



KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

NOMOR HK.02.02/I/3991/2022

TENTANG

PETUNJUK TEKNIS SURVEI AKREDITASI PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT,  
KLINIK, LABORATORIUM KESEHATAN, UNIT TRANSFUSI DARAH, TEMPAT  
PRAKTIK MANDIRI DOKTER, DAN TEMPAT PRAKTIK MANDIRI DOKTER GIGI

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN,

- Menimbang :
- a. bahwa dalam penyelenggaraan akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi di Indonesia dilaksanakan oleh lembaga penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri;
  - b. bahwa sebagaimana diamanahkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 tahun 2022 Pasal 27 ayat 1 untuk terselenggaranya akreditasi secara optimal perlu disusun petunjuk teknis penyelenggaraan akreditasi yang memuat uraian teknis mengenai kegiatan akreditasi dan ketentuan teknis lain dalam penyelenggaraan akreditasi;
  - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan tentang Petunjuk Teknis Survei Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi;

- Mengingat :
1. Pasal 17 ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945
  2. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2008 tentang Kementerian Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 166, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4916);
  3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
  4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
  5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
  6. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 229, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5942);
  7. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2017 tentang Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6041);

8. Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2021 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 83);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1400) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 7 Tahun 2021 tentang Perubahan Keempat atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 33);
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 232);
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 1335);
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk Pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Resiko Sektor Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 316);
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 156);
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2022 tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 1207);

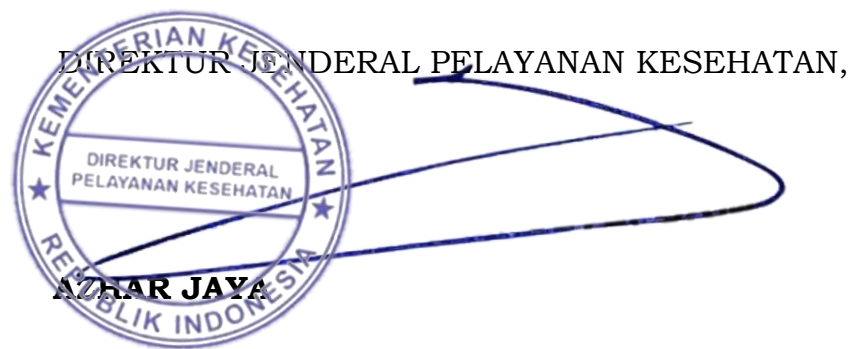
MEMUTUSKAN

- Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN TENTANG PETUNJUK TEKNIS SURVEI AKREDITASI PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT, KLINIK, LABORATORIUM KESEHATAN, UNIT TRANSFUSI DARAH, TEMPAT PRAKTIK MANDIRI DOKTER, DAN TEMPAT PRAKTIK MANDIRI DOKTER GIGI.
- KESATU : Menetapkan Petunjuk Teknis Survei Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi sebagaimana tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan Direktur Jenderal ini.
- KEDUA : Petunjuk Teknis Survei Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU digunakan sebagai acuan penyelenggaraan akreditasi yang memuat uraian teknis mengenai kegiatan akreditasi dan ketentuan teknis lain dalam penyelenggaraan akreditasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- KETIGA : Direktur Jenderal dan lembaga penyelenggara akreditasi melaksanakan pembinaan dan pengawasan terhadap Keputusan Direktur Jenderal ini.

KEEMPAT : Keputusan Direktur Jenderal ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 19 Desember 2022

DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN,



**AZHAR JAYA**

The image shows a circular official stamp in purple ink. The outer ring contains the text 'KEMENTERIAN KESEHATAN' at the top and 'REPUBLIK INDONESIA' at the bottom, separated by two stars. The inner circle contains the text 'DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN'. A large, stylized signature in blue ink is written over the stamp and extends to the right. Below the stamp, the name 'AZHAR JAYA' is printed in bold black capital letters.

LAMPIRAN  
KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN  
KESEHATAN  
NOMOR HK.02.02/I/3991/2022  
TENTANG PETUNJUK TEKNIS SURVEI  
AKREDITASI PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT,  
KLINIK, LABORATORIUM KESEHATAN, UNIT  
TRANSFUSI DARAH, TEMPAT PRAKTIK MANDIRI  
DOKTER, DAN TEMPAT PRAKTIK MANDIRI  
DOKTER GIGI

PETUNJUK TEKNIS SURVEI AKREDITASI PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT,  
KLINIK, LABORATORIUM KESEHATAN, UNIT TRANSFUSI DARAH, TEMPAT  
PRAKTIK MANDIRI DOKTER, DAN TEMPAT PRAKTIK MANDIRI DOKTER GIGI

BAB I  
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah dan/atau masyarakat. Dalam memberikan pelayanan, fasilitas pelayanan kesehatan harus memperhatikan mutu dan keselamatan pasien. Pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan yang memiliki karakteristik sesuai dengan dimensi mutu menurut WHO (2018) yaitu aman, tepat waktu, efisien, efektif, berorientasi pada pasien, adil dan terintegrasi. Bentuk upaya peningkatan mutu di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (fasyankes) dilakukan secara internal dan eksternal.

Peningkatan mutu secara internal dilakukan oleh fasyankes antara lain melalui pengukuran dan pelaporan indikator mutu serta pelaporan insiden keselamatan pasien. Sedangkan peningkatan mutu secara eksternal adalah penilaian terhadap upaya mutu fasyankes yang dilakukan oleh pihak eksternal. Beberapa kegiatan yang termasuk

peningkatan mutu eksternal adalah perizinan, sertifikasi, lisensi, dan akreditasi. Untuk fasyankes khususnya Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah (UTD), Tempat Praktik Mandiri Dokter (TPMD), dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi (TPMDG), upaya peningkatan mutu secara eksternal melalui akreditasi diselenggara secara berkala setiap 5 (lima) tahun sekali sebagaimana diamanahkan pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2022 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik, Laboartorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.

Akreditasi adalah pengakuan terhadap mutu fasilitas pelayanan kesehatan setelah dilakukan penilaian bahwa fasilitas pelayanan kesehatan telah memenuhi standar akreditasi yang ditetapkan oleh Pemerintah. Akreditasi di Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD, dan TPMDG menggunakan Standar Akreditasi dan dilaksanakan Lembaga Penyelenggara Akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri.

Sebagai acuan penyelenggaraan survei akreditasi maka dibutuhkan petunjuk teknis, yang meliputi antara lain tata cara survei, penilaian dan kelulusan, metodologi telusur, serta jadwal survei. Berdasarkan hal tersebut maka Kementerian Kesehatan menetapkan Petunjuk Teknis Survei Akreditasi Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD, dan TPMDG.

## B. Tujuan

Sebagai acuan dalam pelaksanaan survei akreditasi Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD, dan TPMDG

## C. Sasaran

1. Kementerian Kesehatan;
2. Dinas Kesehatan Daerah Provinsi;
3. Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota;
4. Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD, dan TPMDG; dan
5. Lembaga Penyelenggara Akreditasi.

## BAB II TATA CARA SURVEI

### A. Ketentuan Survei

#### 1. Standar Akreditasi

Standar akreditasi yang digunakan dalam penilaian survei akreditasi adalah standar akreditasi Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD, dan TPMDG yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

#### 2. Kategori Surveior

##### a. Surveior Akreditasi Puskesmas dan Klinik

Tim Surveior akreditasi Puskesmas dan Klinik terdiri atas 2 (dua) surveior, yaitu:

- 1) Surveior bidang tata kelola sumber daya dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM); dan
- 2) Surveior bidang tata kelola pelayanan dan penunjang.

##### b. Surveior Akreditasi Laboratorium Kesehatan dan UTD

Tim Surveior akreditasi Laboratorium Kesehatan dan UTD terdiri atas 2 (dua) surveior yaitu:

- 1) Surveior bidang manajemen pelayanan kesehatan; dan
- 2) Surveior bidang teknis pelayanan Laboratorium Kesehatan dan UTD.

##### c. Surveior Akreditasi TPMD dan TPMDG

Tim Surveior akreditasi TPMD dan TPMDG terdiri atas 2 (dua) surveior yaitu:

- 1) Surveior bidang tata kelola; dan
- 2) Surveior bidang teknis pelayanan klinis.

#### 3. Pembagian Tugas Surveior

##### a. Puskesmas

- 1) Surveior Bidang Tata Kelola Sumber Daya dan UKM melakukan penilaian pada bab:
  - a) Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas;
  - b) Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) yang Berorientasi pada Upaya Promotif dan Preventif; dan
  - c) Program Prioritas Nasional.



- 2) Surveior Bidang Tata Kelola Pelayanan dan Penunjang melakukan penilaian pada bab:
  - a) Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP), Laboratorium dan Kefarmasian; dan
  - b) Peningkatan Mutu Puskesmas.

Dalam rangka keseimbangan pembagian tugas maka ada beberapa standar yang dialihkan dari Surveior Bidang Tata Kelola Sumber Daya dan UKM kepada Surveior Bidang Tata Kelola Pelayanan dan Penunjang meliputi:

- 1) Dilema etik;
  - 2) Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3);
  - 3) Manajemen Fasilitas Kesehatan (MFK);
  - 4) Audit internal dan pertemuan tinjauan manajemen; dan
  - 5) Tata laksana Kesehatan ibu dan bayi baru lahir, TB dan PTM.
- b. Klinik
- 1) Surveior Bidang Tata Kelola Sumber Daya dan UKM melakukan penilaian pada bab:
    - a) Tata Kelola Klinik; dan
    - b) Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.
  - 2) Surveior Bidang Tata Kelola Pelayanan dan Penunjang melakukan penilaian pada bab Pelayanan Klinik Perseorangan
- c. Laboratorium Kesehatan
- 1) Surveior Bidang Manajemen Laboratorium Kesehatan melakukan penilaian pada bab:
    - a) Tata Kelola Kepemimpinan (TKK);
    - b) Kualifikasi dan Kompetensi SDM (KKS);
    - c) Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK); dan
    - d) Program Prioritas Nasional (PPN).
  - 2) Surveior Bidang Teknis Laboratorium Kesehatan melakukan penilaian pada bab:
    - a) Sasaran Keselamatan Pasien (SKP);
    - b) Manajemen Informasi (MI); dan
    - c) Pengendalian Mutu (PM).

- d. UTD
  - 1) Surveior Bidang Manajemen UTD melakukan penilaian pada bab:
    - a) Tata Kelola Kepemimpinan (TKK);
    - b) Kualifikasi dan Kompetensi SDM (KKS);
    - c) Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK);
    - d) Program Prioritas Nasional (PPN); dan
    - e) Manajemen Informasi (MI).
  - 2) Surveior Bidang Teknis UTD melakukan penilaian pada bab:
    - a) Sasaran Keselamatan Pasien (SKP);
    - b) Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP);
    - c) Pelayanan Darah (PD); dan
    - d) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).
- e. TPMD/ TPMDG
  - 1) Surveior Bidang Tata Kelola melakukan penilaian pada bab Tata Kelola.
  - 2) Surveior Bidang Teknis Pelayanan Klinik TPMD/ TPMDG melakukan penilaian pada bab Mutu dan Pelayanan Klinis.

## B. Kualifikasi Surveior

Untuk menjamin pelaksanaan akreditasi yang berkualitas serta bertujuan untuk meningkatkan mutu Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD, dan TPMDG maka penetapan surveior harus dilakukan secara selektif dan sesuai dengan kompetensi yang diharapkan. Adapun kriteria surveior:

- 1. Kriteria Umum:
  - a. Warga negara Indonesia;
  - b. Berbadan sehat, dibuktikan dengan Surat Keterangan Sehat dari Dokter dan Surat Keterangan Bebas Narkoba sehingga mampu melaksanakan tugas sebagai surveior akreditasi;
  - c. Tidak pernah terlibat dalam tindak pidana atau melakukan tindak pidana kejahatan berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh keputusan hukum tetap dalam bentuk surat pernyataan bebas dari tindak pidana;

- d. Bersedia untuk ditugaskan melaksanakan survei di daerah manapun dengan melampirkan pernyataan yang ditandatangani dan bermaterai.

## 2. Kriteria Khusus

Kualifikasi khusus Surveior akreditasi Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD, dan TPMDG harus memiliki latar belakang Pendidikan bidang Kesehatan, pengalaman bekerja dan mengikuti pelatihan sebagai surveior akreditasi Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD, dan TPMDG.

Kriteria pendidikan dan pengalaman kerja untuk Surveior akreditasi Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD, dan TPMDG adalah sebagai berikut:

### a. Puskesmas, kriteria:

#### 1) Bidang tata kelola sumber daya dan UKM

- a) Tenaga Medis atau tenaga kesehatan lainnya dengan pendidikan paling rendah Strata Satu (S1) bidang kesehatan; dan
- b) Mempunyai pengalaman bekerja di puskesmas dan/atau Klinik, mengelola program pelayanan kesehatan dasar, dan/atau mengelola program mutu pelayanan kesehatan dasar paling singkat 3 (tiga) tahun.

#### 2) Bidang tata kelola pelayanan dan penunjang

- a) Tenaga medis; dan
- b) Mempunyai pengalaman bekerja di puskesmas dan/atau Klinik paling singkat 3 (tiga) tahun.

### b. Klinik, kriteria:

#### 1) Bidang tata kelola sumber daya dan UKM

- a) Tenaga Medis dan/atau tenaga kesehatan lainnya dengan pendidikan paling rendah Strata Satu (S1) bidang kesehatan; dan
- b) Mempunyai pengalaman bekerja di puskesmas dan/atau Klinik, mengelola program pelayanan kesehatan dasar, dan/atau mengelola program mutu pelayanan kesehatan dasar paling singkat 3 (tiga) tahun.

- 2) Bidang tata kelola pelayanan dan penunjang
  - a) Tenaga medis; dan
  - b) Mempunyai pengalaman bekerja di puskesmas dan/atau Klinik paling singkat 3 (tiga) tahun.
- c. Laboratorium Kesehatan dan UTD, kriteria:
  - 1) Bidang manajemen pelayanan kesehatan
    - a) Tenaga medis atau tenaga kesehatan dengan pendidikan paling rendah Strata Dua (S2) bidang kesehatan dengan latar belakang Strata Satu (S1) bidang kesehatan; dan
    - b) Mempunyai pengalaman:
      - (1) Pengelolaan Laboratorium Kesehatan atau UTD; dan/atau
      - (2) Mengelola program mutu dan Akreditasi Laboratorium Kesehatan atau UTD, atau fasilitas pelayanan kesehatan lain, paling singkat 3 (tiga) tahun.
  - 2) Bidang teknis pelayanan
    - a) Tenaga medis dengan pendidikan paling rendah pendidikan profesi dokter spesialis di bidang laboratorium, atau tenaga kesehatan dengan pendidikan Strata Satu (S1)/Diploma Empat (D IV) terkait Laboratorium Kesehatan atau UTD; dan
    - b) Mempunyai pengalaman bekerja di Laboratorium Kesehatan atau UTD sebagai pengelola teknis Laboratorium Kesehatan atau UTD paling singkat 3 (tiga) tahun.
- d. TPMD/ TPMDG, kriteria:
  - 1) Bidang tata kelola tenaga medis atau tenaga kesehatan lainnya dengan pendidikan paling rendah Strata Satu (S1) bidang kesehatan
  - 2) Bidang teknis pelayanan klinis
    - a) tenaga medis; dan
    - b) mempunyai pengalaman praktik mandiri paling singkat 1 (satu) tahun.

### 3. Pemilihan Surveior Dalam Penugasan

Dalam pemilihan surveior, lembaga penyelenggara akreditasi memprioritaskan surveior yang berdomisili di provinsi yang sama dengan fasyankes yang akan di survei dan tidak menugaskan surveior yang memiliki potensi *conflict of interest* dengan Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD, dan TPMDG yang akan disurvei dengan kriteria:

- a. Surveior pernah bekerja dan/atau pernah menjadi bagian dari unsur organisasi di Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD, dan TPMDG yang disurvei;
- b. Surveior mempunyai hubungan saudara kandung/keluarga inti dengan Kepala Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD, dan TPMDG yang disurvei;
- c. Surveior pernah melakukan survei akreditasi Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD, dan TPMDG pada periode survei akreditasi sebelumnya kecuali untuk survei remedial dan survei peningkatan status;
- d. Pernah terjadi konflik antara surveior dengan Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD, dan TPMDG yang disurvei;
- e. Potensi *conflict of interest* lain dengan Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD, dan TPMDG yang disurvei; dan
- f. Melakukan pelanggaran kode etik surveior dan memperoleh sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

#### C. Kode Etik Surveior

Surveior dalam melaksanakan survei akreditasi Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD, dan TPMDG harus mematuhi kode etik yang telah ditetapkan sebagai berikut:

1. Hal-hal yang wajib dilakukan seorang surveior, yaitu:
  - a. Bersikap ramah, santun dan terbuka;
  - b. Bersikap jujur dan tidak memihak;
  - c. Sadar akan kedudukan, hak dan kewajibannya sebagai surveior yang merupakan wakil dari lembaga penyelenggara akreditasi;

- d. Dapat memberikan solusi/penyelesaian bila ditemukan ketidaksesuaian standar;
  - e. Memegang teguh rahasia yang berkaitan dengan tugasnya;
  - f. Menjaga kondisi kesehatan dan menghilangkan kebiasaan tidak sehat;
  - g. Patuh terhadap ketentuan di Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD, dan TPMDG setempat;
  - h. Menjaga penampilan dalam hal berpakaian pada saat pelaksanaan survei;
  - i. Mengikuti dan memahami perkembangan IPTEK, dalam bidang keahliannya terutama dalam bidang pelayanan kesehatan, peningkatan mutu, praktek klinis, manajemen dan instrumen akreditasi;
  - j. Bekerja sesuai pedoman dan kode etik yang ditetapkan; dan
  - k. Tidak menggunakan tim/lembaga penyelenggara akreditasi/ Kementerian Kesehatan untuk kepentingan pribadi atau golongan tertentu atau melakukan promosi diri dengan tujuan memperoleh imbalan.
2. Yang tidak boleh dilakukan oleh surveior, yaitu:
- a. Bersikap tidak bersahabat;
  - b. Menyatakan kelulusan atau ketidaklulusan;
  - c. Meminta fasilitas di luar bidang akreditasi baik untuk kepentingan pribadi maupun keluarga;
  - d. Menyalahkan tanpa dasar dan tak memberi solusi;
  - e. Merokok dan minum minuman keras selama kegiatan survei;
  - f. Memakai baju tidak resmi/tidak sopan/baju casual/jeans pada saat survei;
  - g. Menawarkan diri untuk menjadi pembimbing;
  - h. Meminta/menerima uang/oleh-oleh/barang;
  - i. Mempersingkat waktu survei;
  - j. Meninggalkan Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD, dan TPMDG disaat survei;
  - k. Memberikan komentar negatif terhadap pembimbing atau surveior lain;
  - l. Mengirimkan laporan survei yang tidak sesuai dengan fakta dan analisa yang ditemukan dilapangan; dan

- m. Tergabung dalam lebih dari 1 (satu) lembaga penyelenggara akreditasi.

#### D. Sanksi Surveior

Surveior akreditasi yang terbukti melanggar kode etik dalam melaksanakan tugas survei akreditasi Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD, dan TPMDG dapat diberikan sanksi ringan, sedang maupun berat oleh Ketua Lembaga Penyelenggara Akreditasi setelah dilakukan sidang dan keluarnya rekomendasi sanksi dari bidang etik di Lembaga Penyelenggara Akreditasi.

1. Sanksi Ringan

Berupa teguran tertulis

2. Sanksi Sedang

Berupa penghentian sementara penugasan survei selama 6 (enam) bulan

3. Sanksi Berat

Berupa pemberhentian sebagai surveior

#### E. Metode Survei, Hari Survei, dan Jumlah Surveior

Metode survei akreditasi Puskesmas, klinik, laboratorium Kesehatan, dan UTD, dilakukan dengan 2 metode, yaitu metode luring (*full offline*) atau metode hybrid (*online* dan *offline*). Untuk TPMD dan TPMDG dilakukan dengan metode daring (*full online*)

Untuk Survei akreditasi Puskesmas, klinik, laboratorium Kesehatan, dan UTD, yang dilakukan dengan metode hybrid, apabila terdapat kendala jaringan atau lokasi yang tidak memungkinkan dilakukan survei secara hybrid yang dibuktikan dengan surat keterangan dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat, maka kegiatan survei akreditasi Puskesmas, klinik, laboratorium Kesehatan, dan UTD dilaksanakan secara luring.

Tata cara pelaksanaan survei, yaitu:

1. Hybrid

- a. Hari pertama dilakukan secara daring untuk kegiatan presentasi Kepala Puskesmas, Klinik, laboratorium Kesehatan dan UTD dan telusur dokumen.

- b. Hari kedua dilakukan survei secara luring dengan kunjungan lapangan untuk kegiatan telusur fasilitas dan pelayanan di

Puskesmas, Klinik, laboratorium Kesehatan dan UTD, wawancara petugas, simulasi, dan kegiatan lain.

2. Full luring

Melakukan kunjungan lapangan, dengan kegiatan yang meliputi: presentasi Kepala Puskesmas, Klinik, laboratorium Kesehatan dan UTD, telusur dokumen, telusur fasilitas, wawancara petugas, simulasi, dan kegiatan lain di Puskesmas, Klinik, laboratorium Kesehatan dan UTD.

3. Full daring

Dilakukan melalui online dengan kegiatan yang meliputi: presentasi TPMD/TPMDG, telusur dokumen, telusur fasilitas, wawancara, simulasi, dan kegiatan lain di TPMD/TPMDG.

Jumlah surveior dan hari survei di Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD, dan TPMDG adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1. Jumlah Surveior dan Hari Survei Efektif

No	Jenis Fasyankes	Jumlah Surveior	Jumlah Hari Survei Efektif			
			Luring	Hybrid		Daring
				Daring	Luring	
1	Puskesmas	2	3	1	2	-
2	Klinik	2	-	1	1	-
3	Laboratorium Kesehatan					
	a. Pratama	2	2	1	1	-
	b. Utama	2	3	1	2	-
4	UTD					
	a. Pratama	2	2	1	1	-
	b. Madya	2	2	1	1	-
	c. Utama	2	3	1	2	-
5	TPMD/TPMDG	2	-	-	-	1

Berdasarkan tabel 2.1 maka dapat dijabarkan sebagai berikut:

1. Jumlah surveior untuk Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD, dan TPMDG adalah 2 (dua) Surveior.
2. Jumlah hari survei efektif:
  - a. Puskesmas  
Pelaksanaan survei luring adalah 3 (tiga) hari dan survei hybrid



- adalah 1 (satu) hari daring dan 2 (dua) hari luring
- b. Klinik  
Pelaksanaan survei adalah hybrid dengan 1 (satu) hari daring dan 1 (satu) hari luring
  - c. Laboratorium Kesehatan
    - 1) Pratama  
Pelaksanaan survei luring adalah 2 (dua) hari dan survei hybrid adalah 1 (satu) hari daring dan 1 (satu) hari luring
    - 2) Utama  
Pelaksanaan survei luring adalah 3 (tiga) hari dan survei hybrid adalah 1 (satu) hari daring dan 2 (dua) hari luring
  - d. UTD
    - 1) Pratama dan Madya  
Pelaksanaan survei luring adalah 2 (dua) hari dan survei hybrid adalah 1 (satu) hari daring dan 1 (satu) hari luring
    - 2) Utama  
Pelaksanaan survei luring adalah 3 (tiga) hari dan survei hybrid adalah 1 (satu) hari daring dan 2 (dua) hari luring
  - e. TPMD/TPMDG  
Pelaksanaan survei adalah daring dengan 1 (satu) hari daring

Dalam rangka efisiensi biaya survei akreditasi Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD, dan TPMDG maka penugasan surveior dilakukan dengan memperhatikan ketersediaan anggaran, akses ke lokasi survei, ketersediaan surveior dengan menghindari *conflict of interest*.

## F. Jenis Survei

### 1. Perdana

Survei perdana adalah survei akreditasi yang dilakukan pada Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD, dan TPMDG yang belum pernah mengajukan survei akreditasi.

### 2. Survei Ulang (*Reakreditasi*)

Survei ulang adalah survei yang dilakukan oleh Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD, dan TPMDG yang telah habis masa berlaku status akreditasinya.

Survei ulang juga dilakukan pada saat:

- a. Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD, dan

TPMDG yang sudah memperoleh status akreditasi ingin menaikkan status akreditasinya dengan persyaratan dilakukan minimal 3 (tiga) bulan dan maksimal 6 (enam) bulan setelah status akreditasi diterima yang dilakukan pada bab-bab tertentu, dengan ketentuan:

- 1) Belum mencapai status paripurna,
- 2) Capaian bab yang kurang dari 80% namun di atas 60%, dan
- 3) Dilakukan oleh surveior yang sama

b. Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD, dan TPMDG yang sudah memperoleh status akreditasi namun banding atas status akreditasi tersebut, dengan ketentuan:

- 1) Pengajuan banding dilakukan 14 (empat belas) hari kerja setelah penetapan kelulusan dengan disertai justifikasi/alasan melakukan banding.
- 2) Pengajuan banding Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG ditujukan kepada Direktur Jenderal ditembuskan kepada lembaga penyelenggara akreditasi.
- 3) Direktur Jenderal membuat surat pemberitahuan kepada ketua lembaga penyelenggara akreditasi untuk melaksanakan survei ulang
- 4) Survei dilakukan pada seluruh bab.

### 3. Survei Remedial

Survei remedial adalah survei yang dilakukan pada Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG minimal 3 (tiga) bulan dan maksimal 6 (enam) bulan setelah dinyatakan tidak lulus/tidak terakreditasi.

Survei remedial dilakukan pada bab-bab tertentu yang belum mencapai batas kelulusan dan dilakukan oleh surveior yang sama.

## G. Pelaksanaan Survei

### 1. Persiapan

Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG yang mengajukan usulan survei akreditasi harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

#### a. Puskesmas

- 1) Puskesmas yang akan mengajukan usulan survei akreditasi

perdana harus memenuhi persyaratan mutlak sebagai berikut:

- a) Memiliki perijinan berusaha dan sudah teregistrasi di Kemenkes.
  - b) Kepala Puskesmas memiliki latar belakang pendidikan bidang kesehatan paling rendah S1 Kesehatan. Untuk puskesmas di daerah terpencil dan sangat terpencil bila tidak tersedia S1 Kesehatan, dapat dijabat oleh pejabat fungsional tenaga kesehatan dengan tingkat pendidikan paling rendah D3.
  - c) Kepala puskesmas telah mengikuti pelatihan manajemen puskesmas.
  - d) Ada bukti pengisian Aplikasi Sarana Prasarana Alat Kesehatan (ASPAK) yang telah terupdate 100% dan 100% divalidasi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
  - e) Seluruh tenaga medis dan tenaga kesehatan di Puskesmas memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) yang dibuktikan melalui Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SISDMK).
  - f) Minimal 80% tenaga medis di Puskesmas memiliki Surat Izin Praktek (SIP) yang masih berlaku yang dibuktikan melalui Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SISDMK).
  - g) Ada bukti pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM) melalui aplikasi Mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk 12 (dua belas) bulan terakhir.
  - h) Ada bukti pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) melalui aplikasi Mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk 12 (dua belas) bulan terakhir.
- 2) Puskesmas yang akan mengajukan usulan survei akreditasi ulang (*reakreditasi*) harus memenuhi persyaratan mutlak sebagai berikut:
- a) Memiliki perijinan berusaha dan sudah teregistrasi di Kemenkes.
  - b) Puskesmas harus memiliki dokter.

- c) Kepala Puskesmas memiliki latar belakang pendidikan bidang kesehatan paling rendah S1 Kesehatan. Untuk puskesmas di daerah terpencil dan sangat terpencil bila tidak tersedia S1 Kesehatan, dapat dijabat oleh pejabat fungsional tenaga kesehatan dengan tingkat pendidikan paling rendah D3.
- d) Kepala puskesmas telah mengikuti pelatihan manajemen puskesmas.
- e) Ada bukti pengisian Aplikasi Sarana Prasarana Alat Kesehatan (ASPAK) yang telah terupdate 100% dan 100% divalidasi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dengan pemenuhan kelengkapan SPA minimal 60%, dan 100% divalidasi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- f) Seluruh tenaga medis dan tenaga kesehatan di Puskesmas memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) yang dibuktikan melalui Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SISDMK).
- g) Minimal 80% tenaga medis di Puskesmas memiliki Surat Izin Praktek (SIP) yang masih berlaku yang dibuktikan melalui Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SISDMK).
- h) Ada bukti pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM) melalui aplikasi Mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk 12 (dua belas) bulan terakhir.
- i) Ada bukti pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) melalui aplikasi Mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk 12 (dua belas) bulan terakhir.

b. Klinik

Untuk klinik yang akan mengajukan usulan survei akreditasi harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- 1) Memiliki perijinan berusaha dan sudah teregistrasi di Kemenkes.
- 2) Penanggung jawab teknis klinik adalah seorang tenaga medis yang memiliki Surat Izin Praktek (SIP) di Klinik tersebut.

- 3) Seluruh tenaga medis dan tenaga kesehatan di klinik yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan (pemberi asuhan) memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktek (SIP) yang masih berlaku dan dibuktikan melalui Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SISDMK).
  - 4) Ada bukti pengisian Aplikasi Sarana Prasarana Alat Kesehatan (ASPAK) yang telah terupdate 100% dan 100% divalidasi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
  - 5) Ada bukti pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM) melalui aplikasi Mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk 3 (tiga) bulan terakhir bagi survei perdana dan 12 (dua belas) bulan terakhir bagi survei ulang (*re-akreditasi*).
  - 6) Ada bukti pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) melalui aplikasi Mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk 3 (tiga) bulan terakhir bagi survei perdana dan 12 (dua belas) bulan terakhir bagi survei ulang (*re-akreditasi*).
- c. Laboratorium Kesehatan dan UTD
- 1) Memiliki perizinan berusaha yang masih berlaku dan teregistrasi di Kementerian Kesehatan.
  - 2) Ada bukti pengisian Aplikasi Sarana Prasarana Alat Kesehatan (ASPAK) yang telah terupdate 100%.
  - 3) Seluruh tenaga medis dan tenaga kesehatan di Laboratorium Kesehatan dan UTD yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan (pemberi asuhan) memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktek (SIP) yang masih berlaku dan dibuktikan melalui Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SISDMK).
  - 4) Seluruh tenaga medis di Laboratorium Kesehatan dan UTD yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan (pemberi asuhan) memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktek (SIP) yang masih berlaku atau surat tugas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; sedangkan untuk tenaga Kesehatan harus memiliki Surat Tanda Registrasi (STR).

- 5) Ada bukti pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM) melalui aplikasi Mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk 3 (tiga) bulan terakhir.
  - 6) Ada bukti pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) melalui aplikasi Mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk 3 (tiga) bulan terakhir.
- d. TPMD/ TPMDG
- 1) Teregistrasi di Kementerian Kesehatan.
  - 2) Memiliki Surat Izin Praktek (SIP) yang masih berlaku.
  - 3) Ada bukti pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM) melalui aplikasi Mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk 3 (tiga) bulan terakhir.
  - 4) Ada bukti pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) melalui aplikasi Mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk 3 (tiga) bulan terakhir.
2. Pendaftaran
- a. Pemilik/kepala fasilitas pelayanan kesehatan melakukan pendaftaran survei Puskesmas, klinik, laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG ke salah satu lembaga penyelenggara akreditasi.
  - b. Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG yang mengajukan usulan survei ulang (*reakreditasi*) harus mengajukan waktu pelaksanaan survei minimal 3 (tiga) bulan sebelum habis masa berlaku sertifikat. Dalam hal akreditasi perdana, maka pengajuan survei bisa dilakukan sewaktu-waktu dengan mempertimbangkan kesiapan Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG.
  - c. Dalam rangka pemerataan pelaksanaan akreditasi dan beban kerja lembaga penyelenggara akreditasi, maka dilakukan distribusi terhadap usulan pengajuan survei akreditasi berdasarkan domisili dan ketersediaan surveior di setiap lembaga penyelenggara akreditasi.
  - d. Lembaga penyelenggara akreditasi harus memberikan respon terhadap usulan survei yang dikirimkan oleh Puskesmas, klinik, laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG paling lambat

- 2 (dua) hari kerja apakah permohonan survei diterima atau tidak.
- e. Usulan survei puskesmas, klinik, laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG yang telah diterima, harus segera melengkapi dokumen pendaftaran meliputi:
    - 1) Surat permohonan fasyankes untuk dilakukan survei, ditujukan kepada lembaga penyelenggara akreditasi;
    - 2) Laporan hasil penilaian mandiri (*self assessment*);
    - 3) Hasil perencanaan perbaikan strategis (PPS) untuk fasyankes reakreditasi;
    - 4) Bagi Puskesmas melampirkan surat usulan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setelah dinyatakan siap untuk di survei.
  - f. Lembaga penyelenggara akreditasi melakukan verifikasi pemenuhan persyaratan mutlak dan dokumen kelengkapan pendaftaran yang diajukan oleh Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG, dalam jangka waktu paling lambat 14 (empat belas) hari kerja.
  - g. Hasil verifikasi adalah keputusan untuk dilakukan:
    - 1) Penjadwalan survei; atau
    - 2) Melakukan perbaikan pemenuhan persyaratan dalam jangka waktu paling lama 5 (lima) hari kerja.
  - h. Setelah persyaratan mutlak terpenuhi dan dokumen pendaftaran dinyatakan lengkap maka lembaga penyelenggara akreditasi dapat menerima dan menyetujui usulan survei.
3. Kesepakatan Survei
- a. Jika hasil verifikasi dapat dilakukan survei, dalam jangka waktu 14 (empat belas) hari kerja, lembaga penyelenggara akreditasi membuat kesepakatan tertulis dengan Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG yang paling sedikit memuat tanggal pelaksanaan, pembiayaan, dan ketentuan lain yang dibutuhkan terkait pelaksanaan survei, seperti:
    - 1) Pimpinan Puskesmas, Klinik, Laboratorium Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG wajib hadir pada saat pelaksanaan survei tidak meninggalkan tempat kecuali dalam kondisi darurat; dan

- 2) Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG menyampaikan dokumen sebagaimana dipersyaratkan dan tidak melakukan pemalsuan data.
- b. Setelah dilakukan penandatanganan kesepakatan maka Lembaga Penyelenggara Akreditasi akan menghubungi penanggung jawab survei Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG untuk mengkoordinasikan pelaksanaan kegiatan survei.

#### 4. Pelaksanaan

Pelaksanaan survei Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG dilakukan sebagaimana tercantum dalam kesepakatan.

Setelah tanggal pelaksanaan survei disepakati, maka Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG harus menyampaikan dokumen pendukung pemenuhan masing-masing elemen penilaian kepada lembaga penyelenggara akreditasi paling lambat 1 (satu) minggu sebelum pelaksanaan survei melalui link/tautan yang diberikan oleh lembaga penyelenggara akreditasi yang dapat diakses pada Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes (SINAF). Dokumen implementasi sebagai pendukung pemenuhan elemen penilaian yang disiapkan adalah 1 (satu) tahun kebelakang untuk survei reakreditasi dan minimal 3 bulan kebelakang untuk survei perdana dari pelaksanaan survei kecuali dokumen rekam medik yang akan dilihat pada saat telaah rekam medik di lapangan.

Lembaga penyelenggara akreditasi menyampaikan surat tugas Surveior untuk melaksanakan kegiatan survei kepada Surveior yang ditugaskan dan Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG dan dokumen pendukung pemenuhan masing-masing elemen penilaian serta dokumen kelengkapan pendaftaran.

Lembaga penyelenggara akreditasi berkewajiban menjaga data yang disampaikan Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG dengan baik, tidak menggunakan data-data tersebut dan tidak menyebarluaskan kepada pihak yang tidak berwenang selain surveior yang ditugaskan.



5. Pelaporan Hasil Survei

Laporan hasil survei akreditasi Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG dibuat oleh Tim Surveior sesuai dengan format Pelaporan hasil survei pada aplikasi Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes (SINAF) dan dikirimkan paling lama 2 (dua) hari kerja terhitung setelah survei dilaksanakan oleh ketua tim Surveior. Laporan tersebut dikirim melalui aplikasi Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes (SINAF) disertai data atau dokumen pendukung lainnya (foto kegiatan survei).

Apabila dalam waktu 2 (dua) hari kerja setelah survei dilaksanakan surveior mengalami kendala dalam pengiriman laporan melalui aplikasi Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes (SINAF) seperti sistem sedang *maintenance* atau penginputan terkendala jaringan, maka surveior dapat mengirimkan laporan kepada lembaga penyelenggara akreditasi melalui media elektronik lain seperti email. Dan setelah kondisi memungkinkan, surveior harus mengirimkan laporan melalui aplikasi Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes (SINAF) agar dapat dilakukan proses selanjutnya sampai dengan penerbitan sertifikat akreditasi elektronik.

Untuk pengisian pelaporan hasil survei, harus memperhatikan hal-sebagai berikut:

- a. Hasil Penilaian diisi pada format yang sudah diberikan, dinilai untuk masing-masing elemen penilaian (EP) dengan skor: 0,5,10 atau tidak dapat diterapkan (TDD);
- b. Setiap EP dilengkapi fakta dan analisis;
- c. Rekomendasi perbaikan harus diberikan pada penilaian dengan skor kurang dari 10 (sepuluh). Rekomendasi perbaikan dapat diberikan pada skor 10 bila masih diperlukan.

6. Verifikasi dan Rekomendasi Penetapan Status Akreditasi

Laporan yang sudah dikirimkan oleh Tim surveior melalui aplikasi Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes (SINAF) selanjutnya akan dilakukan verifikasi oleh verifikator lembaga penyelenggara akreditasi ditetapkan oleh ketua Lembaga penyelenggara akreditasi dengan cara menelaah hasil survei dari tim surveior.

Kriteria verifikator lembaga adalah:

- a. Surveior yang dimiliki oleh lembaga penyelenggara akreditasi
- b. Pengalaman melakukan survei akreditasi pada Puskesmas,

Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG.

Verifikator lembaga penyelenggara akreditasi mengirimkan hasil verifikasi survei kepada ketua lembaga penyelenggara akreditasi. Hasil verifikasi hasil survei digunakan oleh ketua lembaga dalam membuat rekomendasi penetapan status akreditasi yang selanjutnya dikirimkan melalui aplikasi Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes (SINAF) kepada Direktur Jenderal paling lama 3 (tiga) hari kerja sejak laporan hasil survei diterima.

7. Penetapan Status Akreditasi

Direktur Jenderal akan menetapkan status akreditasi berdasarkan rekomendasi yang diberikan oleh ketua lembaga penyelenggara akreditasi dengan mengeluarkan sertifikat akreditasi elektronik (*e-sertifikat*). Dalam sertifikat akreditasi elektronik yang ditandatangani Direktur Jenderal akan mencantumkan: nama Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG, alamat, tanggal penetapan sertifikat, tanggal berlaku sertifikat, status akreditasi, dan nama Lembaga penyelenggara akreditasi.

Sertifikat akreditasi elektronik dan rekomendasi hasil survei dikirimkan oleh Kementerian Kesehatan kepada Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG dan ditembuskan ke dinas Kesehatan daerah provinsi/kabupaten/kota dan Lembaga Penyelenggara Akreditasi melalui Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes (SINAF).

Pada Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG yang direkomendasikan tidak lulus, maka Direktur Jenderal akan menginformasikan status tidak lulus tersebut melalui Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes (SINAF).

Penerbitan sertifikat akreditasi elektronik atau surat pemberitahuan ketidaklulusan dilakukan paling lambat 14 (empat belas) hari kerja setelah survei dilakukan.

8. Kegiatan Pasca Akreditasi

Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG wajib membuat dan menyampaikan Program Perbaikan Strategis (PPS) kepada lembaga penyelenggara Akreditasi, dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, dan dinas kesehatan daerah provinsi berdasarkan rekomendasi perbaikan hasil survei dari Kementerian Kesehatan dengan memanfaatkan teknologi informasi

dan komunikasi.

PPS digunakan sebagai bahan pelaksanaan monitoring dan evaluasi akreditasi oleh lembaga penyelenggara akreditasi, dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, dan dinas kesehatan daerah provinsi

#### 9. Umpan Balik Pelaksanaan Survei Akreditasi

Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG wajib mengisi formulir umpan balik pelaksanaan survei akreditasi melalui Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes (SINAF) paling lambat 7 (tujuh) hari kerja setelah sertifikat akreditasi elektronik dan rekomendasi hasil survei diterima melalui Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes (SINAF).

#### H. Penundaan Survei

Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG dapat menunda jadwal survei tanpa denda atau ganti rugi apabila terjadi:

1. Keadaan kahar (*force majeure*) antara lain bencana alam, bencana non alam atau peristiwa besar lain yang tidak terduga yang mengganggu operasional; dan/atau
2. Mogok kerja massal yang menyebabkan Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG harus berhenti pelayanannya.

Keadaan penundaan jadwal harus dituangkan dalam kesepakatan pelaksanaan akreditasi. Penyampaian adanya penundaan survei disampaikan Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG kepada lembaga penyelenggara akreditasi paling sedikit 7 (tujuh) hari kerja melalui Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes (SINAF) sebelum tanggal pelaksanaan survei, dan tembusan kepada Kementerian Kesehatan.

#### I. Penghentian Survei

Kegiatan survei akreditasi akan dihentikan apabila Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG tidak mematuhi ketentuan kesepakatan pelaksanaan survei yang telah ditanda tangani antara Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD atau TPMDG dengan lembaga penyelenggara akreditasi.

Pembiayaan survei akreditasi yang sudah dikeluarkan oleh Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD atau TPMDG

tidak dapat dikembalikan untuk kegiatan survei akreditasi yang dihentikan.

Lembaga penyelenggara akreditasi kemudian menyampaikan penghentian survei kepada Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD atau TPMDG disertai dengan alasan penghentian survei tersebut, dan tembusan kepada Kementerian Kesehatan, dinas kesehatan daerah provinsi dan dinas kesehatan daerah kabupaten/kota setempat.

Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD atau TPMDG yang telah dihentikan survei akreditasinya, maka harus melakukan pengajuan usulan survei akreditasi baru.

#### J. Perubahan dan Pencabutan Sertifikat Status Akreditasi

1. Adanya penyesuaian atau pencabutan penetapan status akreditasi sesuai peraturan perundang-undangan;
2. Mendapatkan status akreditasi baru setelah dilakukan survei ulang (*reakreditasi*) dalam rangka peningkatan status atau banding; atau
3. Apabila terjadi perubahan perizinan berusaha.

Dalam hal terjadi perubahan perizinan berusaha karena adanya perubahan kepemilikan, nama dan atau alamat fasyankes tanpa perubahan lokasi, maka dilakukan perubahan sertifikat status akreditasi tanpa dilakukan survei ulang

#### K. Pencantuman Status Akreditasi

Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD, dan TPMDG yang telah mendapatkan status Akreditasi dapat mencantumkan status Akreditasi di bawah atau di belakang nama masing-masing Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD, dan TPMDG dengan huruf lebih kecil

BAB III  
PENILAIAN DAN KELULUSAN AKREDITASI  
PUSKESMAS, KLINIK, LABORATORIUM KESEHATAN, UTD,  
TPMD DAN TPMDG

A. Ketentuan Penilaian

Tujuan dari penilaian ini adalah untuk memberikan pemahaman dan konsistensi pada penetapan skor, dengan mempertimbangkan berbagai bukti sebelum Tim Surveior memberikan skor untuk setiap Elemen Penilaian (EP).

Penilaian Akreditasi Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG dilakukan berdasarkan penerapan standar akreditasi Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG:

1. Puskesmas

Standar akreditasi puskesmas terdiri atas 5 Bab, 35 Standar, 82 Kriteria dan 328 Elemen Penilaian. Setiap bab akan diuraikan dalam standar, tiap standar akan diuraikan dalam kriteria, tiap kriteria diuraikan dalam EP untuk menilai pencapaian kriteria tersebut. Penjelasan dari setiap EP tercantum dalam Standar Akreditasi Puskesmas.

Tabel 3.1. Struktur Standar Akreditasi Puskesmas

BAB	JUDUL	JUMLAH STANDAR	JUMLAH KRITERIA	JUMLAH ELEMEN PENILAIAN (EP)
I	Kepemimpinan Dan Manajemen Puskesmas	7	26	102
II	Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat Yang Berorientasi Pada Upaya Promotif Dan Preventif	8	20	94
III	Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perseorangan, Laboratorium Dan Kefarmasian	10	11	42

BAB	JUDUL	JUMLAH STANDAR	JUMLAH KRITERIA	JUMLAH ELEMEN PENILAIAN (EP)
IV	Program Prioritas Nasional	5	5	34
V	Peningkatan Mutu Puskesmas	5	20	56
JUMLAH		35	82	328

## 2. Klinik

Standar akreditasi klinik terdiri atas 3 Bab, 22 Standar, dan 104 Elemen Penilaian. Setiap bab akan diuraikan dalam standar, tiap standar akan diuraikan dalam elemen penilaian untuk menilai pencapaian kriteria tersebut. Penjelasan dari setiap elemen penilaian tercantum dalam Standar Akreditasi Klinik.

Tabel 3.2. Struktur Standar Akreditasi Klinik

BAB	JUDUL	JUMLAH STANDAR	JUMLAH ELEMEN PENILAIAN (EP)
I	Tata Kelola Klinik	4	19
II	Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien	3	18
III	Pelayanan Klinik Perseorangan	15	67
JUMLAH		22	104

## 3. Laboratorium Kesehatan

Standar akreditasi laboratorium kesehatan terdiri atas 7 Bab, 103 Standar, dan 326 Elemen Penilaian. Setiap bab akan diuraikan dalam standar, tiap standar akan diuraikan dalam elemen penilaian untuk menilai pencapaian standar tersebut. Penjelasan dari setiap elemen penilaian tercantum dalam Standar Akreditasi Laboratorium Kesehatan.

Tabel 3.3. Struktur Standar Akreditasi Laboratorium Kesehatan

BAB	JUDUL	JUMLAH STANDAR	JUMLAH ELEMEN PENILAIAN (EP)
I	Standar Keselamatan Pasien (SKP)	3	6
II	Tata Kelola Kepemimpinan (TKK)	24	63
III	Manajemen Informasi (MI)	9	28
IV	Kualifikasi Dan Kompetensi SDM (KKS)	9	22
V	Manajemen Fasilitas Dan Keselamatan (MFK)	19	69
VI	Pengendalian Mutu (PM)	36	132
VII	Program Prioritas Nasional (PPN)	3	6
JUMLAH		103	326

#### 4. UTD

Standar akreditasi UTD terdiri atas 9 Bab, 96 Standar, dan 321 Elemen Penilaian. Setiap bab akan diuraikan dalam standar, tiap standar akan diuraikan dalam elemen penilaian untuk menilai pencapaian standar tersebut. Penjelasan dari setiap elemen penilaian tercantum dalam Standar Akreditasi UTD.

Tabel 3.4. Struktur Standar Akreditasi UTD

BAB	JUDUL	JUMLAH STANDAR	JUMLAH ELEMEN PENILAIAN (EP)
I	Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)	3	8
II	Tata Kelola Kepemimpinan (TKK)	20	59
III	Kualifikasi dan Kompetensi SDM(KKS)	6	23
IV	Manajemen Fasilitas Dan Keselamatan (MFK)	15	50
V	Peningkatan Mutu dan Keselamatan pasien (PMKP)	12	35
VI	Manajemen Informasi (MI)	12	29
VII	Pencegahan dan	3	8

	Pengendalian Infeksi (PPI)		
VIII	Pelayanan Darah (PD)	23	105
IX	Program Prioritas Nasional (PPN)	2	4
JUMLAH		96	321

#### 5. TPMD/ TPMDG

Standar akreditasi TPMD/TPMDG terdiri atas 2 Bab, 6 Standar, 15 Kriteria dan 42 Elemen Penilaian. Setiap bab akan diuraikan dalam standar, tiap standar akan diuraikan dalam kriteria, tiap kriteria diuraikan dalam elemen penilaian untuk menilai pencapaian kriteria tersebut. Penjelasan dari setiap elemen penilaian tercantum dalam Standar Akreditasi TPMD dan TPMDG

Tabel 3.5. Struktur Standar Akreditasi TPMD/ TPMDG

BAB	JUDUL	JUMLAH STANDAR	JUMLAH KRITERIA	JUMLAH ELEMEN PENILAIAN (EP)
I	Tata Kelola	3	7	16
II	Mutu dan Pelayanan Klinis	3	8	26
JUMLAH		6	15	42

Standar akreditasi Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG yang telah ditetapkan oleh Menteri Kesehatan digunakan oleh lembaga penyelenggara akreditasi dalam pelaksanaan survei akreditasi Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG.

Elemen penilaian dinilai dengan menggunakan metode Regulasi (R), atau Dokumen (D), atau Observasi (O), atau Wawancara (W), atau Simulasi (S), atau kombinasi, dengan arti sebagai berikut:

1. Regulasi, adalah dokumen pengaturan yang disusun oleh Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG yang dapat berupa kebijakan, pedoman, panduan, prosedur, kerangka acuan, dll
2. Dokumen, adalah bukti proses kegiatan atau pelayanan yang dapat berbentuk berkas rekam medis, laporan dan atau notulen rapat dan



atau hasil audit/supervisi dan atau ijazah dan bukti dokumen pelaksanaan kegiatan lainnya

3. Observasi, adalah bukti kegiatan yang didapatkan berdasarkan hasil penglihatan/pengamatan yang dilakukan oleh surveior
4. Wawancara, adalah kegiatan tanya jawab yang dilakukan oleh surveior yang ditujukan kepada dinas kesehatan, Kepala puskesmas/klinik/laboratorium Kesehatan/UTD, dokter praktik mandiri, dokter gigi praktik mandiri, penanggung jawab, koordinator, pelaksana puskesmas/klinik/laboratorium Kesehatan/UTD, pengunjung, pasien, keluarga, lintas sektor, dll
5. Simulasi, adalah peragaan kegiatan yang dilakukan oleh pelaksana puskesmas/klinik/laboratorium Kesehatan/UTD, dokter praktik mandiri, dokter gigi praktik mandiri yang diminta oleh surveior

Penilaian akreditasi dilakukan secara komprehensif dan terpadu melalui pemberian skor untuk setiap EP dari suatu standar diberi skor sebagai "Tercapai Penuh", "Tercapai Sebagian", "Tidak Terpenuhi" atau "Tidak Tercapai". Adapun tingkatan nilai pada Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG yakni 10, 5, 0 dan TDD.

Penilaian yang diberikan harus dapat membuktikan bahwa proses implementasi sistem telah berjalan dengan baik. Penilaian tiap bab adalah penjumlahan dari nilai tiap elemen penilaian pada masing-masing kriteria yang ada pada bab tersebut dibagi jumlah elemen penilaian bab tersebut dikalikan 10, kemudian dikalikan dengan 100 %.

Jika ada pelayanan yang tidak dilakukan di Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG, maka skor tidak dapat diterapkan (TDD) kepada Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG. Misal pelayanan gizi (pemberian makanan kepada pasien) pada puskesmas non rawat inap, maka elemen penilaian tersebut akan dikeluarkan dari denominator. EP ini dikategorikan mendapat skor "tidak dapat dinilai" karena tidak tercakup dalam pelayanan puskesmas.

Contoh perhitungan penilaian Bab:

NILAI	CARA PENGHITUNGAN PENILAIAN
Nilai Bab I	$\frac{\text{Penjumlahan nilai seluruh EP Bab I}}{\text{Jumlah elemen penilaian Bab I} \times 10} \times 100$
Nilai Bab II	$\frac{\text{Penjumlahan nilai seluruh EP Bab II}}{\text{Jumlah elemen penilaian Bab II} \times 10} \times 100$

dan seterusnya.

Catatan:

Pada EP yang dinyatakan TDD, maka tidak diperhitungkan dalam penilaian (tidak menjadi *numerator* dan *denominator*).

Penentuan skor yang tepat pada setiap elemen penilaian sesuai dengan persyaratan yang ditentukan dalam setiap elemen penilaian adalah sebagai berikut:

1. Puskesmas

Pada tabel di bawah ini contoh untuk penentuan skor pada elemen penilaian akreditasi Puskesmas

Tabel 3.6. Contoh Penentuan Skor Elemen Penilaian Akreditasi Puskesmas

NO	KRITERIA NILAI PEMENUHAN EP	TERCAPAI PENUH SKOR 10 ( $\geq 70\%$ )	TERCAPAI SEBAGIAN SKOR 5 (30% - 69%)	TIDAK TERCAPAI SKOR 0 (< 30%)	TDD
1	Regulasi sesuai dengan yang dijelaskan di maksud dan tujuan pada standar	Kelengkapan regulasi $\geq 70\%$ (baik untuk yang hanya diminta 1 maupun lebih dari 1 regulasi)	Kelengkapan regulasi 30% - 69%	Kelengkapan regulasi < 30%	Tidak dapat diterapkan
2	Dokumen rapat/pertemuan: meliputi undangan, materi rapat, daftar hadir, notulen rapat	Kelengkapan bukti dokumen rapat $\geq 70\%$	Kelengkapan bukti dokumen rapat 30% - 69%	Kelengkapan bukti dokumen rapat < 30%	Tidak dapat diterapkan
3	Dokumen orientasi staf: meliputi kerangka acuan yang dilengkapi jadwal acara, undangan, daftar hadir, laporan hasil orientasi	Kelengkapan bukti dokumen rapat $\geq 70\%$	Kelengkapan bukti dokumen rapat 30% - 69%	Kelengkapan bukti dokumen rapat < 30%	Tidak dapat diterapkan

NO	KRITERIA NILAI PEMENUHAN EP	TERCAPAI PENUH SKOR 10 (≥ 70%)	TERCAPAI SEBAGIAN SKOR 5 (30% - 69%)	TIDAK TERCAPAI SKOR 0 (< 30%)	TDD
4	Hasil observasi pelaksanaan/pelayanan sesuai regulasi	≥ 70% Contoh : 7 – 10 dari 10 kegiatan/pelayanan yang diobservasi sudah memenuhi	30% - 69% Contoh : 3 – 6 dari 10 kegiatan/pelayanan yang diobservasi sudah memenuhi	< 30% Contoh : 1 dari 10 kegiatan/pelayanan yang diobservasi sudah memenuhi	Tidak dapat diterapkan
5	Hasil wawancara dari pemenuhan persyaratan yang ada di EP	Jawaban “ya” atau “selalu”	Jawaban “biasanya” atau “kadang-kadang”	Jawaban “jarang” atau “tidak pernah”	Tidak dapat diterapkan
6	Hasil simulasi staf sesuai regulasi	≥ 70% Contoh : 7 – 10 dari 10 kegiatan/pelayanan yang diminta simulasi sudah memenuhi	30% - 79% Contoh : 3 – 6 dari 10 kegiatan/pelayanan yang diminta simulasi sudah memenuhi	< 20% Contoh : 1 dari 10 kegiatan/pelayanan yang diminta simulasi sudah memenuhi	Tidak dapat diterapkan

## 2. Penilaian Akreditasi Klinik

Pada tabel di bawah ini kriteria dan skoring standar akreditasi klinik

Tabel 3.7. Contoh Penentuan Skor Elemen Penilaian Akreditasi Klinik

KRITERIA	SYARAT	NILAI
Terpenuhi Tercapai penuh	Jika pencapaian ≥ 80% dari setiap elemen penilaian. Diperoleh melalui metode telusur, yaitu observasi dan wawancara serta dibuktikan kesesuaian pelaksanaan dengan dokumen.	10
Terpenuhi sebagian Tercapai Sebagian	Jika pencapaian 20% - 79% dari setiap elemen penilaian. Diperoleh melalui metode telusur, yaitu observasi dan wawancara serta dibuktikan kesesuaian pelaksanaan dengan dokumen. Atau Diperoleh melalui metode telusur, yaitu observasi dan wawancara serta dibuktikan bahwa seluruh dokumen telah disusun tetapi pelaksanaan belum sesuai dengan dokumen.	5
Tidak terpenuhi Tidak Tercapai	Jika pencapaian < 20% dari setiap elemen penilaian. Diperoleh melalui metode telusur, yaitu observasi dan wawancara.	0
Tidak Dapat Diterapkan (TDD)		-

### 3. Laboratorium Kesehatan dan UTD

Pada tabel di bawah ini kriteria dan skoring standar akreditasi laboratorium Kesehatan dan UTD

Tabel 3.8. Kriteria Dan Skoring Standar Akreditasi Laboratorium Kesehatan dan UTD

NO	Kriteria	Skor 10 (TP)	Skor 5 (TS)	Skor 0 (TT)	TDD
1.	Pemenuhan elemen penilaian	≥ 80%	20% s.d <80%	<20%	Tidak dapat Diterap kan
2.	Bukti kepatuhan	Bukti kepatuhan ditemukan secara konsisten pada semua bagian/unit di mana persyaratan-persyaratan tersebut berlaku.  Catatan: Hasil pengamatan Tidak dapat dianggap sebagai temuan apabila hanya terjadi pada 1 pengamatan ( <i>observasi</i> ).	Bukti kepatuhan ditemukan tidak konsisten / hanya pada sebagian unit/ bagian dimana persyaratan-persyaratan tersebut berlaku (misalnya ditemukan kepatuhan di Ruang Pendaftaran, tetapi tidak ditemukan di Ruang Sampling)	Bukti kepatuhan tidak ditemukan pada semua bagian/unit di mana persyaratan-persyaratan tersebut berlaku	
3.	Hasil wawancara dari pemenuhan persyaratan yang ada di EP	Hasil wawancara menjelaskan sesuai standar dan dibuktikan dengan dokumen dan pengamatan	Hasil wawancara menjelaskan sebagian sesuai standar dan dibuktikan dengan dokumen dan Pengamatan	Hasil wawancara tidak sesuai standar dan dibuktikan dengan dokumen dan pengamatan	
4.	Regulasi sesuai dengan yang dijelaskan dalam Maksud dan Tujuan pada Standar	Regulasi yang meliputi Kebijakan dan SPO lengkap sesuai dengan Maksud dan Tujuan pada Standar	Regulasi yang meliputi Kebijakan dan SPO sesuai dengan Maksud dan Tujuan pada Standar hanya sebagian/ tidak lengkap	Regulasi yang meliputi Kebijakan dan SPO sesuai dengan Maksud dan Tujuan pada Standar tidak ada	
5.	Dokumen rapat/pertemuan: seperti undangan, materi rapat, absensi/daftar hadir, notulen rapat.	Kelengkapan bukti dokumen rapat ≥ 80%	Kelengkapan bukti dokumen rapat 50% -79%	Kelengkapan bukti dokumen rapat <50%	

NO	Kriteria	Skor 10 (TP)	Skor 5 (TS)	Skor 0 (TT)	TDD
	( <i>cross check</i> dengan wawancara)				
6.	Dokumen pelatihan seperti Program pelatihan/ TOR pelatihan yang dilampiri jadwal acara, undangan, materi/bahan pelatihan, absensi/daftar hadir, laporan pelatihan), sertifikat bila ada	Kelengkapan bukti dokumen pelatihan $\geq 80\%$	Kelengkapan bukti dokumen pelatihan 50% – 79 %	Kelengkapan bukti dokumen Pelatihan < 50%	
7.	Dokumen orientasi staf seperti Program orientasi/TOR yang dilampiri jadwal acara, undangan, absensi/daftar hadir, laporan, penilaian hasil Orientasi dari Kepala SDM (orientasi umum) atau kepala unit (orientasi khusus)	Kelengkapan bukti dokumen orientasi $\geq 80\%$	Kelengkapan bukti dokumen orientasi 50% – 79 %	Kelengkapan bukti dokumen orientasi < 50%	
8.	Hasi observasi pelaksanaan kegiatan/ pelayanan /pemeriksaan sesuai regulasi dan standar	Pelaksanaan kegiatan/ pelayanan /pemeriksaan sesuai regulasi dan standar $\geq 80\%$ Contoh: 9 dari 10 kegiatan/ pelayanan/pemeriksaan yang diobservasi sudah memenuhi EP	Pelaksanaan kegiatan/ pelayanan/ pemeriksaan sesuai regulasi dan standar 50% – 79 % Contoh: 5-7 dari 10 kegiatan/ pelayanan yang diobservasi sudah memenuhi EP	Pelaksanaan kegiatan/ pelayanan sesuai regulasi dan standar < 50% Contoh: hanya 4 dari 10 kegiatan/ pelayanan yang diobservasi memenuhi EP	

NO	Kriteria	Skor 10 (TP)	Skor 5 (TS)	Skor 0 (TT)	TDD
9.	Hasil simulasi staf sesuai regulasi / standar	<p>Staf dapat memperagakan/ mensimulasikan sesuai regulasi/ standar :</p> <p>≥ 80%</p> <p>Contoh: 9 dari 10 staf yang diminta simulasi sudah memenuhi regulasi/ standar</p>	<p>Staf dapat memperagakan/ mensimulasikan sesuai regulasi/ standar:</p> <p>50% – 79 %</p> <p>Contoh: 5- 7 dari 10 staf yang diminta simulasi sudah memenuhi regulasi/ standar</p>	<p>Staf dapat memperagakan/ mensimulasikan sesuai regulasi/ standar :</p> <p>&lt; 50%</p> <p>Contoh: 1-4 dari 10 staf yang diminta simulasi sudah memenuhi regulasi/ Standar</p>	
10.	Rekam jejak kepatuhan pada survei akreditasi pertama	<p>Kepatuhan pelaksanaan kegiatan/ pelayanan secara berkesinambungan sejak 3 (tiga) bulan sebelum survei</p>	<p>Kepatuhan pelaksanaan kegiatan/ pelayanan secara berkesinambungan sejak 2 (dua) bulan sebelum survei</p>	<p>Kepatuhan pelaksanaan kegiatan/ pelayanan secara berkesinambungan sejak 1 (satu) bulan sebelum Survei</p>	
11.	Rekam jejak kepatuhan pada survei akreditasi ulang	<p>Kepatuhan pelaksanaan kegiatan/ pelayanan sejak 12 (dua belas) bulan sebelum survei</p>	<p>Kepatuhan pelaksanaan kegiatan/ pelayanan sejak 4-11 (empat -sebelas) bulan sebelum survei</p>	<p>Kepatuhan pelaksanaan kegiatan/ pelayanan sejak 1-3 (satu - tiga) bulan sebelum Survei</p>	
12.	Pengendalian Mutu	<p>Pelaksanaan PMI dan PME untuk semua pemeriksaan 100%</p>		<p>Tidak/melaksanakan sebagian PMI dan PME untuk semua pemeriksaan</p>	

4. TPMD/ TPMDG

Pada tabel di bawah ini contoh untuk penentuan skor pada elemen penilaian akreditasi TPMD/ TPMDG

Tabel 3.9. Contoh Penentuan Skor Elemen Penilaian Akreditasi TPMD/ TPMDG

NO	KRITERIA NILAI PEMENUHAN EP	TERCAPAI PENUH SKOR 10 ( $\geq 70\%$ )	TERCAPAI SEBAGIAN SKOR 5 (30% - 69%)	TIDAK TERCAPAI SKOR 0 (< 30%)	TDD
1	Regulasi sesuai dengan yang dijelaskan di maksud dan tujuan pada standar	Kelengkapan regulasi $\geq 70\%$ (baik untuk yang hanya diminta 1 maupun lebih dari 1 regulasi)	Kelengkapan regulasi 30% - 69%	Kelengkapan regulasi < 30%	Tidak dapat diterapkan
2	Dokumen rapat/pertemuan: meliputi undangan, materi rapat, daftar hadir, notulen rapat	Kelengkapan bukti dokumen rapat $\geq 70\%$	Kelengkapan bukti dokumen rapat 30% - 69%	Kelengkapan bukti dokumen rapat < 30%	Tidak dapat diterapkan
3	Dokumen orientasi staf: meliputi kerangka acuan yang dilengkapi jadwal acara, undangan, daftar hadir, laporan hasil orientasi	Kelengkapan bukti dokumen rapat $\geq 70\%$	Kelengkapan bukti dokumen rapat 30% - 69%	Kelengkapan bukti dokumen rapat < 30%	Tidak dapat diterapkan
4	Hasil observasi pelaksanaan/pelayanan sesuai regulasi	$\geq 70\%$ Contoh : 7 - 10 dari 10 kegiatan/pelayanan yang diobservasi sudah memenuhi	30% - 69% Contoh : 3 - 6 dari 10 kegiatan/pelayanan yang diobservasi sudah memenuhi	< 30% Contoh : 1 dari 10 kegiatan/pelayanan yang diobservasi sudah memenuhi	Tidak dapat diterapkan
5	Hasil wawancara dari pemenuhan persyaratan yang ada di EP	Jawaban "ya" atau "selalu"	Jawaban "biasanya" atau "kadang-kadang"	Jawaban "jarang" atau "tidak pernah"	Tidak dapat diterapkan
6	Hasil simulasi staf sesuai regulasi	$\geq 70\%$ Contoh : 7 - 10 dari 10 kegiatan/pelayanan yang diminta simulasi sudah memenuhi	30% - 69% Contoh : 3 - 6 dari 10 kegiatan/pelayanan yang diminta simulasi sudah memenuhi	< 20% Contoh : 1 dari 10 kegiatan/pelayanan yang diminta simulasi sudah memenuhi	Tidak dapat diterapkan

## B. Hasil Survei

Hasil survei akreditasi Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG adalah sebagai berikut:

### 1. Puskesmas

Penetapan status akreditasi Puskesmas terdiri atas 5 (lima) tingkatan dengan pemenuhan masing-masing Bab pada tiap tingkatan kelulusan dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 3.10. Penetapan Status Akreditas Puskesmas

Status Akreditasi	Bab Akreditasi Puskesmas				
	Bab I	Bab II	Bab III	Bab IV	Bab V
Terakreditasi Paripurna	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80%
Terakreditasi Utama	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 70 %	≥ 80 %	≥ 75%
Terakreditasi Madya	≥ 75 %	≥ 75 %	≥ 60 %	≥ 75 %	≥ 70%
Terakreditasi Dasar	≥ 75 %	≥ 60 %	≥ 50 %	≥ 60 %	≥ 60 %
Tidak Terakreditasi	< 75 %	< 60 %	< 50 %	< 60 %	<60 %

Status Akreditasi	Kriteria
Paripurna	Seluruh Bab mendapat nilai minimal 80%
Utama	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Bila bab 1, 2, dan 4 mendapat nilai minimal 80%</li> <li>b. Bila bab 3 mendapat nilai minimal 70%</li> <li>c. Bila bab 5 mendapat nilai minimal 75%</li> </ul>
Madya	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Bila bab 1, 2, dan 4 mendapat nilai minimal 75%</li> <li>b. Bila bab 3 mendapat nilai minimal 60%</li> <li>a. Bila bab 5 mendapat nilai minimal 70%</li> </ul>
Dasar	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Bila bab 1 mendapat nilai minimal 75%</li> <li>b. Bila bab 2, 4 dan 5 mendapat nilai minimal 60%</li> <li>c. Bila bab 3 mendapat nilai minimal 50%</li> </ul>
Tidak terakreditasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Bila bab 1 mendapat nilai kurang dari 75%</li> <li>b. Bila bab 2, 4 dan 5 mendapat nilai kurang dari 60%</li> <li>c. Bila bab 3 mendapat nilai kurang dari 50%</li> </ul>



## 2. Klinik

Penetapan status akreditasi Klinik terdiri atas 4 (empat) tingkatan dengan pemenuhan masing-masing Bab pada tiap tingkatan kelulusan dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 3.11. Penetapan Status Akreditasi Klinik

Hasil Akreditasi	Bab Akreditasi Klinik		
	TKK	PMKP	PKP
Tidak Terakreditasi	< 75 %	<40 %	< 75 %
Terakreditasi Madya	≥ 75 %	≥ 40%	≥ 75 %
Terakreditasi Utama	≥ 80 %	≥ 60%	≥ 80 %
Terakreditasi Paripurna	≥ 80 %	≥ 80%	≥ 80 %

Hasil Akreditasi	Kriteria
Paripurna	Seluruh Bab mendapat nilai minimal 80%
Utama	a. Bab TKK mendapat nilai minimal 80% b. Bab PMKP mendapat nilai minimal 60% c. Bab PKP mendapat nilai minimal 80%
Madya	a. Bab TKK mendapat nilai minimal 75% b. Bab PMKP mendapat nilai minimal 40% c. Bab PKP mendapat nilai minimal 75%
Tidak terakreditasi	a. Bab TKK mendapat nilai kurang dari 75% b. Bab PMKP mendapat nilai kurang dari 40% c. Bab PKP mendapat nilai kurang dari 75%

### 3. Laboratorium Kesehatan

Penetapan status akreditasi laboratorium kesehatan terdiri atas 4 (empat) tingkatan dengan pemenuhan masing-masing Bab pada tiap tingkatan kelulusan dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 3.12. Penetapan Status Akreditasi Laboratorium Kesehatan

Status Akreditasi	Kriteria
Paripurna	Seluruh Bab mendapat nilai minimal 80%
Utama	a. 4-6 Bab mendapat nilai minimal 80%; dan b. Bab SKP mendapat nilai minimal 80 %.
Madya	a. 2-3 Bab mendapat nilai minimal 80%; dan b. Bab SKP mendapat nilai minimal 80 %
Tidak Terakreditasi	Bab SKP mendapat nilai kurang dari 80 %

### 4. UTD

Penetapan status akreditasi UTD terdiri atas 4 (empat) tingkatan dengan pemenuhan masing-masing Bab pada tiap tingkatan kelulusan dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 3.13. Penetapan Status Akreditas UTD

Status Akreditasi	Kriteria
Paripurna	Seluruh Bab mendapat nilai minimal 80%
Utama	a. 5-8 Bab mendapat nilai minimal 80%; dan a. Bab SKP mendapat nilai minimal 80 %.
Madya	a. 2-4 Bab mendapat nilai minimal 80%; dan b. Bab SKP mendapat nilai minimal 80%
Tidak Terakreditasi	Bab SKP mendapat nilai kurang dari 80 %

### 5. TPMD/ TPMDG

Penetapan status akreditasi TPMD/ TPMDG terdiri atas 2 (dua) tingkatan dengan pemenuhan masing-masing Bab pada tiap tingkatan kelulusan dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 3.14. Penetapan Status Akreditasi TPMD/ TPMDG

Status Akreditasi	Bab Akreditasi TPMD/ TPMDG	
	Bab I	Bab III
Terakreditasi	≥ 80 %	≥ 80 %
Tidak Terakreditasi	< 80 %	< 80 %

Status Akreditasi	Kriteria
Terakreditasi	Seluruh Bab mendapat nilai minimal 80%
Tidak terakreditasi	b. Bab I mendapat nilai kurang 80% c. Bab II mendapat nilai kurang 80%

## BAB IV METODOLOGI TELUSUR

Metodologi Telusur adalah suatu metode yang efektif untuk memahami proses atau sistem di Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG. Kegiatan operasional dan pelayanan di Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG yang kompleks menjadikan metode telusur sebagai salah satu metode yang tepat untuk memahami proses yang terjadi serta melakukan penilaian di dalam survei.

Terdapat dua jenis metodologi telusur, yaitu:

### A. Telusur Dokumen

Metode telusur ini dapat menggunakan dokumen atau rekam medik pasien sebagai alat bantu untuk memahami proses yang terjadi. Data dan informasi yang diperoleh dari telusur dapat digunakan untuk:

1. Memahami proses pelayanan di Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG;
2. Memahami koordinasi yang terjadi didalam Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG;
3. Memahami bagaimana staf memberikan pelayanan;
4. Mengidentifikasi adanya kesenjangan atau kekurangan di dalam sistem, misalnya antara kebijakan yang ditetapkan dengan apa yang diharapkan terjadi;
5. Melakukan observasi terhadap lingkungan pelayanan;
6. Mendapatkan informasi tentang pengalaman pasien/pelanggan di dalam menerima pelayanan di Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG;
7. Menganalisa pelayanan yang berfokus pada pasien/pelanggan sesuai standar ; dan/atau
8. Mengintegrasikan temuan hasil telusur untuk selanjutnya menyusun rekomendasi.

### B. Telusur Sistem

Telusur Sistem dilakukan untuk menilai sistem atau proses spesifik di Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG. Selama telusur sistem, surveior melaksanakan hal-hal sebagai berikut:

1. Evaluasi kinerja dari sistem atau proses dengan fokus tertentu pada integrasi dan koordinasi dari proses berbeda tetapi terkait;

2. Evaluasi komunikasi antara berbagai disiplin dan unit/bagian; dan
3. Identifikasi masalah pada masing-masing proses terkait.

Telusur sistem mencakup kegiatan kunjungan ke unit/bagian untuk melakukan evaluasi terhadap penerapan standar dan menelaah dampak dari penerapannya. Penelusuran juga termasuk pertemuan interaktif antara surveior dengan staf terkait dengan penggunaan informasi dari unit/bagian.

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

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

## BAB V

### JADWAL ACARA PELAKSANAAN SURVEI AKREDITASI PUSKESMAS, KLINIK, LABORATORIUM KESEHATAN, UTD, TPMD DAN TPMDG

Rincian Jadwal Kegiatan Survei Akreditasi Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG

#### A. Persiapan Acara Pelaksanaan Survei

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

#### B. Pelaksanaan Survei

##### 1. Hybrid (daring dan luring)

Pelaksanaan Survei secara hybrid sebagai berikut:

##### a. Daring

Dapat dilaksanakan antara H-3 (tiga) sampai dengan H-4 (empat) sebelum Survei Luring. Kegiatan Survei Daring meliputi: Perkenalan dari Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD dan Surveior.

- 1) Ketua Tim Surveior membacakan kode etik surveior.
- 2) Penyampaian Maksud dan Tujuan Survei
- 3) Menjelaskan agenda proses survei secara lengkap (contoh Agenda Terlampir di bawah)
- 4) Presentasi Kepala Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan dan UTD terkait: profil Puskesmas, Laboratorium Kesehatan dan UTD, program peningkatan mutu internal dan pelaporan IKP.

Dalam presentasi ini harus dijelaskan hal-hal dibawah ini:

- 1) Bagaimana indikator mutu dan keselamatan pasien ditetapkan ;
- 2) Bagaimana indikator diberi prioritas pengumpulan data;
- 3) Bagaimana data dikumpulkan dan di analisis;
- 4) Bagaimana hasil analisis dikomunikasikan dan digunakan untuk perbaikan perencanaan; dan
- 5) Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan dan UTD dapat memilih contoh peningkatan mutu untuk menunjukkan

metodologinya dan peningkatan yang sudah dicapai.

Surveior melakukan telusur dokumen secara daring. Telusur dokumen ini bertujuan untuk meneliti kesesuaian dokumen dan regulasi dengan standar. Dokumen dan regulasi ini sebelumnya telah di upload ke link/tautan yang diberikan oleh lembaga penyelenggara akreditasi yang dapat diakses pada Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes (SINAF). Selanjutnya jika ada hal yang kurang jelas dari isi dokumen dan regulasi dilakukan klarifikasi.

b. Luring

Kegiatan survei luring meliputi:

1) Pembukaan

2) Telusur Dokumen

Telusur dokumen ini bertujuan untuk meneliti kesesuaian dokumen dan regulasi dengan standar. Selanjutnya jika ada hal yang kurang jelas dari isi dokumen dan regulasi dilakukan klarifikasi.

3) Wawancara

Tujuan wawancara ini untuk menggali informasi terkait kinerja minimal dari Kepala, penanggung jawab, koordinator, dan pelaksana di Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan dan UTD.

4) Pemeriksaan Fasilitas (*Facility Tour*)

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

a) Fasilitas fisik, termasuk sarana/bangunan;

b) Sistem utilitas;

c) Sistem keselamatan kebakaran;

d) Peralatan medis dan lainnya;

e) Keamanan dan keselamatan pasien, pengunjung dan staf;

f) Pengendalian dan pencegahan infeksi;

g) Kedaruratan dan Bencana;

h) Limbah dan bahan berbahaya;

Area pelayanan pasien/pelanggan yang dipilih adalah penerimaan pasien/pelanggan, pemeriksaan dokter,

pengambilan spesimen, dan lain-lain. Surveior akan memeriksa apakah koridor dan jalan keluar bebas dari berbahaya jika terjadi kedaruratan. Pemeriksaan keliling ini dirancang untuk mencakup area dengan risiko tinggi dari segi keselamatan dan keamanan.

Area non pasien/pelanggan yang dikunjungi oleh surveior termasuk:

- a) Area Sumber listrik utama dan cadangan, misalnya: genset, solar cell;
- b) Area gudang menyimpan barang;
- c) Tempat penyimpanan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3);
- d) Tempat berkumpul (titik kumpul);
- e) Tempat Pembuangan Limbah Sementara (TPS) B3;
- f) Tempat pengolah limbah (padat dan cair);
- g) dan lain-lain

Untuk Puskesmas, pemeriksaan fasilitas dapat dilakukan juga pada jaringan dan jejaring Puskesmas.

5) *Briefing* Harian

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

Sesi ini juga bertujuan untuk memberi kesempatan pihak Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan dan UTD melakukan klarifikasi atas temuan yang ada.

6) Telaah Rekam Medis

Sesi ini diadakan untuk memastikan kepatuhan Puskesmas menyediakan pencatatan rekam medik 2 (dua) bulan baik pada survei pertama maupun survei re-akreditasi. Dan Klinik menyediakan pencatatan rekam medik 3 (tiga) bulan untuk akreditasi pertama dan 12 (dua belas) bulan untuk survei re-akreditasi.

7) Kualifikasi Staf dan Sesi Edukasi

Tujuan dari wawancara ini untuk membahas proses rekrutmen, pengenalan dan evaluasi dari staf Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan dan UTD. Sebagai



tambahan, wawancara juga membahas proses yang dilakukan Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan dan UTD untuk menilai kredensial dari tenaga medis, keperawatan dan tenaga kesehatan profesional lainnya tentang kemampuan mereka memberikan layanan klinik/Laboratorium/UTD sesuai dengan kualifikasi mereka.

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

8) *Exit Conference*

Tujuan acara ini adalah melaporkan kepada pimpinan Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan dan UTD tentang hasil pelaksanaan survei.

*Exit conference* dihadiri oleh:

- a) Kepala Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan dan UTD;
- b) Pemilik Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan dan UTD/yang mewakili;
- c) Penanggung jawab mutu, pelayanan dan administrasi di Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan dan UTD; dan
- d) Pejabat yang bertanggung jawab atas koordinasi acara survei, seperti koordinator survei/ketua tim akreditasi Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan dan UTD.

Acara ini memuat dua bagian penting yaitu Diskusi dengan pimpinan Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan dan UTD tentang laporan survei dan proses tindak lanjutnya, Diskusi meliputi topik:

- a) Tujuan pertemuan;
- b) Ringkasan temuan terkait standar;
- c) Penekanan bahwa surveior tidak membuat keputusan akhir terkait akreditasi;
- d) Diskusi tentang temuan yang masih dipertanyakan atau ada perbedaan perspektif;

- e) Tindak lanjut dari temuan survei, seperti rekomendasi atau tindak lanjut survei; dan
- f) Penyajian resmi garis besar laporan kepada pimpinan Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan dan UTD. Surveior akan memberikan edukasi untuk membantu membuat Rekomendasi berdasar temuan “tidak tercapai” dari laporan survei. Surveior akan menjelaskan proses tindak lanjutnya mengenai komunikasi dengan lembaga penyelenggara akreditasi.

c. Contoh Jadwal Pelaksanaan Survei Hybrid

- 1) Jadwal Pelaksanaan Survei Akreditasi Puskesmas (1 hari daring dan 2 hari luring)

Waktu	Surveior Bidang Tata Kelola Sumber Daya dan UKM	Surveior Bidang Tata Kelola Pelayanan dan Penunjang	Penanggung Jawab Acara
Hari Pertama (Daring)			
07.30 – 08.00	Puskesmas melakukan persiapan untuk melakukan pembukaan ( <i>opening meeting</i> ) secara daring		Kepala Puskesmas
08.00 – 08.30	Acara inti pembukaan pertemuan / <i>opening meeting secara daring</i> : A. Sambutan Kepala Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota atau yang mewakili B. Sambutan Kepala Puskesmas C. Perkenalan Tim Surveior dan puskesmas D. Pembacaan Doa E. Tim Surveior mengambil alih kendali acara		Kepala Puskesmas
08.30 – 08.45	A. Pembacaan Jadwal Survei dan Kode Etik oleh Tim Surveior B. Serah Terima Surat Pernyataan Surveior dan Surat Pernyataan Kepala Puskesmas		Ketua Tim Surveior
08.45 – 09.30	Presentasi Kepala Puskesmas tentang Garis Besar Kegiatan dan upaya puskesmas, upaya peningkatan mutu, kinerja dan keselamatan pasien serta pencegahan dan pengendalian penyakit infeksi		Ketua Tim Surveior
09.30 – 09.45	Rehat A. Ketua Tim Surveior membagi 2 kelas ( <i>breakout room</i> )		Ketua Tim Surveior

Waktu	Surveior Bidang Tata Kelola Sumber Daya dan UKM	Surveior Bidang Tata Kelola Pelayanan dan Penunjang	Penanggung Jawab Acara
	B. UKP menyiapkan daftar pasien rawat inap hari ini		
09.45 – 12.00	Melakukan telaah dokumen		Ketua Tim Surveior
12.00 – 13.00	ISHOMA		
13.00 – 15.30	Melakukan telaah dokumen		Ketua Tim Surveior
15.30 – 16.00	Pertemuan Tim Surveior		Ketua Tim Surveior
Hari Kedua (Luring)			
08.00 – 08.45	Klarifikasi dan masukan		Kepala Puskesmas
08.45 – 09.00	Rehat kopi UKP menyiapkan daftar pasien rawat jalan dan rawat inap 2 (dua) bulan terakhir untuk telaah rekam medis tertutup		
09.00 – 12.00	Melakukan telusur sistem penyelenggaraan		Ketua Tim Surveior
12.00 – 13.00	ISHOMA		
13.00 – 15.30	Melakukan telusur sistem penyelenggaraan		Ketua Tim Surveior
15.30 – 16.00	Pertemuan Tim Surveior		Ketua Tim Surveior
Hari Ketiga (Luring)			
08.00 – 08.45	Klarifikasi dan masukan		Ketua Tim Surveior
08.45 – 09.00	Rehat kopi		
09.00 – 12.00	Telusur ke lintas sektor, tokoh masyarakat, pengguna layanan, Kepala Puskesmas dan Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota		Ketua Tim Surveior
12.00 – 13.00	ISHOMA		
13.00 – 14.30	Telusur Fasilitas		Ketua Tim Surveior
14.30 – 15.30	Penyusunan laporan (rapat internal Tim Surveior untuk <i>exit conference</i> )		Ketua Tim Surveior
15.30 – 16.00	Acara penutupan pertemuan / <i>exit conference</i> : A. Paparan <i>exit conference</i> B. Penyerahan kendali kepada Kepala Puskesmas C. Sambutan penutupan dari Kepala Puskesmas		Ketua Tim Surveior Kepala Puskesmas

Waktu	Surveior Bidang Tata Kelola Sumber Daya dan UKM	Surveior Bidang Tata Kelola Pelayanan dan Penunjang	Penanggung Jawab Acara
	D. Sambutan penutupan dari Kepala Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota atau yang mewakili E. Pembacaan Doa		

2) Jadwal Pelaksanaan Survei Akreditasi Klinik (1 hari daring dan 1 hari luring)

Waktu	Surveior Bidang Tata Kelola Sumber Daya dan Ukm	Surveior Bidang Pelayanan dan Penunjang	Penanggung Jawab Acara
Hari Pertama (Daring)			
07.30 – 08.00	Klinik melakukan persiapan untuk melakukan pembukaan ( <i>opening meeting</i> ) secara daring		Kepala Klinik
08.00 – 08.30	Acara inti pembukaan pertemuan / <i>opening meeting</i> secara daring: A. Sambutan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota atau Pemilik Klinik atau yang mewakili B. Sambutan Kepala Klinik C. Perkenalan Tim Surveior dan klinik D. Pembacaan Doa E. Tim Surveior mengambil alih kendali acara		Kepala Klinik
08,30– 08.45	A. Penyampaian maksud dan tujuan survei B. Pembacaan Jadwal Survei, Kode Etik C. Serah Terima Surat Pernyataan Surveior dan Surat Pernyataan Kepala Klinik		Ketua Tim Surveior
08.45 – 09.30	Presentasi Kepala Klinik tentang profil Klinik, program peningkatan mutu internal dan pelaporan IKP		Kepala Klinik
09.30 – 09.45	Rehat Ketua Tim Surveior membagi 2 kelas ( <i>breakout room</i> ) • UKP menyiapkan daftar pasien rawat inap hari ini (Klinik)		Tim Surveior
09.45 – 12.00	Melakukan telaah dokumen		Tim Surveior
12.00 – 13.00	ISHOMA		
13.00 – 15.30	Melakukan telaah dokumen		Tim Surveior
15.30 – 16.00	Pertemuan Tim Surveior		Tim Surveior
Hari Kedua (Luring)			
08.00 – 08.45	<i>Briefing Harian</i>		Tim Surveior

Waktu	Surveior Bidang Tata Kelola Sumber Daya dan Ukm	Surveior Bidang Pelayanan dan Penunjang	Penanggung Jawab Acara
08.45 – 09.00	Rehat kopi		
09.00 – 12.00	Telusur ke pengguna layanan, Kepala Klinik, Pemilik Klinik atau Dinas Kesehatan Provinsi/ Kabupaten/Kota		Tim Surveior
12.00 – 13.00	ISHOMA		
13.00 – 14.30	Telusur Fasilitas		Tim Surveior
14.30 – 15.30	Penyusunan laporan (rapat internal Tim Surveior untuk <i>exit conference</i> )		Tim Surveior
15.30 – 16.00	<p>Acara penutupan pertemuan / <i>exit conference</i>:</p> <p>A. Paparan <i>exit conference</i></p> <p>B. Penyerahan kendali kepada Kepala Klinik</p> <p>C. Sambutan penutupan dari Kepala Klinik</p> <p>D. Sambutan penutupan dari Kepala Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota atau pemilik klinik atau yang mewakili</p> <p>E. Pembacaan Doa</p>		Ketua Tim Surveior, Kepala Klinik

3) Jadwal Pelaksanaan Survei Akreditasi Laboratorium Kesehatan dan UTD (1 hari daring dan 2 hari luring)

Waktu	Surveior Bidang Manajemen	Surveior Bidang Teknis	Penanggung Jawab Acara
Hari Pertama (Daring)			
07.30 – 08.00	Klinik melakukan persiapan untuk melakukan pembukaan ( <i>opening meeting</i> ) secara daring		Kepala Laboratorium Kesehatan dan UTD
08.00 – 08.30	<p>Acara inti pembukaan pertemuan / <i>opening meeting</i> secara daring:</p> <p>A. Sambutan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota atau Pemilik Laboratorium Kesehatan/UTD atau yang mewakili</p> <p>B. Sambutan Kepala Laboratorium Kesehatan/UTD</p> <p>C. Perkenalan Tim Surveior dan Laboratorium Kesehatan/UTD</p> <p>D. Pembacaan Doa</p> <p>E. Tim Surveior mengambil alih kendali acara</p>		Kepala Laboratorium Kesehatan/UTD
08.30 – 08.45	<p>A. Penyampaian maksud dan tujuan survei</p> <p>B. Pembacaan Jadwal Survei, Kode Etik</p> <p>C. Serah Terima Surat Pernyataan Surveior dan</p>		

Waktu	Surveior Bidang Manajemen	Surveior Bidang Teknis	Penanggung Jawab Acara
	Surat Pernyataan Kepala Laboratorium Kesehatan/UTD		Ketua Tim Surveior
08.45 – 09.30	Presentasi Kepala Laboratorium Kesehatan/UTD tentang profil Laboratorium Kesehatan/UTD, program peningkatan mutu internal dan pelaporan IKP		Kepala Laboratorium Kesehatan/UTD
09.30 – 09.45	Rehat Ketua Tim Surveior membagi 2 kelas ( <i>breakout room</i> ) <ul style="list-style-type: none"> <li>o Room I: Manajemen</li> <li>o Room II: Teknis</li> </ul>		Tim Surveior
09.45 – 12.00	Melakukan telaah dokumen		Tim Surveior
12.00 – 13.00	ISHOMA		
13.00 – 15.30	Melakukan telaah dokumen		Tim Surveior
15.30 – 16.00	Pertemuan Tim Surveior		Tim Surveior
Hari Kedua (Luring)			
08.00 – 08.45	<i>Briefing Harian</i>		Tim Surveior
08.45 – 09.00	Rehat kopi		
09.00 – 10.00	Wawancara ke pengguna layanan, Kepala Laboratorium Kesehatan/UTD, Pemilik Laboratorium Kesehatan/UTD atau Dinas Kesehatan Provinsi/ Kabupaten/Kota		Tim Surveior
10.00 – 12.00	Telusur Fasilitas		Tim Surveior
12.00 – 13.00	ISHOMA		
13.00 – 15.30	Telusur Fasilitas		Tim Surveior
15.30 – 16.00	Pertemuan Tim Surveior		Tim Surveior
Hari Ketiga (Luring)			
08.00 – 08.45	<i>Briefing Harian</i>		Tim Surveior
08.45 – 09.00	Rehat kopi		
09.00 – 12.00	Telusur Fasilitas		Tim Surveior
12.00 – 13.00	ISHOMA		
13.00 – 14.30	Telusur Fasilitas		Tim Surveior
14.30 – 15.30	Penyusunan laporan (rapat internal Tim Surveior untuk <i>exit conference</i> )		Tim Surveior
15.30 – 16.00	Acara penutupan pertemuan / <i>exit conference</i> : A. Paparan <i>exit conference</i> B. Penyerahan kendali kepada Kepala Laboratorium Kesehatan/UTD C. Sambutan penutupan dari Kepala Laboratorium Kesehatan/UTD		Ketua Tim Surveior, Kepala Laboratorium Kesehatan/UTD

Waktu	Surveior Bidang Manajemen	Surveior Bidang Teknis	Penanggung Jawab Acara
	D. Sambutan penutupan dari Kepala Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota atau pemilik Laboratorium Kesehatan/UTD atau yang mewakili E. Pembacaan Doa		

4) Jadwal Pelaksanaan Survei Akreditasi Laboratorium Kesehatan dan UTD (1 hari daring dan 1 hari luring)

Waktu	Surveior Bidang Manajemen	Surveior Bidang Pelayanan/Teknis	Penanggung Jawab Acara
Hari Pertama (Daring)			
07.30 – 08.00	Klinik melakukan persiapan untuk melakukan pembukaan ( <i>opening meeting</i> ) secara daring		Kepala Laboratorium Kesehatan dan UTD
08.00 – 08.30	Acara inti pembukaan pertemuan / <i>opening meeting</i> secara daring: A. Sambutan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota atau Pemilik Laboratorium Kesehatan/UTD atau yang mewakili B. Sambutan Kepala Laboratorium Kesehatan/UTD C. Perkenalan Tim Surveior dan Laboratorium Kesehatan/UTD D. Pembacaan Doa E. Tim Surveior mengambil alih kendali acara		Kepala Laboratorium Kesehatan/UTD
08.30 – 08.45	A. Penyampaian maksud dan tujuan survei B. Pembacaan Jadwal Survei, Kode Etik C. Serah Terima Surat Pernyataan Surveior dan Surat Pernyataan Kepala Laboratorium Kesehatan/UTD		Ketua Tim Surveior
08.45 – 09.30	Presentasi Kepala Laboratorium Kesehatan/UTD tentang profil Laboratorium Kesehatan/UTD, program peningkatan mutu internal dan pelaporan IKP		Kepala Laboratorium Kesehatan/UTD
09.30 – 09.45	Rehat Ketua Tim Surveior membagi 2 kelas ( <i>breakout room</i> ) o Room I: Manajemen o Room II: Teknis		Tim Surveior
09.45 – 12.00	Melakukan telaah dokumen		Tim Surveior

Waktu	Surveior Bidang Manajemen	Surveior Bidang Pelayanan/Teknis	Penanggung Jawab Acara
12.00 – 13.00	ISHOMA		
13.00 – 15.30	Melakukan telaah dokumen		Tim Surveior
15.30 – 16.00	Pertemuan Tim Surveior		Tim Surveior
Hari Kedua (Daring)			
08.00 – 08.45	<i>Briefing Harian</i>		Tim Surveior
08.45 – 09.00	Rehat kopi		
09.00 – 10.00	Wawancara ke pengguna layanan, Kepala Laboratorium Kesehatan/UTD, Pemilik Laboratorium Kesehatan/UTD atau Dinas Kesehatan Provinsi/ Kabupaten/Kota		Tim Surveior
10.00 – 12.00	Telusur Fasilitas		Tim Surveior
12.00 – 13.00	ISHOMA		
13.00 – 14.30	Telusur Fasilitas		Tim Surveior
14.30 – 15.30	Penyusunan laporan (rapat internal Tim Surveior untuk <i>exit conference</i> )		Tim Surveior
15.30 – 16.00	Acara penutupan pertemuan / <i>exit conference</i> : A. Paparan <i>exit conference</i> B. Penyerahan kendali kepada Kepala Laboratorium Kesehatan/UTD C. Sambutan penutupan dari Kepala Laboratorium Kesehatan/UTD D. Sambutan penutupan dari Kepala Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota atau pemilik Laboratorium Kesehatan/UTD atau yang mewakili E. Pembacaan Doa		Ketua Tim Surveior, Kepala Laboratorium Kesehatan/UTD

2. Daring (*full online*)

a. Kegiatan survei daring meliputi:

- 1) Pembukaan
- 2) Penyampaian maksud dan tujuan Survei
- 3) Presentasi dokter/ dokter gigi praktik mandiri terkait: profil TPMD/ TPMDG, tata kelola, program peningkatan mutu dan pelayanan klinis.
- 4) Telusur Dokumen

Telusur dokumen ini bertujuan untuk meneliti kesesuaian dokumen dan regulasi dengan standar. Selanjutnya jika ada hal yang kurang jelas dari isi dokumen dan regulasi dilakukan klarifikasi.



5) Wawancara

Tujuan wawancara ini untuk menggali informasi terkait kinerja dokter praktik mandiri, dokter gigi praktik mandiri, dan tenaga lain di TPMD/ TPMDG.

6) Pemeriksaan Fasilitas (*Facility Tour*)

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

- a) Fasilitas fisik, termasuk sarana/ bangunan;
- b) Sistem utilitas;
- c) Sistem keselamatan kebakaran;
- d) Peralatan medis dan lainnya;
- e) Keamanan dan keselamatan pasien, pengunjung dan staf;
- f) Pengendalian dan pencegahan infeksi;
- g) Kedaruratan dan Bencana;
- h) Limbah dan bahan berbahaya;

Area pelayanan pasien/pelanggan yang dipilih adalah penerimaan pasien/pelanggan, pemeriksaan dokter, pengambilan spesimen, dan lain-lain.

Surveior akan memeriksa apakah koridor dan jalan keluar bebas dari berbahaya jika terjadi kedaruratan. Pemeriksaan keliling ini dirancang untuk mencakup area dengan risiko tinggi dari segi keselamatan dan keamanan.

Area non pasien/pelanggan yang diperiksa oleh surveior termasuk:

- a) Tempat penyimpanan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3);
- b) Tempat Pembuangan Limbah Sementara (TPS) B3;
- c) Tempat pengolah limbah (padat dan cair);
- d) dan lain-lain

Pemeriksaan Fasilitas (*Facility Tour*) dilakukan secara online melalui video.

7) Telaah Rekam Medis

Sesi ini diadakan untuk memastikan kepatuhan TPMD/ TPMDG menyediakan pencatatan rekam medik 3 (tiga) bulan untuk akreditasi pertama dan survei *re-akreditasi*.

8) Kualifikasi Staf dan Sesi Edukasi

Tujuan dari wawancara ini untuk membahas proses rekrutmen, pengenalan dan evaluasi dari staf Puskesmas. Sesi ini dilakukan dengan menelaah file pegawai, untuk menyesuaikan dengan persyaratan yang ada di standar maupun elemen penilaian.

9) *Exit* Conference

Tujuan acara ini adalah melaporkan kepada dokter/ dokter gigi praktik mandiri tentang hasil pelaksanaan survei.

Acara ini memuat dua bagian penting yaitu diskusi dengan dokter/dokter gigi praktik mandiri tentang laporan survei dan proses tindak lanjutnya, diskusi meliputi topik:

- a) Tujuan pertemuan;
- b) Ringkasan temuan terkait standar;
- c) Penekanan bahwa surveior tidak membuat keputusan akhir terkait akreditasi;
- d) Diskusi tentang temuan yang masih dipertanyaan atau ada perbedaan perspektif; dan
- e) Tidak lanjut dari temuan survei, seperti rekomendasi atau tindak lanjut survei
- f) Penyajian resmi garis besar laporan kepada dokter/ dokter gigi praktik mandiri

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

b. Contoh Jadwal Pelaksanaan Survei Daring

1) Jadwal Pelaksanaan Survei Akreditasi TPMD/ TPMDG (1 hari daring)

Waktu	Surveior Bidang Tata Kelola	Surveior Bidang Teknis Pelayanan Medis	Penanggung Jawab Acara
Hari Pertama (Daring)			
07.30 – 08.00	TPMD/ TPMDG melakukan persiapan untuk melakukan pembukaan ( <i>opening meeting</i> ) secara daring		Dokter/ Dokter Gigi Praktik Mandiri

08.00 – 08.30	Acara inti pembukaan pertemuan / <i>opening meeting secara daring</i> : A. Sambutan Kepala Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota atau yang mewakili B. Sambutan Dokter/ Dokter Gigi Praktik Mandiri C. Perkenalan Tim Surveior dan TPMD/ TPMDG D. Pembacaan Doa E. Tim Surveior mengambil alih kendali acara	Dokter/ Dokter Gigi Praktik Mandiri
08.30 – 08.45	A. Pembacaan Jadwal Survei dan Kode Etik oleh Tim Surveior B. Serah Terima Surat Pernyataan Surveior dan Surat Pernyataan Dokter/ Dokter Gigi Praktik Mandiri	Ketua Tim Surveior
08.45 – 09.30	Presentasi Dokter/ Dokter Gigi Praktik Mandiri tentang profil TPMD/ TPMDG, tata kelola, program peningkatan mutu dan pelayanan klinis	Ketua Tim Surveior
09.30 – 09.45	Rehat  • menyiapkan pencatatan rekam medik 3 (tiga) bulan untuk akreditasi pertama dan survei <i>re-akreditasi</i>	Ketua Tim Surveior
09.45 – 11.00	Melakukan telaah dokumen	Ketua Tim Surveior
11.00 – 12.00	Melakukan telusur sistem penyelenggaraan	Ketua Tim Surveior
12.00 – 13.00	ISHOMA	
13.00 – 14.00	Melakukan telusur sistem penyelenggaraan	Ketua Tim Surveior
14.00 – 15.30	Telusur Fasilitas	Ketua Tim Surveior
15.30 – 16.00	Acara penutupan pertemuan / <i>exit conference</i> : A. Paparan <i>exit conference</i> B. Penyerahan kendali kepada Dokter/ Dokter Gigi Praktik Mandiri C. Sambutan penutupan dari Dokter/ Dokter Gigi Praktik Mandiri D. Sambutan penutupan dari Kepala Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota atau yang mewakili E. Pembacaan Doa	Dokter/ Dokter Gigi Praktik Mandiri

### 3. Luring (*full offline*)

#### a. Kegiatan survei luring meliputi:

- 1) Pembukaan
- 2) Penyampaian Maksud dan Tujuan Survei
- 3) Presentasi Kepala Puskesmas, Laboratorium Kesehatan dan

UTD, terkait: profil Puskesmas, Laboratorium Kesehatan dan UTD, program peningkatan mutu internal dan pelaporan IKP.

- 4) Dalam presentasi ini harus dijelaskan hal-hal dibawah ini:
  - a) Bagaimana indikator mutu dan keselamatan pasien ditetapkan;
  - b) Bagaimana indikator diberi prioritas pengumpulan data;
  - c) Bagaimana data dikumpulkan dan di analisis;
  - d) Bagaimana hasil analisis dikomunikasikan dan digunakan untuk perbaikan perencanaan; dan
  - e) Puskesmas, Laboratorium Kesehatan dan UTD dapat memilih contoh peningkatan mutu untuk menunjukkan metodologinya dan peningkatan yang sudah dicapai.
- 5) **Telusur Dokumen**

Telusur dokumen ini bertujuan untuk meneliti kesesuaian dokumen dan regulasi dengan standar. Selanjutnya jika ada hal yang kurang jelas dari isi dokumen dan regulasi dilakukan klarifikasi.
- 6) **Wawancara**

Tujuan wawancara ini untuk menggali informasi terkait kinerja minimal dari Kepala, penanggung jawab, koordinator, dan pelaksana di Puskesmas, Laboratorium Kesehatan dan UTD.
- 7) **Pemeriksaan Fasilitas (*Facility Tour*)**

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

  - a) Fasilitas fisik, termasuk sarana/bangunan;
  - b) Sistem utilitas;
  - c) Sistem keselamatan kebakaran;
  - d) Peralatan medis dan lainnya;
  - e) Keamanan dan keselamatan pasien, pengunjung dan staf;
  - f) Pengendalian dan pencegahan infeksi;
  - g) Kedaruratan dan Bencana; dan
  - h) Limbah dan bahan berbahaya.

Area pelayanan pasien/pelanggan yang dipilih adalah penerimaan pasien/pelanggan, pemeriksaan dokter, pengambilan spesimen, dan lain-lain.

Surveior akan memeriksa apakah koridor dan jalan keluar bebas dari berbahaya jika terjadi kedaruratan. Pemeriksaan keliling ini dirancang untuk mencakup area dengan risiko tinggi dari segi keselamatan dan keamanan.

Area non pasien/pelanggan yang dikunjungi oleh surveior termasuk:

- a) Area Sumber listrik utama dan cadangan, misalnya: genset, solar cell;
- b) Area gudang menyimpan barang;
- c) Tempat penyimpanan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3);
- d) Tempat berkumpul (titik kumpul);
- e) Tempat Pembuangan Limbah Sementara (TPS) B3;
- f) Tempat pengolah limbah (padat dan cair);
- g) dan lain-lain

Untuk Puskesmas, pemeriksaan fasilitas dapat dilakukan juga pada jaringan dan jejaring Puskesmas.

8) *Briefing* Harian

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

Sesi ini juga bertujuan untuk memberi kesempatan pihak Puskesmas, Laboratorium Kesehatan dan UTD melakukan klarifikasi atas temuan yang ada.

9) Telaah Rekam Medis

Sesi ini diadakan untuk memastikan kepatuhan Puskesmas menyediakan pencatatan rekam medik 2 (dua) bulan baik pada survei pertama maupun survei *re-akreditasi*. Dan Klinik menyediakan pencatatan rekam medik 3 (tiga) bulan untuk akreditasi pertama dan 12 (dua belas) bulan untuk survei *re-akreditasi*.

10) Kualifikasi Staf dan Sesi Edukasi

Tujuan dari wawancara ini untuk membahas proses rekrutmen, pengenalan dan evaluasi dari staf Puskesmas,

Klinik, Laboratorium Kesehatan dan UTD. Sebagai tambahan, wawancara juga membahas proses yang dilakukan Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan dan UTD untuk menilai kredensial dari tenaga medis, keperawatan dan tenaga kesehatan profesional lainnya tentang kemampuan mereka memberikan layanan sesuai dengan kualifikasi mereka.

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

11) *Exit Conference*

Tujuan acara ini adalah melaporkan kepada pimpinan Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan dan UTD tentang hasil pelaksanaan survei.

*Exit conference* dihadiri oleh:

- a) Kepala Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan dan UTD;
- b) Pemilik Puskesmas, Klinik, Kesehatan dan UTD/yang mewakili;
- c) Penanggung jawab mutu, pelayanan dan administrasi di Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan dan UTD; dan
- d) Pejabat yang bertanggung jawab atas koordinasi acara survei, seperti koordinator survei/ketua tim akreditasi Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan dan UTD.

Acara ini memuat dua bagian penting yaitu Diskusi dengan pimpinan Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan dan UTD tentang laporan survei dan proses tindak lanjutnya, Diskusi meliputi topik:

- a) Tujuan pertemuan;
- b) Ringkasan temuan terkait standar;
- c) Penekanan bahwa surveior tidak membuat keputusan akhir terkait akreditasi;
- d) Diskusi tentang temuan yang masih dipertanyakan atau ada perbedaan perspektif;

- e) Tidak lanjut dari temuan survei, seperti Rekomendasi atau tindak lanjut survei; dan
- f) Penyajian resmi garis besar laporan kepada pimpinan Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan dan UTD. Surveior akan memberikan edukasi untuk membantu membuat Rekomendasi berdasar temuan “tidak tercapai” dari laporan survei. Surveior akan menjelaskan proses tindak lanjutnya mengenai komunikasi dengan lembaga penyelenggara akreditasi.

b. Contoh Jadwal Pelaksanaan Survei Luring

1) Jadwal Pelaksanaan Survei Akreditasi Puskesmas (3 hari)

Waktu	Surveior Bidang Tata Kelola Sumber Daya dan Ukm	Surveior Bidang Tata Kelola Pelayanan Dan Penunjang	Penanggung Jawab Acara
Hari Pertama (Luring)			
07.30 – 08.00	Surveior tiba di puskesmas, persiapan untuk melakukan pembukaan ( <i>opening meeting</i> )		Kepala Puskesmas
08.00 – 08.30	Acara inti pembukaan pertemuan / <i>opening meeting</i> : A. Sambutan Kepala Dinas Kesehatan Dearah Kabupaten/Kota atau yang mewakili B. Sambutan Kepala Puskesmas C. Perkenalan Tim Surveior dan puskesmas D. Pembacaan Doa E. Tim Surveior mengambil alih kendali acara		Kepala Puskesmas
08.30 – 08.45	A. Pembacaan Jadwal Survei dan Kode Etik oleh Tim Surveior B. Serah Terima Surat Pernyataan Surveior dan Surat Pernyataan Kepala Puskesmas		Ketua Tim Surveior
08.45 – 09.30	Presentasi Kepala Puskesmas tentang Garis Besar Kegiatan dan upaya puskesmas, upaya peningkatan mutu, kinerja dan keselamatan pasien serta pencegahan dan pengendalian penyakit infeksi		Ketua Tim Surveior
09.30 – 09.45	Rehat kopi A. Surveior meminta Kepala Puskesmas dan tim menyiapkan dokumen yang telah		Ketua Tim Surveior

Waktu	Surveior Bidang Tata Kelola Sumber Daya dan Ukm	Surveior Bidang Tata Kelola Pelayanan Dan Penunjang	Penanggung Jawab Acara
	<p>disusun sesuai masing- masing bidang</p> <p>B. Khusus untuk UKP ditambahkan dokumen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Daftar pasien rawat jalan dan rawat inap 2 (dua) bulan terakhir untuk telaah rekam medis tertutup</li> <li>❖ Daftar pasien rawat inap hari ini</li> </ul>		
09.45 – 12.00	Melakukan telaah dokumen		Ketua Tim Surveior
12.00 – 13.00	ISHOMA		
13.00 – 15.30	Melakukan telusur sistem penyelenggaraan		Ketua Tim Surveior
15.30 – 16.00	Pertemuan Tim Surveior		Ketua Tim Surveior
Hari Kedua (Luring)			
08.00 – 08.45	Klarifikasi dan masukan		Kepala Puskesmas
08.45 – 09.00	Rehat kopi		
09.00 – 12.00	Melakukan telusur sistem penyelenggaraan		Ketua Tim Surveior
12.00 – 13.00	ISHOMA		
13.00 – 15.30	Melakukan telusur sistem penyelenggaraan		Ketua Tim Surveior
15.30 – 16.00	Pertemuan Tim Surveior		Ketua Tim Surveior
Hari Ketiga (Luring)			
08.00 – 08.45	Klarifikasi dan masukan		Ketua Tim Surveior
08.45 – 09.00	Rehat kopi		
09.00 – 12.00	Telusur ke lintas sektor, tokoh masyarakat, pengguna layanan, Kepala Puskesmas dan Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota		Ketua Tim Surveior
12.00 – 13.00	ISHOMA		
13.00 – 14.30	Telusur Fasilitas		Ketua Tim Surveior
14.30 – 15.30	Penyusunan laporan (rapat internal Tim Surveior untuk <i>exit conference</i> )		Ketua Tim Surveior
15.30 – 16.00	<p>Acara penutupan pertemuan / <i>exit conference</i>:</p> <p>A. Paparan <i>exit conference</i></p> <p>B. Penyerahan kendali kepada Kepala Puskesmas</p>		Ketua Tim Surveior Kepala Puskesmas



Waktu	Surveior Bidang Tata Kelola Sumber Daya dan Ukm	Surveior Bidang Tata Kelola Pelayanan Dan Penunjang	Penanggung Jawab Acara
	C. Sambutan penutupan dari Kepala Puskesmas D. Sambutan penutupan dari Kepala Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota atau yang mewakili E. Pembacaan Doa		

2) Jadwal Pelaksanaan Survei Akreditasi Laboratorium Kesehatan atau UTD (3 hari)

Waktu	Surveior Manajemen	Surveior Teknis	Penanggung Jawab Acara
Hari Pertama (Luring)			
07.30 – 08.00	Persiapan untuk melakukan pembukaan ( <i>opening meeting</i> )		Kepala Laboratorium Kesehatan/ UTD
08.00 – 08.30	Acara inti pembukaan pertemuan / <i>opening meeting</i> : A. Sambutan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota atau Pemilik Laboratorium Kesehatan/UTD/yang mewakili B. Sambutan Kepala Laboratorium Kesehatan/UTD C. Perkenalan Tim Surveior dan Laboratorium Kesehatan/UTD D. Pembacaan Doa E. Tim Surveior mengambil alih kendali acara		Kepala Laboratorium Kesehatan/ UTD
08.30 – 08.45	A. Penyampaian maksud dan tujuan survei B. Pembacaan Jadwal Survei, Kode Etik C. Serah Terima Surat Pernyataan Surveior dan Surat Pernyataan Kepala Laboratorium Kesehatan/UTD		Ketua Tim Surveior
08.45 – 09.30	Presentasi Kepala Laboratorium Kesehatan/UTD tentang profil Laboratorium Kesehatan/UTD, program peningkatan mutu internal dan pelaporan IKP		Kepala Laboratorium Kesehatan/ UTD
09.30 – 09.45	Rehat kopi		
09.45 – 12.00	Melakukan telaah dokumen		Tim Surveior

Waktu	Surveior Manajemen	Surveior Teknis	Penanggung Jawab Acara
12.00 – 13.00	ISHOMA		
13.00 – 15.30	Melakukan telaah dokumen		Tim Surveior
15.30 – 16.00	Pertemuan Tim Surveior		Tim Surveior
Hari Kedua (Luring)			
08.00 – 08.45	<i>Briefing Harian</i>		Ketua Tim Surveior
08.45 – 09.00	Rehat kopi		
09.00 – 10.00	wawancara ke pengguna layanan, Kepala Laboratorium Kesehatan/UTD, Pemilik Laboratorium Kesehatan/UTD atau Dinas Kesehatan Provinsi/ Kabupaten/Kota		Tim Surveior
10.00 – 12.00	Telusur Fasilitas		Tim Surveior
12.00 – 13.00	ISHOMA		
13.00 – 15.30	Telusur Fasilitas		Tim Surveior
15.30 – 16.00	Pertemuan Tim Surveior		Tim Surveior
Hari Ketiga (Luring)			
08.00 – 08.45	<i>Briefing Harian</i>		Ketua Tim Surveior
08.45 – 09.00	Rehat kopi		
09.00 – 12.00	Telusur Fasilitas		Tim Surveior
12.00 – 13.00	ISHOMA		
13.00 – 14.30	Telusur Fasilitas		Tim Surveior
14.30 – 15.30	Penyusunan laporan (rapat internal Tim Surveior)		Tim Surveior
15.30 – 16.00	Acara penutupan pertemuan / <i>exit conference</i> : A. Paparan <i>exit conference</i> B. Penyerahan kendali kepada Kepala Laboratorium Kesehatan/UTD C. Sambutan penutupan dari Kepala Laboratorium Kesehatan/UTD D. Sambutan penutupan dari Kepala Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota atau pemilik Laboratorium Kesehatan/UTD atau yang mewakili E. Pembacaan Doa		Ketua Tim Surveior, Kepala Laboratorium Kesehatan/UTD

3) Jadwal Pelaksanaan Survei Akreditasi Laboratorium Kesehatan atau UTD (2 hari)

Waktu	Surveior Manajemen	Surveior Teknis	Penanggung Jawab Acara
Hari Pertama (Luring)			

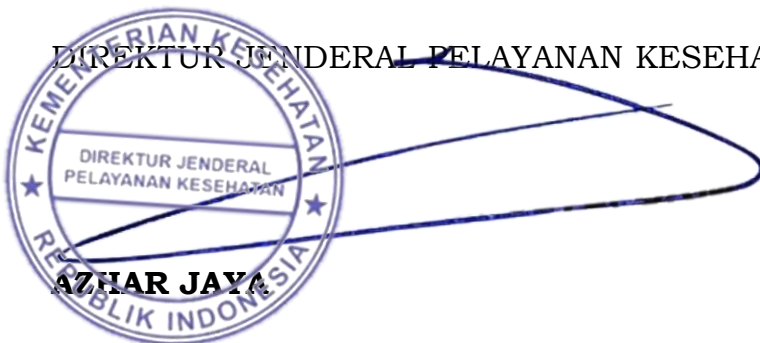
07.30 – 08.00	Persiapan untuk melakukan pembukaan ( <i>opening meeting</i> )	Kepala Laboratorium Kesehatan/ UTD
08.00 – 08.30	Acara inti pembukaan pertemuan / <i>opening meeting</i> : A. Sambutan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota atau Pemilik Laboratorium Kesehatan/UTD atau yang mewakili B. Sambutan Kepala Laboratorium Kesehatan/UTD C. Perkenalan Tim Surveior, Laboratorium Kesehatan/ UTD D. Pembacaan Doa E. Tim Surveior mengambil alih kendali acara	Kepala Laboratorium Kesehatan/ UTD
08.30 – 08.45	A. Penyampaian maksud dan tujuan survei B. Pembacaan Jadwal Survei, Kode Etik C. Serah Terima Surat Pernyataan Surveior dan Surat Pernyataan Kepala Laboratorium Kesehatan/ UTD	Ketua Tim Surveior
08.45 – 09.30	Presentasi Kepala laboratorium Kesehatan/UTD tentang profil laboratorium Kesehatan/UTD, program peningkatan mutu internal dan pelaporan IKP	Kepala Laboratorium Kesehatan/UTD
09.30 – 09.45	Rehat kopi	
09.45 – 12.00	Melakukan telaah dokumen	Tim Surveior
12.00 – 13.00	ISHOMA	
13.00 – 15.30	Melakukan telaah dokumen	Tim Surveior
15.30 – 16.00	Pertemuan Tim Surveior	Ketua Tim Surveior
Hari Kedua (Luring)		
08.00 – 08.45	<i>Briefing Harian</i>	Ketua Tim Surveior
08.45 – 09.00	Rehat kopi	
09.00 – 10.00	Wawancara ke pengguna layanan, Kepala Laboratorium Kesehatan/UTD, Pemilik Laboratorium Kesehatan/UTD atau Dinas Kesehatan Provinsi/ Kabupaten/Kota	Tim Surveior
10.00 –12.00	Telusur Fasilitas	Tim Surveior
12.00 – 13.00	ISHOMA	
13.00 – 14.30	Telusur Fasilitas	Tim Surveior
14.30 – 15.30	Penyusunan laporan (rapat internal Tim Surveior untuk <i>exit conference</i> )	Ketua Tim Surveior
15.30 – 16.00	Acara penutupan pertemuan / <i>exit conference</i> :	Ketua Tim Surveior,

	<p>A. Paparan <i>exit conference</i></p> <p>B. Penyerahan kendali kepada Kepala Laboratorium Kesehatan/UTD</p> <p>C. Sambutan penutupan dari Kepala Laboratorium Kesehatan/UTD</p> <p>D. Sambutan penutupan dari Kepala Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota atau pemilik Laboratorium Kesehatan/UTD atau yang mewakili</p> <p>E. Pembacaan Doa</p>	<p>Kepala Laboratorium Kesehatan/UTD</p>
--	--	--

BAB V  
PENUTUP

Penyelenggaraan akreditasi Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG dilaksanakan agar tercapai peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien sehingga terwujud penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG yang bermutu, profesional, dan bertanggung jawab.

Dengan disusunnya Petunjuk Teknis Survei Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, Dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi, diharapkan semua pihak baik pemerintah pusat, pemerintah daerah provinsi, pemerintah daerah kabupaten/kota, klinik, lembaga penyelenggara akreditasi, maupun pemangku kepentingan lainnya dapat melaksanakan akreditasi Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG dengan efektif, efisien dan berkelanjutan.

DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN,  
  
AZHAR JAYA