

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Rekam Medis

a. Pengertian

Pengertian Rekam Medis menurut Gemala Hatta yaitu merupakan kumpulan fakta tentang kehidupan seseorang dan riwayat penyakitnya, termasuk keadaan sakit, pengobatan saat ini dan saat lampau yang ditulis oleh para praktisi kesehatan dalam upaya mereka memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien (Sampurna dkk, 2005).

Jusuf Hanafiah dan Amri Amir memberikan pengertian rekam medis sebagai kumpulan keterangan tentang identitas, hasil anamnesis, pemeriksaan dan catatan segala kegiatan para pelayan kesehatan atas pasien dari waktu ke waktu (Hanafiah & Amir, 2007).

Pengertian rekam medis menurut pasal 1 ayat 1 Permenkes No.269/Menkes/Per/III/2008 yaitu disebutkan bahwa rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan

dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Permenkes, 2008).

b. Jenis Rekam Medis

Menurut Permenkes No. 269/Menkes/Per/III/2008 bahwa jenis rekam medis dibagi menjadi 2 (dua), yaitu :

1. Rekam Medis Konvensional
2. Rekam Medis Elektronik

c. Isi rekam medis

Isi rekam medis berdasarkan Konsil Kedokteran Indonesia (2016) meliputi :

1. Catatan

Catatan merupakan uraian tentang identitas pasien, pemeriksaan pasien, diagnosis, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain baik dilakukan oleh dokter dan dokter gigi maupun tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kompetensinya

2. Dokumen

Dokumen merupakan kelengkapan dari catatan tersebut antara lain foto rontgen, hasil laboratorium dan keterangan lain sesuai dengan kompetensi keilmuannya.

d. Kegunaan Rekam Medis

Menurut Departemen Kesehatan (2006), bahwa rekam medis memiliki beberapa kegunaan, antara lain :

1. Aspek Administrasi

Di dalam berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedic dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan. Kemudian pengolahan data-data medis secara komputerisasi akan memudahkan semua pihak yang berwenang dalam hal ini putugas administrasi di suatu instansi pelayanan kesehatan dapat segera mengetahui rincian biaya yang harus dikeluarkan oleh pasien selama pasien menjalani pengobatan di rumah sakit

2. Aspek Medis

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang

diberikan kepada seorang pasien dan dalam rangka mempertahankan serta meningkatkan mutu pelayanan melalui kegiatan audit medis, manajemen risiko klinis serta keamanan/keselamatan pasien.

3. Aspek Hukum

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena menyangkut masalah adanya jaminan kepastian atas dasar keadilan dalam rangka menegakkan hukum serta penyediaan bahan sebagai tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

4. Aspek Keuangan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang, karena mengandung data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan. Kaitannya rekam medis dengan aspek keuangan sangat erat sekali dalam hal pengobatan, terapi serta tindakan-tindakan apa saja yang diberikan kepada seorang pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit, oleh karena itu penggunaan sistem teknologi computer di dalam proses penyelenggaraan rekam medis sangat diharapkan sekali

untuk diterapkan pada setiap instansi pelayanan kesehatan.

5. Aspek Penelitian

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian karena isinya menyangkut data dan informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek pendukung penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

6. Aspek Pendidikan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, informasi tersebut dipergunakan sebagai bahan/referensi pengajaran di bidang profesi kesehatan.

7. Aspek Dokumentasi

Suatu rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan rumah sakit.

e. Faktor yang Mempengaruhi Kelengkapan Rekam Medis

Faktor-faktor yang mempengaruhi kelengkapan rekam medis antara lain (Lubis, 2009) :

- 1) Faktor sumber daya tenaga kesehatan, terutama dokter, paramedic perawatan dan petugas lainnya dalam ketaatan pengisian rekam medis.
- 2) Faktor sarana dan prasarana, adanya lembar/formulir status, tempat dan fasilitas untuk pengisian rekam medis
- 3) Faktor metode/standar prosedur pengisian rekam medis yang lengkap agar pengisiannya sesuai dengan standar operasional prosedur yang ada.
- 4) Faktor pembiayaan dan pengawasan, perlu adanya anggaran yang memadai untuk pengolahan data rekam medis serta perlu adanya pengawasan yang dilakukan secara berkesinambungan dan konsekuen.

f. Proses Pengolahan Rekam Medis

Menurut Departemen Kesehatan RI (2006), bahwa proses pengolahan rekam medis meliputi :

- 1) Penataan berkas rekam medis (*assembling*)
- 2) Pemberian kode (*coding*)

- 3) Tabulasi (*Indeksing*)
- 4) Statistik dan pelaporan rumah sakit
- 5) Korespondensi rekam medis
- 6) Analisa rekam medis
- 7) Sistem penyimpanan rekam medis (*Filling system*)
- 8) Sistem pengambilan rekam medis
- 9) Penyusutan (retensi) dan pemusnahan rekam medis

g. Analisis Kuantitatif Kelengkapan Rekam Medis

Menurut Huffman, EK (1999) dokumen rekam medis terdiri dari beberapa lembar formulir, beberapa formulir sering kali tidak lengkap dalam pengisian atau penulisannya di setiap item-itemnya, untuk mengetahui ketidaklengkapan formulir tersebut perlu dilakukan analisa kuantitatif. Analisa kuantitatif adalah suatu review area tertentu catatan medis untuk mengidentifikasi spesifik. Area yang ditentukan biasanya tertulis di dalam suatu prosedur yang dikembangkan bersama oleh manajer informasi kesehatan dan penyedia layanan kesehatan sesuai dengan aturan staf medis dan kebijakan administrasi dari fasilitas yang bersangkutan dan standart dari badan-badan lisensi, akreditasi dan sertifikasi. Tujuan Analisis

Kuantitatif Dokumen Rekam Medis adalah untuk menentukan sekiranya ada kekurangan agar dapat dikoreksi segera saat pasien masih dirawat, sebelum petugas yang mengisi dokumen rekam medis lupa. Hal ini dilakukan untuk menjamin efektifitas rekam medis dapat berkesinambungan, melindungi kepentingan hukum pasien, dokter dan rumah sakit serta dapat memenuhi persyaratan akreditasi dan sertifikasi.

h. Telaah Rekam Medis Standar KARS 2012

Telaah rekam medis pada akreditasi KARS 2012 menggunakan Telaah rekam medis yang telah disusun oleh *Joint Commission International* dalam *Survey Process Guide for Hospitals 5th Edition (2014)*. Berisi tentang standar-standar yang memerlukan pendokumentasian di dalam rekam medis. Alat yang digunakan untuk telaah rekam medis tersebut digunakan untuk instrument dalam penelitian ini (Terlampir)

2. Akreditasi Rumah Sakit

a. Pengertian

Akreditasi rumah sakit adalah pengakuan terhadap rumah sakit yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh menteri, setelah dinilai bahwa rumah sakit itu memenuhi standar pelayanan rumah sakit yang berlaku untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit secara berkesinambungan (Menkes RI, 2012)

Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit, dilakukan akreditasi. Akreditasi rumah sakit tersebut terdiri dari akreditasi nasional dan akreditasi internasional. Dalam PMK No. 012 Tahun 2012 tentang akreditasi rumah sakit disebutkan bahwa Rumah sakit wajib mengikuti akreditasi nasional. Dalam upaya meningkatkan daya saing, Rumah Sakit juga dapat mengikuti akreditasi internasional sesuai kemampuan. Rumah Sakit yang akan mengikuti akreditasi internasional harus sudah mendapatkan status akreditasi nasional. Adapun bagi Rumah Sakit yang telah mendapatkan status akreditasi nasional maupun akreditasi internasional, harus sudah mendapatkan status akreditasi

yang baru sebelum masa berlaku status akreditasi sebelumnya berakhir. Setiap rumah sakit yang telah mendapatkan ijin operasional dan beroperasi sekurang-kurangnya 2 (dua) tahun wajib mengajukan permohonan akreditasi (Menkes RI, 2012)

b. Tujuan Akreditasi

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 012 Tahun 2012 tentang akreditasi rumah sakit, disebutkan bahwa tujuan akreditasi yaitu :

- 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

c. Penyelenggaraan Akreditasi Nasional

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 012 Tahun 2012 tentang akreditasi rumah sakit, disebutkan bahwa penyelenggaraan akreditasi nasional meliputi :

- 1) Persiapan akreditasi

Persiapan akreditasi meliputi pemenuhan standar dan penilaian mandiri. Penilaian mandiri merupakan proses penilaian penerapan Standar Pelayanan Rumah Sakit dengan menggunakan instrument akreditasi. Penilaian mandiri ini bertujuan untuk mengukur kesiapan dan kemampuan rumah sakit dalam rangka survey akreditasi. Penilaian ini dilakukan oleh Rumah Sakit yang akan menjalani proses akreditasi

2) Bimbingan akreditasi

Bimbingan akreditasi merupakan proses pembinaan Rumah Sakit dalam rangka meningkatkan kinerja dalam mempersiapkan survey akreditasi. Bimbingan ini dilakukan oleh pembimbing akreditasi dari lembaga independen pelaksana akreditasi yang akan melakukan akreditasi. Pembimbing ini merupakan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan dalam membimbing Rumah Sakit untuk mempersiapkan akreditasi.

3) Pelaksanaan akreditasi

Pelaksanaan akreditasi meliputi :

a. Survei akreditasi

Survey akreditasi dilakukan oleh surveyor akreditasi dari lembaga independen pelaksana akreditasi yang merupakan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan dalam bidang kareiditasi untuk me;aksanakan survey akreditasi.

b. Penetapan status akreditasi

Penetapan status akreditasi dilakukan oleh lembaga independen pelaksana akreditasi berdasarkan rekomendasi dari surveyor akreditasi. Selain memberikan rekomendasi penetapan status akreditasi nasional, surveyor akreditasi harus memberikan rekomendai perbaikan-perbaikan yang harus dilakukan oleh rumah sakit untuk pemenuhan standar pelayanan rumah sakit. Rumah sakit yang telah mendapatkan status akreditasi nasional diwajibkan membuat perencanaan perbaikan strategis sesuai dengan rekomendasi

surveyor untuk memenuhi standar pelayanan rumah sakit yang belum tercapai

4) Kegiatan pasca akreditasi

Kegiatan pasca akreditasi dilakukan dalam bentuk survey verifikasi, yang hanya dilakukan oleh lembaga independen pelaksana akreditasi yang melakukan penetapan status akreditasi terhadap rumah sakit. Survey verifikasi ini bertujuan untuk mempertahankan dan/atau meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit sesuai dengan rekomendasi dari surveyor. Pelaksanaan kegiatan pasca akreditasi ini diatur oleh lembaga independen pelaksana akreditasi.

3. Standar Akreditasi Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) 2012

a. Gambaran Umum

Keputusan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan Nomor HK.02.02/I/2790/11 menetapkan tentang standar akreditasi rumah sakit terbaru yang berlaku terhitung 1 Januari 2012. Standar akreditasi rumah sakit ini merupakan upaya kementerian kesehatan menyediakan suatu perangkat yang

mendorong rumah sakit untuk senantiasa meningkatkan mutu dan keamanan pelayanan. Dengan penekanan bahwa akreditasi adalah suatu proses belajar, maka rumah sakit distimulasi melakukan perbaikan yang berkelanjutan dan terus menerus.

Standar akreditasi ini titik beratnya adalah focus pada pasien, disusun dengan mengacu pada sumber sumber sebagai berikut :

- 1) *International Principles for Healthcare Standards, A Framework for Requirement for Standards, 3rd Edition December 2007, International Society for Quality in Health Care (ISQua)*
- 2) *Joint Commision International Accreditation Standards for Hospitals, 4th Edition, 2011*
- 3) Instrumen Akreditasi Rumah Sakit, edisi 2007, Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS)
- 4) Standar-standar spesifik lainnya untuk rumah sakit.

Standar ini dikelompokkan menurut fungsi-fungsi dalam rumah sakit terkait dengan pelayanan pasien, upaya

menciptakan organisasi-manajemen yang aman, efektif, terkelola dengan baik. Fungsi-fungsi ini juga konsisten, berlaku untuk dan dipatuhi oleh setiap unit/bagian/instalasi.

Undang-undang no. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit mewajibkan rumah sakit menjalani akreditasi. Dengan demikian rumah sakit harus menerapkan standar akreditasi rumah sakit, termasuk standar-standar lain yang berlaku bagi rumah sakit sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit versi 2012.

b. Ketentuan Penilaian

1) Penilaian akreditasi rumah sakit dilakukan melalui evaluasi penerapan Standar Akreditasi Rumah Sakit KARS yang terdiri dari 4 (empat) kelompok standar :

- Standar Pelayanan Berfokus pada Pasien, terdapat 7 bab :

- Akses Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan (APK)
- Hak Pasien dan Keluarga (HPK)
- Asesmen Pasien (AP)
- Pelayanan Pasien (PP)

- Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)
 - Manajemen dan Penggunaan Obat (MPO)
 - Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK)
- Standar Manajemen Rumah Sakit, terdapat 6 bab :
- Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)
 - Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
 - Tata Kelola, Kepemimpinan dan Pengarahan (TKP)
 - Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)
 - Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS)
 - Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI)

- Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit, merupakan 1 bab yang terdiri dari 6 sasaran :

 - Ketepatan Identifikasi Pasien
 - Peningkatan Komunikasi yang Efektif
 - Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai
 - Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi
 - Pengurangan Risiko Infeksi Terakit Pelayanan Kesehatan
 - Pengurangan Risiko Pasien Jatuh

- Sasaran Millenium Development Goals
 - Penurunan Angka Kematian Bayi dan Peningkatan Kesehatan Ibu
 - Penurunan Angka Kesakitan HIV/AIDS
 - Penurunan Angka Kesakitan TB

- 2) Penilaian suatu Bab ditentukan oleh penilaian pencapaian (semua) standar pada bab tersebut, dan menghasilkan nilai persentasi bagi bab tersebut.
- 3) Penilaian suatu standar dilaksanakan melalui penilaian terpenuhinya Elemen Penilaian (EP), menghasilkan nilai persentase bagi standar tersebut
- 4) Penilaian suatu EP dinyatakan sebagai :
 - Tercapai Penuh (TP), diberikan skor 10
 - Temuan tunggal negative tidak menghalangi nilai tercapai penuh dari minimal 5 telusur pasien/pimpinan/staf
 - Nilai 80-100% dari temua atau yang dicatat dalam wawancara, observasi dan dokumen (misalnya 8 dari 10) dipenuhi.
 - Data mundur “tercapai penuh” adalah sebagai berikut :
 - ii. Untuk survey awal : selama 4 bulan ke belakang

iii. Untuk lanjutan : selama 12 bulan
ke belakang

- Tercapai Sebagian (TS), diberikan skor 5
 - Jika 20% sampai 79% (misalnya 2 sampai 8 dari 10) dari temuan atau yang dicatat dalam wawancara, observasi dan dokumen
 - Bukti pelaksanaan hanya dapat ditemukan di sebagian daerah/unit kerja yang seharusnya dilaksanakan.
 - Regulasi tidak dilaksanakan secara penuh atau lengkap
 - Kebijakan/proses sudah ditetapkan dan dilaksanakan tetapi tidak dapat dipertahankan
 - Data mundur Tercapai Sebagian adalah sebagai berikut :
 - i. Untuk Survei awal : 1 sampai 3 bulan mundur
 - ii. Untuk survey lanjutan : 5-11 bulan mundur

- Tidak Tercapai (TT), diberikan skor 0
 - Jika $\leq 19\%$ dari temuan yang dicatat dalam wawancara, observasi dan dokumen
 - Bukti pelaksanaan tidak dapat ditemukan di daerah/unit kerja dimana harus dilaksanakan
 - Regulasi tidak dilaksanakan
 - Kebijakan/proses tidak dilaksanakan
 - Data mundur “Tidak Tercapai” adalah sebagai berikut :
 - i. Untuk survey awal : kurang 1 bulan mundur
 - ii. Untuk survey lanjutan : kurang 5 bulan mundur
- Tidak Dapat Diterapkan (TDD), tidak masuk proses penilaian dan perhitungan

4. Mutu Pelayanan Kesehatan

a. Definisi

Mutu sebagai suatu konsep yang diterapkan dan dipraktikkan dengan cara dan gaya yang sama pada setiap keadaan. Pada umumnya mutu layanan kesehatan terfokus pada konsep bahwa layanan kesehatan memiliki tiga landasan utama yaitu mutu, akses dan biaya. Walaupun satu sama lain saling bergantung dan masing-masing dapat berdampak pada yang lain, mutu berdampak lebih kuat pada dua layanan lainnya (Al-Assaf, 2009).

Mutu dapat dicapai jika layanan yang terjangkau dapat diberikan dengan cara yang pantas, efisien, dan hemat biaya. Layanan bermutu adalah layanan yang terjangkau, dapat diberikan dengan cara yang pantas, efisien dan hemat biaya. Layanan bermutu adalah layanan yang berorientasi pelanggan, tersedia (*available*), mudah didapat (*accessible*), memadai (*acceptable*), terjangkau (*affordable*), dan mudah dikelola (*controllable*) (Al-Assaf, 2009).

b. Pengukuran Mutu Pelayanan Kesehatan

Pengukuran mutu pelayanan kesehatan dapat diukur dengan menggunakan 3 variabel (Mulyadi dkk, 2001), yaitu :

1. *Input* (Struktur) yaitu segala sumber daya yang diperlukan untuk melakukan pelayanan kesehatan seperti tenaga, dana, obat, fasilitas, peralatan, bahan, teknologi, organisasi, informasi dan lain-lain. Pelayanan kesehatan yang bermutu membutuhkan dukungan input yang bermutu pula. Hubungan struktur dengan mutu pelayanan kesehatan yaitu dalam perencanaan dan penggerakan pelaksanaan pelayanan.
2. Proses, yaitu interaksi profesional antara pemberi pelayanan dengan konsumen (masyarakat/pasien). Proses ini merupakan variable penilaian mutu yang penting.
3. *Output/outcome*, yaitu hasil pelayanan kesehatan, merupakan perubahan yang terjadi pada konsumen (masyarakat/pasien), termasuk kepuasan dari konsumen tersebut.

c. Akreditasi Sebagai Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit

Menurut Donabedian di dalam Poerwani & Sopacua (2006), bahwa mutu diukur dari apa yang terjadi pada interaksi *input* (struktur), proses dan *output* (luaran). Kegiatan akreditasi

berkaitan dengan struktur karena mengkaji semua hal yang ada di sana, dan sebagian proses. Sehingga dengan kata lain, bila struktur atau *input* baik, maka mungkin sekali mutu pelayanan juga baik.

Gambaran yang diberikan Lumenta dalam Poerwani & Sopacua (2006) yaitu bahwa hasil kajian mandiri dan survei akreditasi yang merupakan *peer review* akan menunjukkan sampai seberapa besar gap antara standar pelayanan di rumah sakit dan standar yang dicapai. Maka terlihat ada keeratan hubungan antara akreditasi dengan mutu pelayanan rumah sakit, sehingga bila kegiatan akreditasi dilaksanakan dengan berkelanjutan, tepat waktu sesuai lama berlaku status akreditasi dapat dikatakan sebagai upaya menjaga mutu pelayanan rumah sakit.

Rekam medis sendiri merupakan salah satu objek yang dinilai dalam akreditasi, yaitu dalam survey akreditasi KARS 2012 dilakukan telaah rekam medis tertutup. Telaah rekam medis dilakukan untuk mengetahui kelengkapan dokumentasi rekam medis (KARS, 2013). Kelengkapan rekam medis ini merupakan salah satu aspek indikator mutu pelayanan rumah sakit serta salah satu tolak ukur kinerja pelayanan dalam

menentukan capaian jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah (Mulyadi, 2006; Menkes RI, 2008). Sehingga telaah rekam medis tertutup dalam tahapan survei akreditasi dilakukan untuk mengetahui mutu pelayanan terkait rekam medis, salah satunya yaitu dengan melihat kelengkapan dokumentasi dalam rekam medis.

5. Keselamatan Pasien

a. Definisi

Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisa 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 yang seharusnya diambil (Permenkes, 2011).

b. Standar Keselamatan Pasien

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011 tentang keselamatan pasien rumah sakit, bahwa standar keselamatan pasien meliputi:

- 1) Hak Pasien
- 2) Mendidik pasien dan keluarga
- 3) Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan
- 4) Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.
- 5) Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.
- 6) Mendidik staf tentang keselamatan pasien
- 7) Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

c. Sasaran Keselamatan Pasien

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011, bahwa sasaran keselamatan pasien meliputi :

- 1) Ketepatan identifikasi pasien
- 2) Peningkatan komunikasi yang efektif
- 3) Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai

- 4) Kepastian tepat-lokasI, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi
- 5) Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
- 6) Pengurangan risiko pasien jatuh

d. Kelengkapan Rekam Medis sebagai Strategi Menjaga Keselamatan Pasien

Menurut Karp (2008) menyebutkan bahwa alasan pentingnya menjaga keakuratan dan kredibilitas rekam medis yaitu bahwa dokumentasi yang baik dalam rekam medis akan melindungi pasien. Rekam medis berisi informasi yang dibutuhkan oleh dokter tentang riwayat pengobatan yang diberikan kepada pasien. Sehingga ketidaklengkapan dalam rekam medis akan meningkatkan kesalahan dalam pemberian terapi yang bisa menyebabkan pasien terluka atau mengancam keselamatan pasien.

Disebutkan oleh Al-Qahtani (2015) bahwa komponen penting dari keselamatan pasien yang terdapat di dalam rekam medis antara lain yaitu kerahasiaan dan keamanan data dan informasi rekam medis; waktu retensi rekam medis; perlindungan data rekam medis pasien dari kerugian, kerusakan dan akses yang tidak sah; identifikasi pasien; dan sebagai

sarana komunikasi yang efektif antar profesional pemberi asuhan kesehatan.

Dokumentasi dalam rekam medis digunakan untuk mengurangi potensi *medical errors* dimana rekam medis merupakan aspek yang memainkan peran penting dalam membantu dokter dalam membuat keputusan. Tanpa kelengkapan rekam medis, maka akan menghabiskan banyak waktu, uang dan tidak bisa mengantisipasi tingginya kesalahan medis (Al-Qahtani, 2015)

B. Penelitian Terdahulu

1. Penelitian Nurhayati (2013)

Penelitian Nurhayati yang dilakukan di Rumah Sakit DKT Dr. Soetarto Yogyakarta ini bertujuan untuk mengetahui kesiapan kelengkapan dokumen terkait rekam medis sesuai penilaian elemen standar akreditasi 2012 dalam kelompok standar pelayanan berfokus pada pasien. Metode penelitian yang digunakan yaitu studi deskriptif dengan pendekatan kualitatif dan menggunakan desain penelitian *cross sectional*. Subjek yang diteliti yaitu petugas rekam medis, tim UGD, Bedah dan Perawat.

Persamaan penelitian ini dengan penelitian Nurhayati (2013) yaitu sama-sama mengkaji mengenai akreditasi KARS versi 2012.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian Nurhayati (2013) yaitu dalam penelitian ini menggunakan jenis penelitian analitik sedangkan pada penelitian Nurhayati menggunakan jenis penelitian deskriptif, pendekatan yang dipakai menggunakan kuantitatif sedangkan dalam penelitian Nurhayati (2013) menggunakan pendekatan kualitatif. Selain itu, penelitian Nurhayati (2013) dokumen rekam medis yang diteliti terbatas pada kelompok standar pelayanan berbasis pasien sedangkan pada penelitian ini mengangkat semua standar akreditasi dalam KARS 2012 yang berkaitan dengan dokumen rekam medis.

2. Penelitian Kartika Wahyu Widyaningrum (2013)

Penelitian Widyaningrum (2013) yang dilakukan di RS Jiwa Grhasia DIY bertujuan untuk mengetahui pengisian lembar resume dokter dalam pemenuhan standar akreditasi, mengetahui penyebab ketidak terisian lembar resume dokter dan upaya yang dilakukan petugas rekam medis dan profesi terkait dalam mengatasi permasalahan tersebut. Persamaan penelitian ini dengan penelitian yang dilakukan oleh Widyaningrum (2013) yaitu sama-sama mengkaji mengenai akreditasi KARS 2012.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian Widyaningrum (2013) yaitu pada penelitian Widyaningrum menggunakan pendekatan kualitatif untuk mengetahui kelengkapan lembar resume rekam medis, sedangkan penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif untuk mengkaji kelengkapan pengisian rekam medis berdasarkan standar KARS 2012. Selain itu perbedaan lainnya juga terdapat pada objek yang diteliti, jika pada penelitian Widyaningrum (2013) mengkaji tentang lembar resume saja, pada penelitian ini mengkaji seluruh elemen penilaian akreditasi yang berkaitan dengan rekam medis.

3. Penelitian Hastuti (2013)

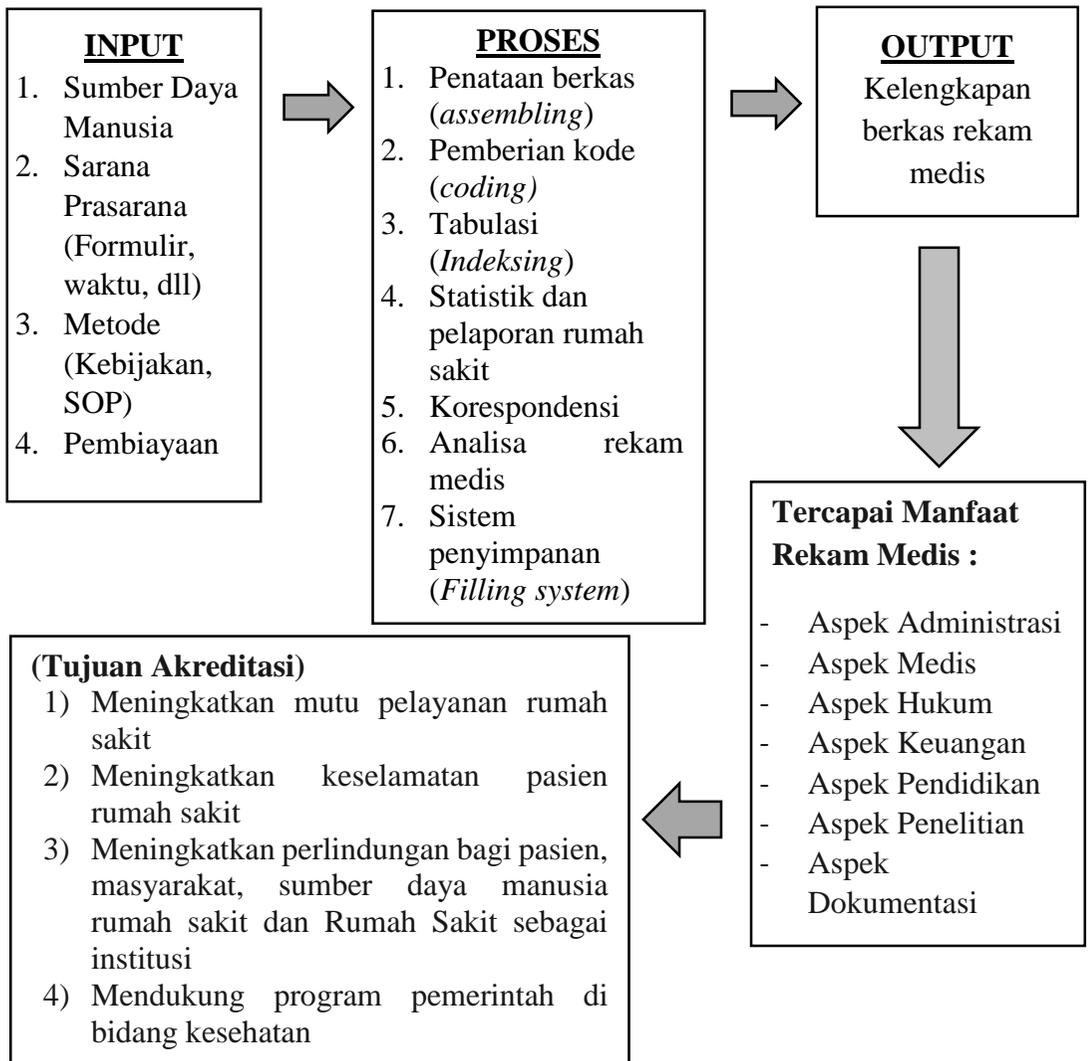
Penelitian Hastuti (2013) bertujuan untuk mengetahui kelengkapan ringkasan keluar (resume) berkas rekam medis rawat inap terkait persiapan akreditasi KARS 2012 dan mengetahui ketercapaian suatu elemen penilaian (EP) standar APK 3.2.1. akreditasi KARS 2012 di RSUD Sleman. Persamaan dengan penelitian ini yaitu sama-sama mengkaji tema akreditasi KARS 2012 terkait rekam medis.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian Hastuti (2013) yaitu pada penelitian Hastuti menggunakan pendekatan kualitatif untuk menilai kelengkapan ringkasan keluar sedangkan pada

penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif untuk mengkaji kelengkapan pengisian rekam medis berdasarkan standar KARS 2012. Selain itu perbedaan dengan penelitian Hastuti (2013) yaitu pada penelitian Hastuti (2013) hanya mengkaji elemen penilaian APK .3.2.1. KARS 2012 sedangkan pada penelitian ini mengkaji seluruh standar yang memerlukan dokumen rekam medis berdasarkan standar akreditasi KARS 2012.

C. Landasan Teori

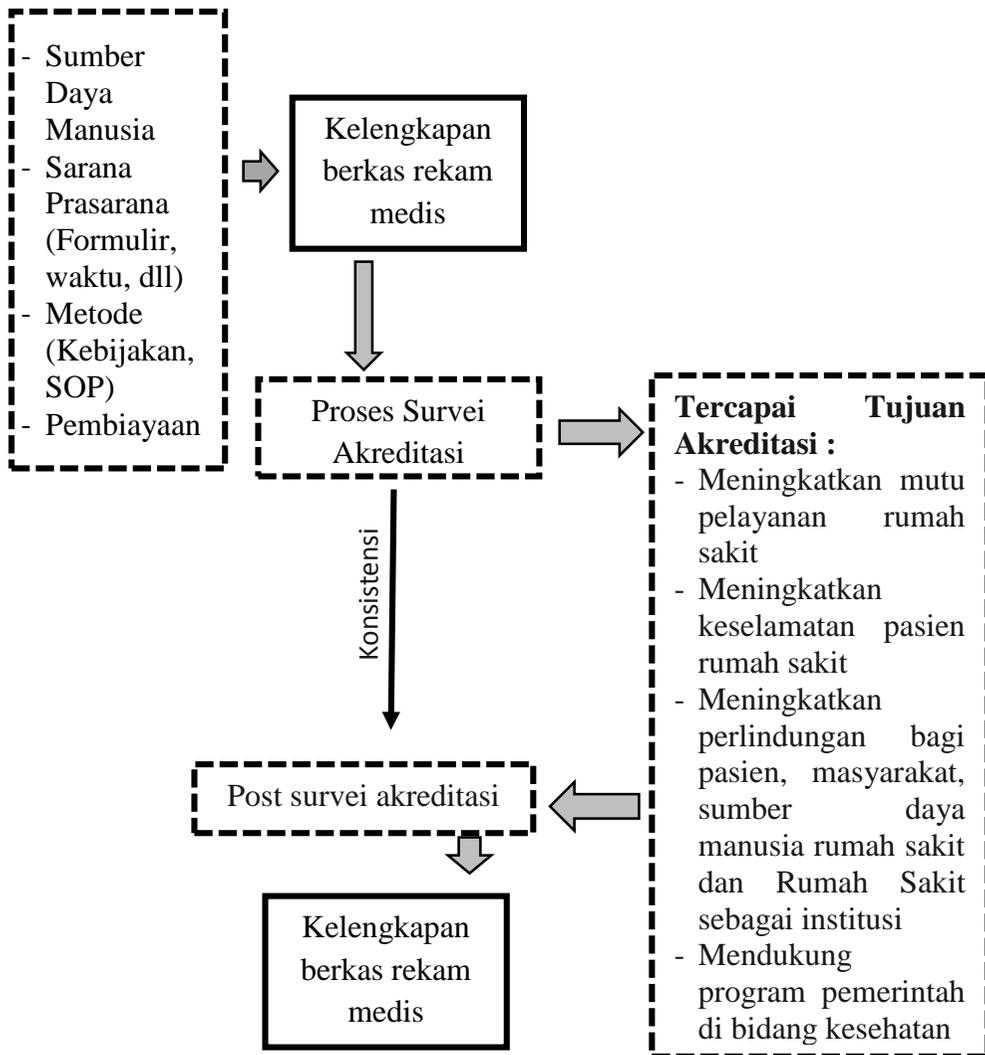
Berdasarkan telaah pustaka di atas, landasan teori yang digunakan dalam penelitian ini kami sajikan dalam bentuk bagan berikut :



Gambar 2.1 Landasan Teori

(Sumber : Depkes RI, 2006 ; Lubis, 2009 ; Karp, 2008 ; Menkes RI 2012; Al Qahtani, 2015)

D. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian