



KOMISI AKREDITASI RUMAH SAKIT

---

# PEDOMAN TATA LAKSANA SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT

---

*edisi II, tahun 2013*



## KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat dan hidayah-Nya bahwa buku Pedoman Tata Laksana Survei Akreditasi Rumah Sakit telah memasuki edisi II.

Buku Pedoman Tata Laksana Survei Akreditasi Rumah Sakit disusun untuk memenuhi kebutuhan surveior dalam pelaksanaan survei akreditasi rumah sakit dan untuk rumah sakit dalam rangka menyiapkan penilaian dengan survei ini. Perubahan tata laksana survei yang sangat dinamis mengikuti perkembangan akreditasi rumah sakit dunia, maka Komisi Akreditasi merasa perlu untuk mengeluarkan pedoman edisi II

Masih sama dengan buku edisi I, Pedoman tata laksana survei akreditasi ini merupakan bagian yang tak terpisahkan dari Standar Akreditasi Rumah Sakit versi 2012. Karena itu, agar dapat menggunakan buku ini dengan baik, perlu terlebih dahulu memahami Standar Akreditasi Rumah Sakit versi 2012 tersebut.

Semoga Buku Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit ini dapat bermanfaat bagi para pembacanya.

Jakarta, September 2013  
Tim Penyusun

## **KATA SAMBUTAN**

### **KETUA KOMISI AKREDITASI RUMAH SAKIT**



Di era globalisasi, peningkatan mutu pelayanan rumah sakit di Indonesia perlu terus ditingkatkan sehingga dapat sejajar dengan mutu layanan rumah sakit di Negara-negara maju lainnya. Dalam rangka peningkatan mutu pelayanan tersebut, setiap 3 (tiga) tahun sekali rumah sakit wajib mengikuti akreditasi rumah sakit sesuai ketentuan Undang-Undang RS Nomor 44 Tahun 2009, pasal 40.

Di sisi lain perkembangan akreditasi di dunia berjalan sangat cepat, yang dulunya standar lebih berfokus kepada pemberi pelayanan telah berubah menjadi berfokus kepada pasien. Perubahan tersebut telah diikuti oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) yang bersama-sama dengan Kementerian Kesehatan telah menyusun standar versi 2012 yang berfokus kepada pasien.

Selain perubahan standar, metoda survei juga berubah yaitu menggunakan metoda telusur. Karena itu Komisi Akreditasi Rumah Sakit merasa perlu menyusun buku-buku panduan yang dapat sebagai acuan para surveior dan juga pihak rumah sakit berkaitan dengan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pelayanan pasien melalui kegiatan akreditasi.

Buku Pedoman Akreditasi Rumah Sakit ini sangat diperlukan, baik untuk surveior maupun pihak rumah sakit, dan berisi proses kegiatan yang akan dilakukan surveior pada waktu pelaksanaan kegiatan survei di tempat. Dengan demikian diharapkan dapat membantu surveior dalam melakukan survei, serta membantu rumah sakit dalam mempersiapkan proses survei akreditasi.

Harapan saya agar buku edisi II ini dapat dimanfaatkan sebaik-baiknya dan dilakukan peninjauan kembali secara berkala, sejalan dengan perkembangan akreditasi rumah sakit. Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) sangat menghargai masukan dan perbaikan dari semua pihak, yang berkepentingan dengan pe-layanan rumah sakit yang lebih bermutu dan lebih aman.

Kepada tim penyusun saya selaku Ketua KARS mengucapkan terima kasih.

Jakarta, September 2013  
Ketua Komisi Akreditasi Rumah Sakit

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'S' followed by a horizontal line and a vertical stroke.

Dr. dr. Sutoto, M.Kes

## DAFTAR ISI

Kata Pengantar		1
Sambutan Ketua Komisi Akreditasi Rumah Sakit		2
Daftar Isi		3
BAB I	Pendahuluan	4
	1.1. Latar Belakang	4
	1.2. Tujuan	4
BAB II	Pengertian	5
BAB III	Tata Cara Survei Akreditasi	6
	3.1. Ketentuan Survei	6
	3.2. Persiapan Survei Akreditasi	9
	3.3. Pelaksanaan Survei Akreditasi	10
	3.4. Pelaporan dan hasil Survei Akreditasi	12
	3.5. Publikasi Akreditasi	12
	3.6. Siklus Akreditasi berkesinambungan	13
BAB IV	Kelulusan Akreditasi Rumah Sakit	14
	4.1. Ketentuan Penilaian	14
	4.2. Ketentuan Kelulusan	21
BAB V	Metodologi telusur	24
BAB VI	Jadwal Acara Survei	29
	6.1. Pembukaan Pertemuan	30
	6.2. Rencana Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dan MDGs	32
	6.3. Perencanaan Survei	34
	6.4. Telaah Dokumen	36
	6.5. Verifikasi dan Masukan (Debriefing Harian)	43
	6.6. Pemeriksaan Keliling Fasilitas	45
	6.7. Kegiatan Telusur Pasien Individual	49
	6.8. Telusur Sistem Manajemen Penggunaan Obat	52
	6.9. Telusur Sistem Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	56
	6.10. Telusur Sistem Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	59
	6.11. Telusur Sistem Manajemen Fasilitas dan Keselamatan	64
	6.12. Kegiatan Survei Terfokus	69
	6.13. Sesi Edukasi	71
	6.14. Kualifikasi dan Pendidikan Staf	72
	6.15. Telaah Rekam Medis Tertutup	74
	6.16. Wawancara dengan Pimpinan	76
	6.17. Pertemuan Tim Surveior	78
	6.18. Persiapan Penyusunan Laporan	79
6.19. Exit Conference	80	
Lampiran – lampiran		

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar belakang**

Perkembangan akreditasi rumah sakit di dunia sangat cepat. Di mulai dengan perubahan standar yang semula berfokus kepada pemberi pelayanan, telah bergeser menjadi berfokus kepada pasien. Perubahan tersebut diikuti pula dengan perubahan metoda survei yang semula hanya berfokus kepada struktur, telah berubah menjadi berfokus kepada struktur - proses - keluaran. Oleh karena itu untuk memastikan bahwa rumah sakit telah memenuhi standar yang telah ditetapkan, perlu dilakukan penelusuran pengalaman pasien dalam menerima pelayanan dan juga penelusuran sistem dan proses di mana penerima pelayanan berada dalam seluruh sistem rumah sakit tersebut.

Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) yang merupakan lembaga independen akreditasi di Indonesia sudah selanjutnya mengikuti perubahan akreditasi tersebut. Metoda survei yang semula lebih banyak melihat dokumen, kemudian baru dilakukan observasi dan wawancara; telah berubah menjadi lebih banyak dilakukan wawancara dan observasi dari pada telaah dokumen, dengan menggunakan metode telusur.

Dengan telah disusunnya Standar Akreditasi Rumah Sakit versi 2012 serta berubahnya metode survei maka perlu ditindak lanjuti dengan penyusunan tata laksana surveinya, sehingga ada acuan yang menjadi tata kerja seragam dalam melaksanakan survei akreditasi rumah sakit di Indonesia.

### **1.2. Tujuan pedoman**

Tujuan umum :

Terlaksananya peningkatan mutu survei akreditasi rumah sakit

Tujuan khusus :

- a. Sebagai acuan surveior melaksanakan survei akreditasi rumah sakit.
- b. Sebagai acuan rumah sakit mempersiapkan akreditasi rumah sakit.
- c. Sebagai acuan dalam melakukan pelatihan surveior akreditasi.
- d. Sebagai acuan dalam melakukan pelatihan-pelatihan akreditasi rumah sakit.

## **BAB II PENGERTIAN**

- 2.1. Akreditasi Rumah Sakit, selanjutnya disebut akreditasi, adalah pengakuan terhadap rumah sakit yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri, setelah dinilai bahwa rumah sakit itu memenuhi standar pelayanan rumah sakit yang berlaku untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit secara berkesinambungan
- 2.2. Survei Akreditasi Rumah Sakit adalah kegiatan penilaian di tempat untuk mengukur seberapa jauh rumah sakit mematuhi standar yang ditetapkan
- 2.3. Surveior Akreditasi Rumah Sakit adalah tenaga kesehatan yang terdiri dari dokter dengan kemampuan administrasi manajemen rumah sakit, dokter spesialis dan perawat yang melakukan survei akreditasi tersebut
- 2.4. Staf Klinik adalah tenaga medis, tenaga keperawatan dan tenaga kesehatan profesional lainnya yang memberikan pelayanan langsung ke pasien

## **BAB III**

### **TATA CARA SURVEI AKREDITASI**

#### **3.1. KETENTUAN SURVEI :**

##### **3.1.1. Standar Akreditasi Versi 2012 yang dilakukan survei terdiri dari:**

- a. Kelompok Standar Berfokus Pada Pasien
  - BAB 1 : Akses ke Pelayanan dan Kontinuitas pelayanan APK)
  - BAB 2 : Hak Pasien dan Keluarga (HPK)
  - BAB 3 : Asesmen Pasien (AP)
  - BAB 4 : Pelayanan Pasien (PP)
  - BAB 5 : Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)
  - BAB 6 : Manajemen dan Penggunaan Obat (MPO)
  - BAB 7 : Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK)
  
- b. Kelompok Standar Manajemen Rumah Sakit
  - BAB 1 : Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)
  - BAB 2 : Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
  - BAB 3 : Tata kelola, Kepemimpinan dan Pengarahan (MFK)
  - BAB 4 : Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)
  - BAB 5 : Kualifikasi dan Pendidikan Staf
  - BAB 6 : Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI)
  
- c. Sasaran Keselamatan Pasien
  
- d. Sasaran Program MDGs

### 3.1.2. Jenis surveior

Surveior akreditasi rumah sakit terdiri dari 3 (tiga) katagori yaitu :

- a. **Surveior Manajemen** disingkat MJ adalah surveior dengan pendidikan dokter dengan tambahan pendidikan manajemen/ manajemen rumah sakit.
- b. **Surveior Medis** disingkat MD adalah surveior dengan pendidikan dokter spesialis.
- c. **Surveior Keperawatan** disingkat PW adalah surveior dengan pendidikan S1 / S2 Keperawatan.

### 3.1.3. Pembagian tugas surveior.

Standar akreditasi versi 2012 terdiri dari 15 bab maka agar pelaksanaan survei lebih terarah, diperlukan pembagian tugas para surveior. Pembagian tugas lebih dititik beratkan untuk penanggungjawab penetapan skor, nilai dan pelaporan. Karena pada waktu pelaksanaan survei, kegiatan dilakukan secara terintegrasi dan setiap surveior harus saling melengkapi survei yang dilakukan untuk pengumpulan informasi yang diperlukan.

Pembagian tugas sebagai berikut :

1. Surveior manajemen
  - 1.1. Manajemen dan Penggunaan Obat (MPO)
  - 1.2. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)
  - 1.3. Tata Kelola, Kepemimpinan dan Pengarahan (TKP)
  - 1.4. Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)
  - 1.5. Kualifikasi Pendidikan dan Staf (KPS)
  - 1.6. Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI)\* Khusus Standar MKI 9. 17, 18, 20, 20.1, 20.2
2. Surveior medis
  - 2.1. Akses ke Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan (APK)
  - 2.2. Asesmen Pasien (AP)
  - 2.3. Pelayanan Pasien (PP)
  - 2.4. Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)
  - 2.5. Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI)
  - 2.6. Kualifikasi Pendidikan dan Staf (KPS)\*, khusus untuk standar KPS 9; 9.1; 10; 11
  - 2.7. Tata Kelola, Kepemimpinan dan Pengarahan (TKP)\* khusus standar TKP 3.2; 5.3; 5.5

### 3. Surveior Keperawatan

3.1. Hak Pasien dan Keluarga (HPK)

3.2. Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK)

3.3. Pencegahan dan pengendalian Infeksi (PPI)

3.4. Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

3.5. Sasaran Program MDGs

3.6. Kualifikasi Pendidikan dan Staf (KPS)\*, khusus standar KPS 12; 13; 14

3.7. Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI)\* Khusus MKI 3, 6, 20, 20.1, 20.2

3.8. Tata Kelola, Kepemimpinan dan Pengarahan (TKP)\* khusus standar TKP 3.2; 5.3; 5.5

Yang perlu diperhatikan adalah walaupun sudah ada pembagian tugas namun surveior harus tetap memahami dan menguasai semua standar dan elemen penilaian (EP) di setiap standar akreditasi yang terdiri dari 15 bab tersebut. Pembagian tugas lebih diperuntukkan untuk penanggung jawab penetapan skor dan nilai serta pelaporan. Surveior lainnya dapat memberikan masukan hasil temuan ke penanggung jawab penetapan skor dan nilai sehingga skor dan nilai tersebut dapat lebih obyektif.

**Untuk survei akreditasi yang dilakukan lebih dari 3 orang maka Ketua Tim Survei mempunyai kewajiban untuk membagi tugas ke anggotanya sesuai kompetensi yang bersangkutan dengan mengacu pembagian tugas tersebut di atas.**

### 4. Penentuan jumlah surveior dan jumlah hari survei

Mengingat rumah sakit di Indonesia sangat bervariasi, maka jumlah surveior dan jumlah hari survei tergantung besar kecil dan kompleksitas rumah sakit. Ketentuan jumlah surveior dan jumlah hari survei sebagai berikut. :

Jumlah TT RS	Jml hari survei	Jumlah Surveior	Jenis Surveior		
			MJ	MD	PW
Kelas Pratama	2 hari	2 orang	1/0 orang	1/0 orang	1 orang
< 300 TT	3 hari	3 orang	1 orang	1 orang	1 orang
301–700 TT	4 hari	4 orang	1/2 orang	1/2 orang	1 orang
701–1000 TT	4 hari	6 orang	1/2 orang	1/2 orang	1/2 orang
>1000 TT	5 hari	6 orang	1/2 orang	1/2 orang	1/2 orang

### 3.2. PERSIAPAN SURVEI AKREDITASI

Persiapan survei akreditasi dimulai setelah Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) menerima surat permohonan untuk dilakukan survei akreditasi rumah sakit dan isian lengkap Berkas Permohonan Survei Akreditasi Rumah Sakit. Berkas Permohonan Survei Akreditasi Rumah Sakit dapat diunduh dari web site KARS ([www.kars.or.id](http://www.kars.or.id)), di mana kedua belah pihak (rumah sakit dan KARS) membuat persiapan untuk pelaksanaan survey. Untuk membantu rumah sakit mempersiapkan diri, KARS menyediakan beberapa jenis kegiatan: seminar, lokakarya (workshop), bimbingan dan survei simulasi akreditasi.

#### 1. Persiapan rumah sakit

- a. Pimpinan rumah sakit mengisi berkas permohonan survei akreditasi dan hasil self asesmen (minimal capaian 80 % untuk setiap bab) dan mengirimkan ke KARS paling lambat 1 (satu) bulan sebelum jadwal survei yang diinginkan. Untuk akreditasi ulang, surat permohonan survei yang dilengkapi dengan isian berkas permohonan survei harus diterima KARS 3 (tiga) bulan sebelum habis masa berlaku sertifikat.
- b. Survei akreditasi dapat dilaksanakan bila pimpinan tertinggi di rumah sakit (Direktur utama/Kepala) sudah memenuhi ketentuan pasal 34 undang – undang no 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
- c. Pimpinan rumah sakit menandatangani penjanjian kontrak survei dan mengirimkan ke KARSselambat-lambatnya 10 hari kerja sebelum pelaksanaan kerja
- d. Pimpinan rumah sakit menandatangani surat pernyataan tentang kesediaan pimpinan tertinggi rumah sakit untuk berada di RS selama proses survei dan mengirimkan kembali ke KARS paling lambat 10 hari kerja sebelum pelaksanaan survei.
- e. Setelah pemberitahuan jadwal survei dari KARS maka rumah sakit harus :
  - Segera melunasi biaya survei akreditasi paling lambat 10 (sepuluh) hari kerja sebelum pelaksanaan survei. Bukti transfer dikirimkan dengan faksimil atau e-mail ke KARS.
  - Menghubungi Sekretariat Komisi Akreditasi Rumah Sakit; untuk melakukan koordinasi dan membahas rencana pelaksanaan survei di rumah sakit tersebut.
  - Bila diperlukan Rumah Sakit mengirimkan e-file (digital) kebijakan, pedoman & SPO yang terlampir ke KARS untuk ditelaah terlebih dahulu oleh surveior.
  - Mempersiapkan dokumen yang diperlukan pada waktu survei di tempat, antara lain sebagai berikut. :
    - a) Struktur organisasi rumah sakit
    - b) Daftar akurat dari pasien yang menerima pelayanan pada saat pelaksanaan survei, termasuk diagnosis, umur, unit pelayanan, dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) dan tanggal dirawat.
    - c) Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien, monitoring dan data indikator yang harus ada.
    - d) Panduan Praktik Klinis, Alur klinis (Clinical pathways).

- e) Proaktif kajian risiko, seperti failure mode and effects analysis (FMEA), hazard vulnerability analysis (HVA), dan infection control risk assessment (ICRA).
  - f) Rencana rumah sakit (misalnya facility management and safety plan).
  - g) Kebijakan dan prosedur yang dipersyaratkan, dokumen tertulis, atau bylaws.
  - h) 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.
  - i) Contoh semua formulir rekam medis
  - j) Daftar kebijakan, prosedur, pedoman dan program yang dibutuhkan.
- Memberitahu Dinas Kesehatan Propinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota tanggal pelaksanaan survei akreditasi rumah sakit.
2. Persiapan Komisi Akreditasi Rumah Sakit sebagai berikut :
- a. KARS menerima aplikasi permohonan survei dari rumah sakit dan hasil self asesmen rumah sakit serta perjanjian kontrak dan surat pernyataan Direktur rumah sakit.
  - b. KARS memberitahu tanggal pelaksanaan survey, biaya survei yang dilampiri jadwal acara kegiatan survei, yang dikirimkan ke rumah sakit paling lambat 10 hari sebelum tanggal pelaksanaan survei.
  - c. KARS menetapkan tim surveior akreditasi rumah sakit dengan jumlah tim 3 - 7 orang surveior, masa survei 2 – 4 hari; tergantung besar dan kompleksitas rumah sakit.
  - d. KARS menetapkan Ketua Tim Surveior butir c) di atas.
  - e. KARS memberitahu nama dan nomer HP kontak person dari rumah sakit ke Ketua Tim Survei
  - f. Ketua Tim Survei mempunyai tugas sebagai berikut. :
    - Menghubungi rumah sakit paling lambat 3 hari sebelum survei untuk koordinasi dan membahas rencana pelaksanaan survei akreditasi di rumah sakit tersebut.
    - Menetapkan area dan jenis pelayanan yang dicakup dalam telaahan dan mengharuskan keberadaan staf yang terlibat di setiap kegiatan survei.

### 3.3. PELAKSANAAN SURVEI AKREDITASI

Tujuan survei akreditasi ialah untuk menilai seberapa jauh rumah sakit mematuhi standar yang ditetapkan. Rumah sakit yang menjalani survei akreditasi untuk pertama kali diharuskan memiliki catatan balik ke belakang (track record) 4 (empat) bulan bukti sudah mematuhi standar. Rumah sakit yang menjalani survei ulang diharuskan dapat menunjukkan catatan balik ke belakang selama 12 (duabelas) bulan.

Dalam melakukan survei akreditasi rumah sakit, surveior akan menilai kepatuhan rumah sakit terhadap standar melalui mekanisme sebagai berikut :

1. Menerima informasi lisan tentang pelaksanaan standar atau contoh dari pelaksanaan standar.
2. Melakukan pengamatan pelayanan, kegiatan, fasilitas, sarana dan prasarana dan lingkungan rumah sakit.
3. Melakukan telaah dokumen yang dapat membuktikan adanya kepatuhan dan membantu memberi wawasan kepada surveior tentang fungsi dan tugas rumah sakit secara operasional

Pelaksanaan survei menggunakan metoda telusur untuk mengikuti contoh dari pengalaman pasien memperoleh pelayanan di rumah sakit dan melakukan evaluasi komponen dan sistem pelayanan.

Karakteristik penting proses survei adalah edukasi setempat oleh surveior. Bantuan ini berlangsung sepanjang pelaksanaan survei; dan surveior memberi saran dan strategi yang dapat membantu rumah sakit mencapai maksud yang disebut standar dan elemen penilaian, dan yang lebih penting lagi adalah dapat memperbaiki kinerja.

Pelaksanaan survei memuat langkah-langkah sebagai berikut :

1. Pembukaan pertemuan
2. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dan MDGs.
3. Perencanaan survei.
4. Telaah dokumen.
5. Verifikasi dan masukan.
6. Telaah rekam medis pasien secara tertutup (pasien sudah pulang).
7. Kunjungan ke area pelayanan pasien yang dipandu oleh kegiatan telusur.
8. Kegiatan survei yang terarah (terfokus/di luar rencana; karena ada temuan).
9. Telaah dari lingkungan; bangunan; sarana dan prasarana.
10. Wawancara dengan pimpinan (beberapa jenjang).
11. Persiapan surveior membuat laporan.
12. Pertemuan penutup survei dengan pimpinan (exit conference)

Catatan : Dinas Kesehatan Propinsi dan atau Dinas Kesehatan Kota/Kabupaten diharapkan mengikuti setiap langkah-langkah pelaksanaan survei akreditasi tersebut diatas.

Selama kegiatan telusur dilakukan, surveior akan fokus pada diskusinya dengan staf medis / dokter, perawat pelaksana dan pelaksana lainnya; baik tenaga kesehatan maupun non kesehatan, surveior akan meminta manajer dan staf pimpinan hanya untuk memberikan klarifikasi, jika dibutuhkan; mereka diharapkan untuk tidak memberi jawaban dalam telusur di lapangan.

### **3.4. PELAPORAN DAN KEPUTUSAN HASIL SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT.**

Setelah survei dilakukan, maka surveior wajib membuat laporan dengan format yang sudah ditetapkan KARS. Laporan dikirim dengan e-mail ke KARS paling lambat 1 (satu) minggu setelah survei dilakukan. Yang harus dilaporkan:

1. Hasil penilaian untuk masing-masing bab dan capaiannya.
2. Rekomendasi per elemen penilaian yang skor kurang dari 10
3. Formulir pendukung yang telah diisi

Laporan hasil survei akreditasi akan ditelaah oleh Tim Penilai yang dibentuk oleh Ketua KARS. Berdasarkan hasil telaah, Tim penilai mengusulkan status survei akreditasi kepada Ketua KARS dan kemudian Ketua KARS menerbitkan sertifikat kelulusan akreditasi berdasarkan usulan dari Tim Penilai.

Keputusan akhir akreditasi diberikan berdasar kepatuhan rumah sakit melaksanakan standar akreditasi. Rumah sakit tidak menerima hasil akhir dalam skor angka sebagai bagian dari keputusan akhir. Jika rumah sakit berhasil memenuhi ketentuan, maka Akreditasi akan diberikan. Keputusan ini menunjukkan bahwa rumah sakit sudah mematuhi semua standar pada saat dilakukan survei setempat (on-site survei).

Berdasarkan hasil rekomendasi survei, Komisi Akreditasi Rumah Sakit mewajibkan rumah sakit membuat Perencanaan Perbaikan Strategis (PPS) yang harus dikirimkan ke Komisi Akreditasi Rumah Sakit paling lambat 2 (dua) minggu setelah rekomendasi diterima oleh rumah sakit.

Setelah pelaksanaan survei akreditasi rumah sakit, KARS akan mengirimkan kuesioner evaluasi pelaksanaan survei (angket survei) yang harus diisi oleh rumah sakit dan dikirimkan kembali ke KARS.

### **3.5. PUBLIKASI AKREDITASI**

Setelah rumah sakit menerima pemberitahuan tentang keputusan akreditasi, rumah sakit dapat mempublikasikan pencapaian akreditasi ini kepada masyarakat, media massa, pihak asuransi (third-party payers), dan sumber rujukan rumah sakit. Untuk keperluan publikasi, rumah sakit dapat menggunakan logo dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit.

Informasi tentang status akreditasi akan dimuat di Web site Komisi Akreditasi Rumah Sakit yang memungkinkan setiap orang untuk mengetahui lokasi rumah sakit dan status akreditasinya.

Setiap hasil keputusan status akreditasi rumah sakit oleh KARS dilaporkan ke Kementerian Kesehatan untuk di publikasikan sesuai ketentuan berlaku.

### 3.6. SIKLUS AKREDITASI BERKESINAMBUNGAN

Proses akreditasi tidak berakhir pada saat survei setempat (on-site survei) selesai dilakukan. Dalam kurun waktu 3 (tiga) tahun ditengah antara 2 survei setempat (on-site survei), KARS meminta bukti tentang kelanjutan kepatuhan dan tindakan koreksi seperti, hasil self assessment, penyerahan data secara periodik, root cause analysis, dan tindak lanjut dari keluhan (complaint). Oleh karena itu, sangat penting bagi rumah sakit mematuhi standar diantara 2 survei setempat termasuk mematuhi standar baru.

Kepatuhan terhadap standar terus menerus berarti bahwa rumah sakit akan mengurangi kesibukan menghadapi survei setiap 3 tahun dan dapat lebih memusatkan perhatian pada perbaikan terus menerus dari sistem, sehingga menghindari kesibukan luar biasa pada waktu mempersiapkan survei berikutnya. Mematuhi standar akreditasi berpengaruh langsung untuk mempertahankan dan meningkatkan keamanan, mutu asuhan tinggi dan meningkatkan kinerja rumah sakit.

Dalam rangka memantau kepatuhan standar akreditasi secara berkelanjutan maka satu tahun setelah survei akreditasi dilaksanakan, KARS akan menugaskan surveior verifikasi untuk melakukan verifikasi pelaksanaan perencanaan perbaikan strategis, pelaksanaan self asesmen di rumah sakit dan pelaksanaan pencatatan dan pelaporan insiden keselamatan pasien. Bila hasil verifikasi, rumah sakit belum melaksanakan perbaikan strategis maka KARS akan melakukan evaluasi status akreditasi rumah sakit tersebut. Dua tahun setelah pelaksanaan survei akreditasi KARS kembali menugaskan surveior verifikasi untuk melakukan verifikasi perencanaan perbaikan strategis yang belum dilaksanakan dan melihat persiapan rumah sakit untuk akreditasi ulang.

## **BAB IV**

### **KETENTUAN PENILAIAN DAN KELULUSAN AKREDITASI RUMAH SAKIT**

#### **4.1. Ketentuan Penilaian**

1. Penilaian akreditasi rumah sakit dilakukan melalui evaluasi penerapan Standar Akreditasi Rumah Sakit KARS yang terdiri dari 4 kelompok standar :
  - a. Standar Pelayanan Berfokus pada Pasien, terdapat 7 bab.
  - b. Standar Manajemen Rumah Sakit, terdapat 6 bab.
  - c. Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit, merupakan 1 bab.
  - d. Sasaran Millenium Development Goals (MDGs), merupakan 1 bab.
2. Penilaian suatu Bab ditentukan oleh penilaian pencapaian (semua) Standar pada bab tsb, dan menghasilkan nilai persentase bagi bab tersebut.
3. Penilaian suatu Standar dilaksanakan melalui penilaian terpenuhinya Elemen Penilaian (EP), menghasilkan nilai persentase bagi standar tersebut.
4. Penilaian suatu EP dinyatakan sebagai :
  - a. Tercapai Penuh (TP) diberikan skor 10.
  - b. Tercapai Sebagian (TS) diberikan skor 5.
  - c. Tidak Tercapai (TT) diberikan skor 0.
  - d. Tidak Dapat Diterapkan (TDD) tidak masuk dalam proses penilaian dan perhitungan.
5. Penentuan skor 10 (Sepuluh)
  - a. Temuan tunggal negatif tidak menghalangi nilai “tercapai penuh” dari minimal 5 telusur pasien / pimpinan / staf.
  - b. Nilai 80% - 100% dari temuan atau yang dicatat dalam wawancara, observasi dan dokumen (misalnya, 8 dari 10) dipenuhi.
  - c. Data mundur “tercapai penuh” adalah sebagai berikut :
    - i. Untuk survei awal : selama 4 bulan ke belakang
    - ii. Survei lanjutan : selama 12 bulan ke belakang
6. Penentuan skor 5 (Lima)
  - a. Jika 20% sampai 79% (misalnya, 2 sampai 7 dari 10) dari temuan atau yang dicatat dalam wawancara, observasi dan dokumen.
  - b. Bukti pelaksanaan hanya dapat ditemukan di sebagian area / unit kerja yang seharusnya dilaksanakan.
  - c. Regulasi tidak dilaksanakan secara penuh / lengkap.
  - d. Kebijakan / proses sudah ditetapkan dan dilaksanakan tetapi tidak dapat dipertahankan.

- e. Data mundur sebagai berikut :
  - i. Untuk survei awal : 1 sampai 3 bulan mundur.
  - ii. Untuk survei lanjutan : 5 sampai 11 bulan mundur.
  
- 7. Penentuan skor 0 (Nol)
  - a. Jika < 19 % dari temuan atau yang dicatat dalam wawancara, observasi dan dokumen.
  - b. Bukti pelaksanaan tidak dapat ditemukan di area / unit kerja di mana harus dilaksanakan.
  - c. Regulasi tidak dilaksanakan.
  - d. Kebijakan / proses tidak dilaksanakan.
  - e. Data mundur sebagai berikut :
    - i. Untuk survei awal : kurang 1 bulan mundur.
    - ii. Untuk survei lanjutan : kurang 5 sampai 11 bulan mundur.
  
- 8. Penentuan Tidak Dapat Diterapkan (TDD)

Sebuah Elemen Penilaian (EP) dinilai tidak dapat diterapkan jika persyaratan dari EP tidak dapat diterapkan berdasar atas organisasi rumah sakit, pelayanan, populasi, pasien dan sebagainya, contohnya organisasi rumah sakit tidak melakukan riset.
  
- 9. Ketentuan penilaian lainnya :
  - a. Mempertimbangkan dampak dan kekritisian  
Skor dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor lain, seperti dampak atau kekritisian terkait ketidak patuhan terhadap standar dan EP. Dampak diartikan sebagai pengaruh atau hasil dari temuan. Kekritisian adalah tingkat atau ukuran dari temuan yang penting. Penting untuk dicatat bahwa dampak dan kekritisian tidak dapat ditentukan berdasar aturan atau berdasar pendapat individu. Dampak dan kekritisian adalah keputusan dari seluruh anggota tim, biasanya pada saat temuan dari setiap surveior diintergrasikan menjadi skor akhir dari sebuah EP.

**Dampak dan kekritisian mempengaruhi skor melalui dua cara sebagai berikut :**

- 1. Dampak dari persentase keluhan tertentu atau jumlah observasi yang tidak memenuhi kepatuhan standar sangat menjadi penting. Sebagai contoh, ditemukan di 1 (satu) berkas rekam medis pasien ada 12 resep obat tidak lengkap yang dibuat oleh satu dokter mempunyai dampak kecil dan di beri skor sebagai satu temuan. Dua belas (12) resep yang tidak lengkap dibuat oleh 12 dokter di rekam medis 12 pasien yang berbeda menunjukkan adanya bahaya lebih besar untuk pasien dan akan di beri skor sebagai temuan berlipat ganda. Jadi, contoh rekam medis/atau resep untuk dilakukan telaahan harus dipilih sedemikian rupa untuk dapat menunjukkan dampak paling besar.

2. Kekritisannya dari temuan, dan bukan jumlah observasi yang tidak memenuhi kepatuhan (nonkomplains), juga penting. Sebagai contoh, observasi terhadap 1 blok exit darurat dari 12 exit darurat adalah temuan kritis jika exit yang diobservasi tersebut berada di area pelayanan padat pasien. Observasi menjadi kurang kritis jika blok exit berada di area gudang yang tidak banyak digunakan.

**b. Elemen Penilaian yang multi tafsir**

Catatan : standar-standar berikut diambil dari edisi Tahun 2012, Standar Akreditasi Rumah Sakit, Edisi 1, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Setiap standar mempunyai sebuah EP yang berisi ketentuan-ketentuan (misalnya, element a sampai h terdapat di kalimat Maksud dan Tujuan). Penjelasan diberikan di setiap standar bagaimana evaluasi dilakukan terhadap maksud dan tujuan dan kemudian digabungkan menjadi satu skor tunggal.

**Standar HPK.6.1**

Analisisnya adalah informasi diberikan kepada pasien. EP 1 menyebut bahwa informasi diberikan “relevan dengan kondisi mereka dan pelayanan yang direncanakan”. Jadi, para surveior akan menggunakan berbagai sumber informasi, seperti tanya jawab dengan staf, pasien, keluarga pasien dan melihat berkas rekam medis untuk memastikan bahwa informasi diberikan kepada pasien.

**Standar AP.1.9**

Analisisnya adalah menggunakan elemen (a) sampai (i) bagi setiap proses kematian pasien seperti yang ditunjukkan dari kondisi pasien. Para surveior akan menggunakan berbagai sumber informasi, seperti wawancara staf, pasien, keluarga pasien, dan menelaah rekam medis untuk memastikan apakah informasi sudah diberikan kepada pasien.

**Standar AP.5.9**

Analisisnya adalah program pengendalian mutu. Setiap dari elemen (a) sampai (e) yang dimasukkan kedalam program diberikan skor di EP terpisah (EP 2 sampai EP 5), dengan kecuali elemen (d) yang diberi skor di AP.5.5, EP4

Pelaksanaan dari program diberi skor di EP 6. Semua elemen yang ada harus dilaksanakan untuk EP 6 yang harus diberi skor “tercapai penuh”. Jika hanya 2 atau 3 dari elemen dilaksanakan, EP 6 akan di beri skor “tercapai sebagian”, dan jika hanya satu dari elemen-elemen yang telah dilaksanakan, maka EP adalah “tidak tercapai”.

**Standar PP.1**

Analisisnya adalah pemberian pelayanan seragam di dalam rumah sakit. Para surveior kemungkinan menggunakan informasi beragam, seperti wawancara staf, pasien, keluarga pasien, menelaah rekam medis dari pasien dan kunjungan di unit pelayanan

pasien untuk memastikan bahwa pelayanan yang diberikan merupakan pelayanan seragam.

### **Standar-standar PP.3.1 sampai PP.3.9**

Analisisnya adalah kebijakan atau prosedur dari setiap standar. Rumah sakit dapat memilih untuk menetapkan kebijakan/prosedur yang memuat semua standar didalamnya. Jika ada sebuah kebijakan/prosedur untuk setiap standar, maka setiap kebijakan/prosedur diberi skor secara terpisah dan harus memasukkan elemen (a) sampai (f). Jika ada satu kebijakan/prosedur yang terkait dengan kesembilan standar (ini tidak dianjurkan), maka semua elemen harus di teliti sendiri-sendiri di setiap standar.

### **Standar PP.7**

Analisisnya adalah termasuk melaksanakan elemen-elemen (a) sampai (e) setiap pasien dalam proses meninggal (dying) dunia. Para surveior kemungkinan akan menggunakan berbagai informasi, seperti wawancara dengan staf, pasien, keluarga pasien dan menelaah rekam medis untuk memastikan bahwa rumah sakit menerapkan elemen-elemen untuk pasien yang dalam proses meninggal dunia. Bukti analisis ini sebaiknya diperoleh melalui wawancara dengan staf, pasien dan keluarga pasien, dibanding telaah dari rekam medis.

### **Standar PAB.3**

Analisisnya dari elemen-elemen (a) sampai (f) adalah kebijakan dan prosedur dari tindakan pembiusan (sedasi). Skor diberikan berdasar capaian 50% dari elemen-elemen (a) sampai (f) yang ditetapkan di dalam kebijakan.

Analisis dari elemen-elemen (g) sampai (k) adalah catatan dari kompetensi staf yang diijinkan melakukan prosedur pembiusan yang didalamnya harus memuat elemen-elemen (g) sampai (k).

Para surveior mengambil contoh (sample) file dari staf yang telah ditetapkan mempunyai kompetensi melakukan pembiusan dan menentukan apakah semua 5 elemen ada didalam file dan tambahkan jumlah elemen yang ada, kemudian bagi jumlah ini dengan jumlah elemen. Sebagai contoh, jika ada 10 file kompetensi diperiksa, akan ada 50 kemungkinan elemen. Setelah memeriksa catatan di file, ada 22 elemen ditemukan di 10 catatan kompetensi tadi, jadi  $22/50=0,44$  (atau 44 %). EP 4 akan diberi skor sebagai “tercapai sebagian”.

### **Standar PAB.6**

Analisisnya adalah pasien yang selesai menjalani pelayanan pasca anestesi dengan benar. Elemen-elemen (a) sampai (c) dari maksud dan tujuan menjelaskan ada 3 (tiga) cara alternative yang digunakan untuk menyelesaikan dengan benar pelayanan pasca anestesi. Oleh karena itu skor EP. 3 diberikan berdasar rekam medis dari pasien pasca anestesi yang telah selesai memperoleh layanan berdasar atas 3 metoda yang telah dijelaskan.

### **Standar PAB.7.2**

Analisisnya adalah brief aporan operasi yang didalamnya harus terdapat elemen-elemen (a) sampai (f) . Para surveior akan mengumpulkan rekam medis rekam medik sebagai contoh (sample), mengidentifikasi berapa dari 6 elemen ada di laporan operasi, menambahkan jumlah elemen yang ada dan dibagi dengan jumlah elemen yang mungkin ada. Contohnya, jika 10 operasi singkat diteliti dari catatan klinik, ada kemungkinan terdapat 60 elemen. Setelah evaluasi dari operative notes, 42 elemen ditemukan di dalam 10 ringkasan, jadi  $42/60=0.70$  (atau 70 %). EP 1 akan dinilai “dicapai sebagian”.

### **Standar MPO.3**

Setiap dari elemen (a) sampai (f) diperlakukan terpisah, sehingga pemberian skor dari elemen-elemen ini dilakukan secara individual.

### **Standar MPO.4.1**

Untuk EP.1, analisisnya adalah kebijakan. Setiap element dari (a) sampai (i) harus dipertimbangkan didalam kebijakan. Memberi skor EP.1 didasarkan atas berapa persen dari elemen-elemen yang di selesaikan dalam kebijakan

Untuk EP.2, analisisnya adalah resep atau order obat. Para surveior akan memuat telaahan berbagai order obat (secara ideal dari berbagai dokter) dan mengidentifikasi elemen-elemen dari order obat yang lengkap yang disebut di kebijakan.

### **Standar MPO.5.1**

Analisisnya adalah resep atau pesanan yang memuat (a) sampai (g). Akan tetapi, para surveior akan menggunakan sumber informasi campuran, seperti evaluasi dari proses staf ganda (seperti dokter, apoteker, dan perawat) untuk memastikan rumah sakit secara rutin memasukkan elemen-elemen ini dalam telaahan dari order obat. Skor mungkin didasarkan atas konsistensi dari staf menyelesaikan prosesnya.

### **Standar PPK.2.1**

Analisisnya adalah alat menilai (atau semacamnya) di catatan klinik yang terkait dengan elemen (a) sampai (e) mengenai variabel pembelajaran dari pasien dan keluarganya .

Para surveior akan memperhatikan pada alat evaluasi dari 10 catatan klinik yang didalamnya kemungkinan terdapat 50 elemen. Sebagai contoh, setelah menelaah 10 evaluasi , ditemukan ada 38 elemen, jadi  $38/50 = 0,76$  (atau 76 %). Skor EP. 1 akan di beri skor “tercapai sebagian”.

## **Standar PMKP.2**

EP. 2 menyatakan bahwa rancangan elemen-elemen termasuk jika ada keterkaitan dengan proses yang dirancang atau dimodifikasi. Para surveior akan menggunakan campuran sumber informasi, seperti wawancara dengan berbagai pimpinan, untuk menentukan bagaimana proses baru dirancang atau dimodifikasi. Skoring mungkin berdasar konsistensi dari proses yang diuraikan sewaktu dilakukan wawancara.

### **Standar PMKP.2.1**

Analisisnya adalah panduan praktik klinis yang sudah dilaksanakan. Proses untuk memilih dan melaksanakan panduan praktik klinis termasuk elemen (a) sampai (h); walaupun begitu, para surveior mungkin akan menggunakan berbagai informasi untuk mengetahui prosesnya. Investigasi ini termasuk menanyakan bagaimana panduan praktik klinis paling baru dipilih, menanyakan proses apa yang ada untuk melaksanakan panduan, dan barangkali melakukan pengamatan tentang penggunaan panduan pada populasi tertentu di unit klinik.

### **Standar PMKP 5**

Analisisnya untuk EP.2 adalah proses validasi data internal. Skor akan didasarkan atas proses menggunakan kriteria yang ada di elemen-elemen (a) sampai (f) untuk validasi data dan melakukan koreksi bila perlu.

Analisis untuk EP.3 adalah indikator klinik yang diidentifikasi di PMKP.3.1 Skor diberikan berdasar bagaimana rumah sakit menggunakan proses validasi data dari setiap 11 indikator klinik baru yang ditetapkan pimpinan rumah sakit akan diumumkan kepada publik, atau mengubahnya (seperti adanya perubahan hasil yang tidak dapat dijelaskan, perubahan sumber data, perubahan subjek, dan seperti yang lain-lain).

### **Standar PMKP 6**

Analisisnya adalah kebijakan/rincian tentang sentinel. Skor diberikan berdasar atas kebijakan untuk mencapai lebih dari 20% dari elemen-elemen (a) sampai (d).

### **Standar PMKP.11**

Analisisnya adalah kerangka manajemen risiko. Skor diberikan berdasar kerangka yang memuat komponen-komponen di elemen-elemen (a) sampai (f).

### **Standar PPI.6**

Analisisnya untuk EP.1 adalah program pencegahan dan pengendalian infeksi. Program diharapkan memuat elemen-elemen (a) sampai (f) dari Maksud dan Tujuan.

Analisis dari EP.2 adalah evaluasi data yang dikumpulkan untuk elemen-elemen (a) sampai (f) dari Maksud dan Tujuan.

**Standar PPI 7.1.1**

Analisisnya adalah kebijakan tentang penggunaan kembali peralatan yang berfungsi satu kali pakai (single use devices). Skor diberikan berdasar atas kebijakan dan pelaksanaan kebijakan untuk menangani lebih dari 20% dari elemen-elemen (a) sampai (e). (periksa standar EP.3)

**Standar TKP.5.5**

Analisisnya adalah proses yang digunakan pimpinan untuk memilih monitoring pada tingkat departemen atau tingkat layanan. Proses menggunakan kriteria yang ditetapkan di elemen-elemen (a) sampai (d), yang sesuai dengan departemen atau layanannya. Para surveior akan menggunakan berbagai sumber informasi untuk mengetahui prosesnya, seperti wawancara dengan pimpinan, telaah program atau kebijakan tentang keselamatan, dan sebagainya.

**Standar MFK.2**

Analisisnya adalah rencana atau berbagai rencana untuk menangani elemen-elemen (a) sampai (f)

**Standar MFK.3 dan MFK.3.1**

Analisisnya adalah evaluasi apakah elemen-elemen (a) sampai (g) dikerjakan secara individual dari orang yang mengawasi program. Para surveior akan menggunakan berbagai sumber informasi untuk menentukan apakah semua elemen ditangani, sebagai contoh, dengan menanyakan bagaimana rencana dilaksanakan, wawancara staf bagaimana pendidikan mereka, telaah laporan tahunan yang ditujukan kepada pemilik rumah sakit, dan sebagainya.

**Standar MFK.6 dan MFK.6.1**

Analisisnya adalah apakah rencana manajemen kedaruratan dan program memuat proses untuk melaksanakan (a) sampai (g). Skor ditentukan berdasar jumlah elemen yang dimasukkan kedalam rencana dan program.

**Standar KPS.1.1**

Analisisnya adalah uraian tugas dari setiap individu yang ditentukan di elemen-elemen (a) sampai (d). Skor ditetapkan berdasar adanya uraian tugas dari setiap kategori jabatan yang ada di rumah sakit.

**Standar KPS.10**

Analisisnya adalah keputusan untuk mengangkat kembali setiap dokter praktik di klinik. EP.2 menyatakan bahwa keputusan ini mengacu pada hal-hal yang dimuat di (a) sampai (f) di Maksud dan Tujuan. Jadi, para surveior menanyakan pada pimpinan rumah sakit untuk mengidentifikasi informasi yang mereka gunakan sebagai rujukan dalam membuat keputusan mengangkat kembali setiap dokter praktik klinik.

### **Standar MKI.18**

Analisisnya adalah kebijakan untuk menentukan apa yang diperlukan untuk membuat dan menjalankan kebijakan dan prosedur di rumah sakit. Skor ditetapkan berdasarkan penanganan lebih dari 50% dari elemen-elemen (a) sampai (h) yang ada di kebijakan.

## **4.2. Ketentuan Kelulusan**

Proses akreditasi terdiri dari kegiatan survei oleh Tim Survei dan proses pengambilan keputusan kelulusan akreditasi oleh Ketua KARS, melalui Tim Penilai Laporan Survei Akreditasi Rumah Sakit.

Bab yang dilakukan survei akreditasi sebagai berikut :

1. Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit
2. Hak Pasien dan Keluarga (HPK)
3. Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK)
4. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)
5. Millenium Development Goals (MDGs)
6. Akses Pelayanan dan Kontinuitas pelayanan (APK)
7. Asesmen Pasien (AP)
8. Pelayanan Pasien (PP)
9. Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)
10. Manajemen Penggunaan Obat (MPO)
11. Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI)
12. Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS)
13. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
14. Tata Kelola, Kepemimpinan dan Pengarahan (TKP)
15. Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)

Dari 15 bab tersebut diatas ada 4 (empat) bab yang merupakan bab dasar yaitu :

1. Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit (SKP)
2. Hak Pasien dan Keluarga (HPK)
3. Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK)
4. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)

### **Ketentuan hasil survei :**

1. Lulus Akreditasi
2. Diberikan kesempatan perbaikan/re-survei/remedial
3. Tidak Lulus

**Kriteria kelulusan :**

a. Kelulusan dibagi menjadi 4 tingkat.

1. Akreditasi Tingkat Dasar

RS mendapat sertifikat akreditasi tingkat dasar bila hanya 4 (empat) bab yang mempunyai nilai diatas 80% dan 11 (sebelas) bab lainnya minimal nilainya diatas 20%

Bila nilai dari 11 bab lainnya ada yang diatas 60% maka rumah sakit dapat :

- dilakukan remedial (re-survei) 3 – 6 bulan lagi, pada 11 bab lainnya yang nilainya diatas 60 %
- Bila keberatan dilakukan remedial, maka status akreditasi tingkat dasar dapat ditetapkan.

2. Akreditasi Tingkat Madya

RS mendapat sertifikat tingkat madya bila 8 (delapan) bab mendapat nilai 80% dan nilai 7 (tujuh) bab lainnya minimal diatas 20%

Bila nilai dari 7 (tujuh) bab lainnya ada yang diatas 60% maka rumah sakit dapat:

- dilakukan remedial (re-survei) 3 – 6 bulan lagi, pada 7 (tujuh) bab lainnya yang nilainya diatas 60 %
- Bila keberatan dilakukan remedial, maka status akreditasi tingkat Madya dapat ditetapkan.

3. Akreditasi Tingkat Utama

RS mendapat sertifikat akreditasi tingkat utama bila ada 12 (dua belas) bab mempunyai nilai minimal 80% dan 3 (tiga) bab lainnya minimal diatas 20%

Bila nilai bab yang lainnya diatas 60% maka rumah sakit dapat mengajukan Re-survei (Remedial)

Bila nilai dari 3 (tiga) bab lainnya ada yang diatas 60% maka rumah sakit dapat :

- dilakukan remedial (re-survei) 3 – 6 bulan lagi, pada 3 (tiga) bab lainnya yang nilainya diatas 60 %
- Bila keberatan dilakukan remedial, maka status akreditasi tingkat utama dapat ditetapkan

4. Akreditasi Tingkat Paripurna

RS mendapat sertifikat akreditasi tingkat paripurna bila setiap bab dari standar akreditasi rumah sakit mempunyai nilai minimal 80 %

b. Rumah sakit yang mendapat status akreditasi Dasar, Madya, atau Utama, pada waktu dilakukan akreditasi ulang 3 (tiga) tahun lagi, harus terjadi peningkatan status akreditasinya dari akreditasi pertama.

- c. Rumah sakit dapat mengajukan peningkatan status akreditasi sekurang-kurangnya 1 (satu) tahun setelah survei dilaksanakan.

### **Kriteria Re-survei (remedial)**

Re-survei (remedial) adalah survei yang dilakukan pada rumah sakit yang nilai pada bab-babnya minimal 60%.

- a. Tujuan dari re-survei adalah untuk perbaikan hasil survei pada rumah sakit yang mendapat sertifikat akreditasi tingkat dasar, madya dan utama
- b. Ketentuan re-survei (remedial) sebagai berikut :
  - diajukan oleh rumah sakit dengan biaya ditanggung oleh rumah sakit.
  - Re-survei (remedial) dapat diajukan pada bab yang nilainya diatas 60 %
  - Re-survei (remedial) dilakukan 3 – 6 bulan setelah survei dilakukan
  - Surveior akan ditunjuk oleh KARS, jumlah surveior dan jumlah hari survei tergantung besar kecilnya rumah sakit dan banyaknya bab yang dilakukan re-survei.

### **Kriteria Tidak lulus**

- Bab 4 dasar dibawah 80%
- Dan atau ada bab 11 lain dibawah 20%.
- Rumah sakit dapat mengajukan akreditasi secepat-cepatnya 1 tahun, selambat-lambatnya 3 tahun.
- Rumah Sakit TIDAK diberi kesempatan remedial

## **BAB V**

### **METODOLOGI TELUSUR (TRACER)**

Metodologi telusur (tracer) adalah dasar dari on-site survei dan melaksanakan hal-hal sebagai berikut :

- Menggunakan informasi yang ada di berkas permohonan survei akreditasi dari rumah sakit, survei sebelumnya dan laporan monitoring
- Mengikuti kejadian yang dialami pasien selama ia berada dalam seluruh proses pelayanan di rumah sakit
- Memberi kesempatan bagi surveior melakukan identifikasi masalah dari satu atau lebih langkah proses pelayanan pasien atau masalah diantara proses

#### **KEGIATAN TELUSUR PASIEN SECARA INDIVIDUAL**

Telusur pasien secara individual adalah metoda evaluasi yang dilakukan selama dilakukan on-site survei dan di maksudkan untuk menelusuri (to trace) pengalaman pasien tentang asuhan yang diterimanya selama berada di rumah sakit. Metodologi telusur digunakan untuk melakukan analisis dari sistem yang digunakan oleh rumah sakit dalam memberikan asuhan, tindakan dan pelayanan dengan menggunakan pasien sebagai kerangka kerja untuk mengukur pelaksanaan standar. Selama telusur pasien secara individual ini surveior akan melakukan hal-hal dibawah ini :

- Mengikuti alur asuhan, tindakan, pelayanan yang diberikan kepada pasien oleh dan dalam rumah sakit dengan menggunakan catatan terkini, jika mungkin
- Evaluasi hubungan antar disiplin dan departemen, program, pelayanan, unit kerja
- Evaluasi kinerja proses terkait, dengan fokus pada integrasi dan koordinasi dari proses berbeda tetapi terkait
- Identifikasi masalah di berbagai proses

Menggunakan informasi yang ada di berkas permohonan survei, surveior memilih pasien dari daftar pasien aktif untuk menelusuri pengalaman mereka di rumah sakit. Pasien yang dipilih adalah mereka yang menerima layanan kompleks dan oleh karena itu mempunyai pengalaman lebih dalam melakukan interaksi dengan berbagai bagian di rumah sakit. Interaksi ini akan memberikan kesempatan untuk menilai masalah kontinuitas layanan. Jika dimungkinkan, surveior akan berusaha menghindari memilih telusur pada waktu bersamaan dan membuat tumpang tindih tempat di rumah sakit.

#### **Kriteria Telusur Pasien Secara Individual**

Seleksi dari telusur pasien dapat berdasar atas, tetapi tidak terbatas, pada kriteria berikut :

- Pasien dengan diagnosis 5 (lima) besar
- Pasien terkait dengan program MDGs

- Pasien terkait sistem telusur, seperti pencegahan dan pengendalian infeksi dan manajemen dan penggunaan obat
- Pasien dengan program silang. Contoh termasuk :
  - Pasien yang diacarakan follow-up/kontrol di rawat jalan
  - Pasien masuk atau meninggalkan rumah sakit dari atau ke pelayanan lanjutan

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

Bentuk telaah dirancang untuk mengungkap masalah sistem, melihat berbagai komponen, dan memeriksa bagaimana komponen-komponen ini memberikan pelayanan aman, mutu yang tinggi.

Surveior dapat mulai telusuri dimana lokasi pasien sekarang. Surveior lalu bergerak di tempat dimana pasien untuk pertama kali masuk di sistem; di area dimana pelayanan diberikan menjadi prioritas atau ke area pasien menerima asuhan, tindakan dan layanan.

Jumlah pasien yang ditelusuri tergantung besar dan kompleksitas rumah sakit dan lamanya berlangsung on-site survei. Agar sesuai dengan layanan yang sedang ditelaah, penelusuran termasuk elemen-elemen sebagai berikut :

- Telaah rekam medis pasien **dengan staf yang bertanggung jawab atas asuhan**, tindakan, atau layanan yang diterima pasien tersebut. Jika staf yang bertanggung jawab ini tidak ada, surveior dapat membicarakan dengan lain anggota staf. Supervisi pada tingkat penelusuran ini harus dibatasi. Pada waktu kegiatan penelusuran berlangsung anggota staf lainnya yang terlibat dalam asuhan pasien ini bertemu dengan surveior. Sebagai contoh, surveior akan membicarakan dengan ahli diet jika ditelusuri pasien mempunyai masalah gizi.
- Obserasi secara langsung pada asuhan pasien
- Observasi pada proses pengobatan
- Observasi pada masalah pencegahan dan pengendalian infeksi
- Observasi pada proses perencanaan asuhan
- Diskusi tentang data yang digunakan. Ini termasuk cara meningkatkan mutu, informasi yang digunakan sebagai bahan pembelajaran, perbaikan dengan menggunakan data, dan desiminasi data
- Observasi dampak dari lingkungan terhadap keselamatan dan peran staf untuk menekan risiko terhadap lingkungan
- Observasi terhadap pemeliharaan peralatan medis
- Wawancara dengan pasien dan atau dengan keluarga pasien (jika dibenarkan dan ijin diberikan oleh pasien dan/atau keluarga). Diskusi difokuskan pada alur asuhan, dan jika mungkin mencoba mencocokkan masalah yang diidentifikasi selama dilakukan penelusuran.
- Membahas manajemen kedaruratan dan masalah alur pasien di unit gawat darurat. Masalah alur pasien mungkin juga dibahas di area penunjang yang terkait dengan

pasien yang ditelusuri. Sebagai contoh, pasien menerima transfusi darah, surveior dapat mengunjungi bank darah.

Surveior dapat memilih dan menelaah 2 sampai 5 rekam medis secara tertutup untuk mencocokkan masalah yang sudah diketemukan. Surveior dapat bertanya pada staf di unit, program, atau layanan sebagai pelengkap dari telaah rekam medis. Kriteria dibawah ini dapat digunakan sebagai panduan memilih tambahan rekam medis yang tergantung pada situasi :

- Diagnosis sama atau mirip
- Pasien hampir keluar dari rumah sakit
- Diagnosis sama tetapi dokternya berbeda
- Tes sama tetapi lokasi berbeda
- Usia dan sex sama
- Lama rawat inap
- Wawancara dengan staf
- Telaah prosedur dan notulen jika dibutuhkan
- Hubungan dengan survei lainnya

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

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

### **Telusur Sistem Berbasis Individual**

Sistem Telusur Berbasis Individual memperhatikan sistem atau proses spesifik lintas rumah sakit. Jika mungkin, kegiatan ini fokus pada pengalaman dari pasien tertentu atau pada kegiatan relevan dengan pasien tertentu. Ini berbeda dengan telusur individual dalam hal selama telusur individual dilakukan, surveior mengikuti pasien melalui alur pelayanan, evaluasi semua aspek dari asuhan dan bukan sistem asuhannya. Selama sistem telusur berbasis individual, surveior melaksanakan hal-hal sebagai berikut :

- Evaluasi kinerja dari proses dengan fokus tertentu pada integrasi dan koordinasi dari proses berbeda tetapi terkait
- Evaluasi komunikasi antara berbagai disiplin dan departemen
- Identifikasi masalah diproses terkait

Sistem telusur berbasis individual termasuk kunjungan ke unit/departemen untuk evaluasi dari implementasi sistem dan menelaah dampak dari asuhan dan tindakan. Penelusuran juga termasuk pertemuan interaktif antara surveior dengan staf terkait dengan menggunakan informasi dari unit/departemen dan individu tracer.

Topik diskusi di pertemuan interaktif ini memuat sebagai berikut :

- Alur proses lintas rumah sakit, termasuk identifikasi dan manajemen risiko, integrasi dari kegiatan-kegiatan penting, komunikasi diantara staf/unit yang terlibat dalam proses
- Kekuatan dan kelemahan di proses, dan kemungkinan dibutuhkan tindakan di area yang membutuhkan perbaikan
- Masalah yang memerlukan eksplorasi di kegiatan survei yang lain
- Evaluasi dari standar akreditasi dan kepatuhan terhadap sasaran keselamatan pasien
- Pendidikan oleh surveior

### **Telusur Sistem Manajemen dan Penggunaan Obat**

Manajemen dan Penggunaan Obat berdasar telusur berbasis individual menjelajahi (explore) proses manajemen dan Penggunaan Obat dengan fokus pada kemungkinan timbulnya risiko. Kegiatan telusur membantu surveior untuk evaluasi kontinuitas manajemen dan penggunaan obat mulai pengadaan obat sampai monitoring efek samping obat pada pasien.

### **Telusur Sistem Pencegahan dan Pengendalian Infeksi**

Telusur berbasis individual dari sistem pencegahan dan pengendalian infeksi memeriksa proses pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit. Tujuannya adalah untuk melakukan evaluasi kepatuhan rumah sakit terhadap Standar Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dan Standar Fasilitas dan Keselamatan, untuk identifikasi masalah pencegahan dan pengendalian yang memerlukan dilakukannya pemeriksaan lebih lanjut, untuk menentukan langkah yang diperlukan, menangani risiko yang ada dan meningkatkan keselamatan pasien.

### **Telusur Sistem Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien**

Fokus sistem ini adalah proses yang digunakan rumah sakit untuk mengumpulkan, analisis, menafsirkan dan penggunaan data untuk memperbaiki pelayanan dan keselamatan pasien. Surveior juga akan evaluasi efektivitas dari pelaksanaan rencana, program dan proses peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

### **Telusur Sistem Manajemen Fasilitas dan Keselamatan**

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

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

### **Peranan Staf dalam Metodologi Telusur**

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

## **BAB VI**

### **JADWAL ACARA SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT**

Tata cara survei akreditasi menggunakan metoda telusur sebagai berikut :

1. Sebelum melakukan telusur, surveior akan menelaah dokumen agar mendapatkan gambaran bagaimana rumah sakit telah memenuhi ketentuan dokumen akreditasi sesuai yang diminta di elemen penilaian. Pada waktu melakukan telusur, surveior akan fokus pada diskusinya dengan staf klinik dan staf pendukung; surveior juga akan meminta pimpinan dan manajer untuk memberi klarifikasi, jika dibutuhkan.
2. Surveior akan menggunakan informasi yang ada di profil rumah sakit yang dikirimkan pada waktu mengajukan aplikasi permohonan survei akreditasi; informasi dari survei sebelumnya, serta laporan monitoring pasca survei.
3. Kemudian mengikuti kejadian yang dialami pasien selama berada dalam seluruh proses pelayanan di rumah sakit.
4. Survei berjalan mengikuti alur pelayanan pasien melalui fasilitas yang ada termasuk wawancara dengan pelaksana pelayanan; observasi tentang kegiatan klinik/pelayanan pasien dan administrasi; menilai fasilitas fisik dan peralatan; serta telaah dokumen.
5. Surveior melakukan identifikasi masalah dari satu atau lebih langkah proses pelayanan pasien atau masalah di antara proses tersebut.
6. Rincian jadwal acara survei dapat dibaca di halaman berikut.

## 6.1. PEMBUKAAN PERTEMUAN

### TUJUAN

Dalam mata acara ini, surveior menjelaskan kegiatan survei di rumah sakit

### LOKASI

Diserahkan rumah sakit

### PESERTA DARI RUMAH SAKIT

- Pimpinan rumah sakit
- Pemilik Rumah Sakit/ yang mewakili
- Komite Medik dan Sub Komite nya.
- Pejabat bertanggung jawab atas koordinasi acara survei, seperti koordinator survei/Ketua Tim Akreditasi Rumah Sakit.
- Pokja Akreditasi rumah sakit
- Para Manajer.
- Lain pejabat yang ditetapkan rumah sakit

### SURVEIOR

Semua surveior

### MATERI PEMBAHASAN

Pengantar dan koordinasi kegiatan survei

### DOKUMEN ATAU BAHAN YANG DIPERLUKAN

Jadwal acara survei

### APA YANG AKAN BERLANGSUNG

- Surveior-surveior diperkenalkan
- Pimpinan rumah sakit memperkenalkan staf nya.
- Acara dibahas dan dikoreksi
- Surveior menjawab pertanyaan atas acara survei
- Surveior menjelaskan penggunaan metodologi telusur selama kegiatan survei
- Surveior member saran bahwa presentasi yang diijinkan hanya presentasi yang disajikan di mata acara “Rencana Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dan MDGs”. Surveior akan mengikuti acara survei yang telah ditetapkan, pada waktu melakukan kegiatan telusur, staf harus siap menjawab pertanyaan. Surveior juga memperoleh informasi melalui berbagai cara.
- Surveior akan menjelaskan konsep “drilling down” sebagai teknik/pendekatan untuk memperoleh keterangan informasi tentang proses dan outcome. Anggota staf terlibat di

drilling down agar tidak mempunyai persepsi bahwa pendekatan ini bersifat pribadi atau memberi arti bahwa ini merupakan indikasi ketidak patuhan.

- Surveior menjelaskan keterlibatan staf pada rekam medis
- Surveior menjelaskan keterlibatan staf pada wawancara tentang kualifikasi staf dan pendidikan
- Surveior menjelaskan maksud keterlibatan pimpinan dalam mata acara verifikasi dan masukan (debriefing harian)
- Surveior didorong mengajukan pertanyaan dan minta klarifikasi selama proses survei
- Staf rumah sakit memberi tahu surveior dimana makan siang disediakan
- Selama survei staf rumah sakit akan memberi informasi untuk memastikan bahwa surveior memperhatikan kebiasaan dan budaya yang berlaku di rumah sakit agar tidak mempengaruhi dampak pada acara survei. Sebagai contoh, pada waktu hari jum'at maka jam istirahat disesuaikan dengan kebutuhan sholat jum'at.
- Staf rumah sakit menunjukkan tempat dimana para surveior dapat bertemu sebagai satu grup. Sebaiknya lokasinya di ruangan yang sama dengan ruangan tempat dokumen disediakan untuk ditelaah.
- Staf rumah sakit akan mengenalkan anggota staf yang akan memberi bantuan kepada surveior sepanjang hari. Staf ini biasanya merupakan pejabat rumah sakit atau Tim Akreditasi rumah sakit.

### **BAGAIMANA PERSIAPAN**

- Sediakan sebuah ruangan cukup luas agar surveior dapat bertemu dengan pimpinan penting rumah sakit dan koordinator survei/Ketua Tim Akreditasi rumah sakit
- Beritahu resepsionis agar pada waktu surveior datang mereka diberi tahu agar menuju ke ruangan yang disediakan.
- Sediakan salinan acara survei lengkap untuk dibagikan ke peserta pertemuan
- Sebelum survei tentukan siapa pimpinan rumah sakit atau staf yang harus mendampingi surveior
- Atur untuk menghidangkan makan siang untuk surveior (catatan : makan siang dilakukan di area rumah sakit)
- Beri pengumuman kepada staf rumah sakit tentang adanya kegiatan survei
- Surveior akan memakai badge nama sebagai identitasnya sebagai surveior KARS. Jika rumah sakit menentukan perlu adanya tambahan identitas, siapkan dan berikan ke surveior pada saat pembukaan pertemuan.

Catatan : Ketua Tim Survei akan mengadakan pertemuan singkat sebelum acara pembukaan dengan pimpinan rumah sakit, koordinator survei untuk membicarakan logistik, keperluan on-site survei. Jika ada peninjau resmi yang disetujui (observer), rumah sakit menyediakan daftar nama mereka, jabatan, organisasi dan hubungannya dengan rumah sakit.

## **6.2. PROGRAM PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN DAN MDGs**

### **TUJUAN**

Surveior diberi penjelasan tentang pelayanan yang tersedia, program, kegiatan strategik dan proses peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta MDGs. Informasi ini memberi gambaran pada surveior tentang program mutu dan keselamatan pasien dan MDGs yang akan membantu kegiatan survei selanjutnya.

### **LOKASI**

Diserahkan rumah sakit

### **PERSERTA DARI RUMAH SAKIT**

- Pimpinan
- Pejabat yang bertanggung jawab pelaksanaan acara survei, seperti koordinator survei/Ketua Tim Akreditasi RS
- Pimpinan Komite Medik
- Pimpinan keperawatan
- Staf yang bertanggung jawab terhadap program peningkatan mutu dan keselamatan pasien/Komite Mutu & Tim Keselamatan Pasien RS
- Lainnya, sesuai kebijakan rumah sakit

### **SURVEIOR**

Semua surveior

### **MATERI PEMBAHASAN**

- Penjelasan tentang organisasi dan pelayanan rumah sakit
- Penjelasan tentang program dan proses peningkatan mutu dan keselamatan pasien
- Penjelasan tentang pelaksanaan MDGs

### **DOKUMEN ATAU BAHAN YANG DIPERLUKAN**

- Struktur organisasi rumah sakit dan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien
- Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan pasien
- Program MDGs
- Contoh : pelaksanaan kegiatan PMKP, mulai dari perencanaan, pelaksanaan, analisis dan rencana tindak lanjutnya.

## **APA YANG AKAN BERLANGSUNG**

- Rumah sakit menjelaskan tentang struktur organisasi rumah sakit, pelayanan yang tersedia dan kegiatan strategik
- Rumah sakit presentasi tentang struktur organisasi komite/Tim mutu dan keselamatan pasien dan metoda dari program peningkatan mutu dan keselamatan pasien
- Presentasi harus menggambarkan bagaimana alur informasi tentang mutu dan keselamatan pasien melalui struktur rumah sakit/komite
- Presentasi harus menjelaskan hal-hal dibawah ini :
  - Bagaimana indikator mutu dan keselamatan pasien ditetapkan
  - Bagaimana indikator diberi prioritas pengumpulan data
  - Bagaimana data dikumpulkan dan di analisis
  - Bagaimana hasil analisis dikomunikasikan dan digunakan untuk perbaikan perencanaan
- Rumah sakit dapat memilih contoh peningkatan mutu untuk menunjukkan metodologinya dan peningkatan yang sudah dicapai
- Surveior akan mengajukan pertanyaan, jika diperlukan, untuk klarifikasi informasi yang diperolehnya atau meminta informasi tambahan yang dapat digunakan kemudian

### 6.3. PERENCANAAN SURVEI

#### TUJUAN

Dalam pertemuan, surveior membahas data dan informasi tentang rumah sakit dan agenda survei. Surveior juga memilih pasien telusur, dokter penanggung jawab pelayanan dan perawat penanggung jawab pelayanan/perawat pelaksana pelayanan.

#### LOKASI

Ruang kerja surveior yang mempunyai fasilitas sebagai berikut :

- Meja rapat
- Sumber listrik
- Intenet, bila memungkinkan
- Laptop
- Printer

#### PESERTA DARI RUMAH SAKIT

- Koordinator survei rumah sakit/Ketua Tim Akreditasi Rumah Sakit.

#### SURVEIOR

Semua surveior

#### APA YANG AKAN BERLANGSUNG

Waktu ini disediakan khusus bagi surveior untuk menelaah dan membahas data dan rencana penting dari agenda survei. Surveior melakukan evaluasi hal-hal dibawah ini dan materinya harus selalu tersedia bagi surveior selama survei berlangsung :

- Data peningkatan kinerja, termasuk notulen rapat komite peningkatan mutu pelayanan. Bagi rumah sakit yang baru pertama kali survei maka data yang harus tersedia adalah dalam kurun waktu 4 bulan sebelum survei, bagi rumah sakit yang sudah survei ulang maka data yang harus disiapkan adalah dalam kurun waktu 12 bulan sebelum survei dilaksanakan.
- Data surveilans dari pencegahan dan pengendalian infeksi, termasuk notulen rapat Panitia Pencegahan dan Pengendalian Infeksi RS. Bagi rumah sakit yang baru pertama kali survei maka data yang harus tersedia adalah dalam kurun waktu 4 bulan sebelum survei, bagi rumah sakit yang sudah survei ulang maka data yang harus disiapkan adalah dalam kurun waktu 12 bulan sebelum survei dilaksanakan.
- Evaluasi dari rencana manajemen fasilitas dan keselamatan. Surveior akan evaluasi dokumen ini sebagai persiapan melaksanakan peninjauan keliling rumah sakit.
- Notulen dari pertemuan manajemen fasilitas dan keamanan antar unit. Bagi rumah sakit yang baru pertama kali survei maka data yang harus tersedia adalah dalam kurun waktu 4 bulan sebelum survei, bagi rumah sakit yang sudah survei ulang maka data yang harus disiapkan adalah dalam kurun waktu 12 bulan sebelum survei dilaksanakan.

- Daftar dari departemen/unit/instalasi/area/ program/layanan didalam rumah sakit
- Daftar terkini dari pasien rawat inap, termasuk nama, diagnosis, umur, tanggal masuk dirawat, dokter yang merawat, dan unit/layanan
- Daftar dari jadwal operasi dan tindakan invasif yang dilakukan hari itu, termasuk operasi di kamar operasi, day surgery, kateterisasi jantung, endoskopi/kolonoskopi, dan in vitro fertilisasi
- Daftar dari rencana kunjungan rumah pasien operasi (untuk perawatan luka), termasuk jenis layanan, disiplin, tanggal masuk dirawat dan lokasi (bila ada)
- Nama dari kontak person yang dapat membantu surveior dalam merencanakan memilih telusur

### **SELEKSI DARI TELUSUR INDIVIDUAL**

- Dari aplikasi permohonan survei, telaah dan dari informasi yang disampaikan dan dari daftar pasien yang dirawat hari itu surveior memilih pasien yang akan di telusuri
- Surveior memilih gabungan klinik/layanan dan meminta informasi umum perihal pasien yang memperoleh layanan dan asuhan
- Surveior menjelaskan kepada rumah sakit jenis pasien yang akan ditelusuri dan minta bantuan staf untuk menemukan individu yang dimaksud
- Surveior menyampaikan dalam acara verifikasi dan masukan (debriefing harian), tentang rencana menggunakan jenis telusur hari itu untuk melancarkan kegiatannya. Ini tidak berarti bahwa surveior ingin pasien tertentu dari daftar yang sudah disampaikan oleh rumah sakit. Misalnya, surveior memilih untuk telusur jenis pasien seperti dibawah ini :
  - a. Pasien bedah ortopedi di rumah sakit yang mempunyai unggulan ortopedi atau rehabilitasi medik.
  - b. Pasien yang memperoleh layanan luka operasi di rumah/home care, (bila ada)
  - c. Pasien yang telah menerima layanan laboratorium dan pasien yang memerlukan ambulans untuk periksa di tempat rujukan.
  - d. Pasien dengan mobilitas terbatas, merokok, menggunakan oksigen dan mempunyai masalah kognitif
  - e. Pasien intensif yang menjalani tes gas darah (blood gas testing)
  - f. Pasien cacat
  - g. Pasien yang menerima sedasi/ atau anestesi
- Surveior akan menelusuri semua pasien yang berada di semua unit intensif dan unit anestesi di rumah sakit
- Dalam survei gabungan, pemilihan harus dikoordinasikan agar tidak terjadi tumpang tindih kunjungan di beberapa unit di rumah sakit
- Rumah sakit yang terdiri dari beberapa unit di beberapa lokasi, telusur individual termasuk pasien yang bergerak diantara unit-unit tersebut

## 6.4.TELAAH DOKUMEN

### TUJUAN

Tujuan dari acara telaah dokumen ini adalah untuk meneliti standar yang mengharuskan adanya bukti tertulis, seperti program kewaspadaan bencana atau dokumen hak pasien. Sebagai tambahan, acara ini dapat memberi informasi pada surveior tentang struktur rumah sakit dan manajemennya.

### LOKASI

Diserahkan ke rumah sakit, disarankan tidak jauh dari ruang kerja surveior dan terdiri 3 ruangan/tempat yang terpisah yaitu untuk surveior manajemen, surveior medis dan surveior keperawatan. Dokumen dibagi sesuai bidang tugas dan katagori surveior tersebut.

### PESERTA DARI RUMAH SAKIT

Peserta termasuk staf yang mengetahui dan memahami tentang dokumen yang akan ditelaah dan yang mampu menjawab pertanyaan dari surveior. Dengan ijin koordinator survei/ketua tim akreditasi rumah sakit, surveior dapat meminta orang-orang tertentu untuk menghadiri dan ikut dalam telaah dokumen. Acara akan diselenggarakan dalam bentuk wawancara pada staf tentang dokumen

Mengingat ada tiga kelompok surveior maka Direksi rumah sakit agar membagi diri untuk mendampingi staf nya dalam telaah dokumen sesuai bidang tugasnya

### SURVEIOR

Semua surveior

### MATERI PEMBAHASAN

Hampir semua standar mengharuskan adanya dokumen tertulis dari perencanaan, kebijakan dan prosedur.

### DOKUMEN ATAU BAHAN YANG DIPERLUKAN

Dokumen yang harus tersedia bagi surveior terdiri sebagai berikut :

- a. Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dan hasil monitoring nya.
- b. Rencana Strategis.
- c. Hospital bylaws dan Medical Staf Bylaws
- d. Kebijakan dan prosedur dan dokumen tertulis lainnya sesuai yang diminta di standar.
- e. Notulen rapat dari komite-komite penting, bagi rumah sakit yang baru pertama kali survei maka notulen yang harus tersedia adalah dalam kurun waktu 4 bulan sebelum survei, bagi rumah sakit yang sudah survei ulang maka notulen yang harus disiapkan adalah dalam kurun waktu 12 bulan sebelum survei dilaksanakan. Notulen tersebut tentang Peningkatan Kinerja, Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, Keselamatan, rapat pimpinan, sistem pengobatan.

- f. Daftar pasien yang menerima layanan pada waktu survei dilakukan
- g. Daftar operasi dan atau tindakan invasif yang direncanakan hari itu, termasuk operasi di kamar operasi, day surgery, kateterisasi jantung, endoskopi/kolonoskopi, dan in vitro fertilisasi
- h. Peta rumah sakit yang masih berlaku
- i. Contoh (sample) dari formulir rekam medis

Sebagai tambahan rumah sakit juga harus menyediakan untuk tim survei daftar peraturan perundangan di bidang perumahasakitan dan yang terkait baik yang berlaku di rumah sakit maupun nasional.

## **DOKUMEN MINIMAL YANG HARUS TERSEDIA**

### **Perencanaan rumah sakit**

- Tersedia rencana pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP.1)
- Rencana ini memuat asuhan dan layanan konsisten dengan misi (TKP.3.2, maksud dan tujuan)

### **Kebijakan, prosedur, dokumen-dokumen tertulis, Bylaws**

- Kebijakan dan prosedur yang berlaku seragam di semua lokasi dan situasi (SKP 1, EP 5)
- Rumah sakit menentukan peraturan untuk memberi tanda di tempat tertentu di tubuh pasien operasi dan melibatkan pasien untuk memberi tanda ini (SKP 4, EP 1)
- Standar pemeriksaan sebelum dirawat ditentukan untuk jenis pemeriksaan diagnostik dan skrining yang harus dilakukan (APK.1., EP.5)
- Rumah sakit menentukan kriteria masuknya pasien dan/atau transfer pasien untuk pelayanan intensif dan pelayanan khusus atau di unit, termasuk untuk keperluan riset dalam rangka memenuhi kebutuhan pasien (APK.1.4, EP.1)
- Menetapkan kriteria dan kebijakan tentang kelayakan transfer di dalam rumah sakit (APK.2, EP. 2)
- Menetapkan kebijakan dan prosedur tentang waktu melengkapi formulir ringkasan (Summary) di rekam medis (APK.3.2,EP.6)
- Catatan dari pasien yang di transfer memuat adanya perubahan dari kondisi pasien atau status pasien selama waktu ditransfer (APK.4.4, EP.5)
- Proses jelas dari pemberian informed consent ditetapkan di dalam kebijakan dan prosedur (HPK.6,EP.1)
- Rumah sakit menetapkan daftar dari prosedur dan tindakan yang membutuhkan informed consent terpisah (HPK.6.4.1,EP.1)
- Rumah sakit menetapkan kebijakan dan prosedur tentang informasi yang diperoleh dari pasien rawat inap ((AP.1, EP.1)

- Rumah sakit menetapkan kebijakan dan prosedur tentang informasi yang diperoleh dari pasien rawat jalan (AP.1, EP.2)
- Rumah sakit mempunyai dokumentasi tentang informasi untuk keperluan evaluasi (AP.1, EP.3)
- Muatan minimum evaluasi tentang informasi dari pasien rawat inap ditetapkan di Kebijakan (AP1.1, EP.3)
- Muatan minimum evaluasi tentang informasi dari pasien rawat jalan ditetapkan di kebijakan (AP.1.1, EP.4)
- Kebijakan dan prosedur tertulis ditetapkan untuk menangani dan menyimpan bahan berbahaya dan bahan infeksius (AP. 5.1, EP.3 )
- Pimpinan rumah sakit menentukan layanan dan pasien dengan risiko tinggi (PP.3 , EP.1)
- Pimpinan menetapkan kebijakan dan prosedur yang dapat dilaksanakan (PP.3, EP.2)
- Rumah sakit menetapkan kebijakan dan prosedur untuk memberikan layanan resusitasi seragam (PP.3.2, EP.1)
- Kebijakan dan prosedur ditetapkan untuk mengatur penggunaan, penata laksanaan, dan administrasi darah dan produk darah (PP.3.3, EP.1)
- Kebijakan dan prosedur ditetapkan untuk melaksanakan elemen (a) sampai (f) yang dimuat di Maksud dan Tujuan , sebagai pedoman memberikan asuhan bagi pasien dalam keadaan sedasi dalam dan moderate ( PAB.3, EP 1)
- Dilakukan asesmen pre-sedasi sesuai dengan kebijakan rumah sakit ntuk melakukan evaluasi terhadap risiko dan kepatutan memberikan layanan sedasi kepada pasien (PAB.3, EP.3)
- Ditetapkan kriteria untuk pemulihan pasien sedasi (PAB.3, EP.6 )
- Ada rencana, kebijakan atau dokumen lain yang menunjukkan adanya pengelolaan obat dan penggunaannya di rumah sakit (MPO.1, EP.1 )
- Kebijakan dtetapkan untuk mengelola pengobatan dan penggunaan obat (MPO 1, EP.3)
- Kebijakan dan prosedur ditetapkan sebagai pedoman untuk memesan, menulis resep di rumah sakit (MPO. 4, EP.1)
- Kebijakan dan prosedur ditetapkan untuk menangani tindakan terkait pemesanan dan peresepan ilegal (MPO.4, EP.2 )
- Kriteria Kesalahan medis dan kejadian nyaris cedera ditetapkan melalui proses bersama (MPO 7.1, EP.1)
- Pimpinan rumah sakit berpartisipasi dalam menyusun rencana peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP.1, EP.1)
- Pimpinan rumah sakit menetapkan definisi dari kejadian sentinel yang paling sedikit memuat (a) sampai (d) di maksud dan tujuan (PMKP.6., EP.1)
- Rumah sakit menetapkan definisi nyaris cedera (PMKP.8, EP.1)
- Ditetapkan kebijakan dan prosedur sebagai pedoman untuk mengurangi risiko terinfeksi ( PPI.5, EP.5)

- Jika menggunakan 1 (satu) alat dan 1 bahan (single use dilakukan re-use), kebijakan memuat (a) sampai (e) di Maksud dan Tujuan (PPI.7.1.1, EP.2)
- Rumah sakit menetapkan program pencegahan dan pengendalian infeksi yang melibatkan semua staf, profesional lainnya, pasien dan keluarga (PPI.11, EP.1)
- Struktur organisasi ditetapkan dalam dokumen tertulis, dan mereka yang bertanggung jawab mengawasi dan mengelola ditetapkan dengan nama dan jabatannya (TKP.1, EP.1)
- Rumah sakit menetapkan asuhan dan pelayanan yang akan diberikan (TKP.3.2, EP.1)
- Rumah sakit menetapkan tertulis sifat dan cakupan layanan yang diberikan melalui kerja sama kontrak (TKP.3.3., EP.2)
- Ditetapkan rencana tertulis untuk menangani area risiko di Maksud dan Tujuan (MFK.2, EP. 1)
- Rumah sakit merencanakan program untuk memastikan bahwa fasilitas rumah sakit aman dari api, asap atau kedaruratan bukan karena api (non-fire emergency) (MFK.7, EP.1)
- Semua peralatan medik dirumah sakit dikelola sesuai rencana (MFK.8, EP.1)
- Daftar inventaris peralatan medik tersedia (MFK.8, EP.2)
- Ada program pemeliharaan (MFK.8.2, EP.1)
- Kebijakan dan prosedur mengatur tentang penggunaan produk atau barang yang ditarik (recall) kembali (MFK.8.2, EP.2)
- Dalam kebijakan yang ditetapkan dimuat proses untuk evaluasi kredensial anggota staf medik dalam interval waktu sama setiap 3 (tiga) tahun (KPS.9.1, EP.1)
- Ditetapkan secara resmi dalam dokumen rumah sakit standar proses untuk memberikan privileges kepada setiap staf medik pada waktu pertama kali diangkat dan seterusnya pada waktu pengangkatan kembali (KPS.10, EP.1)
- Ada kebijakan tertulis untuk mengatur kerahasiaan dan kebebasan pribadi (privacy) dari informasi berdasar peraturan perundangan (MKI.10, EP.1.)
- Kebijakan memberi batasan sampai berapa jauh pasien mempunyai akses informasi tentang kesehatannya dan prosesnya jika akses memperoleh informasi diijinkan (MKI.10, EP. 2)
- Ada kebijakan atau protokol tertulis tentang persyaratan yang harus ada untuk menetapkan kebijakan dan prosedur dari (a) sampai (h) yang disebut di maksud dan tujuan, dan yang dilaksanakan (MKI.18, EP.2)
- Ada kebijakan dan protokol tertulis tentang pengertian “tidak memberlakukan” (retensi) kebijakan dan prosedur usang (obsolete = usang, tidak terpakai lagi) dalam kurun waktu sesuai peraturan perundangan, dan memastikan tidak digunakan lagi, dan kebijakan dan prosedur ini dijalankan (MKI.18, EP.3)
- Ada protokol yang mengatur bahwa kebijakan dan prosedur berasal dari luar rumah sakit dapat dikendalikan dan protokol ini dilaksanakan (MKI. 18, EP.2)

- Ada kebijakan atau protokol yang mengatur semua kebijakan dan prosedur yang beredar dapat diidentifikasi dan ditelusur, dan kebijakan atau protokol ini dilaksanakan (MKI.18, EP.4)

### **Apa yang akan berlangsung**

- Dokumen harus tersedia bagi tim survei di ruang pertemuan yang diperuntukkan bagi mereka untuk bekerja
- Pada awal pertemuan, seorang staf akan menjelaskan pada surveior bagaimana dokumen di kumpulkan dan disediakan
- Selama berlangsung pertemuan tersedia staf yang dapat memberi jawaban atas setiap pertanyaan dari surveior secara langsung.
- Semua bahan harus selalu tersedia bagi tim survei selama survei dilakukan. Walaupun begitu, jika ada dokumen yang diperlukan oleh rumah sakit, dokumen ini dapat dipisahkan. Surveior mungkin akan melakukan telaah dokumen kedua. Telaah kedua ini biasanya dilakukan di rumah sakit yang menjalani survei lebih lama dari tiga hari, akan dapat dipercepat sesuai kebutuhan. Tim survei mungkin akan meminta dokumen tambahan untuk klarifikasi atau ingin mengetahui kebijakan, prosedur atau kinerja. Staf rumah sakit sedapat mungkin proaktif memenuhi permintaan dokumen.

### **Bagaimana mempersiapkannya**

Dokumen yang diuraikan diatas adalah dokumen minimal yang harus disediakan oleh rumah sakit, surveior dapat meminta dokumen lainnya sesuai yang dipersyaratkan di dalam bab, standar dan elemen penilaian atau yang ada keterkaitan dengan dokumen yang diuraikan diatas. Karena itu dokumen yang dipersiapkan rumah sakit tetap mengacu kepada bab, standar dan elemen penilaian yang ada di buku standar akreditasi rumah sakit. Rumah sakit tidak perlu memindahkan atau membuat fokokopi bab penting dari dokumen ini. Rumah sakit dapat memberi tanda bab ini dan membuat tabel. Pedoman dari rujukan silang tentang informasi ini dijelaskan di bab berikutnya.

Rumah sakit perlu memahami bahwa ada 2 kelompok dokumen yaitu dokumen regulasi yang berisi perencanaan/program, kebijakan dan prosedur dan dokumen bukti pelaksanaan kegiatan yaitu notulen rapat, laporan, pengisian check list, dan lain sebagainya. Dalam menyusun dokumen rumah sakit disarankan membuat 2 kelompok yaitu kelompok dokumen regulasi dan kelompok dokumen bukti pelaksanaan kegiatan. Untuk memudahkan setiap dokumen diberi tanda bab/standar dan untuk elemen penilaian berapa.

Rumah sakit harus memutuskan apakah akan memberikan dokumen resmi atau fotokopi. Dokumen bukti pelaksanaan kegiatan misal notulen rapat, sebaiknya rapat terakhir juga disertakan.

Jika rumah sakit mempunyai contoh dokumen atau bahan sangat banyak tentang satu topik, agar dipilih yang paling mewakili atau yang paling penting. Surveior tidak mempunyai waktu untuk menelaah bahan sangat banyak tentang sesuatu topik tertentu.

## MENGELOLA BAHAN

Oleh karena masalah yang teridentifikasi pada waktu dilakukan telaah dokumen tergantung dari kesiapan rumah sakit, maka pedoman berikut ini digunakan surveior untuk mengelola dokumen.

Buat 3 kelompok dokumen atas dasar dokumen yang tersedia :

1. Syarat monitoring mutu yang diminta
2. Syarat perencanaan rumah sakit yang diminta
3. Syarat kebijakan, prosedur, dokumen tertulis, bylaws

Catatan : Jika mungkin beri tanda keterkaitan antara standar dengan dokumen. Dokumen-dokumen mungkin di ikat sesuai kelompok-kelompok tertentu atau dipisahkan sesuai topik penting.

Kumpulkan dokumen di satu tempat. Beri tanda di dokumen dimana informasi spesifik yang terkait standar dapat diketemukan. Rumah sakit mungkin menggunakan metoda dibawah ini untuk identifikasi informasi :

- Panduan
- Indeks
- Tanda Buku
- Tabulasi

Catatan : Jika informasi diberikan dari monitor komputer, syarat dibawah ini berlaku :

- Setiap surveior harus diberi monitor komputer
- Printer harus tersedia untuk digunakan surveior membuat kopi dokumen yang diberikan
- Staf mungkin dibutuhkan untuk membantu surveior agar dapat menunjukkan lokasi dokumen di komputer

Dokumen tercetak dari bylaws dan dokumen yang akan dibaca secara ekstensif oleh surveior harus tersedia.

## EVALUASI DARI KEBIJAKAN DAN PROSEDUR OLEH SURVEIOR

Dokumen yang ditelaah oleh surveior memberikan gambaran tentang apa yang diharapkan akan dilihat dalam proses akreditasi. Sebagai contoh, mereka akan berharap menemukan hal-hal dibawah ini apabila ada prosedur baru tentang pembuangan limbah infeksius ditetapkan :

- a. Staf terkait telah diberi pelatihan tentang prosedur baru
- b. Telah diadakan pelatihan khusus
- c. Bahwa limbah memang dibuang sesuai prosedur baru
- d. Dokumen yang berkaitan prosedur tersedia untuk ditelaah

**Tersedianya kebijakan dan prosedur sendiri tidak menetapkan skor. Skor ditentukan praktik sehari-hari melaksanakan kebijakan dan prosedur (implementasi pelaksanaan kebijakan dan prosedur).** Tim survei akan mencari bukti bahwa praktik terkait kebijakan dan prosedur dilaksanakan, sebaik-baiknya, terus menerus dan berkelanjutan di seluruh rumah sakit. Dalam hal implementasi tidak lengkap menurut tim survei, atau implementasinya tidak terus menerus dan berkelanjutan, tim survei akan membuat rekomendasi bahwa lebih banyak

waktu dibutuhkan agar dapat memberikan bukti lebih baik dan memasukkan rekomendasi diadakan survei lanjutan.

Secara garis besar, jangka waktu melaksanakan kebijakan disebut “track record”. Tim survei akan menetapkan track-record 4 bulan yang terkait dengan standar kebijakan di survei awal dan 12 bulan track record dalam survei 3 tahunan. Agar standar terkait kebijakan dan prosedur dapat diberi skor “tercapai penuh”, track record ini harus tercapai. Jika track record tidak tercapai, akan tetapi tim survei menganggap bahwa kebijakan telah dilaksanakan dengan cara baik, maka tim mempunyai hak prerogatif untuk memberi skor “tercapai penuh”.

Track record dari standar akreditasi baru berlaku efektif pada tanggal survei dilakukan. Sebagai contoh, jika standar akreditasi baru/Elemen Penilaian baru berlaku efektif 1 Januari, dan survei berlangsung tanggal 1 Juni tahun sama, maka track record dari standar akreditasi baru/Elemen Penilaian baru adalah 5 bulan untuk mencapai “tercapai penuh”.

## **6.5. BRIFING HARIAN (VERIFIKASI DAN MASUKAN)**

### **Tujuan**

Untuk memahami proses dari survei dan temuannya yang dapat berpengaruh terhadap keputusan survei

### **Lokasi**

Diserahkan rumah sakit

### **Peserta dari rumah sakit**

- Direksi rumah sakit.
- Komite Medis
- Pimpinan medis dan keperawatan
- Koordinator survei rumah sakit/Ketua Tim Akreditasi rumah sakit
- Pimpinan unit kerja yang di lakukan survei pada sehari sebelumnya
- Pimpinan lainnya yang ditunjuk pimpinan rumah sakit

### **Surveior**

Semua surveior

### **Apa yang akan berlangsung**

Survei yang berlangsung beberapa hari, brifing harian berlangsung setiap pagi, kecuali pada hari pertama survei. Acara ini berlangsung singkat selama 30 sampai 60 menit tergantung jumlah surveior dalam tim. Jika beberapa surveior hadir, brifing diselenggarakan bersama, dengan ketua tim survei bertindak sebagai fasilitator.

Selama brifing harian dengan rumah sakit, para surveior akan bertindak sebagai berikut :

- a. Memberikan rangkuman kegiatan survei yang telah selesai dilakukan kemarin
- b. Memberi komentar umum tentang masalah penting dari hasil kegiatan survei kemarin
- c. Mencatat secara spesifik temuan positif
- d. Memperhatikan pola dan kecenderungan yang menjadi masalah penting yang dapat berpengaruh terhadap ketidakpatuhan terhadap standar. Surveior tidak memberi laporan tentang observasi tunggal yang tidak berpengaruh pada skor.
- e. Beritahu rumah sakit bahwa temuan akhir dari standar apapun hanya mungkin jika semua kegiatan survei diselesaikan dan dikumpulkan.
- f. Beri kesempatan rumah sakit memberi informasi yang belum sempat disampaikan waktu survei berlangsung sehari sebelumnya
- g. Perhatikan permintaan rumah sakit untuk membahas temuan dan beritahukan kapan diskusi ini dapat dilakukan
- h. Sediakan waktu untuk mengadakan diskusi mendalam atau membuat telaah dari bukti kepatuhan tentang masalah yang timbul

- i. Bahas acara survei untuk hari berikutnya (termasuk penunjukkan telusur pasien) dan buat penyesuaian seperlunya sesuai kebutuhan rumah sakit atau kebutuhan untuk melakukan asesmen terhadap sebuah masalah di dalam mata acara “kegiatan survei terfokus”.
- j. Tutup acara brifing harian dan alihkan ke acara berikut sesuai acara.

**Jangan berharap surveior melakukan tindakan-tindakan sebagai berikut :**

- a. Mengulangi pengamatan yang telah disampaikan sehari sebelumnya kecuali hal itu terkait dengan masalah sistemik yang diketemukan
- b. Bahas, secara rinci, setiap kegiatan survei, pencatatan spesifik, dan pembicaraan yang dilakukan selama melakukan kegiatan telusur
- c. Menunda kegiatan survei hari itu hanya karena harus membahas masalah yang terjadi sehari sebelumnya.

**Situasi khusus**

Ada kemungkinan seorang surveior sudah merencanakan melakukan survei yang kegiatannya tidak ditempat sama dengan lokasi tempat brifing harian diadakan atau ada kemungkinan bahwa surveior harus pergi ke tempat lain (misalnya untuk melihat kegiatan di tempat yang di out sourcing) dan harus meninggalkan lebih pagi dari anggota tim surveior lainnya. Jika surveior tidak dapat hadir secara fisik di tempat brifing harian diadakan, maka surveior dapat menyampaikan rincian temuan sehari sebelumnya ke surveior lainnya atau ketua Tim survei.

## 6.6. PEMERIKSAAN KELILING FASILITAS (FACILITY TOUR)

### Tujuan :

Tujuan pemeriksaan keliling fasilitas ini untuk memeriksa masalah terkait dibawah ini :

- a. Fasilitas fisik
- b. Peralatan medis dan lainnya
- c. Keamanan dan keselamatan pasien, pengunjung dan staf
- d. Pengendalian dan pencegahan infeksi
- e. Limbah dan bahan berbahaya
- f. Pendidikan staf

### Lokasi

Area pelayanan pasien yang dipilih, rawat jalan, area tindakan, dan area lainnya, termasuk, penerimaan pasien, dapur, farmasi, gudang sentral, laundry (pencucian), kamar jenazah, gardu listrik. Surveior akan memeriksa apakah koridor dan jalan keluar bebas dari berbahaya jika terjadi kedaruratan. Pemeriksaan keliling ini dirancang untuk mencakup area dengan risiko tinggi dari segi keselamatan dan keamanan.

### Peserta dari rumah sakit

- Manajer fasilitas/manajer keamanan/Manajer Teknik/Manajer Umum
- Kepala Instalasi terkait dengan pemeliharaan sarana, sanitasi rumah sakit
- Komite Kesehatan dan Keselamatan kerja (K-3 RS)
- Kepala penerimaan (admission), farmasi, gizi/dapur
- Infection Prevention Control Nurse (IPCN)

### Surveior

Surveior manajemen

### Standar/masalah yang ditangani

- Manajemen fasilitas dan keselamatan (MFK)
- Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), yang terkait dengan fasilitas
- Kualifikasi staf dan pendidikan (KPS), yang terkait dengan kompetensi staf dalam penanganan kedaruratan (emergensi)
- Asesmen pasien (AP), yang terkait dengan fasilitas (keamanan dan keselamatan)
- Manajemen komunikasi dan informasi (MKI) yang terkait dengan manajemen kedaruratan

### **Dokumen/bahan yang dibutuhkan**

1. Dokumen, seperti rencana, kebijakan, prosedur, laporan pemeriksaan dan pemeliharaan (seperti disebut di (a) sampai (f) dari maksud dan tujuan dari MFK.2), yang menunjukkan adanya rencana berikut :
  - a. Keselamatan dan keamanan (MFK.4)
  - b. Bahan berbahaya (MFK.5)
  - c. Perencanaan bencana (disaster plan) (MFK.6)
  - d. Kebakaran (MFK.7)
  - e. Peralatan medik (MFK.8)
  - f. Sistem utilitas (MFK.9)
2. Rencana perbaikan fasilitas (diuraikan di Maksud dari MFK.4 sampai MFK.4.2)

### **Apa yang akan berlangsung**

Sebelum dilakukan acara keliling, surveior harus menelaah lebih dahulu rencana perbaikan fasilitas (Facility Improvement Plan) dan rencana-rencana keselamatan yang dijelaskan di MFK.2. Surveior lalu mengunjungi berbagai tempat fasilitas untuk memeriksa pelaksanaan dari rencana ini. Surveior juga akan menelaah laporan pemeriksaan fasilitas yang dibuat oleh rumah sakit. Surveior akan mengunjungi fasilitas di semua area pasien dan non pasien. Di semua area ini surveior akan mengamati fasilitas yang tersedia dan melakukan wawancara dengan staf untuk mengetahui bagaimana rumah sakit mengelola fasilitas untuk mencapai:

- a. Mengurangi dan mengawasi risiko dan bahaya
- b. Mencegah kecelakaan dan bahaya
- c. Mempertahankan kondisi aman
- d. Melaksanakan rencana darurat

Catatan : di beberapa acara survei, 2 surveior akan mengunjungi beberapa seksi dan fasilitas secara bersamaan. Rumah sakit harus siap menyediakan staf untuk memandu dan membantu surveior dalam melakukan keliling ini.

Area non pasien yang dikunjungi oleh surveior termasuk:

1. Ruang boiler
2. Genset
3. Area gudang menyimpan barang
4. Dok penerima barang
5. Sterilisasi sentral
6. Laboratorium
7. Tempat pencucian (Laundry jika mungkin)
8. Layanan makanan, dapur
9. Gudang tempat menyimpan oksigen
10. Gudang tempat menyimpan bahan berbahaya
11. Area yang ditetapkan sebagai area berbahaya seperti, locker, ruangan untuk linen kotor dan bersih, tempat menyimpan oksigen
12. Bagian bawah dari laundry dan sampah

13. Ruangan pemanas, pendingin

14. Atap

### **Bagaimana mempersiapkan**

- Sebelum survei pimpinan rumah sakit dan manajer fasilitas/teknik membaca standar terkait
- Manajer fasilitas/teknik harus melakukan kunjungan ke semua fasilitas, melakukan inspeksi sesuai standar dan berusaha menanggulangi kelemahan sebelum survei berlangsung
- MFK .4.1 menetapkan syarat bahwa rumah sakit melakukan pemeriksaan fasilitasnya sendiri dan informasi ini harus tersedia bagi surveior. Semua bangunan yang didalamnya ada pasien dirawat atau menjalani tindakan harus diperiksa dan dilaporkan.
- Rumah sakit harus tahu tentang peraturan perundangan dan pemeriksaan fasilitas dan harus memberikan informasi ini kepada surveior (MFK.1). Peraturan perundangan terkait dengan pemeriksaan fasilitas adalah ijin-ijin dan sertifikasi/pemeriksaan tahunan dari institusi yang berwenang melakukan kegiatan tersebut. Ijin-ijin yang harus dimiliki rumah sakit sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no 1087/Menkes/SK/VIII/2010 tentang Standar Kesehatan dan Keselamatan kerja di Rumah Sakit adalah sebagai berikut :
  1. Izin Mendirikan Bangunan
  2. Izin Penggunaan Bangunan khusus untuk DKI Jakarta Raya/sesuai ketentuan yang berlaku di lokasi rumah sakit yang dilakukan survei akreditasi
  3. Izin berdasarkan Undang-Undang Gangguan
  4. Rekomendasi Dinas Pemadam kebakaran
  5. Izin Operasional Rumah Sakit
  6. Izin pemakaian lift
  7. Izin instalasi listrik
  8. Izin pemakaian Diesel
  9. Izin Pemakaian Boiler
  10. Izin Penggunaan Radiasi
  11. Izin Bejana Tekan
  12. Izin Pengolahan Limbah padat (Incinerator), cair dan gas
- Rumah sakit harus siap memperlihatkan pada surveior bagaimanapun rencana pengelolaan fasilitas dilaksanakan. Misalnya, mereka harus memperlihatkan bagaimana bahan berbahaya disimpan dan dibuang.
- Sebelum survei dilakukan rumah sakit harus memastikan bahwa semua peralatan medik telah diperiksa, dicoba dan dipelihara dan terdokumentasi.
- Perwakilan dari rumah sakit harus mampu menjelaskan bahwa air bersih dan energi listrik tersedia selama 24 jam sehari (MFK.9)

- Rumah sakit harus mempunyai peralatan dibawah ini jika mengadakan peninjauan keliling:
  - Flash light
  - Master key
  - Tangga (untuk melihat plafon)

## **CONTOH LAPORAN PEMERIKSAAN FASILITAS**

1. Gedung-gedung yang dimasukkan kedalam laporan
  - a. Kegiatan layanan yang berlangsung di setiap gedung
  - b. Ketentuan, undang-undang atau klasifikasi tentang gedung berdasar kegiatannya
  - c. Umur gedung
2. Hasil inspeksi gedung
  - a. Setiap kondisi gedung sesuai dengan peraturan perundangan.
  - b. Temuan spesifik, berkaitan dengan undang-undang, peraturan dan standar akreditasi. Contoh, gedung 1, tingkat 2 sebelah barat, pintu exit kebakaran tidak dapat menutup dengan baik. Gedung 1, kamar 210, ada kursi rusak disebelah tempat tidur; Gedung 3, lantai ke 2, laboratorium, bahan berbahaya disimpan di lantai dekat exit.
3. Rencana memperbaiki gedung
  - a. Jadwal waktu
  - b. Perkiraan anggaran (jangka pendek dan jangka panjang)
4. Rencana untuk monitor proses perbaikan fasilitas dan untuk memastikan masalah keselamatan yang timbul dapat dicegah melalui proses perencanaan dan pemeriksaan.

Catatan : Laporan pemeriksaan fasilitas dapat menggunakan format apa saja sehingga dapat merupakan alat manajemen yang efektif. Pemeriksaan dapat dilakukan oleh staf atau oleh konsultan. Laporan harus selengkap mungkin agar rumah sakit sadar dari keadaan semua gedung dan mempunyai rencana untuk meningkatkan keselamatan gedung.

## 6.7. KEGIATAN TELUSUR PASIEN INDIVIDUAL

### Tujuan

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

- a. Mengikuti alur pelayanan, perlakuan, asuhan yang diberikan kepada pasien oleh rumah sakit dan didalam rumah sakit, yang dicatat di dalam rekam medis.
- b. Evaluasi tata hubungan antara disiplin ilmu, departemen, program, layanan atau unit dalam melaksanakan fungsinya memberikan layanan, tindakan atau asuhan.
- c. Catat proses yang menjadi masalah

### Peserta dari rumah sakit

Selama telusur, surveior akan melakukan pembicaraan dengan berbagai staf yang terlibat dalam asuhan, perlakuan dan layanan. Peserta ini dapat memasukkan perawat, dokter, manajer kasus, pelaksana, tenaga farmasi, tenaga laboratorium dan pelaksana lainnya.

### Surveior

Surveior medis

### Standar atau bahan yang dibicarakan

Semua bab-bab dari standar

### Dokumen atau bahan yang dibutuhkan

Rekam medis pasien yang menerima asuhan klinik saat itu

### Apa yang akan berlangsung

Menggunakan informasi yang disampaikan dalam aplikasi survei, surveior akan memilih pasien dari daftar pasien aktif untuk mengikuti pengalaman mereka sewaktu memperoleh layanan di rumah sakit. Type pasien yang dipilih adalah mereka yang menerima layanan kompleks dengan banyak variasi karena pasien ini interaksi lebih banyak di rumah sakit. Interaksi ini memberikan kesempatan untuk evaluasi masalah pelayanan berkesinambungan (continuity of care). Jika mungkin, surveior akan berusaha menghindari memilih pasien-pasien pada waktu bersamaan agar tidak tumpang tindih tempat yang harus dikunjunginya.

Surveior akan mengikuti pengalaman pasien, melihat pelayanan yang diberikan oleh berbagai petugas dan departemen didalam rumah sakit termasuk melihat "hand-offs" diantara mereka. Cara penilaian ditujukan untuk menemukan masalah di sistem dengan memperhatikan bagaimana berbagai komponen berinteraksi dalam memberikan pelayanan yang aman dan bermutu tinggi.

Jumlah pasien yang diikuti dalam metodologi telusur ini tergantung dari besar dan kompleksitas rumah sakit, jumlah surveior dan lama survei setempat (on-site survei). Telusur dimulai di area layanan pasien di tempat pasien dan rekam medis berada. Disini, surveior mulai menelusuri keseluruhan proses asuhan, tindakan, atau layanan mulai dari waktu sebelum dirawat sampai pasca dirawat. Surveior mempunyai waktu kurang lebih 2 (dua) jam melakukan telusur ini, walaupun juga mungkin lebih cepat tergantung kompleksitas keadaan. Telaah dari banyak rekam medis pasien mungkin harus dilakukan.

Dalam melakukan telaah asuhan, surveior akan memasukkan elemen dibawah ini :

- Telaah rekam medis bersama dengan orang yang bertanggung jawab terhadap asuhan, tindakan dan pelayanan. Jika orang yang bertanggung jawab ini tidak ada, surveior dapat membicarakan dengan staf lain. Kehadiran supervisor dalam pembicaraan ini dibatasi. Staf lain yang terlibat dalam asuhan pasien akan bertemu dengan surveior pada waktu telusur dilakukan.
- Observasi langsung asuhan pasien
- Observasi proses pengobatan
- Observasi penanganan masalah pencegahan dan pengendalian infeksi
- Observasi proses perencanaan asuhan
- Diskusi tentang data yang digunakan, termasuk data yang digunakan dalam menangani peningkatan mutu, informasi yang sudah diolah, peningkatan yang sudah terlaksana menggunakan data dan desiminasi data.
- Observasi dari dampak terhadap keselamatan lingkungan
- Peran staf dalam menekan risiko lingkungan
- Telaah tentang proses dan penanganan peralatan emergensi
- Wawancara dengan pasien atau keluarga pasien (jika disetujui pasien atau keluarganya). Pembicaraan terfokus pada asuhan yang diterimanya dan mencocokkan masalah yang diketahui surveior selama telusur.
- Jika mengunjungi unit gawat darurat, surveior akan menelaah tentang manajemen kedaruratan dan masalah alur pasien. Masalah alur pasien juga dapat diamati di area pelayanan penunjang atau dilain tempat. Sebagai contoh, jika pasien menerima transfusi darah, surveior mengunjungi bank darah.
- Surveior akan mencari dua atau tiga rekam medis pasien untuk mencocokkan masalah yang telah dicatat sebelumnya. Surveior akan meminta bantuan staf di unit, program atau pelayanan untuk menelaah rekam medis tambahan. Kriteria berikut ini digunakan surveior untuk memilih rekam medis tambahan:
  - Diagnosis atau pemeriksaan (test) yang sama atau mirip
  - Pasien yang akan pulang
  - Diagnosis sama tetapi dokter berbeda
  - Pemeriksaan sama tetapi lokasi berbeda
  - Umur atau kelamin sama
  - Lama dirawat

- Wawancara staf
- Telaah notulen atau prosedur jika diperlukan

Surveior mungkin datang di area pelayanan pasien dan mungkin harus mengganggu sampai ada staf yang tersedia. Dalam keadaan ini surveior akan menggunakan waktunya secara produktif (contohnya, melakukan pemeriksaan keliling di unit, program atau pelayanan untuk mengetahui masalah lingkungan di unit itu atau untuk mengamati asuhan/tindakan/layanan).

Surveior akan menghindari mengunjungi area pada waktu bersamaan dan mengunjungi berulang kali di area sama.

### **Kriteria pemilihan telusur**

Kriteria memilih telusur didasarkan atas kriteria sebagai berikut :

- Pasien dialysis
- Pasien psikiatri
- Pasien anak atau pasien neonatal
- Pasien kebidanan
- Pasien menerima layanan imaging
- Pasien menerima layanan rehabilitasi medik
- Pasien terkait dengan sistem telusur, seperti pencegahan dan pengendalian infeksi dan manajemen pengobatan
- Pasien yang diterima dari rumah sakit lain dengan perawatan panjang, pasien pelanggan dari rumah sakit jiwa yang berobat jalan, dan pasien yang menerima pelayanan di rumah/home care, bila ada
- Pasien yang akan keluar hari itu atau keluar keesokan harinya
- Pasien yang menerima program silang :
  - Pasien yang direncanakan menerima layanan di rumah (home care)
  - Pasien yang masuk atau keluar rumah sakit untuk keperluan layanan lanjutan

### **Keterkaitan dengan kegiatan surveil lain**

Masalah yang ditemukan dari kegiatan telusur dapat membawa pada eksplorasi lebih lanjut dari sistem telusur atau kegiatan survei, seperti pemeriksaan keliling fasilitas dan wawancara dengan supervisor dan pimpinan . Survei akan menggunakan jatah waktu “kegiatan survei terfokus” di acara survei untuk melakukan survei tambahan untuk klarifikasi masalah, mengumpulkan tambahan informasi dan evaluasi kepatuhan yang tidak terkait dengan pasien telusur.

Temuan di kunjungan telusur dapat membantu telusur lain memberi perhatian dan dapat berpengaruh pada pemilihan telusur lain. Dari temuan juga dapat diketahui masalah yang terkait dengan koordinasi dan komunikasi dalam menjamin layanan bermutu dan aman.

## 6.8.TELUSUR SISTEM MANAJEMEN DAN PENGGUNAAN OBAT

### Tujuan

Sesi ini membahas proses rumah sakit mengelola manajemen dan penggunaan obat termasuk membahas risiko dalam sistem ini.

Catatan : Jika sistem telusur manajemen dan penggunaan obat tidak diacarakan terpisah (misalnya pada survei lebih pendek harinya), survei akan membahas manajemen dan penggunaan obat ini selama dilakukan telusur peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

### Peserta dari rumah sakit

- Komite/Panitia Farmasi dan Terapi
- Kepala Instalasi/Unit Farmasi atau perorangan yang dipilih oleh rumah sakit hadir di diskusi kelompok, yang sanggup menjelaskan secara rinci spectrum manajemen dan penggunaan obat, dari mulai pengadaan sampai pada monitoring efek samping obat
- Staf klinik farmasi dan staf dari departemen penunjang lainnya yang menjadi bagian dari sistem manajemen dan penggunaan obat akan berpartisipasi dalam kegiatan telusur sistem ini.

Jika dapat dilakukan, peserta termasuk perwakilan dari departemen yang memberi asuhan atau pelayanan langsung dengan ketentuan sebagai berikut :

- a. Staf klinik, seperti perawat, dokter, fisioterapi, ahli gizi yang berperan dalam manajemen pengobatan sebagai bagian dari asuhan langsung, tindakan dan pelayanan yang diberikan rumah sakit
  - b. Staf klinik dari farmasi atau Komite/panitia farmasi dan terapi yang mempunyai pengetahuan tentang seleksi obat yang digunakan dan monitoring pengobatan
  - c. Staf Instalasi farmasi yang bertanggung jawab soal pendidikan kepada staf dan pasien tentang pengobatan
  - d. Staf Instalasi Farmasi yang dapat menambah wawasan dari pasien tertentu
  - e. Individu yaitu dokter atau perawat atau apoteker yang dapat menjelaskan tentang perbaikan kinerja yaitu perbaikan kinerja yang berkaitan dengan manajemen dan penggunaan obat yang telah dilakukan atau sedang dilakukan
- Catatan: Wakil dari Panitia/Komite peningkatan mutu tidak diperlukan jika peserta lain dapat mewakilinya (seperti, dokter yang menjadi anggota dari Komite/Panitia peningkatan mutu dan Keselamatan pasien.)
- f. Klinikus dari laboratorium
  - g. Tenaga teknik/pemeliharaan sarana yang bertanggung jawab soal pemeliharaan pompa

Untuk keperluan kepentingan bersama timbal balik antara rumah sakit dan survei, rumah sakit harus membuat kelompok kecil melakukan diskusi dan wawancara. Staf lain dapat hadir sebagai pengamat.

Selama kegiatan telusur sistem, surveior akan mengunjungi area yang berhubungan dengan proses manajemen dan penggunaan obat, wawancara dengan staf disana soal peranan mereka dalam manajemen pengobatan, menelaah dokumen, dan mungkin wawancara pasien.

### **Surveior**

Surveior manajemen

### **Apa yang akan berlangsung**

Sistem Telusur Manajemen dan Penggunaan Obat dari 3 (tiga) bagian.

#### **Bagian 1**

Bagian ini terdiri dari telusur obat mulai dari perintah (order) pesanan sampai penyerahan kepada pasien dan monitoringnya. Ini sama dengan telusur pasien, bedanya ini adalah telusur pengobatan bukan pasien. Obat yang dipilih sebagai telusur adalah pada umumnya obat risiko tinggi/kewaspadaan tinggi

#### **Bagian 2**

Selanjutnya, pertemuan dengan kelompok kecil yang terlibat dengan sistem pengobatan diadakan. Topik diskusi meliputi sebagai berikut :

1. Telaah kebijakan. Kelompok kecil kebijakan yang dipilih dari proses yang baru diamati di Bagian 1 dapat divalidasi. Telaah kebijakan dapat berlangsung jika ada masalah yang memerlukan klarifikasi atau ada inkonsistensi dari proses ditemukan dalam telusur. Contoh adalah proses pengobatan pediatri, pemusnahan obat yang tidak digunakan lagi untuk pengobatan, dan kebijakan tentang pemesanan obat.
2. Telaah dari evaluasi sistem manajemen dan penggunaan obat diadakan setiap tahun dan tindak lanjutnya untuk memperbaiki sistem berdasar evaluasi tadi
3. Telaah berdasar data terkait dengan layanan baru atau perubahan dari sistem pengobatan

Acara pertemuan fleksibel sesuai sistem yang sedang di evaluasi.

Berbagai metodologi digunakan untuk evaluasi manajemen dan penggunaan obat rumah sakit, termasuk diskusi kelompok, telusur manajemen pengobatan terfokus, telaah data kesalahan obat, nyaris cedera (near miss), monitoring pengobatan yang lain dan telusur pasien. Proses pengobatan yang dievaluasi adalah pemilihan, pengadaan, penyimpanan, pemesanan/resep, penatalaksanaan dan monitoring. Seperti ditentukan oleh surveior, sesi ini dapat dimulai dengan telusur sistem melalui diskusi kelompok.

#### **Bagian 3**

Bagian terakhir terdiri dari telaah data terkait kesalahan medis (medical error), nyaris cedera dan reaksi obat yang membahayakan. Data ini ditelaah di sesi ini dan bukan di sesi Sistem Telusur Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

### **Kegiatan Telusur Sistem**

Kegiatan telusur sistem ini berlangsung sebelum atau sesudah diskusi kelompok. Surveior memeriksa alur dari obat dengan risiko tinggi, kewaspadaan tinggi atau obat lain di rumah sakit melalui rekam medis atau obat yang dipilih dari daftar kewaspadaan tinggi ( high-alert medication list). Surveior menelusuri (trace) obat untuk pasien melalui proses pengobatan mulai dimasukkannya obat di formularium sampai monitor efek samping obat. Surveior lalu memusatkan pada proses manajemen dan penggunaan obat yang disampaikan dari kegiatan survei sebelumnya, seperti diskusi kelompok manajemen dan penggunaan obat atau observasi yang dilakukan pada waktu telusur pasien sebelumnya.

### **Diskusi kelompok**

Acara diskusi kelompok memeriksa proses manajemen dan penggunaan obat di rumah sakit dan “hand-off points” diantara prosesnya.

Selama diskusi kelompok, surveior dan staf rumah sakit melakukan hal-hal dibawah ini:

- Menyelidiki setiap proses manajemen dan penggunaan obat yang aplikabel. Peserta diskusi kelompok menyampaikan pendekatan yang digunakan rumah sakit melaksanakan manajemen pengobatan berdasar pengalaman
- Untuk setiap proses manajemen dan penggunaan obat dibicarakan hal-hal dibawah ini
  - Area bermasalah
  - Penyebab timbulnya area bermasalah
  - Jalan keluar solusi
- Selidiki kontinuitas proses manajemen dan penggunaan obat yang berhubungan dengan sistem dan proses penunjang lainnya
- Tetapkan area masalah yang potensial di sistem manajemen pengobatan rumah sakit dan tindakan yang akan dilakukan
- Tetapkan masalah manajemen pengobatan secara spesifik yang memerlukan pemeriksaan lebih lanjut sebagai bagian dari telusur selanjutnya dan kegiatan survey lainnya
- Telaah Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) terkait manajemen pengobatan

Aspek spesifik dari manajemen dan penggunaan obat yang akan dibahas dalam diskusi dan telusur terfokus adalah sebagai berikut :

- Seleksi obat, pengadaan, penyimpanan, termasuk SKP
- Pemesanan, resep dan sasaran keselamatan pasien (SKP)
- Persiapan dan penyerahan
- Administrasi dan sasaran keselamatan pasien (SKP)
- Monitoring
- Kepatuhan terhadap Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)
- Laporan perihal kesalahan/ sistem yang gagal/nyaris cedera
- Pengumpulan data, analisis, evaluasi sistem dan tindakan yang dilakukan, termasuk prakarsa memperbaiki kinerja terkait dengan manajemen pengobatan
- Pendidikan pengobatan kepada pasien dan staf

- Manajemen informasi terkait manajemen dan penggunaan obat
- Melibatkan pasien sebagai bagian dari tim manajemen dan penggunaan obat

Pengaruh dari sistem perencanaan, penggunaan data, perbaikan kinerja, komunikasi dan kompetensi staf/efektivitasnya dari rumah sakit lain dapat digunakan.

Catatan : di rumah sakit yang beberapa gedungnya terletak di beberapa lokasi, hanya satu acara manajemen dan penggunaan obat yang ditetapkan (keseragaman pelayanan), semua staf terkait dengan manajemen penggunaan obat agar datang ke tempat lokasi pertemuan untuk diskusi.

## 6.9. TELUSUR SISTEM : PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

### Tujuan

Dalam diskusi tentang program pencegahan dan pengendalian infeksi, surveior dan rumah sakit akan mampu melaksanakan hal-hal sebagai berikut ;

- Identifikasi kekuatan dan masalah potensial di program pencegahan dan pengendalian infeksi
- Mulai tetapkan tindakan yang perlu untuk menyelesaikan masalah yang ditemukan dalam proses pencegahan dan pengendalian infeksi
- Mulai menetapkan derajat kepatuhan terhadap standar
- Tetapkan masalah pencegahan dan pengendalian yang memerlukan pemeriksaan lebih lanjut

Catatan : Jika sistem telusur pencegahan infeksi tidak di acarakan di agenda (misalnya, di survei lebih pendek harinya), surveior akan menyelesaikan di telusur pasien individual dan di sistem telusur Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

### Peserta dari rumah sakit

Perorangan yang dipilih sebagai peserta harus mampu menjelaskan masalah yang berkaitan dengan program pencegahan dan pengendalian infeksi di semua departemen atau area penting di rumah sakit. Kelompok terdiri dari wakil dari departemen-departemen dibawah ini :

- Staf klinik, termasuk dokter, perawat, tenaga farmasi dan laboratorium
- Staf klinik yang mempunyai pengetahuan tentang seleksi obat yang digunakan dan tentang farmako-kinetik obat
- Staf klinik dari laboratorium yang mempunyai pengetahuan bidang mikrobiologi
- Staf klinik, termasuk perorangan yang terlibat dalam pecegahan dan pengendalian infeksi dan beberapa orang yang terlibat dalam asuhan langsung, tindakan dan layanan pasien
- Staf yang bertanggung jawab terhadap sarana dan prasarana rumah sakit.
- Pimpinan rumah sakit

Catatan : Agar ada timbal balik keuntungan antara rumah sakit dan surveior, rumah sakit harus menetapkan kelompok kecil yang akan aktif berpartisipasi dalam diskusi dan wawancara. Staf lain dapat ikut hadir.

### Surveior

Surveior Keperawatan.

### Apa yang akan berlangsung

Sesi ini dimulai dengan pendahuluan dan telaah tentang sasaran dari sistem telusur pengendalian infeksi, termasuk dibawah ini :

- Memeriksa, pertimbangan dan penyelesaian masalah tentang program pencegahan dan pengendalian infeksi

- Identifikasi masalah potensial dalam melaksanakan program pencegahan dan pengendalian infeksi untuk memperbaiki dan mengambil tindakan yang harus dilakukan

### **Proses**

- Telusur akan mulai dengan diskusi kelompok kecil dengan perorangan yang bertanggung jawab terhadap program pencegahan dan pengendalian infeksi (IPCN) dan Komite/Panitia PPI-RS
- Dalam diskusi kelompok, surveior akan memperoleh manfaat untuk memahami program pencegahan dan pengendalian infeksi, sistem pengawasannya dan akan menentukan area potensial yang akan dapat diperiksa pada waktu melakukan kunjungan ke area pasien dan area bermasalah lainnya dan memerlukan pembicaraan lebih lanjut dengan staf yang mempunyai pengetahuan tentang program pencegahan dan pengendalian infeksi.
- Surveior akan berpindah ke area lain untuk melakukan telusur tentang proses pencegahan dan pengendalian infeksi diseluruh rumah sakit
- Surveior akan mengamati staf dan melibatkan mereka dalam diskusi tentang praktik pencegahan dan pengendalian infeksi di setiap area yang telah dikunjungi pada waktu melakukan kegiatan sistem telusur dilakukan.

### **Diskusi**

Pada waktu melakukan kegiatan survei, surveior akan menggunakan pengalamannya, data surveilans pencegahan dan pengendalian infeksi dan data yang berkaitan dengan pencegahan dan pengendalian infeksi untuk membangkitkan semangat dalam diskusi dengan rumah sakit. Peserta akan diberi pertanyaan untuk membahas aspek dari program pencegahan dan pengendalian dibawah ini :

- a. Bagaimana pasien dengan infeksi diidentifikasi
- b. Bagaimana pasien dengan infeksi diperlakukan dalam kaitannya dengan program pencegahan dan pengendalian infeksi
- c. Kegiatan surveilans sekarang dan yang sudah dikerjakan 12 bulan atau lebih yang lalu dalam hal survei ulang dan 4 bulan atau lebih yang sudah dikerjakan yang lalu untuk survei awal.
- d. Bentuk analisis yang digunakan terhadap data pencegahan dan pengendalian infeksi, termasuk membandingkannya
- e. Pelaporan data pencegahan dan pengendalian termasuk frekuensinya
- f. Proses menangani pasien infeksi yang masuk dirawat
- g. Kegiatan pencegahan dan pengendalian (misalnya, pelatihan staf, pendidikan pada pasien/residen/pelanggan rumah sakit) dan prosedur rumah tangga
- h. Perubahan pada fasilitas fisik, yang telah selesai dikerjakan atau sebagian selesai, yang berdampak pada pencegahan dan pengendalian infeksi
- i. Tindak lanjut dari surveilans dan hasil dari kegiatan diatas
- j. Efektivitas pelaksanaan dari Sasaran Keselamatan Pasien 5 dan 6 dan Pedoman Cuci Tangan (Hand-hygiene)

Rumah sakit dapat menggunakan data pencegahan dan pengendalian infeksi sebagai bagian dari kegiatan ini jika data tersebut relevan untuk didiskusikan.

Diskusi akan berkisar pada pasien yang telah dimasukkan kedalam surveilans dari pencegahan dan pengendalian infeksi dan pelaporan dari kegiatannya. Sebagai tambahan dari skenario surveior , rumah sakit dianjurkan menyajikan contoh kasus-kasus yang menggambarkan garis besar aspek dari program pencegahan dan pengendalian infeksi. Sebagian dari skenario yang akan dibahas, termasuk hal-hal dibawah ini :

- Pasien dengan demam tanpa sebab
- Pasien dengan infeksi pasca operasi
- Pasien masuk dirawat setelah menjalani operasi (pasca operasi)
- Pasien menggunakan antibiotik yang merupakan obat baru di daftar obat yang ada (sebaiknya pasien yang telah diperiksa kultur sensitivitasnya dari obat, kadar di darah dan atau hasil laboratorium dipergunakan untuk dosis)
- Pasien isolasi karena penyakit infeksi. Jika sulit menemukan pasien ini cari pasien dengan diagnosis penyakit varisela, tuberkulosis paru, influenza hemofilus, penyakit meningokokal resistant terhadap obat, pertusis, mykoplasma, penyakit gondok, rubela, Staphylococcus Aureus yang Resisten terhadap obat (MRSA=Multi drug Resistant Staphylococcus Aureus), Enterokokus yang resisten terhadap obat (VRE=Vancomycin Resistant Enterococcus), Clostridium difficile, virus pernapasan (RSV= Respiratory Syncytial Virus), enterovirus, enterokokus (VRE), dan infeksi kulit (impetigo, scabies, kutu)
- Praktik pencegahan dan pengendalian terkait dengan manajemen kedaruratan
- Pasien yang ditempatkan di ruang isolasi karena immunocompromised
- Perubahan fasilitas fisik yang belum lama diadakan yang berdampak terhadap pencegahan dan pengendalian infeksi
- Pasien dengan tuberkulosis aktif

## **Kesimpulan**

Surveior dan rumah sakit membuat ringkasan tentang kekuatan yang ada di rumah sakit dan area yang berpotensi menjadi masalah dalam program pencegahan dan pengendalian infeksi. Surveior akan memberi pendidikan seperlunya.

Catatan : Biasanya, sesi untuk sistem telusur pencegahan infeksi tunggal diacarakan. Sesi ini dimaksudkan untuk menelaah pencegahan dan pengendalian infeksi di semua layanan yang diberikan rumah sakit. Peserta dari sesi ini termasuk perorangan yang mampu melaksanakan pencegahan dan pengendalian infeksi di semua layanan yang diberikan rumah sakit (IPCN).

## 6.10. TELUSUR SISTEM : PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

### Tujuan

Sesi ini fokus pada kegiatan-kegiatan di rumah sakit dalam peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien melalui penggunaan data untuk menanage/mengelola risiko.

### Peserta dari rumah sakit

Peserta perorangan dari rumah sakit yang terpilih harus mampu menangani masalah berkaitan dengan penggunaan data di semua departemen besar atau area dirumah sakit. Perorangan ini mewakili layanan sebagai berikut :

- Staf klinik termasuk perorangan yang terlibat dalam peningkatan kinerja dan perorangan yang terlibat langsung dalam asuhan, tindakan dan pelayanan
- Dokter, perawat dan tenaga farmasi
- Perorangan yang mempunyai pengetahuan tentang sistem informasi untuk pengumpulan data, analisis data dan pelaporan data (Penanggung jawab pengumpul data dan analisa data)
- Komite/Panitia/Tim Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
- Pimpinan rumah sakit

Catatan : Untuk memfasilitasi keuntungan timbal balik antara rumah sakit dan surveior, rumah sakit, harus menunjuk kelompok kecil sebagai peserta aktif dalam diskusi dan wawancara. Staf lain dapat hadir sebagai pengamat.

### Surveior

Semua surveior yang ada berpartisipasi

### Standar/masalah yang dibahas :

- **Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)**

Semua bab dalam “Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien” dapat dibahas, dengan perhatian khusus pada bagaimana indikator ditetapkan (PMKP.3.1 dan PMKP.3.2), penggunaan proses untuk validasi data (PMKP.5), dan hasil peningkatan apa yang telah dicapai dan dipertahankan sebagai hasil dari analisis data (PMKP.9 sampai PMKP.11).

Sebagai tambahan, rumah sakit dapat menanyakan proses yang digunakan untuk mengidentifikasi dan mengelola kejadian sentinel dan kejadian nyaris cedera (PMKP.6, PMKP.8).

Surveior juga mengharapkan melihat data tentang implementasi dari Sasaran Keselamatan Pasien (SKP 1 sampai SKP 6), sebagian dari SKP 5, PPI 9 mungkin termasuk dalam diskusi.

- **Pencegahan dan Pengendalian infeksi (PPI)**  
Secara spesifik PPI.7 sampai PPI.7.5, mengidentifikasi proses dan prosedur yang berkaitan dengan penanganan risiko infeksi. Sebagai tambahan, surieor akan membahas bagaimana program pencegahan dan pengendalian infeksi diintegrasikan dengan peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PPI.10 sampai PPI.10.6).
- **Tata Kelola, kepemimpinan dan Pengarahan (TKP)**  
Standar yang diperiksa dalam kegiatan ini bagaimana Pemilik atau yang mewakili Pemilik atau Dewan Pengawas menyetujui rencana tentang mutu dan keselamatan pasien (TKP.1.5) dan bagaimana pimpinan diberi pendidikan tentang konsep peningkatan mutu (TKP.3.4).
- **Manajemen dan Penggunaan Obat (MPO)**  
Standar yang akan dibahas dalam kegiatan ini bagaimana pengaruh obat pada pasien dimonitor (MPO.7) dan monitoring dan pelaporan dari kesalahan obat dan nyaris cedera (MPO.7.1).

#### **Dokumen atau bahan diperlukan**

- **Laporan dari indikator klinis dan manajerial** yang ditetapkan pimpinan rumah sakit. Sebagai contoh, tabel dan grafik (termasuk telaah dari semua PMKP.3, indikator yang dipilih, data yang sudah dianalisis, dan temuan yang digunakan mengadakan perubahan/perbaikan).
- **Root Cause Analysis (RCA)** untuk setiap kejadian sentinel, termasuk definisi dari kejadian sentinel dan nyaris cedera dan metoda dan proses melakukan root cause analysis. Jika mungkin, termasuk contoh konkret.
- **Asesmen risiko secara proaktif**, seperti failure mode and effects analysis (FMEA), analisis kerentanan terhadap bahaya (HVA), asesmen risiko dari pengendalian infeksi (ICRA), termasuk asesmen risiko secara proaktif dan rancang ulang paling sedikit satu kali setiap tahun. Dalam sesi ini rumah sakit harus menunjukkan paling sedikit satu contoh proses yang sudah di analisis dan di rancang ulang untuk mencegah masalah.
- **Pedoman/Panduan praktik klinik dan clinical pathways** untuk menjelaskan pedoman dan alur asuhan (pathways) yang dipakai, pedoman yang ditetapkan 12 bulan yang lalu bagi rumah sakit yang akreditasi ulang, dan 4 bulan bagi rumah sakit yang baru akreditasi; bagaimana pedoman dan pathways di monitor, bagaimana data yang digunakan atau kegunaannya/efektivitasnya dikumpulkan dan perubahan praktik yang dipengaruhinya.
- **Komite Mutu/Tim KPRS**, termasuk notulen rapat komite (sebagai contoh, notulen rapat peningkatan mutu dan keselamatan pasien, pencegahan dan pengendalian infeksi, penggunaan obat, manajemen risiko, dan komite complain). Sesi ini dirancang untuk mengidentifikasi bagaimana keputusan dan tindakan diambil, bagaimana data

dikumpulkan, bagaimana temuan digunakan, dan bagaimana data, temuan dan masalah dikomunikasikan ke seluruh unit di rumah sakit.

### **Apa yang akan berlangsung**

Sesi ini diadakan untuk memahami lebih baik proses terkait dengan peningkatan mutu dan monitoringnya. Beberapa dari kegiatan di sesi ini akan dibahas didalam telaah dokumen, misalnya , indikator klinik dan manajerial yang digunakan untuk perbaikan dapat di telaah. Kegiatan lain dapat berbentuk surveior melakukan telusur terfokus di departemen/pelayanan untuk evaluasi efektivitas pelaksanaan rencana peningkatan mutu di rumah sakit secara menyeluruh yaitu tentang standar mutu, rencana aksi keselamatan pasien, proses dan program. Surveior akan melakukan kegiatan dan menggunakan metode sebagai berikut :

1. Pengumpulan data dasar, termasuk:
  - Cara pemilihan
  - Data dikumpulkan
  - Analisis data dan interpretasi
  - Desiminasi temuan
  - Menetapkan tindakan aksi
  - Monitor kinerja/perbaikan
2. Telaah dari monitoring data yang di kerjakan rumah sakit tentang indikator klinik dan manajerial yang dipilih berkaitan dengan PMKP 3.1 dan PMKP 3.2 untuk mengukur kepatuhannya. Surveior akan menelaah indikator klinis yang dipilih dari JCI Library of Measures untuk memastikan bahwa rumah sakit menggunakan indikator tersebut. Untuk akreditasi pertama kali, data indikator klinik dari JCI Library belum dikumpulkan, rumah sakit hanya merencanakan pengumpulan datanya yaitu dengan membuat profil/kamus indikator. Surveior juga akan menentukan bagaimana monitoring data ini telah digunakan untuk identifikasi area potensial untuk peningkatan, untuk melaksanakan kegiatan rencana dan menunjukkan kinerja yang berkelanjutan.
3. Validasi dari pelaksanaan dan penggunaan strategi peningkatan kinerja secara terpilih di seluruh rumah sakit untuk memastikan bahwa perbaikan berjalan efektif dan dilaksanakan secara konsisten di rumah sakit. Misalnya, SKP atau rencana yang dilaksanakan sebagai jawaban terhadap kinerja, tindakan yang tidak mencapai sasaran akan diperiksa. Surveior akan melakukann kegiatan telusur terfokus yang dipilih dalam sesi ini dan seterusnya sepanjang survei
4. Evaluasi terhadap konsistensi rumah sakit melaksanakan pedoman praktik klinis dan clinical pathways yang dipilih rumah sakit untuk menentukan kepatuhan terhadap pedoman dan integrasi dari persyaratan pedoman dengan alur asuhan klinik pasien. Surveior akan menelusuri (trace) proses asuhan dari pasien yang dipilih di berbagai departemen/pelayanan.
5. Tentukan efektivitas dari pelaksanaan rencana aksi rumah sakit sebagai kelanjutan dari root cause analysis kejadian sentinel atau nyaris cedera, asesmen risiko proaktif (seperti FMEA and HVA), dan pengelolaan mutu dan komplain keselamatan.

Surveior akan menggabungkan contoh-contoh yang diperoleh dari telusur pasien individual yang lalu. Dalam sesi ini, surveior menelaah hanya monitoring yang belum ditelaah sebelumnya dalam survei sebagai satu bagian dari telusur individual atau telusur sistem. Jika telusur sistem belum dilakukan untuk manajemen dan penggunaan obat dan pengendalian dan pencegahan infeksi, penggunaan data dan peningkatan dalam area-area ini dapat dicakup dalam sesi ini.

### **Masalah data manajemen dan penggunaan obat (periksa juga” Sistem Telusur Manajemen dan Penggunaan Obat)**

Untuk survei lebih pendek waktunya, masalah pengumpulan data manajemen dan penggunaan obat dibahas di seksi ini dimana hanya mengacarakan satu telusur sistem (Peningkatan mutu dan keselamatan pasien). Diskusi membahas masalah-masalah sebagai berikut :

- Monitoring Data yang dikumpulkan tentang kinerja rumah sakit dalam hal mengelola sistem dan proses pengelolaan pengobatan di rumah sakit, termasuk kecenderungan dari masalah yang sudah diidentifikasi dan diadakan perubahan sebagai hasil dari telaah tadi.
- Rumah sakit mengumpulkan data tentang tindakan pengobatan. Pengumpulan data tentang manajemen dan penggunaan obat harus sesuai dengan layanan yang diberikan rumah sakit dan kepada pasien. Rumah sakit harus mengumpulkan data sesuai dengan risiko-risiko yang dicatat pada waktu dilakukan evaluasi dari sistem pengelolaan obat. Contoh dari data berdasar atas evaluasi dari risiko seperti itu adalah :
  - Jumlah intervensi farmasi
  - Rata-rata waktu antara pemesanan dan penatalaksanaan
  - Kejadian tidak diharapkan (KTD) obat/KTD reaksi obat
  - Penggunaan obat risiko tinggi atau obat dengan kewaspadaan tinggi
  - Semua tindakan yang di sarankan di PMKP.3.1 (seperti penggunaan antibiotik)

### **Masalah data pencegahan dan penendalian infeksi (periksa telusur sistem pencegahan dan pengendalian infeksi)**

- Metoda surveilans dari infeksi terkait kesehatan dan non-kesehatan
- Jenis monitoring dan pengumpulan data :
  - Apakah data terkait infeksi yang dikumpulkan
  - Apakah rumah sakit menetapkan dan melaksanakan sistem untuk meningkatkan perbaikan
- Menggunakan definisi terstandar
- Penggunaan data untuk pencegahan
- Rumah sakit merencanakan pengumpulan data sesuai standar pencegahan dan penendalian infeksi

## **Kesimpulan**

Kesimpulan dari sesi ini, surveior dan rumah sakit akan mampu melaksanakan hal-hal dibawah ini :

1. Mengetahui kekuatan dan kelemahan pelaksanaan dari rencana mutu, termasuk monitoring kinerja, penggunaan data, area teridentifikasi untuk perbaikan, dan tindakan yang dapat dilakukan
2. Mengetahui masalah spesiifik yang memerlukan pendalaman lebih lanjut sebagai bagian dari survei kemudian
3. Memberikan pembelajaran

Catatan : Di rumah sakit dengan bangunan terletak di beberapa lokasi, hanya disediakan acara satu sesi untuk manajemen dan penggunaan obat dan satu sesi untuk pencegahan dan pengendalian infeksi dan semua staf terkait diharapkan dapat menghadiri pertemuan ini.

## 6.11. Telusur Sistem Manajemen Fasilitas dan Keselamatan

### Tujuan

Sesi ini memberikan pedoman untuk evaluasi manajemen fasilitas dan keselamatan (MFK) dan kinerja manajemen risiko. Surveior dan rumah sakit akan melaksanakan hal-hal dibawah ini:

1. Identifikasi masalah dan kekuatan didalam proses MFK
2. Identifikasi atau menetapkan langkah menanggulangi masalah
3. Evaluasi atau tentukan tingkat kepatuhan rumah sakit terhadap standar

Peserta dari rumah sakit

Komite K-3 RS atau perorangan sebagai peserta yang dipilih oleh rumah sakit harus mampu menanggulangi masalah berkaitan dengan MFK di semua departemen atau area di rumah sakit.

Kelompok ini terdiri dari (dibeberapa rumah sakit mewakili beberapa fungsi ):

- Perorangan (ditetapkan pimpinan) bertanggung jawab terhadap kegiatan manajemen keselamatan
- Perorangan (ditetapkan pimpinan) koordinator manajemen keamanan
- Perorangan yang mengelola fasilitas di rumah sakit
- Perorangan yang bertanggung jawab atas kegiatan manajemen kedaruratan
- Perorangan yang mengelola sarana gedung
- Perorangan yang bertanggung jawab atas pemeliharaan peralatan rumah sakit/laboratorium
- Pimpian tim/komite kesehatan dan keselamatan kerja rumah skit
- Pimpinan rumah sakit

Di rumah sakit - rumah sakit besar dan kompleks manajemen MFK dilakukan dengan sistem desentralisdasi fungsi sehigga staf yang bertanggung jawab mengelola kegiatan seperti diatas harus hadir (hadir sendiri).

Catatan : Untuk memudahkan berlangsungnya komunikasi timbal balik yang saling menguntungkan kedua belah pihak antara rumah sakit dan surveior, rumah sakit harus menentukan kelompok kecil sebagai peserta aktif dalam diskusi dan wawancara. Staf lain dapat hadir sebagai peninjau.

### Surveior

Surveior manajemen

### Apa yang akan berlangsung

Waktu menyelenggarakan sesi ini kurang lebih 60 – 90 menit. Kegiatan diskusi kelompok (bagian pertama dari sesi) merupakan 30% dari sesi ini dan berlangsung setelah surveior menelaah dokumen dibawah ini :

- Evaluasi tahunan dari rencana MFK yang terkait dengan risiko lingkungan

- Notulen pertemuan antar disiplin di tim MFK selama 12 bulan terakhir untuk survei ulang dan 4 bulan untuk survei awal.

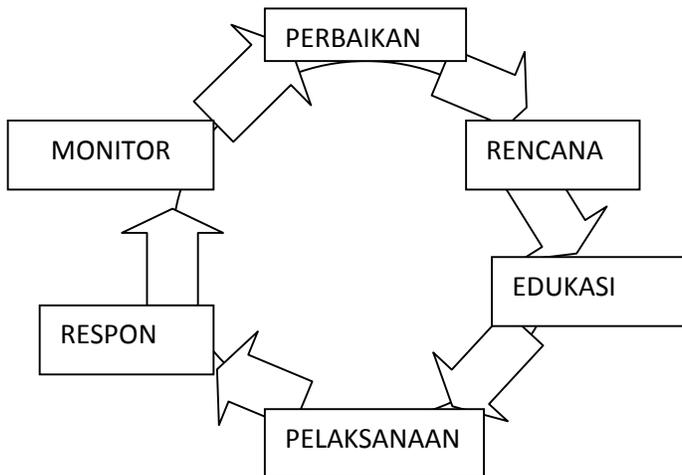
Juga penting bahwa pemantauan MFK yang dilakukan oleh anggota lain dari tim survei juga dibicarakan dalam sesi ini.

### **Pengantar**

Surveior menjelaskan tujuan dari pertemuan MFK dengan peserta dari rumah sakit.

### **Pedoman diskusi**

Surveior harus mengambil prakarsa dan memimpin diskusi yang dapat memberikan pengenalan tentang proses manajemen lingkungan rumah sakit, seperti digambarkan di siklus manajemen risiko MFK dibawah ini.



### **Rencana**

Risiko lingkungan spesifik apa yang telah teridentifikasi oleh rumah sakit ?

### **Edukasi**

Bagaimana peranan dan tanggung jawab dari staf dikomunikasikan oleh rumah sakit ?

### **Pelaksanaan**

Prosedur dan pengawasan (fisik dan manusia) apa yang dilaksanakan oleh rumah sakit untuk memperkecil dampak dari risiko terhadap pasien, pengunjung dan staf ?

### Respon

- Prosedur apa yang dilaksanakan rumah sakit atas sebuah insiden/kegagalan MFK ?
- Bagaimana, kapan dan kepada siapa masalah, insiden, dan/atau kegagalan MFK dilaporkan di dalam rumah sakit ?

### Monitor

- Bagaimana kinerja MFK (kegiatan manusia dan komponen fisik) di monitor rumah sakit?
- Kegiatan monitor apa yang telah dilakukan dalam waktu 4 bulan atau 12 bulan terakhir ?

### Perbaikan

- Masalah MFK apa yang sekarang di analisis ?
- Tindakan apa telah dilakukan sebagai hasil dari kegiatan monitoring MFK ?

Rumah sakit harus membicarakan bagaimana 6 kategori risiko dan kegiatan konstruksi ditanggulangi di setiap proses manajemen yang di muat diatas. Matriks berikut dapat membantu menentukan pola dari proses manajemen, kategori risiko di area bermasalah dan kekuatan.

Catatan : 6 Kategori risiko MFK adalah kesehatan dan keamanan umum, bahan dan limbah berbahaya, pencegahan kebakaran, peralatan medis/laboratorium, utilitas dan manajemen kedaruratan.

Matriks dibawah ini sebagai alat penunjang untuk memilih proses manajemen tertentu atau kategori risiko untuk mendalami di sesi kedua MFK. Pemilihan proses manajemen tertentu harus berdasar informasi yang diperoleh dari :

- Diskusi di sesi ini
- Informasi terkait MFK
- Informasi terkait MFK dari survei yang lalu, dan
- Setiap pengamatan yang tidak biasa selama survei sebelum sesi ini

	Keselamatan	Keamanan	Bahan & Limbah berbahaya	Pencegahan Kebakaran	Peralatan Medis/lab	Utilitas	Manj Kedaruratan
Rencana							
Edukasi							
Pelaksanaan							
Respon							
Monitor							
Perbaikan							

Selama sesi ini, kinerja rumah sakit dalam memenuhi persyaratan dari standar MFK 6 dan MFK 6.1 akan ditelaah, termasuk kinerja dari hal-hal dibawah ini :

- Identifikasi dan analisis dari risiko potensial lingkungan di rumah sakit
- Identifikasi peranan rumah sakit terkait program kedaruratan masyarakat, area dan wilayah
- Identifikasi proses penggunaan informasi bersama dengan organisasi kesehatan yang memberikan layanan didalam area geografik tertentu
- Identifikasi struktur yang digunakan dalam keadaan darurat terkait dengan struktur penanggulangan kedaruratan di masyarakat
- Membuat perbaikan yang diperlukan manajemen rumah sakit sebagai kelanjutan dari hasil pelatihan manajemen kedaruratan

**Diskusi harus terfokus pada proses manajemen** dan bukan pada kategori risiko MFK. Surveior seharusnya bukan merupakan pembicara utama tetapi lebih sebagai pendengar dalam diskusi. Ini bukan diartikan sebagai wawancara.

### **Pedoman pengamatan**

Surveior mengamati dan evaluasi kinerja rumah sakit dalam mengelola risiko MFK. Kegiatan ini merupakan 70% dari sesi dan berlangsung setelah acara diskusi kelompok.

Proses manajemen risiko yang dipilih untuk melakukan observasi dan evaluasi lebih lanjut didasarkan atas :

- Dokumen MFK yang telah ditelaah sebelumnya
- Pengamatan oleh tim survei lain
- Pengetahuan yang diperoleh selama diskusi kelompok

Surveior akan mengamati pelaksanaan dari proses manajemen yang dianggap secara potensial rawan atau mengakibatkan risiko tertentu di satu atau lebih kategori risiko di MFK, bahwa rumah sakit me manage dengan melakukan sebagai berikut :

- Mulai dimana risiko diketemukan atau pertama kali terjadi (itu adalah mulai awal dimana insiden keselamatan dan keamanan tertentu terjadi, menggunakan sebuah peralatan medik tertentu, atau ada bahan berbahaya tertentu masuk rumah sakit)
- Diminta staf menjelaskan peranan dan tanggung jawabnya untuk mengurangi risiko, tindakan yang mereka harus lakukan jika timbul masalah atau terjadi insiden dan bagaimana melaporkan masalah dan insiden ini.
- Mengkaji pengawasan terhadap fasilitas fisik untuk memperkecil risiko (seperti, peralatan, alarm dan prasarana gedung)
- Mengkaji rencana manajemen kedaruratan untuk kesiapsiagaan bencana, tanggap darurat, mengatur strategi dan langkah-langkah
- Mengkaji rencana manajemen kedaruratan untuk menangani kegagalan atau kerusakan utilitas (seperti menyediakan utilitas alternatif, memberi tahu staf bagaimana, kapan melaksanakan intervensi darurat klinik jika sisten utilitas gagal atau sedang diperbaiki)

- Telaah pelaksanaan kegiatan pemeriksaan, tes atau prosedur pemeliharaan dari setiap peralatan, alarm atau sarana gedung yang perlu diperiksa dari kemungkinan timbulnya risiko
- Bertanya pada yang lain di rumah sakit yang mempunyai peranan menangani masalah atau insiden tertentu agar menjelaskan peranan mereka dalam memeriksa kondisi setiap peralatan yang mereka gunakan.

Jika kemungkinan terjadinya risiko ditemukan disekitar fasilitas rumah sakit (seperti, bahan dan limbah berbahaya), surveior akan mengikuti risiko mulai dari bawah (“cradle to grave”).

### **Kesimpulan**

Surveior membuat kesimpulan adanya sebuah area bermasalah dalam proses manajemen atau pengamatan terhadap risiko. Staf yang bertanggung jawab mengelola sebuah risiko tertentu menjalankan peranan mereka dalam menanggulangi suatu area bermasalah. Rumah sakit harus memberi informasi tentang proses yang telah ditetapkan untuk menangani suatu area tertentu yang bermasalah. Rumah sakit juga harus memberi informasi tentang kegiatan yang telah dilaksanakan untuk menangani setiap area potensial bermasalah yang diamati.

## 6.12. Kegiatan Survei Terfokus

### Tujuan

Metodologi Telusur (tracer) digunakan terutama untuk menilai kepatuhan terhadap standar. Walaupun begitu, alat lain atau pendekatan terfokus dapat juga digunakan mengumpulkan informasi untuk evaluasi terhadap kepatuhan standar yang tidak terkait secara spesifik dengan telusur pasien. Masing-masing dari aktivitas terfokus ini disebut di agenda survei sebagai “Kegiatan Survei Terfokus”

Secara garis besar definisi Kegiatan Survei Terfokus mencakup kegiatan yang disesuaikan dengan kebutuhan khusus di setiap rumah sakit. Kegiatan survei semacam ini dipilih surveior agar dapat melakukan evaluasi lebih intensif pada area sasaran jika dari kegiatan survei yang lain, seperti telusur sistem atau diskusi, dirasakan ada kebutuhan untuk memusatkan perhatian pada masalah spesifik tertentu atau untuk menaikkan besaran sampel.

### Peserta dari rumah sakit

Peserta akan dipilih oleh surveior tergantung dari kegiatan yang akan dievaluasi.

### Materi pembahasan

Kegiatan tertentu terkait standar. Sebagai contoh, jika kegiatan survei dipusatkan pada bahan berbahaya, salah satu standar yang dibahas ialah MFK. 5.

### Apa yang akan berlangsung

Contoh dari Kegiatan Survei Terfokus adalah dibawah ini :

#### 1. Telusur terfokus yang bukan telusur pasien :

- Proses pendidikan kepada pasien
- Akses ke informasi
- Penjelasan masalah keuangan
- Proses desinfeksi
- Transfusi produk darah

#### 2. Fokus proses telusur :

- manajemen bahan berbahaya
- Transportasi medis
- Penanganan spesimen di klinik
- Menilai standar/menggunakan rekam medis pasien untuk menilai misalnya APK..1 terkait
- penerimaan dan pencatatan pasien

3. Kunjungan ke lokasi atau departemen tertentu untuk menelaah pelaksanaan standar :
  - Farmasi dan lainnya, sebagai contoh pengobatan tradisional Cina dan kemoterapi
  - Non-invasive diagnostic, seperti EKG, EEG, Laboratorium Pulmonology
  - Area pelayanan/pengobatan hiperbarik
  - Klinik luka
  
4. Mutu dan Keselamatan Pasien:
  - FMEA,
  - Review RCA,
  - Review Kejadian Sentinel
  
5. Telaah terfokus pada dokumen/kebijakan untuk mengurangi gap dalam praktik telaah dokumen yang biasa.
  
6. Hal-hal lain sesuai dengan kebutuhan tim

### **6.13. Edukasi : Peraturan Pengambilan Keputusan di Rumah Sakit (Hospital Decision Rules), Pedoman Skor (Scoring Guidelines), Perencanaan Perbaikan Stratejik (Strategic Improvement Plan)**

#### **Tujuan**

Tujuan sesi ini memberikan pendidikan kepada pimpinan rumah sakit untuk membantu agar mereka memahami tentang peraturan untuk mengambil keputusan, pedoman bagi survei untuk menentukan skor dan membuat Perencanaan Perbaikan Stratejik.

#### **Lokasi**

Diserahkan rumah sakit

#### **Peserta dari rumah sakit**

- Direktur Utama RS
- Direksi Rumah Sakit
- Pimpinan RS yang lain
- Dewan Pengawas/ yang mewakili pemilik.
- Pimpinan Komite Medik
- Pimpinan Keperawatan
- Koordinator survei/Ketua Tim Akreditasi RS dan kelompok inti dari Komite mutu/Tim KPRS
- Lain-lain, sesuai arahan pimpinan RS

#### **Materi pembahasan**

- Peraturan Pengambilan Keputusan di Rumah Sakit
- Pedoman Skoring/Instrumen Akreditasi dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit
- Perencanaan Perbaikan Stratejik (PPS)

#### **Bahan yang dibutuhkan**

Tidak ada.

#### **Apa yang akan terjadi**

Survei akan melakukan hal-hal sebagai berikut :

1. Menjelaskan setiap Peraturan Pengambilan Keputusan di Rumah Sakit
2. Kriteria skor **“tercapai penuh”, “tercapai sebagian”, “tidak tercapai”, “tidak dapat diterapkan” yang dimuat di Instrumen Akreditasi Rumah Sakit**
3. Ketua tim survei akan memberikan pendidikan bagaimana PPS setelah survei dilakukan untuk memenuhi persyaratan dari kategori “tidak tercapai” dalam laporan survei

## 6.14. Kualifikasi Staf dan Sesi Edukasi

### Tujuan

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

### Lokasi

Ruang pertemuan kecil yang disediakan rumah sakit, disarankan ada 3 ruangan/tempat terpisah yaitu

- 1) untuk surveior manajemen
- 2) untuk surveior medis
- 3) untuk surveior keperawatan.

### Peserta dari rumah sakit untuk setiap wawancara :

Surveior medis mengadakan wawancara dengan staf medis, surveior keperawatan mengadakan wawancara dengan staf keperawatan dan surveior manajemen mengadakan wawancara dengan tenaga profesional kesehatan lainnya dan staf lainnya. Tim survei mungkin akan menghadapi sampai 5 wawancara untuk setiap surveior, tergantung besar dan tipe rumah sakit dan staf profesional yang ada di rumah sakit. Staf rumah sakit yang mungkin akan diwawancarai adalah sebagai berikut :

1. Staf medik
  - Pimpinan komite medik atau direktur medik/pelayanan rumah sakit
  - Anggota komite medik (Sub Komite Kredensial) yang terlibat mengumpulkan dan menelaah kredensial
2. Staf keperawatan
  - Manajer sumber daya manusia
  - Kepala keperawatan
  - Anggota staf keperawatan yang terlibat dalam orientasi, pendidikan dan pelatihan tenaga keperawatan
3. Staf profesional tenaga kesehatan lain
  - Manajer sumber daya manusia
  - Yang mewakili kelompok terlibat dalam orientasi, pendidikan dan pelatihan tenaga staf profesional rumah sakit
  - Kepala Bidang Penunjang Medis/Pelayanan Medis
4. Staf rumah sakit yang lain
  - manajer sumber daya manusia
  - Yang mewakili kelompok terlibat dalam orientasi, pendidikan dan pelatihan tenaga staf rumah sakit

## **Surveior**

- Staf medik : Surveior medik
- Staf keperawatan: surveior perawat
- Staf tenaga kesehatan profesional lainnya dan staf rumah sakit lainnya : Surveior manajemen

## **Materi pembahasan**

### **Standar KPS**

#### **Dokumen atau Bahan Yang Diperlukan**

1. Kebijakan dan prosedur tentang manajemen sumber daya manusia, kredensial staf, orientasi dan pendidikan serta pelatihan staf
2. Contoh (sampel) file kepegawaian rumah sakit dan file kredensial tenaga profesional kesehatan
3. Contoh file kredensial tenaga medis.

Surveior akan memberikan instruksi pada hari pertama survei, biasanya dalam sesi telaah dokumen, mengenai kegiatan wawancara ini dan persiapan file yang diperlukan. Surveior akan memberikan ke manajer sumber daya manusia sebuah daftar file dari staf yang akan di wawancarai. Contoh pertanyaan dan telaah merupakan lampiran buku pedoman ini.

Tim survei akan menyampaikan alat survei ini pada hari pertama survei. Sangat penting untuk diketahui bahwa alat yang digunakan surveior ini akan mengalami perubahan dalam rangka agar surveior dapat lebih akurat menilai kepatuhan terhadap standar sehingga dapat memberikan penilaian skor lebih adil.

#### **Bagaimana membuat persiapan**

Rumah sakit harus menyiapkan daftar pegawai rumah sakit dan daftar staf medik pada hari pertama sesi telaah dokumen. Daftar harus memuat kualifikasi spesifik dari staf, kapan diangkat, ditempatkan di departemen mana. Rumah sakit harus menelaah file pegawai dan kredensial menggunakan “Competency Assessment Process Review form” yang merupakan lampiran dari buku pedoman ini. Rumah sakit harus memastikan bahwa semua elemen yang diminta harus ada dan dimuat di file.

## 6.15. Telaah Rekam Medis Tertutup

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

### Tujuan dari Formulir

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

### Bentuk dari Formulir

Formulir disediakan sesuai judul (seperti, “Persetujuan” = Consent, dan “Kajian”= assessment) dan memuat nomor standar kemudian diikuti dengan hal yang diminta di standar (seperti, persetujuan transfusi darah, kajian medik). Formulir ini diberikan oleh tim survei dan digunakan untuk melakukan telaahan. Formulir dapat direvisi dalam waktu tertentu untuk menyesuaikan dengan perubahan standar.

### Proses Telaahan

1. Surveior mengisi nomor rekam medis yang diperiksa dan mencatat diagnosis nya (contoh, “Rekam medis # 5554 Gagal Jantung Kongestif”).
2. Rekam medis akan ditelaah dan mencatat layanan apa yang sudah diterima pasien (contoh, operasi, medis, darurat dan rehabilitasi).

### Peserta dari rumah sakit :

- Panitia Rekam Medis
- DPJP dari Rekam Medis yang ditelaah, bila DPJP tidak ada bisa diganti DPJP lainnya yang sesuai untuk kasus yang ada di rekam medis tersebut
- Perawat Pelaksana/Perawat penanggung jawab pelayanan
- Tenaga kesehatan profesional lainnya yang mempunyai kewenangan mengisi rekam medis.
- Petugas Rekam Medis.

### Menggunakan Formulir Dalam Survei Akreditasi

1. Ketua Tim Survei meminta 10 sampai 15 rekam medis untuk ditelaah. Rekam medis diminta jika surveior ingin memastikan (validasi) rumah sakit melakukan pencatatan balik kebelakang (track record - 4 bulan atau 12 bulan) dan kepatuhannya mencatat proses layanan yang disyaratkan berdasar informasi dari kegiatan telusur.
2. Tim survei juga menetapkan jangka waktu pencatatan balik kebelakang, biasanya 4 bulan untuk survei awal atau 12 bulan untuk survei ulang. Staf rumah sakit harus

menjelaskan kepada tim rumah sakit tentang bagaimana rumah sakit melengkapi rekam medis setelah pasien pulang.

3. Tim survei melakukan wawancara terhadap panitia rekam medis, DPJP dan perawat pelaksana terkait dengan ketentuan-ketentuan pengisian rekam medis.
4. Surveior menelaah rekam medis yang dipilih dan melakukan wawancara ulang bila dianggap perlu sesuai temuan yang ada di rekam medis tersebut, dengan bantuan staf rumah sakit, surveior melengkapi formulir. Satu kolom formulir dipakai untuk satu rekam medis yang ditelaah. Jika lebih dari 5 rekam medis yang ditelaah, surveior akan menggunakan formulir lain
5. Surveior akan memeriksa persyaratan yang diminta dan akan mencontreng “Y” (ya) di formulir untuk menunjukkan bahwa persyaratan elemen dipenuhi, “T” (tidak) jika elemen tidak dipenuhi, atau “TDD” jika elemen tidak berlaku di rekam medis pasien.
6. Tim survei akan mengumpulkan formulir yang telah diisi untuk dipakai menentukan skor. Temuan yang diperoleh secara telaah aktif atau pasif dari rekam medis digabungkan untuk membuat skor gabungan.
7. Ketua tim survei menyimpan formulir dan menggunakan formulir ini agar dapat menunjang temuan-temuannya dalam kegiatannya melakukan survei.

## 6.16. Wawancara dengan Pimpinan

### Tujuan

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

### Lokasi

Diserahkan rumah sakit.

### Peserta dari rumah sakit

- Direktur Utama dan Direksi Rumah Sakit
- Pimpinan rumah sakit yang lain
- Dewan Pengawas Rumah Sakit/ Yang mewakili pemilik
- Ketua Komite Medik
- Pimpinan keperawatan rumah sakit
- Ketua Komite/Tim Mutu RS
- Pimpinan senior lainnya

Pertemuan ini tidak dimaksudkan dihadiri oleh banyak peserta, agar interaksi mudah dilakukan dan efektif.

### Surveior

Surveior medis, keperawatan dan manajemen.

### Masalah yang dibahas

Evaluasi tentang keterlibatan Direksi rumah sakit dalam menjalankan pengawasan, pengelolaan dan penatalaksanaan rumah sakit. Standar-standar dibawah ini akan dibahas :

- Tata Kelola, kepemimpinan dan Pengarahan (TKP)
- Kualifikasi Staf dan Pendidikan (KPS)
- Hak Pasien dan Keluarga (HPK)
- Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)
- Pelayanan Pasien (PP)
- Manajemen dan Penggunaan Obat (MPO)
- Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI)

### Bahan yang dibutuhkan

Tidak ada dokumen yang dibutuhkan. Walaupun begitu selama pertemuan telaah dokumen, surveior akan melakukan telaahan dokumen di bawah ini :

- Struktur organisasi rumah sakit
- Uraian Visi dan Misi rumah sakit

- Anggaran belanja
- Dokumen Rencana Strategik
- Manajemen sumber daya manusia
- Rencana Manajemen Informasi
- Rencana manajemen mutu
- Lembar kerja (work sheet) Peraturan Perundangan

### **Apa yang akan terjadi**

Surveior akan mengajukan pertanyaan berkaitan dengan masalah kepemimpinan dan keputusan yang telah diambil menyangkut masalah yang ditemukan dalam survei. Setiap peserta pertemuan harus berpartisipasi aktif untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan. Ini dimaksudkan agar pertemuan menjadi sesi interaktif.

Surveior akan menilai kepatuhan melaksanakan standar tertentu berkaitan dengan Tata Kelola, Kepemimpinan dan Pengarahan (TKP) disamping tentang standar lainnya. Dalam wawancara ini, surveior juga akan melakukan identifikasi masalah yang akan dibahas lagi di kegiatan survei lain yang akan datang.

### **Bagaimana mempersiapkannya**

Rumah sakit, menetapkan peserta pertemuan. Walaupun pimpinan harus memahami semua standar, namun sebelum survei, pimpinan harus membaca seksama Bab TKP. Dalam mempersiapkan diri ini ada baiknya mengubah kalimat standar menjadi sebuah pertanyaan. Simulasi (Mock) wawancara dilakukan.

Dibawah ini beberapa contoh pertanyaan :

TKP.1.2 : Silahkan menjelaskan proses, anda, sebagai pimpinan menggunakannya untuk memutuskan kebijakan dan rencana untuk mengelola rumah sakit.

TKP.1.2, EP.3 : Strategi dan program apa yang ditetapkan untuk menjalankan pendidikan tenaga profesional dan riset ?

TKP. 1.5 : Berikan contoh terbaru, bagaimana dewan pengawas rumah sakit mendukung dan meningkatkan manajemen mutu dan keselamatan pasien ?

TKP.3.3 : Bagaimana melakukan monitoring pelayanan yang diberikan pihak luar rumah sakit yang diadakan berdasar kontrak ?

TKP.5.1 : Bagaimana prosesnya, secara tertulis, identifikasi pelayanan yang diberikan setiap departemen ? Bagaimana anda tahu bahwa dokumen yang ada merupakan dokumen terkini.

## 6.17. Pertemuan Tim Surveior

Survei yang dilakukan oleh lebih dari satu surveior, acara pertemuan anggota tim survei akan memberikan kesempatan setiap surveior menyampaikan informasi dan hasil observasinya masing-masing, untuk digunakan merencanakan kegiatan survei kemudian, dan melakukan komunikasi dan koordinasi dengan rumah sakit.

### Lokasi

Diserahkan rumah sakit

### Peserta dari rumah sakit

Tidak ada

### Surveior

Semua surveior

### Apa yang akan berlangsung

Survei yang dilakukan 2 hari, waktu selama 30 menit pada akhir kegiatan survei setiap hari disediakan untuk membahas rencana survei hari berikutnya. Survei yang berlangsung lebih dari dua hari disediakan 30 menit sebelum dan sesudah makan siang untuk saling bertukar informasi. Waktu ini digunakan surveior untuk :

- a. Identifikasi area yang dikunjungi menggunakan telusur
- b. Koordinasi lokasi, layanan dan lain area yang akan dikunjungi sewaktu melanjutkan kegiatan telusur
- c. Bertukar pendapat tentang kinerja rumah sakit
- d. Identifikasi temuan penting yang mengemuka
- e. Minta surveior lain untuk melakukan tindak lanjut tentang masalah potensial yang diketemukan
- f. Identifikasi masalah/area yang akan di didalami oleh para surveior selama dilakukan telusur individual pasien dan sistem telusur

Surveior yang berada dilokasi berbeda, dapat minta bantuan rumah sakit untuk memberikan fasilitasi komunikasi antar sesama

Catatan : Jika hanya ada satu surveior, waktu ini adalah kesempatan baik untuk membuat rencana kegiatan survei kemudian, termasuk memilih telusur tambahan.

## **6.18. Persiapan Surveior Membuat Laporan**

### **Tujuan**

Survei menggunakan waktu ini untuk mengumpulkan, membuat analisis, dan mengelola data yang telah diperoleh selama survei untuk kemudian dijadikan laporan yang menggambarkan kepatuhan rumah sakit melaksanakan standar.

### **Lokasi**

Tempat pertemuan para surveior yang telah disiapkan dan dilengkapi dengan komputer, printer, dll.

### **Peserta dari rumah sakit**

Tidak ada

### **Surveior**

Semua surveior

### **Apa yang akan berlangsung**

Waktu ini disediakan bagi surveior untuk menelaah semua observasi yang telah dilakukan dan menentukan apakah ada masalah dalam rumah sakit melaksanakan standar. Surveior menggunakan lap top untuk menyiapkan laporan yang akan disampaikan di exit conference. Surveior dapat minta staf rumah sakit memberikan tambahan informasi dalam sesi ini untuk konfirmasi atau menolaknya.

## 6.19. Pertemuan Penutup (Exit Conference)

### Tujuan

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

### Lokasi

Diserahkan rumah sakit

Peserta dari rumah sakit

- Direksi rumah sakit
- Pimpinan rumah sakit yang lain
- Ketua Dewan Pengawas
- Ketua Komite Medik
- Pimpinan keperawatan
- Peserta lain, sesuai arahan pimpinan rumah sakit

### Surveior

Semua surveior

### Masalah yang akan dibahas

Temuan survei

### Bahan yang dibutuhkan

Tidak ada

### Apa yang akan berlangsung

Acara ini memuat dua bagian penting :

1. Diskusi dengan pimpinan kunci tentang laporan survei dan proses tindak lanjutnya, termasuk telaah Perencanaan Perbaikan Stratejik (PPS)  
Diskusi meliputi topik:
  - Tujuan pertemuan
  - Ringkasan temuan terkait standar
  - Diskusi tentang temuan yang masih dipertanyakan atau ada perbedaan perspektif
  - Isi dari laporan resmi
  - Tindak lanjut dari temuan survei, seperti PPS atau tindak lanjut survei terfokus
2. Penyajian resmi garis besar laporan kepada pimpinan rumah sakit

Surveior akan memberikan pencerahan (education) untuk membantu membuat PPS berdasar temuan “tidak tercapai” dari laporan survei. Surveior akan menjelaskan proses tindak lanjutnya mengenai komunikasi dengan Komisi Akreditasi Rumah Sakit tentang keputusan akreditasi.

Dengan seijin pimpinan rumah sakit, pertemuan singkat dapat diadakan dengan staf tertentu yang lain untuk memberikan gambaran tentang laporan dan untuk melengkapi kegiatan survei.