



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PROF. DR. HAMKA

FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN

Jl. Limau II, Kebayoran Baru, Jakarta Selatan 12130
Telp./Fax. (021) 7256157. <http://fikes.uhamka.ac.id>, <http://uhamka.ac.id>

SURAT TUGAS

Nomor: 2512 /F.03.08/2024

Bismillahirahmannirrahim,

Dalam rangka pelaksanaan Program Magang Peminatan Kesmas T.A 2024/2025, dengan ini Pimpinan Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA (FIKES UHAMKA) memberi tugas kepada nama-nama berikut:

Penanggung Jawab	: Ony Linda, SKM, M.Kes
Tim Pengarah	: Mira Sofyaningsih, STP, M.Si : Leni Sri Rahayu, SKM, MPH : Ahmad Said Matondang, ME, Sy : Dr. Totong Heri, M.Pd : Dian Kholika Hamal, SKM, M.Kes : Haris Muzakir, M.KKK
Ketua Pelaksana Sekretaris	: Nia Musniati, MKM : Rina Khairunnisa Fadli, SKM, MKM
Bendahara Keuangan	: Ns. Mega Puspa Sari, S.Kep., MKM : Siti Nurromah, SE : Mahfudin
Kesekretariatan	: Oke Ila Lia Yulianti, SKM : Adriani, SKM
Perlengkapan	: Ahmad Ricky Rizkillah, SE : Mujiono : Agnia Dwi Nandani, S.Gz : Awani : Zaenal : Septiawan : Juwaibar
Akademik	: Taufik Rozali : Selly Saufika, ST
Dokumentasi	: Ikhtiara Asharwati, S.Gz : Arik Suprapti, S.Ip
Transportasi	: Rudiyanto

Tim Dosen Pembimbing :

1. Alib Birwin, SKM, M.Epid
2. Arif Setyawan, SKM, M.Kes
3. Awaluddin Hidayat Ramli Inaku, SKM, M.KL
4. Cornelis Novianus, SKM, MKM
5. Dian Kholika Hamal, SKM, M.Kes
6. Elia Nur Ayunin SKM, MKM
7. Dr. Emma Rachmawati, Dra, M.Kes
8. Dr. Evindiyah Prita Dewi, SKM, MARS
9. Hidayati, SKM, MKM
10. Dr. Ikhwan Ridha Wilti, SKM, MKM
11. Dr. Ipih M. Fikri, M.Kes
12. Izza Suraya, SKM, M.Epid
13. Ns. Mega Puspa Sari, S.Kep., MKM
14. Meita Veruswati, SKM, MKM
15. Nanny Harmani, SKM, M.Kes
16. Nunung Nursyarofah, SKM, MKM
17. Nur Asiah, SKM, M.Kes.
18. Ony Linda, SKM, M.Kes.
19. Rina Khairunnisa Fadli, SKM, MKM
20. Rismawati Pangestika, S.Si, MPH
21. Rony Darmawansyah Alnur, SKM, MPH
22. Trimawartinah, SKM, MKM
23. Yuyun Umniyatun, SKM, MARS
24. Dr. Nurul Huriah Astuti, SKM, MKM
25. Dr. Retno Mardhiati, M.Kes
26. Dr. Sarah Handayani, M.Kes

Tanggal Pelaksanaan : Semester Ganjil T.A 2024/2025

Demikian surat tugas ini dibuat dan diberikan kepada yang bersangkutan agar dapat dilaksanakan dengan sebaik-baiknya sebagai amanah dan ibadah kepada Allah SWT.

Jakarta, 20 Muharram 1446 H
26 Juli 2024 M



Tembusan Yth. :

2. KTU. Up. Kasubag. Keuang

DAFTAR KELOMPOK MAHASISWA MAGANG 2024/2025

PEMINATAN AKK

No	Kelompok	Nama Mahasiswa	Pembimbing
1	AKK 1	Aisyah Nadila Reysa Inayah Nadifah Musdalifah	Dr. Evindiyah Prita Dewi M.Kes
2	AKK 2	Rifa Fathinah Rohyadi Mevia Nur Islamy	Rina Khairunnisa Fadli MKM
3	AKK 3	Fadel Maulana Marsa Diva Adriani Putri Ayu Larasati	Yuyun Umniyatun MARS
4	AKK 4	Sabila Putri Nur Azizah	Meita Veruswati.,MKM
5	AKK 5	Malika Alshafa Adinda Desta Andhika Rachman	Yuyun Umniyatun MARS
6	AKK 6	Ifi Amalia Galuh Maulina Mawar Anjani	Dr. Emma Rachmawati M.Kes
7	AKK 7	Miftahul Jannah	Dr. Emma Rachmawati M.Kes
8	AKK 8	Shifa Salsabila Negara Faustina Noveline Raihan Hardiyanto	Dr. Evindiyah Prita Dewi M.Kes
9	AKK 9	Nursilva Oktaviani Niken Sagita	Dr. Evindiyah Prita Dewi M.Kes
10	AKK 10	Levia Astyani Lutfiah Fitri Selvia	Meita Veruswati MKM
11	AKK 11	Fachricho Kusuma	Dr. Ipk Muhammad Fikri M.Kes

PEMINATAN EPIDEMIOLOGI

No	Kelompok	Nama Mahasiswa	Pembimbing
1	Epid 1	Prisillia Novia Ananda Rindu Felisya	Izza Suraya M.Epid

2	Epid 2	Hanifah Widyaningrum Fitri Dewangga Yanti Rafi Khairiyah	Rony Darmawansyah Alnur MPH
3	Epid 3	Siti Maslihatul Yumna Dewi Pramesty Adiani Gunawan	Izza Suraya M.Epid
4	Epid 4	Lasmaria Simanjuntak Rosma Annisa Mutiara Nabila	Rony Darmawansyah Alnur MPH
5	Epid 5	Nasya Alif Nurhanifah Najwa Maharani Adisa Madila Age	Alib Birwin M.Epid
6	Epid 6	Syifa Athiya Iwada Putri Jenisa Nurdiyanti Putri	Izza Suraya M.Epid
7	Epid 7	Putri Aliffina Huwaida Sabrina Syifa	Rony Darmawansyah Alnur MPH
8	Epid 8	Audina Yosephine Anindita pUtri Detisa Dini Samiyah	Dr. Emma Rachmawati M.Kes
9	Epid 9	Silva Fadila	Meita Veruswati MKM

PEMINATAN GIZI KESMAS

No	Kelompok	Nama Mahasiswa	Pembimbing
1	Gizi Kesmas 1	Dewinda Salwa Z Dhindha Aulia Putri Raisa Nur Inayyah	Nur Asiah M.Kes
2	Gizi Kesmas 2	Nada Salsabila Vanessa Lintangsari Nurul Kumala F	Ony Linda M.Kes
3	Gizi Kesmas 3	Mayang Sekar Rizky Anggraeni Steviani Rizqullah	Dr. Retno Mardhiati M.Kes
4	Gizi Kesmas 4	Sania Miranti	Dian Kholika Hamal M.Kes

		Inez Fairuzia	
		Adella Shabrina Putri	
5	Gizi Kesmas 5	Aulia Rachma Qomar	Ony Linda M.kes
		Anita	
		Siti Sarifah	
6	Gizi Kesmas 6	Richard Dhimas	Alib Birwin M.Epid
7	Gizi Kesmas 7	Aulia Putri	Nunung Nursyarofah MKM
		Giska Putri Maharani	
8	Gizi Kesmas 8	Meila Fajar Fitriyani	Rina Khairunnisa Fadli MKM
9	Gizi Kesmas 9	Fadhil Ridho	Alib Birwin M.Epid
10	Gizi Kesmas 10	Mochamad Andika	Trimawartinah MKM
11	Gizi Kesmas 11	Nabila Putri Maharani	Dr. Nurul Huriah Astuti M.Kes
12	Gizi Kesmas 12	Fajar Adi Nugraha	Yuyun Umniyatun MARS

PEMINATAN K3

No	Kelompok	Nama Mahasiswa	Pembimbing
1	K3 1	Reizha Firmaeni	Cornelis Novianus MKM
		Fanisyah Haryati	
		Vanny Faramadina	
2	K3 2	Qurrota Nurul Aini	Ony Linda M.Kes
		Hilma Amalia	
3	K3 3	Salwa Fariyah	Cornelis Novianus MKM
		Fitri Agustine	
		Kharisma Dwi	

4	K3 4	Muhammad Guntur	Arif Setyawan M.Kes
		Nur Asri	
		Aulia Dwi	
5	K3 5	Fadillah Azhar Diga	Arif Setyawan M.Kes
		Marsyah Azzahra	
		Dita Azkiya	
6	K3 6	Salwa Nazyra	Arif Setyawan M.Kes
		Novita Putri	
		Thifany L Zavira	
7	K3 7	Alifia Amara Putri	Cornelis Novianus MKM
		Ananda Syahbani	
		Syawwalina Andini	
8	K3 8	Muhammad Haidir	Dr. Ipk Muhammad Fikri M.Kes
		Ikhwan Hawwari	
		Suci Nurimah	
9	K3 9	Hanifa Shafa	Dr. Awaluddin Hidayat M.KL

PEMINATAN KESLING

No	Kelompok	Nama Mahasiswa	Pembimbing
1	Kesling 1	Fuza Manis Segara	Dr. Ikhwan Ridho Wilti MKM
		Salma Istiqomah	
2	Kesling 2	Nuraini	Dr. Awaluddin Hidayat M.KL
		Firrial Amisa	
3	Kesling 3	Aditya Fahreza	Nanny Harmani M.Kes
		Amy Ravita Sari	
		Lela Nur Anggraeni	
4	Kesling 4	Alriza Mayuri	Rismawati Pangestika MPH
		Rizki Septia	
		Nadya Yulia Fitri	
5	Kesling 5	Silvi Miranti	Nanny Harmani M.Kes
		Irna Suwitri	
		Nurhalisa Oktaviani	

6	Kesling 6	Rahmah Syafanida	Nanny Harmani M.Kes
		Rashika Rahma	
		Windy Oktaviani	
7	Kesling 7	Safinah Diniyah	Dr. Awaluddin Hidayat M.KL
		Annisa Naílah	
8	Kesling 8	Dewini Putri	Rismawati Pangestika MPH
		Bela Kurnia Sari	
		Syahrani Isnaini	
9	Kesling 9	Alya Febriyanti Rosyadi	Dr. Ikhwan Ridho Wilti MKM
		Deva Nur Anjali	
		Putri Oktavia	

PEMINATAN KESPRO

No	kelompok	Nama Mahasiswa	Pembimbing
1	Kespro 1	Dillie Afifah Richlah	Nur Asiah M.Kes
		Azizah Nur Rodiyah	
		Chika Syahira	
2	Kespro 2	Fathul Jiddan	Dian Kholika Hamal M.Kes
		Maulana Azhar	
		Viola Alfiorelia	
3	Kespro 3	Arisma Desiyanti	Nur Asiah M.Kes
		Nayla Addiba	
		Rona Nurul	
4	Kespro 4	Puji Al Hikmah	Ns. Mega Puspa Sari MKM
		Annisa Febriani	
		Vany Armiantika	
5	Kespro 5	Rahmawani	Dian Kholika Hamal M.Kes
		Novia Andriyanti	
		Dinda Fadliani	
6	Kespro 6	Muhammad Rasya	Ns. Mega Puspa Sari M.Kes
		Fabyan Ottmar	
7	Kespro 7	Daffa Fadilah	Dr. Sarah Handayani M.Kes
		Azwar Rifai	
		Alam Tri Cahyadi	

8	Kespro 8	Nailatussaádah	Dr. Sarah Handayani M.Kes

PEMINATAN PRODIKES

No	Kelompok	Nama Mahasiswa	Pembimbing
1	Prodikes 1	Syifa Nurfadilah	Elia Nur Ayunin MKM
		Tatu Adelia	
		Dinda Azzahra	
2	Prodikes 2	Ilham Wahyu	Hidayati MKM
		Afifah Alfia Zahra	
		Farha Aulia	
3	Prodikes 3	Inez Widyasari	Elia Nur Ayunin MKM
		Masnuátul Khoeriyah	
4	Prodikes 4	Wildan Sahela	Hidayati MKM
		Naura Ghea	
		Muhammad Fairuz	
5	Prodikes 5	Dyah Safriaturrahmah	Elia Nur Ayunin MKM
		Indriyani Novita Sari	
		Zahra Hairunisa	
6	Prodikes 6	Alvany Meiza	
		Dwi Rosa Yunisa	Hidayati MKM
		Risa Latul	
7	Prodikes 7	Lutfi Surya Binangkit	Dr. Ikhwan Ridho Wilti MKM
		Widiya jayanti	
		Salsa Fadilah	
8	Prodikes 8	Wildan Rifa	Nunung Nursyarofah MKM
		Muhammad Nur Zaman	
		Akhmad Khair	
9	Prodikes 9	Berliani Dwi	Rina Khairunnisa Fadli MKM
		Syarifa Putri	

PEMINATAN STAKES

No	Kelompok	Nama Mahasiswa	Pembimbing
1	Stakes 1	Abdul Azis	Dr. Nurul Huriah Astuti M.Kes
		Sharla Hardianti	
		Robiyatul Hadawiyah	

2	Stakes 2	Nana Istiqomah Andien Fatika Retno Pertiwi	Dr. Retno Mardhiati M.Kes
3	Stakes 3	Roby Rizki Habul Pijar Aisyah Zahranı Miftah Sani	Trimawartinah MKM
4	Stakes 4	Putri Oktaviyani Syifa Fauziah Aulia Rahma Sari	Nunung Nursyarofah MKM
5	Stakes 5	Azharul Fikri Nisda Hidayati Husnun Nabilah	Ns. Mega Puspa Sari MKM
6	Stakes 6	Derma Ambarwati Siti Rofiah Afria Vinanda	Dr. Nurul Huria Astuti M.Kes
7	Stakes 7	Aisyfah Cut Muthia Fatimah Azahra Shafa Yuniarani	Dr. Retno Mardhiati M.Kes
8	Stakes 8	M Bayhaqi	Trimawartinah MKM

LAPORAN MAGANG



Uhamka

GAMBARAN PERSIAPAN AKREDITASI

DI RUMAH SAKIT METROPOLITAN MEDICAL CENTRE

TAHUN 2024

OLEH :

Nursilva Oktaviani 2105015081

Niken Sagita Usman 2105015041

PROGRAM KESEHATAN MASYARAKAT

FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PROF. DR. HAMKA

JAKARTA

2024

LEMBAR PENGESAHAN

Identitas Kelompok :

- | | |
|-----------------------|------------|
| 1. Nursilva Oktaviani | 2105015081 |
| 2. Niken Sagita Usman | 2105015041 |

Judul Laporan : **Gambaran Persiapan Akreditasi Di Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre Tahun 2024**

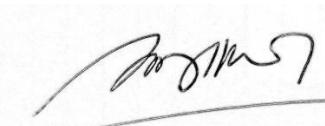
Dinyatakan telah diperiksa, disetujui, dan telah dipertahankan dihadapan dosen pembimbing magang, sebagai Laporan Magang Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka.

Pembimbing Magang Fakultas



Dr. Evindiyah Prita Dewi, S.KM., MARS
NIDN : 0330077002

Jakarta, 18 November 2024
Pembimbing Magang Lapangan



Ibu Ns. Pratiwi Sri Widodo, S.Kep

**LEMBAR PERSETUJUAN BIMBINGAN
LAPORAN MAGANG KESEHATAN MASYARAKAT**

Nama Mahasiswa/ NPM: 1. Nursilva Oktaviani
 2. Niken Sagita Usman

Judul Laporan: **Gambaran Persiapan Akreditasi Di Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre**
Tahun 2024

Dinyatakan telah diperiksa, disetujui, dan akan dipertahankan dihadapan dosen pembimbing Fakultas Magang Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA.

Jakarta, 18 November 2024
Pembimbing Fakultas



Dr. Evindiyah Prita Dewi, S.KM., MARS
NIDN : 0330077002

**PERSETUJUAN PENGESAHAN REVISI
LAPORAN KESEHATAN MASYARAKAT**

Identitas kelompok

Nama Mahasiswa/ NPM: 1. Nursilva Oktaviani
 2. Niken Sagita Usman

Judul Laporan: Gambaran Persiapan Akreditasi Di Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre Tahun 2024

Dinyatakan telah diperiksa, disetujui, dan telah dipertahankan pada sidang magang Program Studi Kesehatan Masyarakat Fikes UHAMKA

Jakarta, 18 Desember 2024

Pembimbing Fakultas

Pembimbing Lapangan



Ns. Pratiwi Sri Widodo, S.Kep
NP. 1170008

Dr. Evindiyah Prita Dewi, S.KM., MARS
NIDN. 0330077002

Penguji

Meita Versuswati, SKM., MKM
NIDN. 0323058703

BIODATA ANGGOTA KELOMPOK MAHASISWA

1. Nama : Nursilva Oktaviani
NIM : 2105015081
TTL : Tangerang, 09 Oktober 2003
Alamat : Jl. Raden Saleh No.34, RT 002/02, Kel. Karang Tengah Kota Tangerang. Banten 15157
No. Telpon : 0895336931139
Email : Nursilvaof9@gmail.com
Peminatan : Administrasi Kebijakan Kesehatan

2. Nama : Niken Sagita Usman
NIM : 2105015041
TTL : Jakarta, 09 November 2002
Alamat : Jl. Pintu Air No. 2, RT 05/03, Kel. Parung Serab. Kota Tangerang. Banten 15153
No. Telpon : 0895351372103
Email : nikensagitausman@gmail.com
Peminatan : Administrasi Kebijakan Kesehatan

KATA PENGANTAR

Puji Syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT. Yang Maha Pengasih lagi Maha penyayang telah melipahkan Rahmat, hidayah dan inayah-Nya kepada kami yang memberikan kelancaran serta kemudahan sehingga dapat menyelesaikan laporan magang. Laporan magang ini mengambil judul Perencanaan Strategis Untuk Mengevaluasi Kualitas Akreditasi Di Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre Tahun 2024. Laporan ini disusun sebagai bentuk syarat kami dalam memenuhi mata kuliah magang program studi sarjana Kesehatan Masyarakat tahun akademik 2024/2025.

Kami berusaha sebaik mungkin dalam penyusunan laporan ini, namun tentu masih banyak kekurangan. Kami menyadari bahwa kelancaran dalam penyusunan laporan ini tidak lain berkat bantuan, dorongan serta bimbingan dari pihak, sehingga kendala-kendala yang ada dapat teratasi dengan baik. Untuk itu pada kesempatan ini kami mengucapkan terima kasih kepada:

1. Allah SWT yang selalu memberikan Rahmat-Nya sehingga kami dapat menyelesaikan laporan ini.
2. Orang tua yang telah memberikan doa dan dukungan dalam kegiatan magang di Komite Mutu Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre.
3. Ibu Ony Linda, SKM., M.Kes, selaku Dekan Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan UHAMKA.
4. Ibu Dian Kholika Hamal, SKM., M.Kes, selaku Kepala Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan UHAMKA.
5. Ibu Nia Musniati, SKM., MKM, selaku ketua magang panitia magang.
6. Ibu Dr. Evindiyah Prita Dewi, S.KM., MARS, selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan serta Saran nya pada pelaksanaan magang ini.
7. Meita Versuswati, SKM., MKM, selaku dosen penguji yang telah memberi saran nya pada pelaksanaan sidang magang ini.
8. Ibu dr. Isnindyarti, MKM, selaku *Chief Executive Officer* (CEO) yang telah megizinkan kami untuk melaksanakan kegiatan magang di Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre.

9. Ibu Ns. Pratiwi Sri Widodo, S.Kep, selaku Sekretaris Komite Mutu, serta pembimbing lapangan yang telah mengizinkan kami untuk melaksanakan kegiatan magang di Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre.
10. Ibu Ines Meilisa Latumeten, S.Psi yang telah membantu dan mengarahkan dalam kegiatan magang kami di Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre.
11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan yang telah membantu, mendukung, dan memberi masukan untuk kelancaran magang ini.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN BIMBINGAN	iii
PERSETUJUAN PENGESAHAN REVISI.....	iv
BIODATA KELOMPOK	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
BAB I PENDAHULUAN	12
Latar Belakang	12
Tujuan	13
A. Tujuan Umum	13
B. Tujuan Khusus	13
Manfaat Kegiatan	13
Manfaat Bagi Mahasiswa.....	14
Manfaat bagi Fikes Uhamka.....	14
Manfaat Bagi Instansi.....	14
BAB II METODE	15
A. Tempat Kegiatan Magang	15
B. Waktu Pelaksanaan Magang	15
C. Tahapan Pelaksanaan Magang di RS MMC	15
BAB III HASIL.....	16
3.1 Profil Tempat Magang	16
3.1.1 Sejarah dan Eksistensi Rumah Sakit MMC	16
3.1.2 Persiapan Akreditasi Rumah Sakit MMC	17
3.1.3 Deskripsi Unit Komite Mutu Rumah Sakit MMC	19
3.1.4 Kegiatan di Instansi.....	20
3.1.5 Teori Standar Akreditasi	21
3.2 Tugas, Fungsi, dan Gambaran Tim Kerja RS MMC.....	25
BAB IV PENUTUP	38
Kesimpulan.....	38

Saran.....	38
DAFTAR PUSTAKA	40

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Hasil Akreditasi berdasarkan pemenuhan standar akreditasi dalam Keputusan	24
Tabel 3. 2 Pencapaian INM Bulan April-Juni Tahun 2024.....	31
Tabel 3. 3 Hasil Indikator Mutu Prioritas RS MMC.....	34

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3. 1 Hasil Pencapaian Indikator Nasional Mutu RS MMC	33
Gambar 3. 2 Hasil Indikator Mutu Prioritas RS MMC.....	36

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. 1 Lampiran Surat Izin dari Institusi	42
--------------------------------------------------------	----

BAB I

PENDAHULUAN

Latar belakang

Kesehatan adalah hak fundamental setiap warga negara yang diamanatkan oleh Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Untuk mewujudkan kesehatan masyarakat yang optimal, pemerintah terus melakukan reformasi di sektor kesehatan, termasuk melalui pengesahan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Undang-undang ini memberikan landasan hukum yang lebih kuat untuk menyelenggarakan sistem kesehatan yang komprehensif, berbasis pada keadilan, pemerataan, dan keberlanjutan.

Dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023, pemerintah menegaskan bahwa pelayanan kesehatan harus mengutamakan prinsip aksesibilitas, akuntabilitas, serta berbasis pada standar mutu yang tinggi. Akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk rumah sakit, menjadi salah satu pilar utama untuk memastikan mutu pelayanan sesuai dengan standar yang ditetapkan. Pasal 26 ayat (1) undang-undang tersebut menegaskan pentingnya akreditasi sebagai mekanisme evaluasi yang bertujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien dan mutu layanan kesehatan secara menyeluruh.

Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre (RS MMC), sebagai salah satu rumah sakit rujukan di Indonesia, terus berupaya memenuhi standar akreditasi nasional maupun internasional sesuai dengan peraturan yang berlaku. Dengan status akreditasi paripurna yang telah diperoleh, RS MMC berkomitmen untuk menjaga kualitas pelayanan kesehatan, memperkuat tata kelola rumah sakit, dan meningkatkan kepuasan pasien. Selain itu, implementasi kebijakan berbasis Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 memungkinkan rumah sakit untuk terus beradaptasi terhadap dinamika kebutuhan layanan kesehatan masyarakat.

Akreditasi Rumah Sakit adalah suatu pengakuan yang diberikan oleh pemerintah pada manajemen rumah sakit, karena telah memenuhi standar yang ditetapkan. Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre yang telah mendapatkan status akreditasi paripurna selalu berupaya menjaga mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Sesuai standar internasional akreditasi rumah sakit, program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Metropolitan medical Centre. Akreditasi Rumah Sakit sendiri merupakan Upaya untuk melindungi pasien dan pelayanan sub-standar melalui pelayanan yang sesuai dengan standar dan prosedur, mulai dari sumber daya manusia, administrasi dan komunikasi, peralatan medis, hingga fasilitas penunjang lain serta upaya peningkatan mutunya.

Menurut Joint Comission International (JCI) (2011), akreditasi adalah proses penilaian organisasi pelayanan kesehatan dalam hal ini rumah sakit utamanya rumah sakit non pemerintah, oleh lembaga akreditasi internasional berdasarkan standar internasional yang telah ditetapkan. Akreditasi disusun untuk meningkatkan keamanan dan kualitas pelayanan kesehatan.

Dalam pasal 3 ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.12 Tahun 2020 tentang akreditasi Rumah Sakit disebutkan, setiap Rumah Sakit wajib terakreditasi Rumah Sakit dijelaskan, kegiatan penyelenggaran akreditasi mencakup :

1. Persiapan akreditasi.
2. Pelaksanaan akreditasi
3. Pasca akreditasi

Sementara pasal 15 ayat (1) diterangkan, Rumah Sakit harus memperpanjang akreditasi sebelum masa berlaku satatus akreditasinya berakhir, serta pada pasal 15 ayat (2) disebutkan bahwa perpanjangan akreditasi tersebut dilakukan melalui pangajuan perpanjangan akreditasi kepada Lembaga independen penyelenggara akreditasi untuk mendapatkan status akreditasi baru. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor Hk.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi RS menjelaskan, standar akreditasi RS digunakan sebagai acuan bagi lembaga independen penyelenggara akreditasi RS dalam menyelenggarakan akreditasi tersebut sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre. Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre (MMC) ini menunjukkan kinerja yang baik dan unggul dalam beberapa indikator. Hal ini terlihat dari capaian INM Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre (MMC) yang seringkali mencapai 100% atau mendekati angka tersebut.

Tujuan

1.1.1 Tujuan Umum

Mengetahui Gambaran Persiapan Akreditasi di Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre Tahun 2024.

1.1.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui kebijakan di bidang Komite Mutu pada masing-masing tim kerja di Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre (MMC).
2. Mengetahui Gambaran umum, tugas dan fungsi pokok serta program kerja Komite Mutu pada masing-masing tim kerja di Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre (MMC).
3. Mengetahui Pencapaian Indikator Nasional Mutu terkait Akreditasi di Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre.

Manfaat Kegiatan

Manfaat Bagi Mahasiswa

- a. Mendapatkan pengetahuan dan keterampilan yang lebih aplikatif dalam bidang standarisasi akreditasi yankes;
- b. Mendapatkan pengalaman bekerja dalam tim (*team work*) kesempatan berpartisipasi penuh dalam tim;
- c. Mampu mengasah kemampuan berkomunikasi dan kemampuan menyelesaikan masalah di lapangan; dan
- d. Sebagai sara peningkatan wawasan dan pengalaman mahasiswa mengenai bidang Kesehatan Masyarakat.

Manfaat Bagi FIKES UHAMKA

1. Sebagai upaya pengembangan keilmuan dan menjadi dasar atau mendukung teori yang ada dengan bukti yang bisa dijadikan sebagai bahan referensi untuk penelitian selanjutnya;
2. Meningkatnya kapasitas dan kualitas Pendidikan dengan menghasilkan peserta didik yang terampil; dan
3. Terjalinnya kerja sama dengan pihak instansi dalam meningkatkan perencanaan akreditasi.

1.3.1 Manfaat bagi Instansi Tempat Magang

1. Mendapatkan masukan dari kompetensi mahasiswa dengan melibatkan mereka untuk membantu kegiatan di Lokasi magang, khususnya dalam mencari Solusi masalah Kesehatan Masyarakat (terutama berkaitan dengan administrasi kebijakan Kesehatan) secara proposional; dan
2. Terjalin kerja sama dengan pihak institusi Pendidikan dalam meningkatkan perencanaan akreditasi.

BAB II

METODE

A. Tempat Kegiatan Magang

Kegiatan magang ini dilaksanakan di Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre, yang berlokasi di Jl. H. R. Rasuna Said. C 20-21, RT.1/RW.5, Karet Kuningan, Kota Jakarta Selatan, Daerah Khusu Ibukota Jakarta 12940.

B. Waktu Pelaksanaan Kegiatan

Pelaksanaan kegiatan magang di Instalasi dilakukan selama 25 hari, yaitu mulai pada tanggal 09 September sampai tanggal 11 Oktober tahun 2024 di Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre, Kota Jakarta Selatan

C. Tahapan pelaksanaan Magang di Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre

Kegiatan magang dilaksanakan pada tanggal 09 September sampai 11 Oktober 2024 di Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre. Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre terdapat struktur organisasi & Keanggotaan Komite Mutu di RS yaitu Ketua Komite, Sekretaris, Sub. Komite Mutu, Sub. Komite Keselamatan Pasien, dan Sub. Komite Manajemen Risiko.

Pada awal pelaksanaan kegiatan magang, penulis ditempatkan bagian Komite Mutu terdapat di ruangan Diklat yang sudah di tetapkan oleh Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre (MMC). Selama kegiatan magang, penulis mematuhi peraturan yang telah ditetapkan oleh Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre. Adapun peraturan yang harus dipahami oleh peserta magang adalah :

1. Waktu kegiatan magang mengikuti jam kerja pegawai, yaitu:
 - a. Senin - Jumat = 07.30 - 16.30 WIB
2. Waktu istirahat magang juga mengikuti waktu istirahat pegawai, yaitu:
 - a. Senin - Jumat = 11.30 - 13.00 WIB
3. Ketetapan berpakaian selama kegiatan magang menggunakan pakaian bebas dan sopan.
4. Apabila terdapat keperluan mendesak dan kegiatan kampus, diperbolehkan untuk meninggalkan kantor dengan melakukan izin terlebih dahulu kepada Pembimbing Lapangan terlebih dahulu.

BAB III

HASIL

3.1 Profil Tempat Magang

3.1.1 Sejarah dan Eksistensi Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre

Awalnya didirikan sebagai klinik “medical center” (pusat pelayanan medis) untuk praktik dengan dokter spesialis pertama di Indonesia, khususnya di Wisata International Office Tower Annex Hotel Indonesia pada tahun 1976. Untuk memenuhi tingginya permintaan pelanggan, maka Rumah Sakit MMC pun didirikan. dibangun dan dioperasikan secara resmi. (milik PT Kosala Agung Metropolitan/PT KAM) pada tanggal 22 Agustus 1987, di kawasan “Segitiga Emas Kuningan” Rasuna Said, Jakarta Selatan.

Rumah Sakit MMC merupakan satu-satunya rumah sakit swasta di Indonesia yang didukung oleh lebih dari 30 subspesialis bergelar profesor dan lebih dari 200 dokter spesialis di berbagai spesialisasi, sejalan dengan perkembangan ilmu kedokteran saat ini. Untuk memenuhi kebutuhan dan harapan pasien, Rumah Sakit MMC terus mengembangkan pusat keunggulan dan pusat diagnostik yang dilengkapi dengan peralatan medis terkini untuk mendukung diagnosis penyakit yang komprehensif dan akurat. Pelayanan unggulan kami adalah : Pusat pelayanan terpadu berbagai permasalahan kesehatan yang berhubungan dengan saluran cerna (Gastrointestinal Cluster), jantung dan seluruh pembuluh darah (Cardiovaskular Cluster), urologi dan nefrologi (Uro-Center), tumor dan keganasan (Oncology Cluster), tulang dan bedah reumatologi (Comprehensive Orthopedics and Rheumatology Center), bedah saraf (Pole Neurology), kesehatan anak (Pediatric Center), kebugaran dan kesehatan (Health Center), Pusat THT (ENT Center) dan estetika (Aesthetic Center). Seluruh service center dilayani oleh tim dokter spesialis yang terpercaya dan profesional, serta didukung dengan fasilitas penunjang pelayanan dengan menggunakan teknologi pendukung diagnostik terkini, termasuk diantaranya tersedianya magnetic resonance imaging (MRI) dan multislice CT. Di usianya yang ke-35, Rumah Sakit MMC telah menjadi rumah sakit pilihan bagi komunitas lokal dan internasional/ekspatriat dan hingga saat ini telah menerima lebih dari 750,000 pasien, termasuk pasien yang kembali (mengunjungi kunjungan

berulang) dan pasien baru, dan dapat melayani pasien atas dasar uang tunai atau jaminan/asuransi perusahaan. Selain itu, RS MMC saat ini menjadi rumah sakit pilihan banyak kedutaan asing di Jakarta dan ditetapkan sebagai salah satu rumah sakit rujukan Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB).

Dalam memberikan pelayanan kesehatan, Rumah Sakit MMC selalu mengutamakan pelayanan yang berpusat pada pasien dengan mengutamakan keselamatan

pasien dengan memberikan pelayanan kesehatan khusus yang profesional dan beretika. Untuk menjamin kepuasan dan kenyamanan pelanggan, Rumah Sakit MMC menawarkan layanan Perawatan Pasien VIP/Eksekutif yang dirancang khusus dengan menggunakan tiga konsep Perawatan Berpusat Pasien, Rumah Sakit Ramah Lingkungan, dan pusat perawatan modern. Sejak tahun 2014, RS MMC berhasil meraih akreditasi dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) sebagai rumah sakit yang memenuhi standar akreditasi rumah sakit dan dinyatakan TINGKAT POLISI BINTANG LIMA.

Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre (RS MMC) di Jakarta Selatan telah mendapatkan beberapa akreditasi, yaitu:

1. Akreditasi penuh tingkat paripurna untuk 5 pelayanan pada 14 April 1997
2. Akreditasi penuh tingkat paripurna untuk 12 pelayanan pada 25 Februari 2000
3. Akreditasi penuh tingkat paripurna untuk 16 pelayanan pada 20 Januari 2004
4. Akreditasi penuh tingkat paripurna untuk 16 pelayanan pada 26 Februari 2007
5. Akreditasi penuh tingkat paripurna untuk 16 pelayanan pada 10 Maret 2010
6. Akreditasi Nasional versi 2012 lulus tingkat Paripurna pada 3 Desember 2014
7. Akreditasi Nasional versi 2012 lulus tingkat Paripurna pada 26 April 2018
8. Akreditasi Nasional versi SNARS 1.1 lulus tingkat Paripurna pada 3 November 2022

3.1.2 Persiapan Akreditasi Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre

Akreditasi rumah sakit merupakan pengakuan resmi dari pemerintah bahwa rumah sakit telah memenuhi standar pelayanan kesehatan yang ditetapkan. Akreditasi ini penting untuk menjaga kualitas pelayanan dan keselamatan pasien. Rumah Sakit MMC, yang telah meraih akreditasi paripurna, terus berupaya untuk meningkatkan mutu pelayanan melalui program akreditasi yang berkelanjutan.

a. Langkah-Langkah Persiapan Akreditasi

1. Pemahaman Regulasi

Rumah sakit Metropolitan Medical Centre telah memahami peraturan lama terkait akreditasi, seperti Peraturan Menteri Kesehatan No.12 Tahun 2020 dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor Hk.01.07/Menkes/1128/2022 yang mengatur tentang standar akreditasi rumah sakit. Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre (MMC) telah berupaya untuk mematuhi

peraturan yang ditetapkan dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023. Undang-undang ini mengatur tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan akreditasi rumah sakit, yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas dan keselamatan pasien. MMC, sebagai institusi kesehatan, berkomitmen untuk memenuhi standar pelayanan yang aman dan berkualitas. Dalam konteks akreditasi, rumah sakit ini telah mendapatkan status akreditasi paripurna dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dan terus melakukan evaluasi serta peningkatan mutu pelayanan. Sebagai bagian dari persiapan akreditasi, MMC juga melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, mengikuti ketentuan yang diatur dalam peraturan menteri kesehatan terkait akreditasi rumah sakit. Hal ini menunjukkan bahwa MMC tidak hanya berfokus pada kepatuhan terhadap regulasi, tetapi juga berupaya untuk memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasien sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh undang-undang dan lembaga akreditasi.

2. Pembentukan Tim Kerja

Membentuk tim kerja yang terdiri dari anggota Komite Mutu dan perwakilan dari berbagai unit di rumah sakit untuk memastikan semua aspek pelayanan diperhatikan.

3. Pelaksanaan Penilaian Internal

Melakukan penilaian internal untuk mengevaluasi kesiapan rumah sakit dalam memenuhi standar akreditasi. Ini termasuk audit terhadap prosedur operasional, kebijakan keselamatan pasien, dan kepatuhan terhadap standar pelayanan.

4. Pengembangan Program Peningkatan Mutu

Mengembangkan program peningkatan mutu berdasarkan hasil penilaian internal dengan fokus pada area yang perlu diperbaiki.

5. Sosialisasi dan Pelatihan

Melaksanakan sosialisasi kepada seluruh staf mengenai pentingnya akreditasi serta memberikan pelatihan terkait prosedur dan standar yang harus dipenuhi.

6. Dokumentasi dan pelaporan

Menyusun dokumentasi yang diperlukan untuk proses akreditasi, termasuk laporan hasil penilaian internal dan rencana tindak lanjut terhadap temuan

audit.

7. Monitoring dan evaluasi

Melakukan monitoring secara berkala terhadap pelaksanaan program peningkatan mutu dan evaluasi hasilnya untuk memastikan bahwa semua tindakan perbaikan diimplementasikan dengan baik.

3.1.3 Deskripsi Unit Komite Mutu Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre

Rumah sakit berkewajiban untuk meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit melalui penyelenggaraan tata kelola mutu rumah sakit yang baik, perlunya penilaian indikator untuk menilai mutu pada berbagai kondisi. Menurut keputusan Direksi Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre memiliki struktur organisasi Komite Mutu terbaru:

Ketua : Ibu Dr. Cornelia Jaqualina,

MARS Sekretaris : Ns. Pratiwi Sri Widodo,

S.Kep

Penanggung Jawab Sub Komite Mutu : Ns. Pratiwi Sri Widodo, S.Kep

1. Bidang Indikator Mutu yang di Koordinatorkan oleh Ibu Ns. Susi Verawaty S, M.Kep;
 2. Bidang Clinical Pathway/PPK yang di Koordinatorkan oleh Ibu Dr. Mediana Tifanny.
 3. Bidang Evaluasi Pelayanan yang diKoordinatorkan oleh Ibu Lily Hendrianti, S.Kep; Penanggung Jawab Sub Komite Keselamatan Pasien : Ibu Dr. Wanda Junita Safitri
1. Bidang Program yang di Koordinatorkan oleh Ibu Nancy Febriana, SKM, M.Kep;
 2. Bidang Pelatihan yang di Koordinatorkan oleh Ibu Dr. Alya Shafira.

3. Bidang Pelaporan yang di Koordinatorkan oleh Bapak Apt. Rahmat Hidayat, S.Farm; Penanggung Jawab Sub Komite Manajemen Risiko : Bapak Taufik Kurniawan D.C, S.Tr.Kes
 1. Bidang Klinis yang di koordinatorkan oleh Bapak Dr. Ruth Minar Sitorus.
 2. Bidang Non Klinis yang di Koordinatorkan oleh Ibu Dyah Retno Setyorini, A.Md.KL
 3. Kebijakan dan pelaporan yang di koordinatorkan oleh Ibu Raudhotul Jannah, S.Tr.Kes
- Komite Mutu Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre mempunyai uraian tugas yaitu :
1. Sebagai motor penggerak penyusunan program Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien, dan Manajemen Risiko Rumah Sakit;
 2. Melakukan monitoring dan memandu penerapan program Komite Mutu di unit kerja;
 3. Selalu membantu dan melakukan koordinasi dengan pimpinan unit pelayanan dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko serta menindaklanjuti hasil capaian indikator;
 1. Melakukan koordinasi dan pengorganisasian pemilihan prioritas program di tingkat unit kerja serta menggabungkan menjadi prioritas rumah sakit secara keseluruhan;
 2. Melakukan profil indikator mutu, metode analisis dan validasi data dari data indikator mutu yang dikumpulkan dari seluruh unit kerja di Rumah Sakit.
 3. Menyusun Formulir untuk mengumpulkan data, menentukan jenis data, serta bagaimana alur data dan peloporan dilaksanakan.
 4. Menjalankan komunikasi yang baik dengan semua pihak terkait serta menyampaikan masalah terkait pelaksanaan program mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko.
 5. Terlibat secara penuh dalam kegiatan pendidikan dan pelatihan Komite Mutu;
 6. Bertanggung jawab untuk mengkomunikasikan masalah-masalah mutu secara rutin kepada semua staf;
 7. Menyusun regulasi terkait dengan pengawasan dan penerapan Program Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko;
 8. Menangani insiden keselamatan pasien yang meliputi pelaporan, verifikasi, investigasi, dan analisis penyebab Insiden Keselamatan Pasien;
 9. Mengkoordinasikan penyusunan program Manajemen Risiko Rumah Sakit.

3.1.4 Kegiatan di Instansi

Dalam kegiatan magang ini, kami terlibat dalam berbagai aktivitas yang berhubungan dengan kesehatan masyarakat. Salah satunya adalah berpartisipasi dalam komite mutu, di mana kami mempelajari proses pengelolaan dan peningkatan mutu pelayanan. Selain itu, kami juga mengikuti serangkaian rapat kelompok kerja (pokja) yang melibatkan diskusi mendalam mengenai berbagai aspek kesehatan masyarakat. Kami melaksanakan berbagai tugas yang telah diberikan oleh pembimbing lapangan dengan tujuan mendukung pelaksanaan program

dan kegiatan yang sedang berjalan.

Kegiatan tersebut dilakukan sebagai bagian dari upaya untuk mendukung kelancaran proses akreditasi Rumah Sakit MMC. Tujuannya adalah memastikan bahwa semua tahapan akreditasi berjalan dengan baik dan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan, sehingga meminimalkan potensi terjadinya kesalahan yang dapat memengaruhi hasil akhir akreditasi. Melalui kerja sama dan koordinasi yang baik, kami berkontribusi dalam mendukung tercapainya akreditasi yang optimal bagi rumah sakit.

3.1.5 Teori Standar Akreditasi

Standar Akreditasi Rumah Sakit dikelompokkan menurut fungsifungsi penting yang umum dalam organisasi perumahsakitan. Standar dikelompokkan menurut fungsi yang terkait dengan penyediaan pelayanan bagi pasien (good clinical governance) dan upaya menciptakan organisasi rumah sakit yang aman, efektif, dan dikelola dengan baik (good corporate governance). Standar Akreditasi Rumah Sakit dikelompokkan sebagai berikut :

1. Kelompok Manajemen Rumah Sakit terdiri atas: Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS), Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS), Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK), Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP), Manajemen Rekam Medik dan Informasi Kesehatan (MRMIK), Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), dan Pendidikan dalam Pelayanan Kesehatan (PPK).
2. Kelompok Pelayanan Berfokus pada Pasien terdiri atas: Akses dan Kontinuitas Pelayanan (AKP), Hak Pasien dan Keluarga (HPK), Pengkajian Pasien (PP), Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP), Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB), Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO), dan Komunikasi dan Edukasi (KE).
3. Kelompok Sasaran Keselamatan Pasien (SKP).
4. Kelompok Program Nasional (PROGNAS).
 - a. Persiapan Akreditasi

Persiapan dilakukan sepenuhnya oleh rumah sakit secara mandiri atau dengan pembinaan dari Kementerian Kesehatan, dinas kesehatan daerah provinsi, dan dinas kesehatan daerah kabupaten/kota maupun lembaga lain yang kompeten. Kegiatan persiapan akreditasi antara lain pemenuhan syarat untuk dapat diakreditasi dengan pemenuhan kelengkapan dokumen pelayanan dan perizinan, peningkatan kompetensi staf melalui pelatihan, dan kesiapan

fasilitas pelayanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Rumah Sakit dapat melakukan penilaian mandiri secara periodik tentang pemenuhan standar akreditasi rumah sakit sehingga tergambar kemampuan rumah sakit dalam memenuhi standar akreditasi yang ditetapkan. Setelah dinilai mampu oleh pimpinan rumah sakit, maka rumah sakit dapat mengajukan permohonan survei kepada lembaga independen penyelenggara akreditasi yang dipilih oleh rumah sakit. Pemilihan lembaga dilaksanakan secara sukarela oleh rumah sakit dan tidak atas paksaan pihak manapun. Rumah sakit yang mengajukan permohonan survei akreditasi paling sedikit harus memenuhi persyaratan sebagai berikut :

1. Rumah sakit memiliki perizinan berusaha yang masih berlaku dan terregistrasi di Kementerian Kesehatan;
2. Kepala atau direktur rumah sakit harus seorang tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakitan;
3. Rumah sakit memiliki Izin Pengelolaan Limbah Cair (IPLC) yang masih berlaku;
4. Rumah sakit memiliki kerja sama dengan pihak ketiga yang mempunyai izin sebagai pengolah dan/atau sebagai transporter limbah B3 yang masih berlaku atau izin alat pengolah limbah B3;
5. Seluruh tenaga medis di rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan (pemberi asuhan) memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP) yang masih berlaku atau surat tugas sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan;
6. Rumah sakit bersedia melaksanakan kewajiban dalam meningkatkan mutu dan keselamatan pasien; dan
7. Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan (SPA) minimal 60% berdasarkan ASPAK dan telah tervalidasi 100% oleh Kementerian Kesehatan atau dinas kesehatan daerah setempat sesuai dengan kewenangannya.

b. Pelaksanaan Akreditasi

Lembaga independen penyelenggara akreditasi melaksanakan penilaian persyaratan rumah sakit yang mengajukan permohonan kemudian Lembaga menetapkan waktu pelaksanaan akreditasi setelah persyaratan dipenuhi rumah sakit. Penilaian akreditasi dilakukan dengan metode daring dan/atau luring sesuai tahapan pelaksanaan akreditasi. Adapun tahapan pelaksanaan penilaian

akreditasi adalah sebagai berikut :

Persiapan dan penjelasan survei Pada tahap ini lembaga penyelenggara kepada rumah sakit terhadap dokumen-dokumen tersebut. Kegiatan ini dilakukan secara daring menggunakan sistem informasi yang dapat diakses oleh rumah sakit. akreditasi menyampaikan seluruh rangkaian kegiatan akreditasi dimulai dari persiapan survei, pelaksanaan survei dan setelah survei. Penjelasan dapat dilakukan dengan metode daring menggunakan media informasi yang tersedia dan dapat diakses oleh rumah sakit.

1. Penyampaian dan pemeriksaan dokumen Rumah Sakit menyampaikan dokumen kepada lembaga independen penyelenggara akreditasi melalui sistem informasi yang telah disediakan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang bersangkutan. Jenis dokumen yang akan disampaikan oleh rumah sakit mengikuti permintaan dari surveior lembaga independen penyelenggara akreditasi yang disesuaikan dengan standar akreditasi. Lembaga independen penyelenggara akreditasi melakukan evaluasi dan analisis dokumen dan melakukan klarifikasi.
2. Telusur dan kunjungan lapangan Telusur dan kunjungan lapangan dilakukan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi setelah melakukan klarifikasi dokumen yang disampaikan oleh rumah sakit. Telusur dan kunjungan lapangan bertujuan untuk memastikan kondisi lapangan sesuai dengan dokumen yang disampaikan, serta untuk mendapatkan hal-hal yang masih perlu pembuktian lapangan oleh surveior. Pada saat telusur, surveior akan melakukan observasi, wawancara staf, pasien, keluarga, dan pengunjung serta simulasi.
3. Penilaian Lembaga independen penyelenggara akreditasi menetapkan tata cara dan tahapan penilaian akreditasi dengan berpedoman pada standar akreditasi yang dipergunakan saat survei akreditasi. Tahapan penilaian ditentukan lembaga independen penyelenggara akreditasi dengan menerapkan prinsip-prinsip keadilan, profesionalisme, dan menghindari terjadinya konflik kepentingan. Lembaga independen penyelenggara akreditasi membuat instrumen, daftar tilik dan alat bantu untuk surveior dalam melakukan penilaian agar hasil yang diperoleh objektif dan dapat dipertanggungjawabkan.

4. Setelah dilakukan telusur dan kunjungan lapangan termasuk klarifikasi kepada rumah sakit, maka surveior dapat menyampaikan hal-hal penting yang berkaitan dengan pelaksanaan akreditasi kepada rumah sakit secara langsung/luring. Tujuan tahapan ini adalah untuk memberi gambaran kepada rumah sakit bagaimana proses akreditasi yang telah dilaksanakan dan hal-hal yang perlu mendapat perbaikan untuk meningkatkan mutu pelayanan.

c. Pasca Akreditasi

1. Hasil Akreditasi dan Akreditasi Ulang

Lembaga independen penyelenggara akreditasi menyampaikan hasil akreditasi kepada Kementerian Kesehatan melalui Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan paling lambat 5 (lima) hari kerja setelah dilakukan survei. Hasil akreditasi berdasarkan pemenuhan standar akreditasi dalam Keputusan Menteri ini, dilaksanakan dengan mengikuti ketentuan sebagai berikut :

Tabel 3. 1 Hasil Akreditasi berdasarkan pemenuhan standar akreditasi dalam Keputusan Menteri

Hasil akreditas	Kriteria
Paripurna	Seluruh Bab mendapat nilai minimal 80%
Utama	12 – 15 Bab mendapatkan nilai 80% dan Bab SKP mendapat nilai minimal 80%. Untuk rumah sakit selain rumah sakit pendidikan/wahana pendidikan maka kelulusan adalah 12 – 14 bab dan bab SKP minimal 80 %
Madya	8 sampai 11 Bab mendapat nilai minimal 80% dan Bab SKP mendapat nilai minimal 70%
Tidak terakreditasi	a. Kurang dari 8 Bab yang mendapat nilai minimal 80%; dan/atau b. Bab SKP mendapat nilai kurang dari 70%

Rumah sakit diberikan kesempatan mengulang pada standar yang

pemenuhannya kurang dari 80%. Akreditasi ulang dapat dilakukan paling cepat 3 (tiga) bulan dan paling lambat 6 (enam) bulan sejak survei terakhir dilaksanakan.

3.2 Tugas, Fungsi, dan Gambaran Tim Kerja di Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre

3.2.3 Tugas dan Fungsi Tim Kerja di Komite Mutu

1. Sub Komite Mutu
 - a. Pemantauan dan memandu penerapan program mutu di unit kerja;
 - b. Pemantauan dan memandu unit kerja dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu / indikator mutu dan menindaklanjuti hasil capaian indikator mutu;
 - c. Fasilitas penyusunan profil indikator mutu dan instrumen untuk pengumpulan data;
 - d. Fasilitas pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data dari seluruh unit kerja;
 - e. Pelaksanaan dukungan untuk implementasi budaya mutu di rumah sakit;
 - f. Pengkajian standar mutu pelayanan di rumah sakit terhadap pelayanan, pendidikan, dan penelitian;
 - g. Penyelenggaraan pelatihan peningkatan mutu.
2. Sub Komite Keselamatan Pasien
 - a. Sebagai motor penggerak penyusunan program keselamatan pasien rumah sakit;
 - b. Membantu dan melakukan koordinasi dengan kepala unit pelayanan dalam memilih prioritas perbaikan terkait program keselamatan pasien;
 - c. Menjalin komunikasi yang baik dengan semua pihak terkait serta menyampaikan masalah terkait pelaksanaan program keselamatan pasien;
 - d. Terlibat secara penuh dalam kegiatan pendidikan dan pelatihan program keselamatan pasien;
 - e. Memberi masukan dalam penyusunan regulasi terkait pelaksanaan program keselamatan pasien;
 - f. Membuat laporan secara periodik kepada Chief Executive Officer ;
 - g. Melakukan pencatatan, pelaporan insiden, analisis insiden termasuk mengusulkan pembentukan tim ad hoc untuk pelaksanaan RCA dan FMEA serta mengembangkan solusi untuk meningkatkan keselamatan pasien kepada Chief Executive Officer ;

- h. Merevisi buku panduan keselamatan pasien di RS. MMC bila dipandang perlu;
- i. Mengadakan rapat rutin dengan seluruh bidang;
- j. Melakukan motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program Keselamatan Pasien di RS. MMC;
- k. Mengirim laporan insiden secara kontinu melalui e-reporting dengan pedoman pelaporan insiden.

3. Bidang Program

- a. Menyusun dan megembangkan program kerja tahunan Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
- b. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan program kerja Sub Komite KPRS;
- c. Menyusun kebijakan dan prosedur terkait dengan program keselamatan pasien;
- d. Melakukan survei terhadap budaya keselamatan pasien pada petugas rumah sakit;
- e. Melakukan *medical record review* dan atau melakukan analisa terhadap prosedur untuk menilai potensi risiko;
- f. Menerima dan melakukan analisa terhadap laporan ronde keselamatan pasien;
- g. Mengembangkan konsep keselamatan pasien berdasarkan hasil analisa peta insiden keselamatan pasien di RS.MMC.

4. Bidang Pelaporan

- a. Mengatur lalu lintas laporan insiden di RS. MMC;
- b. Melakukan analisa mulai pengelompokkan kategori risiko klinis sampai dengan membuat rekomendasi terhadap semua insiden yang ada di RS. MMC;
- c. Melakukan pencatatan dan analisa terhadap laporan insiden yang masuk ke Tim KPRS;
- d. Memproses laporaninsiden keselamatan pasien eksternal (Kementerian Kesehatan);
- e. Membentuk tim investigasi untuk melakukan *Root Cause Analysis* (RCA) dan
Failure Mode Effect Analysis (FMEA);
Melakukan supervisi dan memastikan bahwa tim investigasi bekerja dalam melakukan RCA dan FMEA;
- f. Menyusun hasil kajian laporan insiden dan rekomendasi.

5. Bidang Pelatihan

- a. Menerima hasil analisa laporan insiden dan rekomendasi dari bidang pelaporan;
- b. Memberikan umpan balik kepada unit terkait dan menetapkan target unit secara periodik;

- c. Melakukan supervisi dan penilaian terhadap pencapaian target unit;
 - d. Melakukan sosialisasi program maupun hasil pemetaan insiden keselamatan pasien sebagai proses pembelajaran;
 - e. Melakukan sosialisasi buku panduan keselamatan pasien secara periodik kepada seluruh petugas rumah sakit;
 - f. Melakukan sosialisasi sistem pelaporan insiden keselamatan pasien;
 - g. Memberikan pelatihan penggunaan formulir, alat atau instrumen yang biasa digunakan dalam melakukan analisa insiden keselamatan pasien sehingga petugas mampu menggunakan instrumen dengan baik.
6. Sub Komite Manajemen Risiko
- a. Penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait manajemen risiko Rumah Sakit;
 - b. Pemberian masukan dan pertimbangan kepada Ka. Mutu atau CEO Rumah Sakit terkait manajemen risiko di Rumah Sakit;
 - c. Pemantauan dan memandu penerapan manajemen risiko di unit kerja;
 - d. Pemberian usulan atas profil dan rencana penanganannya;
 - e. Pelaksanaan dan pelaporan rencana penanganan risiko sesuai lingkup tugasnya;
 - f. Pemberian usulan rencana kontingensi apabila kondisi yang tidak normal terjadi;
 - g. Pelaksanaan penanganan risiko tinggi;
 - h. Pelaksanaan pelatihan manajemen risiko;
 - i. Penyusunan laporan pelaksanaan program manajemen risiko.

3.2.4 Gambaran Aktivitas Tim Kerja Komite Mutu Perencanaan Tenaga Kesehatan

1. Tim Kerja Komite Mutu

Komite Mutu di Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre (RS MMC) adalah sebuah tim yang memiliki peran krusial dalam memastikan bahwa semua layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien memenuhi standar mutu yang tinggi. Tim ini bertanggung jawab untuk secara terus-menerus meningkatkan kualitas pelayanan, keselamatan pasien, dan efisiensi operasional rumah sakit.

1. Tanggung Jawab Tim Komite Mutu

- a. Ketua Komite Mutu : Memimpin dan mengkoordinasikan seluruh kegiatan komite, memastikan tercapainya tujuan komite, dan tanggung jawab atas hasil kerja komite.
- b. Sekretaris Komite Mutu : Menyiapkan agenda rapat, membuat notulensi rapat, mengelola dokumentasi komite, dan memberikan dukungan administratif kepada ketua.

2. Anggota Tim Komite Mutu

- a. Dokter : Mengidentifikasi masalah klinis, menyusun indikator mutu klinis, dan memberikan rekomendasi perbaikan.
- b. Perawat : Memastikan kualitas pelayanan keperawatan, mengidentifikasi risiko keselamatan pasien, dan memberikan masukan terkait peningkatan pelayanan.
- c. Apoteker : Memastikan kualitas pelayanan farmasi, melakukan evaluasi penggunaan obat, dan memberikan rekomendasi terkait dengan farmasi klinik.
- d. Manajer Risiko : Mengidentifikasi dan mengelola risiko yang terkait dengan mutu pelayanan.
- e. Staf Medis Lainnya : Memberikan masukan dari perspektif masing-masing bidang.

3. Tugas Tim Komite Mutu

- a. Menerapkan Standar Mutu : Mengidentifikasi dan menetapkan standar mutu yang tinggi untuk semua aspek pelayanan kesehatan di Rumah sakit, mulai dari pelayanan medis hingga pelayanan administratif.
- b. Pemantauan dan Evaluasi : Melakukan pemantauan dan evaluasi

secara berkala terhadap pelaksanaan standar mutu yang telah ditetapkan.

- c. Identifikasi Masalah : Mengidentifikasi masalah-masalah yang terkait dengan mutu pelayanan dan mencari akar penyebabnya.
- d. Perencanaan dan Pelaksanaan Perbaikan : Merencanakan dan melaksanakan tindakan perbaikan untuk mengatasi masalah yang telah diidentifikasi.
- e. Pengumpulan dan Analisi Data : Mengumpulkan dan menganalisis data yang relevan untuk mengukur kinerja rumah sakit dan mengidentifikasi area yang perlu ditingkatkan.
- f. Pelaporan : Menyusun laporan secara berkala mengenai kinerja rumah sakit dalam hal mutu pelayanan kepada manajemen rumah sakit dan pihak terkait lainnya.
- g. Mendorong Budaya Mutu : Membudayakan semangat peningkatan mutu di seluruh lapisan karyawan rumah sakit.

3.2.5 Pencapaian Indikator Nasional Mutu (INM) Bulan April - Juni Tahun 2024

Komite Mutu sebagai organisasi non struktural yang bertugas membantu Direktur Rumah Sakit dalam pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di rumah sakit, telah melaksanakan beberapa kegiatan sesuai Program Kerja yang dicanangkan. Komite Mutu juga bertugas untuk membantu dan melakukan koordinasi dengan kepala unit pelayanan dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu / indikator mutu dan menindaklanjuti hasil capaian indikator, bertanggungjawab untuk memberikan informasi masalah – masalah mutu secara rutin kepada semua staf serta terlibat secara penuh dalam kegiatan pendidikan dan pelatihan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

Sejak kelulusan RS MMC dalam Akreditasi RS berdasarkan Standar Kementerian kesehatan pada bulan Oktober 2022, dengan diterbitkannya Sertifikat Akreditasi tingkat Paripurna pada tanggal 3 November 2022, RS MMC terus berupaya mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan sesuai yang ditandarkan dalam standar Kementerian Kesehatan. RS MMC juga akan selalu melakukan perbaikan pada setiap standar pelayanannya mengacu pada Verifikasi Perbaikan Perencanaan Strategis yang telah dilakukan oleh KARS pada Bulan Februari 2024. Tujuannya untuk memastikan rumah sakit tetap mempertahankan dan meningkatkan implementasi mutu layanannya sesuai dengan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

1. Kegiatan Yang Dilaksanakan

- Pengukuran Indikator Mutu
- Upaya Perbaikan Mutu Pelayanan Berdasarkan Analisis terhadap Komplain Pasien dan Masalah Pelayanan
- Hasil survei kepuasan pasien
- Pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien
- Pelatihan semua staf sesuai perannya dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien

2. Hasil Yang Dicapai

a. Pencapaian Indikator Nasional Mutu (INM) April-Juni Tahun 2024

Tabel 3. 2 Pencapaian INM Bulan April-Juni Tahun 2024

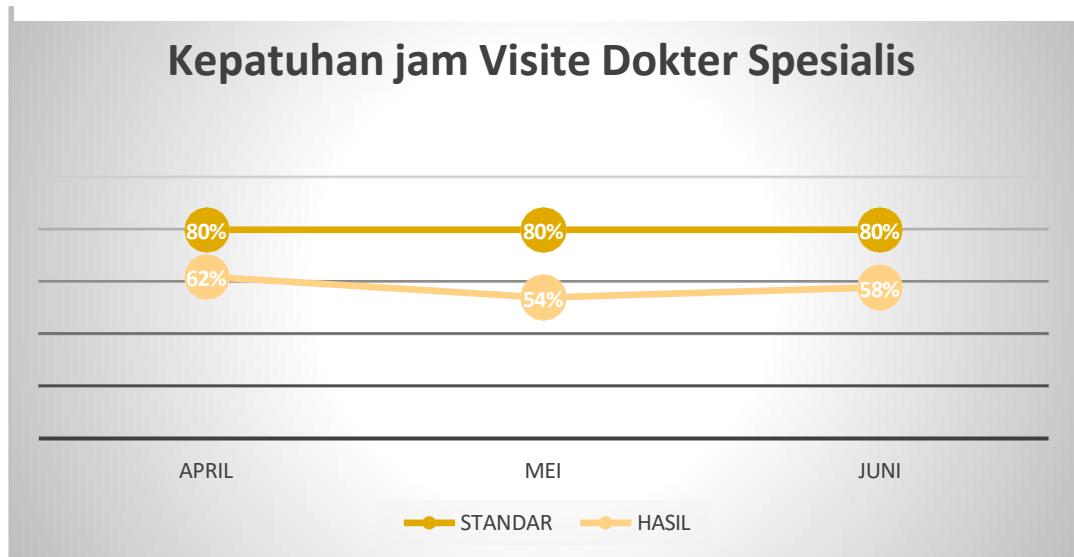
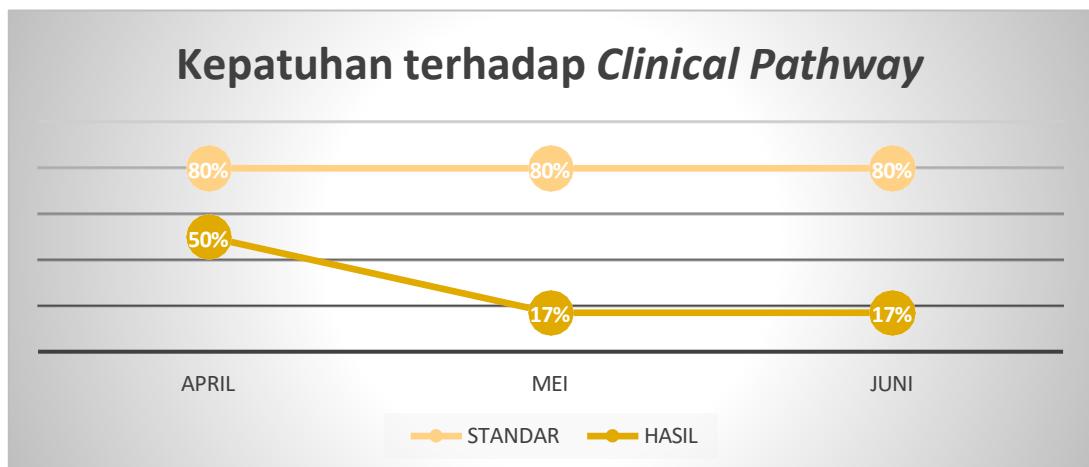
INDIKATOR	STD	APR	MEI	JUN
Kepatuhan Cuci Tangan	$\geq 85\%$	86%	89%	89%
Kepatuhan Penggunaan APD	100%	100%	100%	100%
Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%	100%
Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergency	$\geq 80\%$	100%	100%	0
Waktu Tunggu Rawat jalan \leq 60 Menit	$>80\%$	98%	99%	99%
Penundaan Operasi Elektif	$\leq 5\%$	5%	5%	4%
Kepatuhan jam Visite Dokter Spesialis	$\geq 80\%$	62%	54%	58%
Waktu Lapor hasil tes kritis Laboratorium	100%	69%	69%	67%

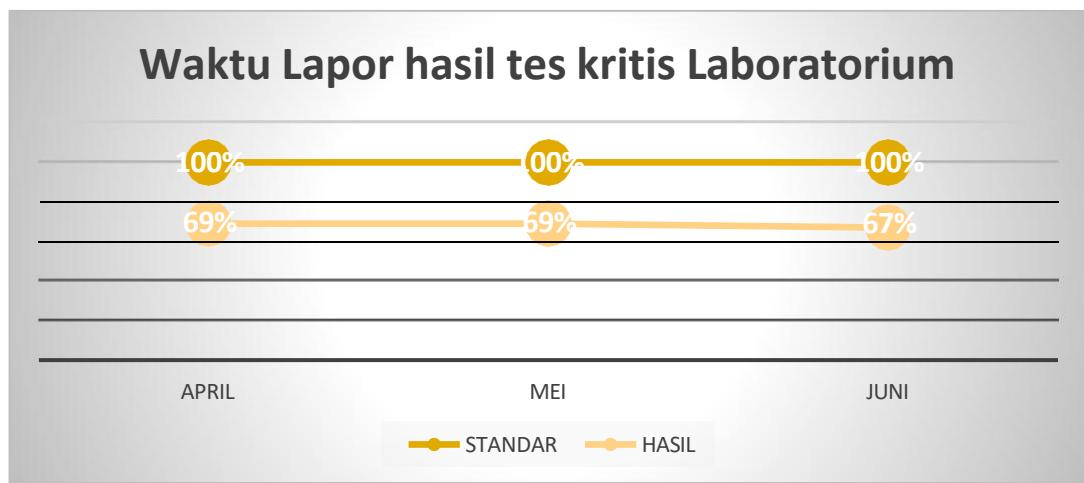
Kepatuhan penggunaan	$\geq 80\%$	99.99%	99.98%	99.96%
----------------------	-------------	--------	--------	--------

Formularium nasional bagi RS non Provider BPJS				
Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i>	$\geq 80\%$	50%	17%	17%
Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera akibat pasien jatuh pada pasien Rawat Inap	100%	100%	100%	100%
Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	$\geq 80\%$	100%	100%	100%
Kepuasan pasien dan keluarga	90%	96%	86%	85%

b. Grafik Pencapaian Indikator Nasional Mutu (INM) Bulan April - Juni Tahun 2024

Gambar 3. 1 Hasil Pencapaian Indikator Nasional Mutu RS MMC





c. Pencapaian Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit Bulan April – Juni Tahun 2024

Tabel 3. 3 Hasil Indikator Mutu Prioritas RS MMC

INDIKATOR	STD	APR	MEI	JUN
Kepatuhan identifikasi pasien (ICU, IGD, Kebidanan & Kandungan & Perinatal, Dialisis, Dokter Lantai, Gizi Medik, Rehabilitasi Medik, Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap)	100%	99.9%	99.8%	100%
Ketepatan verifikasi TBAK dalam 12 jam pada pasien ranap	100%	94%	95%	96%
Ketidaktepatan penyimpanan Obat High Alert yang disimpan sesuai standar	0%	0%	0%	0%
Kepatuhan Melakukan Sign In, Time Out dan Sign Out	100%	100%	100%	100%

Kepatuhan cuci tangan	≥ 85%	86%	89%	89%
-----------------------	--------------	-----	-----	-----

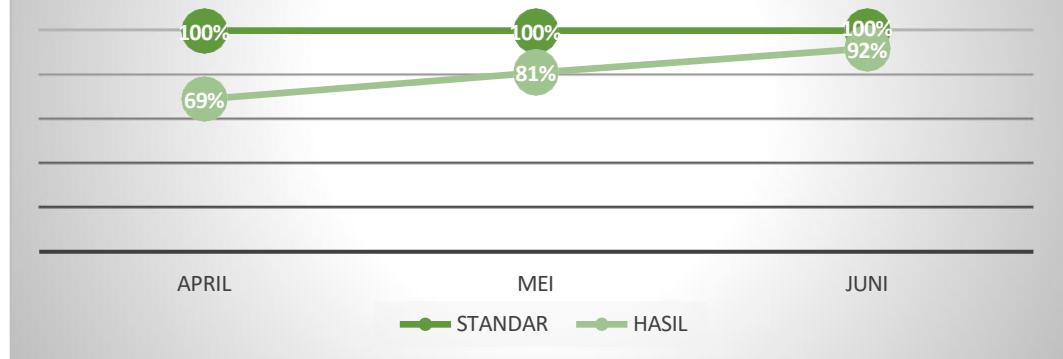
INDIKATOR	STD	APR	MEI	JUN
Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh pada pasien di ruang rawat inap	100%	100%	100%	100%
Kepatuhan Pengisian <i>Informed Consent</i> tindakan kemoterapi	100%	100%	99%	99%
Kepatuhan pengisian SIT operasi oleh DPJP sebelum tindakan operasi	100%	69%	81%	92%
Respon Time pengoplosan obat kemoterapi ≤ 45 menit	100%	92%	89%	89%
Waktu Tanggap Pasien Trauma di IGD ≤ 10 menit	100%	100%	100%	100%
Respon Time Pemeriksaan dan Pembacaan Foto Rontgen Rawat Jalan ≤ 60 menit	80%	98%	99%	98%
Kesalahan Penyerahan Perbekalan Farmasi	0%	0%	0%	0%
Respon Time Pelayanan Obat Racikan di Kasir Asuransi ≤ 35 menit	80%	88%	87%	91%
Respon Time Pelayanan Kasir Asuransi Rawat Jalan ≤ 15 menit	80%	93%		

d. Pencapaian Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit Bulan April – Juni Tahun 2024

Gambar 3. 2 Hasil Indikator Mutu Prioritas RS MMC



Kepatuhan pengisian SIT operasi oleh DPJP sebelum tindakan Operasi



BAB IV

PENUTUP

A. Kesimpulan

Kesehatan merupakan hak dasar yang harus dipenuhi oleh negara, sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Pengesahan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menjadi langkah strategis pemerintah untuk memperkuat sistem kesehatan nasional yang berkeadilan, merata, dan berkelanjutan. Salah satu fokus utama dalam undang-undang ini adalah penekanan pada pentingnya akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk rumah sakit, untuk menjamin mutu layanan dan keselamatan pasien.

Kegiatan magang yang dilakukan di Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre (MMC) menunjukkan bahwa partisipasi aktif dalam berbagai aktivitas terkait kesehatan masyarakat, seperti keterlibatan dalam komite mutu dan rapat kelompok kerja, sangat penting untuk mendukung proses akreditasi rumah sakit. Melalui pengalaman ini, kami belajar tentang pengelolaan dan peningkatan mutu pelayanan, serta berkontribusi dalam memastikan bahwa semua tahapan akreditasi berjalan sesuai standar yang telah ditetapkan.

Keterlibatan kami dalam komite mutu memberikan wawasan mendalam tentang pentingnya kualitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien. Diskusi yang terjadi dalam rapat kelompok kerja memungkinkan kami untuk memahami berbagai aspek kesehatan masyarakat secara lebih komprehensif. Tugas-tugas yang diberikan oleh pembimbing lapangan tidak hanya memperkaya pengalaman praktis kami, tetapi juga membantu dalam pelaksanaan program-program yang sedang berjalan di rumah sakit.

Secara keseluruhan, kegiatan ini merupakan bagian integral dari upaya untuk mencapai akreditasi yang optimal bagi Rumah Sakit MMC. Melalui kerja sama dan koordinasi yang baik antara semua pihak yang terlibat, kami berhasil mendukung kelancaran proses akreditasi dan meminimalkan potensi kesalahan yang dapat memengaruhi hasil akhir. Dengan demikian, pengalaman magang ini tidak hanya memberikan pengetahuan dan keterampilan baru bagi kami, tetapi juga berkontribusi pada peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre.

B. Saran

Untuk Mahasiswa

- a. Mengambil inisiatif dalam proyek-proyek kecil atau tugas yang diberikan dapat meningkatkan pemahaman tentang proses akreditasi dan manajemen mutu.
- b. Manfaatkan kesempatan magang untuk membangun jaringan dengan profesional di bidang kesehatan. Berinteraksi dengan staf rumah sakit dan peserta magang lain dapat membuka peluang untuk kolaborasi di masa depan.
- c. Setelah menyelesaikan magang, lakukan evaluasi diri untuk memahami pengalaman yang didapat. Identifikasi kekuatan dan area yang perlu diperbaiki,

serta bagaimana pengalaman tersebut dapat diterapkan di masa depan.

b. Untuk Instansi

- a. Membangun kerjasama yang lebih erat dengan institusi pendidikan untuk merancang kurikulum yang relevan dengan kebutuhan industri kesehatan, sehingga mahasiswa lebih siap menghadapi tantangan di lapangan.
- b. Meningkatkan komunikasi antar tim di dalam Komite Mutu untuk memastikan semua anggota memahami peran dan tanggung jawab masing-masing. Pertemuan rutin dan laporan kemajuan dapat membantu menjaga transparansi dan kolaborasi yang lebih baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Joint Commission International. (2011). *Accreditation standards for hospitals (5th ed.)*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (1998). Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 159a/Menkes/PER/II/1998 tentang Rumah Sakit.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2009). *Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2012). *Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 012/MENKES/PER/I/2012 tentang Akreditasi Rumah Sakit*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). Keputusan Menteri Kesehatan RI No. HK.01.07/Menkes/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). (2018). Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1. Jakarta: KARS.
- Marianingsih, D. (2010). Tingkat kesiapan pelayanan IGD RS Muhammadiyah Bantul terhadap standar akreditasi tahun 2007.

Simorangkir, D., & Friska, F. (2004). Gambaran self-assessment pelayanan keperawatan menuju akreditasi tahun 2004 di RSUP H. Adam Malik Medan.

Sundoro, T. (2013). Evaluasi pelaksanaan sasaran keselamatan pasien sesuai akreditasi rumah sakit versi 2012 di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede Yogyakarta.

Gastemeier, P., Brauer, H., Frosters, et al. (2002). A quality management project in 8 selected hospitals to reduce nosocomial infections: A prospective, controlled study.

Republik Indonesia. (2023). *Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Sekretariat Negara.

Lampiran 1. 1 Lampiran Surat Izin dari Institusi



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PROF. DR. HAMKA FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN

Jl. Limau II, Kebayoran Baru, Jakarta Selatan 12130
Telp./Fax. (021) 7256157. <http://fikes.uhamka.ac.id>, <http://uhamka.ac.id>

Nomor : 2694 / B.04.02/2024

Lamp :-

Hal : *Permohonan Izin Magang*

Jakarta, 09 Shafar 1446 H

14 Agustus 2024 M

Yang terhormat,

Dr. Isnindyarti, MKM

Direktur Utama Rumah Sakit MMC

Metropolitan Medical Centre, Jl. H. R. Rasuna Said No.C-21, RT.1/RW.7, Karet, Kuningan
Kecamatan Setiabudi, Kota Jakarta Selatan, Daerah Khusus Ibukota Jakarta 12940

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh,

Pimpinan Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Prof. DR. Hamka (FIKES UHAMKA) Menerangkan bahwa:

NO	NAMA	NIM	SEMESTER	PEMINATAN
1	Nursilva Oktaviani	2105015081	VII (Tujuh)	Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK)
2	Niken Sagita Usman	2105015041	VII (Tujuh)	Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK)

Adalah mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat yang harus mengambil mata kuliah Magang. Secara keseluruhan aktifitas Magang tersebut berlangsung selama 25 hari kerja efektif. Sehubungan hal tersebut kami mohon bantuan Bapak/Ibu berkenan memberikan izin bagi mahasiswa kami untuk dapat melaksanakan Magang di Instansi yang Bapak/Ibu pimpin.

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan ucapan terimakasih.

*Wabillahittaufiq walhidayah,
Wassaamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.*



Mira Sofyaningsih, M.Si
NIK: 0313096903

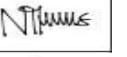
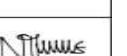
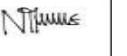
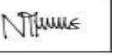
Lampiran 1.2 Lampiran Log Book Mahasiswa



Formulir Log book Mahasiswa Selama Pelaksanaan Magang

Nama Mahasiswa/NIM : 1. Nursilva Oktaviani/2105015081
2. Niken Sagita Usman/2105015041

Kelompok : Administrasi Kebijakan Kesehatan 9

No.	Hari dan Tanggal	Jam Masuk	Jam Pulang	Kehadiran	Kegiatan Magang	Keterangan	TTD Mahasiswa
1.	Senin, 09 September 2024	09.00 WIB	16.30 WIB	Hadir	<ul style="list-style-type: none"> - Perkenalan dengan semua Tim Organisasi Komite mutu - Melakukan kegiatan supervisi 1 - Melakukan pembahasan terkait instrument survei akreditasi, lampiran pedoman, struktur organisasi komite mutu RS MMC. 	-	
	Senin, 09 September 2024	09.00 WIB	16.30 WIB	Hadir		-	
2.	Selasa, 10 September 2024	07.30 WIB	16.30 WIB	Hadir	<ul style="list-style-type: none"> - Zoom Meeting membahas tentang "Pahami Depresi Cegah Bunuh Diri" - Melakukan rapat tentang akreditasi. 	-	
	Selasa, 10 September 2024	07.30 WIB	16.30 WIB	Hadir		-	
3.	Rabu, 11 September 2024	07.30 WIB	16.30WIB	Hadir	<ul style="list-style-type: none"> - Membuat kuesioner tentang RS Swasta Tipe B. - Membuat grafik data dari data yang diberikan. - Melakukan rapat tentang komunikasi edukasi. 	-	
	Rabu, 11 September 2024	07.30 WIB	16.30 WIB	Hadir		-	
4.	Kamis, 12 September 2024	07.30 WIB	16.30WIB	Hadir	<ul style="list-style-type: none"> - Membuat kuesioner kepuasan pasien per unit. - Melakukan pengisian Komisi Akreditasi Rumah Sakit MMC. 	-	
	Kamis, 12 September 2024	07.30 WIB	16.30 WIB	Hadir		-	
5.	Jumat , 13 September 2024	07.30 WIB	16.30WIB	Hadir	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan Rekapitulasi indikator mutu tahun 2023-2024. - Melakukan Rapat Insiden Sasaran Keselamatan Pasien (SKP), Insiden KNC. 	-	
	Jumat , 13 September 2024	07.30 WIB	16.30 WIB	Hadir		-	
6.	Senin, 16 September 2024	07.30 WIB	16.30 WIB	Hadir	<ul style="list-style-type: none"> - Melihat hasil survei terbaru di RS MMC tentang budaya keselamatan pasien. 	-	
	Senin, 16 September 2024	07.30 WIB	16.30 WIB	Hadir		-	

7.	Selasa, 17 September 2024	07.30 WIB	16.30WIB	Hadir	- Menggerjakan tabel perbandingan capaian INM RS. MMC dengan capaian rata-rata INM RS Nasional tahun 2023.	-	<i>Sob</i>
	Selasa, 17 September 2024	07.30 WIB	16.30 WIB	Hadir		-	<i>Nurmu</i>
8.	Rabu, 18 September 2024	07.30 WIB	16.30WIB	Hadir	- Mengikuti rapat Pokja SKP 1,2,3,4,5,6.	-	<i>Sob</i>
	Rabu, 18 September 2024	07.30 WIB	16.30 WIB	Hadir		-	<i>Nurmu</i>
9.	Kamis, 19 September 2024	07.30 WIB	16.30WIB	Hadir	- Mengikuti rapat insiden farmasi laporan 3 kasus.	-	<i>Sob</i>
	Kamis, 19 September 2024	07.30 WIB	16.30 WIB	Hadir		-	<i>Nurmu</i>
10.	Jumat, 20 September 2024	07.30 WIB	16.30WIB	Hadir	- Mengikuti Rapat Akreditasi dan presentasi setiap masing-masing Pokja.	-	<i>Sob</i>
	Jumat, 20 September 2024	07.30 WIB	16.30 WIB	Hadir		-	<i>Nurmu</i>
11.	Senin, 23 September 2024	07.30 WIB	16.30 WIB	Hadir	- Mengikuti Rapat Akreditasi dan persentasi setiap masing-masing Pokja.	-	<i>Sob</i>
	Senin, 23 September 2024	07.30 WIB	16.30 WIB	Hadir		-	<i>Nurmu</i>

12.	Selasa, 24 September 2024	07.30 WIB	16.30WIB	Hadir	- Mengikuti Zoom Meeting tentang sosialisasi kewaspadaan MPox (cacar monyet)	-	<i>Sob</i>
	Selasa, 24 September 2024	07.30 WIB	16.30 WIB	Hadir		-	<i>Nurmu</i>
13.	Rabu, 25 September 2024	07.30 WIB	16.30 WIB	Hadir	- Melakukan rapat tentang susunan pengurus komite mutu.	-	<i>Sob</i>
	Rabu, 25 September 2024	07.30 WIB	16.30 WIB	Hadir		-	<i>Nurmu</i>
14.	Kamis, 26 September 2024	07.30 WIB	16.30WIB	Hadir	- Ngerekap Absensi pelatihan Diklat - Menginput data dari Website SIDOKAR ke Excel setiap masing-masing pokja.	-	<i>Sob</i>
	Kamis, 26 September 2024	07.30 WIB	16.30 WIB	Hadir		-	<i>Nurmu</i>
15.	Jumat, 27 September 2024	07.30 WIB	16.30WIB	Hadir	- Menginput data dari Website SIDOKAR ke Excel setiap masing-masing pokja.	-	<i>Sob</i>
	Jumat, 27 September 2024	07.30 WIB	16.30 WIB	Hadir		-	<i>Nurmu</i>
16.	Senin, 30 September 2024	07.30 WIB	16.30WIB	Hadir	- Menginput data dari Website SIDOKAR ke Excel setiap masing-masing pokja. - Membuat grafik Tri Wulan masing-masing indikator.	-	<i>Sob</i>

	Senin, 30 September 2024	07.30 WIB	16.30 WIB	Hadir		-	Nurhikma
17.	Selasa, 01 Oktober 2024	07.30 WIB	16.30 WIB	Hadir	- Memahami Instrumen Survei Akreditasi KARS.	-	Sab
	Selasa, 01 Oktober 2024	07.30 WIB	16.30 WIB	Hadir		-	Nurhikma
18.	Rabu, 02 Oktober 2024	07.30 WIB	16.30 WIB	Hadir	- Membuat grafik Tri Wulan masing-masing indikator.	-	Sab
	Rabu, 02 Oktober 2024	07.30 WIB	16.30 WIB	Hadir		-	Nurhikma
19.	Kamis, 03 Oktober 2024	07.30 WIB	16.30 WIB	Hadir	- Melakukan kegiatan Supervisi 2. - Berpamitan dengan pembimbing lapangan dan staf lainnya. - Melakukan Dokumentasi dengan	-	Sab
	Kamis, 03 Oktober 2024	07.30 WIB	16.30 WIB	Hadir		-	Nurhikma
20.	Jumat, 04 Oktober 2024	07.30 WIB	16.30 WIB	Hadir	- Menginput data dari Website SIDOKAR ke Excel setiap masing-masing pokja	-	Sab
	Jumat, 04 Oktober 2024	07.30 WIB	16.30 WIB	Hadir		-	Nurhikma
21.	Senin, 07 Oktober 2024	07.30 WIB	16.30 WIB	Hadir	- Mengerjakan tabel perbandingan capaian INM RS. MMC dengan capaian rata-rata INM RS Nasional tahun 2023.	-	Sab
	Senin, 07 Oktober 2024	07.30 WIB	16.30 WIB	Hadir		-	Nurhikma
22.	Selasa, 08 Oktober 2024	07.30 WIB	16.30 WIB	Hadir	- Memahami Instrumen panduan Akreditasi Rumah Sakit MMC	-	Sab
	Selasa, 08 Oktober 2024	07.30 WIB	16.30 WIB	Hadir		-	Nurhikma
23.	Rabu, 09 Oktober 2024	07.30 WIB	16.30 WIB	Hadir	- Memahami Instrumen panduan Akreditasi Rumah Sakit MMC	-	Sab
	Rabu, 09 Oktober 2024	07.30 WIB	16.30 WIB	Hadir		-	Nurhikma
24.	Kamis, 10 Oktober 2024	07.30 WIB	16.30 WIB	Hadir	- Memahami Instrumen panduan Akreditasi Rumah Sakit MMC	-	Sab
	Kamis, 10 Oktober 2024	07.30 WIB	16.30 WIB	Hadir		-	Nurhikma
25.	Jumat, 11 Oktober 2024	07.30 WIB	16.30 WIB	Hadir	- Berpamitan dengan pembimbing lapangan dan staf lainnya.	-	Sab
	Jumat, 11 Oktober 2024	07.30 WIB	16.30 WIB	Hadir		-	Nurhikma

Jakarta, 18 November 2024

Ibu Ns. Pratiwi Sri Widodo, S.Kep

Lampiran 1. 3 Lampiran Log Book Kegiatan AIK Mahasiswa

	<p style="text-align: center;">PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PROF DR HAMKA</p>
-----------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Formulir Logbook Aik Mahasiswa Selama Pelaksanaan Magang

Nama Mahasiswa/NIM : Nursilva Oktaviani/2105015081

Kelompok : 9 (Administrasi Kebijakan Kesehatan)

No.	Hari dan Tanggal	Kehadiran	Kegiatan AIK	Keterangan
1.	Senin, 09 September2024	-	Berhalangan	-
2.	Selasa, 10 September2024	-	Berhalangan	-
3.	Rabu, 11 September 2024	-	Berhalangan	-
4.	Kamis, 12 September 2024	Hadir	Salat Individu	-
5.	Jumat , 13 September 2024	Hadir	Salat Individu	-
6.	Senin, 16 September 2024	Hadir	Salat Individu	-
7.	Selasa, 17 September 2024	Hadir	Salat Individu	-
8.	Rabu, 18 September 2024	Hadir	Salat Individu	-
9.	Kamis, 19 September 2024	Hadir	Salat Individu	-

10.	Jumat, 20 September 2024	Hadir	Salat Individu	-
11.	Senin, 23 September 2024	Hadir	Salat Individu	-
12.	Selasa, 24 September 2024	Hadir	Salat Individu	-
13.	Rabu, 25 September 2024	Hadir	Salat Individu	-
14.	Kamis, 26 September 2024	Hadir	Salat Individu	-
15.	Jumat, 27 September 2024	Hadir	Salat Individu	-
16.	Senin, 30 September 2024	Hadir	Salat Individu	-
17.	Selasa, 01 Oktober 2024	Hadir	Salat Individu	-
18.	Rabu, 02 Oktober 2024	Hadir	Salat Individu	-
19.	Kamis, 03 Oktober 2024	Hadir	Salat Individu	-
20.	Jumat, 04 Oktober 2024	Hadir	Salat Individu	-
21.	Senin, 07 Oktober 2024	Hadir	Salat Individu	-
22.	Selasa, 08 Oktober 2024	-	Berhalangan	-
23.	Rabu, 09 Oktober 2024	-	Berhalangan	-
24.	Kamis, 10 Oktober 2024	-	Berhalangan	-
25.	Jumat, 11 Oktober 2024	-	Berhalangan	-

Jakarta, 18 November 2024

Ibu Ns. Pratiwi Sri Widodo, S.Kep



PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PROF DR HAMKA

Formulir Logbook AIK Mahasiswa Selama Pelaksanaan Magang

Nama Mahasiswa/NIM : Niken Sagita Usman

Kelompok : 9 (Administrasi Kebijakan Kesehatan)

No.	Hari dan Tanggal	Kehadiran	Kegiatan AIK	Keterangan
1.	Senin, 09 September 2024	Hadir	Salat Individu	-
2.	Selasa, 10 September 2024	Hadir	Salat Individu	-
3.	Rabu, 11 September 2024	Hadir	Salat Individu	-
4.	Kamis, 12 September 2024	Hadir	Salat Individu	-
5.	Jumat, 13 September 2024	Hadir	Salat Individu	-
6.	Senin, 16 September 2024	Hadir	Salat Individu	-
7.	Selasa, 17 September 2024	Hadir	Salat Individu	-
8.	Rabu, 18 September 2024	Hadir	Salat Individu	-
9.	Kamis, 19 September 2024	Hadir	Salat Individu	-
10.	Jumat, 20 September 2024	Hadir	Salat Individu	-
11.	Senin, 23 September 2024	-	Berhalangan	-

12.	Selasa, 24 September 2024	-	Berhalangan	-
13.	Rabu, 25 September 2024	-	Berhalangan	-
14.	Kamis, 26 September 2024	-	Berhalangan	-
15.	Jumat, 27 September 2024	-	Berhalangan	-
16.	Senin, 30 September 2024	Hadir	Salat Individu	-
17.	Selasa, 01 Oktober 2024	Hadir	Salat Individu	-
18.	Rabu, 02 Oktober 2024	Hadir	Salat Individu	-
19.	Kamis, 03 Oktober 2024	Hadir	Salat Individu	-
20.	Jumat, 04 Oktober 2024	Hadir	Salat Individu	-
21.	Senin, 07 Oktober 2024	Hadir	Salat Individu	-
22.	Selasa, 08 Oktober 2024	Hadir	Salat Individu	-
23.	Rabu, 09 Oktober 2024	Hadir	Salat Individu	-
24.	Kamis, 10 Oktober 2024	Hadir	Salat Individu	-
25.	Jumat, 11 Oktober 2024	Hadir	Salat Individu	-

Jakarta, 18 November 2024

Ibu Ns. Pratiwi Sri Widodo, S.Kep

Lampiran 1. 4 Lampiran Kegiatan Mahasiswa Berdasarkan Kompetensi Kesmas

	PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PROF DR HAMKA
-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Formulir Kegiatan Mahasiswa Berdasarkan Kompetensi Kesmas

Nama Mahasiswa/NIM : 1. Nursilva Oktaviani/2105015081
2. Niken Sagita Usman/2105015041

Kelompok : 9 (Administrasi Kebijakan Kesehatan)

No.	Kompetensi Kesmas	Kegiatan yang Dilakukan	Waktu
1.	Kemampuan Melakukan Kajian dan Analisis Situasi	Pada Kajian Dan Analisis Situasi ini Berupa Rekapitulasi Akreditasi dan Hasil Indikator Mutu Pelayanan di Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre Tahun 2024.	10 September 2024
2.	Kemampuan Mengembangkan Perencanaan dan Kebijakan Program Kesehatan Masyarakat	Mengevaluasi perbandingan capaian INM RS MMC dengan capaian rata-rata INM RS Nasional tahun 2023. Mengevaluasi dengan mengidentifikasi insiden yang terjadi di Rumah Sakit MMC	17 September 2024
3.	Kemampuan Melakukan Komunikasi	Komunikasi dilakukan antara <i>Chief Executive Officer</i> (CEO) dengan pengurus komite dan masing-masing POKJA terkait cakupan permasalahannya.	18-24 September 2024
4.	Kemampuan Memahami Budaya Lokal	Menyesuaikan beberapa prosedur perawatan atau tata laksana yang sesuai. Seperti, dalam konteks agama atau kepercayaan tertentu rumah sakit mungkin perlu mempertimbangkan preferensi pasien serta praktik sosial yang bisa mempengaruhi kesehatan.	September 2024
5.	Kemampuan Melakukan Pemberdayaan Masyarakat	Memantau dan menilai program pemberdayaan masyarakat untuk mengukur dampaknya pada kesehatan masyarakat sekitar. Akreditasi mengevaluasi manajemen program. RS MMC memastikan layanan kesehatan mudah dikases oleh semua pasien, terutama dibagian pengambilan obat.	September 2024
6.	Kemampuan Memahami Dasardasar Ilmu Kesehatan Masyarakat	RS MMC menerapkan siklus perbaikan mutu terus-menerus, misalnya melalui audit klinis, survei kepuasan pasien, dan penilaian kinerja staf medis.	September 2024
7.	Kemampuan Memimpin dan Berpikir Sistem	Feedback dan Diseminasi tentang akreditasi di RS Metropolitan Medical Centre.	Oktober 2024

Jakarta, 18 November 2024



Dr. Evindiyah Prita Dewi, S.KM., MARS

Lampiran 1. 5 Lampiran Formulir Bimbingan Mahasiswa Magang

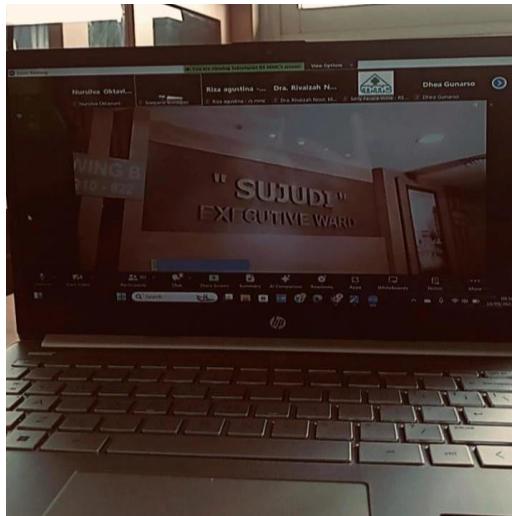
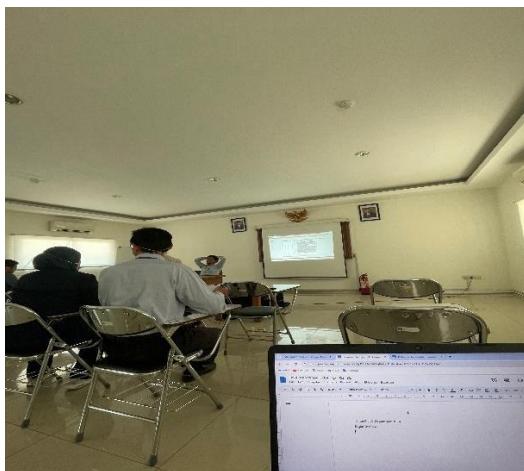
	<p style="text-align: center;">PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PROF DR HAMKA</p>
-----------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Formulir Bimbingan Mahasiswa Magang

Nama Mahasiswa/NIM : 1. Nursilva Oktaviani/2105015081
2. Niken Sagita Usman/2105015041
Nama Tempat Magang : Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre
Alamat Tempat Magang : Jl. H. R. Rasuna Said. C 20-21, RT.1/RW.5, Karet Kuningan, Kota Jakarta Selatan, Daerah Khusu Ibukota Jakarta 12940.

No.	Hari, Tanggal	Kegiatan	Mahasiswa Hadir	TTD Pembimbing
1.	7 Agustus 2024	Diskusi terkait lokasi dan Divisi Magang.		
2.	14 November 2024	Diskusi terkait laporan Magang dan revisi.		

Lampiran 1. 6 Lampiran Dokumentasi Kegiatan Mahasiswa

	Mengikuti kegiatan rapat Pokja SKP
	Mengikuti kegiatan Zoom tentang “Memperingati Hari Pencegahan Bunuh Diri Sedunia”
	Mengikuti Kegiatan Rapat setiap Pokja.



Mengikuti kegiatan rapat dalam presentasi dari setiap Pokja