



KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

NOMOR HK.02.02/I/4110/2022

TENTANG

PEDOMAN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN,

Menimbang : a. bahwa dalam penyelenggaraan akreditasi rumah sakit di Indonesia dilaksanakan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri;

b. bahwa sehubungan dengan adanya perubahan terhadap kriteria hasil akreditasi, perlu dilakukan perubahan terhadap Keputusan Direktur Jenderal Nomor HK.02.02/I/1130/2022 tentang Pedoman Tata Laksana Survei Akreditasi Rumah Sakit;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan tentang Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);

2. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);

3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 586);
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 156);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN TENTANG PEDOMAN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT.

KESATU : Menetapkan Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan Direktur Jenderal ini.

KEDUA : Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU digunakan sebagai acuan bagi lembaga independen penyelenggara akreditasi, rumah sakit, dan survei dalam pelaksanaan survei akreditasi rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

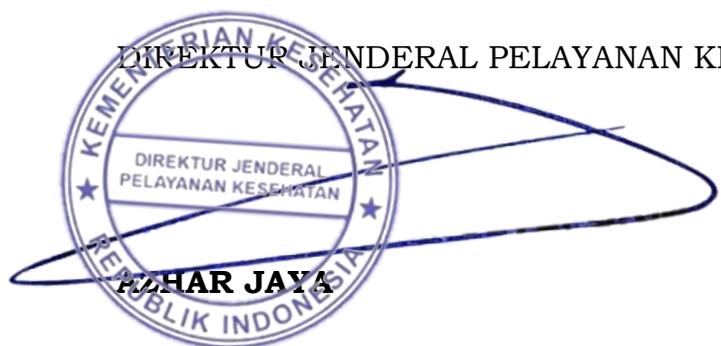
KETIGA : Direktur Jenderal dan masing-masing lembaga independen penyelenggara akreditasi melaksanakan pembinaan dan pengawasan terhadap Keputusan Direktur Jenderal ini.

KEEMPAT : Pada saat Keputusan Direktur Jenderal ini mulai berlaku, Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan HK.02.02/I/1130/2022 tentang Pedoman Tata Laksana Survei Akreditasi Rumah Sakit, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

KELIMA : Keputusan Direktur Jenderal ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 27 Desember 2022

DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN,  
**AZHAR JAYA**

The image shows a circular official stamp in blue ink. The outer ring of the stamp contains the text "KEMENTERIAN KESEHATAN" at the top and "REPUBLIK INDONESIA" at the bottom, separated by two stars. The inner part of the stamp contains the text "DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN". A signature in blue ink is written over the stamp, starting from the right side and looping around the bottom and left side. The name "AZHAR JAYA" is printed in bold black letters below the stamp.

LAMPIRAN  
KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL  
PELAYANAN KESEHATAN  
NOMOR HK.02.02/I4110/2022  
TENTANG  
PEDOMAN TATA LAKSANA SURVEI  
AKREDITASI RUMAH SAKIT

PEDOMAN TATA LAKSANA SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT

BAB I  
PENDAHULUAN

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Dalam keselamatan pasien. Pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan yang memiliki karakter aman, tepat waktu, efisien, efektif, berorientasi pada pasien, adil dan terintegrasi. Pemenuhan mutu pelayanan di rumah sakit dilakukan dengan dua cara yaitu peningkatan mutu secara internal dan peningkatan mutu secara eksternal.

Peningkatan Mutu Internal (*Internal Continuous Quality Improvement*) yaitu Rumah sakit melakukan upaya peningkatan mutu secara berkala antara lain penetapan, pengukuran, pelaporan dan evaluasi indikator mutu serta pelaporan insiden keselamatan pasien. Peningkatan mutu secara internal ini menjadi hal terpenting bagi rumah sakit untuk menjamin mutu pelayanan. Peningkatan Mutu Eksternal (*External Continuous Quality Improvement*) merupakan bagian dari upaya peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit secara keseluruhan. Beberapa kegiatan yang termasuk peningkatan mutu eksternal adalah perizinan, sertifikasi, lisensi dan akreditasi. Rumah sakit melakukan peningkatan mutu internal dan eksternal secara berkesinambungan (*continuous quality improvement*). Rumah Sakit juga harus mendukung pelaksanaan Program Nasional. Pelaksanaan Program Nasional oleh Rumah Sakit diharapkan mampu meningkatkan akselerasi pencapaian target RPJMN bidang kesehatan sehingga upaya peningkatan derajat

kesehatan masyarakat dapat terwujud.

Akreditasi adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan rumah sakit setelah dilakukan penilaian bahwa rumah sakit telah memenuhi standar akreditasi yang disetujui oleh Pemerintah. Pada bulan Desember 2021 Kementerian Kesehatan mencatat 3.120 rumah sakit telah teregistrasi. Sebanyak 2.482 atau 78,8% rumah sakit telah terakreditasi dan 638 rumah sakit atau 21,2% belum terakreditasi.

Upaya percepatan akreditasi rumah sakit mengalami beberapa kendala antara lain adanya isu atau keluhan terkait lembaga penilai akreditasi yang juga melakukan *workshop* atau bimbingan, penilaian akreditasi dianggap mahal, masih kurangnya peran pemerintah daerah dan pemilik rumah sakit dalam pemenuhan syarat akreditasi, akuntabilitas lembaga independen penyelenggara akreditasi, dan lain-lain.

Pemerintah mengharapkan pada tahun 2024 seluruh rumah sakit di Indonesia telah terakreditasi sesuai dengan target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2020-2024. Dalam upaya meningkatkan cakupan akreditasi rumah sakit, pemerintah mendorong terbentuknya lembaga independen penyelenggara akreditasi serta transformasi sistem akreditasi rumah sakit. Sejalan dengan terbentuknya lembaga independen penyelenggara akreditasi maka Kementerian Kesehatan menetapkan standar akreditasi rumah sakit yang akan dipergunakan oleh seluruh lembaga independen penyelenggara akreditasi rumah sakit dalam melaksanakan penilaian akreditasi. Proses penyusunan standar akreditasi rumah sakit telah melalui beberapa proses dengan mempertimbangkan penyederhanaan standar akreditasi agar lebih mudah dipahami dan dapat dilaksanakan oleh rumah sakit.

Dalam hal memberikan suatu acuan terkait penyelenggaraan akreditasi rumah sakit, yaitu meliputi berbagai definisi, tata cara survei, penilaian dan kelulusan, metodologi telusur, serta jadwal survei, maka diperlukan adanya suatu pedoman. Berdasarkan hal tersebut Kementerian Kesehatan membentuk Pedoman Tata Laksana Survei Akreditasi.

## BAB II TATA CARA SURVEI

### A. Ketentuan Survei

#### 1. Standar Akreditasi

Standar Akreditasi yang digunakan dalam pelaksanaan survei akreditasi mengacu kepada standar akreditasi rumah sakit yang ditetapkan oleh Menteri.

#### 2. Kategori Surveior

Terdapat dua kategori surveior yaitu surveior manajemen rumah sakit dan surveior pelayanan berpusat pada pasien dengan pembagian bab sebagai berikut:

##### a. Surveior Manajemen Rumah Sakit

- 1) Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS);
- 2) Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK);
- 3) Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS);
- 4) Manajemen Rekam Medik dan Informasi Kesehatan (MRMIK);
- 5) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI);
- 6) Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP);
- 7) Pendidikan dalam Pelayanan Kesehatan (PPK); dan
- 8) Program Nasional (Prognas).

##### b. Surveior Pelayanan Berpusat Pada Pasien / *Patient Centre Care* (PCC)

- 1) Akses dan Kontinuitas Pelayanan (AKP);
- 2) Hak Pasien dan Keluarga (HPK);
- 3) Pengkajian Pasien (PP);
- 4) Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP);
- 5) Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB);
- 6) Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO);
- 7) Komunikasi dan Edukasi (KE); dan
- 8) Sasaran Keselamatan Pasien (SKP).

### B. Kualifikasi Surveior

Untuk menjamin pelaksanaan akreditasi yang berkualitas dan memiliki daya ungkit bagi peningkatan mutu rumah sakit maka penetapan

surveior harus dilakukan secara selektif dan sesuai dengan kompetensi yang diharapkan. Adapun kriteria surveior:

1. Kriteria Umum

- a. Warga negara Indonesia;
- b. Berusia minimal 35 tahun;
- c. Berbadan sehat sehingga mampu melaksanakan tugas sebagai surveior akreditasi;
- d. Memiliki kemampuan berkomunikasi yang baik; dan
- e. Tidak pernah terlibat dalam tindak pidana atau melakukan tindak pidana kejahatan berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh keputusan hukum tetap.

2. Kriteria Professional

Kualifikasi Profesional

Surveior rumah sakit harus memiliki latar belakang pengalaman bekerja di rumah sakit, mengikuti pelatihan sebagai surveior akreditasi rumah sakit, dan memiliki pendidikan:

- a. Dokter Spesialis;
- b. Dokter/Dokter Gigi dengan S2 bidang Kesehatan yang relevan; atau
- c. Perawat dengan kualifikasi Ners dan/atau S2 bidang kesehatan yang relevan.

Apabila dibutuhkan tenaga kesehatan lain dengan keahlian khusus seperti Apoteker, Ahli Gizi, dan beberapa jenis tenaga kesehatan lain dapat menjadi surveior dengan mempertimbangkan kemampuan untuk mampu mengampuh standar akreditasi tertentu sesuai kebutuhan dalam melaksanakan survei akreditasi rumah sakit.

Lembaga independen penyelenggara akreditasi dapat menetapkan surveior pembimbing dalam rangka persiapan dan/atau pendampingan yang berbeda dengan surveior pelaksana survei. Pembimbing ini merupakan surveior akreditasi yang sudah berpengalaman dan/atau kompeten untuk memberikan bimbingan kepada rumah sakit.

3. Dalam pemilihan surveior, lembaga independen penyelenggara akreditasi tidak dapat menugaskan surveior yang memiliki potensi *conflict of interest* dengan rumah sakit yang akan di survei dengan kriteria:

- a. Surveior pernah bekerja dan/atau pernah menjadi bagian dari

unsur organisasi di rumah sakit tersebut;

- b. Surveior mempunyai hubungan saudara/keluarga dengan direksi rumah sakit;
- c. Surveior pernah melakukan survei akreditasi pada siklus sebelumnya;
- d. Surveior pernah melakukan bimbingan di rumah sakit secara mandiri;
- e. Pernah terjadi konflik antara surveior dengan rumah sakit; dan
- f. Potensi *conflict of interest* lain dengan rumah sakit yang di survei.

### C. Jumlah Surveior dan Hari Survei

Jumlah surveior dan hari survei tergantung kompleksitas rumah sakit dengan mengacu kepada ketentuan sebagai berikut:

Jenis RS	Kelas RS	Jumlah Hari		Jumlah Surveior
		Daring	Luring	
RS Umum	A	1	3	4
	B	1	2	3
	C	1	2	2
	D	1	2	2
RS Khusus	A	1	2	3
	B	1	2	2
	C	1	2	2

Dalam rangka efektivitas dan efisiensi, survei dilakukan secara daring dan luring. Survei secara daring dilakukan untuk kegiatan presentasi direktur, telusur dokumen dan kegiatan lain yang dapat dilakukan secara daring, sedangkan survei secara luring dilakukan pada saat telusur lapangan, wawancara petugas, simulasi, dan kegiatan lain yang harus dilakukan secara luring.

### D. Pelaksanaan Survei

#### 1. Persiapan

- a. Memiliki perizinan berusaha yang masih berlaku dan teregistrasi di Kementerian Kesehatan.
- b. Kepala atau direktur rumah sakit harus seorang tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian dibidang

perumahsakit (memiliki pengalaman kerja di rumah sakit dan atau pendidikan manajemen).

- c. Memiliki Izin Pengelolaan Limbah Cair (IPLC) yang masih berlaku.
- d. Kerja sama dengan pihak ketiga yang mempunyai izin sebagai pengolah dan/atau sebagai *transporter* limbah B3 yang masih berlaku atau izin alat pengolah limbah B3 (Insenerator, Autoclave, Microwave).
- e. Seluruh tenaga medis di rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan (pemberi asuhan) memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktek (SIP) yang masih berlaku atau surat tugas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- f. Pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan minimal 60% dari standar yang ditetapkan dan di inputkan pada Aplikasi Sarana, Prasarana Dan Alat Kesehatan (ASPAK).
- g. Rumah sakit bersedia melaksanakan kewajiban dalam meningkatkan mutu dan keselamatan pasien dalam bentuk surat pernyataan.

## 2. Pendaftaran

- a. Rumah sakit yang akan melaksanakan survei dapat memperoleh aplikasi survei dengan mengakses aplikasi elektronik lembaga independen penyelenggara akreditasi di situs resmi Lembaga independen penyelenggara akreditasi.
- b. Proses akreditasi dimulai dengan cara, rumah sakit mengunjungi situs lembaga penyelenggara akreditasi untuk melakukan pendaftaran dengan memberikan informasi yang diminta.
- c. Setelah pendaftaran diterima dan disetujui, lembaga independen penyelenggara akreditasi akan memberikan nama narahubung yang menjadi kontak utama untuk informasi, pertanyaan dan persiapan lebih lanjut antara lain data rumah sakit dan *self assessment* standar akreditasi.

## 3. Kesepakatan

- a. Rumah sakit harus mengajukan waktu pelaksanaan survei minimal 3-6 bulan sebelum pelaksanaan survei.
- b. Setelah permohonan survei diterima, dalam jangka waktu paling

lambat 5 (lima) hari kerja lembaga independen penyelenggara akreditasi akan melakukan verifikasi terhadap pemenuhan persyaratan yang diajukan oleh rumah sakit.

- c. hasil verifikasi berupa dapat dilakukan survei atau rumah sakit harus melakukan perbaikan pemenuhan persyaratan.
  - d. Jika hasil verifikasi dapat dilakukan survei, dalam jangka waktu 14 (empat belas) hari kerja, rumah sakit dan lembaga independen penyelenggara akreditasi membuat kesepakatan tertulis berupa kontrak yang paling sedikit berisi tanggal pelaksanaan, pembiayaan, dan ketentuan lain yang dibutuhkan terkait pelaksanaan survei.
  - e. Lembaga independen penyelenggara akreditasi menetapkan nama surveior dan menunjuk ketua tim yang akan berkoordinasi dengan rumah sakit terkait pelaksanaan dan kesiapan survei dan memberitahukan kepada rumah sakit paling lambat 4 (empat) minggu sebelum survei dilaksanakan.
  - f. Ketua tim survei akan menghubungi penanggung jawab survei rumah sakit untuk mengkoordinasikan pelaksanaan kegiatan survei.
4. Pelaksanaan
- Setelah tanggal pelaksanaan disepakati, rumah sakit menyampaikan dokumen kepada lembaga independen penyelenggara akreditasi paling lambat 1 (satu) minggu sebelum dilaksanakannya survei. Dokumen yang disampaikan paling sedikit:
- a. Struktur Organisasi Rumah Sakit;
  - b. Daftar nama lengkap direksi;
  - c. Denah rumah sakit;
  - d. Daftar nama seluruh staf rumah sakit beserta jabatan;
  - e. Daftar perizinan fasilitas rumah sakit yang masih berlaku;
  - f. Daftar nama unit dan indikator mutu prioritas unit;
  - g. Daftar jadwal praktik dokter di rawat jalan dan jadwal *on call*;
  - h. Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) dan laporan hasil kegiatan program PMKP (laporan triwulan untuk survei awal dan laporan 12 (dua belas) bulan terakhir untuk survei ulang); dan
  - i. Surat pemberitahuan kepada dinas kesehatan daerah provinsi dan dinas kesehatan daerah kabupaten/kota bahwa rumah

sakit akan melaksanakan survei akreditasi yang dilaksanakan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi rumah sakit.

Seluruh dokumen disampaikan secara online dengan menggunakan media elektronik atau aplikasi survei akreditasi yang disediakan lembaga independen penyelenggara akreditasi. Lembaga independen penyelenggara akreditasi melalui surveior dapat meminta tambahan dokumen yang harus disampaikan oleh rumah sakit sesuai kebutuhan pada saat telusur dokumen.

Lembaga independen penyelenggara akreditasi berkewajiban menjaga data yang disampaikan rumah sakit dengan baik, tidak menggunakan data-data tersebut dan tidak menyebarkan kepada pihak yang tidak berwenang selain surveior rumah sakit.

5. Pelaporan dan Keputusan Hasil Survei Akreditasi Rumah Sakit

Laporan hasil survei akreditasi rumah sakit dibuat oleh Surveior sesuai dengan format yang sudah diberikan lembaga independen penyelenggara akreditasi. Laporan tersebut dikirim melalui media elektronik atau aplikasi lembaga independen penyelenggara akreditasi.

Hal-hal yang harus dilaporkan sebagai berikut:

- a. Hasil Penilaian diisi pada format yang sudah diberikan, dinilai untuk masing-masing Bab berikut capaiannya;
- b. Rekomendasi atas penilaian yang skor kurang dari 10 (sepuluh); dan
- c. Data atau dokumen pendukung lainnya.

Laporan yang sudah di kirimkan melalui media elektronik atau aplikasi, akan ditelaah dan dianalisa oleh tim penilai lembaga independen penyelenggara akreditasi, yang selanjutnya tim penilai memberikan rekomendasi dan status survei kepada ketua lembaga/pihak berwenang. Selanjutnya akan diterbitkan sertifikat kelulusan akreditasi oleh Lembaga independen penyelenggara akreditasi dan diketahui oleh Kementerian Kesehatan paling lambat 14 (empat belas) hari kerja setelah survei dilakukan. Berdasarkan hasil rekomendasi survei, rumah sakit wajib membuat rencana perbaikan atas rekomendasi yang di sampaikan paling lama 45 (empat puluh lima) hari kerja setelah rekomendasi diterima.

Rumah sakit wajib mengisi formulir umpan balik pelaksanaan survei

akreditasi rumah sakit yang telah tersedia dan dikembalikan ke lembaga independen penyelenggara akreditasi dan Kementerian Kesehatan selambat lambatnya 7 (tujuh) hari kerja setelah hasil akreditasi diterima melalui sistem informasi penyelenggara akreditasi.

Apabila rumah sakit akan melakukan perbaikan status akreditasi sesuai dengan rekomendasi yang diberikan, rumah sakit dapat mengajukan remedial kepada lembaga independen penyelenggara akreditasi untuk dilakukan survei ulang sesuai dengan rekomendasi. Apabila rumah sakit berkeberatan terhadap status akreditasi, rumah sakit dapat mengajukan banding kepada lembaga independen penyelenggara akreditasi dengan tembusan kepada Kementerian Kesehatan.

6. Perubahan Sertifikat Akreditasi Rumah Sakit

Lembaga independen penyelenggara akreditasi akan berkoordinasi dengan Kementerian Kesehatan atau institusi pemberi izin apabila terjadi perubahan perizinan berusaha rumah sakit

E. Penundaan Survei

Rumah sakit dapat menunda jadwal survei tanpa denda atau ganti rugi apabila terjadi:

1. Keadaan kahar (*force majeure*) antara lain bencana alam atau peristiwa besar lain yang tidak terduga yang mengganggu operasional; dan/atau
2. Mogok kerja massal yang menyebabkan rumah sakit harus berhenti menerima pasien, membatalkan operasional dan/atau prosedur elektif lainnya dan memindahkan pasien ke rumah sakit lain.

Keadaan penundaan jadwal harus dituangkan dalam kesepakatan pelaksanaan akreditasi. Penyampaian adanya penundaan survei disampaikan rumah sakit kepada lembaga independen penyelenggara akreditasi paling sedikit 7 (tujuh) hari kerja sebelum tanggal pelaksanaan survei, dan ditembuskan kepada Kementerian Kesehatan.

F. Penghentian Survei

Kegiatan survei akreditasi akan dihentikan apabila rumah sakit menyampaikan dokumen yang tidak sesuai sebagaimana di persyaratkan atau melakukan pemalsuan data, dan/atau tidak memenuhi ketentuan

kesepakatan pelaksanaan survei yang telah ditanda tangani antara rumah sakit dengan lembaga independen penyelenggara akreditasi. Lembaga independen penyelenggara akreditasi kemudian menyampaikan penghentian survei kepada Kementerian Kesehatan dilengkapi dengan alasan penghentian survei tersebut, serta ditembuskan kepada rumah sakit yang bersangkutan dan dinas kesehatan daerah provinsi dan dinas kesehatan daerah kabupaten/kota setempat. Selanjutnya Kementerian Kesehatan akan menindaklanjuti laporan yang disampaikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi dengan melakukan mediasi, agar pelaksanaan akreditasi dapat tetap dilanjutkan.

#### G. Mekanisme Remedial

Pengajuan remedial dapat dilakukan oleh rumah sakit kepada lembaga independen penyelenggara akreditasi dalam rangka memperbaiki status akreditasi. Pengajuan dilakukan dalam waktu 3-6 bulan setelah penetapan kelulusan. Remedial dilakukan terhadap bab yang pemenuhan standarnya 60%-79%. Khusus untuk Bab Program Nasional remedial dapat dilakukan terhadap pemenuhan standar kurang dari 100%.

#### H. Mekanisme Banding

Rumah sakit dapat melakukan banding kepada lembaga independen penyelenggara akreditasi, apabila berkeberatan atas hasil penilaian survei akreditasi paling lambat 14 (empat belas) hari setelah penetapan kelulusan. Pengajuan banding rumah sakit kepada lembaga independen penyelenggara akreditasi ditembuskan kepada Kementerian Kesehatan.

#### I. Kewajiban Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi

Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi wajib melakukan pemantauan mutu pelayanan paska akreditasi melalui teknologi informasi. Pemantauan dan evaluasi mutu pelayanan yang dilakukan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi berkoordinasi dengan Kementerian Kesehatan, dinas kesehatan daerah provinsi dan dinas kesehatan daerah kabupaten/kota setempat sesuai dengan kelas rumah sakit. Pemantauan dan evaluasi mutu pelayanan rumah sakit paska akreditasi menggunakan hasil rekomendasi perbaikan dari lembaga independen penyelenggara akreditasi, Perencanaan Perbaikan Strategis (PPS), data indikator mutu, pelaporan insiden keselamatan pasien, dan

hasil pengamatan atau masukan dari Badan Pengawas Rumah Sakit (BPRS)/masyarakat.

J. Sertifikat akreditasi dinyatakan tidak berlaku atau dapat ditarik, dengan alasan:

1. telah habis masa berlakunya; dan/atau
2. perubahan sertifikat akreditasi rumah sakit.

K. Publikasi Status Akreditasi

Rumah sakit dapat mempublikasikan status akreditasi ini kepada masyarakat, media massa, pihak rekanan dan asuransi (*third-party payers*), dan pihak lainnya sesuai dengan kebutuhan rumah sakit setelah rumah sakit menerima sertifikat akreditasi dari lembaga independen penyelenggara akreditasi. Untuk keperluan publikasi, rumah sakit dapat menggunakan logo Lembaga independen penyelenggara akreditasi Rumah Sakit. Informasi tentang status akreditasi akan dimuat di web site lembaga independen penyelenggara akreditasi yang memungkinkan setiap orang untuk mengetahui lokasi rumah sakit dan status akreditasinya. Setiap hasil keputusan status akreditasi rumah sakit oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi dilaporkan ke Kementerian Kesehatan untuk di publikasi sesuai ketentuan berlaku.

### BAB III

#### PENILAIAN DAN KELULUSAN AKREDITASI RUMAH SAKIT

##### A. Ketentuan Penilaian

Tujuan dari penilaian ini adalah untuk memberikan pemahaman dan konsistensi pada penetapan skor, dengan mengakui bahwa banyak jenis bukti akan diperiksa sebelum tim survei mencapai skor akhir untuk setiap Elemen Penilaian (EP).

Penilaian Akreditasi Rumah Sakit dilakukan berdasarkan penerapan standar akreditasi rumah sakit dari Kementerian Kesehatan menjadi 4 (empat) kelompok, yaitu:

1. Pelayanan Berfokus pada Pasien, terdiri dari 7 (tujuh) bab;
2. Manajemen Rumah Sakit, terdiri dari 6 (enam) bab;
3. Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit, terdiri dari 1 (satu) bab; dan
4. Program Nasional terdiri dari 1 (satu) bab.

Selama survei dilaksanakan setiap elemen terukur/ elemen penilaian (EP) dari suatu standar diberi skor sebagai "Tercapai Penuh", "Tercapai Sebagian", "Tidak Terpenuhi", atau "Tidak Tercapai". Dan terdapat elemen yang "Tidak Dapat Diterapkan", dapat dinyatakan sebagai berikut :

No	Kriteria	Skor 10 (TP)	Skor 5 (TS)	Skor 0 (TT)	TDD
1.	Pemenuhan elemen penilaian	Minimal 80% Khusus bab Program Nasional minimal 100%	20 sampai <80% Khusus bab Program Nasional 20-99%	Kurang 20%	Tidak dapat diterapkan
2.	Bukti kepatuhan	Bukti kepatuhan ditemukan secara konsisten pada semua bagian/unit di mana persyaratan-persyaratan tersebut berlaku. Catatan:	Bukti kepatuhan ditemukan tidak konsisten / hanya pada sebagian unit di mana persyaratan-persyaratan tersebut berlaku (misalnya	Bukti kepatuhan tidak ditemukan pada semua bagian/unit di mana persyaratan-persyaratan tersebut berlaku	

No	Kriteria	Skor 10 (TP)	Skor 5 (TS)	Skor 0 (TT)	TDD
		Hasil pengamatan tidak dapat dianggap sebagai temuan apabila hanya terjadi pada 1 pengamatan ( <i>observasi</i> ).	ditemukan kepatuhan di IRI, namun tidak di IRJ, patuh pada ruang operasi namun tidak patuh di unit rawat sehari ( <i>day surgery</i> ), patuh pada area-area yang menggunakan sedasi namun tidak patuh di klinik gigi).		
3.	Hasil wawancara dari pemenuhan persyaratan yang ada di EP	Hasil wawancara menjelaskan sesuai standar dan dibuktikan dengan dokumen dan pengamatan	Hasil wawancara menjelaskan sebagian sesuai standar dan dibuktikan dengan dokumen dan pengamatan	Hasil wawancara tidak sesuai standar dan dibuktikan dengan dokumen dan pengamatan	
4.	Regulasi sesuai dengan yang dijelaskan di maksud dan tujuan pada standar	Regulasi yang meliputi Kebijakan dan SPO lengkap sesuai dengan maksud dan tujuan pada standar	Regulasi yang meliputi Kebijakan dan SPO sesuai dengan maksud dan tujuan pada standar hanya sebagian / tidak lengkap	Regulasi yang meliputi Kebijakan dan SPO sesuai dengan maksud dan tujuan pada standar tidak ada	
5.	Dokumen rapat/pertemuan: seperti undangan, materi rapat, absensi/daftar hadir, notulen rapat.	Kelengkapan bukti dokumen rapat >80 - 100% ( <i>cross check</i> dengan wawancara)	Kelengkapan bukti dokumen rapat 50-80%)	Kelengkapan bukti dokumen rapat kurang dari 50%	

No	Kriteria	Skor 10 (TP)	Skor 5 (TS)	Skor 0 (TT)	TDD
6.	Dokumen pelatihan seperti kerangka acuan (TOR) pelatihan yang dilampiri jadwal acara, undangan, materi/bahan pelatihan, absensi/daftar hadir, laporan pelatihan	Kelengkapan bukti dokumen pelatihan > 80 - 100%	Kelengkapan bukti dokumen pelatihan 50% - 80 %	Kelengkapan bukti dokumen pelatihan kurang 50%	
7.	Dokumen orientasi staf seperti kerangka acuan (TOR) orientasi yang dilampiri jadwal acara, undangan, absensi/daftar hadir, laporan, penilaian hasil orientasi dari kepala SDM (orientasi umum) atau kepala unit (orientasi khusus)	Kelengkapan bukti dokumen orientasi >80 - 100%	Kelengkapan bukti dokumen orientasi 50% - 80 %	Kelengkapan bukti dokumen orientasi kurang 50%	
8.	Hasil observasi pelaksanaan kegiatan/ pelayanan sesuai regulasi dan standard	Pelaksanaan kegiatan/ pelayanan sesuai regulasi dan standard >80% -100% Contoh: 9 dari 10 kegiatan/ pelayanan yang diobservasi sudah memenuhi EP	Pelaksanaan kegiatan/ pelayanan sesuai regulasi dan standard 50 - 80% Contoh: 5-8 dari 10 kegiatan/ pelayanan yang diobservasi sudah memenuhi EP	Pelaksanaan kegiatan/ pelayanan sesuai regulasi dan standard Kurang 50% Contoh: hanya 4 dari 10 kegiatan/ pelayanan yang diobservasi memenuhi EP	

No	Kriteria	Skor 10 (TP)	Skor 5 (TS)	Skor 0 (TT)	TDD
9.	Hasil simulasi staf sesuai regulasi / standar	Staf dapat memperagakan / mensimulasikan sesuai regulasi / standar : >80% - 100% Contoh: 9 dari 10 staf yang diminta simulasi sudah memenuhi regulasi / standar	Staf dapat memperagakan / mensimulasikan sesuai regulasi / standar 50- kurang 80% Contoh: 5- 8 dari 10 staf yang diminta simulasi sudah memenuhi regulasi / standar	Staf dapat memperagakan / mensimulasikan sesuai regulasi / standar Kurang 50% Contoh: hanya 4 dari 10 staf yang diminta simulasi sudah memenuhi regulasi / standar	
10.	Rekam jejak kepatuhan pada survei akreditasi pertama	Kepatuhan pelaksanaan kegiatan/ pelayanan secara berkesinambungan sejak 3 (tiga) bulan sebelum survei	Kepatuhan pelaksanaan kegiatan/ pelayanan secara berkesinambungan sejak 2 (dua) bulan sebelum survei	Kepatuhan pelaksanaan kegiatan/ pelayanan secara berkesinambungan sejak 1 (satu) bulan sebelum survei	
11.	Rekam jejak kepatuhan pada survei akreditasi ulang	Kepatuhan pelaksanaan kegiatan/ pelayanan sejak 12 (dua belas) bulan sebelum survei	Kepatuhan pelaksanaan kegiatan/ pelayanan sejak 4-11 (empat - sebelas) bulan sebelum survei	Kepatuhan pelaksanaan kegiatan/ pelayanan sejak 1-3 (satu - tiga) bulan sebelum survei	

No	Kriteria	Skor 10 (TP)	Skor 5 (TS)	Skor 0 (TT)	TDD
12.	Kelengkapan rekam medik (Telaah rekam medik tertutup), pada survei awal 4 bulan sebelum survei, pada survei ulang 12 bulan sebelum survei	Rekam medik lengkap >80,- 100% saat di lakukan telaah. Contoh hasil telaah : 9 dari 10 rekam medik yang lengkap	Rekam medik lengkap 50,- 80% saat di lakukan telaah. Contoh hasil telaah : 5 - 8 dari 10 rekam medik yang lengkap	Rekam medik lengkap kurang dari 50% saat di lakukan telaah. Contoh hasil telaah: hanya 4 dari 10 rekam medik yang lengkap	

Keterangan:

- TP : Tercapai Penuh  
 TS : Tercapai Sebagian  
 TT : Tidak Terpenuhi atau Tidak Tercapai  
 TDD : Tidak Dapat Diterapkan

B. Hasil Survei:

1. Lulus Akreditasi dengan status: Paripurna, Utama dan Madya
2. Tidak terakreditasi

Hasil Akreditasi	Kriteria
Paripurna	15 bab mendapat nilai minimal 80% dan bab Program Nasional mendapat nilai 100%
Utama	a. 11 sampai 14 Bab mendapat nilai minimal 80%, dan Bab SKP mendapat nilai minimal 80%, bagi rumah sakit pendidikan atau wahana pendidikan. b. 11 sampai 13 bab mendapat nilai minimal 80%, dan Bab SKP mendapat nilai minimal 80%, bagi rumah sakit yang bukan rumah sakit pendidikan atau wahana pendidikan. c. Bab Program Nasional mendapat nilai 100%
Madya	7 sampai 10 Bab mendapat nilai minimal 80%, nilai SKP minimal 70% dan nilai Program Nasional 100%
Tidak terakreditasi	a) Kurang dari 7 Bab mendapat nilai minimal 80%;

	<p>b) Bab SKP mendapat nilai kurang dari 70%; dan/atau</p> <p>c) Bab Program Nasional mendapat nilai kurang dari 100%</p>
--	---

## BAB IV METODOLOGI TELUSUR

Metodologi Telusur adalah suatu metode yang efektif untuk memahami proses atau sistem di rumah sakit. Kegiatan operasional dan pelayanan di rumah sakit yang kompleks menjadikan metode telusur sebagai salah satu metode yang tepat untuk memahami proses yang terjadi serta melakukan penilaian di dalam survei. Metode telusur dapat menggunakan dokumen atau rekam medik pasien sebagai alat bantu untuk memahami proses yang terjadi. Setelah melakukan metode telusur, data dan informasi yang digunakan untuk:

1. Memahami proses pelayanan yang kompleks di rumah sakit (kompleks karena terdiri dari serangkaian sistem dan subsistem);
2. Memahami koordinasi yang terjadi didalam sistem/sub sistem/ antar unit di rumah sakit;
3. Memahami bagaimana staf memberikan pelayanan;
4. Mengidentifikasi adanya kesenjangan atau kekurangan di dalam sistem, misalnya antara kebijakan yang ditetapkan dengan apa yang diharapkan terjadi, serta hal-hal lainnya, untuk selanjutnya dilakukan upaya perbaikan;
5. Melakukan observasi terhadap lingkungan pelayanan;
6. Mendapatkan pengalaman pasien di dalam menerima pelayanan di rumah sakit;
7. Menganalisa pelayanan yang berfokus pada pasien sesuai standar akreditasi; dan/atau
8. Mengintegrasikan temuan hasil telusur untuk merancang perbaikan.

Terdapat beberapa jenis metodologi telusur, diantaranya adalah:

1. *Individual Patient tracer* (telusur pasien individual): mengikuti pengalaman pasien di beberapa area pelayanan di rumah sakit.
2. *System tracer* (telusur sistem): telusur terhadap suatu sistem yang kompleks di rumah sakit, seperti telusur manajemen penggunaan obat, telusur pencegahan dan pengendalian infeksi, dan sebagainya.
3. Telusur unit/departemen: telusur terhadap unit atau departemen tertentu sesuai kebutuhan.

#### A. Telusur Pasien Individual

Telusur pasien ini digunakan untuk melakukan analisa sistem yang digunakan rumah sakit dalam memberikan asuhan, tindakan dan pelayanan untuk menilai kepatuhan terhadap standar. Selama telusur pasien individual ini surveior akan melakukan hal-hal dibawah ini:

1. Mengikuti alur asuhan, tindakan, pelayanan yang diberikan kepada pasien oleh rumah sakit dengan menggunakan catatan rekam medik terkini, jika memungkinkan.
2. Evaluasi hubungan antar disiplin dan departemen, program, pelayanan, unit kerja dan fungsi penting dalam asuhan, pelayanan dan pengobatan yang diberikan.
3. Evaluasi kinerja proses pelayanan dengan fokus pada integrasi dan koordinasi yang dilakukan pada proses berbeda namun terkait dalam pelayanan yang diberikan.
4. Identifikasi masalah di berbagai proses.

Pasien yang dipilih adalah yang menerima layanan kompleks karena mempunyai pengalaman yang lebih banyak dalam interaksi dengan berbagai unit di rumah sakit. Interaksi ini akan memberikan informasi adanya masalah terkait kesinambungan pelayanan. Jika dimungkinkan, surveior akan berusaha menghindari memilih telusur pada waktu dan tempat yang bersamaan dengan surveior yang lain.

#### 2. Kriteria Telusur Pasien Secara Individual

Pemilihan telusur pasien dapat berdasar tetapi tidak terbatas, pada kriteria berikut:

- a. Pasien dengan diagnosis 5 (lima) besar.
- b. Pasien risiko tinggi atau menerima pelayanan risiko tinggi.
- c. Pasien terkait dengan Program Nasional.
- d. Pasien terkait sistem telusur, seperti pencegahan dan pengendalian infeksi dan manajemen dan penggunaan obat.
- e. Pasien dengan pelayanan lanjutan/transfer, contoh:
  - 1) Pasien yang direncanakan *follow-up*/kontrol di rawat jalan; dan/atau
  - 2) Pasien yang dirujuk dari RS lain atau yang akan dirujuk ke RS lain.

Surveior akan mengikuti pengalaman pasien, memeriksa berbagai pelayanan yang diberikan oleh berbagai staf dan unit didalam rumah sakit.

3. Elemen-elemen dalam telusur ini sebagai berikut:
  - a. Telaah rekam medis pasien dengan staf yang bertanggung jawab atas asuhan, tindakan, atau layanan yang diterima pasien tersebut. Jika staf yang bertanggung jawab ini tidak ada, surveior dapat menanyakan pada staf yang lain, mencakup perawat, dokter, mahasiswa kedokteran, peserta pelatihan/magang, terapis, manajer pelayanan pasien, staf farmasi, staf laboratorium, staf pendukung lainnya serta pengantar pasien. Supervisi pada tingkat penelusuran ini harus dibatasi. Pada saat telusur, professional pemberi asuhan yang terlibat dalam asuhan pasien ini bertemu dengan surveior. Contoh, surveior akan berdiskusi dengan ahli gizi jika ditelusuri pasien mempunyai masalah gizi.
  - b. Observasi secara langsung pada asuhan pasien.
  - c. Observasi pada proses pengobatan.
  - d. Observasi pada masalah pencegahan dan pengendalian infeksi.
  - e. Observasi pada proses perencanaan asuhan.
  - f. Diskusi tentang data yang digunakan. Ini termasuk cara meningkatkan mutu, informasi yang digunakan sebagai bahan pembelajaran, perbaikan dengan menggunakan data, dan desiminasi data.
  - g. Observasi terhadap peralatan yang akan digunakan pada kondisi kedaruratan, misalnya peralatan evakuasi pasien pada kondisi bencana.
  - h. Observasi dampak lingkungan terhadap keamanan dan keselamatan serta peran staf untuk mengurangi risiko terhadap lingkungan.
  - i. Observasi terhadap pemeliharaan peralatan medis.
  - j. Wawancara dengan pasien dan atau dengan keluarga pasien (jika dibenarkan dan di izinkan pasien dan/atau keluarga). Diskusi difokuskan pada alur asuhan, dan jika memungkinkan mencocokkan masalah yang diidentikasi selama proses telusur.
  - k. Membahas pengelolaan kedaruratan dan masalah alur pasien di

unit gawat darurat. Masalah alur pasien mungkin juga dibahas di area penunjang yang terkait dengan pasien yang ditelusur. Sebagai contoh, pasien menerima transfusi darah, surveior dapat mengunjungi bank darah.

Apabila dalam telusur pasien diatas ditemukan masalah maka Surveior dapat melanjutkan dengan memilih dan menelaah 2 sampai 5 rekam medis secara tertutup untuk memverifikasi masalah yang ditemukan. Surveior dapat bertanya pada staf di unit, program, atau layanan untuk melengkapi telaah rekam medis. Kriteria dibawah ini dapat digunakan sebagai panduan memilih tambahan rekam medis yang tergantung pada situasi:

- a. Diagnosis sama atau mirip;
- b. Pasien hampir keluar dari rumah sakit;
- c. Diagnosis sama tetapi dokternya berbeda;
- d. Tes yang sama tetapi lokasi berbeda;
- e. Usia dan jenis kelamin sama;
- f. Pasien dengan masa rawat inap yang lama;
- g. Wawancara dengan staf;
- h. Telaah prosedur dan notulen jika dibutuhkan; dan/atau
- i. Hubungan dengan survei lainnya.

Masalah yang diketemukan dari telusur pasien secara individual dapat mengarah pada eksplorasi lebih lanjut dari sistem telusur atau kegiatan survei lainnya, seperti pemeriksaan fasilitas dan wawancara dengan pimpinan.

Temuan dari telusur kunjungan menghasilkan fokus pada lain telusur dan dapat berpengaruh terhadap pemilihan telusur lainnya. Temuan juga dapat mengidentifikasi masalah terkait koordinasi dan komunikasi dari informasi relevan dengan mutu dan keselamatan layanan.

## B. Telusur Sistem

Telusur sistem dilakukan untuk menilai sistem atau proses spesifik yang kompleks di dalam rumah sakit. Proses yang kompleks ini dapat meliputi satu atau beberapa sistem, dan dapat diterapkan untuk proses yang berisiko. Telusur ini berfokus pada perawatan, pengobatan, atau layanan perawatan lainnya. Berbeda dengan telusur individu, telusur

sistem mengevaluasi sistem itu sendiri yang berkaitan dengan individu yang menerima perawatan. Telusur ini berbeda dengan telusur individual dalam hal selama telusur individual dilakukan, dimana surveior mengikuti pasien melalui alur pelayanan, evaluasi semua aspek dari asuhan dan bukan sistem asuhannya. Selama telusur sistem, surveior melaksanakan hal-hal sebagai berikut:

1. Evaluasi kinerja dari sistem atau proses dengan fokus tertentu pada integrasi dan koordinasi dari proses berbeda tetapi terkait;
2. Evaluasi komunikasi antara berbagai disiplin dan departemen; dan
3. Identifikasi masalah pada masing-masing proses terkait.

Telusur sistem mencakup kegiatan kunjungan ke unit/departemen untuk melakukan evaluasi dari implementasi sistem dan menelaah dampak dari asuhan dan tindakan. Penelusuran juga termasuk pertemuan interaktif antara surveior dengan staf terkait dengan menggunakan informasi dari unit/departemen.

Topik diskusi pada telusur interaktif ini memuat beberapa hal sebagai berikut:

1. Alur proses/sistem di dalam rumah sakit, termasuk identifikasi dan manajemen risiko, integrasi dari kegiatan-kegiatan penting, komunikasi diantara staf/unit yang terlibat dalam proses.
2. Kekuatan dan kelemahan di dalam sistem/proses, dan kemungkinan dibutuhkan tindakan di area yang membutuhkan perbaikan.
3. Masalah yang memerlukan eksplorasi di kegiatan survei yang lain.
4. Evaluasi dari standar akreditasi dan kepatuhan terhadap sasaran keselamatan pasien.
5. Tanya jawab dan edukasi oleh surveior.

1. Telusur Sistem Manajemen dan Penggunaan Obat

- a. Telusur ini mengeksplorasi sistem manajemen obat di rumah sakit serta titik-titik risiko potensial dalam sistem. Kegiatan telusur ini membantu surveior untuk melakukan evaluasi terhadap manajemen dan penggunaan obat mulai pengadaan obat, penyimpanan, peresepan, penyerahan, pemberian, edukasi selama perawatan dan saat pasien rencana pulang, sampai dengan monitoring efek samping obat pada pasien.

- b. Staf yang dipilih oleh rumah sakit untuk berpartisipasi dalam telusur harus memahami secara utuh seluruh proses manajemen obat, mulai dari pengadaan obat hingga pemantauan efek obat yang diberikan. Staf farmasi klinis dan departemen pendukung klinis lainnya yang merupakan bagian dari sistem manajemen obat akan berpartisipasi dalam kegiatan penelusuran terfokus.

Beberapa perwakilan perawatan atau layanan langsung dari area yang dapat ikut serta dalam telusur ini diantaranya adalah:

- 1) Anggota staf klinis, seperti perawat, dokter, terapis, atau ahli gizi, yang memiliki peran dalam proses pengelolaan obat sebagai bagian dari perawatan, pengobatan, dan layanan langsung yang mereka berikan.
- 2) Seorang apoteker atau apoteker konsultan yang memiliki pengetahuan tentang pemilihan obat yang tersedia untuk digunakan dan pemantauan obat.
- 3) Seorang wakil dari komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang dapat berbicara dengan mengenai keterlibatannya dalam pengelolaan antibiotika.
- 4) Seorang staf yang bertanggung jawab dalam edukasi mengenai pengobatan pasien.
- 5) Seorang anggota staf klinis yang dapat menambahkan perspektif unik tentang pasien yang dapat diidentifikasi atau spesifik.
- 6) Seseorang yang dapat berbicara tentang peningkatan kinerja jika ada inisiatif peningkatan kinerja terkait dengan manajemen obat telah atau sedang dilakukan catatan: perwakilan terpisah dari peningkatan kualitas tidak diperlukan jika peserta lain dapat berbicara dengan peningkatan manajemen obat (misalnya, terapis dalam tim peningkatan kualitas obat).
- 7) Seorang dokter dari laboratorium.
- 8) Staf yang terlibat dalam pemeliharaan alat di dalam proses manajemen dan pengelolaan obat.
- 9) Staf yang berpartisipasi di dalam manajemen rantai pasokan.
- 10) Staf lainnya termasuk residen, atas kebijakan rumah sakit.

Selama kegiatan telusur sistem terfokus, surveior akan mengunjungi area yang relevan dengan proses manajemen obat, berbicara dengan staf yang tersedia di area ini tentang peran mereka dalam manajemen obat, mengunjungi lokasi penyimpanan obat unit, meninjau dokumentasi, dan apabila diperlukan mewawancarai pasien.

- c. Beberapa standar terkait pada telusur sistem ini adalah standar SKP, standar PKPO dan standar TKRS. Telusur Sistem Manajemen Obat terdiri dari tiga bagian:

1) Bagian 1

Bagian ini terdiri dari telusur pengobatan praktis yang dimulai sejak peresepan dilakukan mulai dari pemesanan hingga pemberian obat pesanan hingga bagaimana pemantauan terhadap pasien dilakukan. Hal ini mirip dengan telusur pasien, namun telusur dilakukan terhadap obat yang digunakan pasien. Obat yang dipilih untuk telusur umumnya adalah obat dengan risiko tinggi/kewaspadaan tinggi.

2) Bagian 2

Untuk bagian selanjutnya, diadakan pertemuan dengan sekelompok kecil pimpinan yang terlibat dengan sistem manajemen dan pengelolaan obat. Item diskusi dapat mencakup hal-hal berikut:

a) Tinjauan kebijakan

Sekelompok kebijakan yang berasal dari proses yang baru saja ditelusur pada telusur di Bagian 1 dapat divalidasi selama tinjauan kebijakan. Tinjauan kebijakan dapat terjadi jika suatu masalah memerlukan klarifikasi atau jika ada inkonsistensi yang ditemukan dalam proses selama penelusuran. Contohnya mungkin termasuk proses pengobatan pediatrik, pemusnahan obat, dan kebijakan lainnya.

- b) Tinjauan atau evaluasi tahunan terhadap sistem manajemen dan pengelolaan obat tahunan dan tindakan yang diambil untuk meningkatkan efektivitas sistem berdasarkan hasil evaluasi yang

ada.

c) Tinjauan dan diskusi program antimikroba di rumah sakit.

d) Tindakan pengobatan yang dikumpulkan oleh departemen/layanan. Pengumpulan data pengelolaan obat harus relevan dengan layanan yang diberikan oleh rumah sakit dan pasien yang dilayani. Rumah sakit harus mengumpulkan data terkait dengan titik risiko yang telah diidentifikasi dalam evaluasi sistem manajemen obatnya.

Contoh data tersebut berdasarkan titik risiko yang dinilai mungkin termasuk, namun tidak terbatas pada, berikut ini:

(1) Efek samping obat/reaksi obat yang merugikan.

(2) Penggunaan obat-obatan berisiko tinggi atau kewaspadaan tinggi.

(3) Jumlah intervensi farmasi.

(4) Waktu penyelesaian dari pemesanan ke administrasi.

e) Data pemantauan yang dikumpulkan tentang kinerja sistem dan proses manajemen obat rumah sakit, termasuk tren atau masalah yang telah diidentifikasi dan perubahan yang dibuat sebagai hasil tinjauan tersebut.

f) Tinjauan data terkait layanan baru atau perubahan sistem pengobatan.

Selain itu, surveior dapat mendiskusikan bagaimana rumah sakit membuat keputusan tentang pembelian obat dengan pemahaman tentang keamanan dan kualitas rantai pasokan. Surveior akan mengajukan pertanyaan tentang obat-obatan yang diidentifikasi rumah sakit sebagai yang paling berisiko kehilangan stabilitas, terkontaminasi, atau diganti dengan produk palsu atau tiruan. Surveior juga dapat menanyakan tentang proses pemeriksaan rantai pasokan obat tertentu pada daftar obat yang

paling berisiko di rumah sakit.

Agenda pertemuan bersifat fleksibel dan unik untuk sistem yang sedang dievaluasi. Berbagai metodologi digunakan untuk mengevaluasi sistem manajemen obat rumah sakit, termasuk sesi diskusi kelompok; telusur yang berfokus pada manajemen obat; review data untuk kesalahan pengobatan, kejadian nyaris cedera, dan monitor pengobatan lainnya; dan telusur pasien individu. Proses pengobatan yang dievaluasi adalah pemilihan, pengadaan, penyimpanan, pemesanan/transkripsi, pemberian, dan pemantauan. Sebagaimana ditentukan oleh survei, sesi dapat dimulai dengan telusur terfokus atau dengan diskusi kelompok.

3) Bagian 3

Bagian terakhir terdiri dari tinjauan data yang berkaitan dengan kesalahan pengobatan, kejadian nyaris cedera, dan reaksi obat yang merugikan. Data tersebut dapat dimasukkan sebagai bagian dari diskusi kelompok daripada sebagai kegiatan terpisah.

d. Aktivitas Telusur Terfokus

Aktivitas telusur terfokus dapat dilakukan sebelum atau setelah diskusi kelompok. Survei mengeksplorasi jalur obat berisiko tinggi, kewaspadaan tinggi, atau obat lain yang dipilih di rumah sakit dengan menggunakan catatan medis terkini dan/atau obat yang dipilih dari daftar obat waspada tinggi rumah sakit. Survei akan menelusuri obat untuk pasien melalui semua proses pengobatan mulai dari penambahan obat ke formularium hingga pemantauan efek obat pada pasien. Survei kemudian berfokus pada proses manajemen obat yang diinformasikan oleh kegiatan survei sebelumnya, seperti diskusi kelompok manajemen obat atau pengamatan yang diidentifikasi selama penelusuran oleh anggota tim survei. Selama sesi diskusi kelompok, survei dan staf organisasi membahas beberapa hal berikut ini, namun tidak terbatas pada:

- 1) Pembahasan setiap proses manajemen obat yang berlaku.

- 2) Untuk setiap proses pengelolaan obat, diskusikan hal-hal berikut:
  - a) Area yang menjadi perhatian, penyebab langsung atau proksimal untuk area yang menjadi perhatian, dan potensi solusi.
  - b) Kesenambungan proses manajemen obat dan hubungannya dengan proses dan sistem pendukung lainnya.
  - c) Identifikasi area potensial yang menjadi perhatian dalam sistem manajemen obat rumah sakit dan tindakan yang mungkin diambil.
  - d) Identifikasi masalah manajemen obat spesifik yang memerlukan eksplorasi lebih lanjut sebagai bagian dari telusur dan kegiatan survei lainnya.
  - e) Peninjauan Standar Keselamatan Pasien terkait dengan manajemen pengobatan di rumah sakit.
  - f) Aspek-aspek khusus dari manajemen obat yang dapat dibahas selama diskusi dan penelusuran terfokus meliputi hal-hal berikut:
    - (1) Pemilihan, pengadaan, dan penyimpanan obat, termasuk SKP 3.
    - (2) Pemesanan, entri pesanan, dan transkripsi (SKP 2).
    - (3) Proses pengawasan penggunaan antibiotik.
    - (4) Persiapan dan pengeluaran.
    - (5) Administrasi dan SKP 1.
    - (6) Pemantauan dan kepatuhan terhadap SKP 5 dan SKP 6.
    - (7) Pelaporan kesalahan/kerusakan sistem/kejadian nyaris cedera.
  - g) Pengumpulan data, analisis, dan evaluasi sistem dan tindakan yang diambil, termasuk kinerja apa pun inisiatif peningkatan terkait dengan manajemen obat
  - h) Edukasi obat untuk pasien dan staf.
  - i) Pengelolaan informasi terkait pengelolaan obat.
  - j) Keterlibatan pasien sebagai bagian dari tim

manajemen obat.

Pengaruh sistem organisasi lain untuk perencanaan, penggunaan data, peningkatan kinerja, komunikasi, dan kompetensi/efektivitas staf dapat dieksplorasi sehubungan dengan sistem dan proses manajemen obat.

2. Telusur Sistem Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

- a. Telusur berbasis individual dari sistem pencegahan dan pengendalian infeksi memeriksa proses pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit. Tujuannya adalah untuk melakukan evaluasi kepatuhan rumah sakit terhadap Standar Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dan Standar Fasilitas dan Keselamatan, untuk identifikasi masalah pencegahan dan pengendalian yang memerlukan dilakukannya pemeriksaan lebih lanjut, untuk menentukan langkah yang diperlukan, menangani risiko yang ada dan meningkatkan keselamatan pasien.
- b. Selama pembahasan program pencegahan dan pengendalian infeksi, surveior dan rumah sakit akan dapat mencapai hal-hal berikut:
  - 1) Identifikasi kekuatan dan area potensial yang menjadi perhatian dalam program pencegahan dan pengendalian infeksi.
  - 2) Menentukan tindakan yang diperlukan untuk mengatasi risiko yang teridentifikasi dalam pencegahan dan pengendalian infeksi.
  - 3) Menilai atau menentukan tingkat kepatuhan terhadap standar yang relevan.
  - 4) Identifikasi masalah pencegahan dan pengendalian infeksi yang memerlukan eksplorasi lebih lanjut.

Catatan: Ketika Telusur Sistem Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang terpisah tidak dicatat dalam agenda (misalnya, pada survei yang lebih pendek), surveior akan membahas pencegahan dan pengendalian infeksi di seluruh telusur pasien individual dan selama berbagai kegiatan mutu, seperti Wawancara Kepemimpinan untuk Mutu, Keselamatan Pasien, dan Budaya Keselamatan dan

Wawancara Program Mutu.

- c. Lokasi sesi telusur sistem pencegahan dan pengendalian infeksi bergantung pada kebijaksanaan rumah sakit.

Setelah bagian diskusi dari telusur, topik yang dipilih untuk eksplorasi lebih lanjut oleh surveior akan memandu bagaimana dan di mana sisa telusur pencegahan dan pengendalian infeksi akan dilakukan.

- d. Individu dari rumah sakit yang dipilih untuk berpartisipasi harus dapat mengatasi masalah yang terkait dengan program pencegahan dan pengendalian infeksi di semua departemen atau area utama dalam rumah sakit. Kelompok ini harus mencakup, namun tidak terbatas pada, perwakilan dari departemen berikut, seperti:

- 1) Staf klinis, termasuk dokter, perawat, apoteker, dan staf laboratorium.
- 2) Dokter yang memiliki pengetahuan tentang pilihan obat yang tersedia untuk digunakan dan pemantauan farmakokinetik terkait dengan masalah pengendalian infeksi.
- 3) Dokter dari laboratorium yang memiliki pengetahuan tentang mikrobiologi.
- 4) Staf klinis, termasuk semua individu yang terlibat dalam pencegahan dan pengendalian infeksi dan sampel individu yang terlibat dalam penyediaan perawatan, pengobatan, dan layanan langsung.
- 5) Staf yang bertanggung jawab atas linen.
- 6) Staf yang bertanggung jawab atas "*cleaning service*".
- 7) Staf yang bertanggung jawab atas pembuangan limbah.
- 8) Pimpinan rumah sakit.
- 9) Lainnya, termasuk residen medis, atas kebijakan rumah sakit.

Standar terkait :

- 1) Standar Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).
- 2) Standar Keselamatan Pasien (SKP).
- 3) Perawatan Anestesi dan Bedah (PAB).
- 4) Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK).
- 5) Kewenangan dan Kualifikasi Staf (KKS).

- e. Sesi akan dibuka dengan pengenalan dan peninjauan tujuan dari telusur sistem Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, yang meliputi:
- 1) Eksplorasi, pemikiran kritis, dan pemecahan masalah potensial tentang pencegahan dan pengendalian infeksi program.
  - 2) Identifikasi area potensial yang menjadi perhatian dalam program pencegahan dan pengendalian infeksi dan area untuk perbaikan serta tindakan yang dapat diambil untuk mengatasinya.
  - 3) Telusur dimulai dengan pertemuan kelompok singkat dengan individu yang bertanggung jawab atas organisasi program pencegahan dan pengendalian infeksi atau di area perawatan pasien yang diidentifikasi oleh surveior untuk kegiatan penelusuran terfokus.
  - 4) Selama pertemuan kelompok, surveior akan memperoleh pemahaman yang lebih baik tentang sistem pencegahan dan pengendalian infeksi dan akan mengidentifikasi area potensial yang dapat dieksplorasi selama kunjungan area perawatan pasien dan area potensial yang menjadi perhatian yang memerlukan diskusi lebih lanjut dengan staf yang berpengetahuan tentang program pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit.
  - 5) Surveior dapat pindah ke pengaturan lain yang relevan untuk melacak proses pencegahan dan pengendalian infeksi di seluruh rumah sakit.
  - 6) Surveior akan mengamati staf dan melibatkan mereka dalam diskusi yang berfokus pada pencegahan infeksi dan praktik kontrol dalam pengaturan apa pun yang dikunjungi selama aktivitas telusur sistem ini.

Surveior akan mengambil dari pengalaman aktivitas telusurnya dan masalah yang dilaporkan oleh surveior lain (sebagaimana berlaku), data pengawasan pencegahan dan pengendalian infeksi organisasi, dan data terkait pencegahan dan pengendalian infeksi lainnya untuk menginspirasi skenario diskusi dengan rumah sakit. Peserta akan diminta untuk

mendiskusikan aspek-aspek berikut dari program pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit yang berkaitan dengan skenario:

- 1) Bagaimana pasien dengan infeksi diidentifikasi oleh rumah sakit.
  - 2) Apakah titik masuk pertama untuk pasien yang telah diidentifikasi dan terdapat proses skrining untuk pasien dengan kemungkinan infeksi.
  - 3) Pengujian program untuk menanggapi adanya penyakit menular global.
  - 4) Bagaimana pasien dengan infeksi dipertimbangkan dalam konteks program pencegahan dan pengendalian infeksi.
  - 5) Kegiatan surveilans saat ini dan sebelumnya yang terjadi dalam 12 bulan sebelumnya atau lebih untuk survei ulang dan 3 bulan atau lebih untuk survei awal.
  - 6) Jenis analisis yang dilakukan dengan data pencegahan dan pengendalian infeksi, termasuk perbandingannya.
  - 7) Pelaporan data pencegahan dan pengendalian infeksi, termasuk frekuensinya.
  - 8) Proses penanganan masuknya pasien infeksi.
  - 9) Proses yang digunakan untuk melakukan penilaian risiko pencegahan dan pengendalian infeksi, termasuk alasan untuk melakukan penilaian dan hasil analisisnya.
  - 10) Kegiatan pencegahan dan pengendalian (misalnya, pelatihan staf, pendidikan populasi pasien/pengunjung, prosedur rumah tangga).
  - 11) Hubungan antara Departemen Pasokan Steril Pusat (CSSD) dan program pencegahan dan pengendalian infeksi.
  - 12) Perubahan fasilitas fisik, baik yang sudah selesai maupun yang sedang berlangsung, yang berdampak pada pencegahan infeksi dan kontrol yang dilakukan.
  - 13) Tindakan yang diambil sebagai hasil dari pengawasan yang dilakukan.
  - 14) Efektivitas pelaksanaan SKP. 5.
- f. Rumah sakit dapat menggunakan data pencegahan dan pengendalian infeksi selama bagian kegiatan ini jika data

tersebut relevan dengan diskusi.

Diskusi dapat berkisar pada pasien yang sudah termasuk dalam pengawasan pencegahan dan pengendalian infeksi, kegiatan pelaporan atau hal lainnya yang memenuhi definisi atau kriteria untuk masuk dan pemantauan melalui sistem surveilans pencegahan dan pengendalian infeksi. Selain skenario yang diidentifikasi oleh surveior, rumah sakit didorong untuk menyajikan contoh kasus yang akan menyoroti berbagai aspek program pencegahan dan pengendalian infeksi. Beberapa skenario yang ingin didiskusikan oleh surveior, sebagaimana berlaku untuk organisasi, dapat mencakup, namun tidak terbatas pada, sebagai berikut:

- 1) Pasien dengan demam yang tidak diketahui asalnya.
- 2) Pasien dengan infeksi pasca operasi.
- 3) Pasien yang dirawat di rumah sakit pasca operasi.
- 4) Pasien yang menggunakan antibiotik yang baru dalam daftar obat yang tersedia (sebaiknya yang kultur dan sensitivitas yang sesuai, kadar darah, dan/atau laboratorium lain yang digunakan untuk pemberian dosis).
- 5) Pasien dalam isolasi karena penyakit menular, seperti varisela, tuberkulosis paru, *hemophilus influenzae* invasif, penyakit *meningokokus*, penyakit *pneumokokus* yang resistan terhadap obat, pertusis, mikoplasma, gondok, *rubella*, *Staphylococcus aureus* yang resistan terhadap banyak pengobatan (MRSA), *Enterococcus* Resisten Vankomisin (VRE), *Clostridium difficile*, *Respiratory Syncytial Virus* (RSV), *enterovirus*, dan infeksi kulit (impetigo, kutu, dan kudis).
- 6) Praktik pencegahan dan pengendalian infeksi yang terkait dengan manajemen kegawatdaruratan.
- 7) Pasien ditempatkan dalam isolasi karena *immunocompromised*.
- 8) Perubahan fasilitas fisik terkini yang berdampak pada pencegahan dan pengendalian infeksi.
- 9) Pasien dengan kasus tuberkulosis aktif yang diketahui Surveior dan organisasi akan merangkum kekuatan yang

teridentifikasi dan area potensial yang menjadi perhatian dalam program pencegahan dan pengendalian infeksi. Surveior akan memberikan pendidikan yang berlaku.

3. Telusur Sistem Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
  - a. Fokus sistem ini adalah proses yang digunakan rumah sakit untuk mengumpulkan, analisis, menafsirkan dan penggunaan data untuk memperbaiki pelayanan dan keselamatan pasien. Surveior juga akan evaluasi efektivitas dari pelaksanaan rencana, program dan proses peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
  - b. Tujuan dari telusur sistem peningkatan mutu dan keselamatan pasien adalah untuk mengidentifikasi bagaimana kepemimpinan dan staf mendukung keseluruhan program mutu dan keselamatan pasien.

Terdapat dua komponen dari sistem telusur ini, yaitu:

- 1) Tinjauan indikator klinis (pembahasan standar SKP, alur klinis dan panduan praktik klinis); dan
  - 2) Tinjauan indikator non klinis (terkait dengan FMEA, RCA, validasi data dan peningkatan mutu terkait program efisiensi di rumah sakit).
- c. Lokasi telusur ini biasanya berupa telusur dan diskusi serta presentasi, sehingga untuk tempat pelaksanaan nya di tentukan oleh rumah sakit.

Standar yang terkait pada telusur ini adalah standar Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP). Adapun yang hadir pada telusur ini adalah:

- 1) Direktur/direktur operasional dan pimpinan rumah sakit;
  - 2) Individu yang bertanggung jawab terhadap implementasi program mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit; dan
  - 3) Staf klinis dan non klinis yang terlibat dalam implementasi program mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit.
- d. Dokumen/data yang diperlukan:
    - 1) Data indikator mutu rumah sakit secara keseluruhan untuk melihat agregasi data, analisis dan perbaikan yang telah dilakukan;
    - 2) RCA dari kejadian sentinel;

- 3) Contoh validasi data pada indikator mutu;
- 4) Contoh indikator mutu non klinis yang telah menunjukkan hasil berupa efisiensi bagi rumah sakit; dan
- 5) Data Alur Klinis dan Panduan Praktik Klinis serta keberhasilannya dalam mengurangi variasi di dalam pelayanan.

Surveior akan mendiskusikan struktur dan proses apa yang digunakan untuk mendukung program peningkatan mutu dan keselamatan pasien berdasarkan diskusi dari data-data yang dipresentasikan oleh rumah sakit selama telusur dilakukan.

#### 4. Telusur Sistem Manajemen Fasilitas dan Keselamatan

- a. Perhatian dari sistem telusur ini adalah proses yang digunakan rumah sakit untuk evaluasi manajemen fasilitas dan sistem keselamatan pasien untuk mendukung manajemen risiko. Surveior akan melakukan evaluasi dari proses manajemen fasilitas dan keselamatan pasien, telaah tentang tindakan untuk menanggulangi masalah di area tertentu dan menentukan tingkatkepatuhan rumah sakit terhadap standar.

Tidak merupakan keharusan surveior berdiskusi dengan staf yang memberikan langsung asuhan kepada pasien yang ditelusur, karena pertanyaan ini dapat juga dijawab oleh setiap staf yang bertugas sama memberikan asuhan kepada pasien. Walaupun sebaiknya berdiskusi langsung dengan pemberi asuhan langsung kepada pasien yang ditelusur lebih diinginkan.

- b. Tujuan sesi ini adalah untuk memberikan panduan kepada surveior dalam evaluasinya terhadap rumah sakit manajemen fasilitas dan sistem keselamatan serta efektivitas program MFK rumah sakit dalam mengelola risiko. Surveior dan rumah sakit akan melakukan hal berikut:

- 1) Identifikasi area kekuatan dan peluang untuk perbaikan dalam program MFK rumah sakit; dan
- 2) Menilai atau menentukan tingkat kepatuhan rumah sakit terhadap standar yang relevan.

- c. Lokasi telusur sistem MFK disesuaikan dengan kebutuhan dari rumah sakit. Setelah bagian diskusi dari telusur, topik yang dipilih untuk eksplorasi lebih lanjut oleh surveior akan

memandu bagaimana dan di mana sisa dari telusur sistem Manajemen Fasilitas dan Sistem Keselamatan akan dilakukan.

d. Standar yang akan dibahas pada telusur ini adalah standar Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK).

- 1) Topik telusur Sistem Manajemen dan Keselamatan Fasilitas akan dipilih oleh surveiur selama survei menggunakan berbagai teknik. Pemilihan fokus telusur dapat terjadi sebagai hasil pengamatan yang dilakukan oleh surveiur saat dia melakukan bagian dari survei (dari hasil telusur seluruh fasilitas di rumah sakit) dan mungkin juga mencakup topik yang terlalu rumit untuk dievaluasi selama Tur Fasilitas dan/atau memerlukan percakapan multidisiplin. Misalnya, surveiur mungkin telah mengamati kebocoran air di ruang bawah tanah, air di lantai dapur dan beberapa informasi tentang tes apa yang telah dilakukan untuk memastikan keamanan air minum. Selain itu, anggota tim lain mungkin telah mengomentari keprihatinan mereka tentang bagaimana program pengolahan air dilakukan untuk program dialisis.
- 2) Dari pengamatan ini, surveiur memilih pengelolaan air untuk telusur. Akhirnya, pemilihan telusur mungkin merupakan hasil dari mengadakan diskusi program manajemen fasilitas untuk mengidentifikasi topik yang menunjukkan bagaimana informasi dikumpulkan, dipertimbangkan, dan diterapkan untuk memenuhi tujuan keselamatan dan keamanan organisasi. Misalnya, jika terjadi pemadaman listrik dan rumah sakit dipindahkan dari jaringan ke generatornya untuk pasokan listriknya, surveiur juga dapat memilih untuk melakukan penelusuran MFK pada manajemen utilitas, meninjau bagaimana rencana manajemen utilitas rumah sakit bekerja dalam situasi khusus ini. Meninjau setiap operasi yang tidak berjalan sesuai rencana, dan mendiskusikan perubahan apa pun yang diperlukan untuk mengatasi masalah ini di masa mendatang.
- 3) Individu dari rumah sakit yang dipilih untuk berpartisipasi harus memahami secara utuh permasalahan MFK di

semua departemen atau area di rumah sakit. Kelompok ini harus mencakup perwakilan dari layanan berikut (di beberapa organisasi, individu mungkin bertanggung jawab untuk beberapa peran):

- a) Seseorang ditunjuk oleh kepemimpinan yang mengoordinasikan kegiatan manajemen keselamatan;
- b) Seseorang ditunjuk oleh kepemimpinan yang mengoordinasikan aktivitas manajemen keamanan;
- c) Seseorang yang bertanggung jawab untuk pencegahan dan pengendalian infeksi;
- d) Seseorang yang mengelola fasilitas organisasi;
- e) Seseorang yang bertanggung jawab atas aktivitas manajemen kegawatdaruratan dan bencana;
- f) Seseorang yang mengelola sistem utilitas gedung organisasi;
- g) Seseorang yang bertanggung jawab untuk memelihara peralatan medis/laboratorium rumah sakit;
- h) Seorang pemimpin lingkungan tim perawatan atau komite keselamatan; dan
- i) Pimpinan rumah sakit.

Di rumah sakit kompleks yang memiliki aktivitas manajemen MFK yang terdesentralisasi di lokasi terpencil, orang-orang yang bertanggung jawab untuk mengelola aktivitas yang tercantum di atas di lokasi tersebut harus tersedia (baik secara langsung, melalui panggilan konferensi, atau melalui cara lain).

Untuk memfasilitasi diskusi yang efektif antara surveior dan rumah sakit, rumah sakit harus mengidentifikasi kelompok peserta aktif yang relatif kecil untuk diskusi dan wawancara. Staf lain dapat hadir sebagai pengamat.

- 4) Durasi sesi akan sekitar 60 hingga 90 menit. Kegiatan diskusi kelompok (bagian pertama sesi) mewakili sekitar 30% dari sesi dan terjadi setelah surveior memiliki kesempatan untuk meninjau dokumen-dokumen berikut untuk tujuan orientasi:

- a) Evaluasi tahunan program MFK;

- b) Notulen rapat tim MFK multidisiplin; dan
- c) Hasil pemeriksaan rutin terhadap sistem utilitas, kalibrasi alat medis, perizinan dan dokumen lainnya terkait seluruh standar MFK.

Penting juga bahwa pengamatan terkait MFK yang dilakukan oleh anggota tim survei lainnya (jika ada) dan masalah serta informasi terkait MFK yang diidentifikasi dari survei sebelumnya didiskusikan selama sesi ini.

Selama waktu ini, surveior akan memulai dan memimpin diskusi yang akan memberikan wawasan tentang pengembangan, implementasi, dan evaluasi program manajemen fasilitas rumah sakit. Semua program MFK dapat didiskusikan; namun, perhatian khusus akan diberikan pada bagaimana program ini dikembangkan, bagaimana risiko dievaluasi dan ditangani, dan perbaikan apa yang telah dicapai dan dipertahankan dalam program dari pelajaran yang didapat.

Selama sesi ini, kinerja rumah sakit dalam menangani persyaratan manajemen kegawatdaruratan dan bencana akan ditinjau, termasuk kinerjanya dalam mengidentifikasi dan menganalisis potensi risiko lingkungan di rumah sakit.

- e. Selain itu, sesuai letak geografis dan kelasnya, rumah sakit juga dapat memfokuskan kinerjanya terkait MFK pada bidang-bidang di bawah ini:
  - 1) Mengidentifikasi peran rumah sakit dalam kaitannya dengan program manajemen darurat masyarakat, negara, atau wilayah.
  - 2) Mengidentifikasi proses untuk berbagi informasi secara tepat waktu dengan organisasi pelayanan kesehatan lain yang menyediakan layanan dalam wilayah geografis yang berdekatan.
  - 3) Mengidentifikasi struktur yang digunakan selama keadaan darurat yang berhubungan dengan respon insiden komunitas.

Apabila rumah sakit memilih fokus diatas sebagai bagian dari kinerjanya dalam program kegawatdaruratan dan bencana, maka rumah sakit dapat membuat integrasi yang diperlukan untuk program manajemen kegawatdaruratan dan bencana berdasarkan umpan balik terhadap latihan manajemen kegawatdaruratan dan bencana yang telah dilakukan.

- f. Surveior kemudian mengamati dan mengevaluasi kinerja organisasi dalam mengelola risiko MFK. Kegiatan ini mewakili sekitar 70% sesi dan terjadi setelah sesi diskusi kelompok.

Proses manajemen atau risiko tertentu yang dipilih untuk observasi dan evaluasi lebih lanjut didasarkan pada hal-hal berikut:

- 1) Dokumen MFK yang telah ditinjau sebelumnya;
- 2) Pengamatan oleh anggota tim survei lainnya; dan
- 3) Pengetahuan yang diperoleh selama sesi diskusi kelompok sesi ini.

- g. Surveior akan mengamati pelaksanaan proses manajemen tertentu yang ditentukan berpotensi rentan atau akan melacak risiko tertentu dalam satu atau lebih kategori risiko MFK yang dikelola rumah sakit dengan melakukan hal berikut:

- 1) Awal dimana risiko ditemui atau pertama kali terjadi, contohnya:
  - a) dimana insiden keselamatan atau keamanan tertentu terjadi ;
  - b) dimana peralatan medis tertentu digunakan; dan/atau
  - c) dimana bahan berbahaya tertentu memasuki rumah sakit.
- 2) Meminta staf menjelaskan atau mendemonstrasikan peran dan tanggung jawab mereka untuk meminimalkan risiko, tindakan yang harus mereka ambil jika masalah atau insiden terjadi, dan cara melaporkan masalah atau insiden.
- 3) Menilai kontrol fisik apa pun untuk meminimalkan risiko (misalnya, peralatan, alarm, fitur gedung).
- 4) Menilai program manajemen darurat untuk mitigasi, kesiapsiagaan, respon, dan pemulihan.  
strategi, tindakan, dan tanggung jawab untuk setiap

potensi gawat darurat dan bencana yang terjadi di rumah sakit.

- 5) Menilai program darurat untuk menanggapi gangguan atau kegagalan sistem utilitas, contohnya termasuk:
  - a) memiliki sumber utilitas alternatif;
  - b) memberitahu staf bagaimana dan kapan melakukan intervensi darurat ketika;
  - c) sistem utilitas gagal; dan/atau
  - d) mendapatkan layanan perbaikan.
- 6) Meninjau pelaksanaan prosedur inspeksi, pengujian, atau pemeliharaan yang relevan dari setiap peralatan medis, peralatan nonmedis, alarm, atau fitur bangunan yang tersedia untuk mengendalikan risiko tertentu.
- 7) Meminta pihak lain di rumah sakit yang berperan dalam menanggapi masalah atau kejadian tertentu untuk menggambarkan atau mendemonstrasikan peran mereka dan meninjau kondisi peralatan medis atau peralatan nonmedis lainnya yang digunakan saat merespons.
- 8) Jika risiko berpindah di fasilitas rumah sakit (misalnya, bahan atau limbah berbahaya), surveior akan mengikuti risiko sepanjang siklus (dari pembuatan hingga pembuangan).

Surveior akan merangkum setiap area potensial yang menjadi perhatian dalam proses manajemen atau kategori risiko yang diamati. Staf yang bertanggung jawab untuk mengelola proses atau risiko tertentu yang ditinjau memberikan informasi mengenai peran dalam menangani setiap bidang perhatian yang diamati. Rumah sakit harus memberikan informasi mengenai proses yang telah dikembangkan dan memberikan informasi mengenai aktivitas yang ada yang telah dilaksanakan untuk mengatasi setiap area potensial yang menjadi perhatian yang diamati.

#### 5. Telusur Sistem Manajemen Rantai Pasokan

- a. Tujuan sesi ini adalah untuk mengidentifikasi bagaimana pimpinan rumah sakit menggunakan bukti untuk membuat keputusan terkait pembelian dan penggunaan sumber daya

teknis dan manusia. Sebagai bagian dari pengambilan keputusan mereka, penting untuk memiliki pemahaman menyeluruh tentang rantai pasokan obat, teknologi, dan persediaan. Diskusi akan mencakup pengetahuan kepemimpinan dan pemahaman tentang integritas rantai pasokan.

- b. Peserta dari telusur sistem manajemen rantai pasokan dapat meliputi namun tidak terbatas pada:
- 1) Pimpinan tertinggi eksekutif;
  - 2) Pimpinan tertinggi operasional;
  - 3) Pemimpin yang bertanggung jawab terhadap pembelian;
  - 4) Pimpinan sumber daya manusia;
  - 5) Pimpinan medis;
  - 6) Pimpinan perawat; dan/atau
  - 7) Pimpinan senior lainnya, atas kebijakan rumah sakit.

Standar yang akan dinilai pada telusur ini adalah standar TKRS dan dokumen yang dibutuhkan pada telusur ini adalah data dan informasi dari contoh keputusan pembelian utama di rumah sakit.

- c. Telusur ini akan membahas bagaimana rumah sakit membuat keputusan terkait dengan pembelian dan penggunaan sumber daya, baik teknis maupun manusia. Informasi tentang implikasi dari keputusan ini pada kualitas dan keamanan juga akan dibahas. Sebagai bagian dari keputusan ini, pemahaman tentang keselamatan dan kualitas rantai pasokan adalah penting. Surveior akan bertanya tentang bagaimana pimpinan menggunakan data dan informasi tentang rantai suplai untuk melindungi pasien dan staf dengan memastikan integritas suplai yang digunakan oleh pasien yang paling berisiko, dan melaporkan suplai yang ditemukan rusak.

Dalam telusur (misalnya, telusur Sistem Manajemen Obat), surveior mengevaluasi rantai pasokan dengan mencari bukti manajemen rantai pasokan yang terkait dengan pengadaan obat dan pembelian persediaan. Evaluasi tersebut termasuk evaluasi pada risiko yang dapat terjadi pada setiap titik dalam rantai pasokan, untuk menjamin rumah sakit mendapatkan pasokan yang aman dan bermutu tinggi.

Dalam persiapan untuk sesi ini, akan berguna untuk mengubah standar menjadi pertanyaan. Contoh pertanyaan meliputi:

- 1) Jenis data apa yang digunakan untuk menginformasikan keputusan tentang pembelian sumber daya teknis?
- 2) Bagaimana keputusan dibuat tentang sumber daya staf seperti penambahan staf atau perampingan?
- 3) Organisasi profesi atau sumber resmi lainnya apa yang digunakan dalam pembuatan keputusan sumber daya?
- 4) Bagaimana proses pemilihan pemasok?
- 5) Proses apa yang Anda gunakan untuk menyelidiki integritas pemasok?
- 6) Bagaimana pengetahuan Anda tentang rantai pasokan memengaruhi keputusan pembelian Anda?
- 7) Bagaimana Anda mengidentifikasi persediaan untuk rumah sakit yang paling berisiko?

### C. Telusur Unit/Departemen

1. Telusur unit/departemen adalah telusur yang dilakukan untuk menilai implementasi standar akreditasi yang terkait dalam satu unit/departemen serta bagaimana penerapan keselamatan pasien, keselamatan staf dan upaya untuk menciptakan lingkungan perawatan dan pelayanan yang aman bagi pasien, keluarga dan staf.
2. Berikut ini adalah contoh telusur unit laboratorium yang dilakukan pada survei akreditasi di rumah sakit.
  - a. Standar yang terkait dalam telusur unit laboratorium adalah standar AP, TKRS, KKS, MFK dan PPI. Peserta dari telusur unit laboratorium diantaranya adalah:
    - 1) Pimpinan unit laboratorium;
    - 2) Staf yang bertugas sebagai "*laboratory safety officer*";
    - 3) Staf yang bertanggung jawab terhadap pemantauan kualitas laboratorium (internal dan eksternal);
    - 4) Staf yang bertanggung jawab untuk menyimpan reagen;
    - 5) Staf PPI di laboratorium; dan/atau
    - 6) Staf *biomedical engineering*.

- b. Dokumen yang dibutuhkan pada saat telusur adalah seperti namun tidak terbatas pada daftar di bawah ini:
- 1) Program keamanan laboratorium;
  - 2) Uraian tugas pimpinan laboratorium;
  - 3) Uraian tugas dari *laboratory safety officer*;
  - 4) Salinan kontrak dengan laboratorium di luar rumah sakit yang masih berlaku dan sudah ditandatangani;
  - 5) Salinan dari program mutu laboratorium rujukan yang bekerja sama dengan rumah sakit dan data waktu tunggu hasil laboratorium yang kritis dari laboratorium rujukan (bila ada);
  - 6) Daftar penyimpanan *chemicals* yang ada di laboratorium (seperti yang tercantum dalam daftar bahan berbahaya dan beracun di rumah sakit);
  - 7) MSDS dari seluruh *chemicals* yang disimpan di laboratorium;
  - 8) Penyimpanan reagen;
  - 9) Kebijakan mengenai penyampaian hasil kritis;
  - 10) Definisi pemeriksaan yang memiliki hasil kritis;
  - 11) Waktu tunggu pemeriksaan hasil kritis, lengkap dengan target dan kaji bandingnya;
  - 12) Definisi dari tes laboratorium cito;
  - 13) Proses dan hasil tes pemantapan mutu internal dan eksternal laboratorium;
  - 14) Bukti kalibrasi alat laboratorium; dan
  - 15) Dokumen lainnya.
- c. Sebelum memulai telusur, surveiur akan memperkenalkan diri dan menjelaskan maksud dan tujuan dari telusur di yang akan dilakukan pada unit yang dikunjungi.
- Setelah itu surveiur dapat mengajukan pertanyaan terkait standar dan menilai proses atau sistem yang berhubungan dengan pelayanan laboratorium yang dapat dibagi berdasarkan kelompok seperti di bawah ini:
- 1) Ruang lingkup Pelayanan
    - a) Apa saja jenis layanan yang disediakan oleh laboratorium di rumah sakit?
    - b) Apakah ada undang-undang, peraturan dan/atau

standar nasional mengenai layanan laboratorium?

- c) Apakah ada audit oleh otoritas hukum? – Jika ya, surveior dapat meninjau laporannya bersama dengan staf laboratorium
  - d) Apakah ada laboratorium lain selain laboratorium utama? Misalnya di ICU, IGD, rawat jalan atau laboratorium lain di luar rumah sakit
  - e) Apakah ada layanan yang disediakan oleh laboratorium referensi atau laboratorium yang dikontrak? Jika ada, surveior dapat masuk dalam peninjauan kontrak.
- 2) Kepemimpinan & Staf
- a) Tinjau uraian pekerjaan atau dokumen tertulis lainnya untuk memastikan bahwa tanggung jawab direktur Laboratorium meliputi:
    - (1) Pengembangan, Pengimplementasian;
    - (2) Pengawasan administratif;
    - (3) Menjalankan program pemantauan terhadap mutu;
    - (4) Merekomendasikan laboratorium referensi; dan
    - (5) Pemantauan layanan operasional laboratorium.
  - b) Pilih beberapa berkas personalia dari staf lab dan tinjau berkas sebagai bagian dari KKS tenaga kesehatan lainnya.
  - c) Pilih beberapa peralatan untuk telusur kompetensi teknisi.
- 3) Pengelolaan Laboratorium Kontrak
- a) Tinjau kontrak/perjanjian dengan laboratorium rujukan, lihat hubungannya dengan pemenuhan standar TKRS;
  - b) Salinan izin laboratorium kontrak lisensi;
  - c) Sertifikat dari program sertifikasi/akreditasi laboratorium yang diakui;
  - d) Dokumentasi yang menunjukkan bahwa laboratorium rujukan berpartisipasi dalam program uji profisiensi;

- e) Bagaimana rumah sakit mengontrol kualitas dari layanan laboratorium rujukan;
  - f) Frekuensi dan jenis data yang diharapkan;
  - g) Evaluasi dokumentasi, tinjauan, tindakan korektif, yang telah dilakukan; dan
  - h) Laporan tahunan kepada pimpinan terhadap kinerja laboratorium rujukan.
- 4) Manajemen Reagen dan Perlengkapan Laboratorium
- a) Tinjau dokumen yang menangani proses ini.
  - b) Ambil sampel beberapa reagen dari berbagai bagian lab (Imunologi, Hematologi, dll) dan bandingkan inventaris dan stok saat ini.
  - c) Periksa tanggal dan label kedaluwarsa.
  - d) Kondisi penyimpanan, apakah sesuai dengan rekomendasi dari manufakturnya.
- 5) Pelaporan Hasil Laboratorium
- a) Definisi tes cito/tes dengan hasil kritis.
  - b) Waktu laporan yang diharapkan untuk hasil pemeriksaan (ini termasuk pemeriksaan penting, pemeriksaan cito dan pemeriksaan dengan hasil kritis yang dilakukan oleh laboratorium rujukan, jika ada).
  - c) Bagaimana ketepatan waktu pelaporan untuk pemeriksaan cito dan hasil kritis ini dapat diukur?. Ambil sampel beberapa pemeriksaan di bawah kategori ini untuk memastikan bahwa pengukuran tersebut mengacu pada waktu pelaporan, dalam beberapa kasus, rumah sakit mengukur waktu penyelesaiannya. Bandingkan hasil dengan harapan untuk memastikan hal tersebut.
- 6) Pengujian Titik Perawatan ( POCT )
- a) Apakah POCT dilakukan oleh staf lab atau staf lain seperti perawat? – Jika dilakukan oleh selain lab, periksa kualifikasi& pelatihan yang telah dilakukan.
  - b) Apa tanggung jawab laboratorium untuk pengawasan POCT?
  - c) Bagaimanacara staf perawat mengkalibrasi di

POCT?

- d) Seberapa sering hasil ditinjau, divalidasi, oleh laboratorium?
- e) Bagaimana mekanisme untuk mengkomunikasikan hasil review kepada departemen/unit terkait?
- f) Apakah ada peluang peningkatan terhadap kontrol kualitas POCT?

Petunjuk: Dalam QC glukometer, penting bahwa nilai strip atas dan bawah yang diizinkan oleh produsen digunakan sebagai referensi. Jika tidak, tidak mungkin untuk memastikan bahwa nilai baca berada di antara batas yang diizinkan selama kalibrasi/validasi strip.

7) Program Keselamatan Laboratorium

- a) Program keselamatan laboratorium – semua area harus dicakup.
- b) Bagaimana mekanisme pelaporan antar laboratorium keselamatan terhadap struktur keselamatan pasien rumah sakit?
- c) Laporan tahunan untuk struktur keselamatan rumah sakit.
- d) Contoh masalah keselamatan di mana risiko berkurang.

8) Keselamatan pasien

- a) Pelabelan spesimen - dua pengidentifikasi.
- b) Proses identifikasi pada slide patologi dan seluruh specimen laboratorium.
- c) Prosedur pada spesimen (pengumpulan, identifikasi, pengiriman, penyimpanan dan pengawetan, pembuangan).
- d) Tanda terima dan telusur specimen.
- e) Proses bila sampel dikirim ke laboratorium rujukan
  - (1) Petunjuk: telusur spesimen bedah untuk memastikan penerapan prosedur yang aman.
  - (2) proses identifikasi untuk specimen multi organ.
- f) Komunikasi hasil uji kritis ( SKP )
- g) Hasil tes mana yang didefinisikan sebagai kritis?

- h) Siapa yang mengomunikasikan hasilnya?
- i) Kepada siapa itu dikomunikasikan?
- j) Di mana itu didokumentasikan dalam catatan pasien?

Petunjuk1: Carilah konsistensi dengan kebijakan rumah sakit.

Lacak uji kritis – unit - lab – unit

Petunjuk 2: Rekam medis elektronik digunakan di beberapa rumah sakit dan hasilnya dapat dilihat langsung di unit. Dalam kasus ini, tanyakan apakah dokter utama tidak berada di unit, bagaimana dia diberitahu tentang hasil dan bagaimana informasi ini dibawa ke rencana perawatan.

- 9) Bahan dan Limbah Berbahaya secara biologis
  - a) Kebijakan tentang bahan dan limbah Berbahaya secara biologis.
  - b) Aturan keamanan dan penggunaan *biosafety cabinet*.
  - c) Pengelolaan aerosol dan tetesan.
  - d) Penggunaan gaun, jas, seragam.
  - e) Paparan terhadap agen infeksi, dekontaminasi, peralatan keselamatan.
  - f) Prosedur tertulis perihal pengumpulan, pengangkutan dan penanganan spesimen yang aman.
  - g) Pelatihan tentang tindakan pencegahan, cara penularan dan pencegahan patogen yang ditularkan melalui darah.
  - h) Prosedur untuk mengendalikan paparan terhadap tuberkulosis.
- 10) Bahan Kimia dan Limbah Berbahaya
  - a) Contoh beberapa bahan kimia dan periksa melalui daftar inventaris.
  - b) Pelabelan bahan kimia yang tepat (seperti yang dipersyaratkan dalam MSDS dan kebijakan MFK di rumah sakit).

- c) Bicaralah dengan staf tentang bahayanya dan bagaimana mereka menanganinya bila terjadi paparan.
  - d) Tinjau lembar MSDS.
  - e) Periksa penggunaan APD sesuai persyaratan MSDS.
  - f) Stasiun pencuci mata (uji fungsionalitas, pengetahuan staf tentang durasi pencucian) - seperti yang dipersyaratkan oleh MSDS.
  - g) Periksa kondisi penyimpanan seperti yang dipersyaratkan oleh MSDS.
  - h) Petunjuk: Khususnya, untuk suhu yang mudah terbakar ditentukan dan dalam beberapa kasus tingkat kelembaban ditentukan.
  - i) Perlengkapan tumpahan (tersedia, sesuai untuk bahan kimia).
  - j) Dapatkah staf mendemonstrasikan cara menangani tumpahan?
  - k) Minta staf untuk mendemonstrasikan pembuangan limbah kimia berbahaya.
- 11) Masalah Keselamatan Lainnya
- a) Tidak ada bahan kimia yang mudah terbakar yang ditempatkan di sebelah soket listrik.
  - b) Tidak ada colokan listrik di dekat sumber air.
  - c) Tanda exit, partisipasi latihan kebakaran, alat pemadam.
  - d) Ventilasi yang memadai, tidak ada bau kimia yang berat (terutama di laboratorium patologi anatomi ) rujuk ke MSDS bila diperlukan.
- 12) Manajemen Peralatan & Teknologi Medis
- a) Tinjau dokumen yang membahas peralatan dan teknologi medis di laboratorium.
  - b) Memastikan apakah daftar inventaris terkini atau tidak.
- 13) *Quality Control* (QC) dan Uji Profisiensi
- a) Ceritakan tentang program QC internal dan eksternal yang ada di laboratorium dan berikan contoh-contohnya.

- b) Cakupan dan frekuensi uji profisiensi.
- c) Persyaratan peraturan apa pun yang ditetapkan untuk pengujian profisiensi.
- d) Bukti partisipasi dan review hasil yang ada.

Catatan: Gunakan daftar pertanyaan di atas untuk memandu mencari adanya peluang perbaikan di dalam proses atau di dalam sistem di rumah sakit, dan bukan digunakan sebagai ceklis untuk menilai pemenuhan kebutuhan standar akreditasi semata.

#### D. Peranan Staf dalam Metodologi Telusur

1. Surveior akan meminta staf rumah sakit menyiapkan daftar pasien yang ada pada saat survei dilakukan, termasuk daftar nama pasien, dimana ditempatkan pasien ini, diagnosis.
2. Surveior mungkin akan meminta bantuan staf rumah sakit untuk memilih telusur pasien yang cocok.
3. Surveior akan berdiskusi dengan berbagai staf yang terlibat dalam asuhan, tindakan dan layanan pasien pada waktu berkeliling di rumah sakit. Staf yang terlibat dalam diskusi ini adalah perawat, dokter, terapis, manajer kasus, pelaksana asuhan, staf farmasi, tenaga laboratorim dan staf pelaksana yang diperlukan. Jika staf yang diperlukan tidak ada, maka surveior akan berdiskusi dengan staf lain dengan tugas dan fungsi sama. Tidak merupakan keharusan surveior harus berdiskusi dengan staf yang memberi langsung asuhan.

#### E. Tips melakukan telusur yang efektif

Berikut ini adalah beberapa tips bagi surveior dalam melakukan telusur, baik telusur pasien, telusur sistem maupun telusur unit/departemen:

1. Perkenalkan diri anda dan jelaskan maksud dari telusur yang akan dilakukan.
2. Jangan meninjau rekam medis sendiri - tinjau dengan anggota staf, sehingga surveior dapat meminta "kisah pasien".
3. Jangan melakukan "peer" review.
4. Jangan memberikan kesan bahwa staf melakukan sesuatu yang

"salah".

5. Jangan melakukan penilaian berdasarkan praktik terbaik, fokuslah pada apa yang diminta oleh standar.
  6. Ikuti alur pasien atau proses.
  7. Lakukan penilaian standar berdasarkan pengalaman perawatan.
  8. Amati perawatan pasien berdasarkan prosedur dan proses.
  9. Gunakan rekam medis pasien untuk mengidentifikasi isu "sistem" berdasarkan perjalanan pasien.
  10. Gapai momentum, namun tidak mengganggu perawatan pasien
  11. Tetap fokus pada topik dan waktu.
  12. Menjaga kerahasiaan pasien.
  13. Tetapkan nada yang tepat/samakan persepsi.
  14. Gunakanlah pertanyaan terbuka.
  15. Gunakanlah kalimat yang mudah dimengerti dan pastikan bahwa staf telah mengerti maksud pertanyaan yang diajukan.
  16. Berikan apresiasi terhadap hal-hal/praktik yang baik (yang telah dilakukan oleh staf) pada saat telusur.
  17. Ucapkan terima kasih kepada seluruh staf yang hadir dan berpartisipasi pada saat telusur dilakukan.
- F. Tata cara survei akreditasi menggunakan metoda telusur sebagai berikut:
1. Sebelum melakukan telusur, surveior akan menelaah dokumen agar mendapatkan gambaran bagaimana rumah sakit telah memenuhi ketentuan dokumen akreditasi sesuai yang diminta di elemen penilaian. Pada waktu melakukan telusur, surveior akan fokus pada diskusinya dengan staf klinik dan staf pendukung; surveior juga akan meminta pimpinan dan manajer untuk memberi klarifikasi, jika dibutuhkan.
  2. Surveior akan menggunakan informasi yang ada di profil rumah sakit yang dikirimkan pada waktu mengajukan aplikasi permohonan survei akreditasi; informasi dari survei sebelumnya, serta laporan monitoring pasca survei.
  3. Kemudian mengikuti kejadian yang dialami pasien selama berada dalam seluruh proses pelayanan di rumah sakit.
  4. Survei berjalan mengikuti alur pelayanan pasien/proses/sistem yang ada di rumah sakit melalui fasilitas yang ada termasuk wawancara dengan pelaksana pelayanan; observasi tentang

kegiatan klinik/pelayanan pasien dan administrasi; menilai fasilitas fisik dan peralatan; serta telaah dokumen.

5. Surveior melakukan identifikasi masalah dari satu atau lebih langkah proses pelayanan pasien atau masalah di antara proses tersebut.
6. Surveior melakukan diskusi serta edukasi kepada staf terkait untuk menentukan rencana perbaikan dan menilai apakah rencana perbaikan yang akan dilakukan memiliki dampak perbaikan yang besar untuk mencegah kejadian yang sama dapat terulang kembali.
7. Hasil temuan dibicarakan kepada anggota surveior lainnya serta pimpinan tim survei untuk menilai apakah temuan tersebut dapat dimasukkan sebagai temuan dan apakah masih diperlukan adanya data tambahan untuk menunjang temuan yang didapatkan.
8. Hasil temuan yang dimasukkan ke dalam laporan akhir survei sedapat mungkin didasari dengan adanya temuan proses dan sistem yang secara konsisten ditemukan di rumah sakit oleh seluruh surveior, dan bukan didasari oleh penilaian satu orang surveior saja.

## BAB V

### JADWAL ACARA PELAKSANAAN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT

#### Rincian Jadwal Kegiatan Survei Akreditasi

##### A. Persiapan Acara Pelaksanaan Survei

Penjelasan kegiatan survei dilakukan secara daring paling lambat H-7 (tujuh) sebelum hari pertama survei dilaksanakan, diantaranya memastikan jadwal survei, dan waktu kedatangan surveior.

##### B. Acara Pelaksanaan Survei

###### 1. Daring

Dapat dilaksanakan antara H-3 (tiga) sampai dengan H-4 (empat) sebelum Survei Luring, antara lain:

- a. Perkenalan dari RS dan Surveior.
- b. Ketua Tim Surveior membacakan kode etik surveior.
- c. Menjelaskan agenda proses survei secara lengkap (contoh Agenda Terlampir di bawah).
- d. Surveior melakukan telusur dokumen secara daring.

###### Telusur Dokumen

- a. Tujuan dari acara telaah dokumen ini adalah untuk meneliti standar yang mengharuskan adanya dokumen dan regulasi. Dokumen dan Regulasi sebelumnya telah di upload ke sistem informasi Lembaga Penyelenggara Akreditasi. Sesi ini ditujukan untuk mengajukan klarifikasi jika ada hal yang kurang jelas dari isi dokumen dan regulasi.
- b. Misalnya dari dokumen yang di upload, surveior tidak dapat menemukan kejelasan kebijakan atau prosedur yang diminta dalam standar atau elemen penilaian.

###### 2. Luring

Kegiatan luring meliputi:

- a. Pembukaan
- b. Penyampaian Maksud dan Tujuan Survei
- c. Presentasi direktur terkait: profil rumah sakit, program peningkatan mutu internal dan pelaporan IKP.

Dalam presentasi ini harus dijelaskan hal-hal dibawah ini:

- 1) Bagaimana indikator mutu dan keselamatan pasien

ditetapkan;

- 2) Bagaimana indikator diberi prioritas pengumpulan data;
- 3) Bagaimana data dikumpulkan dan di analisis;
- 4) Bagaimana hasil analisis dikomunikasikan dan digunakan untuk perbaikan perencanaan; dan
- 5) Rumah sakit dapat memilih contoh peningkatan mutu untuk menunjukkan metodologinya dan peningkatan yang sudah dicapai.

d. Wawancara Pimpinan

Tujuan wawancara ini untuk mengkaji komunikasi antara Direktur Utama, Direksi dan Staf di rumah sakit dalam rangka menyelesaikan masalah yang berhubungan dengan kinerja rumah sakit.

Peserta dari pihak Rumah Sakit paling sedikit:

- 1) Direktur utama/direktur/kepala Rumah Sakit;
- 2) Pimpinan rumah sakit;
- 3) Dewan pengawas rumah sakit/yang mewakili pemilik;
- 4) Ketua komite medik, komite keperawatan, komite mutu, komite etik dan hukum, dan komite lain di rumah sakit;
- 5) Penanggung jawab program pendidikan tenaga kesehatan apabila menjadi rumah sakit pendidikan atau wahana pendidikan; dan
- 6) Penanggung jawab program penelitian.

Dilakukan wawancara mengenai evaluasi keterlibatan Direktur utama/direktur/kepala Rumah Sakit dan Pimpinan rumah sakit lain dalam menjalankan pengawasan, pengelolaan dan penatalaksanaan rumah sakit.

e. Kegiatan Telusur Pasien Individual

Telusur mengikuti alur yang dialami oleh individu pasien untuk menilai kinerja rumah sakit melaksanakan standar. Salah satu pendekatan melakukan telusur adalah mengikuti alur asuhan, perlakuan dan pelayanan yang diterima pasien mulai dari sebelum dirawat (pre-admission) sampai setelah keluar rumah sakit (post discharge).

f. Pemeriksaan Fasilitas (*Facility Tour*)

Tujuan pemeriksaan keliling fasilitas ini untuk memeriksa

masalah terkait dibawah ini:

- 1) Fasilitas fisik, termasuk evaluasi konstruksi jika ada;
- 2) Sistem utilitas;
- 3) Sistem keselamatan kebakaran;
- 4) Peralatan medis dan lainnya;
- 5) Keamanan dan keselamatan pasien, pengunjung dan staf;
- 6) Pengendalian dan pencegahan infeksi;
- 7) Kewaspadaan Bencana;
- 8) Limbah dan bahan berbahaya; dan
- 9) Pendidikan staf.

Area pelayanan pasien yang dipilih, rawat jalan, rawat inap, area tindakan, dan area lainnya, termasuk, penerimaan pasien, farmasi. Surveior akan memeriksa apakah koridor dan jalan keluar bebas dari berbahaya jika terjadi kedaruratan. Pemeriksaan keliling ini dirancang untuk mencakup area dengan risiko tinggi dari segi keselamatan dan keamanan.

Area non pasien yang dikunjungi oleh surveior termasuk:

- 1) Ruang boiler;
- 2) Genset;
- 3) Area gudang menyimpan barang;
- 4) Dokumen penerima barang;
- 5) Sterilisasi sentral;
- 6) Laboratorium;
- 7) Tempat pencucian (Laundry);
- 8) Layanan makanan, dapur;
- 9) Gudang tempat menyimpan oksigen dan gas medis lain;
- 10) Tempat penyimpanan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3);
- 11) Area penyimpanan linen bersih dan linen kotor;
- 12) Kamar jenasah;
- 13) Ruang pemanas dan AC;
- 14) Atap;
- 15) Helipad (jika ada);
- 16) Tempat berkumpul (Titik kumpul);
- 17) Radiologi;
- 18) Area konstruksi & Renovasi (jika ada);
- 19) Tempat Pembuangan Limbah Sementara (TPS) B3; dan
- 20) IPAL.

g. Briefing Harian

Briefing harian bertujuan untuk menyampaikan proses survei yang dilakukan hari sebelumnya dan juga temuan yang dapat berpengaruh terhadap keputusan survei.

Sesi ini juga bertujuan untuk memberi kesempatan pihak rumah sakit melakukan klarifikasi atas temuan yang ada.

h. Telaah Rekam Medis

Sesi ini diadakan untuk memastikan kepatuhan rumah sakit menyediakan pencatatan balik kebelakang (*track record*) dari rekam medis (4 bulan untuk survei awal dan 12 bulan untuk survei 3 tahunan).

Tujuan menggunakan formulir yang merupakan lampiran dari buku pedoman ini adalah untuk mengumpulkan dan mencatat kepatuhan rumah sakit melaksanakan standar melalui evaluasi pengisian rekam medis secara tertutup di samping evaluasi pengisian rekam medis yang dilakukan melalui kegiatan telusur.

i. Kualifikasi Staf dan Sesi Edukasi

Tujuan dari wawancara ini untuk membahas proses rekrutmen, pengenalan dan evaluasi dari staf rumah sakit. Sebagai tambahan, wawancara juga membahas proses yang dilakukan rumah sakit untuk menilai kredensial dari tenaga medis, keperawatan dan tenaga kesehatan profesional lainnya tentang kemampuan mereka memberikan layanan klinik sesuai dengan kualifikasi mereka.

Sesi ini dilakukan dengan menelaah sampel file karyawan yang terdiri dari tenaga medis, keperawatan, tenaga kesehatan lain dan tenaga non nakes, untuk menyesuaikan dengan persyaratan yang ada di standar maupun elemen penilaian.

j. *Exit Conference*

Tujuan acara ini adalah melaporkan kepada pimpinan rumah sakit temuan survei dan menyelesaikan masalah interpretasi yang diketemukan selama survei.

Dihadiri oleh:

- 1) Direktur utama/direktur/kepala rumah sakit;
- 2) Pimpinan rumah sakit;
- 3) Pemilik rumah sakit /yang mewakili;
- 4) Komite medik dan sub komite, komite keperawatan dan

komite lain;

- 5) Pejabat bertanggung jawab atas koordinasi acara survei, seperti koordinator survei/ketua tim akreditasi rumah sakit. komite mutu;
- 6) Pokja Akreditasi rumah sakit;
- 7) Para Manajer; dan
- 8) Pejabat lain yang ditetapkan rumah sakit.

Acara ini memuat dua bagian penting yaitu Diskusi dengan pimpinan kunci tentang laporan survei dan proses tindak lanjutnya, Diskusi meliputi topik:

- 1) Tujuan pertemuan;
- 2) Ringkasan temuan terkait standar;
- 3) Penekanan bahwa surveior tidak membuat keputusan akhir terkait akreditasi;
- 4) Diskusi tentang temuan yang masih dipertanyakan atau ada perbedaan perspektif; dan
- 5) Tindak lanjut dari temuan survei, seperti Rekomendasi atau tindak lanjut survei.

Penyajian resmi garis besar laporan kepada pimpinan rumah sakit.

Surveior akan memberikan edukasi untuk membantu membuat Rekomendasi berdasar temuan “tidak tercapai” dari laporan survei. Surveior akan menjelaskan proses tindak lanjutnya mengenai komunikasi dengan lembaga independen penyelenggara akreditasi.

Contoh Acara Pelaksanaan Survei secara luring untuk waktu survei 3 (tiga) hari dengan 4 (empat) surveior

HARI PERTAMA				
Waktu	Surveior ke - 1	Surveior ke - 2	Surveior ke - 3	Surveior ke - 4
07.30 – 08.00	Surveior Meeting dengan Manajemen RS			
08.00 – 08.30	Pembukaan			
08.30 – 09.00	Presentasi Program PMKP RS			
09.00 – 12.00	Kegiatan Telusur Pasien Individual	Kegiatan Telusur Pasien Individual	Kegiatan Telusur Pasien Individual	Pemeriksaan Fasilitas (Facility Tour)
12.00 – 13.00	ISOMA			
13.00 – 14.00	Wawancara Pimpinan			
14.00 – 16.00	Kegiatan Telusur Pasien Individual	Kegiatan Telusur Pasien Individual	Kegiatan Telusur Pasien Individual	Pemeriksaan Fasilitas (Facility Tour)
16.00 – 16.30	Pertemuan Surveior dengan Koordinator Akreditasi RS			
16.30 – 17.30	Meeting Surveior untuk merencanakan agenda hari berikut & koordinasi hasil survei hari ini			

HARI KEDUA				
Waktu	Surveior ke - 1	Surveior ke - 2	Surveior ke - 3	Surveior ke - 4
08.00 – 09.00	Briefing Harian			
09.00 – 10.30	Telusur Sistem Pengelolaan Obat	Telusur Sistem PPI	Kegiatan Telusur Pasien Individual	Telusur PMKP

10.30 - 12.00	Telusur sistem Supply Chain	Kegiatan Telusur Pasien Individual	Kegiatan Telusur Pasien Individual	Telusur sistem Manajemen Fasilitas
12.00 - 13.00	ISOMA			
13.00 - 14.30	Telaah Rekam Medis	Telaah Rekam Medis	Kegiatan Telusur Pasien Individual	Telaah Rekam Medis
14.30 - 16.00	Kualifikasi Staf dan Sesi Edukasi	Kualifikasi Staf dan Sesi Edukasi	Kegiatan Telusur Pasien Individual	Kualifikasi Staf dan Sesi Edukasi
16.00 - 16.30	Pertemuan Surveior dengan Koordinator Akreditasi RS			
16.30 - 17.30	Pertemuan Tim Surveior			

HARI KETIGA				
Waktu	Surveior ke - 1	Surveior ke - 2	Surveior ke - 3	Surveior ke - 4
08.00 - 09.00	Briefing Harian			
09.00 - 10.30	Kegiatan Telusur Pasien Individual			
10.30 - 12.00	Kegiatan Telusur Pasien Individual			
12.00 - 13.00	ISOMA			
13.00 - 14.30	Pertemuan Tim Surveior			
14.30 - 15.00	Laporan Surveior			
15.00 - 16.00	Exit Conference			

Contoh Acara Pelaksanaan Survei secara luring Survei 2 hari 3 surveior

HARI PERTAMA			
Waktu	Surveior ke - 1	Surveior ke - 2	Surveior ke - 3
07.30 – 08.00	Surveior Meeting dengan Manajemen RS		
08.00 – 08.30	Pembukaan		
08.30 – 09.00	Presentasi Program PMKP RS		
09.00 – 12.00	Kegiatan Telusur Pasien Individual	Kegiatan Telusur Pasien Individual	Pemeriksaan Fasilitas (Facility Tour)
12.00 – 13.00	ISOMA		
13.00 – 14.00	Wawancara Pimpinan		
14.00 – 16.00	Kegiatan Telusur Pasien Individual	Kegiatan Telusur Pasien Individual	Pemeriksaan Fasilitas (Facility Tour)
16.00 – 16.30	Pertemuan Surveior dengan Koordinator Akreditasi RS		
16.30 – 17.30	Meeting Surveior untuk merencanakan agenda hari berikut & koordinasi hasil survei hari ini		

HARI KEDUA			
Waktu	Surveior ke - 1	Surveior ke - 2	Surveior ke - 3
08.00 – 09.00	Briefing Harian		
09.00 – 10.00	Telusur Sistem Pengelolaan Obat	Telusur Sistem PPI	Telusur PMKP
10.00 – 11.00	Kegiatan Telusur Pasien Individual	Kegiatan Telusur Pasien Individual	Kegiatan Telusur Pasien Individual
11.00 – 12.00	Telaah Rekam Medis	Telaah Rekam Medis	Telaah Rekam Medis
12.00 – 13.00	ISOMA		
13.00 – 14.00	Kualifikasi Staf dan Sesi Edukasi	Kualifikasi Staf dan Sesi Edukasi	Kualifikasi Staf dan Sesi Edukasi

14.00 – 14.30	Pertemuan Tim Surveior
14.30 – 15.00	Laporan Surveior
15.00 – 16.00	Exit Conference

Contoh Agenda Survei 2 hari 2 surveior

HARI PERTAMA		
Waktu	Surveior ke - 1	Surveior ke - 2
07.30 – 08.00	Perencanaan Survei	
08.00 – 08.30	Pembukaan	
08.30 – 09.00	Presentasi Program PMKP RS	
09.00 – 12.00	Kegiatan Telusur Pasien Individual	Pemeriksaan Fasilitas (Facility Tour)
12.00 – 13.00	ISOMA	
13.00 – 14.00	Wawancara Pimpinan	
14.00 – 16.00	Kegiatan Telusur Pasien Individual	Kegiatan Telusur Pasien Individual
16.00 – 16.30	Pertemuan Surveior dengan Koordinator Akreditasi RS	
16.30 – 17.30	Perencanaan Survei	

HARI KEDUA		
Waktu	Surveior ke - 1	Surveior ke - 2
08.00 – 09.00	Briefing Harian	
09.00 – 10.00	Telusur Sistem Pengelolaan Obat	Telusur PMKP
10.00 – 11.00	Telusur Sistem PPI	Kegiatan Telusur Pasien Individual

11.00 – 12.00	Telaah Rekam Medis	Telaah Rekam Medis
12.00 – 13.00	ISOMA	
13.00 – 14.00	Kualifikasi Staf dan Sesi Edukasi	Kualifikasi Staf dan Sesi Edukasi
14.00 – 14.30	Pertemuan Tim Surveior	
14.30 – 15.00	Laporan Surveior	
15.00 – 16.00	Exit Conference	

BAB VI  
PENUTUP

Penyelenggaraan akreditasi rumah sakit dilaksanakan agar tercapai peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien sehingga terwujud penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit yang bermutu, profesional, dan bertanggung jawab. Dengan disusunnya Petunjuk Teknis Survei Rumah Sakit, diharapkan semua pihak baik pemerintah pusat, pemerintah daerah provinsi, pemerintah daerah kabupaten/kota, rumah sakit, lembaga penyelenggara akreditasi, maupun pemangku kepentingan lainnya dapat melaksanakan akreditasi rumah sakit dengan efektif, efisien dan berkelanjutan.

