



**GAMBARAN KESIAPAN AKREDITASI PROGRAM KHUSUS
(4 PELAYANAN) VERSI STANDART NASIONAL AKREDITASI
RUMAH SAKIT (SNARS) DI RSIA ABDHI FAMILI
KABUPATEN BANYUWANGI**

SKRIPSI

Oleh

**Dewi Purnamasari
NIM 142110101205**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2018**



**GAMBARAN KESIAPAN AKREDITASI PROGRAM KHUSUS
(4 PELAYANAN) VERSI STANDART NASIONAL AKREDITASI
RUMAH SAKIT (SNARS) DI RSIA ABDHI FAMILI
KABUPATEN BANYUWANGI**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat
dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

**Dewi Purnamasari
NIM 142110101205**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

PERSEMBAHAN

Dengan penuh rasa syukur, skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Mama tercinta Ratna Setyowati dan Papa tercinta Jadid Iswantoro yang selalu mendukung dan mencintai saya dengan tulus melalui doa dan kasih sayang yang tak pernah berhenti.
2. Suami tercinta Akhmad Fauzi. Terimakasih untuk dukungan moril dan materiil yang selalu diberikan. Telah menjadi suami, ayah, sahabat terbaik. Selalu merespon positif segala hal yang berhubungan dengan perkuliahan selama masa pendidikan. Malaikat kecil yang luar biasa, Naura Aulia F, Kenneth Abraham F, Brilliant Azka F yang menjadi semangat dan penghilang penat. Memberikan penghiburan yang tak ternilai dengan tingkahnya.
3. Bapak dan Ibu guru/dosen TK Pertiwi, SDN 2 Genteng, SMPN 1 Genteng, SMAN 2 Genteng dan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember. Terimakasih atas ilmu dan bimbingannya selama ini. Semoga ilmu yang diberikan menjadi berkah.
4. Almamater tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

MOTTO

“Orang yang tidak pernah membuat kesalahan adalah orang yang tidak pernah mencoba melakukan hal baru”

(Albert Einstein)*

“Apapun yang anda lakukan, berikan semua yang anda miliki”

(Ajahn Brahm)**



*) Isaacson, Walter. 2007. *Einstein: His Life and Universe*. New York: Simon & Schuster Paperbacks.

***) Brahm, Ajahn. 2015. *All Best: Hello Happiness*. Jakarta: Awareness Publication.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dewi Purnamasari

NIM : 142110101205

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul: *Gambaran Kesiapan Akreditasi Program Khusus (4 Pelayanan) Versi Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) di RSIA Abdhi Famili Kabupaten Banyuwangi* adalah benar-benar hasil karya saya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya dan belum pernah diajukan pada instansi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 05 Oktober 2018

Yang Menyatakan.

Dewi Purnamasari
NIM 142110101205

SKRIPSI

**GAMBARAN KESIAPAN AKREDITASI PROGRAM KHUSUS
(4 PELAYANAN) VERSI STANDART NASIONAL AKREDITASI
RUMAH SAKIT (SNARS) DI RSIA ABDHI FAMILI
KABUPATEN BANYUWANGI**

Oleh

Dewi Purnamasari
NIM 142110101205

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes.

Dosen Pembimbing Anggota : Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes

PENGESAHAN

Skripsi berjudul Gambaran Kesiapan Akreditasi Program Khusus (4 Pelayanan) Versi Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Di RSIA Abdhi Famili Kabupaten Banyuwangi telah di uji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Kamis

Tanggal : 22 November 2018

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing

Tanda Tangan

1. DPU : Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes. (.....)
NIP. 19820723 201012 1 003

2. DPA : Yennike Tri H., S.KM., M.Kes. (.....)
NIP. 19781016 200912 2 001

Tim Penguji

1. Ketua : Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH. (.....)
NIP. 19770108 200501 2 004

2. Sekretaris : dr. Ragil Ismi Hartanti, M.Sc (.....)
NIP. 19811005 200604 2 002

3. Anggota : Shella Olivia Mardani, S.KM (.....)
NIK. 199309082008

Mengesahkan,
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Jember

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes.
NIP. 19800516 200312 2 002

RINGKASAN

Gambaran Kesiapan Akreditasi Program Khusus (4 Pelayanan) Versi Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) di RSIA Abdhi Famili Kabupaten Banyuwangi; Dewi Purnamasari; 142110101205; 2018; 114 Halaman; Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Akreditasi rumah sakit adalah suatu proses ketika suatu lembaga independen baik dari dalam atau luar negeri, biasanya non pemerintah, melakukan penilaian terhadap rumah sakit berdasarkan standar akreditasi yang berlaku. Saat ini, instrumen penilaian akreditasi rumah sakit menggunakan versi terbaru yaitu Standart Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 yang selanjutnya disebut dengan istilah SNARS yang efektif mulai diberlakukan pada 1 Januari 2018. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada RSIA Abdhi Famili tanggal 9 Desember 2017, diperoleh data bahwa RSIA Abdhi Famili merupakan RS Khusus tipe C yang resmi berdiri pada 19 Maret 2014 dengan ijin operasional tetap yang diterbitkan pada 14 Maret 2016. RSIA Abdhi Famili sedang mengajukan akreditasi program khusus (4 pelayanan) versi SNARS. Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan kesiapan akreditasi program khusus (4 pelayanan) versi SNARS menggunakan pendekatan teori sistem yang dilihat dari *input*, proses dan *output* di RSIA Abdhi Famili.

Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif yang dilaksanakan di RSIA Abdhi Famili Kabupaten Banyuwangi sekaligus sebagai unit analisis penelitian. Penentuan responden pada penelitian ini menggunakan *purposive sampling* dan diperoleh 6 responden yang terdiri dari ketua tim akreditasi, sekretaris akreditasi, ketua masing-masing pokja. Teknik penyajian dalam penelitian ini menggunakan *textular* dan bentuk tabel. Analisis data yang digunakan adalah analisis univariat.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kesiapan *Input* pada aspek *man* (SDM), telah tersedia tim akreditasi, komitmen tim baik setelah dilakukan revisi susunan tim akreditasi dan diterbitkan surat pernyataan komitmen yang ditandatangani oleh

karyawan, pengetahuan tim akreditasi terkait konsep dan standar akreditasi tinggi. Aspek *money* (pendanaan) mencukupi, aspek *material* tidak mencukupi pada prasarana penunjang pelayanan kesehatan. Aspek *machine* tidak mencukupi. Aspek *method* sudah terpenuhi pada masing-masing pokja sehingga pengerjaannya sesuai dengan pedoman dan alur akreditasi. Aspek *time bound* mencukupi. Kesiapan *Process* yaitu aspek perencanaan meliputi lokakarya, *workshop*, *self assessment* dan pembahasan *self assessment* telah dilaksanakan dan memenuhi syarat, penyiapan dokumen sedang dalam proses melengkapi dan termasuk kategori cukup lengkap. Aspek pengorganisasian yaitu pembentukan tim sudah sesuai dengan standar. Aspek pelaksanaan meliputi penataan sistem manajemen memenuhi syarat, sistem pelayanan belum sesuai standar terkait prasarana dan implementasi dokumen dalam pelayanan belum dilaksanakan secara menyeluruh pada unit kerja. Aspek pengawasan meliputi monitoring dan evaluasi internal sudah dilaksanakan sesuai dengan jadwal yang ditentukan. Kesiapan *Output*, meliputi persentase kesiapan dokumen akreditasi dan implementasinya pada pokja HPK memenuhi syarat lulus, sedangkan pada pokja PPI, SKP dan KKS belum memenuhi syarat lulus. Secara keseluruhan dapat dikatakan RSIA Abdhi Famili belum memenuhi syarat lulus akreditasi program khusus (4 pelayanan) versi SNARS.

Saran yang diberikan berdasarkan hasil penelitian yaitu perlu penambahan printer dan jaringan komputer terkait pemenuhan *input* agar proses persiapan akreditasi dapat berjalan lancar dan sesuai jadwal yang ditentukan. Perlu meningkatkan supervisi dan dukungan birokratif oleh jajaran manajemen RSIA Abdhi Famili kepada tim akreditasi, terkait penataan sistem pelayanan agar pelaksanaan pembangunan prasarana yang belum tersedia dapat terealisasi. Perlu meningkatkan supervisi oleh tim akreditasi bersama jajaran manajemen kepada unit pelayanan terkait, tentang kepatuhan menjalankan SPO agar lebih dapat mengontrol kesesuaian antara regulasi dengan pelaksanaan di lapangan sehingga dapat menjaga mutu pelayanan yang diberikan melalui koordinasi yang berkesinambungan.

SUMMARY

Description of the Special Program Accreditation (4 services) Version of Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) in Abdhi Famili Mother and Child Hospitals at Banyuwangi Regency; Dewi Purnamasari; 142110101205; 2018; 114 pages; Health Policy and Administration Department of Public Health Faculty University of Jember.

Hospital accreditation is a process when an independent institution from within or outside the country, usually non-government, conducts an assessment of the hospital based on applicable accreditation standards. At present, the hospital accreditation assessment instrument uses the latest version, the National Standard for Hospital Accreditation First Edition, then it is called SNARS, which will take effect on January 1, 2018. Based on a preliminary study at RSIA Abdhi Famili on December 9, 2017, obtained data that RSIA Abdhi Famili is a type C Special Hospital which has been officially established on March 19, 2014, with a permanent operating license issued on March 14, 2016. RSIA Abdhi Famili is applying for special program accreditation (4 services) SNARS version. This study aims to describe special program accreditation (4 services) SNARS version using a systems theory input, process and output in RSIA Abdhi Famili.

This research used a descriptive research which carried out in RSIA Abdhi Famili Banyuwangi Regency as well as a research analysis unit. Determination of respondents in this study were using purposive sampling and obtained 6 respondents consisting of the head of accreditation team, accreditation secretary, head of each working group. The presentation technique in this study was using textual and tabel. The data analysis was using univariat.

The results showed that the description of input on the man (HR) aspect, the accreditation team was available, the team's commitment did not yet exist but began to improve after the revision of the accreditation team was revised and a commitment statement was signed by the employee, the accreditation team's knowledge related to high accreditation concepts and standards. The aspect of money (funding) was sufficient, the material aspect was insufficient for supporting

healthcare infrastructure. Inadequate machine aspects. The method aspect had been fulfilled in each working group so that the process was in accordance with the accreditation guidelines and flow. The time bound aspect was sufficient. Process readiness, planning aspects including workshops, training, self assessment and self assessment discussions that had been carried out and fulfilling the requirements, the preparation of documents was on process of completing and includes a fairly complete category. The organizing aspect was that team formation is in accordance with the standards. The implementation aspect included structuring the management system to meet the requirements, the service system had not been in accordance with the standards related to infrastructure and the implementation of documents in the service had not been implemented thoroughly in the work unit. The supervision aspect includes monitoring and internal evaluation had been carried out in accordance with the specified schedule. Output readiness, including the percentage of readiness of accreditation documents and their implementation in the working group of HPK fulfilled the requirements for graduation, while the working group of SKP, PPI and KKS had not fulfilled the requirements for graduation. Overall it could be said that RSIA Abdhi Famili had not fulfilled the requirements to pass the special program accreditation (4 services) version of SNARS.

The recommendation based on the results of this study, RSIA Abdhi Famili is need to add the numbers of printer and computer network related to the fulfillment of input so that the accreditation preparation can run smoothly and according to the specified schedule. It is need to increase supervision and bureaucratic support by the RSIA Abdhi Famili management to the accreditation team, related to the arrangement of the service system so that the construction of infrastructure that is not yet available can be realized. It is need to increase supervision by the accreditation team along with the management to the relevant service units, regarding compliance with running the SOP so that they can better control the suitability between regulations and implementation in the field so that they can maintain the quality of services provided through continuous coordination.

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan hidayah dan inayah-Nya berupa kesehatan dan kemampuan sehingga skripsi ini dapat terselesaikan. Skripsi ini disusun guna memenuhi salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang berjudul “*Gambaran Kesiapan Akreditasi Program Khusus (4 Pelayanan) Versi Standart Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Di RSIA Abdhi Famili Kabupaten Banyuwangi*”.

Penyusun menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini tidak akan terselesaikan dengan baik tanpa bantuan, bimbingan, petunjuk, dan motivasi dari berbagai pihak, maka dalam kesempatan ini penyusun menyampaikan rasa terimakasih dan penghargaan yang tak terhingga kepada Bapak Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes selaku Dosen Pembimbing Utama (DPU) dan Ibu Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes selaku Dosen Pembimbing Anggota (DPA) yang telah meluangkan waktu untuk memberikan petunjuk, koreksi, saran, perhatian dan motivasi sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.

Pada kesempatan ini penyusun juga mengucapkan terimakasih dan penghargaan yang tak terhingga kepada:

1. Ibu Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
2. Bapak Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes., selaku Ketua Bagian Peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
3. dr. Tri Suastono, SpOG selaku direktur RSIA Abdhi Famili Kabupaten Banyuwangi yang telah memberikan ijin dan membantu dalam pelaksanaan penelitian ini.
4. Ibu Ninna Rohmawati, S.GZ., M.PH., selaku Dosen Pembimbing Akademik.

5. Ibu Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH., ibu dr. Ragil Ismi Hartanti, M.Sc dan ibu Shella Olivia Mardani, S.KM selaku tim penguji.
6. Seluruh bapak-ibu dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah memberikan bimbingan dan pengajaran.
7. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu, dengan tulus penulis mengucapkan terima kasih yang tak terhingga semoga Allah SWT membalas kebaikan Saudara/Saudari semua.

Semoga penyusunan skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak. Penulis sangat menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penyusunan skripsi ini, oleh sebab itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi perbaikan di waktu mendatang.

Jember, 05 Oktober 2018

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	ii
HALAMAN MOTTO	iii
HALAMAN PERNYATAAN.....	iv
HALAMAN PEMBIMBING.....	v
HALAMAN PENGESAHAN.....	vi
RINGKASAN	vii
SUMMARY.....	ix
KATA PENGANTAR.....	xi
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR TABEL.....	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
DAFTAR SINGKATAN.....	xix
DAFTAR NOTASI.....	xx
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan	6
1.3.1 Tujuan Umum.....	6
1.3.2 Tujuan Khusus.....	6
1.4 Manfaat	7
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	7
1.4.2 Manfaat Praktis.....	7
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Rumah Sakit.....	8
2.1.1 Definisi Rumah Sakit.....	8

2.1.2	Tugas dan Fungsi Rumah Sakit	8
2.1.3	Klasifikasi Rumah Sakit	9
2.2	Akreditasi Rumah Sakit.....	9
2.2.1	Pengertian dan Tujuan Akreditasi.....	9
2.2.2	Manfaat Akreditasi... ..	10
2.2.3	Alur Pengajuan Akreditasi Rumah Sakit	11
2.2.5	Standar Akreditasi Rumah Sakit	15
2.2.7	Kebijakan Pemberian Skor Akreditasi Rumah Sakit.....	17
2.2.8	Kebijakan Penentuan Kelulusan	19
2.2.9	Yang Perlu Diketahui Pada SNARS	21
2.3	Standar Akreditasi Program Khusus (4 Pelayanan).....	23
2.3.1	Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)	23
2.3.3	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	34
2.3.4	Kualifikasi dan Kewenangan Staf (KKS)	43
2.4	Pendekatan Sistem.....	57
2.4.1	Masukan (<i>input</i>).....	58
2.4.2	Proses.....	60
2.4.3	<i>Output</i>	61
2.5	Kerangka Teori.....	62
2.6	Kerangka Konsep	63
BAB 3.	METODE PENELITIAN	65
3.1	Jenis Penelitian	65
3.2	Tempat dan Waktu Penelitian	65
3.3	Unit Analisis dan Responden.....	65
3.3.1	Unit Analisis.....	65
3.3.2	Responden.....	65
3.4	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	66
3.4.1	Variabel Penelitian.....	66

3.4.2	Definisi Operasional	67
3.5	Data dan Sumber Data.....	71
3.5.1	Data Primer.....	71
3.5.2	Data Sekunder.....	71
3.6	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	72
3.6.1	Teknik Pengumpulan Data.....	72
3.6.2	Instrumen Pengumpulan Data.....	73
3.7	Teknik Penyajian dan Analisis Data.....	73
3.7.1	Teknik Penyajian.....	73
3.7.2	Analisis Data.....	73
3.8	Alur Penelitian.....	74
BAB 4.	HASIL DAN PEMBAHASAN	75
4.1	Gambaran Umum Tempat Penelitian.....	75
4.1.1	Visi, Misi dan Motto RSIA Abdhi Famili.....	75
4.1.2	Tujuan, Sasaran Strategis dan Nilai-nilai Budaya.....	76
4.1.3	Tim Akreditasi RSIA Abdhi Famili.....	77
4.2	Hasil Penelitian.....	77
4.2.1	Gambaran Masukan (<i>Input</i>) Kesiapan Akreditasi.....	77
4.2.2	Gambaran Proses Kesiapan Akreditasi.....	82
4.2.3	Gambaran Keluaran (<i>Output</i>) Kesiapan Akreditasi.....	85
4.3	Pembahasan.....	101
4.3.1	Gambaran Masukan (<i>Input</i>) Kesiapan Akreditasi.....	101
4.3.2	Gambaran Proses Kesiapan Akreditasi.....	106
4.3.3	Gambaran Keluaran (<i>Output</i>) Kesiapan Akreditasi.....	109
BAB 5.	KESIMPULAN DAN SARAN	110
5.1	Kesimpulan.....	111
5.2	Saran.....	112
DAFTAR PUSTAKA		112
LAMPIRAN.....		115

DAFTAR GAMBAR

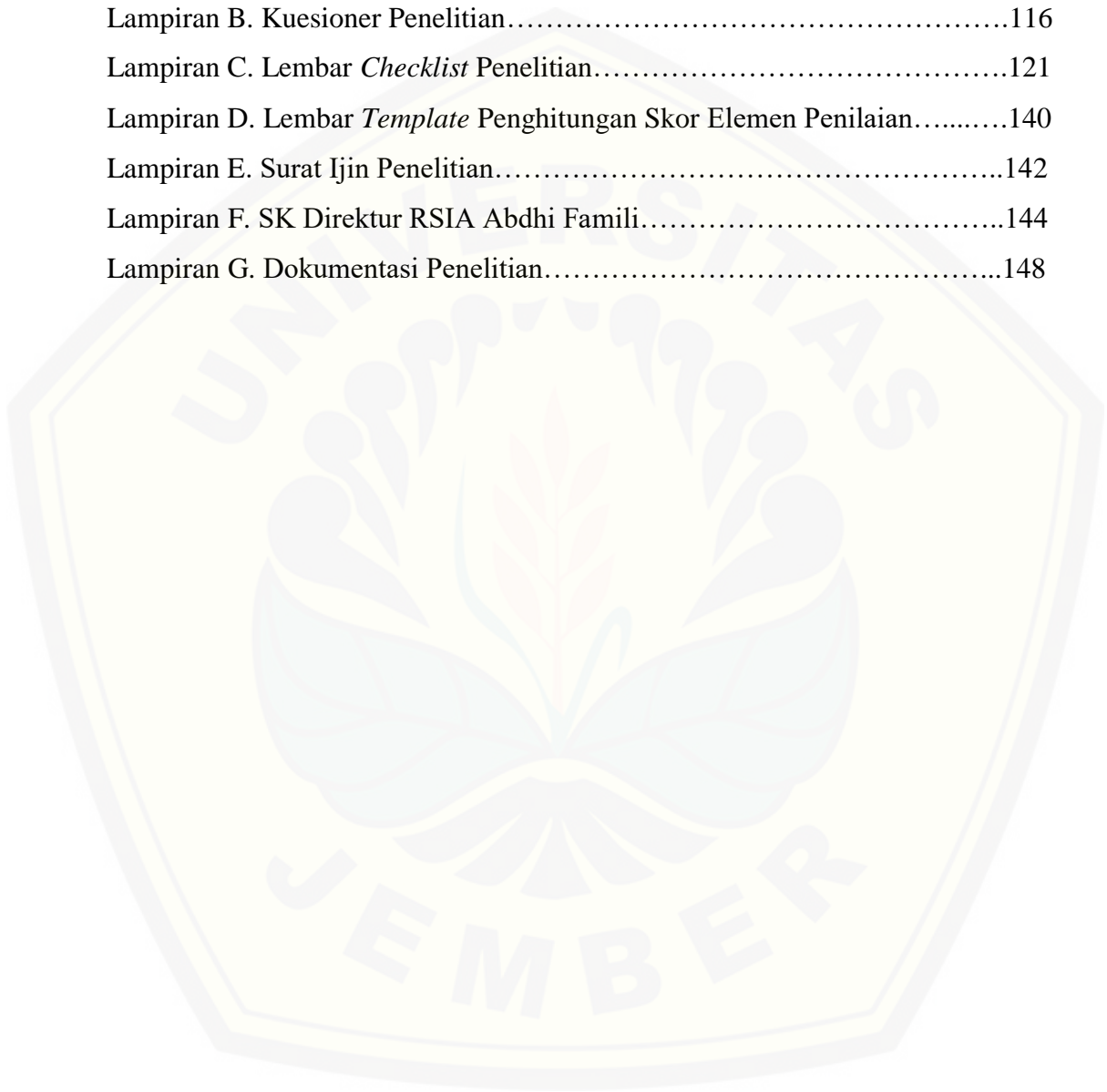
	Halaman
Gambar 2.1 Alur Pengajuan Akreditasi Rumah Sakit.....	13
Gambar 2.2 Kerangka Teori.....	62
Gambar 2.3 Kerangka Konsep.....	63
Gambar 3.1 Alur Penelitian.....	76
Gambar 4.1 Surat Pernyataan Komitmen Karyawan.....	78
Gambar 4.2 Struktur Organisasi Tim Akreditasi.....	82
Gambar 4.3 Struktur Organisasi RSIA Abdhi Famili.....	84

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1	Pembagian Tugas Surveyor.....17
Tabel 2.2	Kriteria Kelulusan Akreditasi RS Non Pendidikan.....21
Tabel 3.1	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....67
Tabel 4.1	Distribusi Tim Akreditasi dan Tugasnya.....77
Tabel 4.2	Distribusi Karakteristik Responden Terkait Pengetahuan.....79
Tabel 4.3	Distribusi Alat Tulis Kantor Bulan Mei 2018.....80
Tabel 4.4	Ketersediaan Sarana.....80
Tabel 4.5	Kegiatan Perencanaan Persiapan Akreditasi.....82
Tabel 4.6	Hasil Capaian Dokumen Akreditasi dan Implementasi Dokumen Pokja SKP.....86
Tabel 4.7	Hasil Capaian Dokumen Akreditasi dan Implementasi Dokumen Pokja HPK.....88
Tabel 4.8	Hasil Capaian Dokumen Akreditasi dan Implementasi Dokumen Pokja PPI.....90
Tabel 4.9	Hasil Capaian Dokumen Akreditasi dan Implementasi Dokumen Pokja KKS.....94

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran A. Lembar Persetujuan.....	115
Lampiran B. Kuesioner Penelitian.....	116
Lampiran C. Lembar <i>Checklist</i> Penelitian.....	121
Lampiran D. Lembar <i>Template</i> Penghitungan Skor Elemen Penilaian.....	140
Lampiran E. Surat Ijin Penelitian.....	142
Lampiran F. SK Direktur RSIA Abdhi Famili.....	144
Lampiran G. Dokumentasi Penelitian.....	148



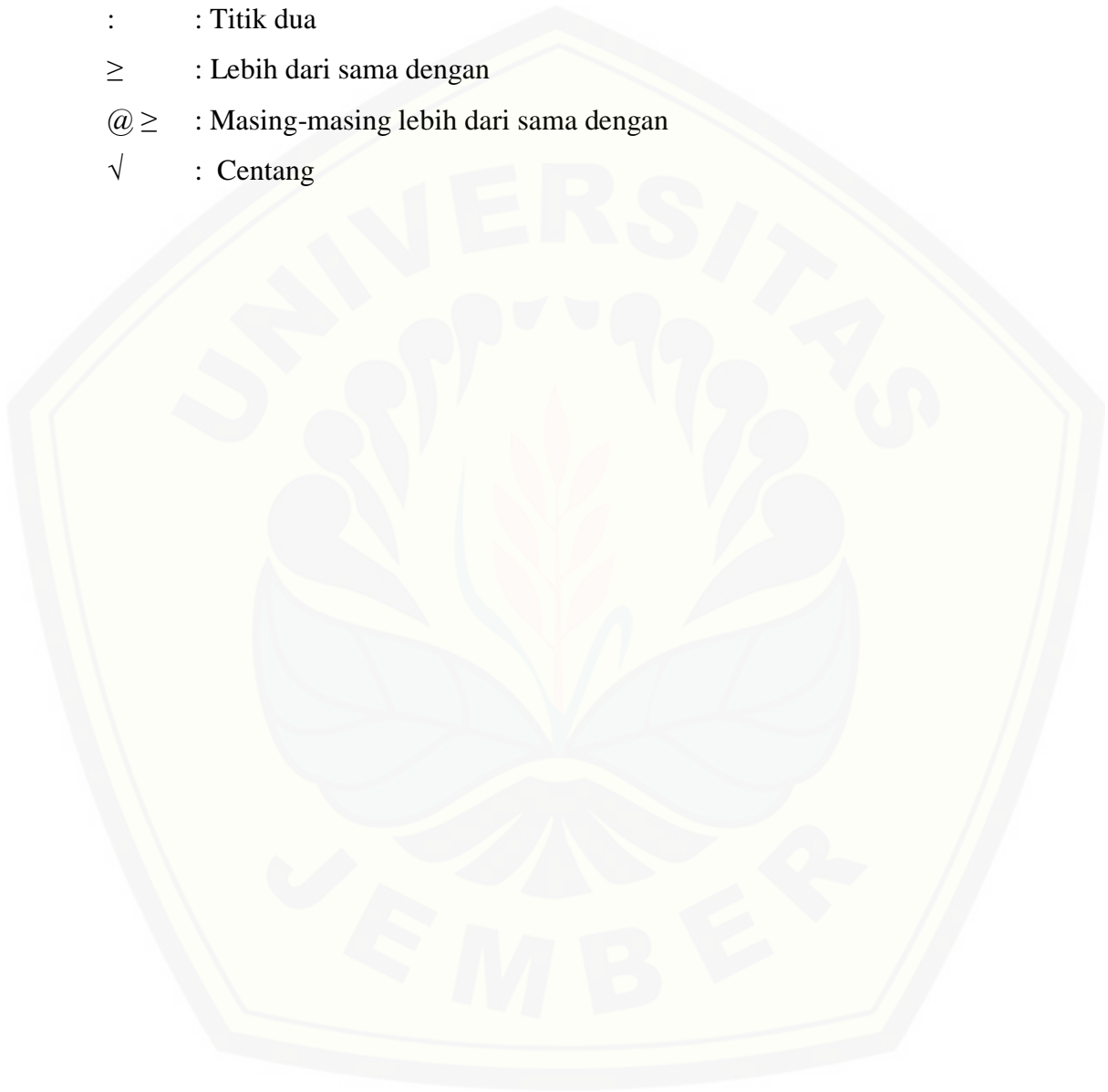
DAFTAR SINGKATAN



Depkes	: Departemen Kesehatan
HPK	: Hak Pasien dan Keluarga
HR	: <i>Human Resources</i>
KARS	: Komite Akreditasi Rumah Sakit
KKS	: Kualifikasi dan Kewenangan Staf
MDGs	: <i>Millenium Development Goal's</i>
Monev	: Monitoring dan Evaluasi
Permenkes	: Peraturan Menteri Kesehatan
PPI	: Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
Pokja	: Kelompok Kerja
RS	: Rumah Sakit
RSIA	: Rumah Sakit Ibu dan Anak
SDM	: Sumber Daya Manusia
SK	: Surat Keputusan
SKP	: Sasaran Keselamatan Pasien
SNARS	: Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit
SPO	: Standar Prosedur Operasional

DAFTAR NOTASI

- . : Titik
- ,
- :
- \geq : Lebih dari sama dengan
- $@\geq$: Masing-masing lebih dari sama dengan
- \surd : Centang



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah Sakit menurut Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Pelayanan kesehatan yang disediakan hendaknya komprehensif dan mudah diakses oleh masyarakat. Berdasarkan Permenkes No. 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Dalam Jaminan Kesehatan Nasional, Fasilitas Kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau Masyarakat. Meliputi fasilitas kesehatan tingkat pertama (puskesmas, praktek dokter, praktek dokter gigi, klinik pratama dan RS kelas D) dan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (klinik utama, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus).

Rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjutan diharapkan dapat memberikan pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan paripurna tanpa meninggalkan mutu layanan kesehatan yang diberikan. Upaya untuk menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dapat ditempuh salah satunya dengan mengikuti akreditasi RS yang diadakan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit sebagai wujud standardisasi mutu pelayanan dan administrasi Rumah Sakit. Berdasarkan Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 40 disebutkan bahwa dalam upaya peningkatan mutu pelayanan, rumah sakit wajib melakukan akreditasi secara berkala minimal tiga tahun sekali. Akreditasi merupakan salah satu sistem manajemen mutu yang sedang berkembang saat ini dengan tujuan terpenuhinya ekspektasi atau harapan masyarakat akan peningkatan mutu dan kapasitas pelayanan rumah sakit.

Akreditasi rumah sakit adalah suatu proses ketika suatu lembaga independen baik dari dalam atau luar negeri, biasanya non pemerintah, melakukan penilaian terhadap rumah sakit berdasarkan standar akreditasi yang berlaku. Rumah sakit yang telah terakreditasi akan mendapatkan pengakuan dari Pemerintah karena telah memenuhi standar pelayanan dan manajemen yang ditetapkan. Berdasarkan Permenkes Nomor 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit, akreditasi memiliki tujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit, meningkatkan keselamatan pasien rumah sakit, meningkatkan perlindungan bagi pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit dan rumah sakit sebagai institusi dan mendukung program pemerintah di bidang kesehatan.

Menurut Permenkes tersebut, pada pasal 3 dijelaskan bahwa akreditasi merupakan kewajiban setiap rumah sakit dan diselenggarakan paling sedikit setiap 3 tahun dan paling lama setelah beroperasi 2 tahun sejak memperoleh ijin operasional untuk pertama kali. Akreditasi dilaksanakan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditentukan oleh Menteri dan telah terakreditasi secara internasional oleh lembaga *International Society for Quality in Health Care* (ISQua). Lembaga independen penyelenggara akreditasi nasional adalah Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dan untuk penyelenggara akreditasi internasional adalah *Joint Commission International* (JCI). Salah satu upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dengan diadakannya akreditasi nasional yang penyelenggaraannya meliputi persiapan akreditasi, bimbingan akreditasi, pelaksanaan akreditasi dan kegiatan paska akreditasi. Pada tahap persiapan akreditasi, rumah sakit melakukan penilaian mandiri (*self assessment*) yang bertujuan untuk mengukur kesiapan dan kemampuan rumah sakit untuk memenuhi standart akreditasi menggunakan instrument akreditasi. Instrumen akreditasi merupakan alat ukur yang digunakan oleh KARS, untuk menilai rumah sakit dalam survei akreditasi.

Saat ini, instrumen penilaian akreditasi rumah sakit menggunakan versi terbaru yaitu Standart Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 yang selanjutnya disebut dengan istilah SNARS yang efektif mulai diberlakukan pada 1 Januari 2018 menggantikan versi KARS 2012. Hal ini dilakukan sejalan dengan visi KARS

untuk menjadi bahan akreditasi berstandar internasional, serta untuk memenuhi tuntutan Undang-undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit yang mewajibkan seluruh rumah sakit di Indonesia untuk meningkatkan mutu pelayanannya melalui akreditasi. SNARS merupakan standart pelayanan berfokus pada pasien untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien dengan pendekatan manajemen risiko di Rumah Sakit yang terdiri dari 16 bab untuk rumah sakit Pendidikan dan 15 bab untuk rumah sakit non-pendidikan. (KARS, 2017).

Kelebihan SNARS dibandingkan Versi 2012 yaitu terdapat penambahan 2 standar baru pada bab MDGs yaitu Pengendalian Resistensi Antimikroba dan Pelayanan Geriatri, serta 1 standar baru untuk rumah sakit Pendidikan yaitu Integrasi Pendidikan Kesehatan dalam Pelayanan Rumah Sakit (IPKP). Secara berkala setiap 3 tahun standar akan direview, bila standar tidak lagi mencerminkan praktik pelayanan kesehatan mutakhir, teknologi yang umum ada, praktik manajemen mutu, dan sebagainya maka standar akan direvisi atau dihapus. Acuan yang digunakan untuk menyusun SNARS meliputi prinsip-prinsip standar ISQua, standar akreditasi JCI edisi 4 dan edisi 5, standar akreditasi rumah sakit versi 2012, peraturan perundang-undangan termasuk pedoman dan panduan di tingkat Nasional baik dari pemerintah maupun profesi yang wajib dipatuhi dan dilaksanakan oleh rumah sakit di Indonesia, serta hasil kajian hasil survei dari standart dan elemen yang sulit dipenuhi oleh rumah sakit di Indonesia.

Akreditasi rumah sakit di Indonesia telah dilaksanakan sejak tahun 1995, yang dimulai hanya 5 pelayanan, pada tahun 1998 berkembang menjadi 12 pelayanan, dan pada tahun 2002 menjadi 16 pelayanan. Namun rumah sakit dapat memilih akreditasi untuk 5, 12, atau 16 pelayanan, sehingga standar mutu rumah sakit dapat berbeda tergantung berapa pelayanan akreditasi yang diikuti (KARS, 2011). Berdasarkan Peraturan Ketua Eksekutif Komisi Akreditasi Rumah Sakit No.1666/KARS/X/2014 tentang Penetapan Status Akreditasi Rumah Sakit diputuskan bahwa terdapat 2 penetapan status akreditasi yaitu Status Akreditasi Reguler yang meliputi 15 bab dan Status Akreditasi Program Khusus yang meliputi 4 bab. Status Akreditasi Reguler dengan ketentuan lulus Tingkat Dasar (capaian 4 bab), Tingkat Madya (capaian 8 bab), Tingkat Utama (capaian 12 bab) dan Tingkat

Paripurna (capaian 15 bab). Status Akreditasi Program Khusus dengan ketentuan hanya dapat dilaksanakan pada pertama kali akreditasi (selanjutnya mengikuti ketentuan akreditasi reguler) dan hanya dilaksanakan pada RSUD kelas C, RSUD kelas D, RSUD kelas D Pratama dan Rumah Sakit Khusus kelas C.

Akreditasi mutlak diperlukan dan penting untuk dilaksanakan, selain untuk menjaga mutu pelayanan kesehatan juga diperlukan dalam proses perizinan operasional rumah sakit. Berdasarkan Permenkes No. 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit pada Pasal 76 disebutkan bahwa setiap rumah sakit yang telah mendapatkan izin operasional harus diregistrasi dan diakreditasi sebagai persyaratan untuk perpanjangan izin operasional dan perubahan kelas. Hal ini dipertegas dalam Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pada Pasal 27 disebutkan bahwa izin rumah sakit dapat dicabut apabila habis masa berlakunya, tidak lagi memenuhi persyaratan dan standart, terbukti melakukan pelanggaran terhadap peraturan perundang-undangan, dan/atau atas perintah pengadilan dalam rangka penegakan hukum.

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi tahun 2017 terdapat 15 instansi rumah sakit yang terdaftar di Kabupaten Banyuwangi. Berdasarkan jenis pelayanannya meliputi 1 RSUD tipe B, 5 RSUD tipe C, 3 RSUD tipe D, 2 RS Khusus (RSIA) dan 4 RS belum ditentukan tipenya. Berdasarkan status akreditasi KARS versi 2012 terdapat 3 rumah sakit terakreditasi tingkat paripurna dan 2 rumah sakit terakreditasi tingkat perdana, 6 rumah sakit sedang dalam proses pelaksanaan akreditasi KARS versi 2012, 3 rumah sakit dalam proses persiapan akreditasi KARS versi 2012 dan 1 rumah sakit dalam proses persiapan akreditasi SNARS.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada RSIA Abdhi Famili tanggal 9 Desember 2017, diperoleh data bahwa RSIA Abdhi Famili merupakan RS Khusus tipe C yang baru resmi berdiri pada 19 Maret 2014. Ijin operasional tetap RS tersebut baru diterbitkan pada 14 Maret 2016. RSIA Abdhi Famili sedang mengajukan akreditasi program khusus (4 pelayanan dasar) versi SNARS dan saat ini sedang dalam proses persiapan dokumen. Program khusus tersebut meliputi Sasaran Keselamatan Pasien (SKP), Hak Pasien dan Keluarga

(HPK), Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), Kualifikasi dan Kewenangan Staf (KKS) (KARS, 2013). Hal ini dikarenakan status RSIA Abdhi Famili yang baru resmi berdiri sekitar 3 tahun dan baru pertama kali mengajukan akreditasi. Pihak manajemen dan karyawan berupaya untuk dapat lolos akreditasi program khusus versi SNARS. Untuk mewujudkan harapan tersebut maka diperlukan persiapan dan pra evaluasi pada tiap-tiap pelayanan untuk mengetahui kesiapan akreditasi dari rumah sakit tersebut.

Pelayanan kesehatan di rumah sakit merupakan suatu sistem yang terdiri dari berbagai komponen yang saling terkait, saling tergantung, dan saling mempengaruhi satu dengan lainnya sehingga perlu dipersiapkan dari seluruh sistem tersebut yang meliputi masukan (*input*), proses (*process*), dan keluaran (*output*). Masukan dalam hal ini meliputi komitmen tim akreditasi (*man*), kelengkapan dokumen akreditasi (*material*), dan instrument akreditasi SNARS (*method*). Proses akreditasi meliputi perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengawasan persiapan akreditasi. Keluaran akreditasi yaitu terpenuhinya persyaratan substantif, teknis dan administratif akreditasi. Jika salah satu komponen tersebut masih terdapat permasalahan maka akan mempengaruhi komponen lainnya. Sebagian besar permasalahan yang terjadi pada proses persiapan akreditasi rumah sakit yaitu pada masukan (*input*) dan pelaksanaan dari persiapan akreditasi tersebut. Oleh karena itu sangat penting untuk dilakukan penilaian terhadap kesiapan akreditasi rumah sakit dari segi masukan dan pelaksanaan persiapan akreditasi versi SNARS di RSIA Abdhi Famili Kabupaten Banyuwangi.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana gambaran kesiapan akreditasi program khusus (4 pelayanan) versi Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) di RSIA Abdhi Famili Kabupaten Banyuwangi?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah menggambarkan kesiapan akreditasi program khusus (4 pelayanan) versi Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) di RSIA Abdhi Famili Kabupaten Banyuwangi.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menggambarkan kesiapan *input* akreditasi program khusus (4 pelayanan) versi Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) meliputi komitmen tim akreditasi (*man*), anggaran yang dikeluarkan selama kegiatan akreditasi (*money*), persediaan alat tulis kantor (*material*), kesiapan komputer (*machine*), instrument akreditasi SNARS (*method*), dan waktu persiapan kegiatan akreditasi (*time*) di RSIA Abdhi Famili Kabupaten Banyuwangi.
- b. Menggambarkan kesiapan proses akreditasi meliputi perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengawasan persiapan akreditasi program khusus (4 pelayanan) versi Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) di RSIA Abdhi Famili Kabupaten Banyuwangi.
- c. Menggambarkan kesiapan keluaran yaitu persentase kesiapan dokumen akreditasi dan implementasinya dalam akreditasi program khusus (4 pelayanan) versi Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) di RSIA Abdhi Famili Kabupaten Banyuwangi.

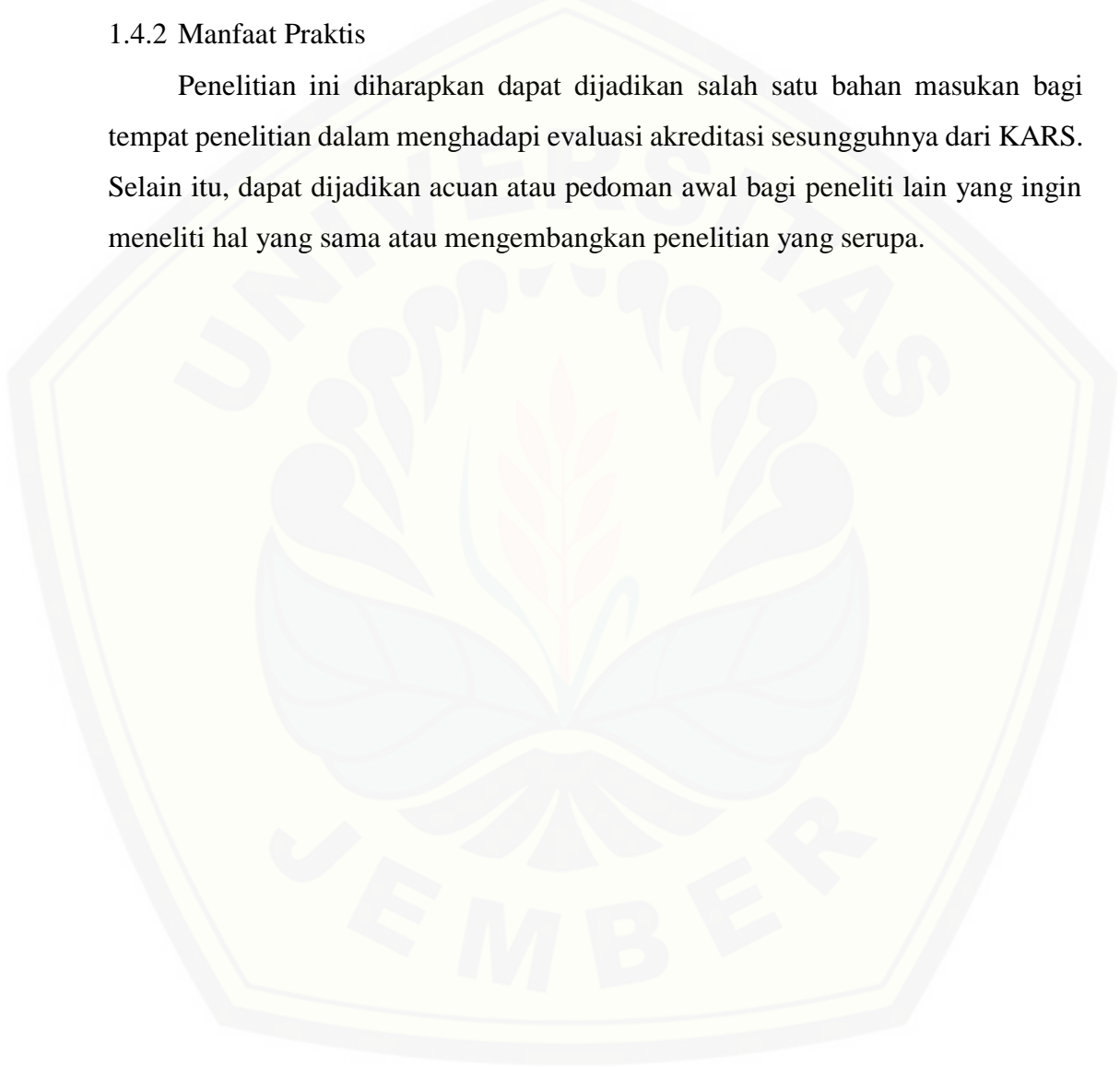
1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat guna menambah referensi dalam pengembangan ilmu pengetahuan di bidang manajemen mutu rumah sakit, terutama tentang analisis kesiapan akreditasi rumah sakit.

1.4.2 Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan salah satu bahan masukan bagi tempat penelitian dalam menghadapi evaluasi akreditasi sesungguhnya dari KARS. Selain itu, dapat dijadikan acuan atau pedoman awal bagi peneliti lain yang ingin meneliti hal yang sama atau mengembangkan penelitian yang serupa.



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Definisi Rumah Sakit

Menurut WHO (*World Health Organization*), rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (*komprehensif*), penyembuhan penyakit (*kuratif*) dan pencegahan penyakit (*preventif*) kepada masyarakat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medik.

Berdasarkan Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, yang dimaksud dengan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

2.1.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, tugas rumah sakit adalah memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Untuk menjalankan tugas tersebut, rumah sakit mempunyai fungsi:

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standart pelayanan rumah sakit.
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.1.3 Klasifikasi Rumah Sakit

Menurut Permenkes Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit disebutkan bahwa kategori rumah sakit berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan terdiri dari Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus.

Rumah Sakit Umum diklasifikasikan menjadi:

- a. Rumah Sakit Umum Kelas A
- b. Rumah Sakit Umum Kelas B
- c. Rumah Sakit Umum Kelas C
- d. Rumah Sakit Umum Kelas D
- e. Rumah Sakit Umum Kelas D Pratama

Rumah Sakit Khusus diklasifikasikan menjadi:

- a. Rumah Sakit Khusus Kelas A
- b. Rumah Sakit Khusus Kelas B
- c. Rumah Sakit Khusus Kelas C

2.2 Akreditasi Rumah Sakit

2.2.1 Pengertian dan Tujuan Akreditasi

Berdasarkan Permenkes Nomor 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi, yang dimaksud dengan akreditasi adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan Rumah Sakit, setelah dilakukan penilaian bahwa Rumah Sakit telah memenuhi standar akreditasi.

Dalam pasal 2 Permenkes tersebut tertulis bahwa pengaturan akreditasi bertujuan untuk:

- a. Meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit dan melindungi keselamatan pasien Rumah Sakit.
- b. Meningkatkan perlindungan bagi masyarakat, sumber daya manusia di Rumah Sakit dan Rumah Sakit sebagai institusi.
- c. Mendukung program Pemerintah di bidang kesehatan.
- d. Meningkatkan profesionalisme Rumah Sakit Indonesia di mata Internasional.

2.2.2 Manfaat Akreditasi

Manfaat akreditasi menurut Depkes RI (2000) antara lain:

a. Bagi Rumah Sakit

- 1) Akreditasi menjadi forum komunikasi dan konsultasi diantara rumah sakit dan bahan akreditasi yang akan memberikan saran perbaikan atau rekomendasi untuk peningkatan mutu pelayanan rumah sakit melalui pencapaian standar yang ditentukan.
- 2) Rumah sakit dapat mengetahui pelayanan yang berada dibawah standar atau perlu ditingkatkan.
- 3) Penting untuk rekrutmen dan membatasi “*Turn Over*” staf rumah sakit karena karyawan akan lebih senang, tenang dan man bekerja di rumah sakit yang akan di akreditasi.
- 4) Alat negosiasi dengan perusahaan asuransi kesehatan.
- 5) Status akreditasi dapat dijadikan alat marketing pada masyarakat.
- 6) Akreditas menjadi syarat pemerintah sebagai kriteria untuk memberi izin rumah sakit yang menjadi tempat pendidikan tenaga medis dan paramedis.
- 7) Simbol bagi rumah sakit dan dapat meningkatkan citra dan kepercayaan masyarakat atas rumah sakit.
- 8) Sebagai dasar pengajuan anggaran dan perencanaan pengembangn rumah sakit kepada pemilik.

b. Bagi Pemerintah

- 1) Akreditasi merupakan salah satu pendekatan untuk meningkatkan dan membudayakan konsep mutu pelayanan rumah sakit melalui pembinaan terarah dan berkesinambungan.
- 2) Memberikan gambaran kondisi Perumahsakitan di Indonesia yang memenuhi standar yang ditentukan sehingga menjadi bahan masukan untuk perencanaan pengembangan pembangunan kesehatan pada masa datang.

c. Bagi Masyarakat

- 1) Membantu masyarakat memilih rumah sakit yang baik dengan mengenali sertifikat akreditasi yang terdapat pada rumah sakit yang pelayanannya telah memenuhi standar.

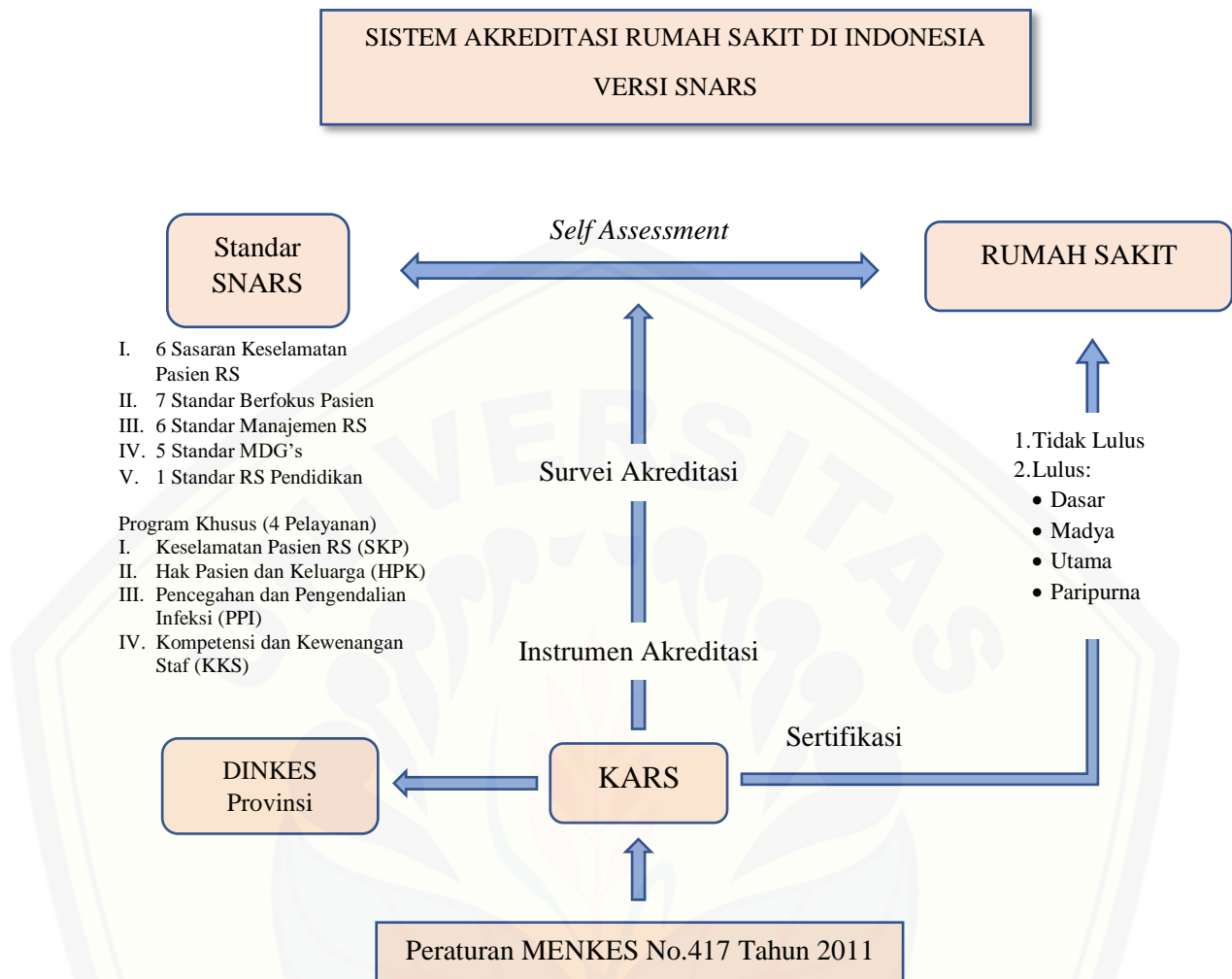
- 2) Rasa lebih aman mendapatkan pelayanan di rumah sakit yang telah terakreditasi dibandingkan yang belum terakreditasi.
- d. Bagi Pemilik
- 1) Kebanggaan memiliki rumah sakit terakreditasi
 - 2) Memudahkan menilai pengelolaan sumber daya rumah sakit oleh manajemen dan seluruh tenaga yang ada sehingga misi dan program rumah sakit dapat mudah tercapai.
- e. Bagi Perusahaan Asuransi
- 1) Akreditasi penting untuk negosiasi klaim asuransi kesehatan dengan rumah sakit.
 - 2) Memberikan gambaran pilihan rumah sakit yang dapat dijadikan mitra kerja.
- f. Bagi Karyawan Rumah Sakit
- 1) Merasa aman bekerja di Rumah Sakit yang terakreditasi.
 - 2) *Self Assessment* akan menambah kesadaran akan pentingnya pemenuhan standar peningkatan mutu sehingga dapat memotivasi karyawan bekerja lebih baik.
 - 3) Reward dari manajemen bagi unit kerja yang mendapat nilai baik atas usahanya dalam memenuhi standar.

2.2.3 Alur Pengajuan Akreditasi Rumah Sakit

Berdasarkan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 (2017:20), alur pengajuan akreditasi rumah sakit sebagai berikut:

- a. Rumah sakit mengajukan permohonan survei akreditasi yang dikirim melalui email ke survei@kars.or.id atau secara online melalui website: www.kars.or.id paling lambat 1 (satu) bulan sebelum tanggal pelaksanaan yang diajukan oleh rumah sakit.
- b. Surat permohonan survei dilampiri dengan kelengkapan:
 - 1) Aplikasi survei yang sudah diisi dan ditandatangani oleh Direktur/Kepala rumah sakit.
 - 2) Hasil *self assessment* terakhir, dengan skor minimal 80%.
 - 3) Izin operasional yang masih berlaku.

- 4) Ijazah dokter atau dokter gigi dari Direktur/Kepala rumah sakit.
 - 5) Surat pernyataan Direktur/Kepala rumah sakit yang berisi:
 - a) Tidak keberatan memberikan akses rekam medis kepada surveyor.
 - b) Tidak meninggalkan rumah sakit selama kegiatan survei berlangsung.
 - c) Semua tenaga medis sudah mempunyai STR dan SIP.
 - 6) Daftar tenaga medis yang dilengkapi dengan nomor Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktek (SIP) dan masa berlakunya.
 - 7) Surat Izin Pengelolaan Limbah Cair (IPLC) yang masih berlaku.
 - 8) Surat izin pengelolaan limbah B-3 yang masih berlaku atau perjanjian kerjasama dengan pihak ke 3 yang mempunyai izin pengolah limbah B-3 dan transporter yang masih berlaku.
- c. Berdasarkan pengajuan permohonan survei akreditasi pada poin b, maka KARS akan melakukan evaluasi permohonan dan menetapkan:
- 1) Bila persyaratan telah terpenuhi maka KARS akan melanjutkan proses akreditasi.
 - 2) Bila persyaratan belum terpenuhi maka KARS akan meminta Rumah Sakit untuk melengkapi persyaratan dan pelaksanaan akreditasi ditunda sampai kekurangan persyaratan dipenuhi oleh rumah sakit.
- d. Permohonan survei akreditasi diterima, maka:
- 1) KARS menjadwalkan survei akreditasi dan memberitahu jadwal survei kepada rumah sakit dengan tembusan kepada Dinas Kesehatan Provinsi.
 - 2) Rumah sakit melakukan kontrak komitmen dengan KARS.
 - 3) KARS mengirimkan nama-nama surveyor dan rumah sakit dapat menolak nama tersebut bila ada *conflict of interest* antara surveyor dan rumah sakit.
- e. KARS memberitahu jadwal kedatangan surveyor dan jadwal acara survei akreditasi dan dokumen yang harus disampaikan kepada surveyor.
- f. Selama proses pengajuan survei sampai dilaksanakan survei akreditasi, Rumah Sakit dapat melakukan komunikasi dengan sekretariat KARS.



Gambar 2.1 Alur Pengajuan Akreditasi RS

2.2.4 Langkah-langkah Persiapan Akreditasi Rumah Sakit

Persiapan survei akreditasi dimulai setelah Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) menerima surat permohonan untuk dilakukan survei akreditasi rumah dan isian lengkap Berkas Permohonan Survei Akreditasi Rumah Sakit. Persiapan survei akreditasi dilakukan oleh kedua belah pihak, baik KARS maupun rumah sakit. Untuk membantu rumah sakit mempersiapkan diri, KARS menyediakan beberapa jenis kegiatan antara lain seminar, lokakarya (workshop), bimbingan dan survei simulasi akreditasi (KARS, 2013).

Langkah-langkah persiapan akreditasi oleh Rumah Sakit menurut Permenkes Nomor 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit meliputi:

- a. Lokakarya di Rumah Sakit minimal selama dua hari efektif untuk menggalang komitmen dan pengenalan awal tentang Standar dan Instrumen Akreditasi, pembentukan Panitia Persiapan Akreditasi Rumah Sakit.
- b. Bimbingan berupa pelatihan/ workshop merupakan proses pembinaan terhadap Rumah Sakit untuk meningkatkan kinerja dalam persiapan survei akreditasi. Bimbingan diberikan oleh KARS dan/atau oleh tenaga pendamping yang berasal dari Kementerian Kesehatan dan/atau Rumah Sakit yang telah lulus akreditasi.
- c. Pelaksanaan *self-assessment* oleh Panitia Persiapan Akreditasi Rumah Sakit untuk mengukur kesiapan dan kemampuan Rumah Sakit memenuhi tandar akreditasi menggunakan instrument akreditasi.
- d. Panitia Persiapan Akreditasi Rumah Sakit melakukan pembahasan hasil *self assessment* bersama Tim Pendamping Akreditasi dan menyusun Rencana Aksi untuk persiapan akreditasi.
- e. Mempersiapkan dokumen yang diperlukan pada waktu survei, antara lain:
 - 1) Struktur organisasi rumah sakit
 - 2) Daftar akurat dari pasien yang menerima pelayanan pada saat pelaksanaan survei, termasuk diagnosis, umur, unit pelayanan, dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) dan tanggal dirawat
 - 3) Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien, monitoring dan data indikator yang harus ada
 - 4) Panduan Praktik Klinis, Alur klinis (*Clinical pathways*)
 - 5) Proaktif kajian risiko, seperti *Failure Mode and Effects Analysis* (FMEA), *Hazard Vulnerability Analysis* (HVA) dan *Infection Control Risk Assessment* (ICRA)
 - 6) Rencana rumah sakit (misalnya *facility management and safety plan*)
 - 7) Kebijakan dan prosedur yang dipersyaratkan, dokumen tertulis atau bylaws
 - 8) Daftar operasi dan tindakan invasif yang diacarakan pada waktu survei, termasuk operasi di kamar operasi, *day surgery*, kateterisasi jantung, endoskopi / kolonoskopi, dan fertilisasi in vitro
 - 9) Contoh semua formulir rekam medis
 - 10) Daftar kebijakan, prosedur, pedoman dan program yang dibutuhkan

- f. Setelah dokumen regulasi internal disusun, berikut dengan program-program kegiatan yang direncanakan, maka dilakukan implementasi sesuai dengan kebijakan, pedoman/panduan, prosedur dan program kegiatan yang direncanakan. Pelaksanaan kegiatan implementasi tersebut diperkirakan dilaksanakan dalam kurun waktu 5 sampai dengan 6 bulan, dengan pendampingan 3 sampai dengan 5 kali minimal 2 hari tiap kali pendampingan.
- g. Penilaian Pra-sertifikasi (survei simulasi) oleh Tim Pendamping Akreditasi, untuk mengetahui kesiapan Rumah Sakit untuk diusulkan dilakukan penilaian akreditasi.

2.2.5 Standar Akreditasi Rumah Sakit

Berdasarkan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 (2017:25), standar akreditasi rumah sakit terdiri dari 16 bab (RS Pendidikan) dan 15 bab (RS Non Pendidikan) yaitu:

- a. Bab 1. Sasaran Keselamatan Pasien, meliputi:
 - 1) Sasaran 1: Mengidentifikasi pasien dengan benar
 - 2) Sasaran 2: Meningkatkan komunikasi yang efektif
 - 3) Sasaran 3: Meningkatkan keamanan obat-obat yang harus diwaspadai (*High Alert Medications*)
 - 4) Sasaran 4: Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar
 - 5) Sasaran 5: Mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
 - 6) Sasaran 6: Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh
- b. Bab 2. Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan (ARK)
- c. Bab 3. Hak Pasien dan Keluarga (HPK)
- d. Bab 4. Asesmen Pasien (AP)
- e. Bab 5. Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP)
- f. Bab 6. Pelayanan Anastesi dan Bedah (PAB)
- g. Bab 7. Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)
- h. Bab 8. Manajemen Komunikasi dan Edukasi (MKE)
- i. Bab 9. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)

- j. Bab 10. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
- k. Bab 11. Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)
- l. Bab 12. Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)
- m. Bab 13. Kualifikasi dan Kewenangan Staf (KKS)
- n. Bab 14. Manajemen Informasi dan Rekam Medis (MIRM)
- o. Bab 15. Program Nasional (MDGs), meliputi:
 - 1) Sasaran 1 : Penurunan angka kematian ibu dan bayi dan peningkatan kesehatan ibu dan bayi
 - 2) Sasaran 2 : Penurunan angka kesakitan HIV/AIDS
 - 3) Sasaran 3 : Penurunan angka kesakitan Tuberkulosis
 - 4) Sasaran 4 : Pengendalian resistensi antimikroba
 - 5) Sasaran 5 : Pelayanan geriatri
- p. Bab 16. Integrasi Pendidikan Kesehatan Dalam Pelayanan Rumah Sakit (IPKP)

2.2.6 Tim dan Pembagian Tugas Surveyor Akreditasi Rumah Sakit

Berdasarkan SNARS (2017:26), surveyor terdiri atas:

- a. Surveyor Manajemen yaitu tenaga medis yang ahli perumah sakitan
- b. Surveyor Medis yaitu para dokter spesialis
- c. Surveyor Keperawatan yaitu para perawat
- d. Surveyor lainnya yaitu ahli rekam medis, apoteker, dan lain sebagainya yang akan ditugaskan bila ada survei terfokus yang memerlukan keahliannya.

Pembagian tugas surveyor dimaksudkan untuk penanggung jawab penetapan skor dan nilai. Pembagian tugas tersebut yaitu:

Tabel 2.1 Pembagian Tugas Surveyor

Surveyor		
Manajemen	Medis	Keperawatan
Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat	Akses ke RS dan Kontinuitas	Hak Pasien dan Keluarga
Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	Asesmen Pasien	Manajemen Komunikasi dan Edukasi
Tata Kelola Rumah Sakit	Pelayanan Asuhan Pasien	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
Manajemen Fasilitas dan Keselamatan	Pelayanan Anestesi dan Bedah	Sasaran Keselamatan Pasien
Kualifikasi dan Kewenangan Staf	Program Nasional (MDGs)	Manajemen Informasi dan Rekam Medis
	Integrasi Pendidikan Kesehatan dalam Pelayanan Rumah Sakit	

2.2.7 Kebijakan Pemberian Skor Akreditasi Rumah Sakit

Setiap elemen penilaian diberi skor 0 atau 5 atau 10 sesuai ketentuan yang ada berikut. Nilai setiap standar merupakan hasil penjumlahan dari nilai elemen penilaian. Nilai setiap standar dijumlahkan menjadi nilai bab. Elemen penilaian yang tidak dapat diterapkan (TDD) tidak diberikan skor dan mengurangi jumlah elemen penilaian. Selama survei lapangan, setiap elemen penilaian (EP) pada standar dinilai sebagai berikut (KARS, 2017:31):

a. Skor 10 “Terpenuhi Lengkap” (TL)

Skor 10, yaitu bila rumah sakit dapat memenuhi elemen penilaian tersebut minimal 80% (contohnya, 8 dari 10). Suatu EP dinilai “terpenuhi lengkap” bila jawabannya adalah “ya” atau “selalu” untuk setiap persyaratan khusus dari EP tersebut. Hal yang perlu dipertimbangkan antara lain:

- 1) Pengamatan negatif tunggal tidak selalu menghalangi perolehan skor “terpenuhi lengkap”
- 2) Rentang implementasi yang berhubungan dengan skor “terpenuhi lengkap” adalah:

- a) Kepatuhan sejak 3 bulan sebelumnya pada survei awal
- b) Kepatuhan sejak 12 bulan sebelumnya pada survei ulang
- c) Kesenambungan dalam usaha peningkatan mutu digunakan untuk menilai kepatuhan

b. Skor 5 “Terpenuhi Sebagian” (TS)

Skor 5, yaitu bila rumah sakit dapat memenuhi elemen penilaian tersebut antara 21-79% (contohnya, 3 sampai 7 dari 10). Suatu EP dinilai “terpenuhi sebagian” apabila jawabannya adalah “biasanya” atau “kadang-kadang” pada persyaratan khusus dari EP tersebut. Hal yang perlu dipertimbangkan antara lain:

- 1) Temuan EP sebelumnya dinilai “tidak terpenuhi” pada survei awal atau survei ulang, dan temuan dari pengamatan terkini adalah capaian 21% sampai 79%.
- 2) Bila pada suatu EP terdapat berbagai macam persyaratan dan paling sedikit 21-79% persyaratan tersebut sudah terpenuhi.
- 3) Suatu kebijakan/proses telah dibuat, diterapkan dan dilaksanakan secara berkesinambungan namun belum mempunyai rentang implementasi yang memenuhi syarat untuk dinilai sebagai “terpenuhi lengkap”.
- 4) Suatu kebijakan/proses telah dibuat dan diterapkan, namun belum dilaksanakan secara berkesinambungan (tidak dapat dipertahankan).
- 5) Bukti pelaksanaan hanya dapat ditemukan di sebagian unit kerja yang seharusnya dilaksanakan.
- 6) Rentang implementasi untuk skor “terpenuhi sebagian” adalah:
 - a) Kepatuhan sejak 3 bulan sebelumnya pada survei awal
 - b) Kepatuhan sejak 12 bulan sebelumnya pada survei ulang

c. Skor 0 “Tidak Terpenuhi” (TT)

Skor 0, yaitu bila rumah sakit hanya dapat memenuhi elemen penilaian tersebut kurang dari 21% (contoh, 2 dari 10). Suatu EP dinilai “tidak terpenuhi” apabila jawabannya adalah “jarang” atau “tidak pernah” untuk suatu persyaratan khusus pada EP. Hal yang perlu dipertimbangkan antara lain:

- 1) Apabila terdapat sejumlah persyaratan dalam satu EP, dan temuan kurang dari 21% menunjukkan kepatuhan yang dicatat dalam wawancara, observasi dan dokumen.

- 2) Regulasi telah dibuat namun tidak dilaksanakan.
 - 3) Suatu kebijakan/proses telah dibuat namun belum diterapkan.
 - 4) Rentang implementasi untuk skor “tidak terpenuhi” adalah:
 - a) Persyaratan untuk EP adalah “terpenuhi lengkap” namun ternyata hanya terdapat kepatuhan kurang dari 1 bulan pada survei awal dan kurang dari 5 bulan pada survei ulang.
 - b) Bila suatu EP pada satu standar mendapat skor 0 dan beberapa EP bergantung pada EP tersebut dalam penilaiannya, maka keseluruhan EP yang berhubungan dengan EP pertama akan mendapat skor 0.
- d. Skor “Tidak Dapat Diterapkan” (TDD)
- Suatu EP mendapat skor “tidak dapat dinilai” apabila persyaratan dalam EP tidak dapat dinilai karena tidak mencakup dalam pelayanan rumah sakit, populasi pasien, dan sebagainya (contohnya: rumah sakit tidak melakukan penelitian).

2.2.8 Kebijakan Penentuan Kelulusan

Keputusan akreditasi KARS berdasarkan capaian rumah sakit terhadap SNARS. Ketua Eksekutif KARS mempertimbangkan semua hasil dan informasi saat survei awal atau survei ulang untuk pengambilan keputusan hasil akreditasi. Keputusan akreditasi final didasarkan pada kepatuhan rumah sakit terhadap standar akreditasi. Ketika suatu rumah sakit berhasil memenuhi persyaratan akreditasi KARS, rumah sakit akan menerima penghargaan Status Akreditasi sebagai berikut (KARS, 2017:36):

a. Rumah Sakit Non Pendidikan

1) Tidak lulus akreditasi

Rumah sakit tidak lulus akreditasi bila dari 15 bab yang disurvei, semua mendapat nilai kurang dari 60%. Bila rumah sakit tidak lulus akreditasi, dapat mengajukan akreditasi ulang setelah rekomendasi surveyor dilaksanakan.

2) Akreditasi tingkat dasar

Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat dasar bila dari 15 bab yang disurvei hanya 4 bab yang mendapat nilai minimal 80% dan 11 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20%.

3) Akreditasi tingkat madya

Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat madya bila dari 15 bab yang disurvei hanya 8 bab yang mendapat nilai minimal 80% dan 7 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20%.

4) Akreditasi tingkat utama

Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat utama bila dari 15 bab yang disurvei hanya 12 bab yang mendapat nilai minimal 80% dan 3 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20%.

5) Akreditasi tingkat paripurna

Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat paripurna bila dari 15 bab yang disurvei semua bab mendapat nilai minimal 80%.

b. Rumah Sakit Pendidikan

1) Tidak lulus akreditasi

Rumah sakit tidak lulus akreditasi bila dari 16 bab yang disurvei, semua mendapat nilai kurang dari 60%. Bila rumah sakit tidak lulus akreditasi, dapat mengajukan akreditasi ulang setelah rekomendasi surveyor dilaksanakan.

2) Akreditasi tingkat dasar

Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat dasar bila dari 16 bab yang disurvei hanya 4 bab, dimana salah satu bab adalah Institusi Pendidikan Pelayanan Kesehatan, mendapat nilai minimal 80% dan 12 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20%.

3) Akreditasi tingkat madya

Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat madya bila dari 16 bab yang disurvei hanya 8 bab, dimana salah satu bab adalah Institusi Pendidikan Pelayanan Kesehatan, mendapat nilai minimal 80% dan 8 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20%.

4) Akreditasi tingkat utama

Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat utama bila dari 16 bab yang disurvei hanya 12 bab, dimana salah satu bab adalah Institusi Pendidikan Pelayanan Kesehatan, mendapat nilai minimal 80% dan 4 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20%.

5) Akreditasi tingkat paripurna

Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat paripurna bila dari 16 bab yang disurvei semua bab mendapat nilai minimal 80%.

Tabel 2.2 Kriteria Kelulusan Akreditasi RS Non Pendidikan Versi SNARS

Status Akreditasi	Kriteria Kelulusan	Standar Akreditasi Versi SNARS
Akreditasi Tingkat Dasar (4)	4 Bab @ \geq 80% Bab Lain @ \geq 20%	1. Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) 2. Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan (ARK) 3. Hak Pasien dan Keluarga (HPK) 4. Asesmen Pasien (AP)
Akreditasi Tingkat Madya (8)	8 Bab @ \geq 80% Bab Lain @ \geq 20%	5. Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP) 6. Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB) 7. Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)
Akreditasi Tingkat Utama (12)	12 Bab @ \geq 80% Bab Lain @ \geq 20%	8. Manajemen Komunikasi dan Edukasi (MKE) 9. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) 10. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) 11. Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)
Akreditasi Tingkat Paripurna (15)	15 Bab @ \geq 80%	12. Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK) 13. Kualifikasi dan Kewenangan Staf (KKS) 14. Manajemen Informasi dan Rekam Medis (MIRM) 15. Millennium Development Goal's (MDGs)

2.2.9 Yang Perlu Diketahui Pada SNARS

Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit merupakan standar pelayanan berfokus pada pasien untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien dengan pendekatan manajemen risiko di Rumah Sakit. Setiap elemen penilaian dilengkapi dengan (R) atau (D) atau (O) atau (S) atau (W) atau kombinasinya yang berarti sebagai berikut (KARS, 2017:9):

a. Regulasi (R)

Regulasi adalah dokumen pengaturan yang disusun oleh rumah sakit yang dapat berupa kebijakan, prosedur (SPO), pedoman, panduan, peraturan Direktur Rumah Sakit, keputusan Direktur Rumah Sakit dan atau program.

b. Dokumen (D)

Dokumen adalah bukti proses kegiatan atau pelayanan yang dapat berbentuk berkas rekam medis, laporan dan atau notulen rapat dan atau hasil audit dan atau ijazah dan bukti dokumen pelaksanaan kegiatan lainnya.

c. Observasi (O)

Observasi adalah bukti kegiatan yang didapatkan berdasarkan hasil penglihatan/ observasi yang dilakukan oleh surveyor.

d. Simulasi (S)

Simulasi adalah peragaan kegiatan yang dilakukan oleh staf rumah sakit yang diminta oleh surveyor.

e. Wawancara (W)

Wawancara adalah kegiatan tanya jawab yang dilakukan oleh surveyor yang ditujukan kepada pemilik/representasi pemilik, direktur rumah sakit, pimpinan rumah sakit, profesional pemberi asuhan (PPA), staf klinis, staf nonklinis, pasien, keluarga, tenaga kontrak dan lain-lain.

Beberapa penambahan standar pada Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit antara lain:

a. Pengendalian Resistensi Antimikroba (PRA)

Pengendalian Resistensi Antimikroba (PRA) merupakan upaya pengendalian resistensi antimikroba secara terpadu dan paripurna di fasilitas pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit dan merupakan standar baru dalam SNARS. Standar ini dianggap perlu mengingat resistensi mikroba terhadap antimikroba telah menjadi masalah kesehatan yang mendunia, sengan berbagai dampak merugikan yang dapat menurunkan mutu dan meningkatkan risiko pelayanan kesehatan khususnya biaya dan keselamatan pasien.

b. Pelayanan Geriatri

Pasien geriatri adalah pasien lanjut usia dengan multi penyakit/gangguan akibat penurunan fungsi organ, psikologi, sosial, ekonomi dan lingkungan yang membutuhkan pelayanan kesehatan secara terpadu dengan pendekatan multi disiplin yang bekerja sama secara interdisiplin. Dengan meningkatnya sosial

ekonomi dan pelayanan kesehatan maka usia harapan hidup semakin meningkat, sehingga secara demografi terjadi peningkatan populasi lanjut usia. Oleh karena itu rumah sakit perlu menyelenggarakan pelayanan geriatri sesuai dengan tingkat jenis pelayanan geriatri.

c. Integrasi Pendidikan Kesehatan dalam Pelayanan Rumah Sakit (IPKP)

Integrasi Pendidikan Kesehatan dalam Pelayanan Rumah Sakit merupakan standar baru di SNARS. Standar IPKP ini hanya diberlakukan untuk rumah sakit yang menyelenggarakan proses pendidikan tenaga kesehatan sesuai peraturan perundang-undangan. Standar ini menunjukkan suatu kerangka untuk mencakup pendidikan medis dan pendidikan staf klinis lainnya dengan memperhatikan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di rumah sakit tersebut. Kegiatan pendidikan harus masuk dalam kerangka peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit, karena itu rumah sakit wajib mempunyai sistem pengawasan mutu pelayanan dan keselamatan pasien terhadap aktivitas pendidikan yang dilaksanakan di rumah sakit.

2.3 Standar Akreditasi Program Khusus (4 Pelayanan)

Akreditasi program khusus hanya dapat dilakukan pada kali pertama mengikuti akreditasi dan hanya pada tipe Rumah Sakit tertentu. Standar akreditasi program khusus meliputi (KARS, 2014):

2.3.1 Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

Penyusunan sasaran ini mengacu kepada *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions* dari WHO *Patient Safety* (2007) yang digunakan juga oleh pemerintah. Maksud dan tujuan SKP adalah mendorong rumah sakit agar melakukan perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien.

a. Sasaran 1: Mengidentifikasi pasien dengan benar (SKP.1)

1) Standar SKP.1

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menjamin ketepatan (akurasi) identifikasi pasien.

2) Maksud dan Tujuan SKP.1

Kesalahan identifikasi pasien dapat terjadi di semua aspek diagnosis dan tindakan. Maksud dan tujuan standar ini adalah memastikan ketepatan pasien yang akan menerima layanan atau tindakan dan untuk menyelaraskan layanan atau tindakan yang dibutuhkan oleh pasien.

3) Elemen Penilaian SKP.1

- a) Ada regulasi yang mengatur pelaksanaan identifikasi pasien (R)
- b) Identifikasi pasien dilakukan dengan menggunakan minimal 2 (dua) identitas dan tidak boleh menggunakan nomor kamar pasien atau lokasi pasien dirawat sesuai dengan regulasi rumah sakit (D,O,W)
- c) Identifikasi pasien dilakukan sebelum dilakukan tindakan, prosedur diagnostik dan terapeutik (W,O,S)
- d) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, produk darah, pengambilan spesimen dan pemberian diet (lihat juga PAP.4) (W,O,S)
- e) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian radioterapi, menerima cairan intravena, hemodialisis, pengambilan darah atau pengambilan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, kateterisasi jantung, prosedur radiologi diagnostik dan identifikasi terhadap pasien koma (W,O,S)

b. Sasaran 2: Meningkatkan komunikasi yang efektif (SKP.2)

1) Standar SKP.2

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan efektivitas komunikasi verbal dan atau komunikasi melalui telpon antar PPA.

2) Maksud dan Tujuan SKP.2

Komunikasi dianggap efektif bila tepat waktu, akurat, lengkap, tidak mendua (ambigu) dan diterima oleh penerima informasi yang bertujuan mengurangi kesalahan-kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien.

3) Elemen Penilaian SKP.2

- a) Ada regulasi tentang komunikasi efektif antarprofesional pemberi asuhan (lihat juga TKRS 3.2) (R)
- b) Ada bukti pelatihan komunikasi efektif antarprofesional pemberi asuhan (D,W)

- c) Pesan secara verbal atau verbal lewat telpon ditulis lengkap, dibaca ulang oleh penerima pesan dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan (D,W,S)
- c. Sasaran 3: Meningkatkan keamanan obat-obat yang harus diwaspadai (*High Alert Medications*) (SKP.3)
 - 1) Standar SKP.3

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan keamanan terhadap obat-obat yang perlu diwaspadai.
 - 2) Maksud dan Tujuan SKP.3

Setiap obat jika salah penggunaannya dapat membahayakan pasien, bahkan bahayanya dapat menyebabkan kematian atau kecacatan pasien, terutama obat-obat yang perlu diwaspadai. Kesalahan dapat terjadi jika petugas tidak memperoleh orientasi cukup baik di unit perawatan pasien dan apabila perawat tidak memperoleh orientasi cukup atau saat keadaan darurat.
 - 3) Elemen Penilaian SKP.3
 - a) Ada regulasi tentang penyediaan, penyimpanan, penataan, penyiapan dan penggunaan obat yang perlu diwaspadai (R)
 - b) Rumah sakit mengimplementasikan regulasi yang telah dibuat (D,W)
 - c) Di rumah sakit tersedia daftar semua obat yang perlu diwaspadai yang disusun berdasar atas data spesifik sesuai dengan regulasi (D,O,W)
 - d) Tempat penyimpanan, pelabelan dan penyimpanan obat yang perlu diwaspadai termasuk obat NORUM (nama obat rupa ucapan mirip) diatur ditempat aman (D,O,W)
- d. Sasaran 4: Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar (SKP.4)
 - 1) Sasaran SKP.4

Rumah sakit memastikan Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur dan Tepat-Pasien sebelum menjalani tindakan dan atau prosedur.
 - 2) Maksud dan Tujuan SKP.4

Salah-Lokasi, Salah-Prosedur dan Salah-Pasien yang menjalani tindakan serta prosedur merupakan kejadian sangat mengkhawatirkan dan dapat terjadi. Rumah sakit harus menentukan area-area di dalam rumah sakit yang

melakukan tindakan bedah dan prosedur invasif. Rumah sakit diminta untuk menetapkan prosedur yang seragam yaitu:

- a) Beri tanda ditempat operasi
- b) Dilakukan verifikasi praoperasi seperti memastikan dokumen, hasil pemeriksaan yang relevan dan memberi tanda di lokasi operasi.
- c) Melakukan proses *Time-Out* (melakukan konfirmasi tim operasi yang benar, pada pasien yang benar dan pemberian antibiotik *profilaksis* yang benar 60 menit sebelum operasi dilakukan) sebelum insisi kulit dimulai.

3) Elemen Penilaian SKP.4

- a) Ada regulasi untuk melaksanakan penandaan lokasi operasi atau tindakan invasif (*site marking*) (R)
- b) Ada bukti rumah sakit menggunakan satu tanda di tempat sayatan operasi pertama atau tindakan invasif yang segera dapat dikenali dengan cepat sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan rumah sakit (D,O)
- c) Ada bukti bahwa penandaan lokasi operasi atau tindakan invasif (*site marking*) dilakukan oleh staf medis yang melakukan prosedur dengan melibatkan pasien (D,O,W)

e. Sasaran 5: Mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan (SKP.5)

1) Standar SKP.5

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menggunakan dan melaksanakan *evidence-based hand hygiene guidelines* untuk menurunkan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.

2) Maksud dan Tujuan SKP.5

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan sebuah tantangan di lingkungan fasilitas kesehatan. Kenaikan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan menjadi keprihatinan. Upaya terpenting menghilangkan masalah infeksi adalah dengan menjaga kebersihan tangan melalui cuci tangan. Rumah sakit mengadopsi pedoman kebersihan tangan (*hand hygiene*) dari WHO untuk dipublikasikan. Staf diberikan pelatihan cara mencuci tangan dengan benar dan prosedur menggunakan sabun, disinfektan serta handuk sekali pakai (*towel*), tersedia di lokasi sesuai dengan pedoman. (lihat PPI.9)

- 3) Elemen Penilaian SKP.5
 - a) Ada regulasi tentang pedoman kebersihan tangan yang mengacu pada standar WHO terkini (lihat juga PPI.9 EP2, EP6) (R)
 - b) Rumah sakit melaksanakan program kebersihan tangan di seluruh rumah sakit sesuai dengan regulasi (D,W)
 - c) Staf rumah sakit dapat melakukan cuci tangan sesuai prosedur (lihat juga PPI.9 EP6) (W,O,S)
 - d) Ada bukti staf melaksanakan prosedur cuci tangan (W,O,S)
 - e) Prosedur disinfeksi di rumah sakit dilakukan sesuai dengan regulasi (lihat juga PPI.9 EP2, EP5) (W,O,S)
 - f) Ada bukti rumah sakit melaksanakan evaluasi terhadap upaya menurunkan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan (D,W)
- f. Sasaran 6: Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh (SKP.6)
 - 1) Standar SKP.6

Rumah sakit melaksanakan upaya mengurangi risiko cedera akibat pasien jatuh.
 - 2) Maksud dan Tujuan SKP.6

Rumah sakit melakukan evaluasi tentang pasien jatuh dan melakukan upaya mengurangi risiko pasien jatuh. Rumah sakit membuat program untuk mengurangi pasien jatuh yang meliputi manajemen risiko dan asesmen ulang secara berkala di populasi pasien dan atau lingkungan tempat pelayanan dan asuhan diberikan program ini mencakup monitoring terhadap kesengajaan atau ketidaksengajaan dari kejadian jatuh.
 - 3) Elemen Penilaian SKP.6
 - a) Ada regulasi yang mengatur tentang mencegah pasien cedera karena jatuh (R)
 - b) Rumah sakit melaksanakan suatu proses asesmen terhadap semua pasien rawat inap dan rawat jalan dengan kondisi, diagnosis dan lokasi terindikasi berisiko tinggi jatuh sesuai dengan regulasi (D,O,W)

- c) Rumah sakit melaksanakan proses asesmen awal, asesmen lanjutan, asesmen ulan dari pasien rawat inap yang berdasar atas catatan teridentifikasi risiko jatuh (lihat juga AP.2 EP1) (D,O,W)
- d) Langkah-langkah diadakan untuk mengurangi risiko jatuh bagi pasien dari situasi dan lokasi yang menyebabkan pasien jatuh (D,O,W)

2.3.2 Hak Pasien dan Keluarga (HPK)

Pasien dan keluarganya adalah pribadi yang unik dengan sifat, sikap, perilaku yang berbeda-beda, kebutuhan pribadi, agama, keyakinan dan nilai-nilai pribadi. Rumah sakit membangun kepercayaan dan komunikasi terbuka dengan pasien untuk memahami dan melindungi nilai budaya, psikososial serta nilai spiritual setiap pasien. Hasil pelayanan pada pasien akan meningkat bila pasien dan keluarga yang tepat atau mereka yang berhak mengambil keputusan diikutsertakan dalam pengambilan keputusan pelayanan dan proses yang sesuai dengan harapan, nilai serta budaya.

a. HPK.1

1) Standar HPK.1

Ada regulasi bahwa rumah sakit bertanggung jawab dan mendukung hak pasien dan keluarga selama dalam asuhan.

2) Maksud dan Tujuan HPK.1

Rumah sakit menghormati hak dan kewajiban pasien, serta dalam banyak hal menghormati keluarga pasien, terutama hak untuk menentukan informasi apa saja yang dapat disampaikan kepada keluarga atau pihak lain terkait asuhan pasien.

3) Elemen Penilaian HPK.1

- a) Ada regulasi tentang hak dan kewajiban pasien dan keluarga (lihat juga TKRS.12) (R)
- b) Pimpinan rumah sakit memahami hak serta kewajiban pasien dan keluarga sebagaimana ditetapkan dalam peraturan perundang-undangan (W)
- c) Rumah sakit menghormati hak serta kewajiban pasien dan dalam kondisi tertentu terhadap keluarga pasien bahwa pasien memiliki hak untuk

menentukan informasi apa saja yang dapat disampaikan pada keluarga dan pihak lain (D,W)

- d) Semua staf memperoleh edukasi dan memahami tentang hak serta kewajiban pasien dan keluarga, juga dapat menjelaskan tanggung jawabnya melindungi hak pasien (D,W)

b. HPK.2

1) Standar HPK.2

Rumah sakit menetapkan regulasi dan proses untuk mendukung partisipasi pasien dan keluarga di dalam proses asuhan.

2) Maksud dan Tujuan HPK.2

Partisipasi pasien dan keluarga dalam proses asuhan melalui pengambilan keputusan tentang asuhan, bertanya soal asuhan, minta pendapat orang lain (*second opinion*) dan menolak prosedur diagnostic atau tindakan. Rumah sakit menetapkan regulasi untuk mengatur hak pasien untuk mencari *second opinion* tanpa rasa khawatir mempengaruhi proses asuhannya.

3) Elemen Penilaian HPK.2

- a) Ada regulasi tentang rumah sakit mendorong partisipasi pasien dan keluarga dalam proses asuhan dan memberi kesempatan pasien untuk melaksanakan *second opinion* tanpa rasa khawatir akan mempengaruhi proses asuhannya (lihat juga AP.1 EP4 dan MKE.9 EP5) (R)
- b) Staf dilatih dan terlatih melaksanakan regulasi serta perannya dalam mendukung hak pasien dan keluarga untuk berpartisipasi dalam proses pelayanannya (D,W,S)

c. HPK.3

1) Standar HPK.3

Rumah sakit memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarganya tentang proses untuk menerima, menanggapi dan menindaklanjuti bila ada pasien menyampaikan keluhan, konflik serta perbedaan pendapat tentang pelayanan pasien.

2) Maksud dan Tujuan HPK.3

Pasien mempunyai hak untuk menyampaikan keluhan tentang pelayanan yang mereka terima. Keluhan tersebut dicatat, ditelaah, ditindaklanjuti dan dicari penyelesaiannya bila memungkinkan.

3) Elemen Penilaian HPK.3

- a) Ada regulasi yang mendukung konsistensi pelayanan dalam menghadapi keluhan, konflik atau beda pendapat (R)
- b) Pasien diberitahu tentang proses menyampaikan keluhan, konflik atau perbedaan pendapat (D,W)
- c) Keluhan, konflik dan perbedaan pendapat ditelaah serta ditindaklanjuti oleh rumah sakit serta didokumentasikan (D,W)
- d) Pasien dan atau keluarga pasien ikut serta dalam proses penyelesaian (D,W)

d. HPK.4

1) Standar HPK.4

Semua pasien diberitahu tentang hak serta kewajiban dengan metode dan Bahasa yang mudah dimengerti.

2) Maksud dan Tujuan HPK.4

Proses penerimaan pasien rawat inap dan pendaftaran pasien rawat jalan rumah sakit dapat membingungkan atau menakutkan bagi pasien. Keadaan ini menjadikan pasien atau keluarga sulit bersikap sesuai dengan hak dan kewajibannya. Rumah sakit menyiapkan keterangan tertulis tentang hak dan kewajiban pasien yang diberikan pada saat mereka diterima sebagai pasien rawat inap atau mendaftar sebagai pasien rawat jalan. Keterangan tertulis dipasang atau disimpan di fasilitas yang mudah dilihat oleh publik.

3) Elemen Penilaian HPK.4

- a) Ada regulasi bahwa setiap pasien serta keluarga mendapatkan informasi tentang hak dan kewajiban pasien (R)
- b) Ada bukti bahwa informasi tentang hak serta kewajiban pasien diberikan tertulis kepada pasien, terpampang atau tersedia sepanjang waktu (D,O,W)

- c) Rumah sakit menetapkan proses pemberian informasi hak dan kewajiban pasien jika komunikasi tidak efektif atau tidak tepat (W,S)
- e. Persetujuan Umum (HPK.5)
 - 1) Standar HPK.5

Pada saat pasien diterima waktu mendaftar rawat jalan dan setiap rawat inap, diminta menandatangani persetujuan umum (*general consent*). Persetujuan umum cakupan dan batasannya.
 - 2) Maksud dan Tujuan HPK.5

Rumah sakit wajib meminta persetujuan umum (*general consent*) kepada pasien atau keluarganya berisi persetujuan terhadap tindakan berisiko rendah, prosedur diagnostic, pengobatan medis lainnya, batas-batas yang telah ditetapkan dan persetujuan lainnya.

Pasien juga diberi informasi tentang tindakan dan prosedur, serta pengobatan yang berisiko tinggi yang memerlukan persetujuan khusus (*informed consent*) secara terpisah.
 - 3) Elemen Penilaian HPK.5
 - a) Ada regulasi tentang persetujuan umum dan pendokumentasiannya dalam rekam medis pasien diluar tindakan yang membutuhkan persetujuan khusus (*informed consent*) tersendiri (R)
 - b) Persetujuan umum diminta saat pertama kali pasien masuk rawat jalan atau setiap masuk rawat inap (D,W)
 - c) Pasien dan atau keluarga diminta untuk membaca, lalu menandatangani persetujuan umum (D,W)
- f. Penelitian, Donasi dan Transplantasi Organ (HPK.6)
 - 1) Standar HPK.6

Pimpinan rumah sakit bertanggung jawab untuk melindungi manusia/pasien sebagai subjek penelitian.
 - 2) Maksud dan Tujuan HPK.6

Penelitian dengan subjek manusia/pasien merupakan suatu upaya yang kompleks dan bermakna penting bagi sebuah rumah sakit. Pimpinan rumah sakit mengetahui tingkat komitmen yang dibutuhkan dan keterlibatan

personal yang diperlukan untuk menjawab pertanyaan ilmiah dan melindungi manusia/pasien karena komitmen terhadap pasien tersebut adalah mendiagnosis dan mengobatinya.

3) Elemen Penilaian HPK.6

- a) Ada regulasi yang menetapkan pimpinan rumah sakit bertanggung jawab atas perlindungan terhadap pasien yang menjadi subjek peserta penelitian, mempromosikan kode etik dan perilaku profesional, serta mendukung kepatuhan terhadap kode etik profesi dan perilaku profesional termasuk dalam penelitian serta menyediakan sumber daya yang layak agar program penelitian berjalan dengan efektif (R)
- b) Pimpinan rumah sakit secara lisan dan tertulis mengomunikasikan ke seluruh staf rumah sakit mengenai komitmen mereka untuk melindungi manusia/pasien sebagai subjek peserta penelitian dan mendukung perilaku yang sesuai dengan kode etik profesi/penelitian (lihat TKRS.12) (D,O,W)
- c) Pimpinan rumah sakit menentukan komite yang bertanggung jawab atas kesinambungan perkembangan dan kepatuhan terhadap semua peraturan perundang-undangan serta regulasi rumah sakit tentang penelitian yang menggunakan manusia sebagai subjek (D,W)

g. HPK.7

1) Standar HPK.7

Rumah sakit mempunyai suatu komite etik penelitian untuk melakukan pengawasan atas semua penelitian di rumah sakit tersebut yang melibatkan manusia/pasien sebagai subjeknya.

2) Maksud dan Tujuan HPK.7

Bila rumah sakit melakukan penelitian/uji klinis (*clinical trial*) yang melibatkan manusia/pasien sebagai subjeknya, perlu ditetapkan sebuah komite yang melakukan pengawasan atas seluruh kegiatan tersebut. Rumah sakit membuat pernyataan tentang maksud pengawasan kegiatan tersebut.

3) Elemen Penilaian HPK.7

- a) Ada komite atau mekanisme lain yang ditetapkan oleh rumah sakit yang melibatkan perwakilan masyarakat untuk mengawasi seluruh kegiatan

penelitian di rumah sakit, termasuk pernyataan yang jelas mengenai maksud dari pengawasan kegiatan (R)

- b) Kegiatan pengawasan tersebut mencakup penelaahan prosedur (D,W)
- c) Kegiatan pengawasan tersebut mencakup prosedur untuk menimbang risiko dan manfaat yang relatif bagi subjek (D,W)
- d) Kegiatan pengawasan tersebut mencakup prosedur menjaga kerahasiaan dan keamanan informasi penelitian (D,W)
- e) Kegiatan meliputi pengawasan saat pelaksanaan penelitian (D,W)

h. Donasi Organ (HPK.8)

Catatan: standar berikut dimaksudkan untuk digunakan bila transplantasi organ atau jaringan tidak dilakukan, namun saat pasien meminta informasi mengenai donasi organ atau jaringan.

1) Standar HPK.8

Rumah sakit memberi informasi pada pasien serta keluarga tentang bagaimana memilih untuk mendonorkan organ dan jaringan lainnya.

2) Maksud dan Tujuan HPK.8

Kelangkaan organ tubuh yang tersedia untuk transplantasi mendorong banyak negara menetapkan sistem dan prosedur untuk meningkatkan persediaan. Persetujuan secara tegas diperlukan untuk donasi organ. Rumah sakit bertanggung jawab untuk menentukan proses mendapatkan dan mencatat persetujuan donasi sel, jaringan, organ terkait standar etika internasional dan cara pengelolaan penyediaan organ.

Rumah sakit bertanggung jawab untuk memastikan tersedia pengawasan untuk mencegah pasien merasa dipaksa memberikan donasi. Rumah sakit mendukung pilihan pasien serta keluarga melakukan donasi organ dan jaringan lain untuk riset dan atau transplantasi.

3) Elemen Penilaian HPK.8

- a) Ada regulasi yang mendukung pasien serta keluarga untuk memberikan donasi organ atau jaringan lain sesuai dengan peraturan perundang-undangan (R)

- b) Rumah sakit memberi informasi kepada pasien dan keluarga tentang proses donasi sesuai dengan regulasi (D,W)
- c) Rumah sakit memberi informasi kepada pasien dan keluarga tentang organisasi penyediaan orgas sesuai dengan regulasi (D,W)
- d) Rumah sakit memastikan terselenggaranya pengawasan yang cukup untuk mencegah pasien merasa dipaksa untuk donasi sesuai dengan regulasi (D,W)

2.3.3 Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Tujuan pengorganisasian program PPI adalah mengidentifikasi dan menurunkan risiko infeksi yang didapat serta ditularkan di antara pasien, staf, tenaga profesional kesehatan, tenaga kontrak, tenaga sukarela, mahasiswa dan pengunjung. Risiko infeksi dan kegiatan program dapat berbeda dari satu rumah sakit ke rumah sakit lainnya bergantung pada kegiatan klinis dan pelayanan rumah sakit, populasi pasien yang dilayani, lokasi geografi, jumlah pasien, serta jumlah pegawai. Program PPI akan efektif apabila mempunyai pimpinan yang ditetapkan, pelatihan dan pendidikan staf yang baik, metode untuk mengidentifikasi serta proaktif pada tempat berisiko infeksi, kebijakan dan prosedur yang memadai, juga melakukan koordinasi ke seluruh rumah sakit.

a. Kepemimpinan dan Tata Kelola (PPI.1)

1) Standar PPI.1

Ditetapkan organisasi untuk melakukan koordinasi semua kegiatan PPI yang melibatkan pemimpin rumah sakit, staf klinis dan nonklinis sesuai dengan ukuran, serta kompleksitas rumah sakit dan peraturan perundang-undangan.

2) Maksud dan Tujuan PPI.1

Sesuai dengan peraturan perundang-undangan, pimpinan rumah sakit membentuk organisasi pengelola kegiatan PPI di rumah sakit dan menetapkan tanggung jawab dan tugas meliputi: menetapkan definisi infeksi terkait layanan kesehatan, metode pengumpulan data (surveilans), membuat strategi atau program menangani risiko PPI, proses pelaporan.

3) Elemen Penilaian PPI.1

- a) Ada penetapan organisasi pencegahan pengendalian infeksi bergantung pada ukuran serta kompleksitas rumah sakit dan sesuai dengan peraturan perundang-undangan (R)
- b) Ada bukti kegiatan pelaksanaan koordinasi ketua organisasi dengan IPCN (*Infection Prevention and Control Nurse*) yang sesuai dengan ukuran dan kompleksitas pelayanan rumah sakit (D,W)

b. PPI.2

1) Standar PPI.2

Ditetapkan perawat PPI/PCN yang memiliki kompetensi untuk mengawasi serta supervisi semua kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi.

2) Maksud dan Tujuan PPI.2

Rumah sakit menetapkan satu orang atau lebih perawat PPI/PCN adalah staf perawat yang bekerja penuh waktu sesuai dengan ketentuan. Kualifikasi perawat tersebut mempunyai Pendidikan minimal D-3 keperawatan dan sudah mengikuti pelatihan untuk perawat PPI. Tujuan program pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) adalah untuk mengidentifikasi dan menurunkan risiko terkena penularan infeksi di antara pasien, staf klinis dan nonklinis, pekerja kontrak, petugas sukarela, mahasiswa dan pengunjung.

3) Elemen Penilaian PPI.2

- a) Rumah sakit menetapkan perawat PPI dengan jumlah dan kualifikasi sesuai regulasi (R)
- b) Ada bukti perawat PPI melaksanakan pengawasan serta supervisi semua kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi (D,W)
- c) Ada bukti terlaksana pelaporan perawat PPI kepada ketua organisasi PPI (D,W)

c. Sumber Daya (PPI.3)

1) Standar PPI.3

Rumah sakit mempunyai perawat penghubung PPI/PCLN (*Infection Prevention and Control Link Nurse*) yang jumlah dan kualifikasinya sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

2) Maksud dan Tujuan PPI.3

Dalam melaksanakan program PPI dibutuhkan tenaga agar sasaran program dapat tercapai. Dalam bekerja perawat PPI dapat dibantu beberapa perawat penghubung dari tiap unit, terutama yang berisiko terjadi infeksi. Perawat penghubung PPI/IPCLN sebagai perawat pelaksana harian bertugas:

- a) Mencatat data surveilans dari setiap pasien di unit rawat inap masing-masing.
- b) Memberikan motivasi dan mengingatkan pelaksanaan kepatuhan PPI pada setiap personil ruangan di unitnya masing-masing.
- c) Memonitor kepatuhan petugas kesehatan yang lain dalam penerapan kewaspadaan isolasi.
- d) Memberitahukan kepada IPCN apabila ada kecurigaan HAIs pada pasien.
- e) Bila terdapat infeksi potensial KLB melakukan penyuluhan bagi pengunjung dan konsultasi prosedur PPI, serta berkoordinasi dengan IPCN.
- f) Memantau pelaksanaan penyuluhan bagi pasien, keluarga dan pengunjung, serta konsultasi prosedur yang harus dilaksanakan.

3) Elemen Penilaian PPI.3

- a) Rumah sakit menetapkan perawat penghubung PPI dengan jumlah dan kualifikasi (R)
- b) Ada bukti pelaksanaan tugas perawat penghubung PPI sesuai dengan 1 sampai dengan 6 pada maksud dan tujuan (D,W)

d. PPI.4

1) Standar PPI.4

Pimpinan rumah sakit menyediakan sumber daya untuk mendukung pelaksanaan program PPI.

2) Maksud dan Tujuan PPI.4

Untuk melaksanakan program PPI diperlukan sumber daya yang memadai meliputi tenaga, anggaran, fasilitas, dan sumber informasi/referensi yang diperlukan. Untuk menerapkan program PPI diperlukan anggaran, karena itu rumah sakit perlu menyediakan anggaran meliputi anggaran pengadaan

disinfektan (misalnya *handrub*) dan anggaran pelatihan PPI (dasar maupun lanjutan) yang dilaksanakan internal maupun di luar rumah sakit. Selain itu, anggaran juga diperlukan untuk pemeriksaan kultur, pengadaan alat pelindung diri dan kebutuhan lainnya. Rumah sakit menjamin tersedia anggaran yang cukup untuk melaksanakan program PPI dengan efektif.

3) Elemen Penilaian PPI.4

- a) Tersedia anggaran yang cukup untuk menunjang pelaksanaan program PPI (R)
- b) Tersedia fasilitas yang cukup untuk menunjang pelaksanaan program PPI (O,W)
- c) Rumah sakit mempunyai sistem informasi untuk mendukung program PPI, khususnya terkait dengan data dan analisis angka infeksi (D,O,W)
- d) Rumah sakit menyediakan sumber informasi dan referensi terkini yang dapat diperoleh dari 1 sampai dengan 6 pada maksud dan tujuan (D,O,W)

e. Tujuan Program PPI (PPI.5)

1) Standar PPI.5

Rumah sakit mempunyai program PPI dan kesehatan kerja secara menyeluruh untuk mengurangi risiko tertular infeksi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan pada pasien, staf klinis dan nonklinis.

2) Maksud dan Tujuan PPI.5

Program PPI efektif jika program dilaksanakan secara komprehensif meliputi seluruh unit maupun individu yang berada di rumah sakit. Program PPI juga mencakup upaya kesehatan kerja, melakukan identifikasi dan menangani masalah-masalah infeksi yang sangat penting bagi rumah sakit dari segi epidemiologik. Program PPI meliputi:

- a) Kebersihan tangan
- b) Surveilans risiko infeksi
- c) Investigasi wabah (outbreak) penyakit infeksi
- d) Meningkatkan pengawasan terhadap penggunaan antimikroba
- e) Asesmen berkala terhadap risiko
- f) Menetapkan sasaran penurunan risiko

g) Mengukur dan me-*review* risiko infeksi

3) Elemen Penilaian PPI.5

- a) Ada program PPI dan kesehatan kerja yang komprehensif di seluruh rumah sakit untuk menurunkan risiko infeksi terkait dengan pelayanan kesehatan pada pasien yang mengacu dan sesuai dengan ilmu pengetahuan terkini, pedoman praktik terkini, standar kesehatan lingkungan terkini dan peraturan perundang-undangan (R)
- b) Ada bukti pelaksanaan program PPI untuk menurunkan risiko tertular infeksi pada pasien (D,O,W,S)
- c) Ada bukti pelaksanaan program PPI untuk menurunkan risiko tertular infeksi pada staf klinis dan nonklinis (kesehatan kerja) (D,O,W,S)
- d) Ada bukti pelaksanaan program PPI yang meliputi butir 1 sampai dengan 7 pada maksud dan tujuan (D,W)

f. PPI.6

1) Standar PPI.6

Program surveilans rumah sakit menggunakan pendekatan berdasar atas risiko dalam menetapkan fokus program terkait dengan pelayanan kesehatan.

2) Maksud dan Tujuan PPI.6

Rumah sakit harus melakukan surveilans infeksi berdasar atas data epidemiologis yang penting dan berfokus pada daerah infeksi, penggunaan peralatan, prosedur serta praktik untuk mencegah dan menurunkan angka infeksi. Rumah sakit mengumpulkan dan mengevaluasi data mengenai infeksi serta lokasinya yang relevan sebagai berikut:

- a) Saluran pernapasan seperti prosedur dan tindakan terkait intubasi, bantuan ventilasi mekanik, trakeostomi, dan lain-lain.
- b) Saluran kencing seperti pada kateter, pembilasan urine, dan lain-lain.
- c) Alat invasif intravaskular, saluran vena verifer, saluran vena sentral, dan lain-lain.
- d) Lokasi operasi, perawatan, pembalutan luka, prosedur aseptik, dan lain-lain.

e) Penyakit dan organisme yang penting dari sudut epidemiologi seperti *multidrug resistant organism* dan infeksi yang virulen.

f) Timbul infeksi baru atau timbul kembali infeksi di masyarakat.

PPI dirancang untuk menurunkan risiko terkena infeksi pada pasien, staf dan lainnya. Untuk mencapai sasaran ini rumah sakit harus proaktif menelusuri risiko serta tingkatan dan kecenderungan infeksi terkait dengan layanan kesehatan. (lihat juga TKRS.5 dan PMKP.4)

3) Elemen Penilaian PPI.6

a) Rumah sakit menetapkan reegulasi tentang pelaksanaan surveilans meliputi butir 1 sampai 6 pada maksud dan tujuan (R)

b) Ada bukti pelaksanaan pengumpulan data dari butir 1 sampai dengan 6, analisis dan interpretasi data serta membuat prioritas untuk menurunkan tingkat infeksi (D,W)

c) Ada bukti pelaksanaan strategi pengendalian infeksi berdasar atas prioritas untuk menurunkan tingkat infeksi (D,W)

d) Ada bukti rumah sakit membandingkan angka kejadian infeksi rumah sakit dengan angka kkejadian infeksi rumah sakit lain (D,W)

g. Peralatan Medis dan Alat Kesehatan Habis Pakai (PPI.7)

1) Standar PPI.7

Rumah sakit melaksanakan identifikasi prosedur dan proses asuhan invasif yang berisiko infeksi serta menerapkan strategi untuk menurunkan risiko infeksi.

2) Maksud dan Tujuan PPI.7

Rumah sakit melakukan asesmen dan memberi asuhan kepada pasien dengan menggunakan banyak proses sederhana maupun kompleks masing-masing dengan tingkatan risiko infeksi terhadap pasien dan staf, misalnya pencampuran obat suntik, pemberian suntikan, terapi cairan, pungsi lumbal, dan sebagainya. Rumah sakit juga melakukan asesmen risiko terhadap kegiatan penunjang di rumah sakit yang harus mengikuti prinsip-prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi serta melaksanakan strategi untuk menurunkan risiko infeksi, namun tidak terbatas pada:

- a) Sterilisasi alat
 - b) Pengelolaan linen
 - c) Pengelolaan sampah
 - d) Penyediaan makanan
 - e) Kamar jenazah
- 3) Elemen Penilaian PPI.7
- a) Rumah sakit menetapkan risiko infeksi pada prosedur dan proses asuhan invasif yang berisiko infeksi serta strategi untuk menurunkan risiko infeksi (R)
 - b) Ada bukti identifikasi prosedur dan proses asuhan invasif serta strategi untuk menurunkan risiko infeksi (D,W)
 - c) Rumah sakit melaksanakan strategi untuk menurunkan risiko infeksi pada prosedur dan proses asuhan invasif yang berisiko infeksi (D,O,W,S)
 - d) Rumah sakit telah melaksanakan kegiatan pelatihan untuk menurunkan risiko infeksi di dalam proses-proses kegiatan tersebut (D,W)
- h. Transmisi Infeksi (PPI.8)
- 1) Standar PPI.8
Rumah sakit menyediakan alat pelindung diri untuk kewaspadaan (*barrier precautions*) dan prosedur isolasi yang melindungi pasien, pengunjung dan staf dari penyakit menular serta melindungi pasien yang mengalami imunitas rendah (*immunocompromised*) dari infeksi yang rentan mereka alami.
 - 2) Maksud dan Tujuan PPI.8
Rumah sakit menetapkan regulasi isolasi dan pemberian penghalang pengaman serta menyediakan fasilitasnya. Regulasi ditetapkan berdasar atas bagaimana penyakit menular dan cara menangani pasien infeksius atau pasien *immuno-suppressed*. Regulasi isolasi juga memberikan perlindungan kepada staf dan pengunjung serta lingkungan pasien. (lihat juga PP.3)
 - 3) Elemen Penilaian PPI.8
 - a) Rumah sakit menetapkan regulasi penempatan pasien dengan penyakit menular dan pasien yang mengalami imunitas rendah (*immunocompromised*) (R)

- b) Rumah sakit menyediakan ruangan untuk pasien yang mengalami imunitas rendah sesuai dengan peraturan perundang-undangan (O,W)

i. PPI.9

1) Standar PPI.9

Kebersihan tangan menggunakan sabun dan disinfektan adalah sarana efektif untuk mencegah dan mengendalikan infeksi.

2) Maksud dan Tujuan PPI.9

Kebersihan tangan, menggunakan alat pelindung diri, serta disinfektan adalah sarana efektif untuk mencegah dan mengendalikan infeksi. Rumah sakit menetapkan ketentuan tentang di mana alat pelindung diri harus tersedia dan dilakukan pelatihan cara memakainya. Sabun, disinfektan, handuk/tisu, serta alat lainnya untuk mengeringkan ditempatkan di lokasi tempat cuci tangan dan prosedur disinfeksi tangan dilakukan.

3) Elemen Penilaian PPI.9

- a) Rumah sakit menetapkan regulasi *hand hygiene* yang mencakup kapan, di mana dan bagaimana melakukan cuci tangan mempergunakan sabun (*hand wash*) dan atau dengan disinfektan (*hand rubs*) serta ketersediaan fasilitas (*hand hygiene*) (R)
- b) Sabun, disinfektan, handuk/tisu sekali pakai tersedia di tempat cuci tangan dan tempat melakukan disinfeksi tangan (O)
- c) *Hand hygiene* sudah dilaksanakan dengan baik (S,O)
- d) Ada bukti pelaksanaan pelatihan *hand hygiene* kepada semua pegawai termasuk tenaga kontrak (D,W)

j. Peningkatan Mutu dan Program Edukasi (PPI.10)

1) Standar PPI.10

Kegiatan PPI diintegrasikan dengan program PMKP (Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien) dengan menggunakan indikator yang secara epidemiologik penting bagi rumah sakit.

2) Maksud dan Tujuan PPI.10

Rumah sakit menggunakan indikator sebagai informasi untuk memperbaiki kegiatan PPI dan mengurangi tingkat infeksi yang terkait layanan kesehatan

sampai tingkat serendah-rendahnya. Rumah sakit dapat menggunakan indikator dan informasi dan membandingkan dengan tingkat dan kecenderungan di rumah sakit lain. Semua departemen diharuskan ikut serta menentukan prioritas yang diukur di tingkat rumah sakit dan tingkat departemen/unit layanan program PPI.

3) Elemen Penilaian PPI.10

- a) Ada regulasi manajemen data terintegrasi antara data surveilans dan data indikator mutu (R)
- b) Ada bukti pertemuan berkala antara Komite PMKP serta Organisasi PPI untuk membahas hasil surveilans dan merancang ulang untuk perbaikan (D,W)
- c) Ada bukti data dikumpulkan dan dianalisis untuk mendukung kegiatan PPI termasuk data infeksi berdasar atas apidemiologi penting dimonitor dan didokumentasikan (lihat juga PPI.6 EP2 dan EP3) (D,W)
- d) Ada bukti penyampaian hasil analisis data dan rekomendasi kepada Komite PMKP setiap tiga bulan (D,W)

k. PPI.11

1) Standar PPI.11

Rumah sakit melakukan edukasi tentang PPI kepada staf klinis dan nonklinis, pasien, keluarga pasien, serta petugas lainnya yang terlibat dalam pelayanan pasien.

2) Maksud dan Tujuan PPI.11

Agar program PPI efektif harus dilakukan edukasi kepada staf klinis dan nonklinis, pasien dan keluarga pasien, serta pengunjung dan diulang secara teratur. Pelatihan diberikan sebagai bagian dari orientasi kepada semua staf baru dan dilakukan pelatihan kembali secara berkala, atau paling sedikit jika ada perubahan kebijakan, prosedur dan praktik yang menjadi panduan program PPI. Berdasar atas hal tersebut maka rumah sakit menetapkan Program Pelatihan PPI yang meliputi pelatihan untuk:

- a) Orientasi pegawai baru baik staf klinis maupun nonklinis di tingkat rumah sakit maupun di unit pelayanan.

- b) Staf klinis (profesional pemberi asuhan) secara berkala.
- c) Staf nonklinis.
- d) Pasien dan keluarga.
- e) Pengunjung.

3) Elemen Penilaian PPI.11

- a) Rumah sakit menetapkan regulasi program pelatihan dan edukasi tentang PPI yang meliputi butir 1 sampai dengan 5 yang ada pada maksud dan tujuan (R)
- b) Ada bukti pelaksanaan pelatihan untuk semua staf klinis dan nonklinis sebagai bagian dari orientasi pegawai baru tentang regulasi dan praktik program PPI (lihat KKS.7 dan TKRS.5) (D,W)
- c) Ada bukti pelaksanaan edukasi secara berkala bila ada perubahan kebijakan, prosedur serta praktik program PPI dan bila ada kecenderungan khusus (*new/re-emerging disease*) data infeksi untuk staf klinis dan nonklinis (D,W)
- d) Ada bukti pelaksanaan edukasi untuk pasien, keluarga dan pengunjung tentang program PPI (D,W)
- e) Ada bukti pelaksanaan penyampaian temuan dan data berasal dari kegiatan pengukuran mutu (*measurement*) ke seluruh unit di rumah sakit sebagai bagian dari edukasi berkala rumah sakit (D)

2.3.4 Kualifikasi dan Kewenangan Staf (KKS)

a. Perencanaan (KKS.1)

1) Standar KKS.1

Pimpinan rumah sakit menetapkan perencanaan kebutuhan staf rumah sakit.

2) Maksud dan Tujuan KKS.1

Pimpinan unit layanan menetapkan persyaratan pendidikan, kompetensi, kewenangan, keterampilan, pengetahuan, dan pengalaman staf untuk memenuhi kebutuhan memberikan asuhan kepada pasien. Rumah sakit memenuhi ketentuan peraturan perundang-undangan tentang syarat tingkat pendidikan, kompetensi, kewenangan, keterampilan, pengetahuan, dan

pengalaman untuk setiap anggota staf, serta ketentuan yang mengatur jumlah staf yang dibutuhkan di setiap unit layanan. (lihat PMKP.1, TKP.8)

3) Elemen Penilaian KKS.1

- a) Ada penetapan perencanaan kebutuhan staf rumah sakit yang berdasar atas perencanaan strategis dan perencanaan tahunan sesuai dengan kebutuhan rumah sakit (R)
- b) Ada kejelasan hubungan antara perencanaan strategis, perencanaan tahunan dan perencanaan kebutuhan staf (D,W)
- c) Ada bukti perencanaan kebutuhan staf berdasar atas kebutuhan tiap-tiap unit kerja khususnya unit kerja pelayanan (D,W)

b. KKS.2

1) Standar KKS.2

Perencanaan kebutuhan staf rumah sakit terus menerus dimutakhirkan oleh pimpinan rumah sakit dengan menetapkan jumlah, jenis dan kualifikasi yang meliputi pendidikan, kompetensi, pelatihan dan pengalaman yang dibutuhkan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

2) Maksud dan Tujuan KKS.2

Perencanaan kebutuhan yang tepat dengan jumlah yang mencukupi adalah hal yang sangat penting bagi asuhan pasien termasuk keterlibatan rumah sakit dalam semua kegiatan pendidikan dan riset. Penempatan (*placement*) atau penempatan kembali (*replacement*) harus memperhatikan faktor kompetensi.

3) Elemen Penilaian KKS.2

- a) Ada kebijakan dan prosedur yang ditetapkan rumah sakit tentang pola ketenagaan dan kebutuhan jumlah staf sesuai dengan yang dijadikan dasar untuk menyusun perencanaan staf. Panduan mengatur penempatan dan penempatan kembali staf (R)
- b) Ada pelaksanaan pola ketenagaan secara kolaborasi dengan perencanaan staf yang meliputi jumlah, jenis dan kualifikasi (D,W)
- c) Ada pelaksanaan pengaturan penempatan dan penempatan kembalistaf sesuai dengan panduan (D,W)

c. KKS.3

1) Standar KKS.3

Rumah sakit menetapkan dan melaksanakan proses rekrutmen, evaluasi, penempatan staf dan prosedur lainnya.

2) Maksud dan Tujuan KKS.3

Rumah sakit menetapkan proses rekrutmen yang terpusat, efisien dan terkoordinasi agar terlaksana proses yang seragam di seluruh rumah sakit. Kebutuhan rekrutmen berdasar atas rekomendasi jumlah dan kualifikasi staf yang dibutuhkan untuk memberikan layanan klinis kepada pasien dari pimpinan unit kerja.

3) Elemen Penilaian KKS.3

- a) Ada regulasi proses rekrutmen staf (R)
- b) Proses rekrutmen dilaksanakan sesuai dengan regulasi (D,W)
- c) Proses rekrutmen dilaksanakan seragam (D,W)

d. KKS.4

1) Standar KKS.4

Rumah sakit menetapkan proses seleksi untuk menjamin bahwa pengetahuan dan ketrampilan staf klinis sesuai kebutuhan pasien.

2) Maksud dan Tujuan KKS.4

Anggota staf klinis yang kompeten direkrut melalui proses yang seragam dengan proses rekrutmen staf lainnya. Proses ini menjamin bahwa pendidikan, kompetensi, kewenangan, keterampilan, pengetahuan dan pengalaman staf klinis pada awalnya dan seterusnya dapat memenuhi kebutuhan pasien.

3) Elemen Penilaian KKS.4

- a) Ada regulasi yang menetapkan proses seleksi untuk memastikan pengetahuan, keterampilan dan kompetensi staf klinis sesuai dengan kebutuhan pasien (R)
- b) Proses seleksi dilaksanakan seragam sesuai dengan regulasi (D,W)
- c) Anggota staf klinis baru dievaluasi pada saat mulai bekerja sesuai dengan tanggung jawabnya (D,W)

- d) Unit kerja menyediakan data yang digunakan untuk evaluasi kinerja staf klinis (D,W)
 - e) Evaluasi staf klinis dilakukan dan didokumentasikan secara berkala minimal 1 (satu) tahun sekali sesuai dengan regulasi (D,W)
- e. KKS.5
- 1) Standar KKS.5
Rumah sakit menetapkan proses seleksi untuk menjamin bahwa pengetahuan dan keterampilan staf nonklinis sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan.
 - 2) Maksud dan Tujuan KKS.5
Anggota staf nonklinis yang kompeten direkrut melalui proses yang seragam dengan proses rekrutmen staf lainnya. Proses ini menjamin bahwa pendidikan, kompetensi, kewenangan, keterampilan, pengetahuan dan pengalaman staf nonklinis pada awalnya dan seterusnya sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan.
 - 3) Elemen Penilaian KKS.5
 - a) Ada regulasi yang menetapkan proses seleksi untuk memastikan pengetahuan, keterampilan dan kompetensi staf nonklinis sesuai dengan kebutuhan rumah sakit (R)
 - b) Proses seleksi staf nonklinis dilaksanakan seragam sesuai dengan regulasi (D,W)
 - c) Anggota staf nonklinis baru dievaluasi pada saat mulai bekerja sesuai dengan tanggung jawabnya (D,W)
 - d) Unit kerja melaksanakan evaluasi kinerja staf nonklinis (D,W)
 - e) Evaluasi staf nonklinis dilakukan dan didokumentasikan secara berkala minimal satu tahun sekali sesuai dengan regulasi (D,W)
- f. KKS.6
- 1) Standar KKS.6
Rumah sakit menyediakan dan memelihara *file* kepegawaian untuk setiap staf rumah sakit dan selalu diperbaharui.

2) Maksud dan Tujuan KKS.6

Setiap staf rumah sakit mempunyai dokumen catatan memuat informasi tentang kualifikasi, pendidikan, pelatihan, kompetensi, uraian tugas, proses rekrutmen, riwayat pekerjaan, hasil evaluasi dan penilaian kinerja individual tahunan. *File* kepegawaian dibuat terstandar dan selalu diperbaharui sesuai dengan regulasi. (lihat KKS.9, KKS.13 dan KKS.15)

3) Elemen Penilaian KKS.6

- a) *File* kepegawaian memuat kualifikasi, pendidikan, pelatihan dan kompetensi staf (R)
- b) *File* kepegawaian memuat uraian tugas anggota staf (D,W)
- c) *File* kepegawaian memuat proses rekrutmen staf (D,W)
- d) *File* kepegawaian memuat riwayat pekerjaan staf (D,W)
- e) *File* kepegawaian memuat hasil evaluasi dan penilaian kinerja staf (D,W)
- f) *File* kepegawaian memuat salinan sertifikat pelatihan di dalam maupun di luar rumah sakit (D,W)
- g) *File* kepegawaian selalu diperbaharui (D,W)

g. Orientasi (KKS.7)

1) Standar KKS.7

Semua staf klinis dan nonklinis diberi orientasi di rumah sakit dan unit kerja tempat staf akan bekerja dan tanggung jawab spesifik pada saat diterima bekerja.

2) Maksud dan Tujuan KKS.7

Agar dapat berperan dan berfungsi dengan baik, semua staf baru harus mengetahui dengan benar segala sesuatu tentang rumah sakit dan memahami tanggung jawab pekerjaan klinis atau nonklinis untuk mencapai misi rumah sakit. Orientasi umum tentang rumah sakit, mutu, keselamatan pasien serta pencegahan dan pengendalian infeksi. Orientasi khusus tentang unit kerja, uraian tugas dan tanggung jawab dalam pekerjaannya.

3) Elemen Penilaian KKS.7

- a) Ada regulasi yang menetapkan orientasi umum dan khusus bagi staf klinis dan nonklinis baru (R)

- b) Ada bukti staf klinis dan nonklinis baru diberikan orientasi umum dan khusus (D,W)
 - c) Staf kontrak, magang dan peserta didik mendapat pelatihan tentang orientasi umum dan khusus (D,W)
- h. Pendidikan dan Pelatihan (KKS.8)
- 1) Standar KKS.8

Setiap staf mengikuti pendidikan atau pelatihan di dalam atau di luar rumah sakit termasuk pendidikan profesi berkelanjutan untuk mempertahankan atau meningkatkan kompetensinya.
 - 2) Maksud dan Tujuan KKS.8

Rumah sakit mengumpulkan data dari berbagai sumber untuk dapat memahami pendidikan dan pelatihan yang dibutuhkan oleh staf. Sumber data yang dapat digunakan adalah:

 - a) Hasil kegiatan pengukuran mutu dan keselamatan
 - b) Monitor program manajemen fasilitas
 - c) Penggunaan teknologi medis baru
 - d) Keterampilan dan pengetahuan yang diperoleh melalui evaluasi kinerja
 - e) Prosedur klinis baru
 - f) Rencana memberikan layanan baru di kemudian hari

Rumah sakit menentukan staf yang diharuskan menerima pendidikan berkelanjutan untuk mempertahankan kredibilitasnya. Rumah sakit juga menetapkan keharusan ada dokumen pelatihan staf yang dimonitor dan didokumentasikan.
 - 3) Elemen Penilaian KKS.8
 - a) Ada program pendidikan dan pelatihan berdasar atas sumber data yang meliputi butir 1 sampai 6 pada maksud dan tujuan (R)
 - b) Pendidikan dan pelatihan dilaksanakan sesuai dengan program (D,W)
 - c) Staf rumah sakit diberi pendidikan dan pelatihan berkelanjutan di dalam dan di luar rumah sakit yang relevan untuk meningkatkan kemampuannya (D,W)

d) Rumah sakit menyediakan waktu, anggaran dan fasilitas untuk semua staf dalam berpartisipasi mengikuti pendidikan dan pelatihan yang diperlukan (D,W)

i. Menentukan Penugasan Staf Medis (KKS.9)

1) Standar KKS.9

Rumah sakit menyelenggarakan pengumpulan dokumen kredensial dari anggota staf medis yang diberi izin memberikan asuhan kepada pasien secara mandiri.

2) Maksud dan Tujuan KKS.9

Istilah yang digunakan pada standar dijelaskan sebagai berikut:

a) Kredensial adalah proses evaluasi oleh suatu rumah sakit terhadap seorang staf medis untuk menentukan apakah yang bersangkutan layak diberi penugasan klinis dan kewenangan klinis untuk menjalankan asuhan/tindakan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk periode tertentu.

b) Dokumen kredensial adalah dokumen yang dikeluarkan oleh badan resmi untuk menunjukkan bukti telah dipenuhinya persyaratan seperti ijazah dari fakultas kedokteran, surat tanda registrasi, izin praktik, *fellowship*, atau bukti pendidikan dan pelatihan yang telah mendapat pengakuan dari organisasi profesi kedokteran.

c) Staf medis adalah semua dokter dan dokter gigi yang memberikan layanan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, bedah atau layanan medis/gigi lain kepada pasien atau yang memberikan layanan interpretatif terkait pasien seperti patologi, radiologi, laboratorium serta memiliki surat tanda registrasi dan surat izin praktik.

d) Verifikasi adalah sebuah proses untuk memeriksa validitas dan kelengkapan kredensial dari sumber yang mengeluarkan kredensial.

3) Elemen Penilaian KKS.9

a) Proses penerimaan, kredensial, penilaian kerja dan rekredensial staf medis diatur dalam peraturan internal staf medis (*medical staf bylaws*) (R)

- b) Setiap dokter yang memberikan pelayanan di rumah sakit wajib menandatangani perjanjian sesuai dengan regulasi rumah sakit (D,W)
 - c) Ada proses kredensial dan pemberian kewenangan klinis oleh rumah sakit untuk pelayanan diagnostik, konsultasi dan tata laksana yang diberikan oleh dokter praktik mandiri dari luar rumah sakit seperti kedokteran jarak jauh (*telemedicine*), radiologi jarak jauh (*teleradiology*) dan interpretasi untuk pemeriksaan diagnostik lain: elektrokardiogram (EKG), elektroensefalogram (EEG), elektromiogram (EMG) serta pemeriksaan lain yang serupa (D,W)
- j. Pemberian Kewenangan Klinis Staf Medis (KKS.10)
- 1) Standar KKS.10

Rumah sakit menetapkan proses yang seragam, objektif dan berdasar bukti (*evidence based*) untuk memberikan wewenang kepada staf medis untuk menerima, menangani dan memberikan layanan klinis kepada pasien sesuai dengan kualifikasinya.
 - 2) Maksud dan Tujuan KKS.10

Penentuan kompetensi seorang anggota staf medis terkait keputusan tentang layanan klinis yang diizinkan sering disebut dengan istilah pemberian kewenangan klinis dan penentuan ini merupakan keputusan yang sangat kritis bagi rumah sakit untuk melindungi keselamatan pasien dan juga mengembangkan mutu.
 - 3) Elemen Penilaian KKS.10
 - a) Direktur menetapkan kewenangan klinis setelah mendapat rekomendasi dari Komite Medik termasuk kewenangan tambahan (R)
 - b) Ada bukti pemberian kewenangan klinis berdasar atas rekomendasi kewenangan klinis dari Komite Medik (D,W)
 - c) Ada bukti pelaksanaan pemberian kewenangan tambahan setelah melakukan verifikasi dari sumber yang mengeluarkan kredensial (D,W)
 - d) Surat penugasan klinis dan rincian kewenangan klinis anggota staf medis dalam bentuk tercetak atau elektronik (*softcopy*) atau media lain tersedia

di semua unit pelayanan (kamar operasi, unit darurat, *nurse station*) tempat anggota staf medis tersebut memberikan pelayanan (D,W)

k. Monitoring dan Evaluasi Berkelanjutan Anggota Staf Medis (KKS.11)

1) Standar KKS.11

Rumah sakit melaksanakan evaluasi yang seragam untuk melaksanakan evaluasi mutu dan keselamatan asuhan pasien yang diberikan oleh setiap anggota staf medis.

2) Maksud dan Tujuan KKS.11

Penjelasan dari istilah yang dimuat dalam standar ini sebagai berikut:

a) Monitoring dan evaluasi berkelanjutan

Adalah proses dengan kegiatan terus menerus mengumpulkan dan menganalisis data serta informasi tentang sikap, perkembangan profesional dan hasil dari layanan klinis anggota staf medis.

b) Perilaku

Anggota staf medis ialah model/mentor dalam menumbuhkan budaya aman (*safety culture*) di rumah sakit, yang ditandai dengan partisipasi penuh semua staf untuk melaporkan bila ada insiden keselamatan pasien tanpa ada rasa takut untuk melaporkan dan disalahkan (*no blame culture*).

c) Pengembangan profesional

Anggota staf medis berkembang dengan menerapkan teknologi baru dan pengetahuan klinis baru. Setiap anggota staf medis dari segala tingkatan akan merefleksikan perkembangan dan perbaikan layanan kesehatan dan praktik profesional.

d) Kinerja klinis

Proses monitoring dan evaluasi nerkelanjutan staf medis harus dapat memberi indikasi sebagai bagian dari proses peninjauan bahwa kinerja mendukung budaya aman/keselamatan.

e) Sumber data rumah sakit

Rumah sakit mengumpulkan berbagai data untuk keperluan manajemen, misalnya membuat laporan ke pimpinan rumah sakit tentang alokasi sumber daya atau system pembiayaan rumah sakit. Informasi yang

dibutuhkan untuk tinjauan ini dikumpulkan dari internal dan dari monitoring serta evaluasi berkelanjutan setiap anggota staf termasuk dari sumber luar seperti organisasi profesi atau sumber instansi resmi.

3) Elemen Penilaian KKS.11

- a) Ada regulasi penilaian kinerja untuk evaluasi mutu praktik profesional berkelanjutan, etik dan disiplin staf medis (R)
- b) Ada bukti monitoring dan evaluasi mutu praktik profesional berkelanjutan, etik dan disiplin staf medis untuk peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien (D,W)
- c) Data dan informasi hasil pelayanan klinis dari staf klinis di-*review* secara objektif dan berdasar atas bukti, jika ada dilakukan *benchmarking* dengan pihak eksternal rumah sakit (D,W)
- d) Data dan informasi berasal dari proses monitoring dikaji sekurang-kurangnya setiap 12 bulan oleh kepala unit layanan, ketua kelompok staf medis, subkomite mutu, manajer pelayanan medis. Hasil, simpulan dan tindakan yang dilakukan didokumentasikan didalam *file* kredensial staf medis atau dokumen lain yang relevan (D,W)
- e) Bila ada temuan yang berdampak pada pemberian kewenangan staf klinis, ada proses untuk tindak lanjut terhadap temuan dan tindakan tersebut didokumentasi dalam *file* staf medis dan disampaikan ke tempat staf medis memberikan pelayanan (D,W)

1. Penempatan Ulang Staf Medis dan Pembaharuan Kewenangan Klinis (KKS.12)

1) Standar KKS.12

Rumah sakit menetapkan proses penetapan ulang staf medis dan pembaharuan kewenangan klinis paling sedikit setiap 3 (tiga) tahun. Untuk penetapan kewenangan klinis dilanjutkan dengan atau tanpa modifikasi kewenangan klinis sesuai hasil monitoring dan evaluasi berkelanjutan setiap anggota staf medis.

2) Maksud dan Tujuan KKS.12

Penetapan ulang adalah proses tinjauan terhadap dokumentasi anggota staf medis untuk verifikasi kelanjutan izin (*licence*), informasi riwayat anggota staf medis pernah terkena tindakan etik dan disiplin dari MKEK dan MKDKI. Informasi yang dibutuhkan untuk tinjauan ini dikumpulkan dari internal, monitoring dan evaluasi berkelanjutan setiap anggota staf termasuk juga dari sumber luar seperti organisasi profesi atau sumber instansi resmi.

3) Elemen Penilaian KKS.12

- a) Berdasar atas monitoring dan evaluasi berkelanjutan kredensial anggota staf medis yang dilaksanakan paling sedikit setiap 3 (tiga) tahun ditetapkan kewenangan klinisnya apakah tetap, bertambah atau berkurang (R)
- b) Ada bukti dokumen setiap anggota staf medis selalu diperbaharui secara periodik (D,W)
- c) Ada bukti pemberian kewenangan tambahan didasarkan atas kredensial yang telah diverifikasi dari sumber aslinya sesuai dengan peraturan perundang-undangan (D)

m. Staf Keperawatan (KKS.13)

1) Standar KKS.13

Rumah sakit mempunyai proses yang efektif untuk mengumpulkan, verifikasi dan mengevaluasi kredensial staf keperawatan (pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, pelatihan dan pengalaman).

2) Maksud dan Tujuan KKS.13

Rumah sakit perlu memastikan untuk mempunyai staf keperawatan yang kompeten sesuai dengan misi, sumber daya dan kebutuhan pasien. Staf keperawatan bertanggungjawab untuk memberikan asuhan keperawatan pasien secara langsung. Rumah sakit harus memastikan bahwa perawat yang kompeten untuk memberikan asuhan keperawatan dan harus spesifik terhadap jenis asuhan keperawatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

3) Elemen Penilaian KKS.13

- a) Ada regulasi rumah sakit dengan proses yang efektif untuk mengumpulkan, verifikasi dan mengevaluasi kredensial staf keperawatan (pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, pelatihan dan pengalaman) (R)
- b) Tersedia dokumentasi pendidikan, registrasi, sertifikasi, izin, pelatihan dan pengalaman (D,W)
- c) Terdapat pelaksanaan verifikasi dari sumber aslinya yang seragam (D,W)
- d) Ada dokumen kredensial yang dipelihara dari setiap anggota staf keperawatan (D,W)

n. KKS.14

1) Standar KKS.14

Rumah sakit melaksanakan identifikasi tanggungjawab pekerjaan dan penugasan klinis berdasar atas kredensial staf perawat sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

2) Maksud dan Tujuan KKS.14

Hasil kredensial perawat berupa rincian kewenangan klinis menjadi landasan untuk membuat uraian tugas, wewenang dan tanggungjawab klinis di unit pelayanan tempat perawat tersebut ditugaskan.

3) Elemen Penilaian KKS.14

- a) Ada penetapan rincian kewenangan klinis perawat berdasar atas pendidikan, registrasi, sertifikasi, izin, pelatihan dan pengalaman anggota staf keperawatan (R)
- b) Ada pelaksanaan proses pembuatan rincian kewenangan klinis sesuai dengan peraturan perundang-undangan (D,W)
- c) Ada berkas kredensial yang dipelihara dari setiap staf keperawatan (D,W)

o. KKS.15

1) Standar KKS.15

Rumah sakit melakukan evaluasi kinerja staf keperawatan berdasar atas partisipasi dalam kegiatan peningkatan mutu rumah sakit.

2) Maksud dan tujuan KKS.15

Rumah sakit melakukan evaluasi kinerja individu staf perawat bila ada temuan dalam aktivitas peningkatan mutu. Hasil kajian, tindakan yang diambil dan setiap dampak atas tanggung jawab pekerjaan didokumentasikan dalam *file* kredensial perawat tersebut atau *file* lainnya.

3) Elemen Penilaian KKS.15

- a) Ada dokumentasi penilaian mutu staf keperawatan berpartisipasi di dalam program peningkatan mutu rumah sakit (D,W)
- b) Kinerja individual staf keperawatan dikaji bila ada temuan dalam aktivitas peningkatan mutu (D,W)
- c) Seluruh data proses *review* kinerja staf keperawatan didokumentasikan dalam kredensial perawat atau dokumen lainnya (D,W)

p. Staf Klinis Pemberi Asuhan Lainnya dan Staf Klinis Lainnya (KKS.16)

1) Standar KKS.16

Rumah sakit mempunyai proses yang efektif untuk mengumpulkan, verifikasi dan mengevaluasi kredensial profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya (pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, pelatihan dan pengalaman).

2) Maksud dan Tujuan KKS.16

Rumah sakit perlu memastikan mempunyai profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf lainnya yang kompeten sesuai dengan misi, sumber daya dan kebutuhan pasien. Profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya bertanggungjawab memberikan asuhan pasien secara langsung. Rumah sakit memastikan bahwa setiap profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya yang memberikan asuhan, baik mandiri, kolaborasi, delegasi serta mandat kepada pasien secara aman dan efektif.

3) Elemen Penilaian KKS.16

- a) Ada regulasi rumah sakit untuk proses yang efektif untuk mengumpulkan, verifikasi dan mengevaluasi kredensial profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya (pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, pelatihan dan pengalaman) (R)

- b) Tersedia dokumentasi pendidikan, registrasi, sertifikasi, izin, pelatihan dan pengalaman (D,W)
 - c) Terdapat pelaksanaan verifikasi dari sumber aslinya yang seragam (D,W)
 - d) Ada dokumen kredensial yang dipelihara dari setiap anggota profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya (D,W)
- q. KKS.17
- 1) Standar KKS.17
Rumah sakit melaksanakan identifikasi tanggungjawab pekerjaan dan penugasan klinis berdasar atas kredensial profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
 - 2) Maksud dan Tujuan KKS.17
Rumah sakit mempekerjakan atau dapat mengizinkan berbagai pendidikan, registrasi, sertifikasi, izin, pelatihan dan pengalaman untuk memberikan asuhan dan pelayanan kepada pasien atau berpartisipasi dalam proses asuhan pasien. Rumah sakit harus memastikan bahwa profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya tersebut kompeten untuk ikut memberikan asuhan dan harus menetapkan jenis asuhan serta pengobatan yang diizinkan bila tidak bertentangan dengan peraturan perundang-undangan.
 - 3) Elemen Penilaian KKS.17
 - a) Ada penetapan rincian kewenangan klinis profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya berdasar atas pendidikan, registrasi, sertifikasi, izin, pelatihan dan pengalaman anggota staf klinis lainnya (R)
 - b) Ada pelaksanaan proses pembuatan rincian kewenangan klinis sesuai dengan peraturan perundang-undangan (D,W)
 - c) Ada berkas kredensial yang dipelihara dari setiap profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya (D,W)

r. KKS.18

1) Standar KKS.18

Rumah sakit melaksanakan identifikasi tanggungjawab pekerjaan dan penugasan klinis berdasar atas kredensial profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

2) Maksud dan Tujuan KKS.18

Peran klinis yang penting profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya mengharuskan staf tersebut berpartisipasi secara proaktif dalam program peningkatan mutu klinis rumah sakit. Rumah sakit melakukan evaluasi kinerja individu profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya bila ada temuan dalam aktivitas peningkatan mutu.

3) Elemen Penilaian KKS.18

- a) Ada dokumentasi penilaian mutu profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya berpartisipasi di dalam program peningkatan mutu rumah sakit (D,W)
- b) Kinerja individual profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya dikaji bila ada temuan dalam aktivitas peningkatan mutu (D,W)
- c) Seluruh data proses *review* kinerja profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya didokumentasikan dalam kredensial profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya atau dokumen lainnya (D,W)

2.4 Pendekatan Sistem

Menurut Muninjaya (2011: 34) komponen suatu sistem terdiri dari *input*, proses, *output*, *effect*, *impact*, dan mekanisme umpan balik. Hubungan antara komponen-komponen sistem ini berlangsung secara aktif dalam suatu tatanan lingkungan. Generik sebuah sistem adalah masukan, proses, dan keluaran. Umpan balik dan dampak adalah bagian dari keluaran yang terkait dengan lingkungan, jadi unsur utama suatu sistem adalah *input*, proses, dan *output*. Umpan balik, merupakan

bagian dari keluaran yang dapat menjadi masukan bagi sistem sedangkan dampak merupakan hasil dari suatu sistem dalam jangka waktu yang panjang.

Apabila prinsip pokok atau cara kerja sistem ini diterapkan pada waktu menyelenggarakan pekerjaan maka prinsip pokok atau cara kerja ini dikenal dengan pendekatan sistem (*system approach*), yaitu penerapan suatu prosedur yang logis dan rasional dalam merancang suatu rangkaian komponen-komponen yang berhubungan sehingga dapat berfungsi sebagai suatu kesatuan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Komponen tersebut ialah *input* (sumber daya manusia, biaya, sarana, dan metode), proses (fungsi manajemen), *output* (hasil yang dimanfaatkan), umpan balik dan dampak (Azwar, 2010: 28).

2.4.1 Masukan (*input*)

Masukan (*input*) adalah kumpulan bagian elemen dasar yang terdapat dalam sistem yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem. Manajemen terdiri dari berbagai unsur, yakni *man, money, method, machine, market, material dan Time*. G.R Terry (dalam Azwar, 2010: 12-15) menyebutkan *tools of management* dan lebih dikenal dengan sebutan “*the six M’s in management*” (6 M didalam manajemen). *Input* yang akan diteliti dalam penelitian ini adalah:

a. Manusia (*Man*)

Man merujuk pada sumber daya manusia yang dimiliki oleh organisasi. Dalam manajemen, faktor manusia adalah yang paling menentukan. Manusia yang membuat tujuan dan manusia pula yang melakukan proses untuk mencapai tujuan. Dalam penelitian ini, sumber daya manusia yang dimaksud adalah seluruh tim akreditasi RSIA Abdhi Famili. Dibagi dalam beberapa unsur yang akan diteliti yaitu ketersediaan tim akreditasi, komitmen dan pengetahuan dari tim. Komitmen menurut Nawawi dan Martini (dalam Rofita, 2016:23) merupakan suatu keputusan atau perjanjian seseorang dengan dirinya sendiri untuk melakukan atau tidak melakukan, berhenti atau meneruskan suatu perbuatan atau kegiatan. Selain itu pengetahuan juga sangat penting agar semua pihak dapat memahami proses yang harus dilakukan. Pengetahuan menurut

Notoatmodjo (2010:121) adalah hasil tahu dari manusia, yang sekedar menjawab pertanyaan “*what*”.

b. Uang (*Money*)

Biaya kesehatan adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan/atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat (Azwar, 2010). Biaya dalam penelitian ini adalah anggaran yang digunakan selama kegiatan akreditasi dilakukan, mulai dari persiapan, pelaksanaan hingga proses evaluasi dan diterbitkannya sertifikat akreditasi.

c. Material (*Materials*)

Bahan-bahan juga penting dalam manajemen. Bahan-bahan itu dapat berupa bahan mentah, bahan setengah jadi maupun bahan jadi. Material yang dimaksud dalam penelitian ini adalah prasarana, alat kesehatan dan persediaan alat tulis kantor yang digunakan selama kegiatan akreditasi, antara lain kertas, bolpoin, tinta printer dan lainnya.

d. Mesin (*Machine*)

Mesin digunakan untuk memberi kemudahan atau menghasilkan keuntungan yang lebih besar serta menciptakan efisiensi kerja. Sarana merupakan fasilitas yang dipakai langsung, sedangkan prasarana merupakan alat/ fasilitas yang menunjang sarana. Kesiapan komputer dan laptop termasuk elemen mesin dalam penelitian ini.

e. Metode (*Method*)

Metode adalah cara yang dapat diterapkan untuk mengelola sumber-sumber daya yang digunakan, serta untuk menyelesaikan berbagai persoalan yang dihadapi. Tanpa menggunakan metode sumber daya tidak akan bisa dialokasikan secara efisien sehingga organisasi akan kesulitan untuk mencapai tujuannya. Metode yang digunakan dalam kegiatan akreditasi yaitu buku pedoman akreditasi (SNARS) dan peraturan terkait akreditasi.

f. Waktu (*Time*)

Time adalah waktu untuk dapat memastikan kegiatan atau program dapat diwujudkan hasilnya (Santoso, 2006 dalam Rofita, 2016:24). Pada penelitian ini

yaitu waktu yang dimiliki tim akreditasi RSIA Abdhi Famili untuk melakukan proses tahap persiapan sampai sebelum dilakukan survei akreditasi pada bulan Maret 2018.

2.4.2 Proses

Proses (*process*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan. Fungsi manajemen menurut G R Terry (dalam Azwar, 2010:14) dibagi menjadi empat bagian yang dikenal dengan POAC, yakni *planning* (perencanaan), *organizing* (pengorganisasian), *actuating* (pelaksanaan), dan *controlling* (pengawasan).

a. *Planning* (Perencanaan)

Planning (perencanaan) ialah menetapkan pekerjaan yang harus dilaksanakan oleh kelompok untuk mencapai tujuan yang digariskan. *Planning* mencakup kegiatan pengambilan keputusan, antara lain lokakarya menggalang komitmen tim, pelatihan dan workshop, *self assessment*, pembahasan hasil *self assessment*, dan penyiapan dokumen.

b. *Organizing* (Pengorganisasian)

Perorganisasian berhubungan erat dengan sumber daya manusia dan penugasannya ke dalam unit organisasi dimasukkan sebagai bagian dari unsur pengorganisasian. Didalam setiap kejadian, pengorganisasian melahirkan peranan kerja dalam struktur formal dan dirancang untuk memungkinkan manusia bekerjasama secara efektif guna mencapai tujuan. Pembentukan tim akreditasi sesuai kelompok standar merupakan bagian dari pengorganisasian.

c. *Actuating* (Pelaksanaan)

Disebut juga gerakan aksi mencakup kegiatan yang dilakukan seorang manajer untuk mengawali dan melanjutkan kegiatan yang ditetapkan oleh unsur perencanaan dan pengorganisasian agar tujuan tercapai. Dengan kata lain *actuating* adalah usaha yang dilakukan untuk mencapai tujuan kegiatan dengan berpedoman pada perencanaan dan usaha pengorganisasian, mencakup *directing*, *commanding*, *staffing*, *coordinating*. Dalam penelitian ini aksi

kegiatan adalah bimbingan akreditasi, penataan sistem manajemen dan pelayanan serta implementasi dokumen yang telah disusun dalam pelayanan.

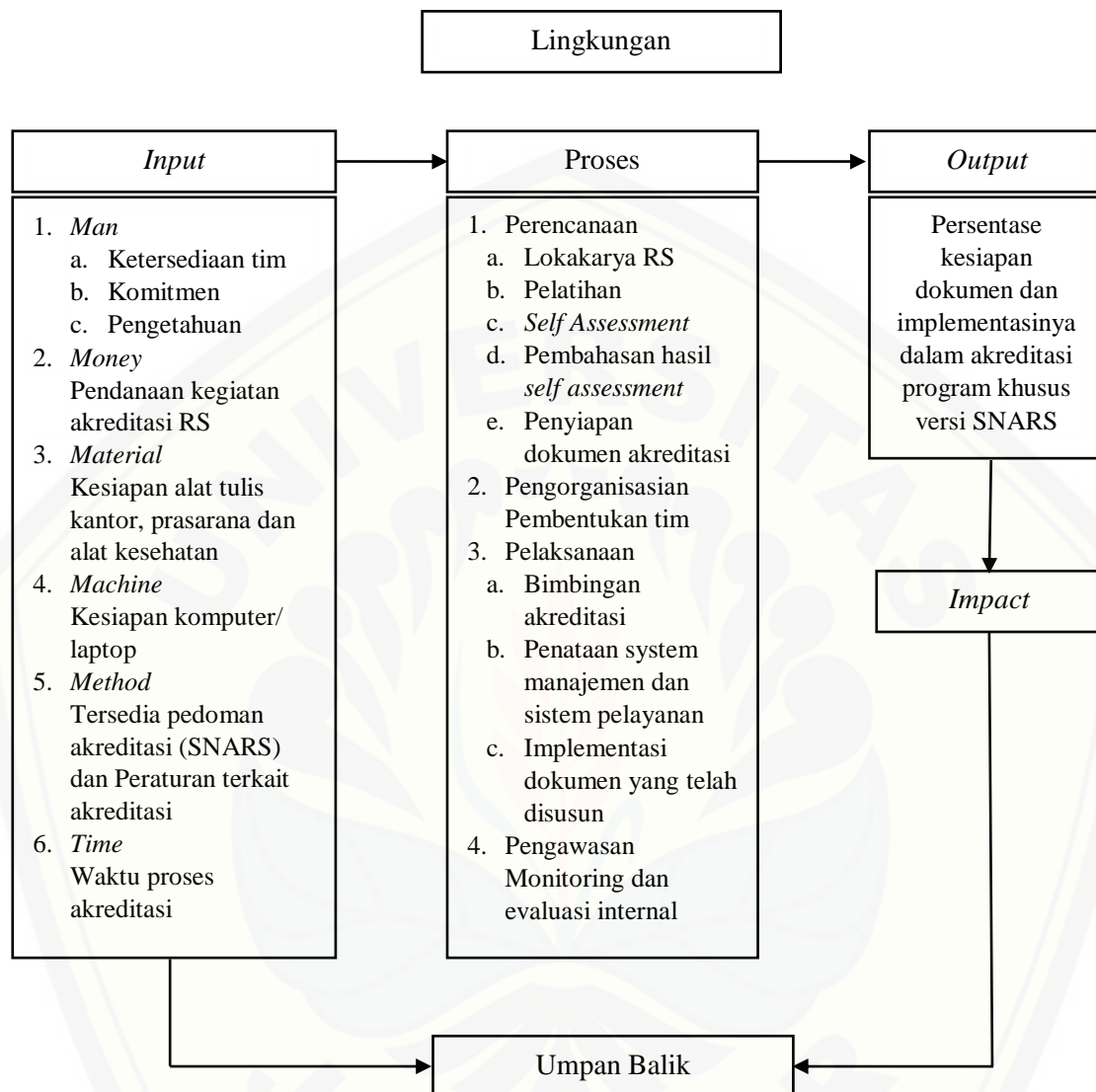
d. *Controlling* (Pengawasan)

Controlling atau pengawasan mencakup kelanjutan tugas untuk melihat apakah kegiatan-kegiatan dilaksanakan sesuai rencana. Pelaksanaan kegiatan di evaluasi dan penyimpangan-penyimpangan yang tidak diinginkan diperbaiki supaya tujuan-tujuan dapat tercapai dengan baik. Pengawasan dalam penelitian ini mencakup monitoring dan evaluasi secara internal oleh tim akreditasi kepada unit pelayanan di RSIA Abdhi Famili.

2.4.3 *Output*

Keluaran (*output*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem (Azwar, 2010: 28). Keluaran dari suatu program adalah keberhasilan dari program yang dilaksanakan. Dalam hal ini keluarannya adalah persentase kesiapan dokumen dan implementasinya dalam akreditasi program khusus versi SNARS.

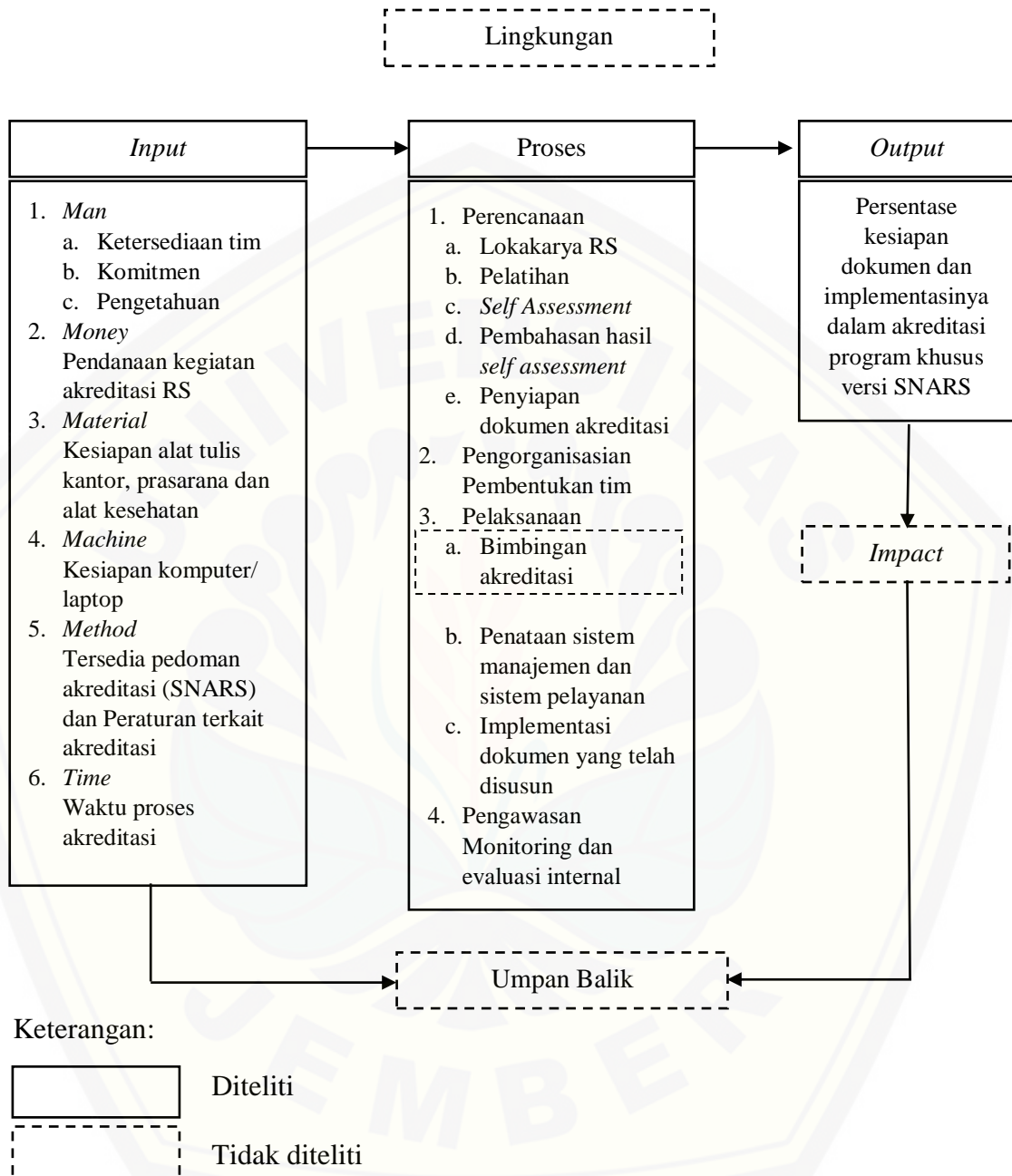
2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori

Sumber: Modifikasi Teori Sistem G.R Terry (Azwar, 2010), Fungsi Manajemen G.R Terry (Hasibuan, 2011) dan Pedoman Tata Laksana Akreditasi Rumah Sakit (KARS, 2017)

2.6 Kerangka Konsep



Gambar 2.3 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep ini merupakan modifikasi dari teori sistem G.R Terry, fungsi manajemen G.R Terry dan pedoman tata laksana akreditasi rumah sakit dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Teori sistem terdiri dari 3 aspek penting yaitu *input*, proses dan *output*. Pada penelitian ini aspek *input* yang diteliti adalah *man, money, material, machine, method* dan *time* yang kesemuanya itu terkait dengan kesiapan tim akreditasi dalam mempersiapkan survei akreditasi.

Pada aspek proses, fungsi manajemen (POAC) dimodifikasi dengan langkah persiapan akreditasi yang tercantum dalam pedoman tata laksana akreditasi rumah sakit terbitan KARS. Elemen perencanaan yang akan diteliti terdiri dari lokakarya, pelatihan, *self assessment*, pembahasan hasil *self assessment* dan penyiapan dokumen akreditasi. Elemen pengorganisasian yang akan diteliti yaitu pembentukan tim akreditasi. Elemen pelaksanaan yang akan diteliti adalah penataan sistem manajemen dan sistem pelayanan, implementasi dokumen yang telah disusun, sedangkan bimbingan akreditasi tidak diteliti karena masuk dalam kegiatan pelaksanaan akreditasi dan peneliti lebih fokus kepada kegiatan persiapan akreditasi. *Output* dari penelitian ini adalah besar persentase kelengkapan dokumen dan implementasinya dalam kegiatan pelayanan kesehatan di RSIA Abdhi Famili Kabupaten Banyuwangi.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif. Tujuan dari penelitian deskriptif adalah untuk mendapatkan gambaran secara realita dan objektif terhadap sesuatu kondisi tertentu yang sedang terjadi dalam kelompok masyarakat. Diharapkan dengan menggunakan metode ini, maka akan dapat memecahkan dan bahkan menjawab persoalan yang sedang terjadi, untuk kemudian melakukan perbaikan/peningkatan maupun penyempurnaan, khususnya yang menyangkut pelayanan kesehatan kepada masyarakat (Imron, 2014:149). Penelitian ini diharapkan dapat menggambarkan kesiapan akreditasi program khusus (4 pelayanan) versi SNARS di RSIA Abdhi Famili Kabupaten Banyuwangi.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan di RSIA Abdhi Famili Kabupaten Banyuwangi pada bulan Mei – Juni 2018.

3.3 Unit Analisis dan Responden

3.3.1 Unit Analisis

Unit analisis adalah satuan yang diteliti dapat berupa individu, kelompok, benda atau suatu latar peristiwa sosial seperti contohnya aktivitas individu atau kelompok sebagai subjek penelitian (Hamidi, 2005:75). Unit analisis pada penelitian ini adalah RSIA Abdhi Famili Kabupaten Banyuwangi.

3.3.2 Responden

Sampel adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2012:115). Sampel dalam penelitian ini adalah tim akreditasi RSIA Abdhi Famili sejumlah 29 orang yang terdiri dari dokter 3 orang, bidan 9 orang, perawat 9 orang dan staf non klinis 8 orang. Penentuan responden pada penelitian ini menggunakan *purposive sampling* yaitu teknik pengambilan sampel sumber data dengan pertimbangan tertentu. Pertimbangan tertentu ini misalnya orang tersebut

yang dianggap paling tahu tentang apa yang peneliti harapkan atau mungkin dia sebagai penguasa sehingga akan memudahkan peneliti menjelajahi objek yang diteliti (Sugiyono, 2013:53). Responden pada penelitian ini berjumlah 6 orang, terdiri dari ketua tim akreditasi, sekretaris tim akreditasi, ketua pokja Sasaran Keselamatan Pasien (SKP), ketua pokja Hak Pasien dan Keluarga (HPK), ketua pokja Pengendalian dan Pencegahan Infeksi (PPI) dan ketua pokja Kualifikasi dan Kewenangan Staf (KKS).

3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel penelitian pada dasarnya adalah segala sesuatu yang berbentuk apa saja yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari sehingga diperoleh informasi tentang hal tersebut, kemudian ditarik kesimpulannya. Menurut Hatch dan Farhady (dalam Sugiyono, 2016:38), secara teoritis variabel dapat didefinisikan sebagai atribut seseorang atau obyek, yang mempunyai “variasi” antara satu orang dengan yang lain atau satu obyek dengan obyek yang lain. Variabel penelitian ini adalah kesiapan akreditasi program khusus pada 4 pelayanan yaitu Sasaran Keselamatan Pasien (SKP), Hak Pasien dan Keluarga (HPK), Pengendalian dan Pencegahan Infeksi (PPI) dan Kualifikasi dan Kewenangan Staf (KKS). Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan system meliputi *input*, proses dan *output*. *Input* kesiapan akreditasi program khusus adalah *man, money, material, machine, method* dan *time*. Proses dalam kesiapan akreditasi program khusus terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengawasan. *Output* dalam kesiapan akreditasi program khusus yaitu kesiapan dokumen akreditasi dan implementasinya dalam pelayanan kesehatan.

3.4.2 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah uraian tentang batasan variabel yang dimaksud, atau tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2012:112). Definisi operasional penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 3.1 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Pengukuran
A Masukan (Input)				
1	Sumber Daya Manusia (<i>Man</i>)	Karyawan yang termasuk dalam tim akreditasi dan terlibat dalam kegiatan		
	a. Ketersediaan tim	Terdapat daftar tim beserta pembagiannya menurut kelompok kerja dan jumlah SDM	Wawancara ketua pokja menggunakan kuesioner dan Observasi	a. Ada b. Tidak ada Susunan tim akreditasi beserta tupoksinya
	b. Komitmen	Keterikatan ketua kelompok kerja dalam melakukan persiapan akreditasi yang ditunjukkan dengan antara lain: penandatanganan kontrak komitmen dan rapat koordinasi	Wawancara ketua pokja menggunakan kuesioner dan Observasi	a. Ada b. Tidak ada Kegiatan sosialisasi, penggalangan komitmen dan rapat koordinasi tim akreditasi
	c. Pengetahuan	Segala sesuatu yang diketahui oleh ketua kelompok kerja mengenai konsep dan standar akreditasi RS.	Wawancara ketua pokja menggunakan kuesioner	Kuesioner terdiri dari 12 pertanyaan. Diukur dengan skala <i>Guttman</i> . Nilai max = $12 \times 1 = 12$ Nilai min = $12 \times 0 = 0$ Panjang kelas: $12/3 = 4$ Sehingga diperoleh: a. Pengetahuan tinggi: 9-12 b. Pengetahuan sedang: 5-8 c. Pengetahuan rendah: 0-4 Catatan: kuesioner nomor 3,5,8 dan 9 adalah pertanyaan negatif

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Pengukuran
2	Pendanaan (<i>Money</i>)	Besar anggaran dan sumber dana yang digunakan untuk proses akreditasi pada tiap pokja akreditasi rumah sakit.	Wawancara sekretaris tim akreditasi menggunakan kuesioner	Rencana anggaran belanja tim dan sumber pendapatan belanja
3	Bahan (<i>Material</i>)	Segala sesuatu (barang) yang digunakan selama kegiatan akreditasi meliputi prasarana, alat kesehatan dan ATK (kertas, bolpoin, tinta dan tinta printer)	Wawancara ketua pokja menggunakan kuesioner	a. Cukup b. Tidak cukup
4	Mesin (<i>Machine</i>)	Sarana (alat) yang digunakan untuk melakukan persiapan akreditasi meliputi jaringan komputer, printer dan jaringan internet yang siap digunakan selama kegiatan akreditasi	Wawancara ketua pokja menggunakan kuesioner	Jaringan komputer, printer dan jaringan internet tersedia dan siap digunakan
5	Metode (<i>Method</i>)	Cara yang digunakan untuk melakukan pekerjaan berkaitan dengan persiapan akreditasi meliputi buku pedoman akreditasi RS versi SNARS dan alur proses akreditasi yang harus diikuti oleh masing-masing kelompok kerja	Wawancara ketua pokja menggunakan kuesioner	Buku pedoman dan alur akreditasi ada dan mencukupi dalam penggunaan
6	Waktu (<i>Time Bound</i>)	Target waktu yang diperlukan rumah sakit untuk persiapan akreditasi sampai dengan penyelesaian dokumen	Wawancara ketua pokja menggunakan kuesioner	Rencana kegiatan rumah sakit dalam mempersiapkan akreditasi
B Proses				
1	Perencanaan	Penentuan atau perumusan serangkaian tindakan untuk mencapai hasil yang diinginkan.		

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Pengukuran
	a. Lokakarya	Pertemuan minimal 2 hari kerja yang diadakan rumah sakit untuk sosialisasi dan menggalang komitmen.	Wawancara ketua pokja menggunakan kuesioner	a. Ada b. Tidak ada Kegiatan lokakarya yang dilaksanakan RS
	b. Pelatihan (<i>Workshop</i>)	Dilakukan pelatihan (<i>inhouse training, workshop</i>) berkaitan dengan akreditasi yang bertujuan memahami standar dan instrumen akreditasi rumah sakit dan persiapan <i>self assessment</i> .	Wawancara ketua pokja menggunakan kuesioner	a. Ada b. Tidak ada Kegiatan <i>workshop</i> yang dilaksanakan RS
	c. Pelaksanaan <i>Self Assessment</i>	Dilakukan penilaian mandiri (<i>self assessment</i>) oleh panitia akreditasi sebagai kajian awal kondisi rumah sakit sekaligus pemetaan dokumen yang belum ada dan harus dikerjakan untuk menghadapi akreditasi.	Wawancara ketua pokja menggunakan kuesioner	a. Ada b. Tidak ada Kegiatan <i>self assessment</i> yang dilaksanakan RS
	d. Pembahasan hasil <i>Self Assessment</i>	Dilakukan pembahasan hasil <i>self assessment</i> bersama tim pendamping akreditasi dan diskusi terkait pembagian pengerjaan dokumen guna menghindari dokumen ganda.	Wawancara ketua pokja menggunakan kuesioner	a. Ada b. Tidak ada Kegiatan pembahasan hasil <i>self assessment</i> yang dilaksanakan RS dan pembagian kerja
	e. Penyiapan dokumen akreditasi	Kelengkapan dokumen akreditasi yang sesuai dengan elemen penilaian yang tercantum dalam instrumen akreditasi versi SNARS pada masing-masing standar. Indikator yang digunakan yaitu bukti fisik dokumen yang disiapkan.	Observasi dengan <i>checklist</i> dan dokumentasi	Dokumen akreditasi lengkap dan sesuai dengan instrumen KARS 2017
2	Pengorganisasian	Proses kegiatan penyusunan struktur organisasi sesuai dengan tujuan kegiatan akreditasi		

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Pengukuran
	Pembentukan tim akreditasi	Kegiatan panitia akreditasi menentukan coordinator dan anggota kelompok kerja dalam persiapan akreditasi	Wawancara ketua tim menggunakan kuesioner dan observasi	Struktur organisasi tim akreditasi
3	Pelaksanaan	Kegiatan yang dilakukan tim akreditasi dalam mempersiapkan dokumen akreditasi.		
	a. Penataan sistem manajemen dan sistem pelayanan	Kegiatan mengatur sistem manajemen dan sistem pelayanan sesuai dengan ketentuan dalam standart akreditasi.	Wawancara ketua tim menggunakan kuesioner	Ada kesesuaian antara dokumen dan implementasinya.
	b. Implementasi dokumen	Kegiatan kelompok kerja dalam pelaksanaan kebijakan, pedoman/panduan, dan SOP yang direncanakan untuk proses akreditasi. Indikator yang digunakan yaitu pelaksanaan dari dokumen yang telah disusun.	Studi dokumentasi dan Observasi dengan <i>Checklist</i>	Lembar observasi menggunakan modifikasi dari lembar instrumen penilaian dokumen akreditasi versi SNARS. (KARS, 2017)
4	Pengawasan	Kegiatan memantau dan mengawasi penyiapan dokumen akreditasi dan implementasi dalam pelayanan kesehatan.		
	Monitoring dan evaluasi internal	Suatu kegiatan memantau pelaksanaan proses persiapan masing-masing kelompok kerja yang dilakukan dengan cara pendampingan tim akreditasi dan mengevaluasi hasil persiapan akreditasi dengan penilaian pra-akreditasi.	Wawancara ketua pokja menggunakan kuesioner	a. Terlaksana b. Tidak terlaksana
C Keluaran (Output)				
1	Kelengkapan dokumen akreditasi	Besar persentase kelengkapan dokumen akreditasi yang telah disiapkan masing-masing kelompok kerja	Wawancara dan Observasi (penghitungan menggunakan <i>template</i>)	a. Lengkap: $\geq 80\%$ b. Tidak lengkap: 0-79%

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Pengukuran
2	Implementasi dokumen dalam pelayanan	Besar persentase implementasi dokumen dalam pelayanan kesehatan di unit kerja terkait.	Wawancara dan Observasi (hasil penghitungan menggunakan <i>template</i>)	a. Terlaksana: $\geq 80\%$ b. Tidak terlaksana: 0-79%

3.5 Data dan Sumber Data

Data merupakan kumpulan huruf atau kata, kalimat atau angka yang dikumpulkan melalui proses pengumpulan data. Data tersebut merupakan sifat atau karakteristik dari sesuatu yang diteliti (Notoatmodjo, 2012:180). Jenis data dalam penelitian ini meliputi data primer dan sekunder. Data primer merupakan data sumber pertama yang diperoleh dari individu seperti hasil kumpulan wawancara atau hasil pengisian kuesioner yang dilakukan oleh peneliti. Data sekunder adalah sumber yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data, misalnya melalui orang lain atau dokumen (Sugiyono, 2013:62). Berikut data primer dan sekunder yang digunakan dalam penelitian ini:

3.5.1 Data Primer

Data primer pada penelitian ini didapatkan dari wawancara dengan informan, yaitu ketua kelompok kerja masing-masing pelayanan yang diakreditasi pada program khusus (4 pelayanan) versi Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) dari pihak RSIA Abdhi Famili Kabupaten Banyuwangi. Selain wawancara, data primer diperoleh dari observasi yang dilakukan peneliti tentang kesesuaian dokumen akreditasi dan implementasinya pada unit pelayanan kesehatan terkait.

3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder pada penelitian ini diperoleh dari studi dokumentasi terkait dokumen yang harus disiapkan dalam kesiapan akreditasi program khusus (4 pelayanan) versi Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) di RSIA Abdhi Famili Kabupaten Banyuwangi.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah prosedur yang sistematis dan standar untuk memperoleh data yang diperlukan. Teknik pengumpulan data merupakan bagian instrumen pengumpulan data untuk menguji hipotesis ditolak atau diterima dengan pembuktian data yang ada di lapangan. Data-data tersebut dikumpulkan dengan metode tertentu yang disebut teknik pengumpulan data (Amirullah, 2013:123). Teknik pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini, antara lain:

a. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari seorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*) (Notoatmodjo, 2010:139). Pada penelitian ini wawancara digunakan untuk memperoleh data terkait *input*. Alat bantu yang digunakan peneliti dalam wawancara yaitu panduan wawancara.

b. Observasi

Menurut Amirullah (2013:123) observasi dalam pengertian yang sederhana, meliputi kegiatan pencatatan pola perilaku orang, objek dan kejadian dalam suatu cara yang sistematis untuk mendapatkan informasi tentang fenomena yang diminati. Observer tidak mengajukan pertanyaan atau berkomunikasi dengan objek yang diobservasi. Informasi dicatat berdasarkan kejadian-kejadian yang terjadi atau dari catatan kejadian masa lalu. Pada penelitian ini dilakukan observasi terkait kesiapan dokumen akreditasi dan implementasinya pada unit pelayanan kesehatan. Alat bantu yang digunakan adalah daftar instrumen akreditasi versi SNARS.

c. Studi Dokumentasi

Dokumen adalah catatan peristiwa yang sudah berlalu (Sugiyono, 2013:240). Cara pengumpulan data dengan dokumentasi tersebut merupakan cara pengumpulan data dengan menggunakan dokumen-dokumen yang telah ada. Dokumen dapat berbentuk tulisan, gambar, atau karya-karya monumental dari seseorang. Hasil penelitian dengan wawancara atau observasi akan lebih dapat dipercaya bila didukung oleh data atau dokumen. Dokumentasi terkait sumber data

primer dalam penelitian ini adalah Undang-Undang, Peraturan Pemerintah, Peraturan Menteri Kesehatan, Surat Keputusan KARS dan Surat Edaran KARS. Dokumentasi terkait sumber data sekunder adalah dokumen kesiapan akreditasi program khusus versi SNARS.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen penelitian adalah alat-alat yang digunakan untuk pengumpulan data (Notoatmodjo, 2010:87). Pada penelitian ini instrumen yang digunakan adalah lembar kuesioner (daftar pertanyaan) dan lembar instrumen penilaian akreditasi dari KARS. Penelitian ini menggunakan modifikasi kuesioner dari Rofita (2016) dan Nugraha (2014), sedangkan studi observasi menggunakan modifikasi dari elemen penilaian dokumen akreditasi versi SNARS dari KARS (2017).

3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Penyajian

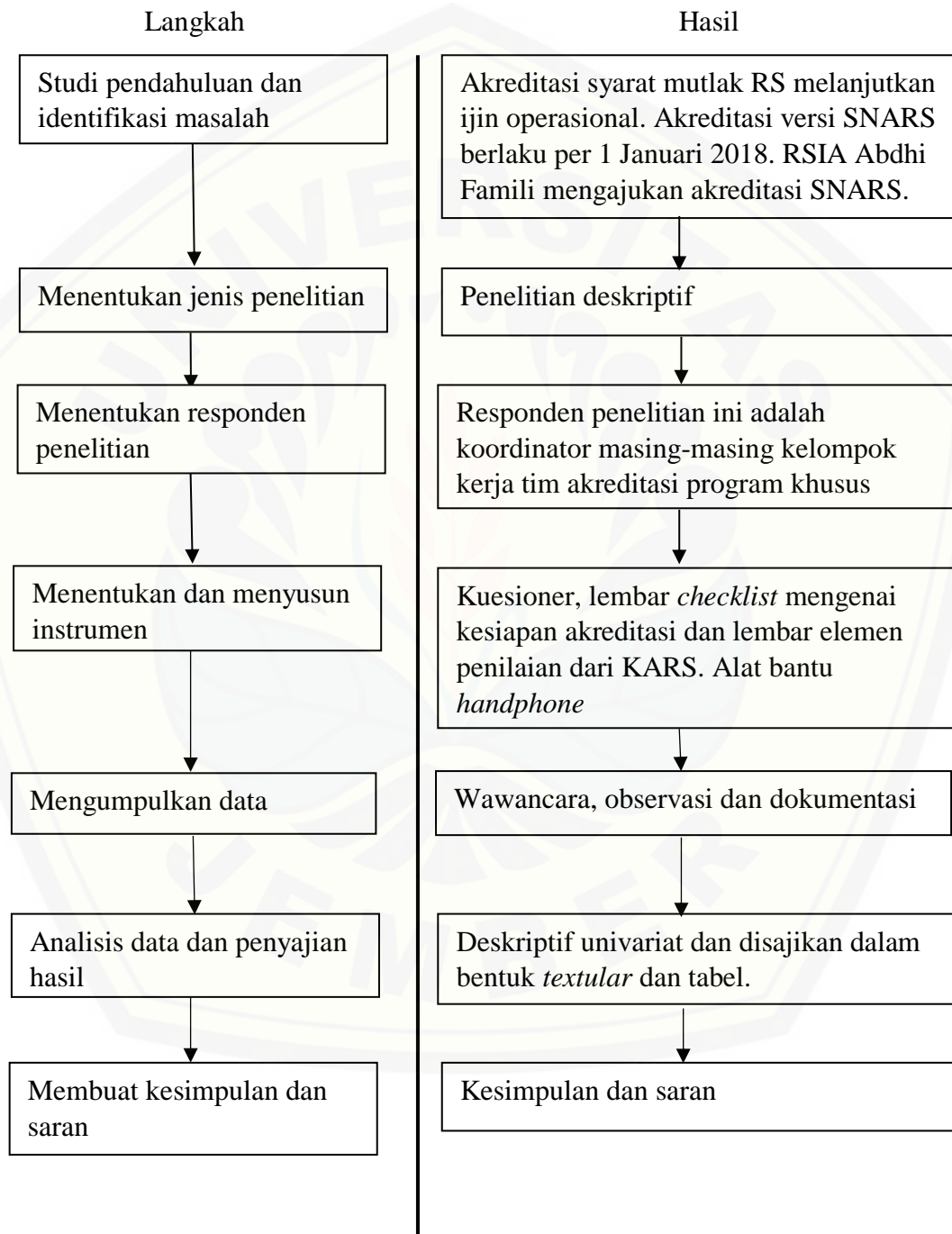
Cara penyajian data penelitian dilakukan melalui berbagai bentuk. Umumnya dikelompokkan menjadi tiga, yaitu penyajian dalam bentuk teks (*textular*), bentuk tabel dan bentuk grafik. Penyajian cara *textular* adalah penyajian data hasil penelitian dalam bentuk uraian kalimat. Penyajian dalam bentuk tabel adalah suatu penyajian yang sistematis dari data numerik yang tersusun dalam kolom atau jajaran. Sedangkan penyajian dalam bentuk grafik adalah penyajian data secara visual (Notoatmodjo, 2012:188). Teknik penyajian dalam penelitian ini menggunakan *textular* dan bentuk tabel.

3.7.2 Analisis Data

Setelah data yang diperlukan terkumpul maka langkah selanjutnya yaitu melakukan analisis data yang dilakukan dengan mengorganisasikan data, menjabarkannya ke dalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun kedalam pola, memilih mana yang penting dan yang akan dipelajari, dan membuat kesimpulan yang dapat diceritakan kepada orang lain (Sugiyono, 2013:88). Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu analisis univariat (analisis deskriptif). Tujuan

dari analisis univariat menurut Notoatmodjo (2010:182) yaitu untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian.

3.8 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

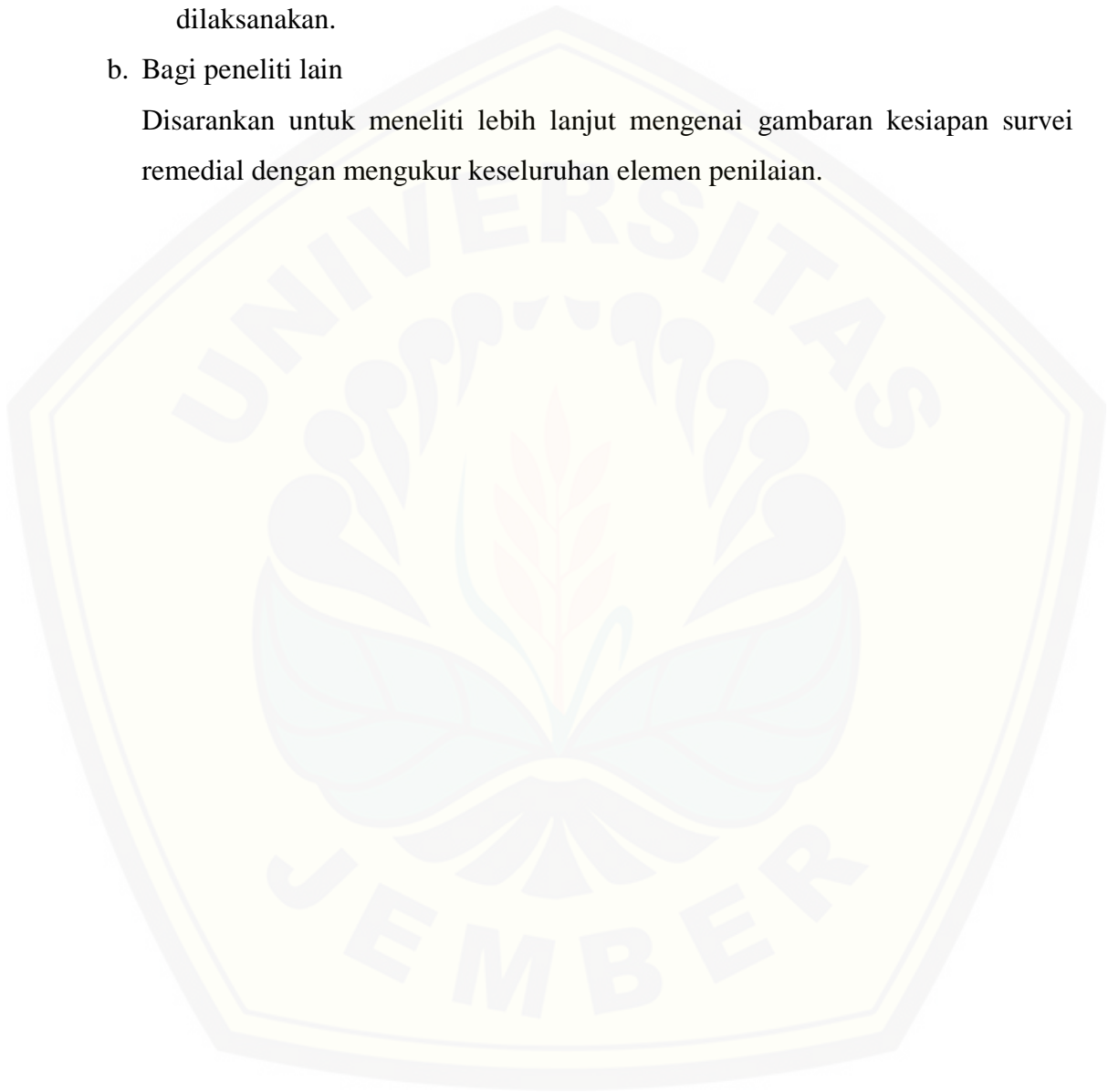
Berdasar pada hasil penelitian dan pembahasan diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

- a. Pada kesiapan *Input* mayoritas aspek baik, namun dari 6 aspek *input* yang diteliti ada beberapa aspek yang kurang mencukupi yaitu aspek *material* tidak mencukupi pada prasarana penunjang pelayanan kesehatan dan aspek *machine* terutama jaringan komputer dan printer.
- b. Pada kesiapan *Process* secara keseluruhan telah dilaksanakan sesuai jadwal, namun beberapa aspek belum memenuhi syarat yaitu kegiatan *workshop* pada aspek perencanaan. Aspek pelaksanaan meliputi penataan sistem pelayanan belum sesuai standar terkait prasarana dan implementasi dokumen (SPO, Kebijakan, dan Program) dalam pelayanan kesehatan belum dilaksanakan secara menyeluruh pada unit kerja.
- c. Pada kesiapan *Output* secara keseluruhan dapat dikatakan RSIA Abdhi Famili belum memenuhi syarat lulus akreditasi program khusus (4 pelayanan) versi SNARS. Mayoritas capaian pada masing-masing pokja dibawah syarat lulus, kecuali pada pokja HPK.

5.2 Saran

- a. Bagi instansi RSIA Abdhi Famili
 - 1) Terkait pemenuhan *input*, perlu penambahan mesin printer dan jaringan komputer, agar proses persiapan akreditasi dapat berjalan lancar dan sesuai jadwal yang ditentukan.
 - 2) Perlu meningkatkan supervisi dan dukungan birokratif oleh jajaran manajemen RSIA Abdhi Famili kepada tim akreditasi, terkait kesiapan proses penataan sistem pelayanan agar pelaksanaan pembangunan prasarana yang belum tersedia dapat terealisasi.

- 3) Perlu meningkatkan supervisi oleh tim akreditasi bersama jajaran manajemen kepada unit pelayanan terkait, tentang kepatuhan menjalankan SPO agar lebih dapat mengontrol kesesuaian antara regulasi dengan pelaksanaan di lapangan sehingga dapat meningkatkan nilai capaian saat survei akreditasi dilaksanakan.
- b. Bagi peneliti lain
- Disarankan untuk meneliti lebih lanjut mengenai gambaran kesiapan survei remedial dengan mengukur keseluruhan elemen penilaian.



DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, T. 2015. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit Edisi Kedua*. Jakarta: UI Press.
- Amirullah. 2013. *Metodologi Penelitian Manajemen*. Malang: Bayumedia Publishing.
- Azwar, A. 2010. *Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi 3*. Tangerang: Binarupa Aksara.
- Departemen Kesehatan. 2004. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1165A Tahun 2004 Tentang Komite Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Departemen Kesehatan. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Departemen Kesehatan. 2017. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2017 Tentang Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Dewi, R.P. 2010. Hubungan Pengetahuan Mengenai Akreditasi Rumah Sakit dan Karakteristik Individu dengan Kinerja Perawat Rumah Sakit Zahirah. *Tesis*. Jakarta: Universitas Indonesia. [serial online] <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20307351-T%2031108-Hubungan%20pengetahuan-full%20text.pdf>. [20 Agustus 2018]
- Direktorat Jendral Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dan Komisi Akreditasi Rumah Sakit. 2011. *Standar Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Direktorat Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat, Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi. 2014. *Pedoman Akreditasi Terbitan Berkala Ilmiah*. Jakarta: Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan.
- Imron, M. 2014. *Metodologi Penelitian Bidang Kesehatan Edisi Kedua*. Jakarta: Penerbit Sagung Seto.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. 2012. *Standar Akreditasi Versi 2012 Edisi 1*. Jakarta: Komisi Akreditasi Rumah Sakit.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. 2013. *Pedoman Tata Laksana Akreditasi Rumah Sakit Edisi 2*. Jakarta: Komisi Akreditasi Rumah Sakit.

- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. 2014. *Pengantar Akreditasi Program Khusus*. Jakarta: Komisi Akreditasi Rumah Sakit.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. 2014. *Peraturan ketua Eksekutif KARS Nomor 1666 Tahun 2014 Tentang Penetapan Status*. Jakarta: Komisi Akreditasi Rumah Sakit.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. 2017. *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1*. Jakarta: Komisi Akreditasi Rumah Sakit.
- Mega, F. 2015. Tinjauan Kesiapan Akreditasi KARS Bagian Manajemen Komunikasi Dan Informasi (MKI) Standar MKI. 19, MKI. 19.1, MKI. 19.1.1, MKI. 19.2, MKI. 19.3, MKI. 19.4 DI RS. Panti Wilasa Semarang. *Tugas Akhir*. Semarang: Program Studi Rekam Medis dan Info Kesehatan Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro Semarang. [serial online]. <http://eprints.dinus.ac.id/17380/>. [20 Oktober 2017].
- Nazir, M. 2014. *Metode Penelitian*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugraha, E. 2014. Gambaran Kesiapan Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 Pada Standar Sasaran Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Haji Jakarta. *Skripsi*. Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta. [serial online]. <http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/32967/1/EKO%20SETIA%20NUGRAHA-FKIK>. [20 Oktober 2017].
- Poerwani, S.K. 2006. Akreditasi sebagai Upaya Peningkatan Mutu Rumah Sakit. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. 9(03). 125-133. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. [serial online]. <http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/hsr/article/view/1886>. [16 Agustus 2018]
- Prawira, Z. 2015. Gambaran Kesiapan Akreditasi Kars Berdasarkan Standar Manajemen Komunikasi Dan Informasi (MKI) 16 Di Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama Semarang. *Tugas Akhir*. Semarang: Program Studi Rekam Medis dan Info Kesehatan Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro Semarang. [serial online]. <http://mahasiswa.dinus.ac.id/docs/skripsi/lengkap/16040.pdf>. [20 Oktober 2017].
- Presiden Republik Indonesia. 2009. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit*. Jakarta: Presiden Republik Indonesia.

- Presiden Republik Indonesia. 2016. *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2016 Tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Presiden Republik Indonesia.
- Rofita, A. 2016. *Gambaran Kesiapan Akreditasi Pada Kelompok Administrasi Manajemen Di Puskesmas Rogotrunan Kabupaten Lumajang*. Skripsi. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Suandaru, YF. 2018. *Kajian Pengelolaan Kasus Tuberkulosis (PEKA TB) Pada Program Pakusari Merdeka Tuberkulosis Di RS Paru Jember*. Skripsi. Jember: Universitas Jember.
- Sugiyono. 2013. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Tielung, Jaclyen. 2013. *Pemberdayaan Karyawan, Motivasi dan Komitmen Organisasi terhadap Kinerja Karyawan pada PT.PLN (Persero) Wilayah VII Manado*. *Jurnal EMBA Vol.1(4):hal 1799-1808*. [serial online] <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/emba/article/view/3386/2929>. [20 Agustus 2018]
- Uniaty. 2015. *Manajemen Sumber Daya Manusia Berbasis Kompetensi (Studi Kasus Bagian Perlengkapan Biro Umum Sekretariat Daerah Provinsi Sulawesi Selatan)*. Skripsi. Makassar: Jurusan Ilmu Administrasi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Hasanuddin. [serial online]. <http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/14628/SKRIPSI%20UNIATY.pdf?sequence=1>. [28 Agustus 2018]

Lampiran A. Lembar Persetujuan Responden (*Informed Consent*)**LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN
(*INFORMED CONSENT*)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

Umur :

Menyatakan bersedia menjadi subjek penelitian (responden) dalam penelitian yang dilakukan oleh:

Nama : Dewi Purnamasari

NIM : 142110101205

Judul : Gambaran Kesiapan Akreditasi Program Khusus (4 Pelayanan)
Versi Standart Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Di RSIA
Abdhi Famili Kabupaten Banyuwangi

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan risiko apapun pada subjek penelitian, karena semata-mata untuk kepentingan ilmiah, serta kerahasiaan jawaban yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut di atas dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar. Dengan ini saya menyatakan secara sukarela untuk ikut sebagai subjek dalam penelitian ini dan saya bersedia menjawab semua pertanyaan dengan sejujur-jujurnya.

Banyuwangi,2018

Responden

(.....)

Lampiran B. Panduan Wawancara Responden Penelitian**Panduan Wawancara Untuk Responden Penelitian
(Koordinator Kelompok Kerja)**

Judul : Gambaran Kesiapan Akreditasi Program Khusus (4 Pelayanan) Versi
Standart Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Di RSIA Abdhi
Famili Kabupaten Banyuwangi

Tanggal Wawancara :

Panduan Pengisian :

- a. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan Bapak/Ibu dalam menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
- b. Mohon jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani.

Karakteristik Responden :

- a. Nama :
- b. Pendidikan :
- c. Jabatan :

Input (Masukan)

No.	Pertanyaan
Sumber Daya Manusia (Man)	
a.	Ketersediaan tim
1	Bagaimana pendapat anda tentang jumlah anggota tim akreditasi saat ini, terutama anggota pokja anda?
2	Bagaimana pengaruhnya terhadap pembagian pengerjaan dokumen?
b.	Komitmen
1	Menurut anda, seperti apakah wujud dari komitmen yang bisa anda tunjukkan?
2	Bagaimana proses penandatanganan kontrak komitmen dilakukan?
3	Bagaimana proses rapat koordinasi dilakukan?
Material (Bahan)	
1	Bagaimana pendapat anda berkaitan dengan ketersediaan prasarana, alat kesehatan dan ATK (pena, kertas, tinta) dalam kegiatan akreditasi?
Machine (Mesin)	
1	Bagaimana pendapat anda berkaitan dengan ketersediaan dan kesiapan jaringan komputer dan printer dalam kegiatan akreditasi?
Method (Metode)	

No.	Pertanyaan
1	Bagaimana pendapat anda berkaitan dengan ketersediaan buku pedoman dalam kegiatan akreditasi?
Time (Waktu)	
1	Bagaimana pendapat anda berkaitan dengan target waktu yang ditentukan rumah sakit dalam melakukan persiapan akreditasi?
2	Menurut anda, apakah waktu yang ditargetkan cukup untuk melakukan persiapan akreditasi?
3	Menurut pendapat anda, bagaimana kesesuaian antara target waktu dan pencapaian hingga saat ini?

Proses

No.	Pertanyaan
Perencanaan	
a.	Lokakarya
	Bagaimana pendapat anda mengenai pelaksanaan lokakarya di rumah sakit?
b.	Pelatihan
	Bagaimana pendapat anda mengenai pelaksanaan pelatihan akreditasi yang anda dapatkan?
c.	Pelaksanaan <i>Self Assessment</i>
1	Bagaimana pendapat anda mengenai pelaksanaan <i>self assessment</i> yang dilakukan bersama tim akreditasi?
2	Menurut anda, berapa banyak dokumen yang telah tersedia dan berapa banyak yang perlu disediakan?
d.	Pembahasan hasil <i>Self Assessment</i>
1	Bagaimana pendapat anda mengenai pembahasan <i>self assessment</i> yang dilakukan bersama tim pendamping?
2	Menurut anda, apa manfaat dari pembahasan <i>self assessment</i> yang telah dilaksanakan?
3	Bagaimana teknis pembagian pengerjaan dokumen akreditasi?
Pengawasan	
1	Bagaimana pelaksanaan monitoring dan evaluasi yang anda lakukan terhadap anggota kelompok kerja anda?

No.	Pertanyaan
2	Kapan anda melakukan monitoring dan evaluasi hasil kerja kelompok anda?
3	Apa yang anda dapatkan dengan melakukan monitoring dan evaluasi?

Input (Pengetahuan)

No.	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1	Akreditasi rumah sakit merupakan salah satu syarat mengajukan kenaikan kelas rumah sakit.		
2	Akreditasi merupakan wujud standarisasi mutu pelayanan dan administrasi rumah sakit.		
3	Akreditasi hanya dilakukan 1 kali dan paling lama 2 tahun sejak rumah sakit mendapat ijin operasional.		
4	Rumah sakit wajib melakukan akreditasi minimal setiap 3 tahun dan diberikan kesempatan untuk mengajukan survei ulang.		
5	Rumah sakit diperbolehkan untuk memilih program akreditasi yang hendak diajukan berdasarkan pertimbangan internal rumah sakit, seperti jumlah SDM, kualifikasi SDM, luas lahan dan bangunan RS.		
6	Batas nilai kelulusan untuk akreditasi program khusus adalah lebih dari sama dengan 80% untuk setiap standart pelayanan yang disurvei.		
7	Standart Keselamatan Pasien (SKP) termasuk dalam standart akreditasi program khusus versi SNARS.		
8	RSIA Abdi Famili sedang dalam proses persiapan akreditasi program khusus dengan 12 standart yang diajukan untuk dinilai.		
9	Menurut peraturan yang berlaku, hanya rumah sakit khusus tipe C yang diperbolehkan mengikuti akreditasi program khusus.		
10	Menurut anda, apakah pada setiap elemen penilaian standart pelayanan selalu ada regulasi yang dinilai?		
11	Apakah standart akreditasi dapat disesuaikan dengan situasi dan kondisi instansi rumah sakit yang akan dinilai?		
12	Selain kelengkapan dokumen (kebijakan/prosedur), pelaksanaan dokumen dalam pelayanan di setiap unit kerja juga termasuk dalam elemen yang dinilai.		

**Panduan Wawancara Untuk Responden Penelitian
(Sekretaris Tim Akreditasi Rumah Sakit)**

Money (Pendanaan)

Judul : Gambaran Kesiapan Akreditasi Program Khusus (4 Pelayanan) Versi Standart Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Di RSIA Abdhi Famili Kabupaten Banyuwangi

Tanggal Wawancara :

Panduan Pengisian :

- a. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan Bapak/Ibu dalam menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
- b. Mohon jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani.

Karakteristik Responden :

- a. Nama :
- b. Pendidikan :
- c. Jabatan :

Money (Anggaran)

No.	Pertanyaan
1	Bagaimana proses pengajuan anggaran belanja tiap kelompok kerja?
2	Bagaimana proses pengajuan anggaran belanja kegiatan akreditasi secara menyeluruh?
3	Jelaskan mengenai sumber pendanaan kegiatan akreditasi rumah sakit anda saat ini

Panduan Wawancara Untuk Responden Penelitian

(Ketua Tim Akreditasi RSIA Abdhi Famili)

Penataan sistem manajemen dan sistem pelayanan

Judul : Gambaran Kesiapan Akreditasi Program Khusus (4 Pelayanan) Versi Standart Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Di RSIA Abdhi Famili Kabupaten Banyuwangi

Tanggal Wawancara :

Panduan Pengisian :

- a. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan Bapak/Ibu dalam menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
- b. Mohon jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani.

Karakteristik Responden :

a. Nama :

b. Pendidikan :

c. Jabatan :

No.	Pertanyaan
1	Apakah sistem manajemen RSIA Abdhi Famili sudah sesuai dengan standart akreditasi?
2	Apabila belum, bagaimana proses penataan ulang sistem manajemen yang sudah dilakukan RS untuk memenuhi standart akreditasi?
3	Apakah sistem pelayanan RSIA Abdhi Famili sudah sesuai dengan standart akreditasi?
4	Apabila belum, bagaimana proses penataan ulang sistem pelayanan yang sudah dilakukan RS untuk memenuhi standart akreditasi?

Lampiran C. Lembar Checklist Penelitian

Lembar Checklist Penelitian
(Koordinator Kelompok Kerja Sasaran Keselamatan Pasien)

Kelengkapan dokumen yang telah tersusun dan implementasi

Judul : Gambaran Kesiapan Akreditasi Program Khusus (4 Pelayanan) Versi
Standart Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Di RSIA Abdhi
Famili Kabupaten Banyuwangi

Tanggal Observasi :

Standar		Dokumen	Skor Kelengkapan			Implementasi	
SKP	No		TL (10)	TS (5)	TT (0)	Ya	Tidak
1	1	Ada regulasi yang mengatur pelaksanaan identifikasi pasien (R)					
	2	Identifikasi pasien dilakukan dengan menggunakan minimal 2 (dua) identitas dan tidak boleh menggunakan nomor kamar pasien atau lokasi pasien dirawat sesuai dengan regulasi rumah sakit (D,O,W)					
	3	Identifikasi pasien dilakukan sebelum dilakukan tindakan, prosedur diagnostik dan terapeutik (W,O,S)					
	4	Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, produk darah, pengambilan spesimen dan pemberian diet (W,O,S)					
	5	Pasien diidentifikasi sebelum pemberian radioterapi, menerima cairan intravena, hemodialisis, pengambilan darah atau pengambilan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, kateterisasi jantung, prosedur radiologi diagnostik dan identifikasi terhadap pasien koma (W,O,S)					
2	1	Ada regulasi tentang komunikasi efektif antarprofesional pemberi asuhan (R)					
	2	Ada bukti pelatihan komunikasi efektif antarprofesional pemberi asuhan (D,W)					
	3	Pesan secara verbal atau verbal lewat telpon ditulis lengkap, dibaca ulang oleh penerima pesan dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan (D,W,S)					

Standar		Dokumen	Skor Kelengkapan			Implementasi	
SKP	No		TL (10)	TS (5)	TT (0)	Ya	Tidak
3	1	Ada regulasi tentang penyediaan, penyimpanan, penataan, penyiapan dan penggunaan obat yang perlu diwaspadai (R)					
	2	Rumah sakit mengimplementasikan regulasi yang telah dibuat (D,W)					
	3	Di rumah sakit tersedia daftar semua obat yang perlu diwaspadai yang disusun berdasar atas data spesifik sesuai dengan regulasi (D,O,W)					
	4	Tempat penyimpanan, pelabelan dan penyimpanan obat yang perlu diwaspadai termasuk obat NORUM (nama obat rupa ucapan mirip) diatur ditempat aman (D,O,W)					
4	1	Ada regulasi untuk melaksanakan penandaan lokasi operasi atau tindakan invasif (<i>site marking</i>) (R)					
	2	Ada bukti rumah sakit menggunakan satu tanda di tempat sayatan operasi pertama atau tindakan invasif yang segera dapat dikenali dengan cepat sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan rumah sakit (D,O)					
	3	Ada bukti bahwa penandaan lokasi operasi atau tindakan invasif (<i>site marking</i>) dilakukan oleh staf medis yang melakukan prosedur dengan melibatkan pasien (D,O,W)					
5	1	Ada regulasi tentang pedoman kebersihan tangan yang mengacu pada standar WHO terkini (R)					
	2	Rumah sakit melaksanakan program kebersihan tangan di seluruh rumah sakit sesuai dengan regulasi (D,W)					
	3	Staf rumah sakit dapat melakukan cuci tangan sesuai prosedur (W,O,S)					
	4	Ada bukti staf melaksanakan prosedur cuci tangan (W,O,S)					
	5	Prosedur disinfeksi di rumah sakit dilakukan sesuai dengan regulasi (W,O,S)					

Standar		Dokumen	Skor Kelengkapan			Implementasi	
SKP	No		TL (10)	TS (5)	TT (0)	Ya	Tidak
	6	Ada bukti rumah sakit melaksanakan evaluasi terhadap upaya menurunkan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan (D,W)					
6	1	Ada regulasi yang mengatur tentang mencegah pasien cedera karena jatuh (R)					
	2	Rumah sakit melaksanakan suatu proses asesmen terhadap semua pasien rawat inap dan rawat jalan dengan kondisi, diagnosis dan lokasi terindikasi berisiko tinggi jatuh sesuai dengan regulasi (D,O,W)					
	3	Rumah sakit melaksanakan proses asesmen awal, asesmen lanjutan, asesmen ulang dari pasien rawat inap yang berdasar atas catatan teridentifikasi risiko jatuh (D,O,W)					
	4	Langkah-langkah diadakan untuk mengurangi risiko jatuh bagi pasien dari situasi dan lokasi yang menyebabkan pasien jatuh (D,O,W)					

Lembar Checklist Penelitian
(Koordinator Kelompok Kerja Hak Pasien dan Keluarga)

Kelengkapan dokumen yang telah tersusun dan implementasi

Judul : Gambaran Kesiapan Akreditasi Program Khusus (4 Pelayanan) Versi
Standart Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Di RSIA Abdhi
Famili Kabupaten Banyuwangi

Tanggal Observasi :

Standar		Dokumen	Skor Kelengkapan			Implementasi	
HPK	No		TL (10)	TS (5)	TT (0)	Ya	Tidak
1	1	Ada regulasi tentang hak dan kewajiban pasien dan keluarga (R)					
	2	Pimpinan rumah sakit memahami hak serta kewajiban pasien dan keluarga sebagaimana ditetapkan dalam peraturan perundang-undangan (W)					
	3	Rumah sakit menghormati hak serta kewajiban pasien dan dalam kondisi tertentu terhadap keluarga pasien bahwa pasien memiliki hak untuk menentukan informasi apa saja yang dapat disampaikan pada keluarga dan pihak lain (D,W)					
	4	Semua staf memperoleh edukasi dan memahami tentang hak serta kewajiban pasien dan keluarga, juga dapat menjelaskan tanggung jawabnya melindungi hak pasien (D,W)					
2	1	Ada regulasi tentang rumah sakit mendorong partisipasi pasien dan keluarga dalam proses asuhan dan memberi kesempatan pasien untuk melaksanakan <i>second opinion</i> tanpa rasa khawatir akan mempengaruhi proses asuhan (R)					
	2	Staf dilatih dan terlatih melaksanakan regulasi serta perannya dalam mendukung hak pasien dan keluarga untuk berpartisipasi dalam proses pelayanannya (D,W,S)					

Standar		Dokumen	Skor Kelengkapan			Implementasi	
HPK	No		TL (10)	TS (5)	TT (0)	Ya	Tidak
3	1	Ada regulasi yang mendukung konsistensi pelayanan dalam menghadapi keluhan, konflik atau beda pendapat (R)					
	2	Pasien diberitahu tentang proses menyampaikan keluhan, konflik atau perbedaan pendapat (D,W)					
	3	Keluhan, konflik dan perbedaan pendapat ditelaah serta ditindaklanjuti oleh rumah sakit serta didokumentasikan (D,W)					
	4	Pasien dan atau keluarga pasien ikut serta dalam proses penyelesaian (D,W)					
4	1	Ada regulasi bahwa setiap pasien serta keluarga mendapatkan informasi tentang hak dan kewajiban pasien (R)					
	2	Ada bukti bahwa informasi tentang hak serta kewajiban pasien diberikan tertulis kepada pasien, terpampang atau tersedia sepanjang waktu (D,O,W)					
	3	Rumah sakit menetapkan proses pemberian informasi hak dan kewajiban pasien jika komunikasi tidak efektif atau tidak tepat (W,S)					
5	1	Ada regulasi tentang persetujuan umum dan pendokumentasiannya dalam rekam medis pasien diluar tindakan yang membutuhkan persetujuan khusus (<i>informed consent</i>) tersendiri (R)					
	2	Persetujuan umum diminta saat pertama kali pasien masuk rawat jalan atau setiap masuk rawat inap (D,W)					
	3	Pasien dan atau keluarga diminta untuk membaca, lalu menandatangani persetujuan umum (D,W)					
6	1	Ada regulasi yang menetapkan pimpinan rumah sakit bertanggung jawab atas perlindungan terhadap pasien yang menjadi subjek peserta penelitian, mempromosikan kode etik dan perilaku profesional, serta					

Standar		Dokumen	Skor Kelengkapan			Implementasi	
HPK	No		TL (10)	TS (5)	TT (0)	Ya	Tidak
		mendukung kepatuhan terhadap kode etik profesi dan perilaku profesional termasuk dalam penelitian serta menyediakan sumber daya yang layak agar program penelitian berjalan dengan efektif (R)					
	2	Pimpinan rumah sakit secara lisan dan tertulis mengomunikasikan ke seluruh staf rumah sakit mengenai komitmen mereka untuk melindungi manusia/pasien sebagai subjek peserta penelitian dan mendukung perilaku yang sesuai dengan kode etik profesi/penelitian (lihat TKRS.12) (D,O,W)					
	3	Pimpinan rumah sakit menentukan komite yang bertanggung jawab atas kesinambungan perkembangan dan kepatuhan terhadap semua peraturan perundang-undangan serta regulasi rumah sakit tentang penelitian yang menggunakan manusia sebagai subjek (D,W)					
7	1	Ada komite atau mekanisme lain yang ditetapkan oleh rumah sakit yang melibatkan perwakilan masyarakat untuk mengawasi seluruh kegiatan penelitian di rumah sakit, termasuk pernyataan yang jelas mengenai maksud dari pengawasan kegiatan (R)					
	2	Kegiatan pengawasan tersebut mencakup penelaahan prosedur (D,W)					
	3	Kegiatan pengawasan tersebut mencakup prosedur untuk menimbang risiko dan manfaat bagi subjek (D,W)					
	4	Kegiatan pengawasan tersebut mencakup prosedur menjaga kerahasiaan dan keamanan informasi penelitian (D,W)					
	5	Kegiatan meliputi pengawasan saat pelaksanaan penelitian (D,W)					

Standar		Dokumen	Skor Kelengkapan			Implementasi	
HPK	No		TL (10)	TS (5)	TT (0)	Ya	Tidak
8	1	Ada regulasi yang mendukung pasien serta keluarga untuk memberikan donasi organ atau jaringan lain sesuai dengan peraturan perundang-undangan (R)					
	2	Rumah sakit memberi informasi kepada pasien dan keluarga tentang proses donasi sesuai regulasi (D,W)					
	3	Rumah sakit memberi informasi kepada pasien dan keluarga tentang organisasi penyediaan orgas sesuai dengan regulasi (D,W)					
	4	Rumah sakit memastikan terselenggaranya pengawasan yang cukup untuk mencegah pasien merasa dipaksa untuk donasi sesuai dengan regulasi (D,W)					

Lembar Checklist Penelitian**(Koordinator Kelompok Kerja Pencegahan dan Pengendalian Infeksi)****Kelengkapan dokumen yang telah tersusun dan implementasi**

Judul : Gambaran Kesiapan Akreditasi Program Khusus (4 Pelayanan) Versi
Standart Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Di RSIA Abdhi
Famili Kabupaten Banyuwangi

Tanggal Observasi :

Standar		Dokumen	Skor Kelengkapan			Implementasi	
PPI	No		TL (10)	TS (5)	TT (0)	Ya	Tidak
1	1	Ada penetapan organisasi pencegahan pengendalian infeksi bergantung pada ukuran serta kompleksitas rumah sakit dan sesuai dengan peraturan perundang-undangan (R)					
	2	Ada bukti kegiatan pelaksanaan koordinasi ketua organisasi dengan IPCN (<i>Infection Prevention and Control Nurse</i>) yang sesuai dengan ukuran dan kompleksitas pelayanan rumah sakit (D,W)					
2	1	Rumah sakit menetapkan perawat PPI dengan jumlah dan kualifikasi sesuai regulasi (R)					
	2	Ada bukti perawat PPI melaksanakan pengawasan serta supervisi semua kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi (D,W)					
	3	Ada bukti terlaksana pelaporan perawat PPI kepada ketua organisasi PPI (D,W)					
3	1	Rumah sakit menetapkan perawat penghubung PPI dengan jumlah dan kualifikasi (R)					
	2	Ada bukti pelaksanaan tugas perawat penghubung PPI sesuai dengan 1 s.d 6 pada maksud dan tujuan (D,W)					
4	1	Tersedia anggaran yang cukup untuk menunjang pelaksanaan program PPI (R)					

Standar		Dokumen	Skor Kelengkapan			Implementasi	
PPI	No		TL (10)	TS (5)	TT (0)	Ya	Tidak
	2	Tersedia fasilitas yang cukup untuk menunjang pelaksanaan program PPI (O,W)					
	3	Rumah sakit mempunyai sistem informasi untuk mendukung program PPI, khususnya terkait dengan data dan analisis angka infeksi (D,O,W)					
	4	Rumah sakit menyediakan sumber informasi dan referensi terkini yang dapat diperoleh dari 1 sampai dengan 6 pada maksud dan tujuan (D,O,W)					
5	1	Ada program PPI dan kesehatan kerja yang komprehensif di seluruh rumah sakit untuk menurunkan risiko infeksi terkait dengan pelayanan kesehatan pada pasien yang mengacu dan sesuai dengan ilmu pengetahuan terkini, pedoman praktik terkini, standar kesehatan lingkungan terkini dan peraturan perundang-undangan (R)					
	2	Ada bukti pelaksanaan program PPI untuk menurunkan risiko tertular infeksi pada pasien (D,O,W,S)					
	3	Ada bukti pelaksanaan program PPI untuk menurunkan risiko tertular infeksi pada staf klinis dan nonklinis (kesehatan kerja) (D,O,W,S)					
	4	Ada bukti pelaksanaan program PPI yang meliputi butir 1 sampai dengan 7 pada maksud dan tujuan (D,W)					
6	1	Rumah sakit menetapkan reegulasi tentang pelaksanaan surveilans meliputi butir 1 sampai 6 pada maksud dan tujuan (R)					
	2	Ada bukti pelaksanaan pengumpulan data dari butir 1 sampai dengan 6, analisis dan interpretasi data serta membuat prioritas untuk menurunkan tingkat infeksi (D,W)					
	3	Ada bukti pelaksanaan strategi pengendalian infeksi berdasar atas					

Standar		Dokumen	Skor Kelengkapan			Implementasi	
PPI	No		TL (10)	TS (5)	TT (0)	Ya	Tidak
		prioritas untuk menurunkan tingkat infeksi (D,W)					
	4	Ada bukti rumah sakit membandingkan angka kejadian infeksi rumah sakit dengan angka kkejadian infeksi rumah sakit lain (D,W)					
7	1	Rumah sakit menetapkan risiko infeksi pada prosedur dan proses asuhan invasif yang berisiko infeksi serta strategi untuk menurunkan risiko infeksi (R)					
	2	Ada bukti identifikasi prosedur dan proses asuhan invasif serta strategi untuk menurunkan risiko infeksi (D,W)					
	3	Rumah sakit melaksanakan strategi untuk menurunkan risiko infeksi pada prosedur dan proses asuhan invasif yang berisiko infeksi (D,O,W,S)					
	4	Rumah sakit telah melaksanakan kegiatan pelatihan untuk menurunkan risiko infeksi di dalam proses-proses kegiatan tersebut (D,W)					
8	1	Rumah sakit menetapkan regulasi penempatan pasien dengan penyakit menular dan pasien yang mengalami imunitas rendah (<i>immunocompromised</i>) (R)					
	2	Rumah sakit menyediakan ruangan untuk pasien yang mengalami imunitas rendah sesuai dengan peraturan perundang-undangan (O,W)					
9	1	Rumah sakit menetapkan regulasi <i>hand hygiene</i> yang mencakup kapan, di mana dan bagaimana melakukan cuci tangan mempergunakan sabun (<i>hand wash</i>) dan atau dengan disinfektan (<i>hand rubs</i>) serta tersediaan fasilitas (<i>hand hygiene</i>) (R)					

Standar		Dokumen	Skor Kelengkapan			Implementasi	
PPI	No		TL (10)	TS (5)	TT (0)	Ya	Tidak
	2	Sabun, disinfektan, handuk/tisu sekali pakai tersedia di tempat cuci tangan dan tempat melakukan disinfeksi tangan (O)					
	3	<i>Hand hygiene</i> sudah dilaksanakan dengan baik (S,O)					
	4	Ada bukti pelaksanaan pelatihan <i>hand hygiene</i> kepada semua pegawai termasuk tenaga kontrak (D,W)					
10	1	Ada regulasi manajemen data terintegrasi antara data surveilans dan data indikator mutu (R)					
	2	Ada bukti pertemuan berkala antara Komite PMKP serta Organisasi PPI untuk membahas hasil surveilans dan merancang ulang untuk perbaikan (D,W)					
	3	Ada bukti data dikumpulkan dan dianalisis untuk mendukung kegiatan PPI termasuk data infeksi berdasar atas apidemiologi penting dimonitor dan didokumentasikan (lihat juga PPI.6 EP2 dan EP3) (D,W)					
	4	Ada bukti penyampaian hasil analisis data dan rekomendasi kepada Komite PMKP setiap tiga bulan (D,W)					
11	1	Rumah sakit menetapkan regulasi program pelatihan dan edukasi tentang PPI yang meliputi butir 1 sampai dengan 5 yang ada pada maksud dan tujuan (R)					
	2	Ada bukti pelaksanaan pelatihan untuk semua staf klinis dan nonklinis sebagai bagian dari orientasi pegawai baru tentang regulasi dan praktik program PPI (lihat KKS.7 dan TKRS.5) (D,W)					
	3	Ada bukti pelaksanaan edukasi secara berkala bila ada perubahan kebijakan, prosedur serta praktik program PPI dan bila ada kecenderungan khusus					

Standar		Dokumen	Skor Kelengkapan			Implementasi	
PPI	No		TL (10)	TS (5)	TT (0)	Ya	Tidak
		(<i>new/re-emerging disease</i>) data infeksi untuk staf klinis dan nonklinis (D,W)					
	4	Ada bukti pelaksanaan edukasi untuk pasien, keluarga dan pengunjung tentang program PPI (D,W)					
	5	Ada bukti pelaksanaan penyampaian temuan dan data berasal dari kegiatan pengukuran mutu (<i>measurement</i>) ke seluruh unit di rumah sakit sebagai bagian dari edukasi berkala rumah sakit (D)					

Lembar Checklist Penelitian
(Koordinator Kelompok Kerja Kualifikasi dan Kewenangan Staf)

Kelengkapan dokumen yang telah tersusun dan implementasi

Judul : Gambaran Kesiapan Akreditasi Program Khusus (4 Pelayanan) Versi
Standart Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Di RSIA Abdhi
Famili Kabupaten Banyuwangi

Tanggal Observasi :

Standar		Dokumen	Skor Kelengkapan			Implementasi	
KKS	No		TL (10)	TS (5)	TT (0)	Ya	Tidak
1	1	Ada penetapan perencanaan kebutuhan staf rumah sakit yang berdasar atas perencanaan strategis dan perencanaan tahunan sesuai dengan kebutuhan rumah sakit (R)					
	2	Ada kejelasan hubungan antara perencanaan strategis, perencanaan tahunan dan perencanaan kebutuhan staf (D,W)					
	3	Ada bukti perencanaan kebutuhan staf berdasar atas kebutuhan tiap-tiap unit kerja khususnya unit kerja pelayanan (D,W)					
2	1	Ada kebijakan dan prosedur yang ditetapkan rumah sakit tentang pola ketenagaan dan kebutuhan jumlah staf sesuai dengan yang dijadikan dasar untuk menyusun perencanaan staf. Panduan mengatur penempatan dan penempatan kembali staf (R)					
	2	Ada pelaksanaan pola ketenagaan secara kolaborasi dengan perencanaan staf meliputi jumlah, jenis, kualifikasi (D,W)					
	3	Ada pelaksanaan pengaturan penempatan dan penempatan kembali staf sesuai dengan panduan (D,W)					
3	1	Ada regulasi proses rekrutmen staf (R)					
	2	Proses rekrutmen dilaksanakan sesuai dengan regulasi (D,W)					
	3	Proses rekrutmen dilaksanakan seragam (D,W)					

Standar		Dokumen	Skor Kelengkapan			Implementasi	
KKS	No		TL (10)	TS (5)	TT (0)	Ya	Tidak
4	1	Ada regulasi yang menetapkan proses seleksi untuk memastikan pengetahuan, keterampilan dan kompetensi staf klinis sesuai dengan kebutuhan pasien (R)					
	2	Proses seleksi dilaksanakan seragam sesuai dengan regulasi (D,W)					
	3	Anggota staf klinis baru dievaluasi pada saat mulai bekerja sesuai dengan tanggung jawabnya (D,W)					
	4	Unit kerja menyediakan data yang digunakan untuk evaluasi kinerja staf klinis (D,W)					
	5	Evaluasi staf klinis dilakukan dan didokumentasikan secara berkala minimal 1 (satu) tahun sekali sesuai dengan regulasi (D,W)					
5	1	Ada regulasi yang menetapkan proses seleksi untuk memastikan pengetahuan, keterampilan dan kompetensi staf nonklinis sesuai dengan kebutuhan rumah sakit (R)					
	2	Proses seleksi staf nonklinis dilaksanakan seragam sesuai dengan regulasi (D,W)					
	3	Anggota staf nonklinis baru dievaluasi pada saat mulai bekerja sesuai dengan tanggung jawabnya (D,W)					
	4	Unit kerja melaksanakan evaluasi kinerja staf nonklinis (D,W)					
	5	Evaluasi staf nonklinis dilakukan dan didokumentasikan secara berkala minimal satu tahun sekali sesuai dengan regulasi (D,W)					
6	1	File kepegawaian memuat kualifikasi, pendidikan, pelatihan dan kompetensi staf (R)					
	2	File kepegawaian memuat uraian tugas anggota staf (D,W)					
	3	File kepegawaian memuat proses rekrutmen staf (D,W)					
	4	File kepegawaian memuat riwayat pekerjaan staf (D,W)					

Standar		Dokumen	Skor Kelengkapan			Implementasi	
KKS	No		TL (10)	TS (5)	TT (0)	Ya	Tidak
	5	<i>File</i> kepegawaian memuat hasil evaluasi dan penilaian kinerja staf (D,W)					
	6	<i>File</i> kepegawaian memuat salinan sertifikat pelatihan di dalam maupun di luar rumah sakit (D,W)					
	7	<i>File</i> kepegawaian selalu diperbaharui (D,W)					
7	1	Ada regulasi yang menetapkan orientasi umum dan khusus bagi staf klinis dan nonklinis baru (R)					
	2	Ada bukti staf klinis dan nonklinis baru diberikan orientasi umum dan khusus (D,W)					
	3	Staf kontrak, magang dan peserta didik mendapat pelatihan tentang orientasi umum dan khusus (D,W)					
8	1	Ada program pendidikan dan pelatihan berdasar atas sumber data yang meliputi butir 1 sampai 6 pada maksud dan tujuan (R)					
	2	Pendidikan dan pelatihan dilaksanakan sesuai dengan program (D,W)					
	3	Staf rumah sakit diberi pendidikan dan pelatihan berkelanjutan di dalam dan di luar rumah sakit yang relevan untuk meningkatkan kemampuannya (D,W)					
	4	Rumah sakit menyediakan waktu, anggaran dan fasilitas untuk semua staf dalam berpartisipasi mengikuti pendidikan dan pelatihan yang diperlukan (D,W)					
9	1	Proses penerimaan, kredensial, penilaian kerja dan rekredensial staf medis diatur dalam peraturan internal staf medis (<i>medical staf bylaws</i>) (R)					
	2	Setiap dokter yang memberikan pelayanan di rumah sakit wajib menandatangani perjanjian sesuai dengan regulasi rumah sakit (D,W)					
	3	Ada proses kredensial dan pemberian kewenangan klinis oleh rumah sakit untuk pelayanan diagnostik, konsultasi					

Standar		Dokumen	Skor Kelengkapan			Implementasi	
KKS	No		TL (10)	TS (5)	TT (0)	Ya	Tidak
		dan tata laksana yang diberikan oleh dokter praktik mandiri dari luar rumah sakit seperti kedokteran jarak jauh (<i>telemedicine</i>), radiologi jarak jauh (<i>teleradiology</i>) dan interpretasi untuk pemeriksaan diagnostik lain: elektrokardiogram (EKG), elektroensefalogram (EEG), elektromiogram (EMG) serta pemeriksaan lain yang serupa (D,W)					
10	1	Direktur menetapkan kewenangan klinis setelah mendapat rekomendasi dari Komite Medik termasuk kewenangan tambahan (R)					
	2	Ada bukti pemberian kewenangan klinis berdasar atas rekomendasi kewenangan klinis dari Komite Medik (D,W)					
	3	Ada bukti pelaksanaan pemberian kewenangan tambahan setelah melakukan verifikasi dari sumber yang mengeluarkan kredensial (D,W)					
	4	Surat penugasan klinis dan rincian kewenangan klinis anggota staf medis dalam bentuk tercetak atau elektronik (<i>softcopy</i>) atau media lain tersedia di semua unit pelayanan (kamar operasi, unit darurat, <i>nurse station</i>) tempat anggota staf medis tersebut memberikan pelayanan (D,W)					
11	1	Ada regulasi penilaian kinerja untuk evaluasi mutu praktik profesional berkelanjutan, etik dan disiplin staf medis (R)					
	2	Ada bukti monitoring dan evaluasi mutu praktik profesional berkelanjutan, etik dan disiplin staf medis untuk peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien (D,W)					
	3	Data dan informasi hasil pelayanan klinis dari staf klinis di- <i>review</i> secara objektif dan berdasar atas bukti, jika ada					

Standar		Dokumen	Skor Kelengkapan			Implementasi	
KKS	No		TL (10)	TS (5)	TT (0)	Ya	Tidak
		dilakukan <i>benchmarking</i> dengan pihak eksternal rumah sakit (D,W)					
	4	Data dan informasi berasal dari proses monitoring dikaji sekurang-kurangnya setiap 12 bulan oleh kepala unit layanan, ketua kelompok staf medis, subkomite mutu, manajer pelayanan medis. Hasil, simpulan dan tindakan yang dilakukan didokumentasikan didalam <i>file</i> kredensial staf medis atau dokumen lain yang relevan (D,W)					
	5	Bila ada temuan yang berdampak pada pemberian kewenangan staf klinis, ada proses untuk tindak lanjut terhadap temuan dan tindakan tersebut didokumentasi dalam <i>file</i> staf medis dan disampaikan ke tempat staf medis memberikan pelayanan (D,W)					
12	1	Berdasar atas monitoring dan evaluasi berkelanjutan kredensial anggota staf medis yang dilaksanakan paling sedikit setiap 3 (tiga) tahun ditetapkan kewenangan klinisnya apakah tetap, bertambah atau berkurang (R)					
	2	Ada bukti dokumen setiap anggota staf medis selalu diperbaharui secara periodik (D,W)					
	3	Ada bukti pemberian kewenangan tambahan didasarkan atas kredensial yang telah diverifikasi dari sumber aslinya sesuai dengan peraturan perundang-undangan (D)					
13	1	Ada regulasi rumah sakit dengan proses yang efektif untuk mengumpulkan, verifikasi dan mengevaluasi kredensial staf keperawatan (pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, pelatihan dan pengalaman) (R)					
	2	Tersedia dokumentasi pendidikan, registrasi, sertifikasi, izin, pelatihan dan pengalaman (D,W)					


Standar		Dokumen	Skor Kelengkapan			Implementasi	
KKS	No		TL (10)	TS (5)	TT (0)	Ya	Tidak
	3	Terdapat pelaksanaan verifikasi dari sumber aslinya yang seragam (D,W)					
	4	Ada dokumen kredensial yang dipelihara dari setiap anggota staf keperawatan (D,W)					
14	1	Ada penetapan rincian kewenangan klinis perawat berdasar atas pendidikan, registrasi, sertifikasi, izin, pelatihan dan pengalaman anggota staf keperawatan (R)					
	2	Ada pelaksanaan proses pembuatan rincian kewenangan klinis sesuai dengan peraturan perundang-undangan (D,W)					
	3	Ada berkas kredensial yang dipelihara dari setiap staf keperawatan (D,W)					
15	1	Ada dokumentasi penilaian mutu staf keperawatan berpartisipasi di dalam program peningkatan mutu rumah sakit (D,W)					
	2	Kinerja individual staf keperawatan dikaji bila ada temuan dalam aktivitas peningkatan mutu (D,W)					
	3	Seluruh data proses <i>review</i> kinerja staf keperawatan didokumentasikan dalam kredensial perawat atau dokumen lainnya (D,W)					
16	1	Ada regulasi rumah sakit untuk proses yang efektif untuk mengumpulkan, verifikasi dan mengevaluasi kredensial profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya (pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, pelatihan dan pengalaman) (R)					
	2	Tersedia dokumentasi pendidikan, registrasi, sertifikasi, izin, pelatihan dan pengalaman (D,W)					
	3	Terdapat pelaksanaan verifikasi dari sumber aslinya yang seragam (D,W)					
	4	Ada dokumen kredensial yang dipelihara dari setiap anggota profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya (D,W)					

Standar		Dokumen	Skor Kelengkapan			Implementasi	
KKS	No		TL (10)	TS (5)	TT (0)	Ya	Tidak
17	1	Ada penetapan rincian kewenangan klinis profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya berdasar atas pendidikan, registrasi, sertifikasi, izin, pelatihan dan pengalaman anggota staf klinis lainnya (R)					
	2	Ada pelaksanaan proses pembuatan rincian kewenangan klinis sesuai dengan peraturan perundang-undangan (D,W)					
	3	Ada berkas kredensial yang dipelihara dari setiap profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya (D,W)					
18	1	Ada dokumentasi penilaian mutu profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya berpartisipasi di dalam program peningkatan mutu rumah sakit (D,W)					
	2	Kinerja individual profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya dikaji bila ada temuan dalam aktivitas peningkatan mutu (D,W)					
	3	Seluruh data proses <i>review</i> kinerja profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya didokumentasikan dalam kredensial profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya atau dokumen lainnya (D,W)					

Lampiran D. Lembar *Template* Penghitungan Skor Elemen Penilaian

SKP	No	Elemen Penilaian	Nilai	Capaian SKP
1	1	Ada regulasi yang mengatur pelaksanaan identifikasi pasien (R)		0.00%
	2	Identifikasi pasien dilakukan dengan menggunakan minimal 2 (dua) identitas dan tidak boleh menggunakan nomor kamar pasien atau lokasi pasien dirawat sesuai dengan regulasi rumah sakit (D,O,W)		
	3	Identifikasi pasien dilakukan sebelum dilakukan tindakan, prosedur diagnostik dan terapeutik (W,O,S)		
	4	Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, produk darah, pengambilan spesimen dan pemberian diet (W,O,S)		
	5	Pasien diidentifikasi sebelum pemberian radioterapi, menerima cairan intravena, hemodialisis, pengambilan darah atau pengambilan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, kateterisasi jantung, prosedur radiologi diagnostik dan identifikasi terhadap pasien koma (W,O,S)		
2	1	Ada regulasi tentang komunikasi efektif antarprofesional pemberi asuhan (R)		
	2	Ada bukti pelatihan komunikasi efektif antarprofesional pemberi asuhan (D,W)		
	3	Pesan secara verbal atau verbal lewat telpon ditulis lengkap, dibaca ulang oleh penerima pesan dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan (D,W,S)		
3	1	Ada regulasi tentang penyediaan, penyimpanan, penataan, penyiapan dan penggunaan obat yang perlu diwaspadai (R)		
	2	Rumah sakit mengimplementasikan regulasi yang telah dibuat (D,W)		
	3	Di rumah sakit tersedia daftar semua obat yang perlu diwaspadai yang disusun berdasar atas data spesifik sesuai dengan regulasi (D,O,W)		
	4	Tempat penyimpanan, pelabelan dan penyimpanan obat yang perlu diwaspadai termasuk obat NORUM (nama obat rupa ucapan mirip) diatur ditempat aman (D,O,W)		
SKP	No	Elemen Penilaian	Nilai	Capaian SKP

- 4 1 Ada regulasi untuk melaksanakan penandaan lokasi operasi atau tindakan invasif (*site marking*) (R)
Ada bukti rumah sakit menggunakan satu tanda di tempat sayatan operasi pertama atau tindakan invasif yang segera dapat dikenali dengan cepat sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan rumah sakit (D,O)
- 2 2 Ada bukti bahwa penandaan lokasi operasi atau tindakan invasif (*site marking*) dilakukan oleh staf medis yang melakukan prosedur dengan melibatkan pasien (D,O,W)
- 5 1 Ada regulasi tentang pedoman kebersihan tangan yang mengacu pada standar WHO terkini (R)
Rumah sakit melaksanakan program kebersihan tangan di seluruh rumah sakit sesuai dengan regulasi (D,W)
- 2 2 Staf rumah sakit dapat melakukan cuci tangan sesuai prosedur (W,O,S)
- 3 3 Ada bukti staf melaksanakan prosedur cuci tangan (W,O,S)
- 4 4 Prosedur disinfeksi di rumah sakit dilakukan sesuai dengan regulasi (W,O,S)
- 5 5 Ada bukti rumah sakit melaksanakan evaluasi terhadap upaya menurunkan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan (D,W)
- 6 1 Ada regulasi yang mengatur tentang mencegah pasien cedera karena jatuh (R)
Rumah sakit melaksanakan suatu proses asesmen terhadap semua pasien rawat inap dan rawat jalan dengan kondisi, diagnosis dan lokasi terindikasi berisiko tinggi jatuh sesuai dengan regulasi (D,O,W)
- 2 2 Rumah sakit melaksanakan proses asesmen awal, asesmen lanjutan, asesmen ulang dari pasien rawat inap yang berdasar atas catatan teridentifikasi risiko jatuh (D,O,W)
- 3 3 Langkah-langkah diadakan untuk mengurangi risiko jatuh bagi pasien dari situasi dan lokasi yang menyebabkan pasien jatuh (D,O,W)
- 4 4

Lampiran E. Surat Ijin Penelitian

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jalan Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember 68121
Telepon (0331) 337878, 322995, 322996, 331743 Faksimile (0331) 322995
Laman : www.fkm.unej.ac.id

Nomor : 688 / UN25.1.12 / SP / 2018 06 FEB 2018
Lampiran : Satu bendel
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian


Yth. Kepala Bakesbangpol - Linmas
Kabupaten Banyuwangi
Banyuwangi

Dalam rangka menyelesaikan penyusunan skripsi mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember, maka kami mohon dengan hormat ijin bagi mahasiswa yang namanya tersebut di bawah ini, untuk melaksanakan penelitian :

Nama : Dewi Purnamasari
NIM : 142110101205
Judul penelitian : Gambaran Kesiapan Akreditasi Program Khusus (4 Pelayanan) Versi SNARS Di RSIA Abdhi Famili Kabupaten Banyuwangi
Tempat penelitian : 1. Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi
2. RSIA Abdhi Famili Banyuwangi
Lama penelitian : Februari – Maret 2018

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan proposal skripsi.

Atas perhatian dan perkenannya kami sampaikan terima kasih.

Wakil Dekan
Bidang Akademik,

Dr. Farida Wahyu Ningtyias, M.Kes.
NIP. 198010092005012002

**RSIA ABDHI FAMILI**

Jl. Diponegoro No. 5 RT.005 RW.001 Wringinrejo-Gambiran-Banyuwangi

Telp. (0333) 842219 Fax. 0333-842723, email: rsiaabdhifamilibwi@gmail.com**SURAT KETERANGAN**

Nomor: B.0126/DI/S.Ket/AF/V/2018

Dengan ini menerangkan :

Nama : Dewi Purnamasari
NIM : 142110101205
Fak/Jurusan : Administrasi Kebijakan Kesehatan
Universitas : Universitas Jember

Adalah benar-benar telah melakukan penelitian dalam rangka penulisan skripsinya yang berjudul:


“GAMBARAN KESIAPAN AKREDITASI PROGRAM KHUSUS (4 PELAYANAN) VERSI STANDART NASIONAL AKREDITASI RUMAH SAKIT (SNARS)” DI RSIA ABDHI FAMILI KABUPATEN BANYUWANGI.

Gambiran, 30 Mei 2018

a.n. PJS. Direktur RSIA Abdhi Famili

Wakil Direktur,

dr. Nimas Prita RahajeningtyasKusuma Wardani

Lampiran F. SK Direktur RSIA Abdhi Famili

RSIA ABDHI FAMILI
Jl. Diponegoro No. 5 RT.005 RW.001 Wringinrejo-Gambiran-Banyuwangi
Telp. 0333-842219 Fax. 0333-842723, email: rsiaabdhifamilibwi@gmail.com

**SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK ABDHI FAMILI**

NOMOR: 0023/DI/SK/AF/IV/2018

TENTANG

**PEMBENTUKAN TIM AKREDITASI
RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK ABDHI FAMILI**

DIREKTUR RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK ABDHI FAMILI

Menimbang : a. Bahwa agar Rumah Sakit Ibu dan Anak Abdhi Famili memenuhi standar dalam menyediakan pelayanan yang bermutu, aman, dan terjangkau bagi masyarakat secara berkesinambungan, maka dipandang perlu adanya Akreditasi di Rumah Sakit Ibu dan Anak Abdhi Famili;
b. Bahwa untuk memenuhi Akreditasi maka perlu dibentuk Tim agar Akreditasi dapat berjalan dengan baik.

Mengingat : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 012 Tentang Akreditasi Rumah Sakit

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT TENTANG PEMBENTUKAN TIM AKREDITASI RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK ABDHI FAMILI

PERTAMA : Mencabut SK Nomor: 0008/DI/SK/AF/III/2017 tentang Pembentukan Tim Akreditasi

- KEDUA : Menunjuk dan mengangkat Tim Akreditasi Rumah Sakit Ibu dan Anak Abdhi Famili dengan susunan keanggotaan yang tercantum dalam lampiran keputusan ini;
- KETIGA : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapan ini, akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Gambiran
Pada tanggal : 10 April 2018

PJS Direktur,



dr. Tri Suastono, Sp. OG

Lampiran : SK Pembentukan Tim
Akreditasi Rumah Sakit Ibu
dan Anak Abdhi Famili
Nomor : 0023/DI/SK/AF/IV/2018
Tanggal : 10 April 2018

**SUSUNAN KEANGGOTAAN TIM AKREDITASI
RSIA ABDHI FAMILI**

Ketua : dr. Nimas Prita Rahajeningtyas Kusuma Wardani
Kesekretariatan : Ulfi Kurniati, S.Kom
Khoirul Anwar
Arifianita

POKJA PPI : Ketua : Miftahul Fitriyah, Amd. Kep
Wakil : Shella Olivia Mardani, S.K.M
Anggota :
1. Primei Putri Wulandari, S.ST
2. Yuliana, Amd. Keb
3. Lestari Asih, Amd. Gz

POKJA KKS : Ketua : Erwin Krisna Yuda, Amd. Kep
Wakil : Ratna Dwi Lestari, Amd. Keb
Anggota :
1. Rizki Utami, S.E
2. Aulia Putri Ramadhanti, Amd. Kep
3. Enggar Punianing Tyas, Amd. Keb
4. Hanum Filan Maulidia, Amd. Keb

POKJA HPK : Ketua : Lestari Dwi Puspitasari, Amd. Keb
Wakil : Ani Amalia, Amd. Keb
Anggota :
1. Tantri Darmesti, Amd. Kep
2. Wanti Bayuaji Lestari, Amd. Keb
3. Dessy Ratna Fauziah, S.ST

POKJA SKP

: Ketua : Ana Fitriyah, S.ST

Wakil : Vidi Sandi Tyas, Amd. Keb

Anggota :

1. Danik Okta S, S.Farm. Apt
2. Ana Sri Wahyuni, Amd. Kep
3. Yulida Ikhrimatin, Amd. Kep

Ditetapkan di : Gambiran

Pada tanggal : 10 April 2018

PJS Direktur



dr. Yri Suastono, Sp. OG

Lampiran G. Dokumentasi



Wawancara dan telusur dokumen pokja SKP



Wawancara dan telusur lapangan pokja SKP (identifikasi pasien)



Wawancara dan telusur dokumen pokja HPK



Wawancara dan telusur lapangan pokja HPK (penanganan komplain)



Wawancara dan telusur dokumen pokja PPI



Wawancara dan telusur lapangan pokja PPI (*hand hygiene*)



Wawancara dan telusur dokumen pokja KKS



Wawancara dan telusur lapangan pokja KKS (*verifikasi file kepegawaian*)