



KARS

KOMISI AKREDITASI RUMAH SAKIT

Epiwalk Lt. 7 unit 716 B

Jl. Boulevard Epicentrum Selatan, Kawasan Rasuna Epicentrum Kuningan

Jl. HR. Rasuna Said, Jakarta Selatan - 12960

Telp. (021) 29941552, 29941553. Fax (021) 29941317.

Email info@kars.or.id Website : www.kars.or.id

Bank : BNI 46 Cabang Tebet Jakarta a.n Komisi Akreditasi Rumah Sakit, Rek No. 0011802402



SURAT EDARAN

NOMOR : 857/SE/KARS/VIII/2017

TENTANG

PENGECEKAN PERIZINAN SAAT SURVEI AKREDITASI

Sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku, pada pelaksanaan survei di rumah sakit, para surveior wajib mengecek dengan teliti hal-hal sebagai berikut:

1. Izin operasional rumah sakit yang masih berlaku
2. Izin pengelolaan air limbah (IPAL/IPLC) yang masih berlaku
3. Perizinan tenaga medis di rumah sakit meliputi STR, SIP, SPK dan RKK yang masih berlaku

Apabila ditemukan hal tersebut, tidak ada atau masa berlakunya habis, maka surveior wajib secepatnya melaporkan kepada Ketua Eksekutif KARS melalui alamat email: lapsurveior@kars.or.id sebelum mengunggah laporan hasil survei akreditasi, dengan format laporan terlampir.

Demikianlah untuk diketahui dan dilaksanakan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 18 Agustus 2017

KOMISI AKREDITASI RUMAH SAKIT

Ketua Eksekutif *Dr*

Komisi Akreditasi Rumah Sakit

Dr. dr. Sutoto, M.Kes

LAMPIRAN SURAT EDARAN KETUA EKSEKUTIF
 NOMOR : 857/SE/KARS/VIII/2017
 TENTANG
 PENGECEKAN PERIZINAN SAAT SURVEI AKREDITASI

**Laporan Temuan Tim Survei
 Survei Akreditasi di RS.....**

Kepada Yth.
 Ketua Eksekutif KARS
 di-
 Tempat

Yang bertandatangan dibawah ini:

Nama Ketua Tim Survei	:	
Nama Anggota Tim Survei	:	1. 2. 3.

Melakukan Survei di rumah sakit:

Nama rumah sakit	:	
Alamat	:	
Tanggal Survei	:	

pada saat survey akreditasi, kami menemukan masalah perizinan yang tidak lengkap yaitu :

- () Izin Operasional Rumah Sakit, keterangan
- () Izin Pengelolaan Air Limbah (IPAL/ IPLC), keterangan
- () Izin Pengelolaan Limbah B-3, keterangan.....
- () Tenaga Medis yang tidak lengkap mempunyai STR, SIP , SPK dan RKK sebagai berikut:

No	NAMA DOKTER	STR	SIP	SPK	RKK

***beri tanda V untuk dokumen yang tidak ada atau habis masa berlakunya**

.....

TTD

(.....)
 Ketua Tim Surveior