

Lampiran 1 PEDOMAN WAWANCARA

Dalam upaya memperoleh data, penelitian ini menggunakan wawancara sebagai salah satu metode untuk melakukan pengkajian data secara mendalam. Berikut ini merupakan pedoman wawancara yang ditujukan kepada responden yang sama.

Tabel 6
Pedoman Wawancara

| Variabel | Pertanyaan Wawancara | Responden |
|---|--|--|
| Langkah dalam Pemenuhan dokumen standar manajemen komunikasi dan informasi di instalasi rekam medis dan informasi kesehatan | 1. Bagaimana melengkapi semua elemen penilaian pada bab manajemen komunikasi dan informasi? | Pokja Manajemen Komunikasi dan Informasi Instalasi rekam Medis dan Informasi Kesehatan |
| | 2. Apa kendala yang menghambat pemenuhan standar pada elemen penilaian bab manajemen informasi dan komunikasi? | |

Lampiran 2 Daftar Kelengkapan Dokumen Akreditasi pada bab MKI yang terkait

RMIK

| No. | Kelengkapan Dokumen yang seharusnya ada |
|-----|--|
| 1. | Kebijakan Praktisi Kesehatan yang Memiliki Akses ke Berkas Rekam Medis |
| 2. | Kebijakan Ketersediaan Rekam Medis |
| 3. | Kebijakan dan Panduan Transfer Pasien |
| 4. | Kebijakan Perencanaan Manajemen Informasi |
| 5. | Kebijakan Menjaga Privasi dan Kerahasiaan Informasi |
| 6. | Kebijakan Hak Pasien atas Akses Informasi |
| 7. | Kebijakan Keamanan Informasi dan Integritas Data |
| 8. | Kebijakan Pengaturan Keamanan Dan Permintaan Informasi |
| 9. | Kebijakan Praktisi Kesehatan yang Memiliki Akses ke Rekam Medis |
| 10. | Kebijakan, Pedoman, panduan, SPO Retensi dan Pemusnahan Rekam Medis |
| 11. | Kebijakan dan Panduan Penggunaan Standar Kode Diagnosa dan Prosedur |
| 12. | Kebijakan dan Panduan Standarisasi Definisi yang digunakan |
| 13. | Kebijakan dan Panduan Standarisasi Singkatan dan Simbol yang |

| | |
|-----|--|
| | digunakan |
| 14. | Kebijakan Perlindungan Rekam Medis dari Kerusakan, Penyalahgunaan, Gangguan dan Kehilangan |
| 15. | Kebijakan Diseminasi Data dan Informasi |
| 16. | Kebijakan Autentifikasi Catatan Medis |
| 17. | Kebijakan Penggunaan Data Eksternal |
| 18. | Kebijakan Instalasi RMIK sebagai Tempat Pendidikan |
| 19. | Kebijakan Penggunaan Format Laporan Eksternal |
| 20. | Kebijakan Akses Jurnal |
| 21. | Buku Pedoman Penyelenggaraan dan Pengorganisasian Rekam Medis |

Lampiran 3 Hasil Survei Simulasi

Tabel 2
Hasil Survei Simulasi

| Standar | No | Elemen Penilaian | Fakta dan Analisa | Rekomendasi |
|--|----|---|--|--|
| MKI. 7. Berkas rekam medis pasien tersedia bagi praktisi kesehatan untuk memfasilitasi komunikasi tentang informasi yang penting.) | 1 | Kebijakan (policy) menetapkan tentang praktisi kesehatan yang mempunyai akses ke berkas rekam medis pasien. | Belum semua kebijakan yang menetapkan akses ke berkas medis dibuat | agar dibuat kebijakan yang menetapkan tentang praktisi kesehatan yang mempunyai akses ke berkas rekam medis pasien |

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| (Berkas rekam medis pasien tersedia bagi praktisi kesehatan untuk memfasilitasi komunikasi tentang informasi yang penting.) | 2 | Berkas rekam medis tersedia bagi para praktisi yang membutuhkannya untuk asuhan pasien. (lihat juga AP.1.2, Maksud dan Tujuan, dan AP.1.5, EP 2) | sudah tersedia berkas rekam medis tetapi belum semua tercakup | agar disediakan berkas rekam medis bagi para praktisi yang membutuhkannya untuk asuhan pasien |
| (Berkas rekam medis pasien tersedia bagi praktisi kesehatan untuk memfasilitasi komunikasi tentang informasi yang penting.) | 3 | Berkas rekam medis di perbaharui (up date) untuk menjamin komunikasi dengan informasi mutakhir. | belum semua informasi mutakhir dapat dikomunikasikan | agar berkas rekam medis diperbaharui untuk menjamin komunikasi dengan informasi mutakhir |
| MKI. 8.(Informasi yang berkaitan dengan asuhan pasien ditransfer bersama dengan pasien.) | 6 | Resume/ringkasan berisi obat- obatan atau pengobatan lainnya. | belum semua pengobatan masuk dalam ringkasan pasien | agar lebih diperbaiki pendokumentasian resume terutama tentang riwayat pengobatan |
| (Informasi yang berkaitan dengan asuhan pasien ditransfer bersama dengan pasien.) | 7 | Resume/ringkasan berisi kondisi pasien saat dipindah (transfer) | belum semua rekam medis berisi kondisi pasien saat transfer | agar kondisi pasien saat transfer didokumentasikan dengan lebih baik |
| MKI. 9.(Rumah sakit merencanakan dan merancang proses manajemen informasi untuk memenuhi kebutuhan informasi internal maupun eksternal.) | 1 | Kebutuhan informasi dari para pemberi pelayanan klinis dipertimbangkan dalam proses perencanaan. | belum semua keperluan informasi dari pemberi pelayanan dipertimbangkan dalam rencana | agar dalam proses perencanaan mempertimbangkan keperluan informasi tertentu dari para pemberi pelayanan |
| (Rumah sakit merencanakan dan merancang proses manajemen informasi untuk memenuhi kebutuhan informasi internal maupun eksternal.) | 3 | Kebutuhan informasi dan persyaratan individu dan agen di luar rumah sakit dipertimbangkan dalam proses perencanaan. | belum semua dipertimbangkan dalam proses perencanaan | agar dalam proses perencanaan selalu dipertimbangkan keperluan informasi dan persyaratan individu di luar rumah sakit |

| | | | | |
|---|---|--|---|---|
| MKI.10.(Kerahasiaan dan privasi informasi dijaga) | 2 | Kebijakan menjabarkan sejauh mana pasien mempunyai akses terhadap informasi kesehatan mereka dan proses untuk mendapatkan akses bila diizinkan. (lihat juga HPK.1.6, Maksud dan Tujuan) | belum semua kebijakan mengatur sejauh mana akses terhadap informasi kesehatan | agar dibuat kebijakan yang menjabarkan sejauh mana pasien mempunyai akses terhadap informasi kesehatan mereka dan proses untuk mendapatkan akses bila diizinkan |
| (Kerahasiaan dan privasi informasi dijaga) | 3 | Kebijakan tersebut dilaksanakan | belum semua pelaksanaan untuk akses informasi sesuai | agar dipantau dan didokumentasikan kebijakan yang mengatur akses informasi |
| (Kerahasiaan dan privasi informasi dijaga) | 4 | Kepatuhan terhadap kebijakan dimonitor. | belum semua kepatuhan dimonitor | agar didokumentasikan semua kepatuhan terhadap kebijakan |
| MKI.11.(Keamanan informasi, termasuk integritas data, dijaga.) | 1 | Rumah sakit mempunyai kebijakan tertulis untuk mengatur keamanan informasi, termasuk integritas data yang didasarkan pada atau konsisten dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku. | belum ada kebijakan tertulis tentang keamanan informasi | agar dibuat kebijakan tertulis yang mengatur keamanan informasi, termasuk integritas data yang didasarkan pada atau konsisten dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku. |
| (Keamanan informasi, termasuk integritas data, dijaga.) | 2 | Kebijakan meliputi tingkat keamanan untuk setiap kategori data dan informasi yang diidentifikasi | belum ada kebijakan yang meliputi tingkat keamanan untuk setiap kategori data | agar dibuat kebijakan meliputi tingkat keamanan untuk setiap kategori data dan informasi yang dapat diidentifikasi |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| (Keamanan informasi, termasuk integritas data, dijaga.) | 3 | Mereka yang membutuhkan, atau jabatan apa yang mengizinkan akses terhadap setiap kategori data dan informasi, diidentifikasi. | belum berlakunya identifikasi untuk semua pemakai akses | agar diidentifikasi siapa yang membutuhkan dan jabatan mana yang mempunyai akses data dan informasi |
| (Keamanan informasi, termasuk integritas data, dijaga.) | 4 | Kebijakan dilaksanakan/diimplementasikan | belum semua kebijakan sesuai dengan implementasi | agar semua kebijakan dilaksanakan dengan panduan |
| (Keamanan informasi, termasuk integritas data, dijaga.) | 5 | Kepatuhan terhadap kebijakan dimonitor | kepatuhan terhadap kebijakan belum semua dimonitor | agar dilakukan monitor dan dokumentasi kepatuhan terhadap kebijakan |
| MKI.13.(Rumah sakit menggunakan standar kode diagnosa, kode prosedur/tindakan, simbol, singkatan, dan definisi.) | 3 | Standarisasi definisi yang digunakan | belum semua definisi yang digunakan distandarkan | agar standar yang digunakan distandarisasi |
| (Rumah sakit menggunakan standar kode diagnosa, kode prosedur/tindakan, simbol, singkatan, dan definisi.) | 4 | Standarisasi simbol yang digunakan dan yang tidak boleh digunakan diidentifikasi dan dimonitor. | buku simbol dan tanda yang digunakan dan tidak digunakan dibuat tahun 2012, banyak tidak sesuai | agar dibuat revisi standarisasi baru |
| (Rumah sakit menggunakan standar kode diagnosa, kode prosedur/tindakan, simbol, singkatan, dan definisi.) | 5 | Standarisasi singkatan yang digunakan dan yang tidak boleh digunakan diidentifikasi dan dimonitor | banyak ketidaksesuaian antara buku dengan implementasi | agar dibuat revisi standarisasi baru |
| MKI.14.(Kebutuhan data dan informasi dari orang di dalam dan di luar rumah sakit terpenuhi secara tepat waktu dalam format | 1 | Desiminasi data dan informasi sesuai kebutuhan pengguna, | belum semua pengguna data dan informasi disosialisasi | agar diseminasi data dan informasi lebih ditingkatkan |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| yang memenuhi harapan pengguna dan dengan frekuensi yang dikehendaki.) | | | | |
| (Kebutuhan data dan informasi dari orang di dalam dan di luar rumah sakit terpenuhi secara tepat waktu dalam format yang memenuhi harapan pengguna dan dengan frekuensi yang dikehendaki.) | 2 | Pengguna menerima data dan informasi tepat waktu, | belum semua penerima data dan informasi sesuai dengan waktunya | agar dibuat kebijakan sehingga pengguna data dan informasi menerima tepat waktu |
| (Kebutuhan data dan informasi dari orang di dalam dan di luar rumah sakit terpenuhi secara tepat waktu dalam format yang memenuhi harapan pengguna dan dengan frekuensi yang dikehendaki.) | 3 | Pengguna menerima data dan informasi dalam suatu format yang membantu maksud penggunaannya | belum semua pengguna menerima data dan informasi dalam suatu format yang sepadan | agar ditetapkan format data dan informasi yang formatnya mendukung manfaat dan tujuan |
| MKI.16.(Catatan dan informasi dilindungi dari kehilangan, kerusakan, gangguan, serta akses dan penggunaan oleh yang tidak berhak.) | 2 | Rekam medis dan informasi dilindungi gangguan dan akses serta penggunaan yang tidak sah. | belum semua akses pemanfaatan rekam medis dibuat aman dan bebas gangguan | agar rekam medis dan informasi dilindungi gangguan dan akses serta penggunaan yang tidak sah |
| MKI.19.1.(Rekam medis memuat informasi yang memadai/cukup untuk mengidentifikasi pasien, mendukung diagnosis, justifikasi/dasar | 2 | Rekam medis pasien berisi informasi yang memadai untuk mengidentifikasi pasien, | tidak semua informasi yang didokumentasikan memadai untuk identifikasi pasien | agar semua informasi yang memadai untuk identifikasi pasien didokumentasikan dengan baik |

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| pembenaran pengobatan, mendokumentasikan pemeriksaan dan hasil pengobatan. dan meningkatkan kesinambungan pelayanan diantara para praktisi pelayanan kesehatan.) | | | | |
| (Rekam medis memuat informasi yang memadai/cukup untuk mengidentifikasi pasien, mendukung diagnosis, justifikasi/dasar pembenaran pengobatan, mendokumentasikan pemeriksaan dan hasil pengobatan. dan meningkatkan kesinambungan pelayanan diantara para praktisi pelayanan kesehatan.) | 5 | Rekam medis pasien berisi informasi yang memadai untuk mendokumentasikan jalannya/course dan hasil pengobatan. (lihat juga AP.1.5, EP 1; AP.2, Maksud dan Tujuan; PP.5, EP 4; PAB.5.2, EP 1; PAB.5.3, EP 2; PAB.6, EP2; PAB.7.3, EP 3; dan MPO.4.3, EP 1) | belum semua proses hasil pengobatan didokumentasikan dengan memadai | agar lebih konsisten dalam implementasi pendokumentasian jalannya hasil pengobatan |
| MKI.19.1.1(Rekam medis setiap pasien yang menerima pelayanan emergensi memuat/mencantumkan jam kedatangan, kesimpulan saat mengakhiri pengobatan, kondisi pasien pada saat dipulangkan, dan instruksi tindak lanjut pelayanan.) | 1 | Rekam medis pasien emergensi memuat jam kedatangan | belum semua rekam medis pasien emergensi memuat jam kedatangan | agar meningkatkan kepatuhan pendokumentasian jam kedatangan pada rekam medis |

| | | | | |
|--|---|--|---|---|
| (Rekam medis setiap pasien yang menerima pelayanan emergensi memuat/mencantumkan jam kedatangan, kesimpulan saat mengakhiri pengobatan, kondisi pasien pada saat dipulangkan, dan instruksi tindak lanjut pelayanan.) | 2 | Rekam medis pasien emergensi memuat kesimpulan ketika pengobatan diakhiri | belum semua rekam medis pasien emergensi memuat kesimpulan ketika pengobatan diakhiri | agar meningkatkan kepatuhan pendokumentasian kesimpulan pada rekam medis ketika pengobatan diakhiri |
| (Rekam medis setiap pasien yang menerima pelayanan emergensi memuat/mencantumkan jam kedatangan, kesimpulan saat mengakhiri pengobatan, kondisi pasien pada saat dipulangkan, dan instruksi tindak lanjut pelayanan.) | 3 | Rekam medis pasien emergensi memuat kondisi pasien pada saat dipulangkan. | belum semua rekam medis memuat kondisi pasien saat dipulangkan | agar meningkatkan kepatuhan pendokumentasian tentang kondisi pasien saat dipulangkan |
| (Rekam medis setiap pasien yang menerima pelayanan emergensi memuat/mencantumkan jam kedatangan, kesimpulan saat mengakhiri pengobatan, kondisi pasien pada saat dipulangkan, dan instruksi tindak lanjut pelayanan.) | 4 | Rekam medis pasien emergensi memuat instruksi tindak lanjut pelayanan | belum semua rekam medis pasien emergensi memuat instruksi tindak lanjut pelayanan | agar meningkatkan kepatuhan pendokumentasian tindak lanjut pelayanan |
| MKI.19.2.(Kebijakan rumah sakit mengidentifikasi mereka yang berhak untuk mengisi rekam medis pasien dan menentukan isi dan format rekam medis.) | 1 | Mereka yang mendapat otorisasi untuk mengisi rekam medis pasien diatur dalam kebijakan rumah sakit. (lihat juga SKP.2, EP 1) | kebijakan belum sempurna | perbaiki kebijakan |

| | | | | |
|--|---|---|--|---|
| (Kebijakan rumah sakit mengidentifikasi mereka yang berhak untuk mengisi rekam medis pasien dan menentukan isi dan format rekam medis.) | 3 | Ada proses untuk menjamin bahwa hanya yang mempunyai otorisasi/kewenangan yang dapat mengisi berkas rekam medis pasien. | belum terimplementasi kan proses yang menjamin bahwa hanya yang memiliki otorisasi yang dapat mengisi rekam medis pasien | agar diatur proses untuk menjamin bahwa hanya yang mempunyai otorisasi/kewenangan yang dapat mengisi berkas rekam medis pasien. |
| (Kebijakan rumah sakit mengidentifikasi mereka yang berhak untuk mengisi rekam medis pasien dan menentukan isi dan format rekam medis.) | 4 | Ada proses yang mengatur bagaimana isi rekam medis pasien dikoreksi atau ditulis ulang. | belum semua isi rekam medis yang perlu ditulis ulang telah ditulis ulang | agar dibuat aturan lebih ketat tata cara koreksi atau penulisan ulang isi rekam medis |
| (Kebijakan rumah sakit mengidentifikasi mereka yang berhak untuk mengisi rekam medis pasien dan menentukan isi dan format rekam medis.) | 5 | Mereka yang mempunyai otorisasi untuk akses ke rekam medis pasien diidentifikasi dalam kebijakan rumah sakit | masih ditemukan kemudahan orang yang tidak mempunyai otorisasi untuk akses ke rekam medis | agar diatur dan dijaga sehingga akses ke rekam medis tidak dipunyai oleh mereka yang tidak memiliki otorisasi |
| (Kebijakan rumah sakit mengidentifikasi mereka yang berhak untuk mengisi rekam medis pasien dan menentukan isi dan format rekam medis.) | 6 | Ada proses untuk menjamin hanya individu yang mempunyai otorisasi yang mempunyai akses ke rekam medis pasien | implementasi otorisasi akses belum sepenuhnya berjalan | agar dijamin bahwa hanya individu yang memiliki otorisasi yang mempunyai akses ke rekam medis pasien |
| MKI.19.3.(Setelah mengisi catatan di rekam medis setiap pasien, dituliskan juga identitas penulisnya.) | 1 | Pada setiap pengisian rekam medis dapat diidentifikasi siapa yang mengisi | belum patuhnya semua staf dalam pengisian identitas yang mengisi | agar dipatuhi identifikasi yang mengisi rekam medis |
| (Setelah mengisi catatan di rekam medis setiap pasien, dituliskan juga identitas penulisnya.) | 2 | Tanggal pengisian rekam medis dapat diidentifikasi | belum patuhnya semua staf dalam pengisian tanggal pengisian | agar lebih dipergiat pencantuman tanggal dan waktu pengisian rekam medis |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| (Setelah mengisi catatan di rekam medis setiap pasien, dituliskan juga identitas penulisnya.) | 3 | Bila dipersyaratkan oleh rumah sakit, waktu/jam pengisian rekam medis dapat diidentifikasi. | belum semua patuh untuk mengisi jam waktu pengisian rekam medis | agar lebih dipergiat pencantuman tanggal dan waktu pengisian rekam medis, sehingga mudah diidentifikasi |
| MKI.19.4.(Sebagai bagian dalam kegiatan peningkatan kinerja, rumah sakit secara reguler melakukan asesmen terhadap isi dan kelengkapan berkas rekam medis pasien.) | 1 | Rekam medis pasien di review secara reguler/teratur | belum teraturnya review rekam medis | agar dibuat pengaturan jadwal review secara reguler |
| (Sebagai bagian dalam kegiatan peningkatan kinerja, rumah sakit secara reguler melakukan asesmen terhadap isi dan kelengkapan berkas rekam medis pasien.) | 5 | Isi rekam medis yang disyaratkan oleh peraturan dan perundang-undangan dimasukkan dalam proses review | belum semua hal yang disyaratkan dimasukkan dalam proses review | agar semua proses review dilakukan pada isi rekam medis yang disyaratkan oleh peraturan |
| (Sebagai bagian dalam kegiatan peningkatan kinerja, rumah sakit secara reguler melakukan asesmen terhadap isi dan kelengkapan berkas rekam medis pasien.) | 6 | Berkas rekam medis pasien yang masih aktif dirawat dan pasien yang sudah pulang dimasukkan dalam proses review | review belum menyeluruh | agar review dilakukan menyeluruh, lengkap pada semua pasien yang sedang dirawat dan pasien yang sudah pulang |
| (Sebagai bagian dalam kegiatan peningkatan kinerja, rumah sakit secara reguler melakukan asesmen terhadap isi dan kelengkapan berkas rekam medis pasien.) | 7 | Hasil proses review digabungkan ke dalam mekanisme pengawasan mutu rumah sakit | hasil review belum sepenuhnya dimanfaatkan untuk mekanisme pengawasan mutu rumah sakit | agar semua hasil proses review digabungkan ke dalam mekanisme pengawasan mutu rumah sakit |

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| MKI.20.1.(Rumah sakit mempunyai proses untuk mengumpulkan data dan telah menetapkan data dan informasi apa yang secara rutin (regular) dikumpulkan untuk memenuhi kebutuhan staf klinis dan manajemen di rumah sakit, serta agen/badan/ pihak lain di luar rumah sakit.) | 1 | Rumah sakit memiliki proses untuk membuat kumpulan data dalam merespon sesuai identifikasi kebutuhan pengguna | sedang dalam proses untuk pemanfaatan data untuk keperluan pengguna | agar rumah sakit memiliki proses untuk membuat kumpulan data dalam merespon sesuai identifikasi kebutuhan pengguna |
| MKI.20.2.(Rumah Sakit mempunyai proses untuk menggunakan atau berpartisipasi dalam database eksternal.) | 1 | Rumah sakit memiliki proses untuk berpartisipasi atau menggunakan informasi dari data base eksternal. | belum ada proses pemanfaatan data dari data base eksternal | agar rumah sakit memiliki proses untuk berpartisipasi menggunakan informasi dari data base eksternal |
| (Rumah Sakit mempunyai proses untuk menggunakan atau berpartisipasi dalam database eksternal.) | 2 | Rumah sakit berkontribusi terhadap data atau informasi data base eksternal sesuai peraturan dan perundang-undangan. | data untuk laporan ke dinas sudah dilakukan, tetapi belum menyeluruh terhadap pelanggan eksternal | agar rumah sakit lebih aktif berkontribusi terhadap data atau informasi dari data base eksternal eksternal |
| (Rumah Sakit mempunyai proses untuk menggunakan atau berpartisipasi dalam database eksternal.) | 3 | Rumah sakit membandingkan kinerjanya dengan menggunakan rujukan/ referensi dari data base eksternal. (lihat juga PMKP.4.2, EP 2, dan PPI.10.4, EP 1) | belum dilakukan perbandingan | agar dibuat kebijakan dan implementasi untuk membandingkan kinerja dengan data dari data base eksternal |
| MKI.21.(Rumah sakit mendukung asuhan pasien, pendidikan, riset, dan manajemen dengan informasi yang tepat waktu dari sumber | 2 | Informasi ilmiah terkini dan informasi lain untuk mendukung pendidikan klinik | belum semua informasi ilmiah digunakan untuk mendukung pendidikan klinik | agar semua data dan informasi ilmiah terkini dimanfaatkan untuk pendidikan klinik |

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| data terkini.) | | | | |
| (Rumah sakit mendukung asuhan pasien, pendidikan, riset, dan manajemen dengan informasi yang tepat waktu dari sumber data terkini.) | 3 | Informasi ilmiah terkini dan informasi lain untuk mendukung riset. | belum ada program riset | agar bisa memulai riset klinik atau demografik memanfaatkan informasi rumah sakit dan informasi ilmiah terkini |
| (Rumah sakit mendukung asuhan pasien, pendidikan, riset, dan manajemen dengan informasi yang tepat waktu dari sumber data terkini.) | 4 | Informasi profesional terkini dan informasi lain untuk mendukung manajemen | belum semua pemanfaatan informasi terdata untuk mendukung manajemen | agar pemanfaatan informasi profesional terkini didokumentasikan dengan baik |
| (Rumah sakit mendukung asuhan pasien, pendidikan, riset, dan manajemen dengan informasi yang tepat waktu dari sumber data terkini.) | 5 | Tersedia informasi dalam kerangka waktu yang sesuai dengan harapan pengguna. | belum cukup banyak informasi yang terbuka yang sesuai dengan harapan pengguna | agar disediakan informasi dalam kerangka waktu yang sesuai dengan harapan pengguna. |

Lampiran 4 Hasil Penilaian Akreditasi

Tabel 3
Rekomendasi Penilaian Akreditasi

| Standar | No urut | Elemen Penilaian | Fakta dan Analisis | Rekomendasi |
|---|---------|---|--|---|
| MKI. 8.(Informasi yang berkaitan dengan asuhan pasien ditransfer bersama dengan pasien.) | 6 | Resume/ringkasan berisi obat- obatan atau pengobatan lainnya. | Ada kebijakan tentang resume pelayanan pasien berisi pengobatan yang telah diberikan. Namun 60% pengobatan | Tingkatkan konsistensi dalam penulisan pengobatan yang telah diberikan pada pasien dalam resume medis |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| | | | yang telah diberikan tidak ditulis dalam Resume Medis | |
| MKI. 9.(Rumah sakit merencanakan dan merancang proses manajemen informasi untuk memenuhi kebutuhan informasi internal maupun eksternal.) | 1 | Kebutuhan informasi dari para pemberi pelayanan klinis dipertimbangkan dalam proses perencanaan. | Tidak ada rapat koordinasi dalam menyusun perencanaan manajemen informasi yang mempertimbangkan kebutuhan staf atau praktisi kesehatan di RS | Lakukan rapat koordinasi perencanaan manajemen informasi dengan mempertimbangkan informasi yang dibutuhkan oleh staf pelayanan atau praktisi kesehatan di RS |
| MKI.10.(Kerahasiaan dan privasi informasi dijaga) | 3 | Kebijakan tersebut dilaksanakan | Belum ada formulir permintaan informasi oleh pasien untuk mendapatkan informasi tentang kesehatannya | Buat formulir permintaan informasi kesehatan untuk pasien |
| (Kerahasiaan dan privasi informasi dijaga) | 4 | Kepatuhan terhadap kebijakan dimonitor. | Belum dilakukan evaluasi terhadap implementasi kebijakan /Pedoman/ SPO akses untuk mendapat informasi kesehatan pasien | Lakukan evaluasi terhadap implementasi kebijakan / pedoman / SPO akses untuk mendapat informasi kesehatan pasien |
| MKI.11.(Keamanan informasi, termasuk integritas data, dijaga) | 5 | Kepatuhan terhadap kebijakan dimonitor | Belum dilakukan evaluasi terhadap keamanan informasi pasien | Lakukan evaluasi terhadap keamanan informasi pasien |
| MKI.13.(Rumah sakit menggunakan standar kode diagnosa, kode prosedur/tindakan, simbol, singkatan, dan definisi.) | 4 | Standarisasi simbol yang digunakan dan yang tidak boleh digunakan diidentifikasi dan dimonitor. | Ada kebijakan tentang standarisasi simbol namun 60% staf RS tidak mengetahui adanya standar tsb | Tingkatkan sosialisasi dan implementasi standarisasi simbol di RS |
| (Rumah sakit menggunakan standar kode diagnosa, kode | 5 | Standarisasi singkatan yang digunakan dan | Belum dilakukan evaluasi tentang penggunaan simbol | Lakukan evaluasi tentang penggunaan simbol yang boleh |

| prosedur/tindakan, simbol, singkatan, dan definisi.) | | yang tidak boleh digunakan diidentifikasi dan dimonitor | yang boleh dan tidak boleh di RS | dan tidak boleh di RS |
|---|---|--|---|--|
| MKI.17.(Pengambil keputusan dan staf lain yang kompeten telah mendapat pendidikan dan pelatihan tentang prinsip manajemen informasi.) | 1 | Para pengambil keputusan dan yang lainnya telah diberikan pendidikan tentang prinsip manajemen informasi | Direktur belum memiliki sertifikat diklat manajemen informasi | Ajukan pelatihan manajemen informasi bagi Direktur RS |
| MKI.19.1.(Rekam medis memuat informasi yang memadai/cukup untuk mengidentifikasi pasien, mendukung diagnosis, justifikasi/dasar pembedaan pengobatan, mendokumentasikan pemeriksaan dan hasil pengobatan. dan meningkatkan kesinambungan pelayanan diantara para praktisi pelayanan kesehatan.) | 2 | Rekam medis pasien berisi informasi yang memadai untuk mengidentifikasi pasien, | Telah dilakukan pengisian identitas pasien, namun 8 dari 15 RM atau 53% tidak diisi dengan lengkap | Tingkatkan komitmen petugas dalam melakukan pengisian identitas pasien dalam RM secara lengkap |
| (Rekam medis memuat informasi yang memadai/cukup untuk mengidentifikasi pasien, mendukung diagnosis, justifikasi/dasar pembedaan pengobatan, mendokumentasikan pemeriksaan dan hasil pengobatan. dan meningkatkan | 3 | Rekam medis pasien berisi informasi yang memadai untuk mendukung diagnosis, (lihat juga PAB.7, EP 3) | Telah dilakukan pengisian informasi yang mendukung diagnosis dalam RM, namun 9 dari 15 RM atau 60% tidak diisi dengan lengkap | Tingkatkan komitmen PPA dalam melakukan pengisian RM yang mendukung diagnosis secara lengkap |

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| kesinambungan pelayanan diantara para praktisi pelayanan kesehatan.) | | | | |
| MKI.19.1.1(Rekam medis setiap pasien yang menerima pelayanan emergensi memuat/mencantumkan jam kedatangan, kesimpulan saat mengakhiri pengobatan, kondisi pasien pada saat dipulangkan, dan instruksi tindak lanjut pelayanan.) | 1 | Rekam medis pasien emergensi memuat jam kedatangan | Ada kebijakan tentang isi RM yang memuat jam kedatangan pasien, namun 8 dari 15 RM atau 53,3% dari RM pasien IGD tidak ada informasi tentang jam kedatangannya | Tingkatkan komitmen pengisian RM secara lengkap |
| MKI.19.3.(Setelah mengisi catatan di rekam medis setiap pasien, dituliskan juga identitas penulisnya.) | 1 | Pada setiap pengisian rekam medis dapat diidentifikasi siapa yang mengisi | 9 dari 15 RM atau 60% dari formulir RM tidak berisi nama dan tandatangan DPJP dan PPA lainnya | Tingkatkan komitmen pengisian RM secara lengkap termasuk penulisan nama dan tandatangan DPJP di RM |
| (Setelah mengisi catatan di rekam medis setiap pasien, dituliskan juga identitas penulisnya.) | 2 | Tanggal pengisian rekam medis dapat diidentifikasi | 9 dari 15 RM atau 60% dari formulir RM tidak berisi tanggal pengisian RM | Tingkatkan komitmen pengisian RM secara lengkap termasuk penulisan tanggal pengisian RM |
| (Setelah mengisi catatan di rekam medis setiap pasien, dituliskan juga identitas penulisnya.) | 3 | Bila dipersyaratkan oleh rumah sakit, waktu/jam pengisian rekam medis dapat diidentifikasi. | 9 dari 15 RM atau 60% dari formulir RM tidak berisi waktu atau jam pengisian RM | Tingkatkan komitmen pengisian RM secara lengkap termasuk penulisan waktu atau jam pengisian RM |
| MKI.19.4.(Sebagai bagian dalam kegiatan peningkatan kinerja, rumah sakit secara reguler melakukan | 1 | Rekam medis pasien di review secara reguler/teratur | Telah dilakukan audit RM namun tidak dilakukan secara reguler atau kontinyu | Tingkatkan komitmen pelaksanaan audit RM secara reguler atau kontinyu |

| | | | | |
|--|---|--|---|---|
| asesmen terhadap isi dan kelengkapan berkas rekam medis pasien.) | | | berdasarkan Panduan Audit RM | |
| (Sebagai bagian dalam kegiatan peningkatan kinerja, rumah sakit secara reguler melakukan asesmen terhadap isi dan kelengkapan berkas rekam medis pasien.) | 7 | Hasil proses review digabungkan ke dalam mekanisme pengawasan mutu rumah sakit | Hasil review RM belum terintegrasi dengan mekanisme pengawasan mutu RS | Perbaiki mekanisme pelaporan hasil review RM agar menjadi satu dengan laporan tim mutu RS |
| MKI.20.(Kumpulan data dan informasi mendukung asuhan pasien, manajemen rumah sakit, dan program manajemen mutu.) | 1 | Kumpulan data dan informasi mendukung asuhan pasien. | Ada kumpulan data tentang pelayanan RS namun belum dianalisis sehingga belum menjadi sebuah informasi untuk mendukung asuhan pasien berbasis EBM | Tingkatkan komitmen petugas untuk melakukan analisis terhadap data pelayanan sehingga dapat menjadi sebuah informasi yang mendukung asuhan pasien berbasis EBM |
| (Kumpulan data dan informasi mendukung asuhan pasien, manajemen rumah sakit, dan program manajemen mutu.) | 2 | Kumpulan data dan informasi mendukung manajemen rumah sakit. | Ada kumpulan data tentang pelayanan RS namun belum dianalisis sehingga belum menjadi sebuah informasi untuk mendukung proses manajerial RS | Tingkatkan komitmenpetugas untukmelakukan analisis terhadap data pelayanan sehingga dapat menjadi sebuah informasi yang mendukung proses manajerial RS |
| (Kumpulan data dan informasi mendukung asuhan pasien, manajemen rumah sakit, dan program manajemen mutu.) | 3 | Kumpulan data dan informasi mendukung program manajemen kualitas/mutu. | Ada kumpulan data tentang pelayanan RS namun belum dianalisis sehingga belum menjadi sebuah informasi untuk mendukung peningkatan mutu pelayanan RS | Tingkatkan komitmen petugas untuk melakukan analisis terhadap data pelayanan sehingga dapat menjadi sebuah informasi yang mendukung peningkatan mutu pelayanan RS |

| | | | | |
|---|---|--|---|--|
| MKI.20.2.(Rumah Sakit mempunyai proses untuk menggunakan atau berpartisipasi dalam database eksternal.) | 2 | Rumah sakit berkontribusi terhadap data atau informasi data base eksternal sesuai peraturan dan perundang-undangan. | Belum semua data atau informasi RS dikontribusikan pada data base eksternal karena keterbatasan kemampuan petugas dalam mengolah data mentah menjadi sebuah informasi | Tingkatkan konsistensi petugas dalam mengumpulkan dan menganalisis data dan menjadi sebuah informasi |
| (Rumah Sakit mempunyai proses untuk menggunakan atau berpartisipasi dalam database eksternal.) | 3 | Rumah sakit membandingkan kinerjanya dengan menggunakan rujukan/ referensi dari data base eksternal. (lihat juga PMKP.4.2, EP 2, dan PPI.10.4, EP 1) | Belum semua data eksternal digunakan sebagai pembanding dan untuk memperbaiki kinerja RS | Tingkatkan konsistensi petugas dalam mengumpulkan dan menganalisis data RS dan membandingkan dengan data eksternal sehingga dapat dipakai untuk memperbaiki kinerja RS |
| MKI.21.(Rumah sakit mendukung asuhan pasien, pendidikan, riset, dan manajemen dengan informasi yang tepat waktu dari sumber data terkini.) | 1 | Informasi ilmiah terkini dan informasi lain untuk mendukung pelayanan pasien | Sudah disediakan sarana internet untuk mendukung informasi ilmiah terkini namun belum semua staf medis memanfaatkannya untuk mendukung pelayanan pasien | Tingkatkan komitmen staf medis dalam memperoleh informasi ilmiah terkini untuk mendukung pelayanan pasien |

Lampiran 5 Perencanaan Perbaikan Strategi

Tabel 4

Perencanaan Perbaikan Strategis

| No | Standar/ Elemen Penilaian | Langkah Pemenuhan EP | Metode Perbaikan | Indikator Pencapaian | Waktu | Penang ung Jawab | Ket. |
|----|--|---|-----------------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------------|------|
| 1. | MKI. 8.(Informasi yang berkaitan dengan asuhan pasien ditransfer bersama dengan pasien.) EP 6 : Resume/ringkasan berisi obat- obatan atau pengobatan lainnya. | Sosialisasi kepada DPJP dan Perawat ruangan untuk melengkapi pengisian resume medis | Sosialisasi | Semua resume medis pasien pulang rawat inap diisi lengkap | 1x24 jam | Koordinator RMIK | |
| 2. | MKI. 9.(Rumah sakit merencanakan dan merancang proses manajemen informasi untuk memenuhi kebutuhan informasi internal maupun eksternal.) EP 1 : Kebutuhan informasi dari para pemberi pelayanan klinis dipertimbangkan dalam proses perencanaan. | Mengadakan rapat koordinasi sesuai rekomendasi | Rapat | Terlaksananya rapat koordinasi | 2 jam | | |
| 3. | MKI.10.(Kerahasiaan dan privasi informasi dijaga) EP 3 :Kebijakan tersebut dilaksanakan EP 4 : Kepatuhan terhadap kebijakan | Pengadaan formulir permintaan informasi kesehatan Evaluasi penggunaan formulir | Pembuatan Formulir dan monitoring | Adanya formulir permintaan informasi kesehatan Hasil evaluasi | 1 September 2016 Setiap bulan | Koordinator RMIK Koordi | |

| | | | | | | | |
|----|---|--|-------------|--|--------------------------------------|------------------|--|
| | dimonitor. | | | | | nator RMIK | |
| 4. | MKI.11.(Kemanan informasi, termasuk integritas data, dijaga.) EP 5 : Kepatuhan terhadap kebijakan dimonitor | Evaluasi keamanan informasi pasien | Monitoring | Hasil evaluasi | Setiap bulan | Koordinator RMIK | |
| 5. | MKI.13.(Rumah sakit menggunakan standar kode diagnosa, kode prosedur/tindakan, simbol, singkatan, dan definisi.) EP 4 : Standarisasi simbol yang digunakan dan yang tidak boleh digunakan diidentifikasi dan dimonitor. EP 5 : Standarisasi singkatan yang digunakan dan yang tidak boleh digunakan diidentifikasi dan dimonitor | Sosialisasi penggunaan std. symbol Evaluasi penggunaan simbol | Sosialisasi | Tersosialisasi std. symbol dan singkatan Hasil evaluasi | 1 September 2016 Setiap bulan | Koordinator RMIK | |
| 6. | MKI.19.1.(Rekam medis memuat informasi yang memadai/cukup untuk mengidentifikasi pasien, mendukung diagnosis, justifikasi/dasar pembenaran pengobatan, mendokumentasikan pemeriksaan dan hasil pengobatan. dan meningkatkan kesinambungan pelayanan diantara para | | Pelatihan | | | | |

| | | | | | | | |
|----|--|--|-----------------------|--|---|---|--|
| | <p>praktisi pelayanan kesehatan.)</p> <p>EP 2 : Rekam medis pasien berisi informasi yang memadai untuk mengidentifikasi pasien,</p> <p>EP 3 : Rekam medis pasien berisi informasi yang memadai untuk mendukung diagnosis, (lihat juga PAB.7, EP 3)</p> | <p>Pelatihan identifikasi pasien</p> <p>Sosialisasi Stakeholder RMIK</p> | Sosialisasi | <p>Ketepatan identifikasi</p> <p>RM pasien diisi lengkap</p> | <p>3 September 2016</p> <p>1x24 jam</p> | <p>Koordinator RMIK</p> <p>Bid. Pelayanan</p> | |
| 7. | <p>MKI.19.1.1(Rekam medis setiap pasien yang menerima pelayanan emergensi memuat/mencantumkan jam kedatangan, kesimpulan saat mengakhiri pengobatan, kondisi pasien pada saat dipulangkan, dan instruksi tindak lanjut pelayanan.)</p> <p>EP 1 : Rekam medis pasien emergensi memuat jam kedatangan</p> | Sosialisasi Stakeholder RMIK | Sosialisasi | RM pasien diisi lengkap | 1x24 jam | Bid. Pelayanan Koordinator RMIK | |
| 8. | <p>MKI.19.3.(Setelah mengisi catatan di rekam medis setiap pasien, dituliskan juga identitas penulisnya.)</p> <p>EP 1 : Pada setiap pengisian rekam medis</p> | Sosialisasi Stakeholder RMIK | Sosialisasi kebijakan | RM pasien diisi lengkap | 1x24 jam | Bid. Pelayanan Koordinator RMIK | |

| | | | | | | | |
|-----|---|---|-----------------|-------------------------------|---------------------|-------------------------|--|
| | <p>dapat diidentifikasi siapa yang mengisi</p> <p>EP 2 : Tanggal pengisian rekam medis dapat diidentifikasi</p> <p>EP 3 : Bila dipersyaratkan oleh rumah sakit, waktu/jam pengisian rekam medis dapat diidentifikasi.</p> | | | | | | |
| 10. | <p>MKI.19.4.(Sebagai bagian dalam kegiatan peningkatan kinerja, rumah sakit secara reguler melakukan asesmen terhadap isi dan kelengkapan berkas rekam medis pasien.)</p> <p>EP 1 : Rekam medis pasien di review secara reguler/teratur</p> <p>EP 7 : Hasil proses review digabungkan ke dalam mekanisme pengawasan mutu rumah sakit</p> | <p>Melakukan audit RM secara berkala dan berkesinambungan</p> | <p>Audit RM</p> | <p>Hasil audit RM</p> | <p>Setiap bulan</p> | <p>Koordinator RMIK</p> | |
| 11. | <p>MKI.20.(Kumpulan data dan informasi mendukung asuhan pasien, manajemen rumah sakit, dan program manajemen mutu.)</p> <p>EP 1 : Kumpulan data</p> | <p>Melaksanakan</p> | <p>Analisa</p> | <p>Terlaksananya analisis</p> | <p>Setiap</p> | <p>Koordinator</p> | |

| | | | | | | | |
|-----|---|----------------------------|-----------------------|---|----------------|------------------|--|
| | <p>dan informasi mendukung asuhan pasien.</p> <p>EP 2 : Kumpulan data dan informasi mendukung manajemen rumah sakit.</p> <p>EP 3 : Kumpulan data dan informasi mendukung program manajemen kualitas/mutu.</p> | analisis data | data | data yang diharapkan | periode | RMIK | |
| 12. | <p>MKI.20.2.(Rumah Sakit mempunyai proses untuk menggunakan atau berpartisipasi dalam database eksternal.)</p> <p>EP 2 : Rumah sakit berkontribusi terhadap data atau informasi data base eksternal sesuai peraturan dan perundang-undangan.</p> <p>EP 3 : Rumah sakit membandingkan kinerjanya dengan menggunakan rujukan/ referensi dari data base eksternal. (lihat juga PMKP.4.2, EP 2, dan PPI.10.4, EP 1)</p> | Melaksanakan analisis data | Analisa data | Terlaksananya analisis data yang diharapkan | Setiap periode | Koordinator RMIK | |
| 13. | <p>MKI.21.(Rumah sakit mendukung asuhan pasien, pendidikan, riset, dan manajemen dengan informasi yang tepat waktu dari sumber</p> | Akses informasi | Sosialisasi kebijakan | Terlaksananya akses informasi | Fakultatif | Bid. Pelayan | |

| | | | | | | | |
|--|--|--------|--|--------|--|----|--|
| | data terkini.) EP 1 : Informasi ilmiah terkini dan informasi lain untuk mendukung pelayanan pasien | ilmiah | | ilmiah | | an | |
|--|--|--------|--|--------|--|----|--|