

PENGEMBANGAN INSTRUMEN TELUSUR INTERNAL

BERBASIS STANDAR AKREDITASI

DENGAN MODEL ADDIE

Studi Kasus SSU (Silaturahmi Sambang Unit)

Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta



Diajukan Oleh:

Mustika Astuti, SKep, Ns, MMR

Dr. Muhammad Ikhwan Ahada, S.Ag., M.A

Kategori 6: *Leadership And Management*

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta

2024

HALAMAN PENGESAHAN

PENGEMBANGAN INSTRUMEN TELUSUR INTERNAL

BERBASIS STANDAR AKREDITASI

DENGAN MODEL ADDIE

Studi Kasus SSU (Silaturahmi Sambang Unit)

Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Disusun Oleh :

Mustika Astuti, SKep, Ns, MMR

Dr. Muhammad Ikhwan Ahada, S.Ag., M.A

Disahkan Tanggal: 5 September 2024

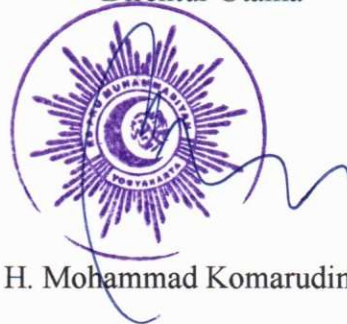
Menyetujui,

Penulis,



Mustika Astuti, SKep, Ns, MMR

Direktur Utama



dr. H. Mohammad Komarudin. Sp.A.

PENGEMBANGAN INSTRUMEN TELUSUR INTERNAL

BERBASIS STANDAR AKREDITASI

DENGAN MODEL ADDIE

Studi Kasus SSU (Silaturahmi Sambang Unit)

Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

A. RINGKASAN

Akreditasi rumah sakit dinilai paling berpotensi dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, sehingga perlu penelusuran pengalaman pasien, sistem serta proses penerima pelayanan berada dalam seluruh sistem rumah sakit tersebut. Upaya menjaga konsistensi pelaksanaan di rawat inap adalah supervisi, monitoring dan evaluasi menggunakan instrumen telusur yang dikembangkan dengan model ADDIE (*analysis, design, development, implementation, evaluation*) berupa silaturahmi sambang unit (SSU). Langkah ADDIE terbukti dapat digunakan dalam pengembangan instrument telusur unit, dimulai dari analisis, kemudian mendesign model telusur yang memudahkan, melakukan uji coba untuk mengembangkan metode telusur, melaksanakan instrumen di rawat inap dan terakhir evaluasi dengan memperhatikan feedback dari semua pihak yang terlibat.

B. LATAR BELAKANG

Akreditasi rumah sakit diartikan sebagai penilaian kepatuhan terhadap standar (Ghaffarian et al., 2024) bertujuan untuk memastikan dan mendorong perawatan berkualitas dan aman (Pelayanan Kesehatan, 2024) serta berpotensi dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan (Djasri, 2022). RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta terakreditasi paripurna oleh Lembaga Penyelenggara Akreditasi LARSI pada tahun 2022 menggunakan standar akreditasi rumah sakit yang dikeluarkan oleh Kementerian kesehatan Republik Indonesia (MenKes, 2022), tahun 2018 terakreditasi rumah sakit syariah yang diselenggarakan oleh MUI (Majlis Ulama Indonesia) dan tahun 2025 akan melaksanakan sertifikasi Standar Islami Rumah Sakit Muhammadiyah 'Aisyiyah (SIRSMA). Sebagai panduan insan dakwah di rumah sakit, semua karyawan dibekali buku transformasi budaya dalam memberikan pelayanan.

Metode telusur atau kunjungan lapangan (MenKes, 2022) untuk memastikan kondisi lapangan sesuai dengan dokumen yang disampaikan serta sebagai pembuktian melalui proses observasi, wawancara serta simulasi dengan penelusuran pengalaman pasien, sistem dan proses di mana penerima pelayanan berada dalam seluruh sistem rumah sakit tersebut (Pramudita and Nabila, 2023) serta telusur staf. Beragamnya akreditasi yang diikuti, beragam pula pemahaman yang harus dikuasai oleh staf. Kepala ruang rawat inap perlu melakukan supervisi untuk menjaga kualitas perawatan, kepatuhan terhadap prosedur dan jaminan pelayanan keperawatan yang semakin baik dengan memastikan bahwa pengetahuan dan kemampuan sesuai yang diharapkan (Ahsani, 2020).

Rumah sakit mengembangkan model supervisi unit rawat inap dengan model ADDIE (*analysis, design, development, implementation and evaluation*). Model ADDIE banyak digunakan oleh perancang instruksi untuk menghasilkan modul, model, perangkat lunak dan perangkat lunak kursus untuk instruksi dan pembelajaran (Ab Latif and Mat Nor, 2020) serta menggunakan pendekatan sistem, membagi proses perencanaan menjadi beberapa langkah dan mengatur tiap langkah ke dalam urutan yang logis, kemudian menggunakan output langkah sebelumnya untuk kemudian menjadi input di langkah selanjutnya (Rachma et al., 2023), ADDIE juga dapat menjadi proses fundamental yang menjadi salah satu sumber pembuatan pembelajaran yang efektif (Hidayat and Muhammad, Nizar, 2021)

C. TUJUAN

Tujuan Umum: untuk mengembangkan instrumen telusur unit rawat inap berbasis akreditasi dan tools transformasi budaya dengan model ADDIE.

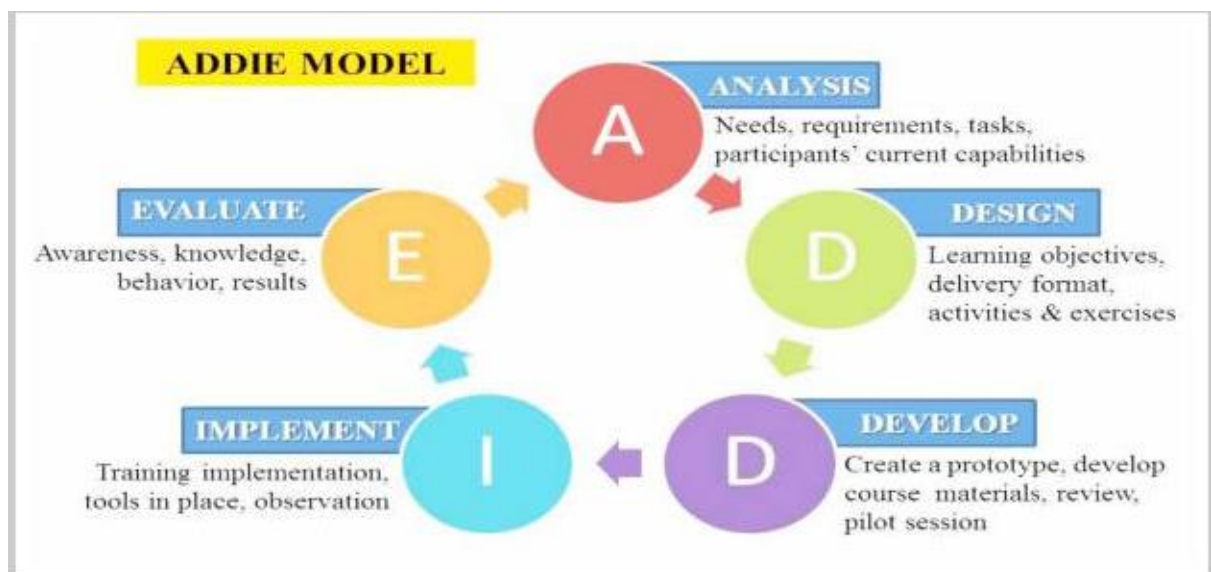
Tujuan khusus :

1. Menghasilkan instrumen telusur yang memudahkan staf untuk melakukannya.
2. Menghasilkan instrumen yang dapat digunakan untuk memonitoring dan evaluasi capaian oleh kepala unit
3. Menghasilkan instrumen yang memudahkan pimpinan dapat melakukan analisis dan proses perbaikan berkelanjutan yang diperlukan di lingkup departemen maupun lintas departemen.
4. Menghasilkan instrumen yang memudahkan Direktur dapat memberikan rekomendasi dan tindak lanjut jika permasalahan belum terselesaikan

5. Menghasilkan instrumen untuk pelaksanaan audit internal bagi asesor internal rumah sakit.

D. LANGKAH-LANGKAH

Langkah penyusunan instrumen telusur menggunakan model ADDIE yaitu *analysis, design, development, implementation, evaluation*. (Ab Latif and Mat Nor, 2020). Konsep model ADDIE ini menerapkan untuk membangun kinerja dasar dalam pembelajaran, yakni konsep mengembangkan sebuah desain produk pembelajaran (Hidayat and Muhammad, Nizar, 2021). Adapun prosedur pengembangan produk dengan model ADDIE dapat dilihat pada gambar 1.



Gambar 1 model ADDIE disarikan dari (Ab Latif and Mat Nor, 2020)

Tahapan *Analysis* dari gambar 1 diuraikan sebagai berikut :

1. mengidentifikasi kesulitan dalam implementasi berbagai standar akreditasi dan tools transformasi budaya di unit rawat inap,
2. mengidentifikasi pemahaman standar yang diimplementasikan di rawat inap
3. memahami karakteristik staf di unit,
4. perlunya identifikasi standar apa saja yang memungkinkan dilaksanakan di rawat inap, baik standar akreditasi kemenkes, syariah, SIRSMA dan transformasi budaya.

5. Melakukan koordinasi dengan asesor internal untuk menggabungkan berbagai instrumen akreditasi untuk unit rawat inap.

Tahapan *Design* perlu dilakukan adalah :

1. Mengidentifikasi standar akreditasi kemenkes, syariah dan SIRSMA

- a. Standar kemenkes terdiri dari :

- Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS),
- Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK),
- Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS),
- Manajemen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (MRMIK),
- Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI),
- Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP),
- Pendidikan dalam Pelayanan Kesehatan (PPK),
- Program Nasional (Prognas).
- 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),
- Komunikasi dan Edukasi (KE),
- Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

- b. Standar syariah :

- Standar Syariah Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan (SSARK),
- Standar Syariah Asesmen Pasien (SSAP)
- Standar Syariah Pelayanan Asuhan Pasien (SSPAP)
- Standar Syariah Pelayanan Obat Syariah (SSPO)
- Standar Syariah Pelayanan dan Bimbingan Kerohanian (SSPBK)
- Standar Syariah Komunikasi dan Edukasi (SSKE)
- Standar Syariah Manajemen Organisasi (SSMO)
- Standar Syariah Manajemen Mutu (SSMM)
- Standar Syariah Manajemen Modal Insani (SSMMI)
- Standar Syariah Manajemen Fasilitas (SSMF)

- Standar Syariah Manajemen Pemasaran (SSMP)
- Standar Syariah Manajemen Akuntansi Dan Keuangan (SSMAK)
- c. Standar SIRSMA (Standar Islami Rumah Sakit Muhammadiyah ‘Aisyiyah) :
 - Manajemen Rumah Sakit Muhammadiyah ‘Aisyiyah (MRSMA)
 - Standar Manajemen Sumber Daya Insani (MSDI)
 - Manajemen Bangunan Dan Fisik (MBF)
 - Pelayanan RSMA (PRSMA)
- 2. Menjelaskan standar akreditasi yang harus dipenuhi oleh seorang kepala unit
- 3. Menjelaskan simulasi apa saja yang harus dikuasai oleh staf
- 4. Menjelaskan alur pasien di rawat inap dan berikut standar akreditasi yang harus dipenuhi
- 5. Menjelaskan pentingnya pelaksanaan standar di rawat inap
- 6. Membuat instrument telusur bagi kepala unit rawat inap
- 7. Membuat template capaian standar dan tindak lanjut

Tahapan *Development*, pada tahap ini yang dilakukan adalah :

1. Melakukan ujicoba instrument yang telah disusun
2. Melakukan evaluasi instrument hasil uji coba

Tahapan *Implementation*, pada tahap ini yang dilakukan adalah :

1. FGD (Focus Group Discussion) dengan asesor internal untuk telusur unit menggunakan instrument telusur unit yang telah disusun
2. Melakukan telusur dengan instrument yang sudah dievaluasi
3. Menuangkan dalam template laporan telusur
4. Mengkomunikasikan instrument kepada pimpinan
5. Melaporkan kepada direktur

Tahap *Evaluation* yang dilakukan adalah :

1. Mengumpulkan umpan balik
2. Memberikan rekomendasi ketercapaian unit

3. Menginformasikan hasil kepada kepala unit untuk dilakukan monitoring dan evaluasi
4. Lakukan perbaikan sesuai timeline

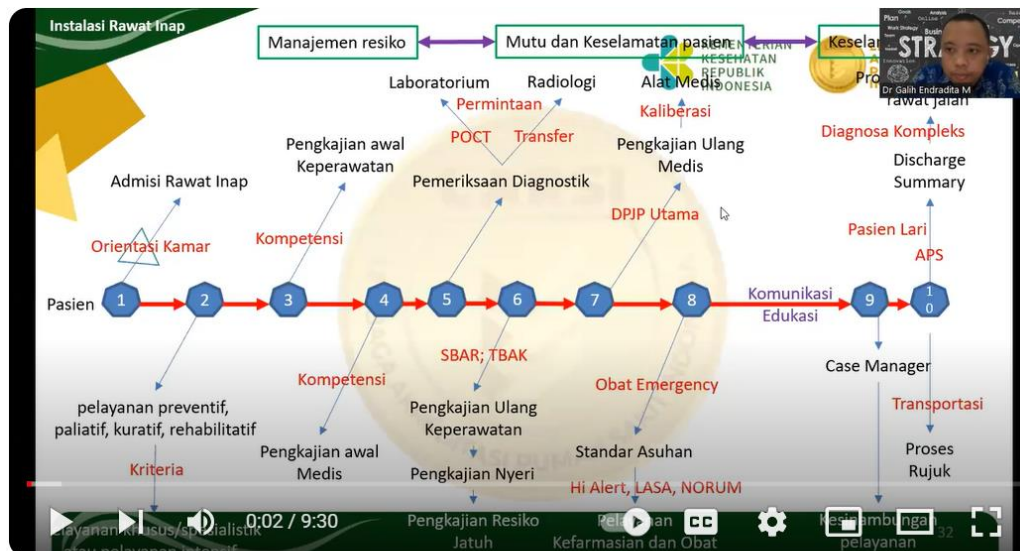
E. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil *analysis* pemahaman staf yang masih beragam karena banyak instrumen akreditasi yang harus difahami. Instrumen telusur berbasis unit disusun berdasarkan standar akreditasi kemenkes, syariah dan SIRSMA serta transformasi budaya.

Unit rawat inap, standar yang dapat ditelusur adalah TKRS, MFK, KPS, MRMIK, PPI, PMKP, PPK, Prognas, AKP, HPK, PP, PAP, PAB, PKPO, KE, SKP (MenKes, 2022).

Standar syariah terdiri dari 12 standar, dapat dilakukan telusur di unit rawat inap meliputi 10 standar yaitu SSARK, SSAP, SSPAP, SSPO, SSPBK, SSKE, SSMO, SSMM , SSMMI, SSMF. Standar yang tidak dilakukan telusur di rawat inap ada 2 standar yaitu SSMP dan SMAK (MUI, 2019). Standar SIRSMA yang dapat ditelusur di unit rawat inap meliputi MSDI, MBF, dan PRSMA (PP Muhammadiyah, 2019). Standar yang tidak memungkinkan dilakukan telusur di rawat inap adalah standar manajemen rumah sakit muhammadiyah 'Aisyiyah (MRSMA).

Setelah semua standar akreditasi di rawat inap diidentifikasi, hasil dari langkah *design* dapat diketahui bahwa kepala unit memahami standar apa saja yang harus dipenuhi. Pemenuhan standar TKRS antara lain seorang kepala unit harus melakukan sosialisasi visi misi rumah sakit, menyusun pedoman pelayanan, pedoman pengorganisasian, program kerja unit. Terkait dengan pelaksanaan asuhan pasien, pada saat pasien diputuskan untuk menjalani rawat inap, maka standar AKP di admisi sudah akan menjelaskan tentang general consent, hak pasien dan keluarga, tata tertib pasien serta perkiraan biaya. Pasien diputuskan untuk dirawat setelah melewati proses triase meliputi preventif, kuratif, paliatif, rehabilitatif maupun intensif (standar AKP). Setelah sampai di rawat inap maka pasien dan keluarga akan dilakukan orientasi dan asesmen kebutuhan edukasi (standar KE) dan seterusnya seperti pada gambar 2.



Mapping Telusur Rawat Inap Akreditasi Rumah Sakit

Gambar 2 : (Mapping Telusur Rawat Inap Akreditasi Rumah Sakit, 2022)

FGD dengan para asesori di rumah sakit untuk menyusun instrumen telusur. Semua standar diidentifikasi dan dituangkan menggunakan instrumen telusur melalui link bit.ly. Instrumen dilakukan ujicoba di beberapa unit rawat inap dengan cara asesori mendatangi salah satu unit.

Asesor yang melakukan supervisi dibagi sesuai kompetensinya, meliputi kompetensi akreditasi kemenkes, syariah maupun SIRSMA. Setelah asesmen selesai, maka admin akan merekap capaian unit, berikut rekomendasi apa saja yang sudah optimal dan apa saja yang masih harus disiapkan dari para asesori. Setelah semua item telusur terisi, maka admin akan mengirimkan ke e office rumah sakit, sehingga kepala unit atau direktorat yang terkait dengan capaian standar akan mendapatkan rekomendasi langsung dari direktur. Ada beberapa evaluasi dari tahap *design* ini diantaranya template instrumen belum menampilkan standar yang ditelusur, hanya menuliskan temuan saja.

CHECKLIST MONITORING SILATURAHMI SAMBANG UNIT (SSU)							
UNIT	: Raudhah						
Hari/Tanggal	: Selasa, 11 Juni 2024						
Jam	: 08.00 sd 10.00 WIB						
Team							
1. Direksi	: Dr. Muh. Ikhwani Ahada, S.Ag, M.A						
2. Manajer SDI	:						
3. Manajer Pemasaran	:						
4. Manajer Keperawatan	: Siti Arifah, S.Kep, Ns, M.Kep						
5. Komite Mutu	: Noor Aryani Rokhmah, S.Kep., Ns., M. Kep						
6. Komite PPI	: Dyah Rivani, S.Kep.Ns.,M.Kep dan Ratna Pertiwi, S.Kep.Ns						
7. Supervisor Humas Pemasaran	: Doni Wirawan, S.Par						
8. Supervisor Kepegawaian	:						
9. Manajer Terkait	:						
NO	HASIL SAMBANG DAN REKOMENDASI	FAKTA	KODE REKOMENDASI (Spv, Man, Dir, EO)	WAKTU TINDAK LANJUT	KETERANGAN (berikan tanda v)		BUKTI FISIK (Diisi foto terbaru)
				(diisi tanggal)	SUDAH	BELUM	
1	Dari 4 rekam medik pasien, ada 3 asesmen awal keperawatan yang belum lengkap, pada isian TB dan BB. Rekomendasi: asesmen awal keperawatan diisi lengkap			11 Juni 2024	v		
2	Dari 4 rekam medik pasien, ada 1 asesmen awal keperawatan yang belum dilakukan verifikasi oleh PPJA. Rekomendasi: asesmen awal keperawatan di verifikasi oleh PPJA.		Spv Raudhah	11 Juni 2024	v		
3	Ada 1 rekam medik yang belum dilakukan asesmen awal keperawatan, sedangkan pasien sudah opname selama 2 hari. Rekomendasi: Dilakukan asesmen awal keperawatan dalam 24 jam		Spv Raudhah	11 Juni 2024	v		

Gambar 3 : design awal SSU

Hasil tahap *development* adalah melakukan evaluasi instrumen telusur dengan menambahkan elemen penilaian yang belum terinput. Setelah instrumen telusur dilengkapi, instrumen tersebut diuji coba kembali oleh para asesor dalam melakukan asesmen unit, maka tools tersebut diserahkan kepada masing-masing kepala unit untuk digunakan sebagai *guiding* unit dalam menjaga kontinuitas kepatuhan standar.

CHECKLIST MONITORING SILATURAHMI SAMBANG UNIT (SSU)										
UNIT	STANDAR	URAIAN	HASIL SAMBANG	FAKTA	REKOMENDASI	PIC (Spv, Man, Dir, EO)	WAKTU TINDAK	KETERANGAN (berikan tanda v)	BUKTI	
A	STARKES							SUDAH	BELUM	
19		Identifikasi pasien	Identifikasi dilakukan dengan mencocokkan pengantar dan pasien ditanyai nama dan tanggal lahir waktu akan diambil sampelnya. Ada beberapa petugas yang menanyakan pasien dengan menyebutkan nama pasien langsung (kalimat tertutup)		Melakukan identifikasi kepada semua pasien yang akan dilakukan pengambilan sampel baik di ruang map maupun pasien rawat jalan dengan pertanyaan terbuka dengan menanyakan siapa nama, dan kapan tanggal lahirnya petugas mencocokkan dengan barcode di gelang identitas atau pengantar lab	Spv Laboratorium	14 Juli 2024	v		
20		Identifikasi sample	Sudah ada form, tapi belum ada pelaporan ke komite keselamatan pasien	link belum tersosialisasi	socialisasi ulang link pelaporan IKP	Komite Keselamatan Pasien dan Kepala Unit		v	Telah di	
21		Apa Indikator Unit nya?	Sudah ada dan terisi secara teratur walaupun belum tercapai sesuai target		lanjutkan, Membuat rencana perbaikannya	Spv Laboratorium.		v		
22	1 SKP 1	Identifikasi pasien	Identifikasi dilakukan dengan mencocokkan pengantar dan pasien ditanyai nama dan tanggal lahir waktu akan diambil sampelnya. Ada beberapa petugas yang menanyakan pasien dengan menyebutkan nama pasien langsung (kalimat tertutup)		Melakukan identifikasi kepada semua pasien yang akan dilakukan pengambilan sampel baik di ruang map maupun pasien rawat jalan dengan pertanyaan terbuka dengan menanyakan siapa nama, dan kapan tanggal lahirnya petugas mencocokkan dengan barcode di gelang identitas atau pengantar lab	Spv Laboratorium	14 Juli 2024	v		
23	2 PMKP	Identifikasi sample	Sudah ada form, tapi belum ada pelaporan ke komite keselamatan pasien	link belum tersosialisasi	socialisasi ulang link pelaporan IKP	Komite Keselamatan Pasien dan Kepala Unit		v	Telah di	
24	3 PMKP	Apa Indikator Unit nya?	Sudah ada dan terisi secara teratur walaupun belum tercapai sesuai target		lanjutkan, Membuat rencana perbaikannya	Spv Laboratorium.		v		
25	4	Bagaimana cara melakukan pengumpulan data utk indikator mutu?	Dilakukan oleh staf pengumpul data		lanjutkan			v		
34		DAFTAR RISIKO UNIT	belum ada		Daftar risiko unit dilengkapi	Ketua tim MFK				
73		SYARIAH dan SIRISMA								
74		Telusur lapangan penataan kamar mandi dan WC :								
75	SSMF 1.5.1	o Tidak mengadap kiblat	belum ada		lengkapi	spv				
76		o Penyediaan alas kaki	belum ada		lengkapi	spv				
77		o Penyediaan alat pembersihan khusus	sudah ada							
78		o Stiker do'a masuk dan keluar kamar mandi pada dinding luar kamar mandi	Belum ada		lengkapi	spv	15 Juli 2024	v	Telah di	
79		SPM (Standar Pelayanan Minimal) Syaria	ketika memulai penambilan sampel darah memuai dengan menguasai Biomalahirohmanrohm		perlu pembiasaan dengan mengajak pasien untuk ikut berdoa		15 Juli 2024	v	Telah di	
80	SSMIV 1.6.1	Chemical Hialit untuk pembersihan poda	ICS sudah ada sertifikat halalnya							
81	SSMF 1.5.1	Ada alas kaki di kamar mandi	belum ada		lengkapi	spv				
82		Brosur/ leaflet/website/dll) berisi tentang	belum ada	kordinasi dengan tim pkr, manajer dan humas untuk pembuatan materi edukasi	lengkapi	spv				
83	38	SSMP 1.4.2	Channel TV Islami (jika ada TV)	belum ada	lengkapi	spv	15 Juli 2024	v	Telah ad	
84	39	SSPW 3.3.4	Poster, sign terkait materi edukasi islami	belum ada	lengkapi	spv	15 Juli 2024	v	Telah di	
85	MSDI 3.1	Bimbingan baca Al Qur'an	sudah ada bukti melakukan tadarus pagi							
86	MSDI 3.1	Mengikuti pelatihan sholat	sudah ada (hasil cek dari salah satu staff)							
87	40	MSDI 3.1	Mengikuti pengajian berkala	sudah ada belum rutin (hasil cek dari salah satu staff)						
88	41	MSDI 3.1	Mengikuti kegiatan keagamaan	sudah ada belum rutin (hasil cek dari salah satu staff)						

TRANSFORMASI BUDAYA											
91											
92	43	TBS 1/MSDI 2.3	o Mengucapkan dan menjawab salam,	te	sudah dilakukan (sebagian belum bisa senyum)						
93	44	TBS 2/MSDI 2.3	o Gerakan tangan menelungkupkan		respon belum semuanya dengan gerakan tangan						
94	45	TBS 3/MSDI 2.3	o Sopan dan Santun		sudah dilakukan (sebagian belum bisa senyum)				V		
95											
96	46	TBP 1/MSDI 2.3	o Menggunakan pakaian seragam sesuai ketentuan (linas dan keraji)		Menggunakan sepatu warna lain dan ada yang seragam kerja yang sudah kotor	spv		15 Juli 2024		Meningkatkan sepatu rusak, is sepatu s	
97		TBP 2/MSDI 2.3	o Menggunakan Assessoris yang tidak be		sesuai						
98		TBP 3/MSDI 2.3	o Aroma tubuh tidak menyengat		sesuai						
99		TBP 4/MSDI 2.3	o Riasan wajah tampak segar dan tidak m		sesuai						
100		TBP 5/MSDI 2.3	o Berpenampilan rapi (tidak kusut,		sesuai						
101		TBK 1/MSDI 2.3	o Mengangkat telepon sebelum berderim		sementara sesuai						
102		TBK 2/MSDI 2.3	o Mengucapkan salam, menyebutkan uni		sesuai						
103		TBK 3/MSDI 2.3	o Menawarkan bantuan		sesuai						
104		TBK 4/MSDI 2.3	o Menyampaikan informasi dengan		sesuai kebutuhan						
105	47	TBK 5/MSDI 2.3	o Menawarkan bantuan kembali		belum sesuai						
106		TBK 6/MSDI 2.3	o Mengucapkan terima kasih		sesuai						
107		TBK 7/MSDI 2.3	o Menelakkan telepon setelah		sesuai						
108	48	TBM 1	o Memasang informasi RS di status via		belum semua memasang status terutama di telepon fasilitas RS		Membuat edaran secara khusus kepada	spv	15 Juli 2024	V	Telah di
109	49	TBM 2	o Mengikuti dan memberikan respon		ada, untuk pribadi responnya kadang kadang			spv	15 Juli 2024		
110	50	TBM 3	o Memberikan ulasan positif rumah sakit		belum semua memberi ulasan			spv	15 Juli 2024		

Gambar 4 : hasil *development* dari *design* pertama

Hasil akhir dari model ADDIE adalah *evaluation*. Pada tahap ini dikumpulkan *feedback* dari staf, kepala unit, pimpinan dan Direktur. Beberapa staf menyampaikan terima kasih karena sudah mengetahui apa saja yang harus dilakukan di rawat inap. Secara personal harus bisa melakukan cuci tangan, BHD, menggunakan APAR, harus mempunyai uraian tugas serta SPK dan RKK. Berkaitan dengan proses asuhan, staf dapat menjelaskan apa saja yang harus dilakukan ketika melakukan pelayanan kepada pasien. Kepala unit menyampaikan rasa senang karena dilakukan supervisi dan mendapatkan tools supervisi unit untuk memonitor capaian unit dalam hal kepatuhan terdapat standar. Capaian telusur disampaikan oleh kepala unit kepada stafnya melalui meeting morning. Beberapa pimpinan mulai dari manajer sampai Direksi menyambut baik adanya instrumen telusur yang dikembangkan dengan menggabungkan berbagai standar akreditasi dan tools transformasi budaya di unit rawat inap, dan kedepan sangat berharap unit lain juga dikembangkan instrumen telusurnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Ab Latif, R., Mat Nor, M.Z., 2020. Using the ADDIE Model to Develop a Rusnani Concept Mapping Guideline for Nursing Students. *Malays. J. Med. Sci. MJMS* 27, 115–127. <https://doi.org/10.21315/mjms2020.27.6.11>
- Ahsani, A., 2020. PERAN KEPALA RUANGAN DALAM MENYIAPKAN AKREDITASI RUMAH SAKIT VERSI SNARS. <https://doi.org/10.31219/osf.io/wz46b>
- Djasri, H., 2022. Pengembangan Sistem Akreditasi Pelayanan Kesehatan: Sebuah Usulan Kebijakan. *J. Hosp. Accreditation* 4, 51–52. <https://doi.org/10.35727/jha.v4i02.149>
- Ghaffarian, A., Cheraghi, A., Ferdosi, M., 2024. Development of accreditation modules based on hospital types in Iran: Protocol for a mixed methods study. *J. Educ. Health Promot.* 13, 122. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_225_23

- Hidayat, F., Muhammad, Nizar, 2021. Model ADDIE (Analysis, design, development, implementation and evaluation) dalam pembelajaran pendidikan agama. *J. Inov. PAI*.
- Mapping Telusur Rawat Inap Akreditasi Rumah Sakit, 2022.
- MenKes, R., 2022. KMK No HK.01.07-MENKES-1128-2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit [WWW Document].
- MUI, D., 2019. Standar dan Instrumen Sertifikasi Rumah Sakit Syariah, versi 1441. Jakarta.
- Pelayanan Kesehatan, D., 2024. Kepdirjen no HK 02.02/D/43961/2024 tentang Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit.
- PP Muhammadiyah, M., 2019. Standar Islami Rumah Sakit Muhammadiyah-'Aisyiyah, pertama. ed. Yogyakarta.
- Pramudita, F.A., Nabila, A., 2023. Gambaran Persiapan Akreditasi Tata Kelola Rumah Sakit pada Unit Sekretariat di Rumah Sakit Orthopedi Siaga Raya Tahun 2022 2.
- Rachma, A., Tuti Iriani, Handoyo, S.S., 2023. Penerapan Model ADDIE Dalam Pengembangan Media Pembelajaran Berbasis Video Simulasi Mengajar Keterampilan Memberikan Reinforcement. *J. Pendidik. West Sci.* 1, 506–516. <https://doi.org/10.58812/jpdws.v1i08.554>