



KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

NOMOR HK.02.02/I/105/2023

TENTANG

INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI KLINIK

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 dilaksanakan oleh lembaga penyelenggara Akreditasi dan menggunakan standar yang ditetapkan oleh Menteri;
  - b. bahwa untuk melaksanakan ketentuan 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 untuk terselenggaranya Akreditasi secara optimal diperlukan instrumen survei akreditasi klinik;
  - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan tentang Instrumen Survei Akreditasi Klinik;

- Meningat : 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5584) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan 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);
3. 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);
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk Pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 316) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 Tahun 2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk Pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 317);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 156);
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2022 tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat,

Klinik, Laboratorium Kesehatan dan Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 1207);

7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1983/2022 tentang Standar Akreditasi Klinik;

MEMUTUSKAN

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN TENTANG INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI KLINIK.

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

KEDUA : Instrumen Survei Akreditasi Klinik sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU digunakan sebagai alat bantu dalam penilaian survei akreditasi klinik.

KETIGA : Direktur Jenderal dan masing-masing 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 11 Januari 2023

DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN,



LAMPIRAN  
KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL  
PELAYANAN KESEHATAN  
NOMOR HK.02.02/I/105/2023  
TENTANG  
INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI  
KLINIK

INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI KLINIK

BAB I  
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang menyediakan pelayanan medik dasar dan/atau spesialisistik secara komprehensif, yaitu:

1. Pelayanan sesuai standar pelayanan kedokteran

Pelayanan yang disediakan dokter merupakan pelayanan medis yang melaksanakan pelayanan kedokteran secara lege artis dan mengacu pada standar pelayanan kedokteran yang ditetapkan. Pengobatan yang diberikan sesuai kebutuhan, sadar biaya, sadar mutu, berbasis bukti ilmiah (*evidence based*).

2. Pelayanan Paripurna (*comprehensive care*)

Pelayanan yang diberikan bersifat paripurna (*comprehensive*), yaitu termasuk pemeliharaan dan peningkatan kesehatan (*promotive*), pencegahan penyakit dan proteksi khusus (*preventive & spesific protection*), pengobatan (*curative*) termasuk di dalamnya pelayanan kegawatdaruratan (*emergency*), pencegahan kecacatan (*disability limitation*), dan rehabilitasi setelah sakit (*rehabilitation*) dengan memperhatikan kemampuan sosial serta sesuai dengan mediko legal dan etika kedokteran.

3. Pelayanan berkesinambungan (*continuum of care*)

Pelayanan berkesinambungan adalah pelayanan yang tidak terputus, dilaksanakan secara proaktif untuk tercapainya pelayanan yang efektif dan efisien.

Klinik pratama merupakan klinik yang hanya menyelenggarakan pelayanan medik dasar, sesuai dengan kompetensi dokter atau dokter gigi. Upaya pelayanan kesehatan di klinik pratama meliputi aspek pelayanan medik dasar rawat jalan dan rawat inap.

Klinik utama merupakan klinik yang menyelenggarakan pelayanan medik spesialisik, atau pelayanan medik dasar dan spesialisik. Upaya pelayanan kesehatan di klinik utama meliputi aspek pelayanan medik spesialisik, atau pelayanan dasar dan spesialisik. Klinik utama dapat menyelenggarakan pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Berdasarkan data pada tahun 2021 terdapat 11.347 klinik (klinik pratama dan klinik utama) di Indonesia. Sebagai upaya peningkatan mutu pelayanan fasilitas kesehatan maka setiap fasilitas kesehatan melaksanakan akreditasi termasuk klinik pratama dan klinik utama.

Akreditasi adalah pengakuan terhadap mutu fasilitas pelayanan kesehatan setelah dilakukan penilaian bahwa fasilitas pelayanan kesehatan telah memenuhi standar akreditasi yang disetujui oleh Pemerintah. Akreditasi di Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD, dan TPMDG menggunakan Standar Akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri dan dilaksanakan oleh Lembaga Penyelenggara Akreditasi. Pemerintah mengharapkan pada tahun 2024 seluruh fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia telah terakreditasi sesuai dengan target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2020-2024.

Dalam hal memenuhi standar akreditasi klinik yang meliputi penilaian terhadap elemen penilaian, maka diperlukan adanya suatu alat bantu. Berdasarkan hal tersebut maka Kementerian Kesehatan menetapkan Instrumen Survei Akreditasi Klinik.

## B. Sasaran

1. Pemerintah daerah provinsi;
2. Pemerintah daerah kabupaten/kota;
3. Klinik; dan
4. Lembaga Penyelenggara Akreditasi.

## BAB II

### INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI KLINIK

#### A. Instrumen Survei Akreditasi Klinik Kelompok Tata Kelola Klinik (TKK)

Klinik merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang menyediakan pelayanan medik dasar dan/atau spesialisik secara komprehensif. Pelayanan kesehatan di klinik dapat berupa pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan kegawatdaruratan dan pertolongan persalinan normal sesuai standar.

Klinik Pemerintah adalah Klinik yang diselenggarakan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, Lembaga pemerintah, TNI dan POLRI. Klinik Swasta adalah Klinik yang diselenggarakan oleh masyarakat, baik perorangan, badan usaha maupun badan hukum. Klinik Pratama adalah Klinik yang menyelenggarakan pelayanan medis dasar. Klinik Utama adalah Klinik yang menyelenggarakan pelayanan medis spesialisik atau pelayanan medik dasar dan spesialisik. Untuk dapat memberikan pelayanan yang optimal kepada pasien klinik harus memiliki kepemimpinan yang efektif. Salah satu indikator kepemimpinan yang efektif adalah adanya kejelasan pembagian tugas dan peran dari masing-masing pemangku kepentingan di klinik yaitu pemilik, penanggung jawab, dan pemberi pelayanan tertuang dalam sebuah tata kelola klinik. Tata Kelola Klinik memuat:

1. Visi misi klinik;
2. Tata kelola dan struktur organisasi;
3. Uraian tugas dan fungsi masing masing pemangku kepentingan;
4. Tata kelola sumber daya manusia;
5. Tata kelola fasilitas dan keselamatan; dan
6. Tata kelola pengaduan dan tindak lanjut.

Tata kelola klinik yang baik akan menghasilkan pelayanan yang baik terutama dalam upaya meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.

#### 1. Standar 1.1 Pengorganisasian Klinik (TKK 1)

Dalam mengemban tugas, tanggung jawab dan wewenang, klinik perlu menyusun pengorganisasian yang jelas. Pengorganisasian Klinik disesuaikan dengan visi, misi dan tujuan klinik. Struktur organisasi klinik ditetapkan dengan kejelasan tugas dan tanggung

jawab, alur kewenangan dan komunikasi, kerja sama, dan keterkaitan antar petugas

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
Tersedia visi, misi dan tujuan klinik yang ditetapkan pihak yang berwenang.	Terdapat penetapan visi, misi dan tujuan oleh pemilik, pimpinan ataupun pejabat berwenang	10 5 0
Tersedia struktur organisasi klinik yang ditetapkan oleh pejabat berwenang	1. Terdapat struktur organisasi klinik dalam dokumen pendirian klinik ataupun dokumen lain yang sah 2. Terdapat bukti penyampaian informasi struktur organisasi klinik	10 5 0
Tersedia uraian tugas, tanggung jawab, wewenang yang ditetapkan	1. Terdapat dokumen yang sah yang mencantumkan uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang 2. Melakukan wawancara terhadap petugas dalam memahami uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang	10 5 0

2. Standar 1.2 Tata Kelola Sumber Daya Manusia (TKK 2)

Klinik memiliki tata kelola Sumber Daya Manusia (SDM) yang meliputi perencanaan, pemetaan kebutuhan, perekrutan, evaluasi dan pengembangan Sumber Daya Manusia. Kebutuhan mempertimbangkan jumlah, jenis dan kompetensi yang sesuai dengan kebutuhan dan jenis pelayanan yang disediakan klinik. Jenis dan jumlah ketenagaan pada klinik pratama dan utama disesuaikan dengan aturan perundangan yang berlaku.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
Pemenuhan kebutuhan dan ketersediaan tenaga dilakukan sesuai dengan jumlah dan jenis kebutuhan layanan yang mengacu pada ketentuan peraturan perundangan yang telah ditetapkan	1. Terdapat dokumen perencanaan kebutuhan tenaga sesuai dengan jumlah dan jenis kebutuhan layanan yang mengacu pada ketentuan peraturan perundangan	10 5 0

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
	yang telah ditetapkan 2. Melakukan wawancara kepada pimpinan klinik tentang proses perencanaan kebutuhan tenaga sesuai dengan jumlah dan jenis kebutuhan layanan di klinik	
Tersedia file kepegawaian seluruh SDM yang diperbaharui secara berkala.	Terdapat dokumen file kepegawaian seluruh SDM yang diperbaharui secara berkala	10 5 0
Kinerja SDM dievaluasi secara berkala.	1. Terdapat dokumen hasil penilaian kinerja SDM yang dilakukan secara berkala 2. Melakukan wawancara kepada pimpinan dan staf klinik untuk memastikan dilaksanakannya proses penilaian kinerja SDM secara berkala	10 5 0

3. Standar 1.3 Tata Kelola Fasilitas dan Keselamatan (TKK 3)

Klinik harus menyediakan fasilitas yang aman, berfungsi dan suportif bagi pasien, keluarga, staf dan pengunjung. Klinik juga harus menyediakan peralatan kesehatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
Tersedia bukti perizinan sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku.	Terdapat dokumen bukti perizinan sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku	10 5 0
Ada program manajemen fasilitas yang meliputi 1) sampai 7)	Terdapat dokumen program manajemen fasilitas yang meliputi: 1. Keselamatan dan keamanan 2. Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) serta limbah	10 5 0

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
	B3 3. Penanggulangan bencana 4. Sistem proteksi kebakaran 5. Peralatan medis 6. Sistem utilitas meliputi listrik, air dan gas medis serta sarana sanitasi 7. Sampah domestik dan limbah	
Tersedia daftar inventaris dan bukti pemeliharaan sarana yang tersedia di klinik.	1. Terdapat dokumen daftar inventaris sarana yang tersedia di klinik 2. Terdapat SPO pemeliharaan sarana yang tersedia di klinik 3. Terdapat dokumen bukti pemeliharaan sarana yang tersedia di klinik 4. Melakukan observasi terhadap bukti pemeliharaan sarana 5. Melakukan wawancara terkait proses pemeliharaan sarana yang tersedia	10 5 0
Tersedia bukti pelaksanaan pengamanan dan pengawasan akses keluar masuk fasyankes.	1. Terdapat SPO pelaksanaan pengamanan klinik 2. Terdapat dokumen bukti pelaksanaan pengamanan dan pengawasan akses keluar masuk klinik 3. Melakukan observasi dan wawancara terhadap pelaksanaan pengamanan dan pengawasan akses keluar masuk klinik	10 5 0
Tersedia bukti pengelolaan bahan berbahaya dan beracun (B3) serta limbah B3 sesuai peraturan perundang-undangan.	1. Terdapat SPO pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) serta limbah B3 2. Terdapat dokumen bukti pengelolaan Bahan	10 5 0

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
	Berbahaya dan Beracun (B3) serta limbah B3 sesuai peraturan perundang-undangan 3. Melakukan observasi dan wawancara terhadap proses pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) serta limbah B3	
Tersedia bukti pengelolaan sampah domestik serta pengelolaan air limbah sesuai peraturan perundang-undangan.	1. Terdapat SPO pengelolaan sampah domestik serta pengelolaan air limbah 2. Terdapat dokumen bukti pengelolaan sampah domestik serta pengelolaan air limbah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. 3. Melakukan observasi pengelolaan sampah domestik serta pengelolaan air limbah 4. Melakukan wawancara dengan petugas tentang proses pengelolaan sampah domestik serta pengelolaan air limbah	10 5 0
Tersedia alat pemadam api ringan dan bukti pemeliharaan APAR.	1. Terdapat SPO pemeliharaan APAR 2. Terdapat alat pemadam api ringan dan dokumen bukti pemeliharaan APAR 3. Melakukan wawancara terkait proses pemeliharaan APAR 4. Melakukan simulasi penggunaan APAR	10 5 0
Tersedia penanda jalur dan jalur evakuasi yang jelas.	1. Melakukan observasi untuk melihat ketersediaan rambu-rambu atau penunjuk arah (penanda jalur) dan	10 5 0

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
	jalur evakuasi 2. Melakukan wawancara pengetahuan staf klinik terkait rambu-rambu atau penunjuk arah (penanda jalur) dan jalur evakuasi	
Tersedia bukti larangan merokok.	1. Terdapat dokumen kebijakan terkait larangan merokok 2. Terdapat tanda larangan merokok	10 5 0
Tersedia daftar inventaris, bukti pemeliharaan dan bukti kalibrasi peralatan medis dan bukti izin BAPETEN untuk yang memiliki pelayanan radiologi.	1. Terdapat SPO pemeliharaan dan kalibrasi peralatan medis 2. Terdapat dokumen berupa daftar inventaris peralatan medis 3. Terdapat bukti pemeliharaan dan bukti kalibrasi peralatan medis 4. Terdapat bukti izin BAPETEN untuk yang memiliki pelayanan radiologi 5. Melakukan observasi untuk memastikan peralatan medis sesuai dengan daftar inventaris dan terpelihara dengan baik 6. Melakukan wawancara tentang proses pemeliharaan dan kalibrasi peralatan medis	10 5 0

4. Standar 1.4 Tata Kelola Kerjasama (TKK 4)

Klinik dapat melakukan kerja sama dengan pihak lain untuk memenuhi kebutuhan pelayanan. Dasar pelaksanaan kerja sama tersebut dituangkan dalam bentuk dokumen kontrak yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Kontrak dapat berupa kontrak klinis dan kontrak manajemen.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
Ada dokumen kontrak atau perjanjian kerja sama yang jelas.	Terdapat dokumen kontrak atau perjanjian kerja sama	10 5 0
Dokumen kontrak memiliki indikator kinerja pihak yang melakukan kerjasama.	Terdapat indikator kinerja pihak yang melakukan kerjasama dan tercantum pada dokumen kontrak.	10 5 0
Ada bukti monitoring dan evaluasi serta tindak lanjut terhadap pemenuhan indikator kinerja yang tercantum di dalam kontrak.	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Terdapat dokumen bukti monitoring dan evaluasi serta tindak lanjut terhadap pemenuhan indikator kinerja yang tercantum di dalam kontrak.</li><li>2. Melakukan wawancara terkait monitoring dan evaluasi serta tindak lanjut terhadap pemenuhan indikator kinerja yang tercantum di dalam kontrak</li></ol>	10 5 0

B. Instrumen Survei Akreditasi Klinik Kelompok Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)

Dalam memberikan pelayanan dan asuhan pada pasien, klinik melaksanakan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien. Klinik menjalankan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara komprehensif sesuai dengan kebutuhan dan tingkat kompleksitas pelayanan yang diberikan. Ruang lingkup Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien pada klinik adalah:

1. Pemilik, penanggung jawab dan seluruh staf dan bagian terlibat dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
2. Ada penetapan, pengukuran, evaluasi dan analisa dari indikator mutu klinik;
3. Pelaporan insiden keselamatan pasien menggunakan prosedur yang ditetapkan;
4. Pengendalian dan Pencegahan Infeksi; dan
5. Penerapan Standar Sasaran Keselamatan Pasien.

Klinik memiliki penanggung jawab dalam pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

1. Standar 2.1 Upaya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP1)

Dalam rangka meningkatkan mutu dan keselamatan pasien maka klinik mempunyai program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) yang menjangkau seluruh bagian dan seluruh tenaga yang bekerja di klinik. Penanggung jawab klinik menunjuk koordinator program PMKP untuk melaksanakan program PMKP di klinik

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
Penanggung Jawab klinik menetapkan penanggung jawab program mutu.	Terdapat SK Penanggung jawab mutu	10 5 0
Ada indikator mutu layanan yang diukur, dievaluasi, analisa dan tindak lanjut serta dilaporkan kepada penanggung jawab klinik dan pemilik.	1. Terdapat penetapan indikator mutu klinik 2. Terdapat Kebijakan terkait pengukuran dan pelaporan indikator mutu klinik	10 5 0

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Terdapat dokumen bukti pengukuran, evaluasi, analisa, tindak lanjut dan pelaporan indikator mutu klinik yang dilaporkan kepada penanggung jawab klinik dan pemilik</li> <li>4. Terdapat dokumen bukti umpan balik perbaikan dari penanggung jawab klinik dan pemilik</li> <li>5. Terdapat dokumen bukti pengukuran, evaluasi, analisa, tindak lanjut dan pelaporan Indikator Nasional Mutu yang disampaikan kepada Kementerian Kesehatan</li> <li>6. Melaksanakan wawancara untuk memastikan pelaksanaan pengukuran indikator mutu</li> </ol>	
<p>Insiden keselamatan pasien dilaporkan dan dilakukan investigasi sesuai dengan ketentuan.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat dokumen bukti pelaporan insiden keselamatan pasien sesuai dengan ketentuan yang berlaku</li> <li>2. Melaksanakan wawancara dengan penanggung jawab mutu tentang pelaporan dan proses investigasi terhadap insiden keselamatan pasien</li> </ol>	<p>10 5 0</p>
<p>Ada daftar risiko klinik yang dibuat sekali dalam setahun dan dilakukan mitigasi risiko</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat dokumen daftar risiko klinik yang dibuat sekali dalam setahun dan dilakukan mitigasi risiko</li> <li>2. Melaksanakan wawancara dengan penanggung jawab mutu tentang proses penetapan daftar risiko klinik dan cara mitigasi risiko</li> </ol>	<p>10 5 0</p>

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
Ada bukti tindak lanjut dari mitigasi risiko	1. Terdapat bukti tindak lanjut dari mitigasi risiko	10
	2. Melakukan wawancara dengan penanggung jawab mutu tentang tindak lanjut dari mitigasi risiko	5 0

2. Standar 2.2 Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien (PMKP 2)

Klinik menerapkan Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) dalam pelayanan dan asuhan pasien. Penerapan SKP melalui pengukuran, evaluasi dan pelaporan Indikator SKP.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
Tersedia bukti identifikasi pasien sebelum intervensi kepada pasien sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan.	1. Terdapat SPO identifikasi pasien	10
	2. Terdapat bukti pelaksanaan identifikasi pasien	5
	3. Melaksanakan wawancara kepada petugas tentang proses identifikasi pasien	0
	4. Simulasi pelaksanaan identifikasi pasien di klinik.	
Tersedia bukti pelaksanaan komunikasi efektif yang didokumentasikan di rekam medik pasien.	1. Terdapat SPO pelaksanaan komunikasi efektif	10
	2. Terdapat dokumen bukti pelaksanaan komunikasi efektif yang didokumentasikan di rekam medik pasien.	5
	3. Melaksanakan wawancara kepada petugas tentang proses komunikasi efektif	0
	4. Simulasi pelaksanaan komunikasi efektif di klinik	
Tersedia bukti pengelolaan keamanan obat risiko tinggi.	1. Terdapat SPO pengelolaan keamanan obat risiko tinggi	10
	2. Terdapat daftar obat risiko tinggi yang diperbaharui secara berkala	5
	3. Melaksanakan observasi dan wawancara dengan petugas terkait pengelolaan keamanan obat risiko tinggi	0
Penandaan sisi	1. Terdapat SPO Penandaan sisi	10
		5

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
operasi/tindakan medis secara konsisten oleh pemberi pelayanan yang akan melakukan tindakan sesuai kebijakan dan prosedur yang ditetapkan dan didokumentasikan di rekam medis pasien.	<p>operasi/tindakan medis</p> <p>2. Terdapat dokumen bukti Penandaan sisi operasi/tindakan medis secara konsisten oleh pemberi pelayanan yang akan melakukan tindakan sesuai kebijakan dan prosedur yang ditetapkan</p> <p>3. Melaksanakan wawancara terkait pelaksanaan Penandaan sisi operasi/tindakan medis secara konsisten oleh pemberi pelayanan yang akan melakukan tindakan sesuai kebijakan dan prosedur yang ditetapkan</p>	0
Tersedia bukti pelaksanaan <i>Surgical Safety Checklist</i> yang didokumentasikan di rekam medis pasien.	<p>1. Terdapat SPO pelaksanaan <i>Surgical Safety Checklist</i></p> <p>2. Terdapat dokumen bukti pelaksanaan <i>Surgical Safety Checklist</i> pada rekam medis pasien.</p> <p>3. Melaksanakan wawancara terkait pelaksanaan <i>Surgical Safety Checklist</i></p>	10 5 0
Ada media informasi penerapan kebersihan tangan sesuai ketentuan WHO.	<p>1. Terdapat SPO kebersihan tangan</p> <p>2. Terdapat media informasi tentang penerapan kebersihan tangan</p> <p>3. Melaksanakan wawancara dengan pasien dan petugas tentang penerapan kebersihan tangan</p> <p>4. Simulasi kebersihan tangan oleh pasien dan petugas .</p>	10 5 0
Ada prosedur yang ditetapkan klinik dalam mencegah pasien cedera karena jatuh.	Terdapat SPO pencegahan pasien cedera karena jatuh.	10 5 0
Ada bukti implementasi langkah-langkah pencegahan pasien jatuh.	<p>1. Melaksanakan observasi bukti implementasi pencegahan pasien jatuh.</p> <p>2. Melaksanakan wawancara dengan petugas terkait implementasi</p>	10 5 0

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
	pengecehan pasien jatuh.	

3. Standar 2.3 Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PMKP 3)

Klinik melakukan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI). PPI dilaksanakan untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi terkait dengan pelayanan kesehatan. Penanggung jawab klinik menunjuk koordinator atau penanggungjawab PPI untuk penerapan PPI sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan. Klinik membuat identifikasi risiko setiap tahun di akhir tahun sebagai dasar rencana penerapan pencegahan dan pengendalian risiko infeksi di tahun berikutnya.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
Klinik menetapkan kebijakan dan prosedur PPI di klinik	1. Terdapat kebijakan PPI di klinik 2. Terdapat SPO pelaksanaan program PPI sesuai dengan pelayanan dan risiko yang ada di klinik	10 5 0
Ditetapkan program PPI di klinik	1. Terdapat Program PPI yang ditetapkan oleh Penanggung jawab klinik 2. Terdapat bukti pelaksanaan program PPI yang sesuai dengan dengan pelayanan kesehatan, risiko dan sumber daya yang ada di klinik 3. Observasi dan wawancara pelaksanaan program PPI	10 5 0
Ada petugas yang kompeten yang bertanggung jawab melaksanakan, monitoring, mengevaluasi implementasi PPI di klinik serta melakukan edukasi dan sosialisasi secara berkala dan terdokumentasi.	Terdapat SK penetapan penanggung jawab PPI	10 5 0
Tersedia bukti sarana kebersihan tangan dan staf klinik mampu	1. Terdapat SPO hand hygiene 2. Tersedia sarana kebersihan tangan	10 5 0

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
mempraktekkan langkah langkah kebersihan tangan.	3. Ada bukti pelaksanaan sosialisasi dan pelatihan <i>hand hygiene</i> kepada seluruh pegawai, pasien dan pengunjung 4. Ada bukti pelaksanaan kebersihan tangan pada staf klinik	
Tersedia bukti pelaksanaan program PPI di klinik	Terdapat bukti pelaksanaan program PPI dan telah dilaporkan kepada penanggung jawab klinik dan pemilik	10 5 0

C. Instrumen Survei Akreditasi Klinik Kelompok Penyelenggaraan Kesehatan Perseorangan (PKP)

Pelayanan yang dilakukan di klinik meliputi pelayanan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif. Pelayanan pasien memperhatikan hak pasien dan keluarga serta mutu dan keselamatan pasien. Klinik pratama menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar sedangkan klinik utama menyelenggarakan pelayanan spesialisik. Pelaksanaan asuhan dan pelayanan dilakukan secara terintegrasi oleh semua Profesional Pemberi Asuhan (PPA). Asuhan pasien terintegrasi merupakan konsep pelayanan berfokus pada pasien dilaksanakan sehari hari dengan implementasi dapat terlihat sebagai berikut:

1. Pelayanan memperhatikan hak pasien dan keluarga dan mendukung keterlibatan pasien/keluarga dalam asuhan pasien;
2. Dokter melakukan integrasi seluruh asuhan dari PPA lainnya; dan
3. Implementasi pelayanan terintegrasi dengan adanya Panduan Praktek Klinis (PPK), Alur Klinis, SPO dan CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi).

1. Standar 3.1 Hak Pasien dan Keluarga (PKP 1)

Pelayanan klinik didasarkan pada nilai-nilai keunikan pada diri pasien dan keluarganya. Dalam memberikan asuhan, klinik melibatkan pasien dan keluarga dalam menentukan keputusan keputusan dalam pemberian asuhan. Kerahasiaan pasien menjadi hal penting yang harus di pahami oleh penanggung jawab dan seluruh staf. Pasien dan keluarga berhak menyampaikan keluhan tentang pelayanan yang mereka terima. Klinik menyediakan media untuk pasien, keluarga dan seluruh pengguna layanan yang ingin

menyampaikan keluhan, konflik atau masalah lain dan klinik menindaklanjuti keluhan atau pendapat yang disampaikan.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
Tersedia bukti klinik mensosialisasikan hak dan kewajiban pasien.	Terdapat dokumen bukti klinik telah mensosialisasikan hak dan kewajiban pasien.	10 5 0
Tersedia bukti petugas menjelaskan tentang hak dan kewajiban pasien beserta keluarganya.	1. Terdapat dokumen bukti petugas telah menjelaskan tentang hak dan kewajiban pasien beserta keluarganya. 2. Melakukan observasi dan wawancara dengan petugas tentang cara menjelaskan hak dan kewajiban pasien beserta keluarganya.	10 5 0
Pasien mengerti dan memahami hak dan kewajibannya.	1. Terdapat dokumen bukti bahwa pasien mengerti dan memahami hak dan kewajibannya. 2. Melakukan wawancara dengan pasien apakah pasien mengerti dan memahami hak dan kewajibannya.	10 5 0
Ada pemenuhan hak pasien berkebutuhan khusus atau dalam kondisi khusus.	1. Terdapat SPO tentang pemenuhan hak pasien berkebutuhan khusus atau dalam kondisi khusus 2. Melakukan observasi dan wawancara kepada petugas dan pasien terkait proses pemenuhan hak pasien berkebutuhan khusus atau dalam kondisi khusus.	10 5 0
Tersedia petugas, media atau tempat untuk menyampaikan keluhan pelayanan bagi pasien atau keluarga. Ada tindak lanjut keluhan oleh klinik dan dikomunikasikan dengan pasien atau keluarga.	1. Terdapat SPO penanganan keluhan/komplain 2. Terdapat dokumen bukti tindak lanjut keluhan oleh klinik dan dikomunikasikan dengan pasien atau keluarga. 3. Melakukan observasi ketersediaan media atau sarana untuk menyampaikan keluhan pelayanan bagi pasien atau	10 5 0

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
	keluarga. 4. Melakukan wawancara pasien terkait penanganan keluhan.	
Ada dokumentasi pengaduan dan tindak lanjut yang telah dilakukan.	1. Terdapat dokumen bukti pengaduan dan tindak lanjut yang telah dilakukan 2. Melakukan wawancara kepada petugas/manajemen klinik tentang proses tindak lanjut pengaduan	10 5 0

2. Standar 3.2 Pasien dan Keluarga Dalam Proses Asuhan (PKP 2)  
Dalam mendukung pemberian asuhan terintegrasi maka PPA melibatkan pasien dan keluarga dalam proses asuhan pasien.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
Ada bukti pelaksanaan persetujuan tindakan kedokteran dan terdokumentasi di rekam medis pasien.	1. Terdapat SPO persetujuan tindakan kedokteran 2. Terdapat dokumen bukti persetujuan tindakan kedokteran dan terdokumentasi di rekam medik pasien.	10 5 0
Pasien atau keluarga mengetahui rencana asuhan, diagnostik dan kemungkinan hasil asuhan yang diberikan.	1. Terdapat dokumen bukti pasien atau keluarga mengetahui rencana asuhan, diagnostik dan kemungkinan hasil asuhan yang diberikan. 2. Melaksanakan wawancara kepada pasien atau keluarga apakah sudah mengetahui rencana asuhan, diagnostik dan kemungkinan hasil asuhan yang diberikan.	10 5 0

3. Standar 3.3 Penerimaan Pasien Klinik (PKP 3)  
Dalam Proses penerimaan pasien, klinik melakukan pendaftaran dan skrining. Pendaftaran dan skrining bertujuan untuk mengetahui kebutuhan pasien dan menilai kemampuan klinik dalam memberikan pelayanan.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
Ada prosedur pendaftaran yang ditetapkan.	Terdapat SPO pendaftaran	10 5 0
Ada bukti pelaksanaan pendaftaran sesuai regulasi yang ditetapkan.	1. Melakukan observasi terhadap pelaksanaan pendaftaran 2. Melakukan wawancara dengan petugas dan pasien terkait pelaksanaan pendaftaran	10 5 0
Ada prosedur skrining yang ditetapkan.	Terdapat SPO skrining	10 5 0
Ada bukti pelaksanaan skrining sesuai regulasi yang ditetapkan.	1. Terdapat dokumen bukti pelaksanaan skrining 2. Melaksanakan observasi dan wawancara petugas dan pasien terkait pelaksanaan skrining	10 5 0

4. Standar 3.4 Pengkajian Pasien(PKP 4)

Proses pengkajian dilakukan secara komprehensif mencakup berbagai kebutuhan dan harapan pasien dan keluarga.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
Ada bukti dilakukan kajian pasien oleh PPA dalam penetapan diagnosis yang dituangkan ke dalam rekam medis.	1. Terdapat bukti dokumen pengkajian pasien oleh PPA dalam penetapan diagnosis yang dituangkan ke dalam rekam medis 2. Melaksanakan observasi pengkajian pasien oleh PPA	10 5 0
Kajian awal sekurang kurangnya memuat data 1) sampai 5)	Terdapat bukti pengkajian awal sekurang kurangnya memuat data: 1. Status fisik 2. Psikososial-spiritual 3. Riwayat kesehatan pasien 4. Riwayat penggunaan obat 5. Screening gizi pasien Pengkajian awal dilakukan 1x24 jam	10 5 0
Kajian ulang dibuat dalam bentuk CPPT dan terdokumentasi di Rekam Medik.	Terdapat bukti pengkajian ulang yang dibuat dalam bentuk CPPT dan terdokumentasi di Rekam Medik.	10 5 0

5. Standar 3.5 Rencana Asuhan dan Pelaksanaan (PKP 5)

Pelaksanaan asuhan sesuai dengan rencana asuhan. Rencana asuhan menjelaskan asuhan dan pengobatan/tindakan yang diberikan kepada seorang pasien.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
Ada bukti rencana asuhan oleh PPA dan terdokumentasi di rekam medis pasien.	Terdapat dokumen bukti rencana asuhan terintegrasi antar PPA (rencana asuhan bersifat kolaboratif) dan terdokumentasi di rekam medis pasien.	10 5 0
Ada bukti pelaksanaan asuhan dan terdokumentasi di rekam medik pasien.	Terdapat dokumen bukti pelaksanaan asuhan dan terdokumentasi di rekam medis pasien.	10 5 0
Ada bukti rencana asuhan dievaluasi secara berkala oleh pemberi asuhan.	1. Terdapat dokumen bukti rencana asuhan dievaluasi secara berkala oleh pemberi asuhan. 2. Melaksanakan wawancara dengan petugas terkait evaluasi rencana asuhan secara berkala	10 5 0

6. Standar 3.6 Pelayanan Promotif dan Preventif (PKP 6)

Klinik menyediakan pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Penyelenggaraan pelayanan promotif dan preventif di klinik sesuai dengan kebutuhan pasien dan masyarakat serta mendukung program prioritas nasional maka dilakukan pemantauan secara berkesinambungan.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
Ada pelayanan promotif dan preventif yang dilakukan secara berkala.	1. Terdapat dokumen bukti pelayanan promotif dan preventif yang dilakukan secara berkala. 2. Terdapat dokumen bukti pelaksanaan pelayanan Program Nasional yang disesuaikan dengan jenis klinik termasuk penatalaksanaan sesuai standar 3. Melaksanakan wawancara dengan pihak manajemen klinik/petugas tentang pelayanan promotif,	10 5 0

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
	preventif, kuratif dan rehabilitatif termasuk Program Nasional yang disesuaikan dengan pelayanan di klinik (TB/HIV/Stunting Wasting/Kesehatan Ibu Anak dll)	
Ada bukti pelaksanaan dan laporan pelaksanaan program promotif dan preventif.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat bukti pencatatan dan pelaporan pelaksanaan program promotif dan preventif</li> <li>2. Terdapat bukti pencatatan dan pelaporan pelaksanaan Program Nasional (Pelaporan TB-SITB/Stunting dan wasting/HIV-SIHA/Kesehatan Ibu Anak dll), disesuaikan dengan jenis pelayanan di klinik</li> </ol>	<p>10 5 0</p>

7. Standar 3.7 Pelayanan Pasien Risiko Tinggi dan Penyediaan Pelayanan Risiko Tinggi (PKP 7)

Klinik menetapkan regulasi pelayanan pasien risiko tinggi dan penyediaan pelayanan risiko tinggi berdasarkan Panduan Praktik Klinis dan peraturan perundang-undangan.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
Ada penetapan pelayanan pasien risiko tinggi pada klinik.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat penetapan pelayanan pasien risiko tinggi di klinik.</li> <li>2. Terdapat penetapan pelayanan risiko tinggi di klinik</li> </ol>	<p>10 5 0</p>
Ada bukti pelaksanaan pemberian pelayanan pada pasien risiko tinggi dan pelayanan risiko tinggi sesuai SPO yang ada.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat SPO pelaksanaan pemberian pelayanan pada pasien risiko tinggi dan pelayanan risiko tinggi</li> <li>2. Terdapat dokumen bukti pelaksanaan pemberian pelayanan pada pasien risiko tinggi dan pelayanan risiko tinggi.</li> <li>3. Melaksanakan observasi dan wawancara pada petugas dan pasien terkait pemberian pelayanan terhadap pasien risiko tinggi dan pelayanan risiko tinggi</li> </ol>	<p>10 5 0</p>

8. Standar 3.8 Pelayanan Anestesi dan Bedah (PKP 8)

Pelayanan anestesi dan bedah dilaksanakan sesuai standar, sesuai dengan perencanaan dan kajian secara komprehensif, dan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
Klinik menetapkan prosedur pelayanan anestesi dan bedah sesuai kebutuhan.	Terdapat SPO pelayanan anestesi dan bedah.	10 5 0
Pelayanan anestesi dan bedah dilakukan oleh tenaga medis yang kompeten sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.	1. Terdapat dokumen bukti bahwa pelayanan anestesi dan bedah dilakukan oleh tenaga medis yang kompeten sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku. 2. Melaksanakan wawancara dengan manajemen klinik, petugas anestesi dan bedah tentang kompetensi petugas anestesi dan bedah	10 5 0
Jenis, dosis dan teknik anestesi dan pemantauan status fisiologi pasien selama pemberian anestesi oleh petugas dicatat dalam rekam medis pasien.	Terdapat dokumen bukti bahwa Jenis, dosis dan teknik anestesi dan pemantauan status fisiologi pasien selama pemberian anestesi oleh petugas dicatat dalam rekam medis pasien.	10 5 0
Ada bukti pelaksanaan kajian pra bedah.	Terdapat dokumen bukti pelaksanaan kajian pra bedah	10 5 0
Ada bukti pelaksanaan kajian pra anestesi.	Terdapat dokumen bukti pelaksanaan kajian pra anestesi	10 5 0
Ada bukti pemantauan dan evaluasi paska anestesi dan bedah.	1. Terdapat dokumen bukti pemantauan dan evaluasi selama tindakan pembedahan. 2. Terdapat dokumen bukti pemantauan dan evaluasi paska anestesi dan bedah.	10 5 0

9. Standar 3.9 Pelayanan Gizi (PKP 9)

Pelayanan gizi dilakukan sesuai dengan kebutuhan pasien dan ketentuan peraturan perundangan, pasien berperan serta dalam perencanaan dan seleksi makanan.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
Asuhan gizi dilakukan oleh petugas yang berkompeten sesuai dengan aturan perundangan.	Terdapat dokumen penetapan petugas yang berkompeten sesuai dengan aturan perundangan.	10 5 0
Disusun rencana asuhan gizi berdasarkan kajian kebutuhan gizi pada pasien sesuai dengan kondisi kesehatan dan kebutuhan pasien.	Terdapat dokumen rencana asuhan gizi berdasarkan kajian kebutuhan gizi pada pasien sesuai dengan kondisi kesehatan dan kebutuhan pasien.	10 5 0
Distribusi dan pemberian makanan dilakukan sesuai jadwal dan pemesanan dan di dokumentasikan.	1. Terdapat dokumen bukti bahwa distribusi dan pemberian makanan dilakukan sesuai jadwal dan pemesanan. 2. Melaksanakan wawancara dengan petugas terkait distribusi dan pemberian makanan yang dilakukan sesuai jadwal dan pemesanan	10 5 0
Pasien dan/atau keluarga diberi edukasi tentang pembatasan diet pasien dan keamanan atau kebersihan makanan.	1. Terdapat dokumen bukti bahwa Pasien dan/atau keluarga diberi edukasi tentang pembatasan diet pasien dan keamanan atau kebersihan makanan. 2. Melaksanakan wawancara dengan pasien dan petugas terkait edukasi tentang pembatasan diet pasien dan keamanan atau kebersihan makanan.	10 5 0

10. Standar 3.10 Pemulangan dan Tindak Lanjut Perawatan (PKP 10)

Pemulangan dan tindak lanjut pasien bertujuan untuk kelangsungan layanan dipandu oleh prosedur yang baku dan jelas. Rujukan dilaksanakan apabila klinik tidak memiliki kompetensi penanganan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
Dokter melaksanakan pemulangan dan menyusun rencana tindak lanjut sesuai dengan rencana yang disusun dan kriteria pemulangan.	Terdapat dokumen bukti bahwa Dokter melaksanakan pemulangan dan menyusun rencana tindak lanjut sesuai dengan rencana yang disusun dan kriteria pemulangan.	10 5 0
Ada bukti ringkasan pulang pasien dalam rekam medis.	Terdapat dokumen bukti ringkasan pulang pasien dalam rekam medis.	10 5 0
Ada bukti pemberian informasi kepada pasien saat pulang.	1. Terdapat dokumen bukti pemberian informasi kepada pasien saat pulang. 2. Melaksanakan wawancara kepada pasien dan/atau petugas terkait pemberian informasi kepada pasien saat pulang.	10 5 0

11. Standar 3.11 Pelayanan Rujukan (PKP 11)

Pelayanan Rujukan dilaksanakan apabila klinik tidak memiliki kompetensi penanganan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
Ada tata cara dan prosedur rujukan pasien.	Terdapat SPO rujukan pasien.	10 5 0
Klinik yang merujuk pasien memastikan bahwa fasyankes yang dituju dapat memenuhi kebutuhan pasien.	1. Terdapat dokumen bukti bahwa Klinik memastikan fasyankes yang dituju dapat memenuhi kebutuhan pasien yang dirujuk. 2. Malaksanakan wawancara dengan petugas terkait tatacara merujuk pasien ke fasyankes lain.	10 5 0
Pasien/keluarga memperoleh informasi	1. Terdapat dokumen bukti pemberian informasi pada pasien	10 5 0

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
rujukan dan memberi persetujuan untuk dilakukan rujukan berdasarkan kebutuhan pasien.	<p>dan keluarga yang akan dirujuk</p> <p>2. Terdapat dokumen bukti persetujuan pasien/keluarga saat dilakukan rujukan</p> <p>3. Melaksanakan wawancara dengan pasien dan/atau petugas terkait pemberian informasi sebelum dilakukan rujukan</p>	
Ada sarana transportasi rujukan yang memenuhi syarat (khusus klinik yang menyelenggarakan pelayanan rawat inap).	<p>1. Melaksanakan observasi terkait sarana transportasi yang digunakan untuk merujuk pasien yang memenuhi syarat (khusus klinik yang menyelenggarakan pelayanan rawat inap).</p> <p>2. Melaksanakan wawancara dengan petugas terkait sarana transportasi rujukan yang memenuhi syarat (khusus klinik yang menyelenggarakan pelayanan rawat inap).</p>	10 5 0
Ada daftar jejaring rujukan klinik.	Terdapat dokumen daftar jejaring rujukan klinik.	10 5 0

12. Standar 3.12 Penyelenggaraan Rekam Medis (PKP 12)

Klinik melakukan penyelenggaraan pelayanan rekam medis sesuai dengan peraturan perundang undangan. Rekam medis di klinik dipelihara dan terdokumentasi dengan baik

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
Ada bukti penyelenggaraan rekam medis.	Terdapat dokumen bukti penyelenggaraan rekam medis sesuai ketentuan yang berlaku	10 5 0
Ada bukti rekam medis diisi secara lengkap oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA).	Terdapat dokumen bukti rekam medis diisi secara lengkap oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA).	10 5 0
Ada tata cara penyimpanan, peminjaman dan pemusnahan rekam	Terdapat SPO tentang tata cara penyimpanan, peminjaman dan pemusnahan rekam medis.	10 5 0

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
medis.		
Ada bukti klinik menjaga kerahasiaan rekam medis pasien.	1. Terdapat dokumen bukti klinik menjaga kerahasiaan rekam medis pasien. 2. Melaksanakan observasi dan wawancara terkait cara klinik menjaga kerahasiaan rekam medis pasien.	10 5 0

13. Standar 3.13 Pelayanan Laboratorium (PKP 13)

Klinik rawat jalan dapat menyelenggarakan pelayanan laboratorium. Klinik rawat inap wajib menyelenggarakan pelayanan laboratorium. Pelayanan laboratorium dikelola sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan. Klinik menetapkan jenis-jenis pelayanan laboratorium yang tersedia. Pelayanan laboratorium merupakan penunjang untuk penyelenggaraan pelayanan medik di Klinik dan hanya untuk kebutuhan pelayanan di Klinik.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
Ada penetapan jenis-jenis pelayanan laboratorium yang disediakan.	Terdapat SK penetapan jenis-jenis pelayanan laboratorium yang disediakan.	0 5 10
Terdapat Penanggung Jawab Laboratorium sesuai perundang-undangan yang berlaku.	Terdapat dokumen SK Penanggung Jawab Laboratorium sesuai perundang-undangan yang berlaku.	0 5 10
Klinik menetapkan rentang nilai normal untuk setiap jenis pemeriksaan yang disediakan.	Terdapat penetapan rentang nilai normal untuk setiap jenis pemeriksaan yang disediakan.	0 5 10
Ada bukti reagensia esensial dan bahan lain tersedia sesuai dengan jenis pelayanan yang ditetapkan,	Tersedia reagensia esensial dan bahan lain sesuai dengan jenis pelayanan yang ditetapkan, pelabelan dan penyimpanannya	0 5 10

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
pelabelan dan penyimpanannya.		
Ada prosedur pelaporan, pencatatan dan tindak lanjut hasil laboratorium kritis.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat penetapan nilai kritis hasil laboratorium</li> <li>2. Terdapat SPO pelaporan, pencatatan dan tindak lanjut hasil laboratorium kritis.</li> <li>3. Terdapat dokumen bukti pelaksanaan pelaporan, pencatatan dan tindak lanjut hasil laboratorium kritis.</li> <li>4. Melaksanakan wawancara dengan petugas laboratorium terkait pelaksanaan prosedur pelaporan, pencatatan dan tindak lanjut hasil laboratorium kritis.</li> </ol>	<p>0 5 10</p>
Ada prosedur rujukan spesimen dan/atau pengguna layanan, jika pemeriksaan laboratorium tidak dapat dilakukan oleh klinik.	Terdapat SPO rujukan spesimen dan/ atau pengguna layanan, jika pemeriksaan laboratorium tidak dapat dilakukan oleh klinik.	<p>0 5 10</p>
Ada bukti pelaksanaan Pemantapan Mutu Internal (PMI) dan Pemantapan Mutu Eksternal (PME) secara berkala.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat dokumen bukti pelaksanaan Pemantapan Mutu Internal (PMI) dan Pemantapan Mutu Eksternal (PME) secara berkala</li> <li>2. Melaksanakan wawancara dengan petugas tentang pelaksanaan Pemantapan Mutu Internal (PMI) dan Pemantapan Mutu Eksternal (PME) secara berkala di klinik</li> </ol>	<p>0 5 10</p>

14. Standar 3.14 Pelayanan Radiologi (PKP 14)

Pelayanan radiologi disediakan untuk memenuhi kebutuhan pasien. Pelayanan radiologi dikelola sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
Klinik menerapkan prosedur pelayanan radiologi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat SPO pelayanan radiologi di klinik</li> <li>2. Terdapat SK penanggung jawab</li> </ol>	<p>0 5 10</p>

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
	elayanan radiologi	
Ada bukti pelayanan radiologi sesuai dengan prosedur yang ada termasuk kepatuhan terhadap manajemen keamanan radiasi.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat dokumen bukti pelayanan radiologi sesuai dengan prosedur yang ada termasuk kepatuhan terhadap manajemen keamanan radiasi.</li> <li>2. Melaksanakan wawancara dengan petugas tentang pelaksanaan pelayanan radiologi yang sesuai dengan prosedur yang ada termasuk kepatuhan terhadap manajemen keamanan radiasi.</li> </ol>	<p>0 5 10</p>

15. Standar 3.15 Pelayanan Kefarmasian (PKP 15)

Pelayanan kefarmasian dikelola sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Pelayanan Kefarmasian di Klinik diselenggarakan oleh ruang/ instalasi farmasi. Pelayanan Kefarmasian di Klinik terdiri dari pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan BMHP, serta pelayanan farmasi klinis.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
Tersedia bukti pengelolaan dan pelayanan sediaan farmasi BMHP dan alat kesehatan oleh tenaga kefarmasian sesuai dengan peraturan perundang-undangan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat SK penanggung jawab pelayanan kefarmasian</li> <li>2. Terdapat dokumen bukti pengelolaan dan pelayanan sediaan farmasi BMHP dan alat kesehatan oleh tenaga kefarmasian sesuai dengan peraturan perundang-undangan</li> <li>3. Melaksanakan observasi dan wawancara terhadap pengelolaan dan pelayanan sediaan farmasi BMHP dan alat kesehatan oleh tenaga kefarmasian di klinik</li> </ol>	<p>0 5 10</p>
Tersedia daftar formularium obat klinik	Terdapat daftar formularium obat	<p>0 5 10</p>
Ada kebijakan dan atau prosedur pengadaan obat sesuai dengan regulasi	Terdapat prosedur pengadaan obat sesuai dengan regulasi	<p>0 5 10</p>
Tersedia bukti dilakukan	1. Terdapat dokumen bukti dilakukan pengkajian resep dan pemberian obat	<p>0 5</p>

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
pengkajian resep dan pemberian obat dengan benar pada setiap pelayanan pemberian obat	dengan benar pada setiap pelayanan pemberian obat 2. Melaksanakan observasi dan wawancara pelaksanaan pengkajian resep dan pemberian obat dengan benar pada setiap pelayanan pemberian obat	10
Tersedia bukti pemberian informasi obat dan konseling oleh Apoteker	1. Terdapat dokumen bukti pemberian informasi obat dan konseling oleh Apoteker 2. Melaksanakan observasi dan wawancara pelaksanaan pemberian informasi obat dan konseling oleh Apoteker	0 5 10
Tersedia bukti rekonsiliasi obat pada pelayanan rawat inap sesuai dengan peraturan perundang-undangan	1. Terdapat dokumen bukti rekonsiliasi obat pada pelayanan rawat inap sesuai dengan peraturan perundang-undangan 2. Melaksanakan observasi dan wawancara petugas terhadap pelaksanaan rekonsiliasi obat pada pelayanan rawat inap	0 5 10
Tersedia obat emergensi pada unit-unit dimana diperlukan, dan dapat diakses untuk memenuhi kebutuhan yang bersifat emergensi, dipantau, dan diganti tepat waktu setelah digunakan atau bila kadaluarsa.	1. Terdapat daftar obat emergensi yang diperbaharui secara berkala 2. Terdapat dokumen bukti ketersediaan obat emergensi pada unit-unit dimana diperlukan, dan dapat diakses untuk memenuhi kebutuhan yang bersifat emergensi, dipantau, dan diganti tepat waktu setelah digunakan atau bila kadaluarsa. 3. Melaksanakan observasi dan wawancara terhadap ketersediaan obat emergensi pada unit-unit dimana diperlukan	0 5 10
Tersedia bukti penyimpanan dan pelaporan obat narkotika serta psikotropika sesuai dengan regulasi	1. Terdapat SPO penyimpanan dan pelaporan obat narkotika serta psikotropika sesuai dengan regulasi 2. Terdapat daftar obat narkotika serta psikotropika yang tersedia 3. Melaksanakan observasi wawancara terhadap penyimpanan dan pelaporan	0 5 10

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
	obat narkotika serta psikotropika	
Tersedia bukti penyimpanan obat termasuk <i>obat high alert</i> yang baik, benar dan aman sesuai regulasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat SPO penyimpanan obat termasuk obat <i>high alert</i> yang baik, benar dan aman sesuai regulasi</li> <li>2. Terdapat dokumen bukti penyimpanan obat termasuk obat <i>high alert</i> yang baik, benar dan aman sesuai regulasi</li> <li>3. Melaksanakan observasi dan wawancara petugas tentang penyimpanan obat termasuk obat <i>high alert</i> yang baik, benar dan aman sesuai regulasi</li> </ol>	<p>0 5 10</p>
Tersedia kebijakan dan atau prosedur penanganan obat kadaluarsa/ rusak	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat SPO penanganan obat kadaluarsa/ rusak</li> <li>2. Terdapat dokumen bukti penanganan obat kadaluarsa/ rusak sesuai prosedur</li> <li>3. Melaksanakan wawancara dengan petugas terkait penanganan obat kadaluarsa/ rusak</li> </ol>	<p>0 5 10</p>
Terdapat pencatatan dan pelaporan MESO/Monitoring Efek Samping Obat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat dokumen bukti pencatatan dan pelaporan MESO/Monitoring Efek Samping Obat</li> <li>2. Melaksanakan wawancara dengan petugas tentang pencatatan dan pelaporan MESO/Monitoring Efek Samping Obat di klinik</li> </ol>	<p>0 5 10</p>
Ada kebijakan dan atau prosedur pemantauan dan pelaporan <i>medication error</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat SPO pemantauan dan pelaporan <i>medication error</i></li> <li>2. Terdapat dokumen bukti pelaksanaan pemantauan dan pelaporan <i>medication error</i></li> <li>3. Melaksanakan wawancara dengan petugas terkait pelaksanaan pemantauan dan pelaporan <i>medication error</i> di klinik</li> </ol>	<p>0 5 10</p>
Dalam hal klinik tidak memiliki apoteker, sebagai penanggung jawab pelayanan kefarmasian, ada	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat dokumen bukti bahwa klinik hanya mengelola obat darurat medis sesuai peraturan perundang-undangan</li> <li>2. Melaksanakan observasi dan wawancara tentang pengelolaan obat</li> </ol>	<p>0 5 10</p>

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
bukti bahwa klinik hanya mengelola obat darurat medis sesuai peraturan perundang-undangan	darurat medis di klinik	

BAB III  
PENUTUP

Penyelenggaraan akreditasi klinik dilaksanakan agar tercapai peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien serta tata kelola klinik yang baik, sehingga terwujudnya penyelenggaraan pelayanan kesehatan di klinik yang bermutu, profesional, dan bertanggung jawab.

Dengan disusunnya instrumen survei akreditasi klinik, diharapkan semua pihak baik pemerintah pusat, pemerintah daerah provinsi, pemerintah daerah kabupaten/kota, klinik, lembaga penyelenggara akreditasi, maupun pemangku kepentingan lainnya dapat melaksanakan akreditasi klinik dengan efektif, efisien dan berkelanjutan.

DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN,

