatan. Rumah sakit menetapkan unit kerja yang mengelola SIMRS dan memiliki sumber daya manusia yang terdiri atas kepala unit serta staf dengan kualifikasi analisis sistem, programmer, hardware, dan pemeliharaan jaringan.

Elemen Penilaian MIRM 1 1. Terdapat unit kerja yang mengelola SIMRS. (R) 2. Sumber daya manusia dalam unit kerja SIMRS yang memiliki kompetensi dan sudah terlatih. (D,W)

Elemen Penilaian MIRM 1.1 1. Terdapat regulasi tentang pengelolaan data dan informasi. (R) 2. Data serta informasi klinik dan manajerial diintegrasikan sesuai dengan kebutuhan untuk mendukung pengambilan keputusan. (D,W)

Standar MIRM 2 Rumah sakit merencanakan dan merancang proses manajemen informasi untuk memenuhi kebutuhan informasi internal maupun eksternal.

Maksud dan Tujuan MIRM 2 Informasi dikumpulkan dan digunakan selama asuhan pasien untuk mengelola sebuah rumah sakit yang aman dan efektif. Kemampuan menerima dan memberikan informasi memerlukan perencanaan yang efektif. Perencanaan rumah sakit menggabungkan masukan dari berbagai sumber, antara lain: 1. para profesional pemberi asuhan (PPA); 2. para kepala bidang/divisi dan kepala unit pelayanan; 3. badan/pihak lain di luar rumah sakit yang membutuhkan data atau informasi tentang operasional dan pelayanan rumah sakit. Perencanaan juga mempertimbangkan misi rumah sakit, pelayanan yang diberikan, sumber daya, akses teknologi yang dapat dicapai, dan dukungan komunikasi efektif antara pemberi pelayanan. Permintaan terhadap data dan informasi harus selalu mengacu pada ketentuan dalam peraturan perundangan, misalnya tentang rahasia kedokteran. Prioritas kebutuhan informasi dari sumber-sumber memengaruhi strategi manajemen informasi rumah sakit dan kemampuan mengimplementasikan strategi tersebut, sesuai dengan ukuran rumah sakit, kompleksitas pelayanan, ketersediaan staf terlatih, dan sumber daya manusia serta tekhnikal lainnya. Perencanaan yang komprehensif meliputi seluruh unit kerja dan pelayanan yang ada di rumah sakit.

## Elemen Penilaian MIRM 2

1. Proses perencanaan kebutuhan informasi melibatkan a) sampai dengan c) sesuai dengan maksud dan tujuan. (D,W)

357

2. Proses perencanaan kebutuhan informasi mengacu pada peraturan perundang-undangan. (D,W)

3. Perencanaan disesuaikan dengan besar dan kompleksitas rumah sakit. (D,W)

## Standar MIRM 3

Para profesional pemberi asuhan (PPA) dan para kepala bidang/divisi serta kepala unit pelayanan berpartisipasi dalam memilih, mengintegrasikan, dan menggunakan teknologi manajemen informasi.

## Maksud dan Tujuan MIRM 3

Teknologi manajemen informasi membutuhkan sumber daya yang besar sebagai investasi untuk rumah sakit. Oleh karena itu, teknologi harus secara cermat disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit saat ini dan masa depan, serta sumber dayanya. Kebutuhan teknologi yang tersedia diintegrasikan dengan proses manajemen informasi yang ada saat ini serta membantu mengintegrasikan aktivitas seluruh unit kerja dan pelayanan rumah sakit. Proses seleksi teknologi informasi yang sesuai dengan kebutuhan RS dilakukan melalui koordinasi dan partisipasi para profesional pemberi asuhan (PPA), para kepala bidang/divisi, dan kepala unit pelayanan. Elemen Penilaian MIRM 3 1. Dalam membangun sistem informasi rumah sakit melibatkan profesional pemberi asuhan (PPA). (D,W) 2. Dalam membangun sistem informasi rumah sakit melibatkan kepala bidang/divisi dan kepala unit pelayanan. (D,W)

Standar MIRM 4 Sistem manajemen data dan informasi rumah sakit menyiapkan kumpulan serta menentukan data dan informasi yang secara rutin (reguler) dikumpulkan sesuai dengan kebutuhan profesional pemberi asuhan (PPA), kepala bidang/divisi, kepala unit pelayanan, serta badan/pihak lain di luar rumah sakit.

Maksud dan Tujuan MIRM 4 Kumpulan data merupakan bagian penting dalam kegiatan peningkatan kinerja rumah sakit karena dapat memberikan gambaran atau profil rumah sakit selama kurun waktu tertentu dan dapat membandingkan kinerja dengan RS lain. Kumpulan data terdiri atas: 1. data mutu dan insiden keselamatan pasien;

2. data surveilans infeksi; 3. data kecelakaan kerja.

Data tersebut membantu rumah sakit untuk mengetahui kinerja terkini dan mengidentifikasi peluang untuk peningkatan/perbaikan. Elemen Penilaian MIRM 4 1. Rumah sakit menyediakan kumpulan data a) s.d. c) sesuai dengan maksud dan tujuan yang harus tersedia untuk memenuhi kebutuhan pengguna, yaitu PPA, kepala bidang/divisi, dan kepala unit pelayanan. (D,W) (lihat juga MFK.10) 2. Rumah sakit memberikan data yang dibutuhkan oleh badan/pihak lain di luar rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (D,W) (lihat juga PMKP 6 dan TKRS 5)

Standar MIRM 5 Data dianalisis diubah menjadi informasi untuk mendukung asuhan pasien, manajemen rumah sakit dan program manajemen mutu, serta pendidikan dan penelitian. Maksud dan Tujuan MIRM 5 Rumah sakit mengumpulkan dan menganalisis data menjadi informasi untuk mendukung asuhan pasien serta manajemen rumah sakit. Informasi tersebut memberikan gambaran/profil rumah sakit selama kurun waktu tertentu dan dapat digunakan untuk membandingkan kinerja dengan rumah sakit lain. Jadi, kumpulan data merupakan bagian penting

dalam upaya peningkatan kinerja rumah sakit. Secara khusus, kumpulan data terdiri atas data mutu dan insiden keselamatan pasien, data surveilans infeksi, data kecelakaan kerja, manajemen risiko, sistem manajemen utilitas, pencegahan dan pengendalian infeksi, serta tinjauan pemanfaatan/utilisasi dapat membantu rumah sakit untuk mengetahui kinerjanya terkini dan mengidentifikasi peluang untuk peningkatan/perbaikan.

Elemen Penilaian MIRM 5 1. Terdapat bukti bahwa data dianalisis diubah menjadi informasi mendukung asuhan pasien. (D,W) 2. Terdapat bukti bahwa data dianalisis diubah menjadi informasi mendukung manajemen rumah sakit. (D,W) 3. Terdapat bukti bahwa data dianalisis diubah menjadi informasi mendukung program manajemen mutu. (D,W) 4. Terdapat bukti bahwa data dianalisis diubah menjadi informasi mendukung pendidikan dan penelitian. (D,W)

Standar MIRM 6 Penyampaian data dan informasi secara tepat waktu dalam format yang memenuhi harapan pengguna dan dengan frekuensi yang dikehendaki.

Maksud dan Tujuan MIRM 6 Format dan metode penyampaian data dan informasi kepada pengguna yang menjadi sasaran dibuat agar memenuhi harapan pengguna. Strategi penyampaian meliputi 1. memberikan data dan informasi hanya atas permintaan dan kebutuhan pengguna; 2. membuat format laporan untuk membantu pengguna dalam proses pengambilan keputusan; 3. memberikan laporan dengan frekuensi sesuai yang dibutuhkan oleh pengguna; 4. mengaitkan sumber data dan informasi; dan 5. memberikan interpretasi atau klarifikasi atas data.

Elemen Penilaian MIRM 6 1. Data dan informasi disampaikan sesuai kebutuhan pengguna. (D,W) 2. Pengguna menerima data dan informasi dalam format yang sesuai dengan yang dibutuhkan. (D,W) 3. Pengguna menerima data dan informasi tepat waktu. (D,W) 4. Staf pengolah data memiliki hak akses ke data dan informasi yang dibutuhkan sesuai dengan tanggung jawabnya. (W,S)

Standar MIRM 7 Rumah sakit mendukung asuhan pasien, pendidikan, serta riset dan manajemen melalui penyediaan informasi yang tepat waktu dari sumber data terkini. Maksud dan Tujuan MIRM 7 PPA, peneliti, pendidik, kepala bidang/divisi, dan kepala unit pelayanan sering kali membutuhkan informasi untuk membantu mereka dalam pelaksanaan tanggung jawab. Informasi demikian termasuk literatur ilmiah dan manajemen, panduan praktik klinis, hasil penelitian, metode pendidikan. Internet, materi cetakan di perpustakaan, sumber pencarian daring (on-line), dan materi pribadi yang semuanya merupakan sumber yang bernilai sebagai informasi terkini. Elemen Penilaian MIRM 7 1. Rumah sakit menyediakan fasilitas untuk mendapatkan informasi ilmiah terkini dan informasi lain secara tepat waktu untuk mendukung asuhan pasien. (D,O,W)

2. Rumah sakit menyediakan fasilitas untuk mendapatkan Informasi ilmiah terkini dan informasi lain secara tepat waktu untuk mendukung pendidikan klinik. (D,O,W) 3. Rumah sakit menyediakan fasilitas untuk mendapatkan informasi ilmiah terkini dan informasi lain secara tepat waktu untuk mendukung penelitian. (D,O,W) 4. Rumah sakit menyediakan fasilitas internet untuk mendapatkan informasi ilmiah terkini dan informasi lain secara tepat waktu untuk mendukung manajemen (D,O,W)

## ☐ MANAJEMEN REKAM MEDIS (Standar 8–15)

Standar MIRM 8 Rumah sakit menyelenggarakan pengelolaan rekam medis terkait asuhan pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Maksud dan Tujuan MIRM 8 Penyelenggaraan rekam medis merupakan proses kegiatan yang dimulai sejak saat pasien diterima rumah sakit, dilakukan pencatatan data medis, selama pasien mendapat asuhan medis, keperawatan, dan profesional pemberi asuhan lainnya. Kegiatan dilanjutkan dengan penanganan rekam medis yang meliputi

penyimpanan dan penggunaan untuk kepentingan sendiri atau kepentingan lainnya. Rumah sakit menetapkan organisasi yang mengelola sistem rekam medis yang tepat, benar, bernilai, dan dapat dipertanggungjawabkan. Informasi kesehatan baik kertas maupun elektronik harus dijaga keamanan dan kerahasiaannya sehingga harus disimpan sesuai dengan peraturan dan perundangan. Untuk informasi kesehatan elektronik harus dijamin keamanan dan kerahasiaan dalam 3 (tiga) tempat, yaitu server di dalam rumah sakit, salinan (backup) data rutin, dan data virtual (cloud). Elemen Penilaian MIRM 8

1. Terdapat unit kerja yang mengelola rekam medis yang memiliki regulasi dan program untuk mengelola rekam medis sesuai dengan peraturan perundangan-undangan. (R) 2. Organisasi pengelola rekam medis dipimpin tenaga rekam medis yang memiliki kompetensi dan kewenangan mengelola rekam medis sesuai dengan peraturan perundangan-undangan. (D, W) 3. Tersedia tempat penyimpanan rekam medis yang menjamin keamanan dan kerahasiaan rekam medis. (D,O,W)

Standar MIRM 9 Setiap pasien memiliki rekam medis yang formatnya selalu diperbaharui (terkini).

Maksud dan Tujuan MIRM 9 Setiap pasien memiliki berkas rekam medis, baik dalam bentuk kertas maupun elektronik yang merupakan sumber informasi utama mengenai proses asuhan dan perkembangan pasien sehingga menjadi media komunikasi yang penting. Oleh karena itu, berkas rekam medis dievaluasi dan diperbaharui sesuai dengan kebutuhan dan secara periodik. Agar informasi ini berguna dan mendukung asuhan pasien secara berkelanjutan maka rekam medis harus tersediaselama asuhan pasien rawat inap, rawat jalan, dan setiap saat dibutuhkan, serta dijaga untuk selalu mencatat perkembangan pasien terkini. Catatan medis, keperawatan, dan catatan profesional pemberi asuhan lainnya tersedia untuk semua tenaga kesehatan yang memberikan asuhan kepada pasien terkait. Rumah sakit mempunyai regulasi yang menetapkan tenaga kesehatan yang mempunyai akses ke berkas rekam medis pasien untuk menjamin kerahasiaan informasi pasien. Sebagai contoh, pasien rawat jalan yang memerlukan riwayat sebelumnya di rawat inap atau sebaliknya. Elemen Penilaian MIRM 9

1. Terdapat regulasi yang menetapkan tenaga kesehatan yang mempunyai hak akses pada berkas rekam medis. (R) 2. Berkas rekam medis tersedia bagi semua profesional pemberi asuhan (PPA) sesuai dengan regulasi rumah sakit. (D,O) (lihat juga AP 1) 3. Terdapat bukti bahwa form rekam medis dievaluasi dan diperbaharui (terkini) sesuai dengan kebutuhan dan secara periodik. (D,O,W) 4. Rekam medis pasien terisi dengan lengkap dan dengan tulisan yang dapat dibaca. (D,O)

Standar MIRM 10 Rumah sakit mempunyai regulasi tentang retensi rekam medis. Maksud dan Tujuan MIRM 10 Rumah sakit mempunyai regulasi menentukan jangka waktu retensi rekam medis, data, dan informasi lainnya terkait pasien sesuai dengan peraturan perundangundangan 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.

Elemen Penilaian MIRM 10

1. Terdapat regulasi tentang jangka waktu penyimpanan berkas rekam medis pasien, serta data dan informasi lainnya terkait dengan pasien. (R) 2. Dalam rentang waktu penyimpanan berkas rekam medis, rumah sakit menjamin keamanan dan kerahasiaan rekam medis. (O,W) 3. Dokumen, serta

data dan informasi dalam bentuk berkas dimusnahkan setelah melampaui periode waktu penyimpanan sesuai dengan peraturan perundangundangan. (D,W)

Standar MIRM 11 Berkas rekam medis dilindungi dari kehilangan, kerusakan, gangguan, serta akses dan penggunaan yang tidak berhak.

Maksud dan Tujuan MIRM 11 Rekam medis pasien dan data serta informasi lain terkait pasien harus dijaga dan dilindungi sepanjang waktu. Sebagai contoh, rekam medis pasien yang aktif disimpan di area yang hanya tenaga kesehatan mempunyai otorisasi untuk akses. Dokumen disimpan di lokasi yang terhindar dari air, api, panas, dan kerusakan lainnya. Di rumah sakit yang menyimpan rekam medis secara elektronik terdapat regulasi untuk mencegah akses mempergunakan rekam medis tanpa izin dan melaksanakan proses pencegahan penggunaan yang tidak berhak. Elemen Penilaian MIRM 11 1. Terdapat regulasi yang ditetapkan untuk mencegah akses penggunaan rekam medis bentuk kertas dan atau elektronik tanpa izin. (R) 2. Rekam medis dalam bentuk kertas dan atau elektronik dilindungi dari kehilangan dan kerusakan. (O,W) 3. Rekam medis dalam bentuk kertas dan atau elektronik dilindungi dari gangguan dan akses serta penggunaan yang tidak sah. (D,S,W) 4. Ruang dan tempat penyimpanan berkas rekam medis menjamin perlindungan terhadap akses dari yang tidak berhak. (O,W)

Standar MIRM 12 Rumah sakit menetapkan standar kode diagnosis, kode prosedur/tindakan, simbol, singkatan, dan artinya. Maksud dan Tujuan MIRM 12 Terminologi, arti, kamus, serta nomenklatur memudahkan untuk membandingkan data dan informasi di dalam rumah sakit dan membandingkan antarrumah sakit. Standardisasi berguna untuk mencegah terjadi salah komunikasi dan potensi kesalahan. Penggunaan secara seragam kode diagnosis dan prosedur memudahkan pengumpulan data serta analisisnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Singkatan dapat menjadi masalah dan mungkin berbahaya, terutama berkaitan dengan penulisan resep obat. Sebagai tambahan, jika satu singkatan dipakai untuk bermacam-macam istilah medik akan terjadi kebingungan dan dapat menghasilkan kesalahan medik. Singkatan dan simbol juga digunakan termasuk daftar "jangan digunakan" (do-not-use). Ketentuan ini harus sesuai dengan standar lokal dan nasional yang diakui. Elemen Penilaian MIRM 12 1. Terdapat regulasi standarisasi kode diagnosis, kode prosedur/tindakan, definisi, simbol yang digunakan dan yang tidak boleh digunakan, singkatan yang digunakan dan yang tidak boleh digunakan, serta dimonitor pelaksanaannya. (R) 2. Ketentuan tersebut dilaksanakan dan dievaluasi. (D,W)

Standar MIRM 13 Rumah sakit menyediakan rekam medis untuk setiap pasien. Maksud dan Tujuan MIRM 13 Setiap pasien yang menjalani asuhan dan pelayanan yang terdiri atas hasil asesmen, rencana asuhan, dan perkembangan kondisi pasien, baik sebagai pasien rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat, serta pasien yang datang untuk pemeriksaan penunjang harus mempunyai rekam medis. Setiap pasien memiliki satu nomor rekam medis dan pengaturan urutan berkas rekam medis untuk memudahkan menemukan rekam medis pasien serta mendokumentasikan pelayanan pasien setiap saat/sewaktu-waktu. Elemen Penilaian MIRM 13 1. Terdapat regulasi bahwa setiap pasien memiliki rekam medis dengan satu nomor rekammedis sesuai dengan sistem penomoran unit, pengaturan urutan berkas rekam medis, baik untuk rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, dan pemeriksaan penunjang. (R) 2. Rekam medis pasien digunakan untuk mencatat hasil asesmen, rencana asuhan, dan perkembangan kondisi pasien. (D,O) 3. Ada bukti rekam medis pasien menggunakan satu unit penomoran rekam medis untuk setiap pasien. (D,W,O) 4. Rekam medis pasien tersedia untuk rawat jalan, rawap inap, gawat darurat, dan pemeriksaan penunjang. (D,O) 5. Berkas rekam medis pasien tersusun sesuai regulasi. (D,O) (lihat juga AP)

Standar MIRM 13.1 Rekam medis pasien memuat informasi yang memadai untuk mengidentifikasi pasien, mendukung diagnosis, justifikasi pengobatan, dokumen pemeriksaan dan hasil pengobatan, serta meningkatkan kesinambungan asuhan di antara profesional pemberi asuhan (PPA) termasuk manajer pelayanan pasien (MPP).

Maksud dan Tujuan MIRM 13.1 Rumah sakit menetapkan data dan informasi spesifik yang dicatat dalam rekam medis setiap pasien yang dilakukan asesmen atau diobati oleh profesional pemberi asuhan (PPA), baik sebagai pasien rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat. Rekam medis memuat informasi yang memadai untuk mengidentifikasi pasien, mendukung diagnosis, justifikasi/dasar pembenaran pengobatan, mendokumentasikan pemeriksaan dan hasil pengobatan, serta meningkatkan kesinambungan pelayanan antara profesional pemberi asuhan (PPA).

Format dan isi rekam medis pasien sesuai standar yang terintegrasi dan kesinambungan asuhan antarprofesional pemberi asuhan (PPA) termasuk untuk manajer pelayanan pasien (MPP).

Elemen Penilaian MIRM 13.1 Ada regulasi tentang isi spesifik dari berkas rekam medis pasien yang ditentukan oleh rumah sakit untuk kesinambungan asuhan oleh PPA. (R) 1. Rekam medis berisi informasi yang memadai untuk mengidentifikasi pasien. (D,O) 2. Rekam medis berisi informasi yang memadai untuk mendukung diagnosis. (D,O) 3. Rekam medis berisi informasi yang memadai untuk memberi justifikasi asuhan dan pengobatan. (D,O) 4. Rekam medis berisi informasi yang memadai untuk mendokumentasikan pemberian dan hasil pengobatan. (D,O) 5. Aktivitas manajer pelayanan pasien (MPP) dicatat dalam rekam medis. (D,O,W)

Standar MIRM 13.1.1 Rekam medis setiap pasien gawat darurat memuat jam kedatangan, ringkasan kondisi pasien saat keluar dari gawat darurat, dan instruksi tindak lanjut asuhan.

Maksud dan Tujuan MIRM 13.1.1 Rekam medis pasien gawat darurat memuat waktu kedatangan dan keluar unit pelayanan gawat darurat. Informasi ini berlaku bagi semua pasien yang keluar dari rumah sakit maupun yang dipindahkan ke unit lain atau ke unit rawat inap. Saat keluar dari gawat darurat diartikan pasien secara fisik keluar meninggalkan unit gawat darurat, dapat pulang ke rumah atau dipindahkan ke unit lain atau unit rawat

inap atau dirujuk ke rumah sakit lain. Rekam medis juga memuat simpulan pada saat asuhan pasien selesai, kondisi pasien saat pindah atau dipulangkan, dan instruksi yang diberikan sebagai tindak lanjut pelayanan. Elemen Penilaian MIRM 13.1.1 1. Terdapat regulasi tentang RM pasien gawat darurat yang memuat waktu kedatangan dan keluar pasien, ringkasan kondisi pasien saat keluar dari gawat darurat, dan instruksi tindak lanjut asuhan. (R) 2. Rekam medis pasien gawat darurat memuat waktu kedatangan dan keluar dari unit pelayanan gawat darurat. (D,O) 3. Rekam medis pasien gawat darurat memuat ringkasan kondisi pasien saat keluar dari unit pelayanan gawat darurat. (D,O) 4. Rekam medis pasien gawat darurat memuat instruksi tindak lanjut asuhan. (D,O)

Standar MIRM 13.2 Regulasi rumah sakit mengidentifikasi mereka yang berhak untuk mengisi rekam medis pasien serta menentukan isi rekam medis dan format rekam medis. Maksud dan Tujuan MIRM 13.2 Rumah sakit menetapkan regulasi untuk mengidentifikasi individu yang berhak memperoleh hak akses dan mengisi (memasukkan catatan) ke dalam rekam medis pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Hal ini penting untuk menjaga keamanan informasi pasien. Proses yang efektif menentukan 1. individu yang mempunyai hak akses ke informasi dalam rekam medis; 2. jenis informasi yang dapat diakses; 3. kewajiban pengguna untuk menjaga kerahasiaan informasi; 4. proses yang dijalankan ketika kerahasiaan dan keamanan dilanggar.

Rumah sakit menetapkan format dan isi rekam medis yang terstandarisasi guna membantu meningkatkan integrasi dan kesinambungan pelayanan di antara profesional pemberi asuhan (PPA) dalam asuhan pasien, di samping itu ditetapkan juga proses pengisian dan koreksi/pembetulan. Elemen Penilaian MIRM 13.2 1. Terdapat regulasi yang menetapkan individu yang berwenang mengisi rekam medis dan memahami cara melakukan koreksi. (R) 2. Terdapat bukti yang mengisi RM hanya individu yang mendapat otoritas untuk mengisi rekam medis. (D,W) 3. Terdapat bukti individu yang berwenang mengisi rekam medis dan memahami cara melakukan koreksi. (W,O)

Standar MIRM 13.3 Setiap profesional pemberi asuhan (PPA) yang mengisi rekam medis menulis identitas setelah pencatatan dibuat. Maksud dan Tujuan MIRM 13.3 Terdapat proses untuk menjamin bahwa hanya profesional pemberi asuhan (PPA) yang diberi kewenangan yang mengisi rekam medis pasien dan bahwa setiap pengisian ditulis tanggal dan jam, serta identifikasi profesional pemberi asuhan (PPA) berupa nama jelas dan tandatangan/paraf. Elemen Penilaian MIRM 13.3 1. Pada setiap pengisian rekam medis dapat diidentifikasi dengan jelas PPA yang mengisi. (D,O) 2. Tanggal dan jam pengisian rekam medis dapat diidentifikasi. (D,O)

Standar MIRM 13.4 Dalam upaya perbaikan kinerja, rumah sakit secara teratur melakukan evaluasi atau review rekam medis.

Maksud dan Tujuan MIRM 13.4 Setiap rumah sakit sudah menetapkan isi dan format rekam medis pasien dan mempunyai proses untuk melakukan asesmen terhadap isi dan kelengkapan berkas rekam medis. Proses tersebut merupakan bagian dari kegiatan peningkatan kinerja rumah sakit yang dilaksanakan secara berkala. Review rekam medis berdasar atas sampel yang mewakili PPA yang memberikan pelayanan dan jenis pelayanan yang diberikan. Proses review melibatkan staf medis, keperawatan, serta PPA lainnya yang relevan dan mempunyai otorisasi untuk mengisi rekam medis pasien. (Lihat juga PMKP 4.1). Review berfokus pada ketepatan waktu, kelengkapan, dapat terbaca, keabsahan, dan lain-lain dari rekam medis serta informasi klinis. Isi rekam medis yang dipersyaratkan oleh peraturan dan perundang-undangan dimasukkan ke dalam proses review rekam medis. Review rekam medis di rumah sakit tersebut termasuk rekam medis pasien yang saat ini sedang dalam perawatan dan pasien yang sudah pulang. Hasil review dilaporkan secara berkala kepada Pimpinan RS. Elemen Penilaian MIRM 13.4 1. Rumah sakit menetapkan individu atau tim yang melakukan review rekam medis secara berkala. (R) 2. Rekam medis pasien di-review secara berkala. (D,W) 3. Review menggunakan sampel yang mewakili. (D,W) 4. Fokus review adalah pada ketepatan waktu, keterbacaan, dan kelengkapan

rekam medis. (D,W) 5. Proses review termasuk isi rekam medis harus sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan. (D,W) 6. Proses review termasuk rekam medis pasien yang masih dirawat dan pasien yang sudah pulang. (D,W) 7. Hasil review dilaporkan secara berkala kepada direktur rumah sakit. (D,W)

Standar MIRM 14 Kerahasiaan dan privasi informasi dijaga. Maksud dan Tujuan MIRM 14 Rumah sakit menjaga privasi dan kerahasiaan data serta informasi secara khusus dalam menjaga data dan informasi yang bersifat sensitif. Keseimbangan antara berbagi data dan kerahasiaannya diatur, termasuk data yang dapat diakses oleh pasien. Rumah sakit menetapkan tingkat privasi dan kerahasiaan yang dijaga untuk kategori beragam informasi (misalnya: rekam medis pasien, data riset, dan lainnya).

Elemen Penilaian MIRM 14 1. Terdapat regulasi mengenai privasi dan kerahasiaan informasi terkait data pasien dan hak akses terhadap isi rekam medis berdasar atas peraturan perundang-undangan.



(R) 2. Terdapat bukti regulasi dilaksanakan. (D, W) 3. Kepatuhan pelaksanaan regulasi dimonitor. (D,W)

Standar MIRM 15 Ringkasan pasien pulang (discharge summary) dibuat untuk semua pasien rawat inap. Maksud dan Tujuan MIRM 15 Ringkasan pasien pulang memberikan gambaran tentang pasien yang tinggal di rumah sakit. Ringkasan dapat digunakan oleh praktisi yang bertanggung jawab memberikan tindak lanjut asuhan. Ringkasan memuat hal 1. indikasi pasien masuk dirawat, diagnosis, dan komorbiditas lain; 2. temuan fisik penting dan temuan-temuan lain; 3. tindakan diagnostik dan prosedur terapi yang telah dikerjakan; 4. Obat yang diberikan selama dirawat inap dengan potensi akibat efek residual setelah obat tidak diteruskan dan semua obat yang harus digunakan di rumah; 5. kondisi pasien (status present); 6. ringkasan memuat instruksi tindak lanjut; 7. ringkasan pasien pulang dijelaskan dan ditandatangani oleh pasien/keluarga.

#### Elemen Penilaian MIRM 15

- Ringkasan pulang memuat riwayat kesehatan, pemeriksaan fisis, dan pemeriksaan diagnostik. (D,W) 2. Ringkasan pulang memuat indikasi pasien dirawat inap, diagnosis, dan komorbiditas lain. (D,W) 3. Ringkasan pulang memuat prosedur terapi dan tindakan yang telah dikerjakan. (D,W) 4. Ringkasan pulang memuat obat yang diberikan, termasuk obat setelah pasien keluar rumah sakit. (D,W) 5. Ringkasan pulang memuat kondisi kesehatan pasien (status present) saat akan pulang rumah sakit. (D,W) 6. Ringkasan pulang memuat instruksi tindak lanjut, serta dijelaskan dan ditandatangani oleh pasien dan keluarga. (D,W)