

Standar Akreditasi Pelayanan Kesehatan (Kode: MIK 631)



**Dosen Pengampu:
SISWATI, SKM, MKM**

**Prodi Manajemen Informasi Kesehatan
Universitas Esa Unggul
2018**

MODUL 3

AKREDITASI RUMAH SAKIT DI INDONESIA

Siswati, AMd.PerKes, SKM,MKM

PENGANTAR

Unit kerja merupakan bagian dari organisasi rumah sakit. Setiap unit kerja mempunyai tugas pokok dan fungsi masing-masing sesuai peranan dan tugasnya. Unit kerja adalah tempat di mana orang-orang bekerja untuk menghasilkan produk yang ditetapkan oleh organisasinya. Berapa jumlah unit kerja, nama unit kerja dan tugas serta tanggung jawabnya akan tergambar dalam struktur organisasi rumah sakit.

Setiap unit kerja di rumah sakit ataupun fasilitas pelayanan kesehatan mempunyai kewajiban dalam menata dan mengelola unit kerjanya. Mengatur sumber daya yang tersedia agar menghasilkan output yang diharapkan dan sesuai standar akreditasi. Selain itu, dokumen menjadi kewajiban unit kerja yang penting diperhatikan dalam standar akreditasi. Bagaimana akan dapat mengelola dengan baik, jika tidak ada dokumen pembuktiannya. Oleh karena itu dokumen yang harus tersedia dan dibuat oleh unit kerja di rumah sakit menjadi kewajiban dari masing-masing penanggung jawab unit kerja. Dokumen unit kerja termasuk dengan regulasi yang wajib disiapkan yang menjadi acuan penyusunan pedoman, panduan dan standar prosedur operasional (SPO).

Pada modul ini akan dibahas tentang kebijakan dan dokumen yang harus disiapkan di setiap unit kerja di fasilitas pelayanan kesehatan sesuai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1.

Agar dapat memahami materi ini dengan baik, mahasiswa diharapkan mempelajari modul ini tidak hanya berdasarkan teks pada modul tetapi juga mempelajari contoh, mengikuti latihan yang ada. Selain itu mencoba mengerjakan tes yang diberikan sehingga dapat mengetahui seberapa jauh telah memahami. Mahasiswa juga diharapkan tidak hanya berpatokan pada modul semata, tetapi juga dapat mempelajarinya dari sumber-sumber lain seperti yang terdapat dalam daftar pustaka atau buku-buku lain yang berhubungan dengan bahasan ini.

Secara umum, tujuan dari modul ini adalah untuk menjelaskan standar nasional akreditasi rumah sakit di Indonesia. Secara khusus setelah mempelajari modul ini, Anda diharapkan dapat menjelaskan tentang:

1. Regulasi unit kerja
2. Kewajiban unit kerja

Untuk memudahkan Anda mempelajarinya, modul ini terbagi menjadi 2(dua) topik yaitu:

Topik 1, membahas tentang regulasi unit kerja

Topik 2, membahas tentang kewajiban unit kerja

Agar Anda berhasil menguasai materi-materi sebagaimana dikemukakan di atas, ikutilah petunjuk belajar berikut ini.

1. Baca pendahuluan dengan cermat sebelum membaca materi topik
2. Baca topik dengan cermat
3. Kerjakan latihan sesuai petunjuk/rambu-rambu yang diberikan. Jika tersedia kunci latihan, janganlah melihat kunci sebelum mengerjakan latihan !
4. Baca rangkuman, kemudian kerjakan tes secara jujur tanpa terlebih dahulu melihat kunci jawaban !
5. Laksanakan tindak lanjut sesuai dengan prestasi yang Anda peroleh dalam mempelajari setiap topik !

Jika petunjuk tersebut Anda ikuti dengan disiplin, Anda akan berhasil.

Selamat belajar !

TOPIK 1

REGULASI RUMAH SAKIT

Banyak kegiatan yang dilakukan di rumah sakit khususnya di unit kerja, tetapi seringkali tidak ada pembuktiannya. Jika ada pertanyaan “mana buktinya”, petugas tidak dapat menjawab dengan tepat dan benar. Dengan adanya akreditasi, rumah sakit diharapkan membuat dokumen sebagai bukti setiap pelaksanaan kegiatan. Dalam penerapan standar akreditasi rumah sakit sangatlah diperlukan berbagai kebijakan dan dokumen rumah sakit. Dokumen tersebut dapat dalam bentuk regulasi maupun bukti pelaksanaan kegiatan. Dokumen unit kerja merupakan bagian yang cukup penting dari proses akreditasi rumah sakit. Oleh karena itu, persiapan dokumen merupakan hal pokok dalam akreditasi rumah sakit.

Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) terus mengembangkan dan menyempurnakan standar akreditasi yang disesuaikan dengan standar internasional yaitu *Joint Comission Akreditation*. Akreditasi rumah sakit merupakan upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit yang dilakukan dengan membangun sistem dan budaya mutu. Melalui akreditasi rumah sakit diharapkan ada perbaikan sistem yang meliputi *input*, *proses* dan *output* serta *outcome*.

Sebagai dasar dimulainya pembangunan sistem di rumah sakit, diperlukan dokumen yang merupakan regulasi di rumah sakit. Regulasi sebaiknya diatur dalam bentuk panduan tata naskah rumah sakit. Ada 2(dua) jenis naskah di rumah sakit, yaitu naskah yang merupakan produk hukum (regulasi) dan yang bukan merupakan produk hukum (surat dinas).

Dengan terbitnya Undang-Undang RI Nomor 44 tahun 2009, maka rumah sakit harus mempersiapkan diri dengan sebaik-baiknya dalam aspek hukum yang terkait dengan kewajiban rumah sakit. Kewajiban rumah sakit dalam bentuk bantuan hukum kepada staf rumah sakit karena harus bertanggung jawab secara hukum sesuai ketentuan Undang-Undang Rumah Sakit.

Sesuai Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi yang diterbitkan oleh KARS pada 2012 bahwa pelaksanaan survei akreditasi rumah sakit versi 2012 yang dilakukan dengan cara:

1. Wawancara kepada pasien dan atau keluarganya, serta kepada pimpinan rumah sakit dan atau staf rumah sakit.
2. On-site observasi terhadap kegiatan pelayanan, maupun untuk melihat bukti secara fisik, baik berupa dokumen maupun fasilitas rumah sakit.

Dalam SNARS Edisi 1 tahun 2017, pelaksanaan survei ditetapkan menggunakan metode telusur yaitu proses survei oleh surveior KARS langsung di lokasi. Dalam metode aktivitas telusur, surveior memilih pasien dari populasi pasien di rumah sakit dan melakukan telusur terhadap asuhan yang diberikan kepada pasien oleh rumah sakit dan juga akan melakukan aktivitas telusur terhadap sistem dan proses penting dalam pelayanan klinis dan manajerial. Dalam aktivitas ini surveior dapat menemukan bukti masalah ketidakpatuhan terhadap standar dalam satu atau beberapa langkah proses

pelayanan dan asuhan pasien serta proses manajemen atau pada saat acara pertemuan diantara proses-proses tersebut.

Dalam proses survei, surveior dapat melakukan:

1. Wawancara kepada staf secara individual atau di dalam kelompok
2. Mengamati perawatan pasien
3. Wawancara kepada pasien dan keluarga
4. Meninjau rekam medis pasien
5. Meninjau catatan personel/file pegawai
6. Meninjau regulasi dan dokumen lainnya.

Dokumen akreditasi adalah semua dokumen yang harus disiapkan oleh rumah sakit dalam memenuhi standar akreditasi rumah sakit. Dalam hal ini dokumen dibedakan menjadi 2(dua) jenis, yaitu dokumen yang merupakan regulasi dan dokumen sebagai bukti pelaksanaan kegiatan. Untuk dokumen yang merupakan regulasi sangat dianjurkan untuk dibuat dalam bentuk panduan tata naskah rumah sakit.

Dokumen regulasi rumah sakit dapat dibedakan menjadi:

1. Regulasi pelayanan rumah sakit yang terdiri dari:
 - a. Kebijakan pelayanan rumah sakit
 - b. Pedoman/panduan pelayanan rumah sakit
 - c. Standar prosedur operasional (SPO)
 - d. Rencana jangka panjang (renstra, rencana strategis bisnis, *bisnis plan*, dll)
 - e. Rencana kerja tahunan (RKA, RBA atau lainnya)
2. Regulasi di unit kerja rumah sakit yang terdiri dari:
 - a. Kebijakan pelayanan rumah sakit
 - b. Pedoman/panduan pelayanan rumah sakit
 - c. Standar prosedur operasional (SPO)
 - d. Program (rencana kerja tahunan unit kerja)

Kebijakan dan pedoman dapat ditetapkan berdasarkan keputusan atau peraturan direktur sesuai dengan panduan tata naskah di masing-masing rumah sakit.

Dokumen sebagai bukti pelaksanaan terdiri dari:

1. Bukti tertulis kegiatan/rekam kegiatan
2. Dokumen pendukung lainnya: ijasah, sertifikat pelatihan, sertifikat perijinan, kalibrasi, dll

Kebijakan, pedoman/panduan dan SPO merupakan kelompok dokumen regulasi sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatan, dimana

kebijakan merupakan regulasi yang tertinggi di rumah sakit. Selanjutnya diikuti dengan pedoman/panduan dan kemudian SPO. Oleh karena itu untuk menyusun pedoman/panduan harus mengacu pada kebijakan-kebijakan yang sudah dikeluarkan oleh rumah sakit, sedangkan untuk menyusun SPO harus berdasarkan kebijakan dan pedoman/panduan.

TOPIK 2

KEWAJIBAN UNIT KERJA

Dalam memenuhi standar akreditasi setiap unit kerja di rumah sakit, termasuk unit kerja rekam medis dan informasi kesehatan wajib memenuhi kelengkapan dokumen yang terdiri dari

1. Kebijakan pelayanan
2. Pedoman pengorganisasian
3. Pedoman pelayanan
4. Standar prosedur operasional (SPO)
5. Bukti pelaksanaan
6. Program kerja
7. Laporan (bulanan, tahunan)
8. Rapat
9. Orientasi
10. Pelatihan

Dari 10 (sepuluh) kewajiban tersebut akan diuraikan secara singkat pada topik ini, sebagai berikut:

1. Kebijakan pelayanan

Kebijakan rumah sakit adalah penetapan direktur/pimpinan rumah sakit pada tatanan strategis atau bersifat garis besar yang mengikat. Karena kebijakan bersifat garis besar maka untuk penerapannya di unit kerja rekam medis dan informasi kesehatan, perlu disusun pedoman/panduan dan prosedur sehingga ada kejelasan langkah-langkah untuk melaksanakan kebijakan tersebut. Kebijakan ditetapkan dengan peraturan atau keputusan direktur/pimpinan rumah sakit. Kebijakan dapat dituangkan dalam pasal-pasal di dalam peraturan/keputusan tersebut, atau merupakan lampiran dari peraturan/keputusan. Contoh format dokumen untuk kebijakan adalah format peraturan/keputusan direktur rumah sakit/pimpinan rumah sakit sebagai berikut:

a. Pembukaan

- Judul : Peraturan/Keputusan Direktur RS tentang Kebijakan pelayanan.....
- Nomor : sesuai dengan nomor surat peraturan/keputusan RS
- Jabatan pembuat peraturan/keputusan ditulis simetris, diletakkan di tengah margin serta ditulis dengan huruf kapital
- Konsideran
 - ✓ Konsideran “Menimbang”, memuat uraian singkat tentang pokok-pokok pikiran yang menjadi latar belakang dan alasan pembuatan peraturan/keputusan. Huruf awal kata menimbang ditulis dengan huruf kapital diakhiri dengan tanda baca titik dua dan diletakkan di bagian kiri
 - ✓ Konsideran “Mengingat”, yang memuat dasar kewenangan dan peraturan perundang-undangan yang memerintahkan pembuatan peraturan/keputusan tersebut. Peraturan perundang-undangan yang menjadi dasar hukum adalah peraturan yang tingkatannya sederajat

b. Diktum

- Diktum “Memutuskan” ditulis simetris di tengah, seluruhnya dengan huruf kapital, serta diletakkan di tengah margin
- Diktum “Menetapkan” dicantumkan setelah kata “Memutuskan” disejajarkan ke bawah dengan kata menimbang dan mengingat, huruf awal kata menetapkan ditulis dengan huruf kapital, dan diakhiri dengan tanda baca titik dua
- Nama peraturan/keputusan sesuai dengan judul(kepala), seluruhnya ditulis dengan huruf kapital dan diakhiri dengan tanda baca titik.

c. Batang tubuh

- Batang tubuh memuat semua substansi peraturan/keputusan yang dirumuskan dalam 10 diktum-diktum, misalnya:
Kesatu :
Kedua :
Dst
- Dicantumkan saat berlakunya peraturan/keputusan, perubahan, pembatalan, pencabutan ketentuan dan peraturan lainnya
- Materi kebijakan dapat dibuat sebagai lampiran peraturan/keputusan dan pada halaman terakhir ditandatangani oleh pejabat yang menetapkan peraturan/keputusan

d. Kaki

Kaki peraturan/keputusan merupakan bagian terakhir substansi peraturan/keputusan yang memuat penandatanganan penetapan peraturan/keputusan, pengundangan peraturan/keputusan yang terdiri atas tempat dan tanggal penetapan, nama jabatan, tanda tangan pejabat, dan nama lengkap pejabat yang menandatangani

e. Penandatanganan

Peraturan/keputusan direktur/pimpinan RS ditandatangani oleh direktur/pimpinan RS

f. Lampiran peraturan/keputusan

- Halaman pertama harus dicantumkan judul dan nomor peraturan/keputusan
- Halaman terakhir harus ditandatangani oleh direktur/pimpinan RS

2. Pedoman pengorganisasian unit kerja

Pedoman pengorganisasian adalah kumpulan ketentuan dasar yang memberi arah bagaimana sesuatu harus dilakukan, dengan demikian merupakan hal pokok yang menjadi dasar untuk menentukan organisasi. Sedangkan panduan adalah merupakan petunjuk dalam melakukan kegiatan. Mengingat sangat bervariasinya bentuk dan isi pedoman/panduan maka sulit untuk dibuat standar sistematiknya atau format bakunya. Oleh karena itu rumah sakit dapat menyusun/membuat sistematika pedoman/panduan sesuai kebutuhan. Namun, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan untuk format dokumen pengorganisasian dapat terdiri dari beberapa hal seperti contoh berikut:

- A. Pendahuluan
- B. Gambaran Umum RS
- C. Visi, Misi, Falsafah, Nilai dan Tujuan RS
- D. Struktur Organisasi RS
- E. Struktur Organisasi Unit Kerja
- F. Uraian Jabatan
- G. Tata Hubungan Kerja
- H. Pola ketenagaan dan kualifikasi personil
- I. Kegiatan Orientasi
- J. Pertemuan/Rapat
- K. Pelaporan

3. Pedoman Pelayanan unit kerja

Pedoman pelayanan adalah kumpulan ketentuan dasar yang memberi arah bagaimana sesuatu harus dilakukan, dengan demikian merupakan hal pokok yang menjadi dasar untuk melakukan kegiatan di unit rekam medis dan informasi kesehatan. dapat menyusun/membuat sistematika pedoman/panduan sesuai kebutuhan. Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan untuk format dokumen pelayanan dapat terdiri dari beberapa hal seperti contoh berikut:

- A. Pendahuluan
- B. Standar Ketenagaan
- C. Standar Fasilitas
- D. Tata Laksana Pelayanan
- E. Logistik
- F. Keselamatan Kerja
- G. Pengendalian Mutu
- H. Penutup

Panduan adalah petunjuk dalam melakukan kegiatan mengatur satu hal. Format panduan sebagai berikut:

- A. Definisi
- B. Ruang Lingkup
- C. Tata Laksana
- D. Dokumentasi

Beberapa panduan yang harus dibuat di unit rekam medis dan informasi kesehatan contohnya:

- a. Hak pasien dan keluarga
- b. Pelayanan kerohanian
- c. Hak *second opinion*
- d. Identifikasi pasien
- e. Komunikasi efektif
- f. Pemberian informasi dan edukasi
- g. Persetujuan tindakan medis
- h. Penolakan pengobatan
- i. Rancangan formulir rekam medis
- j. Orientasi karyawan baru, dll

4. Standar Prosedur Operasional (SPO)

Setelah menyusun panduan yang mengatur 1(satu) kegiatan, dan agar panduan dapat diimplementasikan dengan baik dan benar diperlukan pengaturan melalui standar prosedur operasional (SPO).

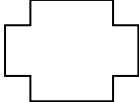
Menurut Undang-Undang RI Nomor 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit yang dimaksud dengan SPO adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan proses kerja rutin tertentu. Menurut Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit tahun 2012, yang dimaksud dengan SPO adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan proses kerja rutin tertentu.

Tujuan dari disusunnya SPO adalah agar berbagai proses kerja rutin terlaksana dengan efisien, efektif, konsisten/seragam dan aman, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku di rumah sakit, sedangkan manfaat disusunnya SPO antara lain:

- a. Memenuhi persyaratan standar pelayanan rumah sakit/akreditasi rumah sakit
- b. Mendokumentasi langkah-langkah kegiatan
- c. Memastikan staf rumah sakit memahami bagaimana melaksanakan pekerjaannya.

Format SPO sesuai dengan lampiran Surat Edaran Direktur Pelayanan Medik Spesialistik Nomor YM.00.02.2.2.837 tertanggal 1 Juni 2001, perihal bentuk SPO dan Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit tahun 2012.

Contoh format SPO sebagai berikut:

 RUMAH SAKIT	NAMA SPO		
	No Dokumen .../.../...	No Revisi A/B/C/ dst	Halaman 1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit	Ditetapkan Direktur Utama Dr	
PENGERTIAN	Penjelasan dan atau definisi tentang istilah judul kegiatan yang mungkin sulit dipahami atau menyebabkan salah pengertian.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk.....		
KEBIJAKAN	Kebijakan yang mendasari dibuatnya SPO: SK Direktur No..... tentang....		
PROSEDUR	Menggunakan kalimat perintah /instruksi 1 2 3 4 dst		
UNIT TERKAIT	Unit terkait dalam proses kerja tersebut		

5. Bukti pelaksanaan

Setiap kegiatan yang dilakukan di unit rekam medis dan informasi kesehatan wajib dibuat dokumentasinya sebagai bukti pelaksanaan.

Contoh kegiatan:

- a. Melakukan in house training
- b. Melakukan perhitungan pola ketenagaan
- c. Melakukan pengembangan sistem
- d. Melakukan review formulir rekam medis
- e. Melakukan penyusutan rekam medis
- f. Melakukan perencanaan pemusnahan rekam medis, dll

Setiap kegiatan dibuat pembuktian dengan lengkap, seperti proposal, undangan, daftar hadir, materi yang dibahas, hasil test pelatihan, dll.

LATIHAN

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Setiap rumah sakit wajib diakreditasi setiap 3(tiga) tahun oleh KARS. Apa yang Saudara ketahui tentang Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) ?
- 2) Regulasi ada 2(dua) macam yaitu regulasi nasional dan regulasi rumah sakit. Jelaskan dengan singkat apa yang dimaksud dengan regulasi di rumah sakit ?
- 3) Ada perbedaan metode pelaksanaan survei akreditasi oleh KARS antara versi 2012 dengan SNARS. Jelaskan apa perbedaannya ?
- 4) Apa yang Saudara ketahui tentang perbedaan pedoman dengan panduan ?
- 5) Sebutkan 4(empat) contoh panduan yang harus ada di unit rekam medis dan informasi kesehatan

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Baca topik 1 pada modul ini tentang regulasi unit kerja
- 2) Baca topik 1 pada modul ini tentang regulasi unit kerja
- 3) Baca topik 1 pada modul ini tentang regulasi unit kerja
- 4) Baca topik 2 tentang kewajiban unit kerja
- 5) Baca topik 2 tentang kewajiban unit kerja

RINGKASAN

- 1) Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) terus mengembangkan dan menyempurnakan standar akreditasi yang disesuaikan dengan standar internasional yaitu *Joint Comission Akreditation*. Akreditasi rumah sakit merupakan upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit yang dilakukan dengan membangun sistem dan budaya mutu.
- 2) Dalam SNARS Edisi 1 pelaksanaan survei menggunakan metode telusur yaitu proses survei langsung di lokasi. Dalam metode aktivitas telusur, surveior memilih pasien dari populasi pasien di rumah sakit dan melakukan telusur terhadap asuhan yang diberikan kepada pasien oleh rumah sakit dan juga akan melakukan aktivitas telusur terhadap sistem dan proses penting dalam pelayanan klinis dan manajerial.
- 3) Dokumen akreditasi adalah semua dokumen yang harus disiapkan oleh rumah sakit dalam memenuhi standar akreditasi rumah sakit. Dalam hal ini dokumen dibedakan menjadi 2(dua) jenis, yaitu dokumen yang merupakan regulasi dan dokumen sebagai bukti pelaksanaan kegiatan.
- 4) Kebijakan rumah sakit adalah penetapan direktur/pimpinan rumah sakit pada tatanan strategis atau bersifat garis besar yang mengikat. Karena kebijakan bersifat garis besar maka untuk penerapannya di unit kerja rekam medis dan informasi kesehatan, perlu disusun pedoman/panduan dan prosedur sehingga ada kejelasan langkah-langkah untuk melaksanakan kebijakan tersebut.
- 5) Pedoman pengorganisasian adalah kumpulan ketentuan dasar yang memberi arah bagaimana sesuatu harus dilakukan, dengan demikian merupakan hal pokok yang menjadi dasar untuk menentukan organisasi.

TES

1. Tujuan utama akreditasi rumah sakit adalah peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Dalam SNARS Edisi 1 tahun 2017, Surveior tidak hanya melihat dokumen, tetapi juga melakukan pembuktian langsung dengan suatu metode. Metode apakah yang dimaksud ?
 - A. Metode diskusi
 - B. Metode telusur
 - C. Metode wawancara
 - D. Metode pemantauan

2. Kebijakan rumah sakit adalah penetapan pimpinan rumah sakit pada tatanan strategis atau bersifat garis besar yang mengikat. Dokumen apakah yang perlu disusun untuk penerapannya di unit kerja rekam medis dan informasi kesehatan yang merupakan acuan dari beberapa hal ?
 - A. Pedoman
 - B. Panduan
 - C. Instruksi
 - D. SPO

3. Kebijakan rumah sakit adalah penetapan pimpinan rumah sakit pada tatanan strategis atau bersifat garis besar yang mengikat. Dokumen apakah yang perlu disusun untuk penerapannya di unit kerja rekam medis dan informasi kesehatan yang merupakan acuan dari satu hal ?
 - A. Pedoman
 - B. Panduan
 - C. Instruksi
 - D. SPO

4. Kebijakan rumah sakit adalah penetapan pimpinan rumah sakit pada tatanan strategis atau bersifat garis besar yang mengikat. Dokumen apakah yang perlu disusun untuk pelaksanaan kegiatan rutin tertentu ?
 - A. Pedoman
 - B. Panduan
 - C. Instruksi
 - D. SPO

5. Tujuan dari disusunnya SPO adalah agar berbagai proses kerja rutin terlaksana dengan efisien, efektif, konsisten/seragam dan aman, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku di rumah sakit. Undang-Undang manakah yang menetapkan istilah SPO ?
 - A. UU RI No. 44 Tahun 2008
 - B. UU RI No. 44 Tahun 2009
 - C. UU RI No. 44 Tahun 2010
 - D. UU RI No. 44 Tahun 2011

KEPUSTAKAAN:

Undang-Undang RI No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, Bandung: Citra Umbara.

Undang-Undang RI No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, Bandung: Citra Umbara.

Kementerian Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 147 Tahun 2010 Tentang Perizinan Rumah Sakit

Kementerian Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 340 Tahun 2010 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit

Kerjasama Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Dengan Komisi Akreditasi Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit, September 2011

Kementerian Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 34 Tahun 2017 Tentang Akreditasi Rumah Sakit

Kementerian Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien

Komisi Akreditasi Rumah Sakit, Dokumen Rekam Medis Dalam Konteks Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012, Edisi 1 Tahun 2016

Kementerian Kesehatan RI, Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit, Edisi 1 Tahun 2017