

# REVIEW PREPARATION OF ACCREDITATION STANDARDS MKI HOSPITAL IN A UNIT MEDICAL RECORD DR. R .SOEPRAPTO CEPU HOSPITAL 2015

Tri Mulyani Kusuma Dewi\*), Eti Rimawati\*\*)

\*) Alumni Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro

\*\*\*) Pengajar Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro

Jl. Nakula I No 5 – 11 Semarang

Email : [trimulyani702@gmail.com](mailto:trimulyani702@gmail.com)

## ABSTRACT

**Background :** *Rsud dr. r .Soeprapto cepu is class C hospital that will implement basic JCI (Joint Commission International) hospital accreditation. In the implementation of the accreditation. In this moment, the hospital is still at a phase of planning improvement for form and SOP that related to medical record. The objective of this research is to know the preparation of hospital accreditation at medical record unit that will be held at 2016.*

**Method :** *The kind of research which is used is descriptive with case study approachment. Data collection is done through observations towards MKI standard document in the preparation of accreditation and interview with three medical record officers who are take part in it. Data analysis which is used is descriptive that used table and narative.*

**Result :** *There are several results of the research. Second, form and SOP have been updated by the officers. Third, the officers of hospital have done comparative studies with Rembang hospital. Fourth, the officers have done outbond for presentation of the implementation for hospital accreditation. Fifth, the officers have been updated other documents that belong to the accreditation and hardfile. The obstacles are found in the preparation of accreditation, for example the limited of computer and printer, the limited of officers of medical record who prepare the accreditation, the cooperation and comunication among medical record officers don't run well and lack the rule of SOP update. Based on the result of the research, the researcher gives several suggestion. Fisrt, additional for equipment that support accreditation. Second, additional for medical record officers that prepare accreditation. Third, the officers of medical record have to built a good cooperation and communication. Fourth, the rule of SOP update must be increased. The medical record officers make schedule and work target so the works are more structured.*

Password : MKI Standard, Hospital Accrediting , Medical Record

Biodata Mahasiswa:

Nama : Tri Mulyani Kusuma Dewi  
Tempat & Tanggal Lahir : Blora, 31 Juli 1994  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Alamat : Ds. Sumber Pitu Rt 04/ Rw 01  
Kec. Cepu Kab. Blora

## PENDAHULUAN

Kebutuhan masyarakat akan jasa layanan kesehatan semakin tinggi, hal ini disebabkan karena semakin tingginya kesadaran masyarakat akan artinya kesehatan. Untuk menjawab kebutuhan masyarakat akan jasa layanan kesehatan, maka rumah sakit harus selalu berusaha untuk memenuhinya. Rumah sakit harus dapat meningkatkan kemampuan dalam melakukan pelayanan jasa kesehatan. Bagi pengelola maupun pemilik rumah sakit agar kegiatannya tetap berjalan maka peningkatan dilakukan dengan menambah teknologi kedokteran yang ada, tenaga paramedis, tenaga ahli di bidang kesehatan, serta tenaga ahli lainnya yang menunjang operasional rumah sakit.<sup>[1]</sup>

Mutu pelayanan merupakan hal yang penting bagi rumah sakit. Pelayanan kesehatan yang bermutu merupakan salah satu kebutuhan dasar yang diperlukan setiap orang. Layanan kesehatan yang bermutu adalah sebagai suatu layanan yang dapat memenuhi kebutuhan yang dirasakan dan diselenggarakan dengan cara yang sopan dan santun, tepat waktu, tanggap dan memberikan layanan yang memuaskan.<sup>[1]</sup>

Adapun tingkatan akreditasi itu terbagi atas tingkat dasar, madya, utama, dan yang paling tinggi adalah tingkat paripurna.<sup>[2]</sup> dimana tingkatan tersebut nantinya akan menjadi pacuan buat setiap rumah sakit dalam pelaksanaan akreditasi baik KARS (Komite Akreditasi Rumah Sakit) maupun JCI (*Joint Commission International*).

Upaya peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit salah satunya ditunjukkan dengan akreditasi rumah sakit. Akreditasi rumah sakit adalah suatu pengakuan dari pemerintah atau komite akreditasi nasional *Komite Akreditasi Rumah Sakit* (KARS) Indonesian dan *Commission on Accreditation*

*of Hospital and Other Health (ICAHO)* kepada rumah sakit dan saranakesehatan lainnya yang telah memenuhi standar yang telah ditetapkan.

Berdasarkan survei awal yang dilakukan oleh peneliti di RSUD dr. R. Soeprapto Cepu akan mengadakan akreditasi rumah sakit JCI (*Joint Commission International*) dasar pada standar MKI (Manajemen Informasi dan Komunikasi) dan masih terdapat kekurangan tentang perencanaan akreditasi tersebut khususnya bagian Instalasi Rekam Medis, sehingga masih perlu adanya persiapan lanjutan dari standar MKI secara menyeluruh di Instalasi Rekam Medis supaya pada saat Akreditasi Rumah Sakit Tahun 2016 dapat terlaksana dengan baik. Dengan berdasarkan pengamatan tersebut peneliti ingin meninjau seberapa besar persiapan Rumah Sakit di Unit Rekam Medis RSUD dr. R. Soeprapto Cepu menuju akreditasi tahun 2016.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif, yaitu penelitian yang dilakukan untuk menjelaskan hasil penelitian berdasarkan fakta tanpa membuat perbandingan atau hubungan. Proses pengambilan data dilakukan melalui observasi yaitu peneliti mengamati secara langsung keadaan masalah yang akan diteliti dengan menggunakan metode pendekatan secara studi kasus yaitu memahami atau mendalami suatu kejadian yang dianggap sebagai suatu masalah.<sup>[19]</sup> Variabel yang digunakan dalam penelitian ini yaitu : standar MKI 1, MKI 7, MKI 8, MKI 9, MKI 10, MKI 11, MKI 12, MKI 13, MKI 14, MKI 16, MKI 19, MKI 19.1, MKI 19.1.1, MKI 19.2, MKI 19.3, MKI 19.4, MKI 20, MKI 20.1, MKI 20.2, MKI 21. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini yaitu :Pedoman observasi yang berisi checklist terkait dokumen yang harus ada sesuai



Dari observasi diatas :

- 1) Standar MKI 1  
Belum terdapat standar tersebut karena tidak ada bukti print out dari pelaporan yang terkait dengan standar MKI 1
- 2) Standar MKI 7  
Pada bagian SOP tentang tenaga kesehatan yang dapat mengakses dokumen rekam medis belum terdapat bentuk fisik adanya SOP tersebut.
- 3) Standar MKI 8  
Pada bagian SOP tentang transfer pasien belum ada bentuk fisik yang menunjukkan telah dipersiapkan untuk akreditasi
- 4) Standar MKI 9  
Pada standar MKI 9 terkait dengan dokumen pendukung dalam akreditasi sudah terpenuhi/ sudah ada.
- 5) Standar MKI 10  
Dalam standar MKI 10 untuk SOP tentang akses pasien untuk mendapatkan informasi kesehatannya sudah diperbaharui akan tetapi belum ada bentuk fisik sebagai bukti adanya SOP tersebut.
- 6) Standar MKI 11  
Pada bagian dokumen yang terkait dengan standar MKI 11 yaitu SOP pengamanan dan kerahasiaan DRM sudah diperbarui akan tetapi masih belum ada bukti fisik telah dilakukannya pembaharuan tentang SOP.
- 7) Standar MKI 12  
Standar MKI 12 dokumen yang terkait adalah SOP tentang retensi dan pemusnahan Dokumen Rekam Medis sudah ada, namun tidak ada bentuk fisik sebagai bukti telah ada pembaharuan SOP tersebut.
- 8) Standar MKI 13  
Pada standar MKI 13 terkait dengan kode diagnosa, kode tindakan dan sebagainya sesuai dengan elemen yang terdapat dalam standar 13 sudah ada dan terdapat bentuk bentuk sebagai bukti.
- 9) Standar MKI 16  
Pada bagian SOP tentang kehilangan, perlindungan dan penyalahgunaan Dokumen Rekam Medis terkait Standar MKI 16 sudah ada tetapi untuk bentuk fisik sebagai bukti ada tidaknya dan dilakukannya pembaharuan belum terpenuhi.
- 10) Standar MKI 19  
Pada Standar MKI 19 dokumen yang terkait adalah pedoman/ kebijakan penyelenggaraan rekam medis sudah ada akan tetapi masih diperbaharui untuk akreditasi 2016, SOP tentang peminjaman dan pengembalian DRM sudah ada tetapi belum ada bentuk fisik sebagai bukti adanya SOP tersebut.
- 11) Standar MKI 19.1  
Pada standar MKI 19.1 dokumen yang terkait akreditasi sudah di perbaharui, akan tetapi untuk SOP belum ada bentuk fisik sebagai bukti sudah dilakukannya pembaharuan.
- 12) Standar MKI 19.1.1  
Pada standar MKI 19.1.1 tentang emergengy/ gawat darurat, dokumen yang terkait sudah terpenuhi akan tetapi SOP tentang pengisian formulir gawat darurat belum ada bentuk fisik sebagai bukti telah adanya SOP tersebut.
- 13) Standar MKI 19.2  
Pada standar MKI 19.2 untuk SOP tentang kelengkapan Dokumen Rekam Medis Medis dan pelepasan informasi belum ada bentuk fisik sebagai bukti adanya SOP tersebut.
- 14) Standar MKI 19.3  
Pada standar MKI 19.3 untuk SOP pengisian Formulir rekam medis sudah diperbaharui namun belum ada bentuk fisik yang digunakan sebagai bukti/ pacuan untuk adanya SOP tentang Pengisian Formulir Rekam Medis.

- 15) Standar MKI 19.4  
 Pada bagian SOP kelengkapan dokumen rekam Medis untuk standar MKI 19.4 sudah diperbaharui, akan tetapi masih belum ada bentuk fisik sebagai bukti telah adanya pembaharuan tentang SOP kelengkapan dokumen rekam medis.
- 16) Standar MKI 20  
 Pada standar MKI 20 bagian untuk hasil analisa data guna meningkatkan mutu rumah sakit sudah ada, tetapi bukti adanya pelaksanaan analisa data rumah sakit berbentuk fisik tidak ada.
- 17) Standar MKI 20.1  
 Pada standar MKI 20.1 untuk dokumen pelaporan rumah sakit serta pelaporan yang terkait dengan lembaga pemerintah telah dilakukan secara online, akan tetapi untuk bukti fisik adanya pelaporan telah dilakukan belum ada sama sekali.
- 18) Standar MKI 20.2  
 Pada standar MKI 20.2 dokumen yang terkait dengan akreditasi sudah ada/terpenuhi, namun untuk pelaporan rumah sakit tidak ada bentuk fisik yang menunjukkan adanya pelaporan dirumah sakit guna meningkatkan mutu pelayanan.
- 19) Standar MKI 21  
 Pada standar MKI 21 tentang adanya struktur organisasi rumah sakit dan rekam medis sudah ada dan sudah terlaksana

## 2. Hasil Wawancara

### a. Karakteristik

Tabel 4.2 Karakteristik Petugas Rekam Medis terkait akreditasi

Nama Petugas	Usia	Lama Kerja	Tingkat Pendidikan	Pelatihan saat kerja
W	51	23 th	SMA	Koding, penataan filing, simrs
H	28	5 th	DIII RMIK	workshop akreitasi rumah sakit
A	37	16 th	SMA	Rekam medis dasar

Berdasarkan tabel 4.2 diatas dapat dilihat bahwa responden yang berusia paling tua adalah 51th dan yang berusia paling muda adalah 28th. Lama kerja responden sejak bekerja di Rumah Sakit dr. R. Soeprpto Cepu berdasarkan tabel diatas yang paling lama adalah 23th dan paling rendah 5th. Sedangkan sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan SMA dan hanya satu yang memiliki tingkat pendidikan DIII Rekam Medis.

Pelatihan yang pernah diikuti oleh responden selama bekerja di Rumah Sakit dr. R. Soeprpto Cepusemuanya pelatihan tentang rekam medis, akan tetapi hanya satu petugas rekam medis yang mendapat pelatihan terkait dengan persiapan akreditasi rumah sakit di unit rekam medis.

### b. Pertanyaan

Tabel 4.3 Rekapitulasi jawaban petugas rekam medis

Pertanyaan	Petugas W	Petugas H	Petugas A
1. Apa yang sudah disiapkan untuk Akreditasi di Unit Rekam Medis?	a. study banding di Rumah Sakit Rembang belum maksimal b. outbond presentasi untuk pokja termasuk pokja MKI	a. form baru SOP terkait Rekam Medis revisi BPPRM	sarana prasarana kurang memadai dan form berkas baru difiling
2. Bagaimana dokumen yang terkait dengan persiapan akreditasi? Berapa persen persiapannya?	untuk pokja MKI sudah berjalan 50%	a. hampir 70% sudah selesai dokumen terkait akreditasi sudah dilakukan pembaharuan	sudah berjalan 50%
3. Apa saja yang belum disiapkan untuk akreditasi di unit rekam medis?	a. dokumen rekam medis (formRM baru) masih diperbaiki b. self assesment belum mencapai 10% karena percetakan RM belum bisa terpenuhi	a. belum proses percetakan formulir b. percetakan dan pembaharuan SOP	a. tataruang filing yang belum memadai b. petugas filing kurang memadai
4. Kendala/ hambatan apa yang terjadi saat persiapan akreditasi?	SDM (sumber daya manusia) dari staff RM (kurang adanya komunikasi dan kerjasama)	a. sumber daya manusia kurang memadai b. komunikasi dengan pokja lain tidak berjalan lancar c. sarana prasarana kurang d. kurangnya panduan tetap terkait akreditasi rumah sakit.	a. komunikasi dan kerjasama anatar petugas filing kurang memadai b. sumber daya manusia kurang memadai.

Berdasarkan tabel 4.3 dari hasilrekapitulasi jawaban petugas rekam medis terhadap empat pertanyaan tentang persiapan akreditasi rumah sakit yang sudah dipersiapkan yaitu sebagian besar formulir – formulir atau dokumen yang terkait dengan rekam medis serta study banding dengan rumah sakit rembang telah dilaksanakan,

persiapan dokumen yang terkait akreditasi sudah berjalan 50% untuk pokja – pokja MKI, sedangkan yang belum dipersiapkan secara menyeluruh yaitu self assesment baru mencapai 10% dikarenakan percetakan rekam medis belum bisa memenuhi target, serta kendala/ hambatan terkait persiapan akreditasi rumah sakit yaitu sebagian petugas mengatakan kurangnya sumber daya manusia (petugas rekam medis) untuk mempersiapkan akreditasi di unit rekam medis dan sarana prasarana kurang memadai serta panduan/ pedoman dalam melaksanakan akreditasi untuk petugas rekam medis yang kurang akurat.

## PEMBAHASAN

Peran Staf Rekam Medis dalam Menghadapi Akreditasi Rumah Sakit dan Akreditasi JCI Menurut Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 pasal 40, disebutkan bahwa:

1. Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal 3 (tiga) tahun sekali.
2. Akreditasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh suatu lembaga independen baik dari dalam maupun luar negeri berdasarkan standar akreditasi yang berlaku.
3. Lembaga independen yang dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh Menteri.<sup>[3]</sup>

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti RSUD dr. R. Soeprapto Cepu pernah melakukan akreditasi pada tahun 2012, sehingga sesuai dengan UU Nomor 44 tahun 2009 setiap rumah sakit harus memperpanjang masa akreditasi yang pernah didapat/ meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit secara berkala. Sehingga RSUD dr. R. Soeprapto Cepu akan mengadakan Akreditasi JCI dasar standar MKI pada tahun 2016 guna memperbaiki mutu pelayanan yang ada di rumah sakit.<sup>[14]</sup>

Dari hasil observasi yang dilakukan peneliti masih terdapat beberapa proses dalam persiapan akreditasi yang belum mendapatkan persetujuan dari direktur rumah sakit, mengingat bahwa rumah sakit akan mendapatkan bimbingan pertama yang akan diadakan pada bulan agustus 2015. Dalam bimbingan pertama/ simulasi rumah sakit harus dapat mempersiapkan segala hal yang terkait dengan akreditasi. Dengan begitu rumah sakit dapat mengetahui berapa nilai skor sementara yang telah didapat saat ini. Ketentuan penilaian skor akreditasi rumah sakit adalah sebagai berikut :

Tabel 4.4 ketentuan penilaian skor akreditasi rumah sakit<sup>[13]</sup>

SKOR	PENENTUAN SKOR
Skor 10	<p>a. Temuan tunggal negatif tidak menghalangi nilai "tercapai penuh" dari minimal 5 telusurpasi / pimpinan / staf.</p> <p>b. Nilai 80% - 100% dari temuan atau yang dicatat dalam wawancara, observasi dan dokumen (misalnya, 8 dari 10) dipenuhi.</p> <p>c. Data mundur "tercapai penuh" adalah sebagai berikut :            1) Untuk survei awal : selama 4 bulan ke belakang            2) Survei lanjutan : selama 12 bulan ke belakang</p>
Skor 5	<p>a. Jika 20% sampai 79% (misalnya, 2 sampai 7 dari 10) dari temuan atau yang dicatat dalam wawancara, observasi dan dokumen.</p> <p>b. Bukti pelaksanaan hanya dapat ditemukan di sebagian area / unit kerja yang seharusnya dilaksanakan.</p> <p>c. Regulasi tidak dilaksanakan secara penuh / lengkap.</p> <p>d. Kebijakan / proses sudah ditetapkan dan dilaksanakan tetapi tidak dapat dipertahankan.</p> <p>e. Data mundur sebagai berikut :            1) Untuk survei awal : 1 sampai 3 bulan mundur            2) Untuk survei lanjutan : 5 sampai 11 bulan mundur</p>
Skor 0	<p>a. Jika &lt; 19 % dari temuan atau yang dicatat dalam wawancara, observasi dan dokumen.</p> <p>b. Bukti pelaksanaan tidak dapat ditemukan di area / unit kerja dimana harus dilaksanakan.</p> <p>c. Regulasi tidak dilaksanakan.</p> <p>d. Kebijakan / proses tidak dilaksanakan.</p> <p>f. Data mundur sebagai berikut :            1) Untuk survei awal : kurang 1 bulan mundur.            2) Untuk survei lanjutan : kurang 5 sampai 11 bulan mundur</p>
TDD (Tidak Dapat Diterapkan)	Sebuah Elemen Penilaian (EP) dinilai tidak dapat diterapkan jika persyaratan dari EP tidak dapat diterapkan berdasar atas organisasi rumah sakit, pelayanan, populasi, pasien dan sebagainya, contohnya organisasi rumah sakit tidak melakukan riset

Sesuai dengan tabel ketentuan penilaian diatas peneliti ingin mengetahui seberapa besar skor yang didapat dalam Persiapan Akreditasi Rumah Sakit yang telah dilakukan petugas rekam medis dididat dari 19 standar yang terkait rekam medis, akan tetapi dari segala sesuatunya yang telah dipersiapkan masih terdapat sebagian dokumen yang belum terlaksana yaitu Pembaharuan SOP yang belum ada

bentuk fisik dan persetujuan dari direktur rumah sakit.

Menurut Gareth R. Jones “SOP merupakan bagian dari peraturan tertulis yang membantu untuk mengontrol perilaku anggota organisasi . SOP mengatur cara pekerja untuk melakukan peran keorganisasiannya secara terus menerus dalam pelaksanaan tugas dan tanggung jawab organisasi.”<sup>[4]</sup> sehingga perlu adanya pembaharuan SOP dan segera mendapatkan persetujuan dari direktur agar SOP dapat digunakan untuk pentunjuk petugas rekam medis dalam mengontrol perilaku dan mengatur bagaimana langkah – langkah yang digunakan untuk bekerja.

Pelaporan data Rumah Sakit sangatlah penting baik didalam kepentingan rumah sakit maupun diluar rumah sakit, dalam penelitian Januar Wibowo menyatakan data – data yang dibutuhkan rumah sakit nantinya akan diberikan kepada direktur rumah sakit dan dinas kesehatan yang digunakan untuk melihat perkembangan rumah sakit dari segi kunjungan yang dapat dihubungkan dengan pelayanan kepada pasien.<sup>[16]</sup> sesuai dengan standar MKI 19.4 tentang panduan upaya untuk peningkatan mutu pelayanan rumah sakit, standar MKI 20 tentang analisa data dalam peningkatan mutu pelayanan, standar MKI 20.1 tentang pelaporan data dan laporan data lembaga pemerintah, serta standar MKI 20.2 tentang pelaporan sesuai ketentuan rumah sakit dan analisa data dengan data diluar rumah sakit sangat penting untuk melihat perkembangan rumah sakit dan meningkatkan mutu pelayanan yang ada di rumah sakit.

Menurut Gilbony tentang kegunaan Rekam Medis yang dirumuskan dengan ALFRED yaitu *Administration, Legal, Financial, Reseachr, Education, dan Documentation.*<sup>[5]</sup> *Administration* tentang

data dan informasi yang dihasilkan rekam medis dapatdigunakan manajemen untuk melaksanakan fungsinya guna pengelolaan berbagaisumber daya, sesuai dengan standar MKI 1 tentang data populasi pasien rumah sakit, dengan adanya data yang dihasilkan dari rekam medis tersebut rumah sakit bisa mempergunakan untuk manajemen sesuai fungsi atau kegunaan dari data pasien rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat.

*Legal* tentang dokumen rekam medis dapat digunakan sebagai alat buktihukum yang dapat melindungi hukum terhadap pasien, *provider* kesehatan (dokter,perawat, dan tenaga kesehatan lainnya) serta pengelola dan pemilik sarana pelayanankesehatan. sesuai dengan standar MKI yang terkait dengan keamanan (MKI 11) dan perlindungan, kehilangan, kerusakan dan penyalahgunaan DRM pasien (MKI 16) yang harus dijaga, dirawat dan dipelihara agar tidak mudah rusak baik fisik maupun isi dari rekam medis, seperti yang tercantum dalam Permenkes No 269 tahun 2008 tentang rekam medis pada Bab V pasal 12 : (1) berkas rekam medis milik sarana pelayanan kesehatan, (2) isi rekam medis merupakan milik pasien dan pasal 14 yang berisi “pimpinan sarana pelayanan kesehatan bertanggung jawab atas hilang, rusak, pemalsuan, dan/atau penggunaan oleh orang atau badan yang tidak berhak terhadap rekam medis.”<sup>[6]</sup> sehingga Rumah Sakit harus menjaga Kerahasiaan dari isi Rekam Medis.

*Reseachr* adalahdokumen rekam medis yang berisi berbagai macam sehingga dapat dilakukan penelusuran guna kepentingan penelitian, sesuai dengan Standar MKI 19 tentang SOP peminjaman Dokumen Rekam Medis baik

guna dalam pelayanan maupun penelitian harus dapat segera tercetak karena pastinya banyak mahasiswa yang nantinya akan meminjam DRM pasien tertentu untuk Tugas Akhir dsb. pada Permenkes nomor 269 tahun 2008 pasal 13 ayat (1) yang berisi “pemanfaatan Dokumen Rekam Medis dapat sebagai : keperluan pendidikan dan penelitian.”<sup>[6]</sup> perlu adanya SOP supaya tenaga kesehatan lainnya mengerti bagaimana cara meminjam DRM.

*Documentation* adalah rekam medis sebagai dokumen karena memiliki sejarah medis seseorang. sesuai Standar MKI 12 tentang SOP retensi dan pemusnahan Rekam Medis yang harus ada karena setiap tahun petugas *filing* harus dapat meretensi DRM sesuai tahun terakhir pasien mendapat pelayanan kesehatan. pada Permenkes nomor 269 tahun 2008 pasal 8 ayat (1) “rekam medis pasien rawat inap di rumah sakit wajib disimpan sekurang – kurangnya untuk jangka waktu 5 (lima) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan.” Ayat (2) “setelah batas waktu 5 (lima) tahun sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilampaui, rekam medis dimusnahkan, kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik”, dan pasal 9 ayat (1) “rekam medis pada sarana pelayanan kesehatan non rumah sakit wajib disimpan sekurang – kurangnya untuk jangka waktu 2 (dua) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat”, ayat (2) “setelah batas waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilampaui, rekam medis dapat dimusnahkan”.<sup>[6]</sup> sehingga petugas *filing* mendapat pedoman untuk bagaimana retensi DRM dan kapan DRM dapat dimusnahkan serta dokumen apa saja yang harus di abadikan/ tidak dimusnahkan.

Akan tetapi dengan adanya dokumen yang belum terlaksana akan membuat kesulitan untuk rumah sakit dalam

akreditasi nantinya, akan berdampak pada kelulusan akreditasi rumah sakit tahun 2016, untuk mendapat kelulusan dalam akreditasi terdapat ketentuan yang telah ditetapkan oleh pihak akreditasi yaitu :

1. Persiapan telah mencapai 80% sebelum bimbingan pertama
2. Peningkatan akreditasi yang akan datang dengan akreditasi sebelumnya harus lebih besar
3. Tiga bulan sebelum akreditasi rumah sakit semua persiapan harus mencapai 100% dari standar yang terkait
4. Satu bulan sebelum hari pelaksanaan akreditasi, pihak rumah sakit harus mendaftar dan mengirim draft serta pembayaran administrasi.
5. Apabila rumah sakit tidak dapat memenuhi sesuai dengan standar maka akreditasi dinyatakan tidak lulus\
6. Tidak ada remedial untuk akreditasi rumah sakit

Sehingga dengan begitu rumah sakit harus segera mempersiapkan secara menyeluruh untuk akreditasi tahun 2016. Akreditasi Rumah Sakit harus dipersiapkan secara matang/ menyeluruh baik dalam data, dokumen, sarana – prasarana, dan petugas yang ikut serta dalam akreditasi. RSUD dr. R. Soeprpto Cepu telah mempersiapkan segala yang terkait akreditasi, Adapaun beberapa hal yang menjadi hambatan/ kendala selama mempersiapkan akreditasi rumah sakit tentunya di unit rekam medis yaitu :

- a. Sarana – prasarana yang kurang mendukung dalam mempersiapkan akreditasi.
- b. Self assesment yang belum mencapai target dikarenakan percetakan yang belum bisa memenuhi permintaan.
- c. Sumber Daya Manusia (SDM) yang kurang memadai untuk melakukan persiapan akreditasi.

- d. Panduan/ pedoman yang kurang untuk memicu pihak/ petugas pengurus akreditasi di rumah sakit dalam melakukan persiapan.
- e. Kurangnya pelatihan tentang akreditasi rumah sakit tentunya di unit rekam medis.

Berdasarkan hambatan/ kendala yang ada kemungkinan besar disebabkan oleh terbatasnya sarana – prasarana dalam persiapan akreditasi rumah sakit, terbatasnya petugas rekam medis serta ketidakaktifan petugas dalam mengikuti rapat persiapan pelaksanaan akreditasi rumah sakit dan kurangnya kerjasama/ komunikasi antara petugas satu dengan petugas lainnya dalam mempersiapkan akreditasi rumah sakit di Unit Rekam Medis.

## KESIMPULAN

1. Persiapan yang telah dilakukan RSUD dr. R. Soeprapto Cepu dalam pelaksanaan Akreditasi Rumah Sakit tahun 2016 dari 19 standar MKI di Unit Rekam Medis yaitu :
  - a. SOP untuk mendukung 19 standar MKI sudah disusun, tapi belum ada bukti fisiknya dan belum disahkan oleh pihak yang berwenang.
  - b. Formulir yang terkait dengan 19 standar MKI sudah disusun dan dicetak, tapi belum ada pengesahan dari pihak yang berwenang
  - c. Acara terkait dengan Akreditasi yang sudah dilaksanakan yaitu :
    - 1) Studi banding dengan Rumah Sakit Rembang
    - 2) Outbond untuk presentasi pelaksanaan Akreditasi Rumah Sakit
2. Kendala/ Hambatan yang terjadi saat persiapan Akreditasi Rumah Sakit di Unit Rekam Medis tahun 2016, banyak hal yang masih dalam kendala yaitu
  - a. sarana prasarana seperti kurangnya komputer yang akan digunakan untuk

melaksanakan tugas persiapan akreditasi dan tidak adanya printer di Unit Rekam Medis, serta percetakan Unit Rekam medis tidak segera memproses cetak dokumen – dokumen yang sudah disiapkan

- b. kurangnya petugas rekam medis yang ikut andil dalam persiapan Akreditasi Rumah Sakit, kerjasama dan komunikasi antar petugas rekam medis yang mempersiapkan Akreditasi tidak berjalan lancar, dan
- c. kurangnya pedoman untuk pembaharuan SOP dan dokumen lain yang terkait Akreditasi.

## SARAN

1. Berdasarkan hasil observasi tentang persiapan akreditasi rumah sakit di unit rekam medis masih terdapat beberapa hal yang harus segera dipersiapkan segala sesuatu terkait dokumen – dokumen yang masih berbentuk soffile untuk segera memproses dalam pencetakan dan SOP harus segera disahkan oleh pihak yang berwenang agar pada saat bimbingan pertama akreditasi rumah sakit bulan agustus dapat berjalan dengan lancar dan dapat digunakan untuk petugas Rekam Medis dalam keseharian pekerjaan.
2. Perlu penambahan sarana – prasarana seperti komputer, dan printer untuk persiapan akreditasi rumah sakit agar lebih cepat dalam memenuhi dokumen yang belum tercapai dan penambahan Sumber Daya Manusia atau petugas rekam medis dalam persiapan akreditasi agar cepat selesai.
3. Kerjasama dan komunikasi antar petugas harus lebih ditingkatkan supaya segala hal kegiatan atau dokumen untuk mempersiapkan akreditasi cepat selesai serta membuat

jadwal dan target kerja supaya pekerjaan lebih terstruktur.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Poewarni, S. and E. Sopacua .2006. *Akreditasi Sebagai Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit*. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan vol.9 (No.3): 125-133.
2. Kars.co.id. 2015. Tingkatan Akreditasi Rumah Sakit
3. Undang – undang Republik Indonesia No. 44 tahun 2009
4. Jones, Gareth R. 2001. *Organizational Theory, design, change*. Bennett's Machine Shop, Inc. America
5. Permenkes No 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis.
6. Notoatmojo, Soekidjo. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta.