

Efektif 1 Januari 2018

# **STANDAR NASIONAL AKREDITASI RUMAH SAKIT Edisi 1,**

KOMISI AKREDITASI RUMAH SAKIT  
AGUSTUS 2017

**SAMBUTAN**  
**KETUA EKSEKUTIF KOMISI AKREDITASI RUMAH SAKIT**  
**Dr. dr. Sutoto, M.Kes**

**TIM PENYUSUN**  
**STANDAR NASIONAL AKREDITASI RUMAH SAKIT EDISI 1**

**PENGARAH**

1. dr. Bambang Wibowo, Sp. OG(K), MARS
2. dr. Untung Suseno Sutarjo, M.Kes
3. dr. Pranawa, Sp. PD, KGH
4. Prof. Dr. dr. Bambang Supriyatno, Sp. A(K)
5. dr. Kuntjoro Adi Purjanto, M.Kes
6. Suarhatini Hadad
7. Prof. Dr. drg. Tri Erri Astoeti, M.Kes

**TIM PELAKSANA**

1. Dr. dr. Sutoto, M.Kes
2. dr. Djoti Atmodjo, Sp. A, MARS
3. Dra. M. Amatyah S, M.Kes
4. dr. Nico A. Lumenta, K.Nefro, MM, MH.Kes
5. dr. Luwiharsih, M.Sc
6. dr. Djoni Darmadjaja, Sp. B, MARS
7. Dr. dr. Hanny Ronosulistyo, Sp. OG, MM
8. dr. Achmad Hardiman, Sp. KJ, MARS
9. dr. Nina Sekartina, MHA
10. Dr. dr. Meliana Zailani, MARS
11. dr. Henry Boyke Sitompul, Sp. B, FICS
12. Dra. Pipih Karniasih, S.Kp, M.Kep
13. dr. Nurul Ainy Sidik, MARS
14. Dr. dr. Ina Rosalina, Sp. AK, M.Kes, MH.Kes
15. Saida Simanjuntak, S.Kp, MARS
16. dr. Sri Rachmani, M.Kes, MH.Kes
17. dr. Wasista Budiwaluyo, MHA
18. dr. Dahsriati, Sp. KJ
19. dr. Yawestri Pudjiati G, MARS
20. dr. Tedjo W. Putranto, MM
21. Poniwati Yacub, SKM
22. Didin Syaefudin, S.Kp, MARS
23. Dr. Widaningsih SKp, M.Kep
24. dr. Mary S. Maryam, MHA, PhD
25. Susihar, SKM, MKep

## DAFTAR ISI

PENDAHULUAN	6
KEBIJAKAN UMUM AKREDITASI RUMAH SAKIT	13
KEBIJAKAN PRA SURVEI AKREDITASI	19
KEBIJAKAN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT	22
KEBIJAKAN PEMBERIAN SKOR	30
KEBIJAKAN PENENTUAN KELULUSAN	36
KEBIJAKAN PENUNDAAN PENETAPAN STATUS AKREDITASI	38
KEBIJAKAN PASCA SURVEI	39
PERPANJANGAN STATUS AKREDITASI	42
KEBIJAKAN REMEDIAL	42
KEBIJAKAN SURVEI VERIFIKASI	43
KEBIJAKAN SURVEI TERFOKUS	43
KEBIJAKAN BANDING ( <i>APPEAL</i> )	43
PENGUNGKAPAN KEPADA PUBLIK DAN KERAHASIAAN	44
KEBIJAKAN PROMOSI AKREDITASI	44
<b>I. SASARAN KESELAMATAN PASIEN</b>	<b>45</b>
SASARAN 1 : MENGIDENTIFIKASI PASIEN DENGAN BENAR	45
SASARAN 2 : MENINGKATKAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF	46
SASARAN 3 : MENINGKATKAN KEAMANAN OBAT-OBAT YANG HARUS DIWASPADAI ( <i>HIGH ALERT MEDICATIONS</i> )	49
SASARAN 4 : MEMASTIKAN LOKASI PEMBEDAHAN YANG BENAR, PROSEDUR YANG BENAR, PEMBEDAHAN PADA PASIEN YANG BENAR	51
SASARAN 5 : MENGURANGI RISIKO INFEKSI TERKAIT PELAYANAN KESEHATAN	53
SASARAN 6 : MENGURANGI RISIKO CEDERA PASIEN AKIBAT TERJATUH	54
<b>II. STANDAR PELAYANAN BERFOKUS PASIEN</b>	<b>57</b>
BAB 1. AKSES KE RUMAH SAKIT DAN KONTINUITAS PELAYANAN (ARK)	57
BAB 2. HAK PASIEN DAN KELUARGA (HPK)	78
BAB 3. ASESMEN PASIEN (AP)	99
BAB 4. PELAYANAN DAN ASUHAN PASIEN (PAP)	135

BAB 5. PELAYANAN ANESTESI DAN BEDAH (PAB)	153
BAB 6. PELAYANAN KEFARMASIAN DAN PENGGUNAAN OBAT (PKPO)	171
BAB 7. MANAJEMEN KOMUNIKASI DAN EDUKASI (MKE)	187
<b>III. STANDAR MANAJEMEN RUMAH SAKIT</b>	198
BAB 1. PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP)	198
BAB 2. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)	226
BAB 3. TATA KELOLA RUMAH SAKIT (TKRS)	249
BAB 4. MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN (MFK)	293
BAB 5. KOMPETENSI DAN KEWENANGAN STAF (KKS)	326
BAB 6. MANAJEMEN INFORMASI DAN REKAM MEDIS (MIRM)	353
<b>IV. PROGRAM NASIONAL</b>	
SASARAN I PENURUNAN ANGKA KEMATIAN IBU DAN BAYI DAN PENINGKATAN KESEHATAN IBU DAN BAYI	369
SASARAN II PENURUNAN ANGKA KESAKITAN HIV/AIDS	372
SASARAN III PENURUNAN ANGKA KESAKITAN TUBERKULOSIS	373
SASARAN IV PENGENDALIAN RESISTENSI ANTIMIKROBA	376
SASARAN V PELAYANAN GERIATRI	379
<b>V. INTEGRASI PENDIDIKAN KESEHATAN DALAM PELAYANAN RUMAH SAKIT (IPKP)</b>	381
DAFTAR SINGKATAN DAN ISTILAH (GLOSSARY)	389
DAFTAR PUSTAKA	405

## PENDAHULUAN

Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia dilaksanakan untuk menilai kepatuhan rumah sakit terhadap standar akreditasi. Akreditasi rumah sakit yang sudah mulai dilaksanakan sejak tahun 1995 di Indonesia, selama ini menggunakan standar akreditasi berdasarkan tahun berapa standar tersebut mulai dipergunakan untuk penilaian, sehingga selama ini belum pernah ada Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia, sedangkan status akreditasi saat ini ada status akreditasi nasional dan status akreditasi internasional, maka di Indonesia perlu ada Standar **Nasional** Akreditasi Rumah Sakit. Berdasarkan hal tersebut maka standar akreditasi untuk rumah sakit yang mulai diberlakukan pada Januari 2018 ini diberi nama Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 dan disingkat menjadi SNARS Edisi 1.

Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1, merupakan standar akreditasi baru yang bersifat nasional dan diberlakukan secara nasional di Indonesia. Disebut dengan edisi 1, karena di Indonesia baru pertama kali ditetapkan standar nasional untuk akreditasi rumah sakit.

Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit edisi 1 berisi 16 bab. Dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 yang selanjutnya disebut SNARS Edisi 1 ini juga dijelaskan bagaimana proses penyusunan, penambahan bab penting pada SNARS Edisi 1 ini, referensi dari setiap bab dan juga glosarium istilah-istilah penting, termasuk juga kebijakan pelaksanaan akreditasi rumah sakit.

### Proses Penyusunan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1

Pada tahap awal Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) membentuk Tim penyusun yang terdiri dari 25 orang, Tim tersebut dibagi menjadi sub tim-sub tim, masing-masing sub tim mereview 3 – 4 bab dari standar akreditasi versi 2012. Mengingat di tingkat internasional ada panduan prinsip-prinsip standar akreditasi yang dikeluarkan oleh ISQua (The International Society for Quality in Health Care) yaitu badan akreditasi yang melakukan akreditasi standar akreditasi yang dipergunakan oleh badan akreditasi.

Langkah awal yang dilakukan KARS adalah mengundang pakar akreditasi untuk menjelaskan bagaimana prinsip-prinsip standar akreditasi dari ISQua yang harus diperhatikan oleh KARS dalam menyusun standar akreditasi di Indonesia.

Berdasarkan hal tersebut maka Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 ini, disusun dengan menggunakan acuan acuan sebagai berikut:

- Prinsip-prinsip standar akreditasi dari ISQua
- Peraturan dan perundangan-undangan termasuk pedoman dan panduan di tingkat Nasional baik dari pemerintah maupun profesi yang wajib dipatuhi dan dilaksanakan oleh rumah sakit di Indonesia
- Standar akreditasi JCI edisi 4 dan edisi 5

- Standar akreditasi rumah sakit KARS versi 2012
- Hasil kajian hasil survei dari standar dan elemen yang sulit dipenuhi oleh rumah sakit di Indonesia

Setelah draft standar nasional akreditasi rumah sakit selesai disusun oleh masing-masing sub tim, KARS mengadakan pertemuan tim penyusun untuk membahas setiap bab yang ada di dalam standar akreditasi tersebut. Masukan dari anggota sub tim lainnya, dipergunakan oleh sub tim untuk memperbaiki standar, selanjutnya masing-masing sub tim membahas dengan pemangku kepentingan (*stakeholder*) terkait. Sebagai contoh untuk bab Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, dibahas dengan mengundang Kementerian Kesehatan, Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI), Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), Himpunan Perawat Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (HIPPI), Persatuan Pengendalian Infeksi (Perdalin) dan lain-lain. Pembahasan dilakukan untuk setiap bab yang dilakukan secara intens, sehingga terjadi diskusi dua arah dan masukan-masukan yang sangat bermanfaat.

Berdasarkan masukan dari pemangku kepentingan (*stakeholder*) tersebut, sub tim melakukan perbaikan draft standar tersebut. Setelah perbaikan selesai dilakukan di masing-masing sub tim, Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) mengundang semua pemangku kepentingan (*stakeholder*) dan beberapa rumah sakit yang akan dipergunakan uji coba untuk membahas standar tersebut secara pleno. Masukan pada rapat pleno tersebut oleh masing-masing sub tim dipergunakan untuk memperbaiki draft standar tersebut. Hasil perbaikan draft standar tersebut diuji cobakan ke rumah sakit berdasarkan kelas dan jenis rumah sakit. Rumah sakit yang dipilih sebagai tempat uji coba, dikirim terlebih dahulu draft standar akreditasi tersebut dan diminta secara aktif untuk membahas standar akreditasi tersebut di internal rumah sakit, baik dari segi tata bahasa maupun bisa tidaknya standar tersebut di implementasikan. Setelah itu KARS menugaskan tim penyusun melakukan kunjungan ke rumah sakit untuk melakukan diskusi dengan tim akreditasi rumah sakit dan pimpinan di rumah sakit. Rumah sakit diminta membuat masukan tertulis terkait dengan standar dan elemen yang perlu diperbaiki, dihilangkan atau ditambah.

Tim penyusun memperbaiki draft standar kembali dengan memperhatikan masukan dari rumah sakit dan selanjutnya dibahas secara internal di Rapat KARS dan kemudian diunggah di *website* [www.kars.or.id](http://www.kars.or.id), dengan harapan dapat mendapat masukan dari rumah sakit lainnya dan masyarakat.

Setelah tim melakukan perbaikan berdasarkan masukan dari rumah sakit dan unggahan di *website* maka Komisi Akreditasi Rumah Sakit mempresentasikan standar tersebut dihadapan para pejabat Kementerian Kesehatan dan Badan Pembina KARS serta mengajukan penetapan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 yang efektif akan diberlakukan di bulan Januari 2018.

## **Pengelompokan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1**

Standar dikelompokkan menurut fungsi-fungsi penting yang umum dalam organisasi perumahsakit. Pengelompokan berdasarkan fungsi, saat ini paling banyak digunakan di seluruh dunia.

Standar dikelompokkan menurut fungsi-fungsi yang terkait dengan penyediaan pelayanan bagi pasien; juga dengan upaya menciptakan organisasi rumah sakit yang aman, efektif, dan terkelola dengan baik. Fungsi-fungsi tersebut tidak hanya berlaku untuk rumah sakit secara keseluruhan tetapi juga untuk setiap unit, departemen, atau layanan yang ada dalam organisasi rumah sakit tersebut. Lewat proses survei dikumpulkan informasi sejauh mana seluruh organisasi mentaati pedoman yang ditentukan oleh standar. Keputusan pemberian akreditasinya didasarkan pada tingkat kepatuhan terhadap standar di seluruh organisasi rumah sakit yang bersangkutan.

Pengelompokan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 (SNARS Edisi 1) sebagai berikut:

### **I. SASARAN KESELAMATAN PASIEN**

SASARAN 1 : Mengidentifikasi pasien dengan benar

SASARAN 2 : Meningkatkan komunikasi yang efektif

SASARAN 3 : Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai (High Alert Medications)

SASARAN 4 : Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar.

SASARAN 5 : Mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

SASARAN 6 : Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh

### **II. STANDAR PELAYANAN BERFOKUS PASIEN**

1. Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan (ARK)
2. Hak Pasien dan Keluarga (HPK)
3. Asesmen Pasien (AP)
4. Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP)
5. Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)
6. Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)
7. Manajemen Komunikasi dan Edukasi (MKE)

### **III. STANDAR MANAJEMEN RUMAH SAKIT**

1. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)
2. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
3. Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)
4. Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)
5. Kompetensi dan Kewenangan Staf (KKS)
6. Manajemen Informasi dan Rekam Medis (MIRM)

#### **IV. PROGRAM NASIONAL**

1. Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi.
2. Menurunkan Angka Kesakitan HIV/AIDS.
3. Menurunkan Angka Kesakitan TB
4. Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA)
5. Pelayanan Geriatri

#### **V. INTEGRASI PENDIDIKAN KESEHATAN DALAM PELAYANAN DI RUMAH SAKIT**

##### **Yang Perlu Diketahui Pada Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit edisi 1**

Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 merupakan standar pelayanan berfokus pada pasien untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien dengan pendekatan manajemen risiko di Rumah Sakit.

**Setiap elemen penilaian dilengkapi dengan (R) atau (D), atau (W) atau (O) atau (S), atau kombinasinya yang berarti sebagai berikut :**

- (R) =Regulasi, yang dimaksud dengan regulasi adalah dokumen pengaturan yang disusun oleh rumah sakit yang dapat berupa kebijakan, prosedur (SPO), pedoman, panduan, peraturan Direktur rumah sakit, keputusan Direktur rumah sakit dan atau program.
- (D) = Dokumen, yang dimaksud dengan dokumen adalah bukti proses kegiatan atau pelayanan yang dapat berbentuk berkas rekam medis, laporan dan atau notulen rapat dan atau hasil audit dan atau ijazah dan bukti dokumen pelaksanaan kegiatan lainnya.
- (O) =Observasi, yang dimaksud dengan observasi adalah bukti kegiatan yang didapatkan berdasarkan hasil penglihatan/observasi yang dilakukan oleh surveior.
- (S) =Simulasi, yang dimaksud dengan simulasi adalah peragaan kegiatan yang dilakukan oleh staf rumah sakit yang diminta oleh surveior.
- (W) =Wawancara, yang dimaksud dengan wawancara adalah kegiatan tanya jawab yang dilakukan oleh surveior yang ditujukan kepada pemilik/representasi pemilik, direktur rumah sakit, pimpinan rumah sakit, profesional pemberi asuhan (PPA), staf klinis, staf non klinis, pasien, keluarga, tenaga kontrak dan lain-lain.

**Ada beberapa perubahan nama bab yaitu:**

- ◆ Akses Pelayanan dan Kontinuitas (APK) berubah nama menjadi Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan (ARK)
- ◆ Pelayanan Pasien (PP) berubah nama menjadi Pelayanan Asuhan Pasien (PAP)
- ◆ Manajemen Penggunaan Obat (MPO) berubah nama menjadi Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)
- ◆ Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK) berubah nama menjadi Manajemen Komunikasi dan Edukasi (MKE), dimana beberapa standar dari Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI) standar versi 2012 yang terkait dengan komunikasi, dijadikan satu di Manajemen Komunikasi dan Edukasi ini.
- ◆ Tata Kelola, Kepemimpinan dan Pengarahan (TKP) berubah nama menjadi Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)
- ◆ Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS) berubah nama menjadi Kompetensi dan Kewenangan Staf (KKS)
- ◆ Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI) berubah nama menjadi Manajemen Informasi dan Rekam Medis (MIRM)
- ◆ Sasaran Milenium Development Goals (SMDGs) berubah nama menjadi Program Nasional dimana terdiri dari:
  1. menurunkan angka kematian ibu dan bayi serta meningkatkan angka kesehatan ibu dan bayi
  2. menurunkan angka kesakitan HIV/AIDS
  3. menurunkan angka kesakitan tuberkulosis
  4. pengendalian resistensi antimikroba
  5. pelayanan geriatri

**Ada penambahan standar pada Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 ini yaitu:**

- ◆ **Pengendalian Resistensi Antimikroba (PRA)**

Pengendalian Resistensi Antimikroba (PRA) merupakan upaya pengendalian resistensi antimikroba secara terpadu dan paripurna di fasilitas pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit dan merupakan standar baru di dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 ini. Standar ini dianggap perlu mengingat Resistensi mikroba terhadap antimikroba (disingkat: resistensi antimikroba, *antimicrobial resistance*, AMR) telah menjadi masalah kesehatan yang mendunia, dengan berbagai dampak merugikan yang dapat menurunkan mutu dan meningkatkan risiko pelayanan kesehatan khususnya biaya dan keselamatan pasien.
- ◆ **Integrasi Pendidikan Kesehatan dalam Pelayanan Rumah Sakit (IPKP)**

Standar Integrasi Pelayanan dalam Pendidikan Klinis di Rumah Sakit (IPKP) merupakan standar baru di Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1. Standar IPKP ini hanya diberlakukan untuk rumah sakit yang menyelenggarakan

proses pendidikan tenaga kesehatan sesuai peraturan perundang-undangan. Standar ini juga menunjukkan suatu kerangka untuk mencakup pendidikan medis dan pendidikan staf klinis lainnya dengan memperhatikan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di rumah sakit tersebut. Kegiatan pendidikan harus masuk dalam kerangka peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit, karena itu rumah sakit wajib mempunyai sistem pengawasan mutu pelayanan dan keselamatan pasien terhadap aktivitas pendidikan yang dilaksanakan di rumah sakit.

#### ◆ **Penyelenggaraan Pelayanan Geriatri**

Pasien geriatri adalah pasien lanjut usia dengan multi penyakit/gangguan akibat penurunan fungsi organ, psikologi, sosial, ekonomi dan lingkungan yang membutuhkan pelayanan kesehatan secara terpadu dengan pendekatan multi disiplin yang bekerja sama secara interdisiplin. Dengan meningkatnya sosial ekonomi dan pelayanan kesehatan maka usia harapan hidup semakin meningkat, sehingga secara demografi terjadi peningkatan populasi lanjut usia. Oleh karena itu rumah sakit perlu menyelenggarakan pelayanan geriatri sesuai dengan tingkat jenis pelayanan geriatri.

#### **Seberapa sering standar diperbaharui?**

Secara terus-menerus akan dikumpulkan berbagai informasi dan pengalaman yang terkait dengan standar. Bila standar tidak lagi mencerminkan praktik pelayanan kesehatan mutakhir, teknologi yang umum ada, praktik manajemen mutu, dan sebagainya, maka standar akan direvisi atau dihapus. Setiap 3 (tiga) tahun standar akan direview.

#### **Arti tanggal 'berlaku' pada sampul Standar Nasional Edisi 1**

Tanggal 'berlaku' yang tercetak pada sampul berarti:

Bagi rumah sakit yang telah terakreditasi menurut standar versi 2012, bila akreditasi ulang dilaksanakan tahun 2018 akan menggunakan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit edisi 1 ini. Standar ini dipublikasikan 5 (lima) bulan sebelum tanggal berlaku, sehingga memberikan waktu bagi rumah sakit untuk mempelajari dan mempersiapkan pelaksanaan SNARS Edisi 1.

Bagi rumah sakit yang baru pertama kali akreditasi di tahun 2018, akan menggunakan SNARS Edisi 1. Standar akreditasi versi 2012 akan berlaku sampai dengan 31 Desember 2017.

#### **Cara menggunakan buku standar ini.**

Buku standar ini dapat digunakan sebagai:

- Pedoman untuk mengelola organisasi rumah sakit agar efisien dan efektif;
- Pedoman bagi pengelolaan dan pemberian pelayanan dan asuhan pasien; juga pedoman bagi upaya memperbaiki kualitas dan efisiensi pelayanan tersebut;

- Sarana untuk menilai fungsi-fungsi penting dalam suatu organisasi rumah sakit;
- Sarana untuk memahami apa saja standar yang harus dipenuhi seluruh organisasi rumah sakit dalam proses akreditasi oleh KARS;
- Sarana untuk menilai seberapa jauh suatu organisasi belum atau telah memenuhi standar;
- Sarana untuk mengetahui kebijakan-kebijakan akreditasi, bagaimana prosedur serta prosesnya; dan
- Mengenal terminologi yang digunakan dalam buku standar.

### **Kategori-kategori Ketentuan KARS**

Ketentuan KARS dijelaskan dalam kategori berikut ini :

- Ketentuan Mengikuti Akreditasi Rumah Sakit
- Standar
- Maksud dan Tujuan
- Elemen Penilaian (EP)

#### **Ketentuan Mengikuti Akreditasi Rumah Sakit**

Bagian Ketentuan Mengikuti Akreditasi Rumah Sakit, merupakan regulasi baru di KARS, Ketentuan ini meliputi Ketentuan spesifik untuk mengikuti proses akreditasi dan untuk mempertahankan status akreditasi. Rumah sakit harus mematuhi Ketentuan dalam bagian ini sepanjang waktu dalam proses akreditasi. Walaupun demikian, Ketentuan ini tidak diberi nilai seperti standar lain dalam survei di tempat. Rumah sakit akan dinilai antara memenuhi atau tidak memenuhi Ketentuan ini. Jika rumah sakit tidak memenuhi Ketentuan tertentu, maka rumah sakit akan diminta untuk segera memenuhinya atau terancam tidak mendapatkan akreditasi.

#### **Standar**

Standar KARS mencakup harapan kinerja, struktur, atau fungsi yang harus diterapkan agar suatu rumah sakit dapat terakreditasi oleh KARS. Sasaran Keselamatan Pasien dianggap sebagai standar dan dimonitoring sama seperti standar lainnya dalam survei di tempat.

#### **Maksud dan Tujuan**

Maksud dan tujuan dari suatu standar akan membantu menjelaskan makna sepenuhnya dari standar tersebut. Maksud dan tujuan akan mendeskripsikan tujuan dan rasionalisasi dari standar, memberikan penjelasan bagaimana standar tersebut selaras dengan program secara keseluruhan, menentukan parameter untuk Ketentuan-Ketentuannya, atau memberikan “gambaran tentang Ketentuan dan tujuan-tujuannya.

#### **Elemen Penilaian (EP)**

Elemen Penilaian (EP) dari suatu standar akan menuntun rumah sakit dan surveior terhadap apa yang akan ditinjau dan dinilai selama proses survei. EP untuk setiap

standar menunjukkan ketentuan untuk kepatuhan terhadap standar tersebut. EP ditujukan untuk memberikan kejelasan pada standar dan membantu rumah sakit untuk memenuhi sepenuhnya ketentuan yang ada, untuk membantu mengedukasi pimpinan dan tenaga kesehatan mengenai standar yang ada serta untuk memandu rumah sakit dalam persiapan proses akreditasi.

## **KEBIJAKAN UMUM AKREDITASI RUMAH SAKIT**

## **PERSYARATAN AKREDITASI RUMAH SAKIT (PARS)**

### **Gambaran Umum**

Bagian ini merupakan hal baru dalam pelaksanaan akreditasi rumah sakit di Indonesia, di akreditasi sebelumnya tidak ada persyaratan yang ditetapkan oleh KARS untuk mengikuti akreditasi rumah sakit. Persyaratan ini bukan berarti menghambat rumah sakit untuk mengikuti akreditasi, tetapi mendorong rumah sakit untuk mengikuti peraturan dan perundang-undangan, sehingga akreditasi yang dilaksanakan dalam rangka peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat dicapai.

Untuk rumah sakit yang akan melakukan akreditasi pertama kalinya, kesesuaian dengan seluruh persyaratan akreditasi rumah sakit dinilai selama survei awal. Untuk rumah sakit yang sudah terakreditasi, kesesuaian dengan persyaratan akreditasi rumah sakit dinilai sepanjang siklus akreditasi, melalui survei lokasi langsung.

### **Persyaratan, Maksud dan Tujuan, Monitoring, Dampak ketidakpatuhan**

#### **Persyaratan Pertama : PARS.1**

Rumah sakit memenuhi semua persyaratan informasi dan data kepada Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS).

#### **Maksud dan tujuan untuk PARS.1**

Pada waktu mengajukan permohonan survei akreditasi, rumah sakit perlu memberikan data dan informasi yang dibutuhkan untuk proses akreditasi. Misalnya : mengisi aplikasi survei secara lengkap, data direktur rumah sakit, data kelengkapan surat tanda registrasi dan surat izin praktik para staf medis serta data perizinan-perizinan lainnya, termasuk bila ada perubahan direktur rumah sakit, kepemilikan, peningkatan kelas, pembangunan/renovasi yang cukup luas, dan lain sebagainya serta bila ingin mengajukan banding keputusan akreditasi.

Rumah sakit wajib memberikan data dan informasi kepada KARS, data tersebut dimulai pada waktu pengajuan survei dan selama siklus survei akreditasi tiga

tahunan. Penyampaian data sesuai yang diminta KARS, harus disampaikan oleh rumah sakit ke KARS.

### **Monitoring PARS.1**

Monitoring dilaksanakan terus-menerus selama siklus akreditasi terkait dengan pengajuan yang diperlukan.

### **Dampak Ketidapatuhan terhadap PARS.1**

Jika rumah sakit gagal memenuhi persyaratan informasi dan data hingga waktu yang ditentukan kepada KARS, rumah sakit akan dianggap berisiko gagal akreditasi atau penetapan akreditasi tertunda sampai semua persyaratan akreditasi dipenuhi dan dilakukan survei terfokus. Sebagai contoh, jika informasi pada aplikasi survei rumah sakit tidak tepat /tidak sesuai selama pelaksanaan survei maka dibutuhkan survei terfokus dan rumah sakit diminta menanggung biaya dari pelaksanaan survei terfokus. Sebagai tambahan, jika terdapat bukti bahwa rumah sakit telah memalsukan atau menahan informasi atau bermaksud menghilangkan informasi yang diajukan kepada KARS, persyaratan dan konsekuensi pada PARS.2 akan berlaku.

### **Persyaratan Kedua: PARS.2**

Rumah sakit menyediakan informasi yang lengkap dan akurat kepada KARS selama keseluruhan fase dari proses akreditasi.

### **Maksud dan tujuan untuk PARS.2**

KARS menginginkan setiap rumah sakit yang mengajukan akreditasi atau sudah terakreditasi untuk melaksanakan proses akreditasi secara jujur, berintegritas dan transparan. Hal ini dibuktikan dengan menyediakan informasi yang lengkap dan akurat selama proses akreditasi dan pasca akreditasi.

KARS mendapatkan informasi tentang rumah sakit melalui:

- ◆ informasi dari rumah sakit dan karyawan
- ◆ informasi dari masyarakat
- ◆ informasi dari pemerintah
- ◆ informasi dari media massa dan media sosial
- ◆ komunikasi secara lisan
- ◆ Observasi langsung dengan atau melalui wawancara atau komunikasi lainnya kepada pegawai KARS
- ◆ Dokumen elektronik atau *hard-copy* melalui pihak ketiga, seperti media massa atau laporan pemerintahan

Untuk Persyaratan ini, pemalsuan informasi didefinisikan sebagai pemalsuan (fabrikasi), secara keseluruhan atau sebagian dari informasi yang diberikan oleh pihak yang mengajukan atau rumah sakit yang diakreditasi kepada KARS. Pemalsuan bisa meliputi perubahan draft, perubahan format, atau menghilangkan isi dokumen

atau mengirimkan informasi, laporan, data dan materi palsu lainnya.

### **Monitoring PARS.2**

Monitoring dari PARS ini dimulai sejak proses pendaftaran dan terus berlanjut hingga rumah sakit tersebut terakreditasi oleh atau mencari akreditasi dari KARS

### **Dampak Ketidakpatuhan terhadap PARS.2**

Jika KARS meyakini bahwa rumah sakit memasukkan informasi yang tidak akurat atau palsu atau mempresentasikan informasi yang tidak akurat atau palsu ke survei, maka rumah sakit akan dianggap Berisiko Gagal Akreditasi dan kemungkinan perlu menjalani survei terfokus. Kegagalan mengatasi masalah ini tepat waktu atau pada saat survei terfokus dapat berakibat Kegagalan Akreditasi.

### **Persyaratan Ketiga: PARS.3**

Rumah sakit melaporkan bila ada perubahan dari profil rumah sakit (data elektronik) atau informasi yang diberikan kepada KARS saat mengajukan aplikasi survei dalam jangka waktu maksimal 10 hari sebelum waktu survei.

### **Maksud dan tujuan untuk PARS.3**

Untuk memahami kepemilikan, perizinan, cakupan dan volume pelayanan pasien, dan jenis fasilitas pelayanan pasien, serta faktor lainnya, KARS memerlukan profil rumah sakit melalui aplikasi survei. KARS memerlukan data profil rumah sakit terkini untuk mempertimbangkan proses pelaksanaan survei. Data-data tersebut termasuk tapi tidak hanya terbatas pada informasi di bawah ini:

- Perubahan nama rumah sakit
- Perubahan kepemilikan rumah sakit
- Perubahan bentuk badan hukum rumah sakit
- Perubahan kategori rumah sakit
- Perubahan kelas rumah sakit
- Pencabutan atau pembatasan izin operasional, keterbatasan atau penutupan layanan pasien, sanksi staf klinis atau staf lainnya, atau tuntutan terkait masalah peraturan dan hukum oleh pihak Kementerian Kesehatan dan atau Dinas Kesehatan
- Penambahan atau penghapusan, satu atau lebih jenis pelayanan kesehatan, misalnya penambahan unit dialisis atau penutupan perawatan trauma.

### **Monitoring PARS.3**

Monitoring dari PARS.3 ini dilaksanakan saat pengajuan aplikasi survei secara elektronik atau saat berlangsungnya proses survei. Apabila ditemukan adanya perubahan profil rumah sakit yang tidak dilaporkan dapat mengakibatkan dilaksanakannya survei terfokus dalam waktu yang berbeda.

### **Dampak Ketidapatuhan terhadap PARS.3**

Apabila rumah sakit pada saat pengajuan aplikasi survei secara elektronik atau saat berlangsungnya proses survei tidak menyampaikan perubahan profil rumah sakit dapat berakibat tidak dilaksanakan survei akreditasi, gagal akreditasi atau dilaksanakan survei terfokus dalam waktu yang berbeda.

### **Persyaratan Keempat: PARS. 4**

Rumah sakit mengizinkan memberikan akses kepada KARS untuk melakukan monitoring terhadap kepatuhan standar, melakukan verifikasi mutu dan keselamatan atau terhadap laporan dari pihak yang berwenang.

### **Maksud dan tujuan untuk PARS.4**

Atas hasil akreditasi yang dicapai rumah sakit memiliki arti rumah sakit memiliki komitmen terhadap pemangku kepentingan seperti, masyarakat, Kementerian Kesehatan, badan pemerintahan pusat/propinsi/kabupaten/kota, sumber pendanaan (asuransi kesehatan), dan pihak lainnya bahwa rumah sakit akan menjaga untuk memenuhi standarnasional akreditasi rumah sakit edisi 1 termasuk kebijakan akreditasi oleh KARS. Dengan demikian, perlu dipahami bahwa KARS memiliki kewenangan untuk melakukan telusur dan investigasi terhadap pelaksanaan mutu dan keselamatan pasien ke seluruh atau sebagian rumah sakit, dengan pemberitahuan atau tanpa pemberitahuan, untuk memastikan rumah sakit tetap memenuhi dan mematuhi standar. Surveior selalu menggunakan tanda pengenal resmi sebagai identitas dan surat tugas dari KARS ketika melakukan kunjungan tanpa pemberitahuan kepada rumah sakit sebelumnya.

### **Monitoring PARS.4**

Monitoring dari persyaratan ini dilaksanakan selama fase siklus akreditasi tiga tahunan.

### **Dampak Ketidapatuhan terhadap PARS.4**

KARS akan menarik status akreditasi dari rumah sakit yang menolak atau membatasi akses terhadap surveior KARS yang ditugaskan untuk melaksanakan telusur dan investigasi langsung.

### **Persyaratan Kelima : PARS.5**

Rumah sakit bersedia menyerahkan data hasil monitoring dari Kementerian Kesehatan/Dinas Kesehatan Propinsi/Kabupaten/Kota berupa berkas asli atau fotokopi legalisir kepada KARS.

### **Maksud dan tujuan untuk PARS.5**

Dalam pelaksanaan survei akreditasi yang menyeluruh, surveior KARS dapat meminta informasi dari Kementerian Kesehatan/Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota berbagai aspek operasional rumah sakit dan lembaga lainnya yang juga melakukan penilaian terhadap area yang berhubungan dengan

mutu dan keselamatan, sebagai contoh pemeriksaan keselamatan kebakaran, pemeriksaan sanitasi rumah sakit dan lain sebagainya. Dalam hal ini termasuk kepatuhan terhadap peraturan perundang-undangan dan monitoring dari mutu dan keselamatan berupa insiden/kejadian yang dilaporkan ke pihak berwenang.

#### **Monitoring PARS.5**

Apabila diperlukan, rumah sakit bersedia memberikan semua catatan resmi, laporan dan rekomendasi dari lembaga lain seperti lembaga yang membidangi perizinan, pemeriksaan, peninjauan ulang, pemerintahan dan perencanaan. KARS juga bisa meminta laporan secara langsung dari lembaga lain tersebut. Laporan tersebut bisa diminta selama berlangsungnya fase siklus akreditasi tiga tahunan, termasuk selama survei akreditasi atau sebagai bagian dari monitoring yang menyangkut insiden atau mutu.

#### **Dampak Ketidakpatuhan terhadap PARS.5**

Apabila rumah sakit tidak bersedia menyediakan laporan resmi ketika diminta pada saat survei berlangsung, dapat berakibat dilaksanakannya survei terfokus untuk mengkaji kembali laporan dan standar yang berhubungan.

#### **Persyaratan Keenam : PARS.6**

Rumah sakit mengizinkan pejabat KARS atau surveior senior yang ditugaskan oleh KARS untuk mengamati proses survei secara langsung. Pejabat KARS atau surveior senior yang ditugaskan wajib menggunakan tanda pengenal resmi sebagai identitas dan surat tugas dari KARS, termasuk ketika melakukan kunjungan tanpa pemberitahuan kepada rumah sakit sebelumnya.

#### **Maksud dan tujuan untuk PARS.6**

Pejabat KARS atau surveior senior dapat ditugaskan oleh Ketua Eksekutif KARS untuk mengawasi surveior baru, melakukan evaluasi standar baru dan melaksanakan evaluasi terhadap adanya perubahan tersebut selain aktivitas lainnya.

#### **Monitoring PARS.6**

Evaluasi bisa dilaksanakan pada semua fase proses akreditasi, termasuk saat pelaksanaan survei verifikasi dan survei terfokus.

#### **Dampak Ketidakpatuhan terhadap PARS.6**

Apabila rumah sakit tidak bersedia dilaksanakan evaluasi pada semua fase proses akreditasi, termasuk saat pelaksanaan survei verifikasi dan survei terfokus dapat berakibat kegagalan akreditasi.

#### **Persyaratan Ketujuh : PARS.7**

Rumah sakit bersedia bergabung dalam sistem penilaian perkembangan mutu dengan memberikan hasil pengukuran indikator mutu. Dengan demikian direktur

rumah sakit dapat membandingkan capaian indikator area klinis, area manajemen dan sasaran keselamatan pasien dengan rumah sakit lain melalui Sismadak KARS.

#### **Maksud dan tujuan untuk PARS.7**

Kumpulan indikator KARS memberikan keseragaman, ketepatan spesifikasi dan standarisasi data yang dikumpulkan sehingga dapat dilakukan perbandingan di dalam rumah sakit dan antar rumah sakit.

Pengumpulan, analisis dan penggunaan data merupakan inti dari proses akreditasi KARS. Data dapat menunjang perbaikan yang berkesinambungan bagi rumah sakit. Data juga bisa menyediakan arus informasi yang berkesinambungan bagi KARS dalam mendukung kelangsungan perbaikan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit.

Pemilihan dan penggunaan kumpulan indikator diintegrasikan ke dalam prioritas parameter rumah sakit, seperti yang dijabarkan dalam standar TKRS.5, TKRS.11, dan TKRS.11.1.

#### **Monitoring PARS.7**

Indikator wajib dan indikator yang dipilih dievaluasi secara menyeluruh selama proses akreditasi berlangsung. Pengisian kedua indikator tersebut dilakukan sebelum proses survei. Evaluasi dilaksanakan pada semua fase proses akreditasi, termasuk saat pelaksanaan survei verifikasi dan survei terfokus.

#### **Dampak Ketidakpatuhan terhadap PARS.7**

Apabila rumah sakit tidak bersedia bergabung dalam sistem penilaian perkembangan mutu dengan memberikan hasil pengukuran indikator mutu dan dapat berakibat pada hasil akreditasi.

#### **Persyaratan Kedelapan: PARS.8**

Rumah sakit wajib menampilkan status akreditasi dengan tepat, program dan pelayanan sesuai dengan tingkatan status akreditasi yang diberikan oleh KARS melalui website atau promosi lainnya.

#### **Maksud dan tujuan untuk PARS.8**

Situs, iklan dan promosi rumah sakit serta informasi lain yang dibuat oleh rumah sakit kepada masyarakat harus secara tepat menggambarkan capaian tingkatan status akreditasi yang diberikan oleh KARS, program dan pelayanan yang diakreditasi oleh KARS.

#### **Monitoring PARS.8**

Evaluasi terhadap persyaratan ini dilaksanakan pada seluruh fase akreditasi, termasuk siklus akreditasi tiga tahunan.

### **Dampak Ketidakpatuhan terhadap PARS.8**

Apabila informasi tentang capaian tingkatan status akreditasi yang diberikan oleh KARS tidak sesuai, dapat berakibat pada hasil akreditasi.

### **Persyaratan kesembilan: PARS.9**

Rumah sakit menyelenggarakan pelayanan pasien dalam lingkungan yang tidak memiliki risiko atau mengancam keselamatan pasien, kesehatan masyarakat atau keselamatan staf.

### **Maksud dan tujuan untuk PARS.9**

Rumah sakit yang dipercaya pasien, staf dan masyarakat, dinyatakan berisiko rendah dan merupakan tempat yang aman. Oleh karena itu, rumah sakit menjaga kepercayaan dengan melakukan peninjauan dan pengawasan terhadap praktik keselamatan.

### **Monitoring PARS.9**

Evaluasi dilaksanakan terutama selama proses survei berlangsung termasuk melalui laporan atau pengaduan dari masyarakat atau sanksi dari pihak yang berwenang pada seluruh fase akreditasi, termasuk siklus akreditasi tiga tahunan.

### **Dampak Ketidakpatuhan terhadap PARS.9**

Risiko keamanan yang membahayakan pasien, pengunjung dan staf yang ditemukan pada saat survei dapat berakibat pada hasil akreditasi sampai masalah tersebut dapat diatasi dengan baik.

## **KEBIJAKAN PRA SURVEI AKREDITASI**

### **Persyaratan kelayakan umum**

Setiap rumah sakit dapat mengajukan survei akreditasi kepada Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) bila memenuhi semua kriteria sebagai berikut:

1. Rumah sakit berlokasi di wilayah Indonesia
2. Rumah sakit umum maupun rumah sakit khusus untuk semua kelas rumah sakit
3. Izin operasional rumah sakit masih berlaku
4. Bila izin rumah sakit sudah habis masa berlakunya, pengajuan permohonan survei bisa dilakukan, bila Dinas Kesehatan meminta syarat perpanjangan izin operasional harus sudah terakreditasi. Untuk itu rumah sakit mengirimkan surat/ persyaratan dari Dinas Kesehatan tersebut ke KARS dan survei dapat dilaksanakan. Hasil survei yang diberikan berupa surat keterangan hasil akreditasi yang dapat dipergunakan untuk mengurus izin operasional. Bila izin operasional sudah terbit, rumah sakit mengirimkan dokumen izin tersebut ke

[survei@kars.or.id](mailto:survei@kars.or.id) dan Komisi Akreditasi Rumah Sakit akan memberikan sertifikat akreditasi kepada rumah sakit tersebut.

5. Direktur/Kepala rumah Sakit adalah tenaga medis (dokter atau dokter gigi)
6. Rumah sakit beroperasi penuh (*full operation*) dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat secara paripurna selama 24 jam sehari dan 7 hari seminggu.
7. Rumah sakit mempunyai izin Instalasi Pengelolaan Limbah Cair (IPLC) yang masih berlaku.
8. Rumah sakit mempunyai izin pengelolaan limbah bahan berbahaya dan beracun yang masih berlaku atau kerjasama dengan pihak ketiga yang mempunyai izin sebagai pengolah limbah bahan beracun dan berbahaya yang masih berlaku dan atau izin sebagai transporter yang masih berlaku.
9. Semua tenaga medis pemberi asuhan di rumah sakit telah mempunyai Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP)
10. Rumah sakit melaksanakan atau bersedia melaksanakan kewajiban dalam meningkatkan mutu asuhan dan keselamatan pasien.

**Catatan:**

Bila dalam kajian persyaratan yang disampaikan tidak memenuhi kriteria 1. sampai dengan 10. maka KARS dapat memutuskan bahwa tidak dilaksanakan survei sampai dengan persyaratan dipenuhi.

### **Tata cara pengajuan survei akreditasi pertama kali dan survei ulang**

1. Rumah sakit mengajukan permohonan survei akreditasi yang dikirim melalui email ke [survei@kars.or.id](mailto:survei@kars.or.id) atau secara online melalui website : [www.kars.or.id](http://www.kars.or.id) paling lambat 1 (satu) bulan sebelum tanggal pelaksanaan yang diajukan oleh rumah sakit.
2. Surat permohonan survei dilampiri dengan kelengkapan sebagai berikut :
  - a. Aplikasi survei yang sudah diisi dan ditandatangani oleh Direktur/Kepala rumah sakit.
  - b. Hasil self asesment terakhir, dengan skor minimal 80 %
  - c. Izin operasional yang masih berlaku
  - d. Ijazah dokter atau dokter gigi dari Direktur/Kepala rumah sakit.
  - e. Surat pernyataan Direktur/Kepala rumah sakit yang berisi:
    - Tidak keberatan memberikan akses rekam medis kepada surveior
    - Tidak meninggalkan rumah sakit selama kegiatan survei berlangsung
    - Semua tenaga medis sudah mempunyai STR dan SIP.
  - f. Daftar tenaga medis yang dilengkapi dengan nomer Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP) dan masa berlakunya
  - g. Surat izin pengelolaan air limbah (IPLC) yang masih berlaku

- h. Surat izin pengelolaan limbah B-3 yang masih berlaku atau perjanjian kerjasama dengan pihak ke 3 yang mempunyai izin pengolah limbah B-3 dan tranporter yang masih berlaku.
3. Berdasarkan pengajuan permohonan survei akreditasi pada poin 2. maka KARS akan melakukan evaluasi permohonan dan menetapkan:
- ◆ Bila rumah sakit telah memenuhi persyaratan maka KARS akan melanjutkan proses akreditasi
  - ◆ Bila rumah sakit belum memenuhi persyaratan maka KARS akan memberitahukan ke Rumah Sakit agar melengkapi persyaratan dan pelaksanaan akreditasi ditunda sampai dengan kekurangan persyaratan dipenuhi oleh rumah sakit.
4. Permohonan survei akreditasi diterima, maka:
- ◆ KARS menjadwalkan survei akreditasi dan memberi tahu jadwal survei kepada rumah sakit dengan tembusan kepada Dinas Kesehatan Provinsi
  - ◆ Rumah sakit melakukan kontrak komitmen dengan Komisi Akreditasi Rumah Sakit yang antara lain berisi tentang:
    - Kesiediaan rumah sakit dilakukan evaluasi terus menerus mulai dari permohonan survei yang diajukan, pada waktu survei akreditasi dilaksanakan dan selama siklus akreditasi 3 tahunan. Evaluasi pasca akreditasi ini dapat dilakukan setiap saat dengan atau tanpa pemberitahuan terlebih dahulu, yang dilaksanakan oleh pejabat KARS atau surveior senior yang ditugaskan dengan menggunakan tanda pengenal dari KARS. Bila rumah sakit menolak dilakukan evaluasi dapat berisiko sertifikat akreditasi ditarik kembali oleh KARS
    - Kesiediaan Rumah Sakit dilakukan survei verifikasi tepat waktu atau sesuai dengan jadwal sebanyak dua kali yaitu satu tahun setelah survei dan dua tahun setelah survei. Bila Rumah Sakit menolak dilakukan survei verifikasi maka berisiko sertifikat akreditasi ditarik kembali oleh KARS.
    - Kesiediaan rumah sakit memberikan data dan informasi yang akurat dan tidak palsu kepada KARS dan surveior. Bila terbukti data dan informasi tidak akurat atau dipalsukan maka rumah sakit siap menerima risiko gagal akreditasi dan rumah sakit mengajukan ulang permohonan untuk dilakukan survei oleh KARS.
    - Kesiediaan Rumah Sakit melaporkan perubahan data di aplikasi survei (kepemilikan, Direktur Rumah Sakit, perizinan, pelayanan, gedung/bangunan dan fasilitas dll) selambat-lambatnya 10 hari sebelum survei dilakukan
    - Kesiediaan Rumah Sakit melaporkan bila ada kejadian sentinel, perubahan kelas rumah sakit, perubahan jenis atau kategori rumah sakit, penambahan pelayanan baik spesialisistik atau sub spesialisistik,

perubahan bangunan yang lebih dari 25 % dari bangunan saat sekarang selama siklus akreditasi 3 tahun dan bersedia dilakukan survei terfokus sesuai kebutuhan.

- Kesiediaan Rumah Sakit melengkapi perizinan yang terkait dengan tenaga dan sarana-prasarana (fasilitas)
  - Kesiediaan Rumah Sakit mengizinkan pejabat KARS atau surveior senior yang ditugaskan dengan menggunakan tanda pengenal dari KARS untuk melakukan evaluasi pada saat berlangsungnya survei. Evaluasi bisa dilaksanakan pada seluruh fase akreditasi, termasuk siklus akreditasi tiga tahunan.
  - Kesiediaan Rumah Sakit menyediakan fasilitas dan lingkungan yang aman bagi pasien, keluarga dan staf sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
  - Kesiediaan Rumah Sakit melakukan pembayaran survei paling lambat 7 hari sebelum pelaksanaan survei
- ♦ KARS mengirimkan nama-nama surveior dan rumah sakit dapat menolak nama tersebut bila ada conflict of interest antara surveior dan rumah sakit, antara lain sebagai berikut :
- Surveior pernah bekerja dan atau pernah sebagai pejabat di Rumah Sakit tersebut.
  - Surveior mempunyai hubungan saudara dengan Direksi Rumah Sakit
  - Surveior bekerja di Rumah Sakit pesaing dari Rumah Sakit yang disurvei
  - Surveior bekerja di Rumah Sakit yang sedang ada konflik dengan Rumah Sakit yang disurvei
  - Surveior pernah melakukan survei akreditasi pada siklus sebelumnya.
  - Pernah terjadi konflik antara surveior dengan Rumah Sakit.
5. KARS memberitahu jadwal kedatangan surveior dan jadwal acara survei akreditasi dan dokumen-dokumen yang harus disampaikan kepada surveior.
  6. Selama proses pengajuan survei sampai dilaksanakan survei akreditasi, Rumah Sakit dapat melakukan komunikasi dengan sekretariat KARS, melalui no telpun (021) 29941553 atau (021) 29941552 atau melalui email ke [survei@kars.or.id](mailto:survei@kars.or.id) atau [info@kars.or.id](mailto:info@kars.or.id)

## **KEBIJAKAN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT**

### **Dasar Proses Akreditasi**

Proses akreditasi didasarkan pada hasil evaluasi kepatuhan Rumah Sakit terhadap Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit edisi 1 . Setelah terakreditasi, rumah sakit diharapkan untuk menunjukkan kepatuhan terus menerus terhadap standar di setiap siklus akreditasi. Standar akreditasi diperbarui setiap tiga tahun.

### **Tujuan Survei**

Survei akreditasi dilaksanakan dengan menilai kesesuaian rumah sakit terhadap standar nasional akreditasi rumah sakit edisi 1 melalui proses:

- wawancara dengan staf dan pasien serta informasi lisan lainnya;
- pengamatan proses penanganan pasien secara langsung;
- tinjauan terhadap kebijakan, prosedur, panduan praktik klinis, rekam medis pasien, catatan personel, kepatuhan terhadap peraturan perundang-undangan, dan dokumen lain yang diminta dari rumah sakit;
- tinjauan data peningkatan mutu dan keselamatan pasien, penilaian kinerja dan hasil;
- pelaksanaan aktivitas telusur pasien secara individual (yaitu mengevaluasi pengalaman perawatan pasien melalui proses perawatan di rumah sakit); dan
- pelaksanaan aktivitas telusur terfokus terhadap sistem atau proses di seluruh organisasi (misalnya, manajemen obat, pengendalian infeksi, limbah dan bahan berbahaya, atau sistem dan proses rawan masalah, berisiko tinggi, bervolume tinggi/rendah lainnya.)

### Proses Survei

Metode aktivitas telusur merupakan 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:

- wawancara kepada staf secara individual atau di dalam kelompok
- mengamati perawatan pasien
- wawancara kepada pasien dan keluarganya
- meninjau rekam medis pasien
- meninjau catatan personel/file pegawai
- meninjau kebijakan dan prosedur dan dokumen lainnya.

Setelah rumah sakit menandatangani kontrak survei, rumah sakit harus mempelajari Panduan Proses Survei Rumah Sakit (*Hospital Survey Process Guide*) yang ditetapkan oleh KARS untuk mengetahui penjelasan rinci tentang proses yang terjadi selama survei awal atau survei ulang, termasuk penjelasan rinci mengenai seluruh aktivitas survei, dokumentasi yang dibutuhkan, dan sumber daya lainnya.

Sejak hari kedua survei, pada pagi hari surveior melakukan klarifikasi kepada direktur rumah sakit dan pimpinan lainnya pada pertemuan kepemimpinan. Pada pertemuan ini, surveior memberikan informasi mengenai temuan mereka. Penting untuk dicatat

bahwa informasi awal apapun bukanlah merupakan keputusan akhir sampai pemeriksaan laporan survei di KARS selesai.

Jika selama proses survei surveior menemukan kondisi yang dapat berakibat ancaman serius bagi keselamatan publik atau pasien, mereka akan melaporkan kepada KARS. Dalam situasi demikian, KARS dapat memutuskan untuk menghentikan survei dan mempertimbangkan untuk melaporkan kepada institusi terkait.

KARS menetapkan tanggal berlakunya standar nasional akreditasi rumah sakit edisi 1 pada tanggal 1 Januari 2018. Dengan demikian setelah tanggal tersebut, KARS melakukan semua kegiatan survei akreditasi dengan menggunakan standar tersebut.

## Survei Akreditasi Rumah Sakit

### Jenis-jenis Survei

Survei dilaksanakan sesuai dengan menilai semua standar nasional akreditasi rumah sakit edisi 1 di seluruh rumah sakit. Bentuk survei meliputi survei awal, survei ulang, survei verifikasi dan survei terfokus. Definisi setiap survei adalah sebagai berikut:

#### ❖ Survei Awal—Survei langsung penuh pertama pada rumah sakit

Survei Remedial—Evaluasi langsung yang dijadwalkan paling lambat 6 bulan setelah survei awal untuk mengevaluasi elemen penilaian (EP) yang mendapatkan nilai “tidak terpenuhi” (“*not met*”) atau “terpenuhi sebagian” (“*partially met*”) yang mengakibatkan rumah sakit gagal untuk memenuhi persyaratan kelulusan akreditasi.

#### ❖ Survei Ulang—Survei rumah sakit setelah siklus akreditasi tiga tahun

Survei Remedial—Evaluasi langsung yang dijadwalkan paling lambat 6 bulan setelah survei awal untuk mengevaluasi elemen penilaian (EP) yang mendapatkan nilai “tidak terpenuhi” (“*not met*”) atau “terpenuhi sebagian” (“*partially met*”) yang mengakibatkan rumah sakit gagal untuk memenuhi persyaratan kelulusan akreditasi.

#### ❖ Survei Verifikasi

Survei verifikasi dilaksanakan satu tahun dan dua tahun setelah survei akreditasi awal atau survei ulang untuk melakukan verifikasi terhadap perencanaan perbaikan strategis (PPS).

#### ❖ Survei Terfokus

Survei terfokus adalah survei langsung yang terbatas dalam lingkup, konten, dan lamanya, dan dirancang untuk mengumpulkan informasi tentang suatu masalah, standar, atau elemen penilaian secara spesifik. KARS melakukan jenis survei terfokus sebagai berikut:

- ◆ Bila KARS menemukan adanya ketidakpatuhan yang serius terhadap standar, masalah perawatan atau keselamatan pasien yang serius, masalah regulasi atau sanksi, atau masalah serius lainnya dalam suatu rumah sakit yang terakreditasi atau program bersertifikat, yang mungkin menempatkan rumah sakit pada status Berisiko Untuk Penolakan Akreditasi.
- ◆ Bila rumah sakit memberitahu kepada KARS adanya perubahan dalam waktu 15 hari, termasuk namun tidak terbatas pada sebagai berikut:
  - Perubahan kepemilikan dan/atau nama rumah sakit
  - Pencabutan atau pembatasan izin operasional, setiap pembatasan atau penutupan layanan perawatan pasien, sanksi profesi atau sanksi untuk staf lain, atau tindakan lain menurut hukum dan peraturan yang diberikan oleh otoritas kesehatan terkait
  - Peralihan atau perubahan penggunaan bangunan perawatan pasien, pembangunan baru atau perluasan bangunan perawatan pasien, atau kepemilikan bangunan di lokasi baru di masyarakat, memperluas jenis dan volume pelayanan perawatan pasien 25 persen atau lebih dari yang telah dilaporkan di dalam profil rumah sakit, atau tidak dilaporkan sebagai lokasi perawatan pasien, atau tidak termasuk dalam ruang lingkup survei akreditasi sebelumnya
  - Perluasan kapasitas rumah sakit yang memang dimaksudkan untuk memberikan pelayanan tanpa adanya fasilitas baru, telah direnovasi, atau telah diperluas sebesar 25 persen atau lebih, yang dinilai melalui volume pasien, cakupan layanan, atau penilaian lain yang relevan
  - Penambahan satu atau lebih jenis layanan kesehatan, seperti penambahan unit dialisis atau penghentian layanan pasien trauma

### **Standar Akreditasi Rumah Sakit**

Standar akreditasi yang dipergunakan mulai 1 Januari 2018 adalah **STANDAR NASIONAL AKREDITASI RUMAH SAKIT EDISI 1** yang terdiri dari 16 bab yaitu :

1. Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)
2. Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas (ARK)
3. Hak Pasien dan Keluarga (HPK)
4. Asesmen Pasien (AP)
5. Pelayanan Asuhan Pasien (PAP)
6. Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)
7. Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)
8. Manajemen Komunikasi dan Edukasi (MKE)
9. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)
10. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

11. Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)
12. Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)
13. Kompetensi & Kewenangan Staf (KKS)
14. Manajemen Informasi dan Rekam Medis (MIRM)
15. Program Nasional (menurunkan angka kematian ibu dan bayi serta meningkatkan angka kesehatan ibu dan bayi, menurunkan angka kesakitan HIV/AIDS, menurunkan angka kesakitan tuberkulosis, pengendalian resistensi antimikroba dan pelayanan geriatri)
16. Integrasi Pendidikan Kesehatan dalam Pelayanan Rumah Sakit (IPKP)

Ketentuan penggunaan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi I sebagai berikut:

- ◆ Rumah Sakit Pendidikan : 16 bab
- ◆ Rumah Sakit non Pendidikan : 15 bab

### Jenis Surveior Akreditasi Rumah Sakit

Surveior akreditasi terdiri dari :

- ◆ Surveior Manajemen yaitu tenaga medis yang ahli perumah sakitan
- ◆ Surveior Medis yaitu para dokter spesialis
- ◆ Surveior Keperawatan yaitu para perawat.
- ◆ Surveior lainnya : ahli rekam medis, apoteker, dan lain sebagainya akan ditugaskan bila ada survei terfokus yang memerlukan keahliannya.

### Pembagian tugas surveior akreditasi rumah sakit

Pembagian tugas surveior pada pelaksanaan survei akreditasi dengan menggunakan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 sebagai berikut :

SURVEIOR		
MANAJEMEN	MEDIS	PERAWAT
1. Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat	1. Akses ke RS dan Kontinuitas	1. Hak pasien dan Keluarga
2. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	2. Asesmen Pasien	2. Manajemen komunikasi dan Edukasi

3. Tata Kelola Rumah Sakit	3. Pelayanan Asuhan Pasien.	3. Pencegahan dan Pengendalian infeksi
4. Manajemen Fasilitas dan Keselamatan	4. Pelayanan Anestesi dan Bedah	4. Sasaran Keselamatan Pasien
5. Kompetensi dan Kewenangan Staf.	5. Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi, Menurunkan Angka Kesakitan HIV/AIDS, Menurunkan Angka Kesakitan TB, Pengendalian Resistensi Antimikroba dan Pelayanan Geriatri	5. Manajemen Informasi dan Rekam Medis
	6. Integrasi Pendidikan Kesehatan dalam Pelayanan Rumah Sakit (IPKP)	

Yang perlu diperhatikan adalah setiap surveior harus memahami dan menguasai semua standar dan elemen penilaian (EP) di setiap standar akreditasi yang terdiri dari 16 bab tersebut. Pembagian tugas lebih diperuntukkan untuk penanggung jawab penetapan skor dan nilai. Surveior dapat saling memberikan masukan hasil temuan kepada masing-masing penanggung jawab bab.

Jenis surveior lainnya, akan ditugaskan bila ada survei terfokus yang memerlukan keahliannya.

### Ketentuan Jumlah surveior dan jumlah hari survei

Mengingat rumah sakit di Indonesia sangat bervariasi, maka jumlah surveior dan jumlah hari survei tergantung besar kecil dan kompleksitas rumah sakit serta rumah sakit pendidikan atau rumah sakit non pendidikan. Ketentuan jumlah surveior dan jumlah hari survei sebagai berikut :

JUMLAH TEMPAT TIDUR	RSNP/ RSP*	JUMLAH		JENIS SURVEIOR		
		HARI SURVEI	SURVEIOR	M J*	MD*	PW*
Kurang dari 100	RSNP	4 hari	3 orang	1	1	1

Kurang dari 100	RSP	4 hari	3 orang	1	1	1
Kurang dari 100	RSK	4 hari	3 orang	1	1	1
101 – 300	RSNP	4 hari	3 orang	1	1	1
101 – 300	RSP	4 hari	4 orang	1	2	1
101 – 300	RSK	4 hari	3 orang	1	1	1
301 – 700	RSNP	4 hari	5 orang	2	2	1
301 – 700	RSP	5 hari	6 orang	2	2	2
301 – 700	RSK	4 hari	4 orang	1	2	1
701 – 1000	RSNP	5 hari	6 orang	2	2	2
701 – 1000	RSP	5 hari	7 orang	2	3	2
701 – 1000	RSK	5 hari	6 orang	2	2	2
Lebih dari 1000	RSNP	5 hari	7 orang	2	3	2
Lebih dari 1000	RSP	5 hari	9 orang	3	3	3
Lebih dari 1000	RSK	5 hari	7 orang	2	3	2
Kelas A Khusus	RSP	4 hari	6 orang	2	2	2

#### Penjelasan\*)

1. RSNP = Rumah Sakit Non Pendidikan
2. RSP = Rumah Sakit Pendidikan (utama, afiliasi dan satelit)
3. RSK = Rumah Sakit Khusus.
4. MJ = Surveior Manajemen
5. MD = Surveior Medis
6. PW = Surveior Perawat

### Penjadwalan Survei

Penetapan waktu pelaksanaan survei didasarkan pada kesepakatan KARS dan rumah sakit.

### Ruang Lingkup Survei

Ruang lingkup survei KARS ditentukan berdasarkan informasi di dalam aplikasi survei dari rumah sakit. Setiap bangunan serta area pelayanan dan asuhan pasien yang tercantum dalam aplikasi survei akan tercakup dalam pelaksanaan survei.

## Laporan kejadian pada waktu survei

Surveior wajib memberikan laporan khusus kepada Ketua Eksekutif KARS melalui telpon atau email bila pada waktu survei ditemukan hal-hal sebagai berikut:

- ◆ Direktur/Kepala Rumah Sakit tidak hadir/meninggalkan rumah sakit sejak hari pertama survei
- ◆ Izin operasional habis masa berlakunya
- ◆ Ada staf medis yang tidak mempunyai/habis masa berlakunya STR dan atau SIP
- ◆ Izin Pengolahan limbah cair dan B-3 tidak ada/habis masa berlakunya/masih dalam proses perpanjangan
- ◆ Rumah sakit memberikan informasi atau data palsu, misalnya Direktur Rumah Sakit ternyata bukan tenaga medis, ada staf dari rumah sakit lain (bukan pegawai/staf rumah sakit) yang terlibat/membantu wawancara/presentasi pada waktu pelaksanaan survei), peminjaman peralatan medis dari rumah sakit lain, dan pemalsuan data atau informasi lainnya.

## Penghentian survei

Kegiatan survei diberhentikan (*show-stop*) bila Direktur/Kepala Rumah Sakit tidak hadir/meninggalkan rumah sakit sejak hari pertama survei atas keputusan Ketua Eksekutif KARS.

## Pembatalan Survei

- ◆ KARS atau rumah sakit dapat membatalkan survei tanpa denda atau ganti rugi jika terdapat peristiwa seperti bencana alam, perang, terorisme, atau kedaruratan serupa lainnya, atau keadaan lain yang menyebabkan survei menjadi tidak mungkin dilaksanakan. Pembatalan karena salah satu alasan yang disebutkan di atas harus dikomunikasikan secepatnya secara tertulis.
- ◆ Jika rumah sakit membatalkan survei dalam waktu 30 hari atau kurang sebelum tanggal dimulainya survei karena alasan lain selain dari yang disebutkan di atas, rumah sakit wajib membayar 50 persen dari biaya survei sebagai pengganti biaya administrasi KARS dan pembatalan tiket pesawat. Apabila pihak KARS yang membatalkan survei untuk alasan apapun atau alasan selain dari yang disebutkan di atas, KARS tidak membebankan biaya apapun kepada rumah sakit.

## Penundaan Survei

Rumah sakit dapat menunda survei yang sudah terjadwal tanpa denda atau ganti rugi bila terjadi satu atau lebih dari keadaan berikut:

- Bencana alam atau peristiwa besar lain yang tidak terduga, yang sepenuhnya atau secara bermakna mengganggu operasional

- Mogok kerja masal/besar yang menyebabkan rumah sakit harus berhenti menerima pasien, membatalkan operasi dan/atau prosedur elektif lainnya, dan memindahkan pasien ke rumah sakit lain
- Pasien harus pindah ke bangunan lain pada saat waktu survei yang dijadwalkan misalnya akibat bencana
- KARS berhak untuk melakukan survei langsung jika rumah sakit tetap melakukan pelayanan perawatan pasien pada keadaan di atas. Proyek renovasi rumah sakit tidak menghalangi KARS untuk melakukan survei langsung di lokasi.
- Keadaan lain yang disetujui oleh KARS

## **Biaya Survei**

### **Perhitungan Biaya**

KARS mencantumkan biaya untuk survei akreditasi rumah sakit reguler di website [www.kars.or.id](http://www.kars.or.id), baik untuk survei awal, survei ulang, survei verifikasi dan survei terfokus.

KARS mendasarkan biaya survei akreditasi pada beberapa faktor, yaitu jumlah tempat tidur, jumlah surveior, kelas rumah sakit, jumlah hari survei dan kompleksitas layanan yang disediakan oleh rumah sakit. Waktu untuk surveior melakukan pertemuan dengan pimpinan rumah sakit sehari sebelum survei dilakukan dan menyiapkan laporan sudah termasuk dalam hari survei terhitung. KARS akan membebaskan biaya kepada rumah sakit untuk survei remedial, survei verifikasi dan survei terfokus, dan untuk beberapa penundaan atau pembatalan survei dari pihak rumah sakit.

### **Biaya Perjalanan**

Selain biaya survei, rumah sakit menanggung seluruh biaya perjalanan surveior dari tempat tinggal surveior sampai ke lokasi rumah sakit berada, berangkat dan pulang.

Biaya tersebut termasuk biaya transportasi (tiket pesawat, kereta api, dan mobil) dan akomodasi hotel serta makanan yang wajar.

### **Jadwal Pembayaran Biaya Survei**

Pembayaran dilaksanakan sebelum 7 hari pelaksanaan survei akreditasi ke rekening resmi KARS.

## **KEBIJAKAN PEMBERIAN SKOR**

### **Pemberian skoring**

- ◆ Setiap Elemen Penilaian diberi skor 0 atau 5 atau 10, sesuai ketentuan yang ada

di poin 2)

- ◆ Nilai setiap standar yang ada di bab merupakan penjumlahan dari nilai elemen penilaian
- ◆ Nilai dari standar dijumlahkan menjadi nilai untuk bab
- ◆ Elemen penilaian yang tidak dapat diterapkan (TDD) tidak diberikan skor dan mengurangi jumlah EP

### 1. Selama survei di lapangan, setiap elemen penilaian (EP) pada standar dinilai sebagai berikut :

- ◆ Skor 10 (terpenuhi lengkap), yaitu bila rumah sakit dapat memenuhi elemen penilaian tersebut minimal 80 %
- ◆ Skor 5 (terpenuhi sebagian) yaitu bila rumah sakit dapat memenuhi elemen penilaian tersebut antara 20 – 79 %
- ◆ Skor 0 (tidak terpenuhi) yaitu bila rumah sakit hanya dapat memenuhi elemen penilaian tersebut kurang dari 20 %

### 2. Menentukan Skor yang Tepat

#### Skor “Terpenuhi Lengkap”

Suatu EP dikatakan “terpenuhi lengkap bila jawabannya adalah “ya” atau “selalu” untuk setiap persyaratan khusus dari EP tersebut. Hal yang juga menjadi pertimbangan adalah sebagai berikut:

- Pengamatan negatif tunggal tidak selalu menghalangi perolehan skor “terpenuhi lengkap”.
- Bila capaian 80% atau lebih dari semua observasi atau pencatatan (contohnya, 8 dari 10) terpenuhi
- Rentang implementasi yang berhubungan dengan skor “terpenuhi lengkap” adalah sebagai berikut :
  - Kepatuhan sejak 12 bulan sebelumnya pada survei ulang
  - Kepatuhan sejak 3 bulan sebelumnya pada survei awal
  - Tidak ada rentang implementasi untuk survei terfokus. Kesenambungan dalam usaha peningkatan mutu digunakan untuk menilai kepatuhan.

#### Skor “Terpenuhi Sebagian”

Suatu EP dinilai “terpenuhi sebagian” apabila jawabannya adalah “biasanya” atau “kadang-kadang” pada persyaratan khusus dari EP tersebut. Hal yang juga yang menjadi pertimbangan adalah sebagai berikut:

- Bila capaian 21% sampai 79% (**contohnya**, 3 sampai 7 dari 10) pencatatan atau observasi menunjukkan kepatuhan.
- Temuan EP sebelumnya dinilai “tidak terpenuhi” pada survei awal atau survei ulang ataupun survei terfokus, dan temuan dari pengamatan terkini adalah capaian 21 % sampai 79%.
- Bukti kepatuhan tidak dapat ditemukan secara konsisten pada semua bagian/departemen/unit dimana persyaratan-persyaratan tersebut berlaku

(seperti misalnya ditemukan kepatuhan di unit di rawat inap, namun tidak di unit rawat jalan, patuh pada ruang operasi namun tidak patuh di unit rawat sehari (*day surgery*), patuh pada area-area yang menggunakan sedasi namun tidak patuh di klinik gigi).

- Bila pada suatu EP terdapat berbagai macam persyaratan, dan paling sedikit 21% - 79 % persyaratan tersebut sudah terpenuhi.
- Suatu kebijakan/proses telah dibuat, diterapkan, dan dilaksanakan secara berkesinambungan namun belum mempunyai rentang implementasi yang memenuhi syarat untuk dinilai sebagai “terpenuhi lengkap”.
- Suatu kebijakan/proses telah dibuat dan diterapkan, namun belum dilaksanakan secara berkesinambungan

### **Skor “Tidak Terpenuhi”**

Suatu EP dinilai “tidak terpenuhi” apabila jawabannya adalah “jarang” atau “tidak pernah” untuk suatu persyaratan spesifik pada EP. Hal yang juga yang menjadi pertimbangan adalah sebagai berikut:

- Bila capaian kurang dari 21 % (contohnya, kurang dari 2 dari 10) pencatatan atau observasi yang menunjukkan kepatuhan.
- Terdapat temuan “tidak terpenuhi” untuk EP selama survei lengkap atau survei terfokus, ataupun survei lanjutan lainnya, dan temuan dari pengamatan terkini adalah kepatuhan kurang dari 21 %.
- Apabila terdapat sejumlah persyaratan dalam satu EP, dan kurang dari 21% menunjukkan kepatuhan.
- Suatu kebijakan atau proses telah dibuat namun belum diterapkan.
- Rentang implementasi untuk skor “tidak terpenuhi” adalah sebagai berikut:
  - Persyaratan untuk EP adalah “terpenuhi sepenuhnya”; namun ternyata hanya terdapat kepatuhan kurang dari 5 bulan pada survei ulang dan kepatuhan kurang dari 1 bulan pada survei awal
  - Tidak ada rentang implementasi untuk survei terfokus. Kesiambungan dalam usaha perbaikan digunakan sebagai penilaian kepatuhan.
  - Bila suatu EP dalam satu standar mendapat skor “tidak terpenuhi” dan beberapa atau EP lain bergantung pada EP yang mendapat skor “tidak terpenuhi” ini, maka keseluruhan EP yang berhubungan dengan EP pertama tersebut mendapat skor “tidak terpenuhi”. Lihat gambar di bawah ini untuk MIRM 13.4 sebagai contoh.

### **Standar MIRM 13.4**

Dalam upaya perbaikan kinerja, rumah sakit secara teratur melakukan evaluasi atau review rekam medis.

### **Elemen Penilaian MIRM 13.4**

1. Rekam medis pasien direview secara berkala (D,W) → SKOR = 0 (tidak ada review)
2. Review menggunakan sampel yang mewakili (D,W) → SKOR = 0
3. Review melibatkan dokter, perawat dan PPA lainnya yang mempunyai kewenangan pengisian rekam medDs atau pengelola rekam medis (D,W) → SKOR = 0
4. Fokus review adalah pada ketepatan waktu, keterbacaan dan kelengkapan rekam medis (D,W) → SKOR = 0
5. Proses review termasuk isi rekam medis harus sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan (D,W) → SKOR = 0
6. Proses review termasuk rekam medis pasien yang masih dirawat dan pasien yang sudah pulang (D,W) → SKOR = 0
7. Hasil review dilaporkan secara berkala kepada Direktur rumah sakit (D, W) → SKOR = 0

Penjelasan:

Karena EP 1 adalah pembuktian bahwa ada review rekam medis, begitu EP 1 Skor = 0 (tidak ada review), maka EP 2 sampai dengan EP 7 yang juga membahas review secara otomatis tidak mungkin dilaksanakan jadi SKOR untuk EP 2 sampai dengan 7 mendapat SKOR = 0

### Tingkat Kepatuhan

Kepatuhan terhadap persyaratan dalam EP dicatat sebagai angka (persentase) kepatuhan yang diperlihatkan oleh rumah sakit. Kepatuhan ditulis dalam bentuk “positif” (**contohnya**, kepatuhan terhadap 20% persyaratan). Panduan penentuan skor ditulis dalam kalimat positif, yang merupakan persentase kepatuhan yang dibutuhkan untuk memperoleh skor “terpenuhi lengkap” (80% atau lebih), “terpenuhi sebagian (21 – 79 %), atau tidak terpenuhi (kurang dari 21 %). Apabila memungkinkan, kepatuhan yang diperlihatkan dilaporkan sebagai “tingkat kepatuhan” (%), yang menunjukkan persentase kepatuhan yang ditampilkan. Contohnya, 10 dari 15 (angka kepatuhan 67%) asesmen keperawatan awal dilengkapi dalam 24 jam setelah pasien masuk di unit rawat inap medis/bedah (**3W, 2E, 4S, dan 4N**), seperti yang disyaratkan oleh kebijakan rumah sakit. Skor untuk penilaian ini adalah “terpenuhi sebagian,” karena persentase angka kepatuhan dari temuan ini berkisar antara 21 – 79 %.

### Skor “Tidak Dapat Diterapkan” (TDD)

Suatu EP mendapat skor “tidak dapat dinilai” apabila persyaratan dalam EP tidak dapat dinilai karena tidak tercakup dalam pelayanan rumah sakit, populasi pasien, dan sebagainya (**contohnya**, rumah sakit tidak melakukan penelitian).

### **Periode Lihat ke Belakang (*Look-Back*) untuk Standar Baru**

KARS menetapkan tanggal berlakunya standar nasional akreditasi rumah sakit edisi 1 pada tanggal 1 Januari 2018. Dengan demikian setelah tanggal tersebut, KARS melakukan semua kegiatan survei akreditasi dengan menggunakan standar nasional tersebut. Rumah sakit diharapkan dapat menunjukkan kepatuhan terhadap standar pada tanggal efektif yang dipublikasikan. Periode lihat ke belakang untuk menilai standar nasional tersebut hanya dapat mundur ke belakang sampai pada tanggal efektif saat standar nasional tersebut diberlakukan. Jadi, untuk standar nasional akreditasi rumah sakit edisi 1, periode lihat ke belakang pada survei ulang tanggal 1 Juli 2018 adalah 3 bulan ke belakang, yaitu tanggal efektif 1 April 2018, bukan 12 bulan ke belakang. Hal serupa berlaku juga untuk survei awal tanggal 1 Juli, periode lihat ke belakang adalah 3 bulan dan bukan 4 bulan.

Bila rumah sakit tidak memenuhi periode lihat ke belakang dalam waktu singkat untuk penerapan standar yang baru, maka skor untuk EP akan diberlakukan sama seperti periode lihat ke belakang yang sebelumnya, yaitu 12 bulan lengkap (survei ulang 3 tahun) atau 3 bulan (survei pertama kali). **Contohnya**, pada survei ulang 3 tahun, bila periode lihat ke belakang yang memungkinkan untuk standar yang baru adalah 6 bulan, dan rumah sakit menunjukkan kepatuhan penuh (“terpenuhi sepenuhnya”) terhadap EP tersebut, namun rumah sakit hanya dapat menunjukkan kepatuhan selama 3 bulan terakhir, elemen penilaian akan mendapatkan skor sebagai “terpenuhi sebagian”, karena 67% dari periode lihat ke belakang selama 6 bulan telah terpenuhi. EP tersebut akan dinilai sebagai “tidak terpenuhi” apabila kepatuhan hanya dapat ditunjukkan selama 2 bulan, atau 33% dari kemungkinan periode lihat ke belakang.

### **Periode Lihat ke Belakang pada Survei Remedial dan Survei Terfokus**

Bila setelah survei awal atau ulang dilaksanakan survei remedial maksimal dalam waktu 6 bulan setelah survei awal atau ulang, periode lihat ke belakang untuk survei remedial dimulai sejak tanggal survei remedial sampai dengan hari terakhir survei awal atau ulang. Selama periode lihat ke belakang ini, surveior akan menilai tindakan yang diambil rumah sakit untuk membahas dan atau memperbaiki masalah yang ditemukan pada survei awal atau ulang. Untuk menilai implementasi, pengkajian terhadap kepatuhan mempertimbangkan hal-hal berikut ini:

- dampak temuan hasil survei;
- adanya bukti yang memadai untuk menunjukkan kepatuhan terhadap elemen penilaian atau standar yang diidentifikasi;

- adanya kesinambungan tindakan yang diambil; dan
- implementasi terhadap rekomendasi surveior

### **Contoh**

Pada saat survei awal atau ulang, rumah sakit tidak memenuhi standar penggunaan darah dan produk darah, standar PAP 3.3, karena panduan dan prosedur klinis belum ada dan belum dilaksanakan dan tidak mencakup butir a) sampai e) dalam maksud dan tujuan. Ketika surveior kembali untuk melakukan survei remedial, rumah sakit tersebut menunjukkan bukti bahwa panduan dan prosedur klinis telah dibuat dan berdasarkan bukti dari literatur, organisasi profesi, dan sumber terpercaya lainnya, yang mencakup proses untuk butir a) sampai e) di maksud dan tujuan. Selain itu, staf telah diedukasi tentang panduan ini dan wawancara dengan staf menunjukkan bahwa mereka telah mengetahui tentang proses ini. Dokumentasi pada rekam medis menunjukkan bahwa proses ini telah dilakukan.

Berdasarkan tindak lanjut oleh rumah sakit dan bukti yang dilihat oleh surveior, maka rumah sakit akan dianggap patuh sepenuhnya.

## **LAPORAN SURVEI**

1. Pasca survei, surveior wajib membuat laporan hasil survei berbasis web kepada Ketua Eksekutif KARS paling lambat 7 hari setelah pelaksanaan survei.
2. Laporan survei akan diperiksa/ditelaah keakuratan dan kebenaran oleh konsilor yang ditunjuk KARS
3. Bila ada diskrepansi nilai antara surveior dan konsilor yang sangat signifikan yang berdampak kepada status akreditasi rumah sakit akan dikaji di Dewan Penilai
4. Pasca survei, rumah sakit wajib membuat Perencanaan Perbaikan Strategis (PPS) berdasarkan rekomendasi dari surveior dan dikirim ke KARS paling lambat satu bulan setelah rekomendasi surveior diterima.

## **Perencanaan Perbaikan Strategis (PPS)**

Perencanaan Perbaikan Strategis (PPS) adalah rencana kerja tertulis yang harus dibuat oleh rumah sakit sebagai tindak lanjut hasil penilaian yang “tidak terpenuhi” (“*not met*”) atau “terpenuhi sebagian” dari hasil survei oleh KARS. Perencanaan Perbaikan Strategis (PPS) yang tertulis diharapkan dapat:

- menegakkan strategi/pendekatan yang akan diterapkan oleh rumah sakit akan untuk menangani setiap temuan yang “tidak terpenuhi” (“*not met*”) atau “terpenuhi sebagian”
- menjelaskan tindakan spesifik akan digunakan oleh rumah sakit untuk mencapai kepatuhan pada standar yang dinilai “tidak terpenuhi” (“*not met*”)/elemen

- penilaiannya telah dikutip;
- o menjelaskan langkah-langkah spesifik yang akan digunakan rumah sakit untuk berkomunikasi dan mengedukasi karyawan, dokter, dan staf lainnya dalam melaksanakan tindakan-tindakan untuk mencapai kepatuhan pada standar atau elemen penilaian yang dinilai “tidak terpenuhi” (*“not met”*) atau “terpenuhi sebagian”
  - o menjelaskan metodologi untuk mencegah terjadinya kembali suatu tindakan ketidakpatuhan dan untuk mempertahankan perbaikan dari waktu ke waktu; dan
  - o mengidentifikasi langkah-langkah penilaian yang akan digunakan untuk mengevaluasi efektivitas rencana perbaikan.

Perencanaan Perbaikan Strategis (PPS) harus menunjukkan bahwa tindakan yang dilakukan rumah sakit untuk dapat mencapai “terpenuhi lengkap” terhadap standar dan elemen penilaian. Perencanaan Perbaikan Strategis (PPS) harus sudah dikirim ke KARS dalam waktu 1 (satu) bulan setelah sertifikat akreditasi diterima oleh rumah sakit.

## **KEBIJAKAN PENENTUAN KELULUSAN**

### **Keputusan Akreditasi**

Keputusan akreditasi KARS berdasarkan capaian rumah sakit terhadap Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1. Ketua Eksekutif KARS mempertimbangkan semua hasil dan informasi saat survei awal atau survei ulang untuk pengambilan keputusan hasil akreditasi. Hasilnya dapat berupa rumah sakit memenuhi kriteria untuk akreditasi keseluruhan atau sebagian, atau tidak memenuhi kriteria dan tidak dapat memperoleh akreditasi.

Keputusan akreditasi final didasarkan pada kepatuhan rumah sakit terhadap standar akreditasi. Rumah sakit tidak menerima nilai/skor sebagai bagian dari keputusan akreditasi final. Ketika suatu rumah sakit berhasil memenuhi persyaratan akreditasi KARS, rumah sakit tersebut akan menerima penghargaan Status Akreditasi Sebagai berikut:

#### **A. Rumah Sakit Non Pendidikan**

- Tidak lulus akreditasi
  - Rumah sakit tidak lulus akreditasi bila dari 15 bab yang disurvei, semua mendapat nilai kurang dari 60 %
  - Bila rumah sakit tidak lulus akreditasi dapat mengajukan akreditasi ulang setelah rekomendasi dari surveior dilaksanakan.
- Akreditasi tingkat dasar

- Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat dasar bila dari 15 bab yang di survei hanya 4 bab yang mendapat nilai minimal 80 % dan 12 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20 %
- Akreditasi tingkat madya
  - Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat madya bila dari 15 bab yang di survei ada 8 bab yang mendapat nilai minimal 80 % dan 7 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20 %
- Akreditasi tingkat utama
  - Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat utama bila dari 15 bab yang di survei ada 12 bab yang mendapat nilai minimal 80 % dan 3 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20 %
- Akreditasi tingkat paripurna
  - Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat paripurna bila dari 15 bab yang di survei semua bab mendapat nilai minimal 80 %

## B. Rumah Sakit Pendidikan

- Tidak lulus akreditasi
  - Rumah sakit tidak lulus akreditasi bila dari 16 bab yang di survei mendapat nilai kurang dari 60 %
  - Bila rumah sakit tidak lulus akreditasi dapat mengajukan akreditasi ulang setelah rekomendasi dari surveior dilaksanakan.
- Akreditasi tingkat dasar
  - Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat dasar bila dari 16 bab yang di survei hanya 4 bab, dimana salah satu babnya adalah Institusi pendidikan pelayanan kesehatan, mendapat nilai minimal 80 % dan 12 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20 %
- Akreditasi tingkat madya
  - Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat madya bila dari 16 bab yang di survei ada 8 bab, dimana salah satu babnya adalah Institusi pendidikan pelayanan kesehatan, mendapat nilai minimal 80 % dan 8 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20 %
- Akreditasi tingkat utama
  - Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat utama bila dari 16 bab yang di survei ada 12 bab, dimana salah satu babnya adalah Institusi pendidikan pelayanan kesehatan mendapat nilai minimal 80 % dan 4 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20 %
- Akreditasi tingkat paripurna
  - Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat paripurna bila dari 16 bab yang di survei semua bab mendapat nilai minimal 80 %

Bila Rumah Sakit tidak mendapat status akreditasi paripurna dan ada bab nilainya dibawah 80 % tetapi diatas 60 %, maka Rumah Sakit dapat mengajukan survei remedial untuk bab tersebut.

### **Tampilan dan Penggunaan Penghargaan Akreditasi**

Pihak KARS memberikan sertifikat akreditasi kepada setiap rumah sakit pada saat akreditasi awal dan pada saat setiap survei ulang. Sertifikat dan semua salinan tetap menjadi milik KARS. Sertifikat harus dikembalikan jika rumah sakit tersebut menerima sertifikat baru yang mencerminkan perubahan nama atau jika akreditasi rumah sakit ditarik atau dibatalkan dengan alasan apapun.

Rumah sakit yang telah terakreditasi oleh KARS harus akurat dalam mengumumkan kepada publik. Rumah sakit harus jelas menyampaikan capaian status akreditasi. KARS mengatur tata cara publikasi untuk mengumumkan akreditasi yang diperoleh rumah sakit.

### **Masa Berlaku Status Akreditasi**

Status akreditasi berlaku selama tiga tahun kecuali ditarik oleh KARS. Status akreditasi berlaku surut sejak hari pertama pelaksanaan survei rumah sakit atau saat survei ulang. Pada akhir tiga tahun siklus akreditasi rumah sakit, rumah sakit harus melaksanakan survei ulang untuk perpanjangan status akreditasi.

### **KEBIJAKAN PENUNDAAN PENETAPAN STATUS AKREDITASI**

Kondisi yang menyebabkan rumah sakit berisiko ditolak atau ditunda status akreditasinya adalah sebagai berikut:

- Adanya ancaman terhadap keselamatan dan keamanan pasien atau keamanan dan keselamatan staf di dalam rumah sakit. KARS menerima data ini bisa dari laporan Tim Survei, atau dari sumber lain yang akurat. Tindakan yang akan dilakukan KARS adalah melakukan survei terfokus.
- Ada staf medis yang tidak mempunyai STR dan atau SIP yang masih berlaku, yang memberikan pelayanan medis.  
Bila ada laporan dari Tim Survei, masih ada staf medis yang belum/habis masa berlakunya/dalam proses perpanjangan STR dan SIP nya maka penetapan status akreditasi ditunda dan KARS memberikan surat keterangan bahwa rumah sakit telah dilakukan survei akreditasi. Bila STR dan SIP sudah ada atau diperbarui, rumah sakit agar melaporkan kepada KARS dengan melampirkan copy STR dan SIP melalui email [survei@kars.or.id](mailto:survei@kars.or.id)
- Bila rumah sakit memberikan informasi atau data palsu, misalnya Direktur rumah sakit ternyata bukan tenaga medis, ada staf dari rumah sakit lain (bukan pegawai/staf rumah sakit) yang terlibat/membantu wawancara/presentasi pada waktu pelaksanaan survei), peminjaman peralatan medis dari rumah sakit lain, dan pemalsuan data atau informasi

lainnya, maka KARS akan melakukan survei terfokus.

- Izin operasional rumah sakit habis masa berlakunya  
Bila ada laporan dari Tim Survei, izin operasional rumah sakit habis masa berlakunya/masih dalam proses perpanjangan maka Status kelulusan rumah sakit ditunda dan KARS memberikan surat keterangan bahwa rumah sakit telah dilakukan akreditasi oleh KARS. Dan bila izin operasional sudah ada, rumah sakit agar melaporkan ke KARS dengan melampirkan izin operasional melalui email [survei@kars.or.id](mailto:survei@kars.or.id)
  
- Izin pengolahan limbah cair dan B-3 habis masa berlakunya.  
Bila ada laporan dari Tim Survei, bahwa izin pengolahan limbah cair dan B-3 habis masa berlakunya/dalam proses perpanjangan maka status kelulusan rumah sakit ditunda dan KARS memberikan surat keterangan bahwa rumah sakit telah dilakukan akreditasi oleh KARS. Dan bila Izin pengolahan limbah cair dan B-3 P sudah ada, rumah sakit agar melaporkan ke KARS dengan melampirkan Izin pengolahan limbah cair dan B-3 melalui email [survei@kars.or.id](mailto:survei@kars.or.id)
  
- Rumah Sakit tidak menyampaikan Perencanaan Perbaikan Strategis (PPS) yang layak dalam waktu 1 (satu bulan) setelah mendapatkan pemberitahuan hasil survei akreditasi.

Sekretaris Eksekutif KARS dan surveior dapat mengidentifikasi kondisi-kondisi tersebut selama survei langsung di rumah sakit, selama peninjauan laporan survei atau kegiatan tindak lanjut setelah survei, atau dari pengaduan yang disampaikan terhadap rumah sakit atau setelah penghapusan atau pembatasan lisensi/izin beroperasi oleh badan pengawas nasional atau lainnya atau pihak yang berwenang. Ketika surveior menemukan bahwa kondisi ini dibenarkan dan tidak diselesaikan, Penolakan Akreditasi akan direkomendasikan kepada Ketua Eksekutif KARS.

## **KEBIJAKAN PASCA SURVEI**

Pihak KARS membutuhkan komunikasi berkesinambungan sepanjang siklus akreditasi tiga tahunan antara rumah sakit yang telah terakreditasi, untuk memastikan bahwa rumah sakit terus memenuhi persyaratan akreditasi setelah dinyatakan terakreditasi.

Survei ulang dilaksanakan sebelum habis masa berlakunya sertifikat akreditasi. Pengajuan permohonan survei ulang dilakukan paling lambat 3 bulan sebelum habis masa berlakunya sertifikat akreditasi rumah sakit.

Rumah sakit wajib membuat laporan kepada Komisi Akreditasi Rumah Sakit bila terjadi hal-hal sebagai berikut:

A. Kejadian sentinel di rumah sakit.

Laporan diterima paling lambat 5 x 24 jam, dan disertai RCA paling lambat 45 hari. Laporan dikirim melalui email ke [info@kars.or.id](mailto:info@kars.or.id). Bila diperlukan, KARS akan melakukan evaluasi ke rumah sakit, untuk melakukan verifikasi.

Kejadian sentinel yang harus dilaporkan antara lain :

1. kematian yang tak terduga, **sebagai contoh**, kematian yang tidak berhubungan dengan proses alami penyakit pasien atau penyakit yang mendasari (**misalnya** kematian akibat infeksi pascaoperasi atau emboli paru);
2. kematian bayi cukup bulan;
3. bunuh diri;
4. kehilangan fungsi tubuh utama yang permanen yang tidak berhubungan dengan proses alami penyakit pasien atau penyakit yang mendasari;
5. operasi yang salah lokasi, salah prosedur, salah pasien
6. transmisi penyakit kronis atau fatal akibat transfusi darah atau produk darah atau transplantasi organ atau jaringan yang terkontaminasi;
7. penculikan bayi atau bayi dipulangkan dengan orang tua yang salah; dan
8. pemerkosaan, kekerasan di tempat kerja seperti penyerangan (menyebabkan kematian atau kehilangan fungsi tubuh secara permanen), atau pembunuhan (sengaja membunuh) seorang pasien, anggota staf, tenaga medis, pengunjung, atau vendor ketika di lokasi di rumah sakit

Kejadian tersebut diatas disebut sentinel dan perlu segera dilaporkan kepada Tim Keselamatan Pasien untuk dilakukan analisis akar masalah (RCA) segera karena perlunya penyelidikan dan respons yang segera. Istilah kejadian sentinel tidak identik dengan kesalahan medis; tidak semua kejadian sentinel terjadi karena kesalahan, dan tidak semua kesalahan menyebabkan kejadian sentinel.

Respons rumah sakit yang tepat terhadap kejadian sentinel termasuk melakukan analisis akar masalah (RCA) yang tepat waktu, teliti, dan dapat dipercaya; mengembangkan rencana kerja yang dirancang untuk melaksanakan perbaikan untuk mengurangi risiko; melaksanakan perbaikan; dan memantau efektivitas perbaikan tersebut. KARS akan meninjau hasil analisis akar masalah (RCA) dan rencana kerja bersama rumah sakit untuk memastikan adanya perbaikan yang akan mengurangi risiko terjadinya kejadian serupa di masa depan.

Selama survei berlangsung, surveior menilai kepatuhan rumah sakit terhadap standar terkait kejadian sentinel. Jika pada saat tim survei menemukan adanya kejadian sentinel yang tidak dilaporkan, maka Direktur rumah sakit diberitahu bahwa kejadian tersebut dilaporkan kepada Ketua Eksekutif KARS untuk ditinjau lebih lanjut.

- B. Bila terjadi peningkatan kelas, selambat-lambatnya 2 minggu setelah surat keputusan peningkatan kelas diterima rumah sakit harus melaporkan kepada kars.. Laporan dikirim melalui email ke [info@kars.or.id](mailto:info@kars.or.id).
- C. Bila terjadi perubahan nama rumah sakit, rumah sakit mengirimkan laporan paling lama 1 bulan setelah perubahan nama rumah sakit ditetapkan. Laporan dikirim melalui email ke [info@kars.or.id](mailto:info@kars.or.id).
- D. Bila terjadi perubahan kategori/jenis rumah sakit, rumah sakit mengirimkan laporan paling lama 1 bulan setelah perubahan kategori rumah sakit ditetapkan. Laporan dikirim melalui email ke [info@kars.or.id](mailto:info@kars.or.id).
- E. Bila terjadi penambahan pelayanan spesialistik/sub spesialistik, rumah sakit mengirimkan laporan paling lama 1 bulan setelah penambahan pelayanan. Laporan dikirim melalui email ke [info@kars.or.id](mailto:info@kars.or.id)
- F. Bila terjadi penambahan bangunan rumah sakit lebih dari 25 % dari bangunan sekarang, rumah sakit mengirimkan laporan paling lama 1 bulan setelah penambahan pelayanan. Laporan dikirim melalui email ke [info@kars.or.id](mailto:info@kars.or.id)

#### **Sertifikat akreditasi masih berlaku:**

- Bila ada kejadian sentinel, rumah sakit telah melaporkan dan berdasarkan evaluasi KARS, rumah sakit telah melakukan perbaikan dan tidak ada kejadian sentinel yang sama dalam kurun waktu 3 bulan
- Bila ada peningkatan kelas rumah sakit dan sudah dilaporkan dan berdasarkan survei terfokus dari KARS tidak ada penambahan pelayanan yang berarti.
- Bila ada perubahan nama rumah sakit sesuai dengan izin operasional rumah sakit dan sudah dilaporkan ke KARS maka KARS akan mengganti sertifikat dengan nama rumah sakit yang baru sepanjang tidak ada penambahan pelayanan.
- Bila ada penambahan pelayanan spesialistik/sub spesialistik serta bangunan lebih 25% dan berdasarkan survei terfokus dari KARS penambahan pelayanan dan bangunan sudah sesuai dengan standar nasional akreditasi rumah sakit edisi 1.

#### **Sertifikat akreditasi dinyatakan tidak berlaku atau dapat ditarik:**

- a. Bila habis masa berlakunya
- b. Bila ada kejadian sentinel berulang yang sama di rumah sakit dalam kurun waktu 3 bulan.
- c. Bila jenis pelayanan rumah sakit berubah kategori yaitu dari rumah sakit khusus menjadi rumah sakit umum.
- d. Bila lokasi rumah sakit berpindah
- e. Bila hal yang harus dilaporkan tetapi tidak dilaporkan kepada KARS

#### **Mengelola Pengaduan atau Masalah Mutu**

Sekretariat KARS mencatat pengaduan, keluhan dan pertanyaan yang berkaitan dengan rumah sakit yang telah terakreditasi. Komunikasi ini dapat diterima dari

berbagai sumber, antara lain langsung dari pasien, keluarga, atau tenaga medis, dari lembaga pemerintah dalam bentuk laporan, atau melalui pemberitaan di media. Pada rumah sakit yang tidak memiliki proses yang efisien dan efektif untuk mengelola dan menyelesaikan keluhan, staf dan pasien dapat membawa masalah mereka yang belum terselesaikan kepada KARS.

Setelah pemeriksaan atas masalah mutu yang dilaporkan, KARS dapat mengambil sejumlah tindakan, termasuk:

- merekam informasi untuk tujuan mengetahui kecenderungan yang sering terjadi dan kemungkinan tindakan di masa depan;
- meminta perhatian rumah sakit yang terlibat terhadap masalah tersebut; atau
- melakukan survei terfokus.

### **PERPANJANGAN STATUS AKREDITASI**

KARS mengingatkan rumah sakit untuk mengajukan survei ulang sebelum tanggal jatuh tempo akreditasi tiga tahunan. Dan rumah sakit harus mengajukan permintaan survei ulang kepada KARS. KARS akan menjadwalkan survei ulang tersebut, dengan berusaha menyesuaikan waktu survei dengan akhir siklus akreditasi tiga tahunan. Status akreditasi rumah sakit secara otomatis akan gugur bila pelaksanaan survei ulang melampaui batas berlakunya status akreditasi.

### **KEBIJAKAN REMEDIAL**

1. Remedial dapat dilaksanakan pada rumah sakit yang belum mencapai paripurna
2. Remedial dapat dilakukan pada bab yang kurang dari 80% namun di atas 60 %.
3. Pelaksanaan remedial berdasarkan permohonan pengajuan oleh rumah sakit.
4. Rumah sakit dapat mengajukan remedial, bila minimal ada 4 bab yang lebih dari 80%.
5. Pengajuan remedial paling lambat 1 (satu) bulan setelah pemberitahuan hasil akreditasi diterima.
6. Remedial dilakukan paling lambat 6 (enam) bulan sejak tanggal pemberitahuan oleh KARS.
7. Jumlah survei dan hari survei ditetapkan berdasarkan jumlah bab yang dilakukan remedial.
8. Rumah sakit berhak untuk tidak mengajukan remedial, walaupun mempunyai peluang untuk remedial.
9. Remedial wajib dilakukan bila hasil survei akreditasi sama atau lebih rendah dua kali berturut-turut (kecuali paripurna). Bila tidak mengajukan remedial maka dinyatakan tidak lulus akreditasi.

## **KEBIJAKAN SURVEI VERIFIKASI**

1. Survei verifikasi 1 dilaksanakan satu tahun setelah tanggal survei yang sudah dilaksanakan. Surveior mempunyai tugas melakukan verifikasi Perencanaan Perbaikan Strategis (PPS) yang sudah dilaksanakan dan yang belum dilaksanakan
2. Survei verifikasi 2 dilaksanakan dua tahun setelah tanggal survei yang sudah dilaksanakan. Surveior mempunyai tugas melakukan verifikasi PPS yang sudah dilaksanakan dan yang belum dilaksanakan serta persiapan akreditasi selanjutnya.
3. Tanggal penetapan tanggal survei verifikasi dapat dirubah, bila tanggal tersebut adalah hari minggu atau hari libur nasional.
4. Bila rumah sakit menunda atau tidak melaksanakan survei verifikasi, maka sertifikat akreditasi ditarik kembali.

## **KEBIJAKAN SURVEI TERFOKUS**

Survei terfokus dilaksanakan bila:

- ◆ Berdasarkan laporan dari rumah sakit atau dari informasi lain yang akurat, ada kejadian sentinel di rumah sakit.
- ◆ Berdasarkan laporan dari rumah sakit atau informasi dari Kementerian Kesehatan, ada peningkatan kelas dan atau penambahan pelayanan dan atau penambahan bangunan lebih dari 25%.
- ◆ Berdasarkan banding (*appeal*) yang perlu ditindaklanjuti.
- ◆ Adanya pengaduan terkait dengan mutu pelayanan rumah sakit.

## **KEBIJAKAN BANDING (*APPEAL*)**

### **Pengajuan Banding Terhadap Keputusan Hasil Akreditasi**

Rumah sakit dapat mengajukan banding (*appeal*) dengan ketentuan sebagai berikut :

- ◆ Banding hanya boleh diajukan satu kali untuk setiap kegiatan survei akreditasi
- ◆ Membayar biaya banding sebesar biaya survei akreditasi
- ◆ Rumah sakit memiliki hak untuk mengajukan banding atas keputusan akreditasi yang dianggap merugikan. Jika berdasarkan survei atau survei terfokus, atau terjadi situasi yang mengancam nyawa dan keselamatan, terdapat keputusan untuk menolak atau menarik akreditasi, maka rumah sakit memiliki waktu 10 hari sejak diterimanya rekomendasi surveior secara resmi dari KARS atau pemberitahuan penarikan akreditasi, untuk memberi tahu KARS secara tertulis atau melalui *email*, mengenai niatnya untuk mengajukan banding atas keputusan tersebut.

- ◆ Rumah sakit kemudian memiliki waktu tambahan 30 hari untuk mengajukan data dan informasi yang dapat diterima untuk mendukung pengajuan bandingnya ke pihak KARS, secara tertulis atau melalui *email*.
- ◆ Ketua Eksekutif KARS menugaskan Dewan Penilai untuk meninjau dan mengevaluasi materi yang diserahkan dalam waktu 30 hari dari penerimaan, dan Dewan Penilai dapat meminta dokumen dan bahan tambahan. Dewan Penilai meninjau dokumen banding yang terkait, menyiapkan analisis, dan menyajikan rekomendasinya pada Ketua Eksekutif KARS
- ◆ KARS akan melakukan survei terfokus untuk bab yang diajukan banding
- ◆ Rumah Sakit menanggung biaya akomodasi dan transport surveior
- ◆ Surveior memberikan laporan hasil survei terfokus.
- ◆ Bila hasil survei terfokus sama dengan atau berkurang dari hasil survei sebelumnya, maka banding tidak diterima dan status akreditasi seperti semula yang ditetapkan, dan biaya banding sebesar biaya survei akreditasi tidak dikembalikan.
- ◆ Bila hasil survei terfokus lebih baik dan dapat mencapai nilai 80%, maka banding diterima dan status akreditasi dapat berubah sesuai hasil survei terfokus. Atas kondisi ini KARS akan mengembalikan biaya banding tersebut ke rumah sakit.

## **PENGUNGKAPAN KEPADA PUBLIK DAN KERAHASIAAN**

Pihak KARS merahasiakan segala hal yang berkaitan dengan proses akreditasi kecuali status hasil akreditasi rumah sakit yaitu bila rumah sakit telah terakreditasi, tidak terakreditasi, atau jika akreditasi ditarik oleh KARS.

Status akreditasi rumah sakit ditampilkan pada situs KARS sebagai Terakreditasi. Bila masa berlaku sertifikat akreditasi telah habis atau status akreditasinya maka status akreditasi rumah sakit tersebut dihilangkan pada situs KARS. Rumah sakit dapat memberikan informasi atau mengumumkan capaian hasil akreditasinya sesuai keinginan rumah sakit. Namun, bila rumah sakit menyampaikan informasi yang tidak tepat mengenai status akreditasinya maka KARS berhak untuk mengklarifikasi informasi tersebut.

## **KEBIJAKAN PROMOSI AKREDITASI**

Setelah rumah sakit menerima pemberitahuan resmi tentang hasil akreditasi, rumah sakit dapat mempublikasikan capaian status akreditasinya.

Informasi mengenai status akreditasi rumah sakit akan dicantumkan dalam situs web KARS ([www.kars.or.id](http://www.kars.or.id)). Situs web tersebut dapat diakses oleh setiap orang untuk mengetahui rumah sakit yang telah terakreditasi oleh KARS.

## **SASARAN KESELAMATAN PASIEN (SKP)**

### **Gambaran Umum**

Bab ini membahas Sasaran Keselamatan Pasien yang wajib diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Penyusunan sasaran ini mengacu kepada *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions* dari WHO *Patient Safety* (2007) yang digunakan juga oleh Pemerintah.

Maksud dan tujuan Sasaran Keselamatan Pasien adalah untuk mendorong rumah sakit agar melakukan perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran ini menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan rumah sakit dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus para ahli atas permasalahan ini. Sistem yang baik akan berdampak pada peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dan keselamatan pasien.

### **SASARAN, STANDAR, MAKSUD DAN TUJUAN, SERTA ELEMEN PENILAIAN**

#### **SASARAN 1: MENGIDENTIFIKASI PASIEN DENGAN BENAR**

##### **Standar SKP.1**

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menjamin ketepatan (akurasi) identifikasi pasien.

##### **Maksud dan Tujuan SKP.1**

Kesalahan identifikasi pasien dapat terjadi di semua aspek diagnosis dan tindakan. Keadaan yang dapat membuat identifikasi tidak benar adalah jika pasien dalam keadaan terbius, mengalami disorientasi, tidak sepenuhnya sadar, dalam keadaan koma, saat pasien berpindah tempat tidur, berpindah kamar tidur, berpindah lokasi di dalam lingkungan rumah sakit, terjadi disfungsi sensoris, lupa identitas diri, atau mengalami situasi lainnya.

Ada 2 (dua) maksud dan tujuan standar ini: pertama, memastikan ketepatan pasien yang akan menerima layanan atau tindakan dan kedua, untuk menyelaraskan layanan atau tindakan yang dibutuhkan oleh pasien.

Proses identifikasi yang digunakan di rumah sakit mengharuskan terdapat paling sedikit 2 (dua) dari 3 (tiga) bentuk identifikasi, yaitu nama pasien, tanggal lahir, nomor rekam medik, atau bentuk lainnya (misalnya, nomor induk kependudukan atau *barcode*). Nomor kamar pasien tidak dapat digunakan untuk identifikasi pasien. Dua (2) bentuk identifikasi ini digunakan di semua area layanan rumah sakit seperti di rawat jalan, rawat inap, unit darurat, kamar operasi, unit layanan diagnostik, dan lainnya.

Dua (2) bentuk identifikasi harus dilakukan dalam setiap keadaan terkait intervensi kepada pasien. Misalnya, identifikasi pasien dilakukan sebelum memberikan radioterapi, menerima cairan intravena, hemodialisis, pengambilan darah atau pengambilan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, katerisasi jantung, prosedur radiologi diagnostik, dan identifikasi terhadap pasien koma.

### **Elemen Penilaian SKP 1**

1. Ada regulasi yang mengatur pelaksanaan identifikasi pasien. (R)
2. Identifikasi pasien dilakukan dengan menggunakan minimal 2 (dua) identitas dan tidak boleh menggunakan nomor kamar pasien atau lokasi pasien dirawat sesuai dengan regulasi rumah sakit. (D,O,W)
3. Identifikasi pasien dilakukan sebelum dilakukan tindakan, prosedur diagnostik, dan terapeutik. (W,O,S)
4. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, produk darah, pengambilan spesimen, dan pemberian diet. (lihat juga PAP 4; AP 5.7) (W,O,S)
5. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian radioterapi, menerima cairan intravena, hemodialisis, pengambilan darah atau pengambilan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, katerisasi jantung, prosedur radiologi diagnostik, dan identifikasi terhadap pasien koma. (W,O,S)

## **SASARAN 2 : MENINGKATKAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF**

### **Standar SKP.2**

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan efektivitas komunikasi verbal dan atau komunikasi melalui telpon antar-PPA.

#### **Standar SKP.2.1**

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk proses pelaporan hasil pemeriksaan diagnostik kritis.

#### **Standar SKP.2.2**

Rumah sakit menetapkan dan melaksanakan proses komunikasi "Serah Terima" (*hand over*).

## **Maksud dan Tujuan SKP.2 sampai SKP.2.2**

Komunikasi dianggap efektif bila tepat waktu, akurat, lengkap, tidak mendua (*ambiguous*), dan diterima oleh penerima informasi yang bertujuan mengurangi kesalahan-kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien.

Komunikasi dapat berbentuk verbal, elektronik, atau tertulis. Komunikasi yang jelek dapat membahayakan pasien. Komunikasi yang rentan terjadi kesalahan adalah saat perintah lisan atau perintah melalui telepon, komunikasi verbal, saat menyampaikan hasil pemeriksaan kritis yang harus disampaikan lewat telpon. Hal ini dapat disebabkan oleh perbedaan aksen dan dialek. Pengucapan juga dapat menyulitkan penerima perintah untuk memahami perintah yang diberikan. Misalnya, nama-nama obat yang rupa dan ucapannya mirip (*look alike, sound alike*), seperti *phenobarbital* dan *phentobarbital*, serta lainnya.

Pelaporan hasil pemeriksaan diagnostik kritis juga merupakan salah satu isu keselamatan pasien. Pemeriksaan diagnostik kritis termasuk, tetapi tidak terbatas pada

1. pemeriksaan laboratorium;
2. pemeriksaan radiologi;
3. pemeriksaan kedokteran nuklir;
4. prosedur ultrasonografi;
5. *magnetic resonance imaging*;
6. diagnostik jantung;
7. pemeriksaan diagnostik yang dilakukan di tempat tidur pasien, seperti hasil tanda-tanda vital, *portable radiographs, bedside ultrasound*, atau *transesophageal echocardiograms*.

Hasil yang diperoleh dan berada di luar rentang angka normal secara mencolok akan menunjukkan keadaan yang berisiko tinggi atau mengancam jiwa. Sistem pelaporan formal yang dapat menunjukkan dengan jelas bagaimana nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostik dikomunikasikan kepada staf medis dan informasi tersebut terdokumentasi untuk mengurangi risiko bagi pasien. Tiap-tiap unit menetapkan nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostiknya.

Untuk melakukan komunikasi secara verbal atau melalui telpon dengan aman dilakukan hal-hal sebagai berikut:

- 1) pemesanan obat atau permintaan obat secara verbal sebaiknya dihindari;
- 2) dalam keadaan darurat karena komunikasi secara tertulis atau komunikasi elektronik tidak mungkin dilakukan maka harus ditetapkan panduannya meliputi permintaan pemeriksaan, penerimaan hasil pemeriksaan dalam keadaan darurat, identifikasi dan penetapan nilai kritis, hasil pemeriksaan diagnostik, serta kepada siapa dan oleh siapa hasil pemeriksaan kritis dilaporkan;
- 3) prosedur menerima perintah lisan atau lewat telpon meliputi penulisan secara lengkap permintaan atau hasil pemeriksaan oleh penerima informasi,

penerima membaca kembali permintaan atau hasil pemeriksaan, dan pengirim memberi konfirmasi atas apa yang telah ditulis secara akurat.

Penggunaan singkatan-singkatan yang tidak ditetapkan oleh rumah sakit sering kali menimbulkan kesalahan komunikasi dan dapat berakibat fatal. Oleh karena itu, rumah sakit diminta memiliki daftar singkatan yang diperkenankan dan dilarang. (lihat juga MIRM12 EP 5)

Serah terima asuhan pasien (*hand over*) di dalam rumah sakit terjadi

- a) antar-PPA seperti antara staf medis dan staf medis, antara staf medis dan staf keperawatan atau dengan staf klinis lainnya, atau antara PPA dan PPA lainnya pada saat pertukaran *shift*;
- b) antarberbagai tingkat layanan di dalam rumah sakit yang sama seperti jika pasien dipindah dari unit intensif ke unit perawatan atau dari unit darurat ke kamar operasi; dan
- c) dari unit rawat inap ke unit layanan diagnostik atau unit tindakan seperti radiologi atau unit terapi fisik.

Gangguan komunikasi dapat terjadi saat dilakukan serah terima asuhan pasien yang dapat berakibat kejadian yang tidak diharapkan (*adverse event*) atau kejadian sentinel. Komunikasi yang baik dan terstandar baik dengan pasien, keluarga pasien, dan pemberi layanan dapat memperbaiki secara signifikan proses asuhan pasien.

### **Elemen Penilaian SKP.2**

1. Ada regulasi tentang komunikasi efektif antarprofesional pemberi asuhan. (lihat juga TKRS 3.2). (R)
2. Ada bukti pelatihan komunikasi efektif antarprofesional pemberi asuhan. (D,W)
3. Pesan secara verbal atau verbal lewat telepon ditulis lengkap, dibaca ulang oleh penerima pesan, dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan. (lihat juga AP 5.3.1 di maksud dan tujuan). (D,W,S)  
Penyampaian hasil pemeriksaan diagnostik secara verbal ditulis lengkap, dibaca ulang, dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan secara lengkap. (D,W,S)

### **Elemen Penilaian SKP.2.1**

1. Rumah sakit menetapkan besaran nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostik dan hasil diagnostik kritis. (lihat juga AP 5.3.2). (R)
2. Rumah sakit menetapkan siapa yang harus melaporkan dan siapa yang harus menerima nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostik dan dicatat di rekam medis (lihat juga AP 5.3.2 EP 2). (W,S)

### **Elemen Penilaian SKP.2.2**

1. Ada bukti catatan tentang hal-hal kritical dikomunikasikan di antara profesional pemberi asuhan pada waktu dilakukan serah terima pasien (*hand over*). (lihat juga MKE 5). (D,W)

2. Formulir, alat, dan metode ditetapkan untuk mendukung proses serah terima pasien (*hand over*) bila mungkin melibatkan pasien. (D,W)
3. Ada bukti dilakukan evaluasi tentang catatan komunikasi yang terjadi waktu serah terima pasien (*hand over*) untuk memperbaiki proses. (D,W)

### **SASARAN 3 : MENINGKATKAN KEAMANAN OBAT-OBAT YANG HARUS DIWASPADAI (*HIGH ALERT MEDICATIONS*)**

#### **Standar SKP.3**

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan keamanan terhadap obat-obat yang perlu diwaspadai.

#### **Standar SKP.3.1**

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses mengelola penggunaan elektrolit konsentrat.

#### **Maksud dan Tujuan SKP.3 dan SKP.3.1**

Setiap obat jika salah penggunaannya dapat membahayakan pasien, bahkan bahayanya dapat menyebabkan kematian atau kecacatan pasien, terutama obat-obat yang perlu diwaspadai. Obat yang perlu diwaspadai adalah obat yang mengandung risiko yang meningkat bila kita salah menggunakan dan dapat menimbulkan kerugian besar pada pasien.

Obat yang perlu diwaspadai terdiri atas

- obat risiko tinggi, yaitu obat yang bila terjadi kesalahan (*error*) dapat menimbulkan kematian atau kecacatan seperti, insulin, heparin, atau kemoterapeutik;
- obat yang nama, kemasan, label, penggunaan klinik tampak/kelihatan sama (*look alike*), bunyi ucapan sama (*sound alike*), seperti Xanax dan Zantac atau *hydralazine* dan *hydroxyzine* atau disebut juga nama obat rupa ucapan mirip (NORUM);
- elektrolit konsentrat seperti *potasium* klorida dengan konsentrasi sama atau lebih dari 2 mEq/ml, *potasium* fosfat dengan konsentrasi sama atau lebih besar dari 3 mmol/ml, natrium klorida dengan konsentrasi lebih dari 0,9% dan magnesium sulfat dengan konsentrasi 20%, 40%, atau lebih.

Ada banyak obat yang termasuk dalam kelompok NORUM. Nama-nama yang membingungkan ini umumnya menjadi sebab terjadi *medication error* di seluruh dunia. Penyebab hal ini adalah

- 1) pengetahuan tentang nama obat yang tidak memadai;
- 2) ada produk baru;
- 3) kemasan dan label sama;

- 4) indikasi klinik sama;
- 5) bentuk, dosis, dan aturan pakai sama;
- 6) terjadi salah pengertian waktu memberikan perintah.

Daftar obat yang perlu diwaspadai (*high alert medication*) tersedia di berbagai organisasi kesehatan seperti *the World Health Organization (WHO)* dan *Institute for Safe Health Medication Practices (ISMP)*, di berbagai perpustakaan, serta pengalaman rumah sakit dalam hal KTD atau kejadian sentinel.

Isu tentang penggunaan obat adalah pemberian yang salah atau ketidaksengajaan menggunakan elektrolit konsentrasi. Contohnya, *potasium* klorida dengan konsentrasi sama atau lebih dari 2 mEq/ml, *potasium* fosfat dengan konsentrasi sama atau lebih besar dari 3 mmol/ml, natrium klorida dengan konsentrasi lebih dari 0,9%, dan magnesium sulfat dengan konsentrasi 20%, 40%, atau lebih.

Kesalahan dapat terjadi jika petugas tidak memperoleh orientasi cukup baik di unit perawatan pasien dan apabila perawat tidak memperoleh orientasi cukup atau saat keadaan darurat. Cara paling efektif untuk mengurangi atau menghilangkan kejadian ini adalah dengan menetapkan proses untuk mengelola obat yang perlu diwaspadai (*high alert medication*) dan memindahkan elektrolit konsentrasi dari area layanan perawatan pasien ke unit farmasi. (lihat juga PKPO 3 EP 4).

Rumah sakit membuat daftar semua obat *high alert* dengan menggunakan informasi atau data yang terkait penggunaan obat di dalam rumah sakit, data tentang “kejadian yang tidak diharapkan” (*adverse event*) atau “kejadian nyaris cedera” (*near miss*) termasuk risiko terjadi salah pengertian tentang NORUM. Informasi dari perpustakaan seperti dari *Institute for Safe Health Medication Practices (ISMP)*, Kementerian Kesehatan, dan lainnya. Obat-obat ini dikelola sedemikian rupa untuk menghindari kecuranghati-hatian dalam menyimpan, menata, dan menggunakannya termasuk administrasinya, contoh dengan memberi label atau petunjuk tentang cara menggunakan obat dengan benar pada obat-obat *high alert*.

Untuk meningkatkan keamanan obat yang perlu diwaspadai, rumah sakit perlu menetapkan risiko spesifik dari setiap obat dengan tetap memperhatikan aspek peresepan, menyimpan, menyiapkan, mencatat, menggunakan, serta monitoringnya. Obat *high alert* harus disimpan di instalasi farmasi/unit/depo. Bila rumah sakit ingin menyimpan di luar lokasi tersebut, disarankan disimpan di depo farmasi yang berada di bawah tanggung jawab apoteker.

### **Elemen Penilaian SKP.3**

1. Ada regulasi tentang penyediaan, penyimpanan, penataan, penyiapan, dan penggunaan obat yang perlu diwaspadai. (R)

2. Rumah sakit mengimplementasikan regulasi yang telah dibuat. (D,W)
3. Di rumah sakit tersedia daftar semua obat yang perlu diwaspadai yang disusun berdasar atas data spesifik sesuai dengan regulasi. (D,O,W)
4. Tempat penyimpanan, pelabelan, dan penyimpanan obat yang perlu diwaspadai termasuk obat NORUM diatur di tempat aman. (D,O,W)

#### **Elemen Penilaian SKP.3.1**

1. Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses mencegah kurang hati-hatian dalam mengelola elektrolit konsentrat. (R)
2. Elektrolit konsentrat hanya tersedia di unit kerja/instalasi farmasi atau depo farmasi. (D,O,W)

### **SASARAN 4 : MEMASTIKAN LOKASI PEMBEDAHAN YANG BENAR, PROSEDUR YANG BENAR, PEMBEDAHAN PADA PASIEN YANG BENAR**

#### **Standar SKP.4**

Rumah sakit memastikan Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, dan Tepat-Pasien sebelum menjalani tindakan dan atau prosedur.

#### **Standar SKP.4.1**

Rumah sakit memastikan dilaksanakannya proses *Time-out* di kamar operasi atau ruang tindakan sebelum operasi dimulai.

#### **Maksud dan Tujuan SKP.4 dan SKP.4.1**

Salah-Lokasi, Salah-Prosedur, dan Salah-Pasien yang menjalani tindakan serta prosedur merupakan kejadian sangat mengkhawatirkan dan dapat terjadi. Kesalahan ini terjadi antara lain akibat

- 1) komunikasi yang tidak efektif dan tidak adekuat antaranggota tim;
- 2) tidak ada keterlibatan pasien untuk memastikan ketepatan lokasi operasi dan tidak ada prosedur untuk verifikasi;
- 3) asesmen pasien tidak lengkap;
- 4) catatan rekam medik tidak lengkap;
- 5) budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antaranggota tim;
- 6) masalah yang terkait dengan tulisan yang tidak terbaca, tidak jelas, dan tidak lengkap;
- 7) penggunaan singkatan yang tidak terstandarisasi dan dilarang.

Tindakan bedah dan prosedur invasif memuat semua prosedur investigasi dan atau memeriksa penyakit serta kelainan dari tubuh manusia melalui mengiris, mengangkat, memindahkan, mengubah atau memasukkan alat laparaskopi/ endoskopi ke dalam tubuh untuk keperluan diagnostik dan terapeutik.

Rumah sakit harus menentukan area-area di dalam rumah sakit yang melakukan tindakan bedah dan prosedur invasif. Sebagai contoh, kateterisasi jantung, radiologi intervensi, laparaskopi, endoskopi, pemeriksaan laboratorium, dan lainnya. Ketentuan rumah sakit tentang Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, dan Tepat-Pasien berlaku di semua area rumah sakit di lokasi tindakan bedah dan invasif dilakukan.

Rumah sakit diminta untuk menetapkan prosedur yang seragam sebagai berikut:

1. beri tanda di tempat operasi;
2. dilakukan verifikasi praoperasi;
3. melakukan *Time Out* sebelum insisi kulit dimulai.

Pemberian tanda di empat dilakukan operasi atau prosedur invasif melibatkan pasien dan dilakukan dengan tanda yang tepat serta dapat dikenali. Tanda yang dipakai harus konsisten digunakan di semua tempat di rumah sakit, harus dilakukan oleh individu yang melakukan prosedur operasi, saat melakukan pasien sadar dan terjaga jika mungkin, serta harus masih terlihat jelas setelah pasien sadar. Pada semua kasus, lokasi tempat operasi harus diberi tanda, termasuk pada sisi lateral (*laterality*), daerah struktur multipel (*multiple structure*), jari tangan, jari kaki, lesi, atau tulang belakang.

Tujuan proses verifikasi praoperasi adalah

- 1) memastikan ketepatan tempat, prosedur, dan pasien;
- 2) memastikan bahwa semua dokumen yang terkait, foto (imaging), dan hasil pemeriksaan yang relevan diberi label dengan benar dan tersaji;
- 3) memastikan tersedia peralatan medik khusus dan atau implan yang dibutuhkan.

Beberapa elemen proses verifikasi praoperasi dapat dilakukan sebelum pasien tiba di tempat praoperasi, seperti memastikan dokumen, imaging, hasil pemeriksaan, dokumen lain diberi label yang benar, dan memberi tanda di tempat (lokasi) operasi.

*Time-Out* yang dilakukan sebelum dimulainya insisi kulit dengan semua anggota tim hadir dan memberi kesempatan untuk menyelesaikan pertanyaan yang belum terjawab atau ada hal yang meragukan yang perlu diselesaikan. *Time-Out* dilakukan di lokasi tempat dilakukan operasi sesaat sebelum prosedur dimulai dan melibatkan semua anggota tim bedah. Rumah sakit harus menetapkan prosedur bagaimana proses *Time-Out* berlangsung.

Salah-lokasi, salah-prosedur, dan salah-pasien operasi adalah kejadian yang mengkhawatirkan dan dapat terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini adalah akibat komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/ tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk memverifikasi lokasi operasi. Di samping itu, juga asesmen pasien

yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antaranggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan resep yang tidak terbaca (*illegible handwriting*), dan pemakaian singkatan adalah merupakan faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi.

Rumah sakit perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur yang efektif di dalam meminimalkan risiko ini. Kebijakan termasuk definisi operasi yang memasukkan sekurang-kurangnya prosedur yang menginvestigasi dan atau mengobati penyakit serta kelainan/*disorder* pada tubuh manusia. Kebijakan berlaku atas setiap lokasi di rumah sakit bila prosedur ini dijalankan.

Praktik berbasis bukti ini diuraikan dalam *Surgical Safety Checklist* dari WHO *Patient Safety* terkini.

#### **Elemen Penilaian SKP.4**

1. Ada regulasi untuk melaksanakan penandaan lokasi operasi atau tindakan invasif (*site marking*). (R)
2. Ada bukti rumah sakit menggunakan satu tanda di empat sayatan operasi pertama atau tindakan invasif yang segera dapat dikenali dengan cepat sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan rumah sakit. (D,O)
3. Ada bukti bahwa penandaan lokasi operasi atau tindakan invasif (*site marking*) dilakukan oleh staf medis yang melakukan operasi atau tindakan invasif dengan melibatkan pasien. (D,O,W)

#### **Elemen Penilaian SKP.4.1**

1. Ada regulasi untuk prosedur bedah aman dengan menggunakan "*surgical check list*" (*Surgical Safety Checklist* dari WHO *Patient Safety* 2009). (R)
2. Sebelum operasi atau tindakan invasif dilakukan, rumah sakit menyediakan "*check list*" atau proses lain untuk mencatat, apakah *informed consent* sudah benar dan lengkap, apakah Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, dan Tepat-Pasien sudah teridentifikasi, apakah semua dokumen dan peralatan yang dibutuhkan sudah siap tersedia dengan lengkap dan berfungsi dengan baik. (D,O)
3. Rumah sakit menggunakan Komponen *Time-Out* terdiri atas identifikasi Tepat-Pasien, Tepat-Prosedur, dan Tepat-Lokasi, persetujuan atas operasi dan konfirmasi bahwa proses verifikasi sudah lengkap dilakukan sebelum melakukan irisan. (D,O,W,S).
4. Rumah sakit menggunakan ketentuan yang sama tentang Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, dan Tepat-Pasien jika operasi dilakukan di luar kamar operasi termasuk prosedur tindakan medis dan gigi. (D,O,W)

### **SASARAN 5 : MENGURANGI RISIKO INFEKSI TERKAIT PELAYANAN KESEHATAN**

### **Standar SKP.5**

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menggunakan dan melaksanakan *evidence-based hand hygiene guidelines* untuk menurunkan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.

### **Maksud dan Tujuan SKP.5**

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan sebuah tantangan di lingkungan fasilitas kesehatan. Kenaikan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan menjadi keprihatinan bagi pasien dan petugas kesehatan. Secara umum, infeksi terkait pelayanan kesehatan terjadi di semua unit layanan kesehatan, termasuk infeksi saluran kencing disebabkan oleh kateter, infeksi pembuluh/aliran darah terkait pemasangan infus baik perifer maupun sentral, dan infeksi paru-paru terkait penggunaan ventilator.

Upaya terpenting menghilangkan masalah infeksi ini dan infeksi lainnya adalah dengan menjaga kebersihan tangan melalui cuci tangan. Pedoman kebersihan tangan (*hand hygiene*) tersedia dari *World Health Organization* (WHO). Rumah sakit mengadopsi pedoman kebersihan tangan (*hand hygiene*) dari WHO ini untuk dipublikasikan di seluruh rumah sakit. Staf diberi pelatihan bagaimana melakukan cuci tangan dengan benar dan prosedur menggunakan sabun, disinfektan, serta handuk sekali pakai (*towel*), tersedia di lokasi sesuai dengan pedoman. (lihat juga PPI 9)

### **Elemen Penilaian SKP.5**

1. Ada regulasi tentang pedoman kebersihan tangan (*hand hygiene*) yang mengacu pada standar WHO terkini. (lihat juga PPI 9. EP 2, EP 6). (R)
2. Rumah sakit melaksanakan program kebersihan tangan (*hand hygiene*) di seluruh rumah sakit sesuai dengan regulasi. (D,W)
3. Staf rumah sakit dapat melakukan cuci tangan sesuai dengan prosedur. (lihat juga PPI 9 EP 6). (W,O,S)
4. Ada bukti staf melaksanakan lima saat cuci tangan. (W,O,S) ??? lima apa ??
5. Prosedur disinfeksi di rumah sakit dilakukan sesuai dengan regulasi. (lihat juga PPI 9 EP 2, EP 5, dan EP 6) (W,O,S)
6. Ada bukti rumah sakit melaksanakan evaluasi terhadap upaya menurunkan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan. (D,W) (lihat juga PPI 9 EP 6)

## **SASARAN 6 : MENGURANGI RISIKO CEDERA PASIEN AKIBAT TERJATUH**

### **Standar SKP.6**

Rumah sakit melaksanakan upaya mengurangi risiko cedera akibat pasien jatuh.

### **Maksud dan Tujuan SKP.6**

Banyak cedera yang terjadi di unit rawat inap dan rawat jalan akibat pasien jatuh. Berbagai faktor yang meningkatkan risiko pasien jatuh antara lain:

1. kondisi pasien;
2. gangguan fungsional pasien (contoh gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, atau perubahan status kognitif);
3. lokasi atau situasi lingkungan rumah sakit;
4. riwayat jatuh pasien;
5. konsumsi obat tertentu;
6. konsumsi alkohol.

Pasien yang pada asesmen awal dinyatakan berisiko rendah untuk jatuh dapat mendadak berubah menjadi berisiko tinggi. Hal ini disebabkan oleh operasi dan/atau anestesi, perubahan mendadak kondisi pasien, serta penyesuaian pengobatan. Banyak pasien memerlukan asesmen selama dirawat inap di rumah sakit. Rumah sakit harus menetapkan kriteria untuk identifikasi pasien yang dianggap berisiko tinggi jatuh.

Contoh situasional risiko adalah jika pasien yang datang ke unit rawat jalan dengan ambulans dari fasilitas rawat inap lainnya untuk pemeriksaan radiologi. Pasien ini berisiko jatuh waktu dipindah dari brankar ke meja periksa radiologi, atau waktu berubah posisi sewaktu berada di meja sempit tempat periksa radiologi.

Lokasi spesifik dapat menyebabkan risiko jatuh bertambah karena layanan yang diberikan. Misalnya, terapi fisik (rawat jalan dan rawat inap) memiliki banyak peralatan spesifik digunakan pasien yang dapat menambah risiko pasien jatuh seperti *parallel bars*, *freestanding staircases*, dan peralatan lain untuk latihan.

Rumah sakit melakukan evaluasi tentang pasien jatuh dan melakukan upaya mengurangi risiko pasien jatuh. Rumah sakit membuat program untuk mengurangi pasien jatuh yang meliputi manajemen risiko dan asesmen ulang secara berkala di populasi pasien dan atau lingkungan tempat pelayanan dan asuhan itu diberikan.

Rumah sakit harus bertanggung jawab untuk identifikasi lokasi (seperti unit terapi fisik), situasi (pasien datang dengan ambulans, transfer pasien dari kursi roda atau *cart*), tipe pasien, serta gangguan fungsional pasien yang mungkin berisiko tinggi untuk jatuh.

Rumah sakit menjalankan program pengurangan risiko jatuh dengan menetapkan kebijakan dan prosedur yang sesuai dengan lingkungan dan fasilitas rumah sakit. Program ini mencakup monitoring terhadap kesengajaan dan atau ketidakkesengajaan dari kejadian jatuh. Misalnya, pembatasan gerak (*restrain*) atau pembatasan *intake* cairan.

### **Elemen Penilaian SKP.6**

1. Ada regulasi yang mengatur tentang mencegah pasien cedera karena jatuh. (lihat juga AP 1.2.1 EP 2). (R)
2. Rumah sakit melaksanakan suatu proses asesmen terhadap semua pasien rawat inap dan rawat jalan dengan kondisi, diagnosis, dan lokasi terindikasi berisiko tinggi jatuh sesuai dengan regulasi. (D,O,W)
3. Rumah sakit melaksanakan proses asesmen awal, asesmen lanjutan, asesmen ulang dari pasien rawat inap yang berdasar atas catatan teridentifikasi risiko jatuh. (lihat juga AP 2 EP 1). (D,O,W)
4. Langkah-langkah diadakan untuk mengurangi risiko jatuh bagi pasien dari situasi dan lokasi yang menyebabkan pasien jatuh. (lihat juga AP 1.2.1 EP 3). (D,O,W)

**BAB 1  
AKSES KE RUMAH SAKIT DAN KONTINUITAS PELAYANAN  
(ARK)**

**GAMBARAN UMUM**

Rumah sakit seyogianya mempertimbangkan bahwa asuhan di rumah sakit merupakan bagian dari suatu sistem pelayanan yang terintegrasi dengan para profesional pemberi asuhan dan tingkat pelayanan yang akan membangun suatu kontinuitas pelayanan.

Maksud dan tujuan adalah menyelaraskan kebutuhan asuhan pasien dengan pelayanan yang sudah tersedia di rumah sakit, mengoordinasikan pelayanan, kemudian merencanakan pemulangan dan tindakan selanjutnya.

Sebagai hasilnya adalah meningkatkan mutu asuhan pasien dan efisiensi penggunaan sumber daya yang tersedia di rumah sakit.

Perlu informasi penting untuk membuat keputusan yang benar tentang:

1. kebutuhan pasien yang dapat dilayani oleh rumah sakit;
2. pemberian pelayanan yang efisien kepada pasien;
3. rujukan ke pelayanan lain baik di dalam maupun keluar rumah sakit;
4. pemulangan pasien yang tepat dan aman ke rumah.

**PROSES PENERIMAAN PASIEN KE RUMAH SAKIT**

➤ **SKRINING**

**Standar ARK.1**

Rumah sakit menetapkan regulasi tentang penerimaan pasien dirawat inap atau pemeriksaan pasien dirawat jalan sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan yang telah diidentifikasi sesuai dengan misi serta sumber daya rumah sakit yang ada.

**Maksud dan Tujuan ARK.1**

Menyesuaikan kebutuhan pasien dengan misi dan sumber daya rumah sakit bergantung pada informasi yang didapat tentang kebutuhan pasien dan kondisinya lewat skrining pada kontak pertama.

Skrining dilaksanakan melalui kriteria triase, evaluasi visual atau pengamatan, atau hasil pemeriksaan fisis, psikologis, laboratorium klinis, atau diagnostik imaging sebelumnya.

Skrining dapat terjadi di tempat pasien, ambulans, atau waktu pasien tiba di rumah sakit. Keputusan untuk mengobati, mengirim, atau merujuk dibuat setelah ada evaluasi hasil skrining. Bila rumah sakit mempunyai kemampuan menyediakan pelayanan yang dibutuhkan serta konsisten dengan misi dan kemampuan pelayanannya maka dipertimbangkan untuk menerima pasien rawat inap atau pasien rawat jalan.

Rumah sakit dapat menentukan tes atau bentuk penyaringan tertentu untuk populasi pasien tertentu sebelum ditetapkan pasien dapat dilayani. Misalnya, pasien diare aktif harus diperiksa *Clostridium difficile* atau pasien tertentu diperiksa *Staphylococcus aureus* yang resisten terhadap *methicillin*. Tes spesifik tertentu atau evaluasi tertentu dilakukan jika rumah sakit mengharuskannya, sebelum diputuskan dapat dilayani dirawat inap atau terdaftar di unit rawat jalan. (lihat juga AP 1)

### **Elemen Penilaian ARK.1**

1. Ada regulasi untuk proses skrining baik di dalam maupun di luar rumah sakit termasuk pemeriksaan penunjang yang diperlukan/ spesifik untuk menetapkan apakah pasien diterima atau dirujuk. (R)
2. Ada pelaksanaan proses skrining baik di dalam maupun di luar rumah sakit. (D,W)
3. Ada proses pemeriksaan penunjang yang diperlukan/spesifik untuk menetapkan apakah pasien diterima atau dirujuk. (D,W)
4. Berdasar atas hasil skrining ditentukan apakah kebutuhan pasien sesuai dengan kemampuan rumah sakit (lihat juga TKRS 3.1 EP 1). (D,W)
5. Pasien diterima bila rumah sakit dapat memberi pelayanan rawat jalan dan rawat inap yang dibutuhkan pasien. (D,O,W)
6. Pasien tidak dirawat, tidak dipindahkan, atau tidak dirujuk sebelum diperoleh hasil tes yang dibutuhkan tersedia. (D,O,W)

### **Standar ARK.1.1**

Pasien dengan kebutuhan darurat, sangat mendesak, atau yang membutuhkan pertolongan segera diberikan prioritas untuk asesmen dan tindakan.

### **Maksud dan Tujuan ARK 1.1**

Pasien darurat, sangat mendesak, atau pasien yang membutuhkan pertolongan segera diidentifikasi menggunakan proses triase berbasis bukti untuk memprioritaskan kebutuhan pasien yang mendesak dengan mendahulukan dari pasien yang lain. Pada kondisi bencana dapat menggunakan triase bencana. Sesudah dinyatakan pasien darurat, mendesak, dan membutuhkan pertolongan segera maka dilakukan asesmen dan menerima pelayanan secepat-cepatnya. Kriteria psikologis dibutuhkan dalam proses triase. Pelatihan bagi staf diadakan agar staf mampu memutuskan pasien yang membutuhkan pertolongan segera dan pelayanan yang dibutuhkan.

Jika rumah sakit tidak mampu memenuhi kebutuhan pasien dengan kondisi darurat, pasien dirujuk ke rumah sakit lain yang fasilitas pelayanannya dapat memenuhi

kebutuhan pasien. Sebelum ditransfer atau dirujuk pasien harus dalam keadaan stabil dan dilengkapi dengan dokumen pencatatan.

### **Elemen penilaian ARK 1.1**

1. Ada regulasi tentang proses triase berbasis bukti. (R)
2. Ada pelaksanaan penggunaan proses triase berbasis bukti yang dipergunakan untuk memprioritaskan pasien yang sesuai dengan kegawatannya. (D,W)
3. Staf sudah terlatih menggunakan kriteria. (D,W,S)
4. Pasien dengan kebutuhan mendesak diberikan prioritas. (D,W,S)
5. Kondisi pasien distabilisasi sebelum ditransfer atau dirujuk dan didokumentasikan. (D,W,S)

### **Standar ARK.1.2**

Pada proses admisi pasien rawat inap dilakukan skrining kebutuhan pasien untuk menetapkan pelayanan preventif, paliatif, kuratif, dan rehabilitatif yang diprioritaskan berdasar atas kondisi pasien.

### **Maksud dan Tujuan ARK.1.2**

Pada waktu skrining dan pasien diputuskan diterima untuk rawat inap, proses asesmen membantu staf mengetahui prioritas kebutuhan pasien untuk pelayanan preventif, kuratif, rehabilitatif, paliatif, dan dapat menentukan pelayanan yang sesuai dengan prioritas kebutuhan pasien. Pelayanan preventif (dalam proses admisi) adalah untuk mencegah perburukan/ komplikasi, misalnya antara lain kasus luka tusuk dalam diberikan ATS dan kasus luka bakar derajat berat dimasukkan ke unit luka bakar.

### **Elemen Penilaian ARK.1.2**

1. Ada regulasi tentang skrining pasien masuk rawat inap untuk menetapkan kebutuhan pelayanan preventif, paliatif, kuratif, dan rehabilitatif. (R)
2. Ada pelaksanaan skrining pasien masuk rawat inap untuk menetapkan kebutuhan pelayanan preventif, paliatif, kuratif, dan rehabilitatif. (D,W)
3. Temuan diproses skrining menentukan pelayanan atau tindakan kepada pasien. (D,O,W)
4. Prioritas diberikan pada pelayanan terkait preventif, paliatif, kuratif, dan rehabilitatif. (D)

### **Standar ARK.1.3**

Rumah sakit mempertimbangkan kebutuhan klinis pasien dan memberi tahu pasien jika terjadi penundaan dan kelambatan dan penundaan pelaksanaan tindakan/pengobatan dan atau pemeriksaan penunjang diagnostik.

### **Maksud dan Tujuan ARK.1.3.**

Pasien diberitahu jika ada penundaan dan kelambatan pelayanan antara lain akibat kondisi pasien atau jika pasien harus masuk dalam daftar tunggu. Pasien diberi

informasi alasan dan sebab mengapa terjadi penundaan/kelambatan atau harus menunggu serta diberi tahu tentang alternatif yang tersedia, ketentuan ini berlaku bagi pasien rawat inap dan rawat jalan. Untuk beberapa pelayanan, seperti onkologi atau transplan tidak berlaku ketentuan tentang penundaan/kelambatan pelayanan atau tes.

### **Elemen Penilaian ARK.1.3.**

1. Ada regulasi tentang penundaan dan kelambatan pelayanan di rawat jalan maupun rawat inap yang harus disampaikan kepada pasien. (R)
2. Pasien diberi tahu alasan penundaan dan kelambatan pelayanan dan diberi informasi tentang alternatif yang tersedia sesuai kebutuhan klinik pasien dan dicatat di rekam medis. (D,W)

## **❖ PENDAFTARAN**

### **Standar ARK.2**

Rumah sakit menetapkan regulasi yang mengatur proses pasien masuk rumah sakit untuk rawat inap dan proses pendaftaran rawat jalan.

### **Maksud dan Tujuan ARK.2**

Ditetapkan regulasi untuk proses penerimaan pasien rawat inap dan pendaftaran pasien rawat jalan. Staf memahami dan mampu melaksanakan proses penerimaan pasien.

Proses tersebut meliputi

- pendaftaran pasien rawat jalan dan rawat inap;
- penerimaan langsung dari unit darurat ke unit rawat inap;
- menahan pasien untuk observasi.

Dalam rangka keterbukaan kepada publik tersedia sistem pendaftaran rawat inap dan rawat jalan secara online

### **Elemen Penilaian ARK.2**

1. Ada regulasi tentang proses pendaftaran pasien rawat jalan, pasien rawat inap, pasien gawat darurat, proses penerimaan pasien gawat darurat ke unit rawat inap, menahan pasien untuk observasi dan mengelola pasien bila tidak tersedia tempat tidur pada unit yang dituju maupun di seluruh rumah sakit. (R)
2. Ada pelaksanaan proses penerimaan pasien rawat inap dan pendaftaran rawat jalan. (D,W)
3. Ada pelaksanaan proses penerimaan pasien gawat darurat ke unit rawat inap. (D,W)
4. Ada pelaksanaan proses menahan pasien untuk observasi. (D,W)
5. Ada pelaksanaan proses mengelola pasien bila tidak tersedia tempat tidur pada unit yang dituju maupun di seluruh rumah sakit. (D,W)
6. Staf memahami dan melaksanakan semua proses sesuai dengan regulasi. (D,W)

7. Ada pelaksanaan sistem pendaftaran rawat jalan dan rawat inap secara online. (D,W) (lihat juga MIRM 1)

### **Standar ARK.2.1**

Saat admisi, pasien dan keluarga pasien dijelaskan tentang rencana asuhan, hasil yang diharapkan dari asuhan, dan perkiraan biayanya.

### **Maksud dan Tujuan ARK.2.1**

Saat diputuskan rawat inap, dokter yang memutuskan rawat inap memberi informasi tentang rencana asuhan yang diberikan, hasil asuhan yang diharapkan, termasuk penjelasan oleh petugas pendaftaran tentang perkiraan biaya yang harus dibayarkan oleh pasien/keluarga. Pemberian informasi didokumentasikan.

### **Elemen Penilaian ARK.2.1**

1. Penjelasan termasuk rencana asuhan didokumentasikan. (D,W)
2. Penjelasan termasuk hasil asuhan yang diharapkan dan didokumentasikan. (D,W)
3. Penjelasan termasuk perkiraan biaya yang ditanggung pasien atau keluarga. (D,W)
4. Penjelasan yang diberikan dipahami oleh pasien dan keluarga untuk membuat keputusan. (W)

### **Standar ARK.2.2**

Rumah sakit menetapkan proses untuk mengelola alur pasien di seluruh bagian rumah sakit.

### **Maksud dan Tujuan ARK.2.2**

Unit darurat yang penuh sesak dan tingkat hunian rumah sakit yang tinggi dapat menyebabkan pasien menumpuk di daerah unit darurat dan menciptakannya sebagai tempat menunggu sementara pasien rawat inap. Mengelola alur berbagai pasien selama menjalani asuhannya masing-masing menjadi sangat penting untuk mencegah penumpukan yang selanjutnya mengganggu waktu pelayanan dan akhirnya juga berpengaruh terhadap keselamatan pasien. Pengelolaan yang efektif terhadap alur pasien (seperti penerimaan, asesmen dan tindakan, transfer pasien, serta pemulangan) dapat mengurangi penundaan asuhan kepada pasien.

Komponen dari pengelolaan alur pasien termasuk

- a) ketersediaan tempat tidur rawat inap;
- b) perencanaan fasilitas alokasi tempat, peralatan, utilitas, teknologi medis, dan kebutuhan lain untuk mendukung penempatan sementara pasien;
- c) perencanaan tenaga untuk menghadapi penumpukan pasien di beberapa lokasi sementara dan atau pasien yang tertahan di unit darurat;
- d) alur pasien di daerah pasien menerima asuhan, tindakan, dan pelayanan (seperti unit rawat inap, laboratorium, kamar operasi, radiologi, dan unit pasca-anestesi);

- e) efisiensi pelayanan nonklinis penunjang asuhan dan tindakan kepada pasien (seperti kerumahtanggaan dan transportasi);
- f) pemberian pelayanan ke rawat inap sesuai dengan kebutuhan pasien;
- g) akses pelayanan yang bersifat mendukung (seperti pekerja sosial, keagamaan atau bantuan spiritual, dan sebagainya).

Monitoring dan perbaikan proses ini merupakan strategi yang tepat dan bermanfaat untuk mengatasi masalah. Semua staf rumah sakit, mulai dari unit rawat inap, unit darurat, staf medis, keperawatan, administrasi, lingkungan, dan manajemen risiko dapat ikut berperan serta menyelesaikan masalah arus pasien ini. Koordinasi ini dapat dilakukan oleh seorang Manajer Pelayanan Pasien (MPP)/*Case Manager*.

Alur pasien menuju dan penempatannya di unit gawat darurat berpotensi membuat pasien bertumpuk. Ada penempatan pasien di unit gawat darurat yang merupakan jalan keluar sementara mengatasi penumpukan pasien rawat inap rumah sakit. Dengan demikian, rumah sakit harus menetapkan standar waktu berapa lama pasien di unit darurat dan di unit *intermediate*, kemudian harus ditransfer ke unit rawat inap rumah sakit. Diharapkan rumah sakit dapat mengatur dan menyediakan tempat yang aman bagi pasien.

### **Elemen Penilaian ARK.2.2**

1. Ada regulasi yang mengatur tentang proses untuk mengatur alur pasien di rumah sakit termasuk elemen a) sampai dengan g) di Maksud dan Tujuan. (R)
2. Ada pelaksanaan pengaturan alur pasien untuk menghindari penumpukan. (D,W)
3. Dilakukan evaluasi terhadap pengaturan alur pasien secara berkala dan melaksanakan upaya perbaikannya. (D,O,W)

### **Standar ARK.2.3**

Rumah sakit menetapkan regulasi tentang kriteria yang ditetapkan untuk masuk rawat di pelayanan spesialisik atau pelayanan intensif.

### **Maksud dan Tujuan ARK.2.3**

Unit yang memberikan layanan intensif (misalnya ICU, ICCU, pascaoperasi) atau unit layanan spesialisik (misalnya unit luka bakar atau transplantasi organ) merupakan unit yang mahal dan biasanya menempati ruangan dengan staf yang terbatas. Setiap rumah sakit harus menetapkan kriteria untuk menentukan pasien yang membutuhkan tingkat pelayanan yang tersedia di unit-unit tersebut.

Dengan mempertimbangkan bahwa pelayanan di unit spesialisik menghabiskan banyak sumber daya, rumah sakit mungkin membatasi hanya pasien dengan kondisi medis yang reversibel yang dapat diterima masuk dan pasien kondisi khusus termasuk menjelang akhir kehidupan yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Agar dapat konsisten maka kriteria menggunakan prioritas atau parameter diagnostik dan atau parameter objektif termasuk kriteria berbasis fisiologis.

Mereka yang berasal dari unit-unit gawat darurat, intensif, atau layanan spesialisik berpartisipasi menentukan kriteria. Kriteria dipergunakan untuk menentukan penerimaan langsung di unit, misalnya masuk dari unit darurat.

Kriteria juga digunakan untuk masuk dari unit-unit di dalam atau dari luar rumah sakit, seperti halnya pasien dipindah dari rumah sakit lain. Pasien yang diterima masuk di unit khusus memerlukan asesmen dan evaluasi ulang untuk menentukan apakah kondisi pasien berubah sehingga tidak memerlukan lagi pelayanan spesialisik. Misalnya, jika status fisiologis sudah stabil dan monitoring intensif baik, tindakan lain tidak diperlukan lagi. Atau pun jika kondisi pasien menjadi buruk sampai pada titik pelayanan intensif atau tindakan khusus tidak diperlukan lagi, pasien kemudian dapat dipindah ke unit layanan yang lebih rendah (seperti unit pelayanan medis atau bedah, rumah penampungan, atau unit pelayanan paliatif).

Kriteria untuk memindahkan pasien dari unit khusus ke unit pelayanan lebih rendah harus sama dengan kriteria yang dipakai untuk memindahkan pasien ke unit pelayanan berikutnya. Misalnya, jika keadaan pasien menjadi buruk sehingga pelayanan intensif dianggap tidak dapat menolong lagi maka pasien masuk ke rumah penampungan (*hospices*) atau ke masuk ke unit pelayanan paliatif dengan menggunakan kriteria.

Apabila rumah sakit melakukan riset atau menyediakan pelayanan spesialisik atau melaksanakan program, penerimaan pasien di program tersebut harus melalui kriteria tertentu atau ketentuan protokol. Mereka yang terlibat dalam riset atau program lain harus terlibat dalam menentukan kriteria atau protokol. Penerimaan ke dalam program tercatat di rekam medis pasien termasuk kriteria atau protokol yang diberlakukan terhadap pasien yang diterima masuk.

### **Elemen Penilaian ARK.2.3**

1. Ada regulasi tentang kriteria masuk dan keluar ICU, unit spesialisik lain, ruang perawatan paliatif termasuk bila digunakan untuk riset atau program-program lain untuk memenuhi kebutuhan pasien berdasar atas kriteria prioritas, diagnostik, parameter objektif, serta kriteria berbasis fisiologi dan kualitas hidup (*quality of life*). (R)
2. Staf yang kompeten dan berwenang dari unit intensif atau unit spesialisik terlibat dalam menentukan kriteria. (D,W)
3. Staf terlatih untuk melaksanakan kriteria. (D,W)
4. Catatan medis pasien yang diterima masuk di atau keluar dari unit intensif atau unit spesialisik memuat bukti bahwa pasien memenuhi kriteria masuk atau keluar. (D,W)
- 5.

### **❖ KESINAMBUNGAN PELAYANAN**

#### **Standar ARK.3**

Asesmen awal termasuk menetapkan kebutuhan perencanaan pemulangan pasien.

### **Maksud dan Tujuan APK.3**

Kesinambungan asuhan pasien setelah dirawat inap memerlukan persiapan dan pertimbangan khusus bagi sebagian pasien seperti perencanaan pemulangan pasien (P3)/*discharge planning*. Penyusunan P3 diawali saat proses asesmen awal rawat inap dan membutuhkan waktu agak panjang, termasuk pemutakhiran/*updating*. Untuk identifikasi pasien yang membutuhkan P3 maka rumah sakit menetapkan mekanisme dan kriteria, misalnya antara lain usia, tidak ada mobilitas, perlu bantuan medis dan keperawatan terus menerus, serta bantuan melakukan kegiatan sehari hari.

Rencana pulang termasuk pendidikan/pelatihan khusus yang mungkin dibutuhkan pasien dan keluarga untuk kontinuitas (kesinambungan) asuhan di luar rumah sakit. Sebagai contoh, adalah pasien yang baru didiagnosis tipe 1 diabetes melitus akan membutuhkan pendidikan yang terkait diet dan nutrisi, termasuk cara memberikan suntikan insulin. Pasien yang dirawat inap karena infark miokardium membutuhkan rehabilitasi sesudah keluar rumah sakit pulang, termasuk mengatur makanan.

Kesinambungan asuhan pascarawat inap akan berhasil bila penyusunan P3 dilakukan secara terintegrasi antarprofesional pemberi asuhan (PPA) terkait/relevan dan difasilitasi manajer pelayanan pasien (MPP) (manajer pelayanan pasien) (lihat juga ARK 4).

### **Elemen Penilaian ARK.3**

1. Rumah sakit menetapkan proses penyusunan perencanaan pemulangan pasien (P3), dimulai pada asesmen awal rawat inap. (R)
2. Rumah sakit menetapkan kriteria pasien yang membutuhkan P3 (R,D,O W)
3. Proses P3 dan pelaksanaannya dicatat di rekam medis sesuai dengan regulasi rumah sakit (lihat AP 1,7; ARK 4). (D)

### **Standar ARK.3.1**

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses kesinambungan pelayanan di rumah sakit dan koordinasi diantara profesional pemberi asuhan (PPA) dibantu oleh manajer pelayanan pasien (MPP)/*Case Manager*.

### **Maksud dan Tujuan ARK.3.1**

Perjalanan pasien di rumah sakit mulai dari admisi, keluar pulang, atau pindah melibatkan berbagai profesional pemberi asuhan (PPA), unit kerja, dan MPP. Selama dalam berbagai tahap pelayanan, kebutuhan pasien dipenuhi dari sumber daya yang tersedia di rumah sakit dan kalau perlu sumber daya dari luar. Kesinambungan pelayanan berjalan baik jika semua pemberi pelayanan mempunyai informasi yang dibutuhkan tentang kondisi kesehatan pasien terkini dan sebelumnya agar dapat dibuat keputusan yang tepat.

Asuhan pasien di rumah sakit diberikan dan dilaksanakan dengan pola pelayanan berfokus pada pasien (*Patient/Person Centered Care–PCC*). Pola ini dipayungi oleh konsep WHO: *Conceptual framework integrated people-centred health services*.

(WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016–2026, July 2015).

Pelayanan berfokus pada pasien diterapkan dalam bentuk Asuhan Pasien Terintegrasi yang bersifat integrasi horizontal dan vertikal. Pada integrasi horizontal kontribusi profesi tiap-tiap profesional pemberi asuhan (PPA) adalah sama pentingnya atau sederajat. Pada integrasi vertikal pelayanan berjenjang oleh/melalui berbagai unit pelayanan ke tingkat pelayanan yang berbeda maka peranan manajer pelayanan pasien (MPP) penting untuk integrasi tersebut dengan komunikasi yang memadai terhadap profesional pemberi asuhan (PPA).

Pelaksanaan asuhan pasien terintegrasi berpusat pada pasien dan mencakup elemen sebagai berikut:

- keterlibatan dan pemberdayaan pasien dan keluarga. (lihat AP 4, PAP 2, dan PAP 5);
- dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) sebagai Ketua tim asuhan pasien oleh profesional pemberi asuhan (PPA) (*Clinical Leader*). (lihat juga PAP 2.1, EP 4);
- profesional pemberi asuhan (PPA) bekerja sebagai tim interdisiplin dengan kolaborasi interprofesional dibantu antara lain oleh Panduan Praktik Klinis (PPK), Panduan Asuhan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya, Alur Klinis/*Clinical Pathway* terintegrasi, Algoritme, Protokol, Prosedur, *Standing Order* dan CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi);
- perencanaan pemulangan pasien (P3)/*Discharge Planning* terintegrasi;
- asuhan gizi terintegrasi (lihat PAP 5);
- manajer pelayanan pasien/*case manager*.

Manajer Pelayanan Pasien (MPP) bukan merupakan profesional pemberi asuhan (PPA) aktif dan dalam menjalankan manajemen pelayanan pasien mempunyai peran minimal adalah sebagai berikut:

- a) memfasilitasi pemenuhan kebutuhan asuhan pasien;
- b) mengoptimalkan terlaksananya pelayanan berfokus pada pasien;
- c) mengoptimalkan proses reimbursemen;

dan dengan fungsi sebagai berikut:

- d) asesmen untuk manajemen pelayanan pasien;
- e) perencanaan untuk manajemen pelayanan pasien;
- f) komunikasi dan koordinasi;
- g) edukasi dan advokasi;
- h) kendali mutu dan biaya pelayanan pasien;

Keluaran yang diharapkan dari kegiatan manajemen pelayanan pasien antara lain adalah:

- pasien mendapat asuhan sesuai dengan kebutuhannya;
- terpelihara kesinambungan pelayanan;
- pasien memahami/mematuhi asuhan dan peningkatan kemandirian pasien;
- kemampuan pasien mengambil keputusan;
- keterlibatan serta pemberdayaan pasien dan keluarga;
- optimalisasi sistem pendukung pasien;
- pemulangan yang aman;

- kualitas hidup dan kepuasan pasien.

Rekam medis pasien merupakan sumber informasi utama tentang proses pelayanan dan kemajuannya sehingga merupakan alat komunikasi penting. Rekam medis selama rawat inap dan rawat jalan dengan catatan terkini tersedia agar dapat mendukung serta bermanfaat untuk kesinambungan pelayanan pasien. Profesional pemberi asuhan (PPA) melakukan asesmen pasien berbasis IAR sehingga informasi MPP juga dibutuhkan.

Oleh karenanya, dalam pelaksanaan manajemen pelayanan pasien, manajer pelayanan pasien (MPP) mencatat pada lembar form A yang merupakan evaluasi awal manajemen pelayanan pasien dan form B yang merupakan catatan implementasi manajemen pelayanan pasien. Kedua form tersebut merupakan bagian rekam medis.

Pada form A dicatat antara lain identifikasi/skrining pasien untuk kebutuhan pengelolaan manajer pelayanan pasien (MPP) dan asesmen untuk manajemen pelayanan pasien termasuk rencana, identifikasi masalah–risiko –kesempatan, serta perencanaan manajemen pelayanan pasien, termasuk memfasilitasi proses perencanaan pemulangan pasien (*discharge planning*).

Pada form B dicatat antara lain pelaksanaan rencana manajemen pelayanan pasien, monitoring, fasilitasi, koordinasi, komunikasi dan kolaborasi, advokasi, hasil pelayanan, serta terminasi manajemen pelayanan pasien.

Agar kesinambungan asuhan pasien tidak terputus, rumah sakit harus menciptakan proses untuk melaksanakan kesinambungan dan koordinasi pelayanan di antara profesional pemberi asuhan (PPA), manajer pelayanan pasien (MPP), pimpinan unit, dan staf lain sesuai dengan regulasi rumah sakit di beberapa tempat.

- i) Pelayanan darurat dan penerimaan rawat inap;
- j) Pelayanan diagnostik dan tindakan;
- k) Pelayanan bedah dan nonbedah;
- l) Pelayanan rawat jalan;
- m) Organisasi lain atau bentuk pelayanan lainnya.

Proses koordinasi dan kesinambungan pelayanan dibantu oleh penunjang lain seperti panduan praktik klinis, alur klinis/*clinical pathways*, rencana asuhan, format rujukan, daftar tilik/*check list* lain, dan sebagainya.

Diperlukan regulasi untuk proses koordinasi tersebut. (lihat juga, **SKP 2.2**; ARK 2.3; ARK 2.3.1; AP 4.1; AP 4.4; PAB 7.2)

### **Elemen Penilaian ARK.3.1**

1. Ada regulasi tentang proses dan pelaksanaan untuk mendukung kesinambungan dan koordinasi asuhan, termasuk paling sedikit h. s/d l. yang dimuat di Maksud dan Tujuan ARK.3, sesuai regulasi rumah sakit (lihat juga TKP.10) (R)
2. Ada penunjukkan MPP dengan uraian tugas antara lain dalam konteks menjaga kesinambungan dan koordinasi pelayanan bagi individu pasien melalui komunikasi dan kerjasama dengan PPA dan pimpinan unit serta mencakup butir a) sampai dengan h) di maksud dan tujuan. (D,W)

3. Pasien diskriming untuk kebutuhan pelayanan manajemen pelayanan pasien (D,W)
4. Pasien yang mendapat pelayanan MPP, pencatatannya dilakukan dalam Form MPP selalu diperbaharui untuk menjamin komunikasi dengan PPA.(R,D)
5. Kesenambungan dan koordinasi proses pelayanan didukung dengan menggunakan perangkat pendukung, seperti rencana asuhan PPA, catatan MPP, panduan, atau perangkat lainnya. (D,O,W)
6. Kesenambungan dan koordinasi dapat dibuktikan di semua tingkat/fase asuhan pasien. (D,O,W)

### **Standar ARK.3.2**

Rumah sakit menetapkan regulasi bahwa setiap pasien harus dikelola oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) untuk memberikan asuhan kepada pasien.

### **Maksud dan Tujuan ARK.3.2**

Asuhan pasien diberikan oleh profesional pemberi asuhan (PPA) yang bekerja sebagai tim interdisiplin dengan kolaborasi interprofesional dan dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) berperan sebagai ketua tim asuhan pasien oleh profesional pemberi asuhan (PPA) (*clinical leader*).

Untuk mengatur kesinambungan asuhan selama pasien berada di rumah sakit, harus ada dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) sebagai individu yang bertanggung jawab mengelola pasien sesuai dengan kewenangan klinisnya, serta melakukan koordinasi dan kesinambungan asuhan. Dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) yang ditunjuk ini tercatat namanya di rekam medis pasien. Dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP)/para DPJP memberikan keseluruhan asuhan selama pasien berada di RS dapat meningkatkan antara lain kesinambungan, koordinasi, kepuasan pasien, mutu, keselamatan, dan termasuk hasil asuhan. Individu ini membutuhkan kolaborasi dan komunikasi dengan profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya.

Bila seorang pasien dikelola oleh lebih satu dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) maka harus ditetapkan DPJP utama. Sebagai tambahan, rumah sakit menetapkan kebijakan dan proses perpindahan tanggung jawab dari satu dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) ke DPJP lain.

### **Elemen Penilaian ARK.3.2**

1. Ada regulasi tentang dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) yang bertanggung jawab melakukan koordinasi asuhan dan bertugas dalam seluruh fase asuhan rawat inap pasien serta teridentifikasi dalam rekam medis pasien. (R)
2. Regulasi juga menetapkan proses pengaturan perpindahan tanggung jawab koordinasi asuhan pasien dari satu dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) ke DPJP lain, termasuk bila terjadi perubahan DPJP utama. (R)
3. DPJP yang ditetapkan telah memenuhi proses kredensial yang sesuai dengan peraturan perundangan. (D,W)
4. Bila dilaksanakan rawat bersama ditetapkan DPJP utama sebagai koordinator asuhan pasien. (D,W)

### **Standar ARK.3.3**

Rumah sakit menetapkan informasi tentang pasien disertakan pada proses transfer.

### **Maksud dan Tujuan ARK.3.3**

Selama dirawat inap di rumah sakit, pasien mungkin dipindah dari satu pelayanan atau dari satu unit rawat inap ke berbagai unit pelayanan lain atau unit rawat inap lain. Jika profesional pemberi asuhan (PPA) berubah akibat perpindahan ini maka informasi penting terkait asuhan harus mengikuti pasien. Pemberian obat dan tindakan lain dapat berlangsung tanpa halangan dan kondisi pasien dapat dimonitor. Untuk memastikan setiap tim asuhan menerima informasi yang diperlukan maka rekam medis pasien ikut pindah atau ringkasan informasi yang ada di rekam medis disertakan waktu pasien pindah dan menyerahkan kepada tim asuhan yang menerima pasien. Ringkasan memuat sebab pasien masuk dirawat, temuan penting, diagnosis, prosedur atau tindakan, obat yang diberikan, dan keadaan pasien waktu pindah.

Bila pasien dalam pengelolaan manajer pelayanan pasien (MPP) maka kesinambungan proses tersebut di atas dipantau, diikuti, dan transfernya disupervisi oleh manajer pelayanan pasien (MPP).

### **Elemen penilaian ARK.3.3**

1. Ada regulasi tentang transfer pasien antar unit pelayanan di dalam rumah sakit dilengkapi dengan form transfer pasien. (R)
2. Form tersebut memuat indikasi pasien masuk dirawat. (D)
3. Form tersebut memuat riwayat kesehatan, pemeriksaan fisis, dan pemeriksaan diagnostik. (D)
4. Form tersebut memuat setiap diagnosis yang dibuat. (D)
5. Form tersebut memuat setiap prosedur yang dilakukan. (D)
6. Form tersebut memuat obat yang diberikan dan tindakan lain yang dilakukan. (D)
7. Form tersebut memuat keadaan pasien pada waktu dipindah (transfer). (D)
8. Ketentuan tersebut dilaksanakan. (D,O,W)

## **❖ PEMULANGAN DARI RUMAH SAKIT (DISCHARGE) DAN TINDAK LANJUT**

### **Standar ARK.4**

Rumah sakit menetapkan regulasi melaksanakan proses pemulangan pasien (*discharge*) dari rumah sakit berdasar atas kondisi kesehatan pasien dan kebutuhan kesinambungan asuhan atau tindakan.

### **Maksud dan Tujuan ARK.4**

Merujuk atau mengirim pasien ke praktisi kesehatan di luar rumah sakit, unit pelayanan lain, rumah, atau keluarga didasarkan atas kondisi kesehatan pasien dan kebutuhannya untuk memperoleh kesinambungan asuhan. Dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) dan profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya yang bertanggung jawab atas asuhan pasien menentukan kesiapan pasien keluar rumah sakit berdasar

atas kebijakan, kriteria, dan indikasi rujukan yang ditetapkan rumah sakit. Kebutuhan kesinambungan asuhan berarti rujukan ke dokter spesialis, rehabilitasi fisik, atau bahkan kebutuhan upaya preventif di rumah yang dikoordinasikan oleh keluarga pasien. Diperlukan proses yang terorganisir dengan baik untuk memastikan bahwa kesinambungan asuhan dikelola oleh praktisi kesehatan atau oleh sebuah organisasi di luar rumah sakit. Pasien yang memerlukan perencanaan pemulangan pasien (*discharge planning*) maka rumah sakit mulai merencanakan hal tersebut sedini-dininya yang sebaiknya untuk menjaga kesinambungan asuhan dilakukan secara terintegrasi melibatkan semua profesional pemberi asuhan (PPA) terkait/relevan serta difasilitasi oleh manajer pelayanan pasien (MPP). Keluarga dilibatkan dalam proses ini sesuai dengan kebutuhan (lihat juga AP 1.8).

Rumah sakit dapat menetapkan regulasi tentang kemungkinan pasien diizinkan keluar rumah sakit dalam jangka waktu tertentu untuk keperluan penting.

#### **Elemen Penilaian ARK.4**

1. Ada regulasi tentang pemulangan pasien disertai kriteria pemulangan pasien dan pasien yang rencana pemulangannya kompleks (*discharge planning*) untuk kesinambungan asuhan sesuai dengan kondisi kesehatan dan kebutuhan pelayanan pasien. (R)
2. Ada bukti pemulangan pasien sesuai dengan kriteria pemulangan pasien. (D,W)
3. Ada regulasi yang menetapkan kriteria tentang pasien yang diizinkan untuk keluar meninggalkan rumah sakit selama periode waktu tertentu. (R)
4. Ada bukti pelaksanaan tentang pasien yang diizinkan untuk keluar meninggalkan rumah sakit selama periode waktu tertentu. (D,W)

#### **Standar ARK.4.1**

Rumah sakit bekerja sama dengan praktisi kesehatan di luar rumah sakit tentang tindak lanjut pemulangan.

#### **Maksud dan Tujuan ARK.4.1**

Dibutuhkan perencanaan untuk mengatur tindak lanjut pemulangan pasien ke praktisi kesehatan atau organisasi lain yang dapat memenuhi kebutuhan kesinambungan asuhan pasien. Rumah sakit yang berada di komunitas tempat praktisi kesehatan juga berada di dalamnya membuat kerja sama formal dan informal. Jika pasien berasal dari komunitas/daerah lain maka rumah sakit akan merujuk pasien ke praktisi kesehatan yang berasal dari komunitas tempat pasien tinggal.

Mungkin juga, pasien membutuhkan pelayanan dukungan dan pelayanan kesehatan pada waktu pasien keluar dari rumah sakit (*discharge*). Misalnya, pasien mungkin membutuhkan bantuan sosial, nutrisi, keuangan, psikologi, atau bantuan lain pada waktu pasien keluar rumah sakit. Proses perencanaan pemulangan pasien (*discharge planning*) dilakukan secara terintegrasi melibatkan semua profesional pemberi asuhan (PPA) terkait serta difasilitasi oleh manajer pelayanan pasien (MPP) memuat bentuk bantuan pelayanan yang dibutuhkan dan ketersediaan bantuan yang dimaksud.

### **Elemen Penilaian ARK.4.1**

1. Ada bukti pemulangan pasien yang rencana pemulangannya kompleks (*discharge planning*) dimulai sejak awal pasien masuk rawat inap melibatkan semua PPA terkait serta difasilitasi oleh MPP, untuk kesinambungan asuhan sesuai dengan kondisi kesehatan dan kebutuhan pelayanan pasien. (D,W)
2. Pada tindak lanjut pemulangan pasien bila diperlukan dapat ditunjukkan kepada fasilitas kesehatan baik perorangan ataupun institusi yang berada di komunitas dimana pasien berada yang bertujuan untuk memberikan bantuan pelayanan.(D)

### **Standar ARK.4.2**

Ringkasan pasien pulang (*discharge summary*) dibuat untuk semua pasien rawat inap.

#### **Maksud dan Tujuan ARK.4.2**

Ringkasan pasien pulang memberikan gambaran tentang pasien yang tinggal di rumah sakit. Ringkasan dapat digunakan oleh praktisi yang bertanggung jawab memberikan tindak lanjut asuhan. Ringkasan memuat hal

- indikasi pasien masuk dirawat, diagnosis, dan komorbiditas lain;
- temuan fisik penting dan temuan-temuan lain;
- tindakan diagnostik dan prosedur terapi yang telah dikerjakan;
- obat yang diberikan selama dirawat inap dengan potensi akibat efek residual setelah obat tidak diteruskan dan semua obat yang harus digunakan di rumah;
- kondisi pasien (*status present*);
- ringkasan memuat instruksi tindak lanjut agar dihindari istilah anjuran.

Ringkasan pasien pulang dijelaskan dan ditandatangani oleh pasien/keluarga karena memuat instruksi.

### **Elemen Penilaian ARK.4.2**

1. Ringkasan pulang memuat riwayat kesehatan, pemeriksaan fisis, dan pemeriksaan diagnostik. (D)
2. Ringkasan pulang memuat indikasi pasien dirawat inap, diagnosis, dan komorbiditas lain. (D)
3. Ringkasan pulang memuat prosedur terapi dan tindakan yang telah dikerjakan. (D)
4. Ringkasan pulang memuat obat yang diberikan termasuk obat setelah pasien keluar rumah sakit. (D)
5. Ringkasan pulang memuat kondisi kesehatan pasien (*status present*) saat akan pulang dari rumah sakit. (D) (EP 5 untuk IGD dan transfer)
6. Ringkasan pulang memuat instruksi tindak lanjut dan dijelaskan kepada pasien dan keluarga. (D)

#### **Standar ARK.4.2.1**

Rumah sakit menetapkan pemberian ringkasan pasien pulang kepada pihak yang berkepentingan.

#### **Maksud dan Tujuan ARK.4.2.1**

Ringkasan pasien pulang dibuat sebelum pasien keluar dari rumah sakit oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP).

Satu salinan/*copy* dari ringkasan diberikan kepada tenaga kesehatan yang bertanggung jawab memberikan tindak lanjut asuhan kepada pasien. Satu salinan diberikan kepada pasien sesuai dengan regulasi rumah sakit yang mengacu pada peraturan perundangan yang berlaku. Satu salinan diberikan kepada penjamin. Salinan ringkasan berada di rekam medis pasien.

#### **Elemen Penilaian ARK.4.2.1**

1. Ringkasan pulang dibuat oleh DPJP sebelum pasien pulang. (D,W)
2. Satu salinan ringkasan diberikan kepada pasien dan bila diperlukan dapat diserahkan kepada tenaga kesehatan yang bertanggung jawab memberikan kelanjutan asuhan. (D,W)
3. Satu salinan ringkasan yang lengkap ditempatkan di rekam medis pasien. (D)
4. Satu salinan ringkasan diberikan kepada pihak penjamin pasien sesuai dengan regulasi rumah sakit. (D)

#### **Standar ARK.4.3**

Untuk pasien rawat jalan yang membutuhkan asuhan yang kompleks atau diagnosis yang kompleks dibuat catatan tersendiri Profil Ringkas Medis Rawat Jalan (PRMRJ) dan tersedia untuk PPA.

#### **Maksud dan Tujuan ARK.4.3**

Jika rumah sakit memberikan asuhan dan tindakan berlanjut kepada pasien dengan diagnosis kompleks dan atau yang membutuhkan asuhan kompleks (misalnya, pasien yang datang beberapa kali dengan masalah kompleks, menjalani tindakan beberapa kali, datang di beberapa unit klinis, dan sebagainya) maka kemungkinan dapat bertambahnya diagnosis dan obat, perkembangan riwayat penyakit, serta temuan pada pemeriksaan fisis. Oleh karena itu, untuk kasus seperti ini harus dibuat ringkasannya. Sangat penting bagi setiap PPA yang berada di berbagai unit yang memberikan asuhan kepada pasien ini mendapat akses ke informasi Profil Ringkas Medis Rawat Jalan (PRMRJ) tersebut.

Profil Ringkas Medis Rawat Jalan (PRMRJ) memuat informasi, termasuk:

- identifikasi pasien yang menerima asuhan kompleks atau dengan diagnosis kompleks (seperti pasien di klinis jantung dengan berbagai komorbiditas antara lain DM tipe 2, *total knee replacement*, gagal ginjal tahap akhir, dan sebagainya. Atau pasien di klinis neurologik dengan berbagai komorbiditas).
- Identifikasi informasi yang dibutuhkan oleh para dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) yang menangani pasien tersebut

- Menentukan proses yang digunakan untuk memastikan bahwa informasi medis yang dibutuhkan dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) tersedia dalam format mudah ditelusur (*easy-to-retrieve*) dan mudah di-*review*.
- Evaluasi hasil implementasi proses untuk mengkaji bahwa informasi dan proses memenuhi kebutuhan dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) dan meningkatkan mutu serta keselamatan pasien.

### **Elemen Penilaian ARK.4.3**

1. Ditetapkan kriteria pasien rawat jalan dengan asuhan yang kompleks atau yang diagnosisanya kompleks diperlukan Profil Ringkas Medis Rawat Jalan (PRMRJ) yang sesuai dengan regulasi rumah sakit. (R)
2. Ada regulasi yang menetapkan bahwa proses PRMRJ mudah ditelusur (*easy to retrieve*) dan mudah di-*review*. (R)
3. Informasi penting yang dimasukkan ke dalam PRMRJ diidentifikasi oleh DPJP. (R,D)
4. Proses tersebut dievaluasi untuk memenuhi kebutuhan para DPJP dan meningkatkan mutu serta keselamatan pasien. (D,W)

### **Standar ARK.4.4**

Rumah sakit menetapkan proses untuk mengelola dan melakukan tindak lanjut pasien dan memberitahu staf rumah sakit bahwa mereka berniat keluar rumah sakit serta menolak rencana asuhan medis.

#### **Standar ARK.4.4.1**

Rumah sakit menetapkan proses untuk mengelola pasien yang menolak rencana asuhan medis yang melarikan diri.

#### **Maksud dan Tujuan ARK.4.4 dan ARK.4.4.1**

Jika seorang pasien rawat inap atau rawat jalan telah selesai menjalani pemeriksaan lengkap dan sudah ada rekomendasi tindakan yang perlu dilakukan, kemudian pasien ini memutuskan meninggalkan rumah sakit maka pasien ini dianggap sebagai pasien keluar menolak rencana asuhan medis. Pasien rawat inap dan rawat jalan (termasuk pasien dari unit darurat) berhak menolak tindakan medis dan keluar rumah sakit. Pasien ini menghadapi risiko karena menerima pelayanan atau tindakan tidak lengkap yang berakibat terjadi kerusakan permanen atau kematian. Jika seorang pasien rawat inap atau rawat jalan minta untuk keluar dari rumah sakit tanpa persetujuan dokter maka pasien harus diberitahu tentang risiko medis oleh dokter yang membuat rencana asuhan atau tindakan dan proses keluarnya pasien sesuai dengan regulasi rumah sakit. Jika pasien mempunyai dokter keluarga maka dokter keluarga tersebut harus diberitahu tentang keputusan pasien. Bila tidak ada dokter keluarga maka pasien dimotivasi untuk mendapat/mencari pelayanan kesehatan lebih lanjut.

Harus diupayakan agar mengetahui alasan mengapa pasien keluar menolak rencana asuhan medis. Rumah sakit perlu mengetahui alasan ini agar dapat melakukan komunikasi lebih baik dengan pasien dan atau keluarga pasien dalam rangka memperbaiki proses.

Jika pasien menolak rencana asuhan medis tanpa memberi tahu siapapun di dalam rumah sakit atau ada pasien rawat jalan yang menerima pelayanan kompleks atau pelayanan untuk menyelamatkan jiwa, seperti kemoterapi atau terapi radiasi, tidak kembali ke rumah sakit maka rumah sakit harus berupaya menghubungi pasien untuk memberi tahu tentang potensi risiko bahaya yang ada.

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk proses ini sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku, termasuk rumah sakit membuat laporan ke dinas kesehatan atau kementerian kesehatan tentang kasus infeksi dan memberi informasi tentang pasien yang mungkin mencelakakan dirinya atau orang lain.

#### **Elemen Penilaian ARK.4.4**

1. Ada regulasi untuk mengelola pasien rawat jalan dan rawat inap yang menolak rencana asuhan medis termasuk keluar rumah sakit atas permintaan sendiri dan pasien yang menghendaki penghentian pengobatan. (R)
2. Ada bukti pemberian edukasi kepada pasien tentang risiko medis akibat asuhan medis yang belum lengkap. (D,O,W)
3. Pasien keluar rumah sakit atas permintaan sendiri, tetapi tetap mengikuti proses pemulangan pasien. (D)
4. Dokter keluarga (bila ada) atau dokter yang memberi asuhan berikutnya dari pasien diberitahu tentang kondisi tersebut. (D)
5. Ada dokumentasi rumah sakit melakukan pengkajian untuk mengetahui alasan pasien keluar rumah sakit atas apakah permintaan sendiri, menolak asuhan medis, atau tidak melanjutkan program pengobatan. (D)

#### **Elemen Penilaian ARK.4.4.1**

1. Ada regulasi yang mengatur pasien rawat inap dan rawat jalan yang meninggalkan rumah sakit tanpa pemberitahuan (melarikan diri). (R)
2. Rumah sakit melakukan identifikasi pasien menderita penyakit yang membahayakan dirinya sendiri atau lingkungan. (D,W)
3. Rumah sakit melaporkan ke pada pihak yang berwenang bila ada indikasi kondisi pasien yang membahayakan dirinya sendiri atau lingkungan. (D,W)

### **❖ RUJUKAN PASIEN**

#### **Standar ARK.5**

Pasien dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan lain berdasar atas kondisi pasien untuk memenuhi kebutuhan asuhan berkesinambungan dan sesuai dengan kemampuan fasilitas kesehatan penerima untuk memenuhi kebutuhan pasien.

#### **Maksud dan Tujuan ARK.5**

Pasien dirujuk ke fasilitas kesehatan lain didasarkan atas kondisi pasien dan kebutuhan untuk memperoleh asuhan berkesinambungan. Rujukan pasien antara lain untuk memenuhi kebutuhan pasien atau konsultasi spesialisik dan tindakan, serta penunjang diagnostik. Jika pasien dirujuk ke rumah sakit lain, yang merujuk harus memastikan fasilitas kesehatan penerima menyediakan pelayanan yang dapat memenuhi kebutuhan pasien dan mempunyai kapasitas menerima pasien.

Diperoleh kepastian terlebih dahulu dan kesediaan menerima pasien serta persyaratan rujukan diuraikan dalam kerja sama formal atau dalam bentuk perjanjian. Ketentuan seperti ini dapat memastikan kesinambungan asuhan tercapai dan kebutuhan pasien terpenuhi. Rujukan terjadi juga ke fasilitas kesehatan lain dengan atau tanpa ada perjanjian formal.

### **Elemen Penilaian ARK.5**

1. Ada regulasi tentang rujukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (R)
2. Rujukan pasien dilakukan sesuai dengan kebutuhan kesinambungan asuhan pasien. (D)
3. Rumah sakit yang merujuk memastikan bahwa fasilitas kesehatan yang menerima dapat memenuhi kebutuhan pasien yang dirujuk. (D,W)
4. Ada kerjasama rumah sakit yang merujuk dengan rumah sakit yang menerima rujukan yang sering dirujuk. (R)

### **Standar ARK.5.1**

Rumah sakit menetapkan proses rujukan untuk memastikan pasien pindah dengan aman.

### **Maksud dan Tujuan ARK 5.1**

Rujukan pasien sesuai dengan kondisi pasien menentukan kualifikasi staf pendamping yang memonitor dan menentukan jenis peralatan medis khusus.

Selain itu, harus dipastikan fasilitas pelayanan kesehatan penerima menyediakan pelayanan yang dapat memenuhi kebutuhan pasien dan mempunyai kapasitas pasien dan jenis teknologi medis.

Diperlukan proses konsisten melakukan rujukan pasien untuk memastikan keselamatan pasien.

Proses ini menangani

1. ada staf yang bertanggung jawab dalam pengelolaan rujukan termasuk untuk memastikan pasien diterima di rumah sakit rujukan yang dapat memenuhi kebutuhan pasien;
2. selama dalam proses rujukan ada staf yang kompeten sesuai dengan kondisi pasien yang selalu memonitor dan mencatatnya dalam rekam medis;
3. dilakukan identifikasi kebutuhan obat, bahan medis habis pakai, alat kesehatan dan peralatan medis yang dibutuhkan selama proses rujukan;
4. dalam proses pelaksanaan rujukan, ada proses serah terima pasien antara staf pengantar dan yang menerima.

Rumah sakit melakukan evaluasi terhadap mutu dan keamanan proses rujukan untuk memastikan pasien telah ditransfer dengan staf yang kompeten dan dengan peralatan medis yang tepat.

## **Elemen Penilaian ARK.5.1**

1. Ada staf yang bertanggung jawab dalam pengelolaan rujukan termasuk untuk memastikan pasien diterima di rumah sakit rujukan yang dapat memenuhi kebutuhan pasien. (D,W)
2. Selama proses rujukan ada staf yang kompeten sesuai dengan kondisi pasien yang selalu memonitor dan mencatatnya dalam rekam medis. (D,W)
3. Selama proses rujukan tersedia obat, bahan medis habis pakai, alat kesehatan, dan peralatan medis sesuai dengan kebutuhan kondisi pasien. (D,O,W)
4. Ada proses serah terima pasien antara staf pengantar dan yang menerima. (D,O,W)
5. Pasien dan keluarga dijelaskan apabila rujukan yang dibutuhkan tidak dapat dilaksanakan. (D)

## **Standar ARK.5.2**

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk mengatur proses rujukan dan dicatat di rekam medis pasien.

## **Maksud dan Tujuan ARK.5.2**

Informasi tentang pasien dirujuk disertakan bersama dengan pasien untuk menjamin kesinambungan asuhan. Dokumen rujukan berisi

1. identitas pasien;
2. hasil pemeriksaan (anamesis, pemeriksaan fisis, dan pemeriksaan penunjang) yang telah dilakukan;
3. diagnosis kerja.
4. terapi dan/atau tindakan yang telah diberikan;
5. tujuan rujukan;
6. nama dan tanda tangan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan rujukan.

Dokumentasi juga memuat nama fasilitas pelayanan kesehatan dan nama orang di fasilitas pelayanan kesehatan yang menyetujui menerima pasien, kondisi khusus untuk rujukan (seperti kalau ruangan tersedia di penerima rujukan atau tentang status pasien). Juga dicatat jika kondisi pasien atau kondisi pasien berubah selama ditransfer (misalnya, pasien meninggal atau membutuhkan resusitasi).

Dokumen lain yang diminta sesuai dengan kebijakan rumah sakit (misalnya, tanda tangan perawat atau dokter yang menerima serta nama orang yang memonitor pasien dalam perjalanan rujukan) masuk dalam catatan.

Dokumen rujukan diberikan kepada fasilitas pelayanan kesehatan penerima bersama dengan pasien.

Catatan setiap pasien yang dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan lainnya memuat juga dokumentasi selama proses rujukan.

## **Elemen Penilaian APK.5.2**

Dokumen rujukan berisi nama dari fasilitas pelayanan kesehatan yang menerima dan nama orang yang menyetujui menerima pasien. (D)

1. Dokumen rujukan berisi alasan pasien dirujuk, memuat kondisi pasien, dan kebutuhan pelayanan lebih lanjut. (D)
2. Dokumen rujukan juga memuat prosedur dan intervensi yang sudah dilakukan. (D)
3. Proses rujukan dievaluasi dalam aspek mutu dan keselamatan pasien. (lihat PMKP) (D,O,W)

## **❖ TRANSPORTASI**

### **Standar ARK.6**

Rumah sakit menetapkan regulasi tentang transportasi dalam proses merujuk, memindahkan atau pemulangan, serta pasien rawat inap dan rawat jalan untuk memenuhi kebutuhan pasien.

### **Maksud dan Tujuan ARK.6**

Proses merujuk, memindahkan, dan memulangkan pasien membutuhkan pemahaman tentang kebutuhan transpor pasien. Misalnya, pasien dari unit pelayanan kronik atau pusat rehabilitasi yang membutuhkan pelayanan rawat jalan atau evaluasi asuhan di unit darurat mungkin tiba dengan ambulans atau transportasi lainnya. Setelah selesai, pasien mungkin minta bantuan transpor untuk kembali ke rumahnya atau fasilitas lain. Pada situasi lain, misalnya pasien mengemudi kendaraannya sendiri menuju ke rumah sakit untuk mendapatkan tindakan yang kemudian karena tindakan tadi mengganggu kemampuannya mengemudi sendiri untuk pulang (seperti, operasi mata, prosedur yang memerlukan sedasi dan sebagainya). Merupakan tanggung jawab rumah sakit melakukan asesmen kebutuhan transpor pasien dan memastikan pasien mendapat transportasi aman. Bergantung pada kebijakan rumah sakit dan peraturan perundang-undangan apakah ongkos transpor dapat atau tidak menjadi tanggung jawab rumah sakit.

Jenis kendaraan untuk transportasi berbagai macam, mungkin ambulans atau kendaraan lain milik rumah sakit atau berasal dari sumber yang diatur oleh keluarga atau teman. Jenis kendaraan yang diperlukan bergantung pada kondisi dan status pasien.

Kendaraan transportasi milik rumah sakit harus tunduk pada peraturan perundangan yang mengatur tentang kegiatan operasionalnya, kondisi, dan perawatan kendaraan. Rumah sakit mengidentifikasi kegiatan transportasi yang berisiko terkena infeksi dan menentukan strategi mengurangi risiko infeksi (lihat juga PPI 7; PPI 7.1; PPI 7.1.1; PPI 7.2; PPI 7.3; PPI 8; PPI 9). Persediaan obat dan perbekalan medis yang harus tersedia dalam kendaraan bergantung pada pasien yang dibawa. Misalnya, membawa pasien geriatri dari unit rawat jalan pulang ke rumahnya sangat berbeda dengan jika

harus transfer pasien dengan penyakit menular atau transpor pasien luka bakar ke rumah sakit lain.

Jika rumah sakit membuat kontrak layanan transportasi maka rumah sakit harus dapat menjamin bahwa kontraktor harus memenuhi standar untuk mutu dan keselamatan pasien dan kendaraan. Jika layanan transpor diberikan oleh Kementerian Kesehatan atau Dinas Kesehatan, perusahaan asuransi, atau organisasi lain yang tidak berada dalam pengawasan rumah sakit maka masukan dari rumah sakit tentang keselamatan dan mutu transpor dapat memperbaiki kinerja penyedia pelayanan transpor.

Dalam semua hal, rumah sakit melakukan evaluasi terhadap mutu dan keselamatan pelayanan transportasi. Hal ini termasuk penerimaan, evaluasi, dan tindak lanjut keluhan terkait pelayanan transportasi.

### **Elemen Penilaian ARK.6**

1. Ada regulasi untuk proses transportasi pasien sesuai dengan kebutuhannya yang meliputi asesmen kebutuhan transportasi, obat, bahan medis habis pakai, serta alat kesehatan dan peralatan medis sesuai dengan kebutuhan pasien. (R)
2. Berdasar atas hasil asesmen, alat transportasi yang digunakan untuk rujukan harus sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien dan memenuhi ketentuan keselamatan transportasi termasuk memenuhi persyaratan PPI. (D,O,W)
3. Bila alat transportasi yang digunakan terkontaminasi cairan tubuh pasien atau pasien dengan penyakit menular harus dilakukan proses dekontaminasi. (lihat juga PPI 7.1) (D,O,W)
4. Ada mekanisme untuk menangani keluhan proses transportasi dalam rujukan. (D,W)

## **BAB 2**

### **HAK PASIEN DAN KELUARGA (HPK)**

#### **GAMBARAN UMUM**

Pasien dan keluarganya adalah pribadi yang unik dengan sifat, sikap, perilaku yang berbeda-beda, kebutuhan pribadi, agama, keyakinan, dan nilai-nilai pribadi.

Rumah sakit membangun kepercayaan dan komunikasi terbuka dengan pasien untuk memahami dan melindungi nilai budaya, psikososial, serta nilai spiritual setiap pasien.

Hasil pelayanan pada pasien akan meningkat bila pasien dan keluarga yang tepat atau mereka yang berhak mengambil keputusan diikutsertakan dalam pengambilan keputusan pelayanan dan proses yang sesuai dengan harapan, nilai, serta budaya.

Untuk mengoptimalkan hak pasien dalam pemberian pelayanan yang berfokus pada pasien dimulai dengan menetapkan hak tersebut, kemudian melakukan edukasi pada pasien serta staf tentang hak dan kewajiban tersebut. Para pasien diberi informasi tentang hak dan kewajiban mereka dan bagaimana harus bersikap. Para staf dididik untuk mengerti dan menghormati kepercayaan, nilai-nilai pasien, dan memberikan pelayanan dengan penuh perhatian serta hormat guna menjaga martabat dan nilai diri pasien.

Pada bab ini dikemukakan proses-proses untuk

1. melakukan identifikasi, melindungi, dan mengoptimalkan hak pasien;
2. memberitahu pasien tentang hak mereka;
3. melibatkan keluarga pasien bila kondisi memungkinkan dalam pengambilan keputusan tentang pelayanan pasien;
4. mendapatkan persetujuan tindakan (*informed consent*);
5. mendidik staf tentang hak dan kewajiban pasien.

Bagaimana proses asuhan dilaksanakan di rumah sakit sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan, konvensi internasional, dan perjanjian atau persetujuan tentang hak asasi manusia yang disahkan oleh pemerintah.

Proses ini berkaitan dengan bagaimana rumah sakit menyediakan pelayanan kesehatan dengan cara yang wajar yang sesuai dengan kerangka pelayanan kesehatan dan mekanisme pembiayaan pelayanan kesehatan yang berlaku. Bab ini juga berisi hak dan kewajiban pasien dan keluarganya serta berkaitan dengan penelitian klinis (*clinical trial*) dan donasi, juga transplantasi organ serta jaringan tubuh.

## STANDAR, MAKSUD DAN TUJUAN, SERTA ELEMEN PENILAIAN

### Standar HPK.1

Ada regulasi bahwa rumah sakit bertanggung jawab dan mendukung hak pasien dan keluarga selama dalam asuhan.

### Maksud dan Tujuan HPK.1

Kepemimpinan (*leadership*) rumah sakit bertanggung jawab bagaimana memperlakukan pasiennya dan pimpinan perlu mengetahui serta memahami hak pasien dan keluarga juga tanggung jawabnya seperti ditentukan dalam peraturan perundang-undangan.

Pimpinan rumah sakit memberikan arahan kepada kelompok staf medis (KSM) dan staf klinis lainnya di unit pelayanan untuk memastikan semua staf di rumah sakit ikut bertanggung jawab melindungi hak-hak ini.

Rumah sakit menghormati hak dan kewajiban pasien, serta dalam banyak hal menghormati keluarga pasien, terutama hak untuk menentukan informasi apa saja yang dapat disampaikan kepada keluarga atau pihak lain terkait asuhan pasien. Sebagai contoh, pasien tidak ingin diagnosis dirinya disampaikan kepada keluarga.

Hak serta kewajiban pasien dan keluarga merupakan elemen dasar dari semua interaksi di rumah sakit, staf rumah sakit, pasien, dan keluarga. Oleh karena itu, harus ada regulasi yang memastikan semua staf sadar dan tanggap terhadap isu hak serta kewajiban pasien dan keluarga pada waktu berinteraksi saat memberikan asuhan kepada pasien.

### Elemen Penilaian HPK.1

1. Ada regulasi tentang hak dan kewajiban pasien dan keluarga (lihat juga TKRS 12.1 EP 1; dan TKRS 12.2 EP 2). (R)
2. Pimpinan rumah sakit memahami hak serta kewajiban pasien dan keluarga sebagaimana ditetapkan dalam peraturan perundang-undangan. (W)
3. Rumah sakit menghormati hak serta kewajiban pasien dan dalam kondisi tertentu terhadap keluarga pasien bahwa pasien memiliki hak untuk menentukan informasi apa saja yang dapat disampaikan pada keluarga dan pihak lain. (D,W).
4. Semua staf memperoleh edukasi dan memahami tentang hak serta kewajiban pasien dan keluarga, juga dapat menjelaskan tanggung jawabnya melindungi hak pasien. (D,W).

### **Standar HPK.1.1**

Rumah sakit memberikan asuhan dengan menghargai agama, keyakinan dan nilai-nilai pribadi pasien, serta merespons permintaan yang berkaitan dengan bimbingan kerohanian.

#### **Maksud dan Tujuan HPK.1.1**

Pasien dengan populasi yang beragam dalam memeluk agama, keyakinan, dan memiliki nilai-nilai pribadi maka beragam pula dalam menerima proses asuhan. Beberapa agama, keyakinan, dan nilai-nilai pribadi berlaku umum bagi semua pasien serta biasanya berasal dari budaya dan agama. Ada keyakinan yang bersifat individual. Rumah sakit melakukan identifikasi agama, keyakinan, dan nilai-nilai pribadi pasien agar dalam memberikan asuhan selaras dengan agama, keyakinan, dan nilai-nilai pribadi.

Asuhan pasien yang menghargai agama, keyakinan, dan nilai-nilai pribadi akan membantu kelancaran proses asuhan serta memberikan hasil asuhan yang lebih baik. Setiap profesional pemberi asuhan (PPA) harus melakukan identifikasi agama dan memahami agama, keyakinan, nilai-nilai pribadi pasien, serta menerapkan dalam asuhan pasien yang diberikan.

Jika pasien atau keluarga ingin berbicara dengan seseorang terkait kebutuhan agama dan spiritualnya maka rumah sakit menetapkan proses untuk menjawab permintaan ini. Proses ini dilaksanakan melalui staf kerohanian di rumah sakit. Proses ini menjadi kompleks bila rumah sakit atau negara tidak mengakui secara resmi atau mempunyai sumber terkait sebuah agama, tetapi bila ada permintaan ini maka rumah sakit dapat mengambil sumber di luar rumah sakit atau dari keluarga.

#### **Elemen Penilaian HPK.1.1**

1. Agama, keyakinan, dan nilai-nilai pribadi pasien teridentifikasi (lihat juga MKE 8 EP 1). (D,W)
2. Staf memberikan asuhan dengan cara menghormati agama, keyakinan, dan nilai-nilai pribadi pasien (lihat juga MKE 8 EP 2). (D,W)
3. Rumah sakit menanggapi permintaan rutin, termasuk permintaan kompleks terkait dukungan agama atau bimbingan kerohanian. (D,W,S).

### **Standar HPK.1.2**

Informasi tentang pasien adalah rahasia dan rumah sakit diminta menjaga kerahasiaan informasi pasien serta menghormati kebutuhan privasinya.

#### **Maksud dan Tujuan HPK.1.2**

Staf wajib menjaga dan menghargai informasi tentang pasien sebagai suatu kerahasiaan, di samping itu juga menghormati kebutuhan privasi pasien. Pada implementasinya rumah sakit diminta tidak mencantumkan informasi rahasia pasien pada pintu pasien, *lobby* atau ruang perawat (*nurse station*), dan tidak mengadakan

diskusi yang terkait dengan pasien di ruang publik.

Staf menyadari peraturan perundang-undangan yang mengatur kerahasiaan informasi serta memberitahukan pasien bagaimana rumah sakit menghargai kerahasiaan informasi dan privasi mereka. Dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) memberitahu pada pasien atau keluarga tentang informasi kondisi pasien di setiap terjadi perubahan.

Rumah sakit memiliki kebijakan yang menunjukkan apakah pasien memiliki akses terhadap informasi kesehatan mereka dan proses untuk mendapatkan akses jika diizinkan.

Rumah sakit diminta menghormati hak privasi pasien terutama ketika diwawancara, diperiksa, dirawat, dan dipindahkan. Pasien mungkin menginginkan privasinya terlindung dari para karyawan, pasien lain, masyarakat, dan bahkan dari anggota keluarga. Di samping itu, pasien mungkin tidak ingin diambil fotonya, direkam, atau diikutsertakan dalam survei wawancara tentang penelitian dan lainnya. Meskipun ada beberapa cara pendekatan umum untuk memberikan privasi bagi seluruh pasien, setiap pasien memiliki harapan privasi yang berbeda atau tambahan privasi sesuai dengan kebutuhan privasi pasien.

Harapan akan kebutuhan ini mungkin saja berubah seiring dengan waktu dan kondisi. Oleh karena itu, rumah sakit mengidentifikasi kebutuhan privasi pasien terkait dengan asuhan pasien. Informasi medis dan kesehatan lainnya ketika didokumentasikan dan dikumpulkan bersifat penting guna memahami pasien dan kebutuhannya serta memberikan perawatan dan pelayanan seiring dengan waktu. Informasi ini dapat berupa kertas atau elektronik atau kombinasi dari keduanya.

Rumah sakit menghargai informasi tersebut sebagai rahasia dan menerapkan regulasi yang melindungi informasi tersebut dari kehilangan atau penyalahgunaan. Regulasi yang ada mencakup informasi yang dapat diberikan sesuai dengan kebutuhan peraturan perundang-undangan.

### **Elemen Penilaian HPK.1.2**

1. Ada regulasi tentang kewajiban simpan rahasia pasien dan menghormati kebutuhan privasi pasien. (R)
2. Ada bukti pasien diberitahu bahwa segala informasi tentang kesehatan pasien adalah rahasia dan kerahasiaan itu akan dijaga sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (D,W)
3. Pasien diminta persetujuannya untuk pelepasan informasi yang tidak tercakup dalam peraturan perundang-undangan. (D,W).
4. Rumah sakit menghormati kerahasiaan informasi kesehatan pasien. (D,W).
5. Staf mengidentifikasi harapan dan kebutuhan privasi selama pelayanan dan pengobatan. (D,O,W)
6. Keinginan akan kebutuhan pasien untuk privasi dihormati saat wawancara klinis,

pemeriksaan, prosedur, pengobatan, dan transfer pasien. (O,W)

### **Standar HPK.1.3**

Rumah sakit menetapkan ketentuan untuk melindungi harta benda milik pasien dari kehilangan atau pencurian.

### **Maksud dan Tujuan HPK 1.3**

Rumah sakit memberitahu pasien tentang tanggung jawab rumah sakit terhadap barang milik pasien dan batasan-batasannya. Rumah sakit bertanggung jawab terhadap barang milik pasien yang dibawa masuk ke rumah sakit sesuai dengan batasan. Rumah sakit memiliki proses untuk mengidentifikasi dan melindungi barang milik pasien yang dititipkan atau pasien tidak dapat menjaganya untuk memastikan barang tidak hilang atau dicuri. Proses ini berlaku untuk pasien di unit darurat, pasien pelayanan satu hari (*one day care*), rawat inap, pasien yang tidak mampu menjaga barang miliknya, dan mereka yang tidak mampu membuat keputusan tentang barang miliknya. (lihat juga MFK 4.1)

### **Elemen Penilaian HPK 1.3**

1. Ada regulasi tentang penyimpanan barang milik pasien yang dititipkan dan barang milik pasien karena pasiennya tidak dapat menjaga harta miliknya. Rumah sakit memastikan barang tersebut aman dan menetapkan tingkat tanggung jawabnya atas barang milik pasien tersebut. (R)
2. Pasien menerima informasi tentang tanggung jawab rumah sakit dalam menjaga barang milik pasien. (D,W)

### **Standar HPK 1.4**

Pasien yang rentan terhadap kekerasan fisik serta kelompok pasien yang berisiko diidentifikasi dan dilindungi.

### **Maksud dan Tujuan HPK 1.4**

Rumah sakit mengidentifikasi kelompok pasien berisiko yang tidak dapat melindungi dirinya sendiri, misalnya bayi, anak-anak, pasien cacat, manula, pascabedah, gangguan jiwa, gangguan kesadaran, dll. serta menetapkan tingkat perlindungan terhadap pasien tersebut. Perlindungan ini mencakup tidak hanya kekerasan fisik, tetapi juga mencakup hal-hal terkait keamanan, seperti kelalaian (*negligent*) dalam asuhan, tidak memberi layanan, atau tidak memberi bantuan waktu terjadi kebakaran. Semua anggota staf memahami tanggung jawabnya dalam proses ini.

Rumah sakit menjaga keamanan dalam tiga area, yaitu

- 1) area publik yang terbuka untuk umum seperti area parkir, rawat jalan, dan penunjang pelayanan;
- 2) area tertutup yang hanya dapat dimasuki orang tertentu dengan izin khusus dan pakaian tertentu, misalnya kamar operasi;

- 3) area semiterbuka, yaitu area yang terbuka pada saat-saat tertentu dan tertutup pada saat yang lain, misalnya rawat inap pada saat jam berkunjung menjadi area terbuka, tetapi di luar jam berkunjung menjadi area tertutup untuk itu pengunjung di luar jam berkunjung harus diatur, diidentifikasi, dan menggunakan identitas pengunjung.

#### **Elemen Penilaian HPK 1.4**

1. Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melakukan identifikasi populasi pasien yang rentan terhadap risiko kekerasan dan melindungi semua pasien dari kekerasan (lihat juga PP 3.1 s.d. 3.9). (R)
2. Daerah terpencil, daerah terisolasi, dan rawan terjadinya tindak kekerasan di rumah sakit dimonitor (lihat juga MFK 4). (O,W)
3. Staf rumah sakit memahami peran mereka dalam tanggung jawabnya dalam melaksanakan proses perlindungan. (D,O,W)

#### **Standar HPK 2**

Rumah sakit menetapkan regulasi dan proses untuk mendukung partisipasi pasien dan keluarga di dalam proses asuhan.

#### **Maksud dan Tujuan HPK 2**

Partisipasi pasien dan keluarga dalam proses asuhan melalui pengambilan keputusan tentang asuhan, bertanya soal asuhan, minta pendapat orang lain (*second opinion*), dan menolak prosedur diagnostik atau tindakan. Saat pasien minta *second opinion*, diharapkan rumah sakit tidak menolak, mencegah atau menghalanginya, sebaliknya rumah sakit diminta memfasilitasi permintaan tersebut dengan jalan pasien diberi informasi tentang kondisinya, hasil tes, diagnosis, rekomendasi tindakan, dan sebagainya. Rumah sakit tidak boleh menyembunyikan informasi ini jika pasien meminta *second opinion*. Rumah sakit menetapkan regulasi untuk mengatur hak pasien untuk mencari *second opinion* tanpa rasa khawatir memengaruhi proses asuhannya.

Rumah sakit mendorong pasien dan keluarga terlibat dalam seluruh aspek pelayanan. Seluruh staf sudah dilatih melaksanakan regulasi dan perannya dalam mendukung hak pasien serta keluarganya untuk berpartisipasi di dalam proses asuhannya.

#### **Elemen Penilaian HPK 2**

1. Ada regulasi tentang rumah sakit mendorong partisipasi pasien dan keluarga dalam proses asuhan dan memberi kesempatan pasien untuk melaksanakan *second opinion* tanpa rasa khawatir akan memengaruhi proses asuhannya. (lihat juga PAP 7.1 EP 6; AP 1 EP 4; ARK 2.1 EP 4; dan MKE 9 EP 5). (R)
2. Staf dilatih dan terlatih melaksanakan regulasi serta perannya dalam mendukung hak pasien dan keluarga untuk berpartisipasi dalam proses pelayanannya. (D,W,S)

## **Standar HPK 2.1**

Pasien diberitahu tentang semua aspek asuhan medis dan tindakan.

### **Maksud dan Tujuan HPK 2.1**

Agar pasien dan keluarganya dapat berpartisipasi dalam membuat keputusan, mereka mendapat informasi tentang kondisi medis, setelah dilakukan asesmen, termasuk diagnosis pasti dan rencana asuhan. Pasien serta keluarga mengerti hal yang harus diputuskan tentang asuhan dan bagaimana mereka berpartisipasi dalam membuat keputusan. Sebagai tambahan, pasien serta keluarga harus mengerti tentang proses asuhan, tes pemeriksaan, prosedur, dan tindakan yang harus mendapat persetujuan (*consent*) dari mereka.

Selama dalam proses asuhan, pasien juga berhak untuk mendapat penjelasan tentang hasil pengobatan/tindakan termasuk kemungkinan hasil yang tidak terduga. Pasien serta keluarga paham bahwa mereka berhak atas informasi ini dan berhak mengetahui siapa dokter yang bertanggungjawab untuk melayaninya yang akan memberitahu hasil asesmen dan pengobatan/tindakan.

Terkadang beberapa pasien tidak ingin mengetahui diagnosis penyakitnya atau berpartisipasi dalam membuat keputusan terkait asuhannya, tetapi mereka diberi kesempatan dan dapat memilih berpartisipasi melalui anggota keluarga, teman, atau pengganti keluarga. Bagi pasien harus jelas siapa DPJP yang akan memberi informasi tentang kondisi medik, asuhan, tindakan, dan hasil termasuk kejadian yang tidak terduga dan lain sebagainya.

### **Elemen Penilaian HPK 2.1**

1. Ada regulasi tentang hak pasien untuk mendapatkan informasi tentang kondisi, diagnosis pasti, rencana asuhan, dan dapat berpartisipasi dalam pengambilan keputusan serta diberitahu tentang hasil asuhan termasuk kemungkinan hasil yang tidak terduga. (R)
2. Pasien diberi informasi tentang kondisi medis mereka dan diagnosis pasti. (lihat juga MKE 9 EP 1). (D,W)
3. Pasien diberi informasi tentang rencana asuhan dan tindakan yang akan dilakukan dan berpartisipasi dalam pengambilan keputusan. (lihat juga AP 1 EP 4 dan MKE 9 EP 1). (D,W)
4. Pasien diberi tahu bilamana “persetujuan tindakan” (*informed consent*) diperlukan dan bagaimana proses memberikan persetujuan. (lihat juga HPK 5.1; AP 6; AP 5.11 EP 2; PAP 3.3; PAB 3; PAB 4; PAB 7; dan MKE 9 EP 4). (D,W)
5. Pasien dijelaskan dan memahami tentang hasil yang diharapkan dari proses asuhan dan pengobatan. (lihat juga ARK 2.1 EP 2 dan PAP 2.4). (D,W)
6. Pasien dijelaskan dan memahami bila terjadi kemungkinan hasil yang tidak terduga. (lihat juga PAP 2.4 EP 2). (D,W)

7. Pasien serta keluarga dijelaskan dan memahami tentang haknya dalam berpartisipasi membuat keputusan terkait asuhan jika diinginkan. (lihat juga AP 1 EP 4; ARK 2.1 EP 4; dan MKE 9 EP 5). (W)

### **Standar HPK 2.2**

Pasien dan keluarga menerima informasi tentang penyakit, rencana tindakan, dan DPJP serta para PPA lainnya agar mereka dapat memutuskan tentang asuhannya.

### **Maksud dan Tujuan HPK 2.2**

Anggota staf menjelaskan setiap tindakan atau prosedur yang diusulkan kepada pasien dan keluarga.

Informasi yang diberikan memuat elemen

- a) diagnosis (diagnosis kerja dan diagnosis banding) dan dasar diagnosis;
- b) kondisi pasien;
- c) tindakan yang diusulkan;
- d) tata cara dan tujuan tindakan;
- e) manfaat dan risiko tindakan
- f) nama orang mengerjakan tindakan;
- g) kemungkinan alternatif dari tindakan;
- h) prognosis dari tindakan;
- i) kemungkinan hasil yang tidak terduga;
- j) kemungkinan hasil bila tidak dilakukan tindakan. (lihat juga HPK 5.2)

Staf klinis juga memberi tahu pasien, nama dokter, atau profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya sebagai penanggung jawab asuhan pasien yang diberi izin melakukan tindakan dan prosedur. Sering, pasien bertanya tentang kompetensi, pengalaman, jangka waktu bekerja di rumah sakit, dan sebagainya dari para DPJP serta PPA lainnya. Rumah sakit harus menetapkan proses untuk menjawab jika pasien minta tambahan informasi tentang DPJP dan perawat penanggung jawab asuhan (PPJA) mereka. (lihat juga MKE 9)

### **Elemen Penilaian HPK 2.2**

1. Ada regulasi yang mengatur pelaksanaan proses untuk menjawab pertanyaan informasi kompetensi dan kewenangan dari PPA. (R) (lihat juga KKS 9; KKS 13 dan KKS 16)
2. Pasien diberi informasi tentang elemen a) sampai dengan j) yang relevan dengan kondisi dan rencana tindakan (D,W). (lihat juga HPK 5.1; AP 6; AP 5.11 EP 2; PAP 3.3; PAB 3; PAB 4; PAB 7; dan MKE 9 EP 4)
3. DPJP, PPJA, dan PPA lainnya harus memperkenalkan diri saat pertama kali bertemu pasien. (W,S)

### **Standar HPK 2.3**

Rumah sakit memberitahu pasien dan keluarganya tentang hak dan tanggung jawab mereka yang berhubungan dengan penolakan atau tidak melanjutkan pengobatan.

### **Maksud dan Tujuan HPK 2.3**

Pasien atau mereka yang membuat keputusan atas nama pasien dapat memutuskan untuk tidak melanjutkan pelayanan atau pengobatan yang direncanakan atau tidak meneruskan pelayanan atau pengobatan setelah kegiatan dimulai. Rumah sakit memberitahukan pasien dan keluarganya tentang hak mereka untuk membuat keputusan, potensi hasil dari keputusan tersebut, dan tanggung jawab mereka berkenaan dengan keputusan tersebut. Pasien serta keluarganya diberitahu tentang alternatif pelayanan dan pengobatan. (lihat juga ARK 4.4, EP 1)

### **Elemen Penilaian HPK 2.3**

1. Rumah sakit memberitahukan pasien serta keluarganya tentang hak mereka untuk menolak atau tidak melanjutkan pengobatan. (lihat juga ARK 4.4, EP 1). (D,W)
2. Rumah sakit memberitahukan pasien dan keluarganya tentang konsekuensi dari keputusan mereka. (lihat juga ARK 4.4, EP 2). (D,W)
3. Rumah sakit memberitahukan pasien serta keluarganya tentang tanggung jawab mereka berkaitan dengan keputusan tersebut. (D,W)
4. Rumah sakit memberitahukan pasien serta keluarganya tentang tersedianya alternatif pelayanan dan pengobatan. (D,W)

### **Standar HPK 2.4**

Rumah sakit menghormati keinginan dan pilihan pasien untuk menolak pelayanan resusitasi, menunda, atau melepas bantuan hidup dasar (*do not resuscitate/DNR*).

### **Maksud dan Tujuan HPK 2.4**

Keputusan menolak pelayanan resusitasi serta melanjutkan atau menolak pengobatan bantuan hidup dasar merupakan keputusan paling sulit yang dihadapi pasien, keluarga, PPA, dan rumah sakit. Tidak ada satupun proses yang dapat mengantisipasi semua situasi keputusan perlu dibuat. Karena itu, penting bagi rumah sakit untuk mengembangkan pedoman dalam pembuatan keputusan yang sulit tersebut. Rumah sakit diminta membuat pedoman yang berisi

- 1) rumah sakit harus mematuhi peraturan perundang-undangan yang terkait;
- 2) rumah sakit harus memastikan sesuai dengan norma agama dan budaya;
- 3) mencakup situasi keputusan tersebut berubah sewaktu pelayanan sedang berjalan;
- 4) memandu PPA melalui isu hukum dan etika dalam melaksanakan menunda atau melepas bantuan hidup dasar;
- 5) rumah sakit mengembangkan kebijakan dan prosedur melalui suatu proses yang melibatkan banyak profesi dari berbagai sudut pandang;
- 6) regulasi tentang identifikasi tanggungjawab masing-masing pihak dan pendokumentasiannya dalam rekam medis pasien.

### **Elemen Penilaian HPK 2.4**

1. Ada regulasi rumah sakit pada saat pasien menolak pelayanan resusitasi, menunda atau melepas bantuan hidup dasar sesuai dengan peraturan perundang-undangan, norma agama, dan budaya masyarakat. (R)
2. Pelaksanaan sesuai dengan regulasi tersebut. (D,W)

### **Standar HPK 2.5**

Rumah sakit mendukung hak pasien terhadap asesmen dan manajemen nyeri yang tepat.

### **Maksud dan Tujuan HPK 2.5**

Nyeri merupakan hal yang banyak dialami pasien dan nyeri yang tidak berkurang menimbulkan dampak yang tidak diharapkan kepada pasien secara fisik maupun psikologis. Respons pasien terhadap nyeri sering kali berada dalam konteks norma sosial, budaya, dan spiritual. Pasien didorong dan didukung melaporkan rasa nyeri. Rumah sakit diminta untuk mengakui hak pasien terhadap nyeri dan tersedia proses melakukan asesmen serta manajemen nyeri yang sesuai. (lihat juga PAP 7.1 dan MKE 10 EP 4)

### **Elemen Penilaian HPK 2.5**

1. Ada regulasi tentang asesmen dan manajemen nyeri. (R)
2. Rumah sakit menghormati serta mendukung hak pasien dengan melakukan asesmen dan manajemen nyeri yang sesuai. (lihat juga PAP 7.1 EP 1). (D,W)
3. Staf rumah sakit memahami pengaruh pribadi, budaya, sosial, dan spiritual tentang hak pasien untuk melaporkan rasa nyeri, asesmen, dan manajemen nyeri secara akurat. (D,W)

### **Standar HPK 2.6**

Rumah sakit mendukung hak pasien untuk mendapatkan pelayanan yang penuh hormat dan penuh kasih sayang pada akhir kehidupannya.

### **Maksud dan Tujuan HPK 2.6**

Pasien yang sedang menghadapi kematian mempunyai kebutuhan yang unik dalam pelayanan yang penuh hormat dan kasih-sayang. Perhatian terhadap kenyamanan dan martabat pasien mengarahkan semua aspek pelayanan pada tahap akhir kehidupan. Agar dapat terlaksana, semua staf harus menyadari kebutuhan unik pasien pada akhir kehidupannya. Kebutuhan ini meliputi pengobatan terhadap gejala primer dan sekunder, manajemen nyeri, respons terhadap aspek psikologis, sosial, emosional, agama, budaya pasien dan keluarganya, serta keterlibatannya dalam keputusan pelayanan. (lihat juga PAP 7.1 dan HPK 1.1)

### **Elemen Penilaian HPK 2.6**

1. Ada regulasi tentang pelayanan pasien pada akhir kehidupan. (R)

2. Rumah sakit mengakui dan mengidentifikasi pasien yang menghadapi kematian dengan kebutuhan yang unik. (D,W)
3. Staf rumah sakit menghormati hak pasien yang sedang menghadapi kematian, memiliki kebutuhan yang unik dalam proses asuhan, dan didokumentasikan. (D,W) (lihat juga MIRM 13 EP 2)

### **Standar HPK 3**

Rumah sakit memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarganya tentang proses untuk menerima, menanggapi, dan menindaklanjuti bila ada pasien menyampaikan keluhan, konflik, serta perbedaan pendapat tentang pelayanan pasien. Rumah sakit juga menginformasikan tentang hak pasien untuk berpartisipasi dalam proses ini.

### **Maksud dan Tujuan HPK 3**

Pasien mempunyai hak untuk menyampaikan keluhan tentang pelayanan yang mereka terima. Keluhan tersebut dicatat, ditelaah, ditindaklanjuti, dan dicari penyelesaiannya bila memungkinkan. Demikian pula, bila keputusan mengenai pelayanan menimbulkan pertanyaan, konflik, atau dilema lain bagi rumah sakit dan pasien, keluarga atau pembuat keputusan, dan lainnya. Dilema ini dapat timbul dari masalah akses, etis, pengobatan atau pemulangan pasien, dsb. (lihat juga TKRS 12.2)

Rumah sakit menetapkan cara-cara dalam mencari solusi terhadap dilema dan keluhan tersebut. Rumah sakit mengidentifikasi dalam regulasi, siapa yang perlu dilibatkan dalam proses, serta bagaimana pasien dan keluarganya berpartisipasi.

### **Elemen Penilaian HPK 3**

1. Ada regulasi yang mendukung konsistensi pelayanan dalam menghadapi keluhan, konflik, atau beda pendapat. (R)
2. Pasien diberitahu tentang proses menyampaikan keluhan, konflik, atau perbedaan pendapat. (D,W)
3. Keluhan, konflik, dan perbedaan pendapat ditelaah serta ditindaklanjuti oleh rumah sakit serta didokumentasikan. (D,W)
4. Pasien dan atau keluarga pasien ikut serta dalam proses penyelesaian. (D,W)

### **Standar HPK 4**

Semua pasien diberi tahu tentang hak serta kewajiban dengan metode dan bahasa yang mudah dimengerti.

### **Maksud dan Tujuan HPK 4**

Proses penerimaan pasien rawat inap dan pendaftaran pasien rawat jalan rumah sakit dapat membingungkan atau menakutkan bagi pasien. Keadaan ini menjadikan pasien atau keluarga sulit bersikap sesuai dengan hak dan kewajibannya. Rumah

sakit menyiapkan keterangan tertulis tentang hak dan kewajiban pasien yang diberikan pada saat mereka diterima sebagai pasien rawat inap atau mendaftar sebagai pasien rawat jalan. Keterangan tersebut tersedia di setiap kunjungan atau tersedia selama tinggal di rumah sakit. Pernyataan dipasang atau disimpan di fasilitas yang mudah dilihat oleh publik.

Keterangan tertulis diberikan disesuaikan dengan usia dan bahasa pasien. Jika komunikasi tertulis dengan pasien tidak efektif atau tidak tepat maka pasien dan keluarga diberi tahu tentang hak serta kewajibannya dengan bahasa yang dapat dimengerti oleh mereka.

#### **Elemen Penilaian HPK 4**

1. Ada regulasi bahwa setiap pasien serta keluarga mendapatkan informasi tentang hak dan kewajiban pasien. (R)
2. Ada bukti bahwa informasi tentang hak serta kewajiban pasien diberikan tertulis kepada pasien, terpampang, atau tersedia sepanjang waktu. (D,O,W)
3. Rumah sakit menetapkan proses pemberian informasi hak dan kewajiban pasien jika komunikasi tidak efektif atau tidak tepat. (W,S)

### **PERSETUJUAN UMUM (*GENERAL CONSENT*)**

#### **Standar HPK 5**

Pada saat pasien diterima waktu mendaftar rawat jalan dan setiap rawat inap, diminta menandatangani persetujuan umum (*general consent*). Persetujuan umum (*general consent*) harus menjelaskan cakupan dan batasannya.

#### **Maksud dan Tujuan HPK 5**

Rumah sakit wajib meminta persetujuan umum (*general consent*) kepada pasien atau keluarganya berisi persetujuan terhadap tindakan yang berisiko rendah, prosedur diagnostik, pengobatan medis lainnya, batas-batas yang telah ditetapkan, dan persetujuan lainnya. Persetujuan umum diminta pada saat pasien datang pertama kali untuk rawat jalan dan setiap rawat inap.

Rumah sakit diminta untuk memberitahu pasien tentang terdapat peserta didik/pelatihan yang ikut berpartisipasi dalam asuhan pasien sebagai bagian dari pendidikan/pelatihan mereka.

Rumah sakit memiliki dokumentasi dalam rekam medik tentang persetujuan umum.

Pasien juga diberi informasi tentang tindakan dan prosedur, serta pengobatan yang berisiko tinggi yang memerlukan persetujuan khusus (*informed consent*) secara

terpisah.

### **Elemen Penilaian HPK 5**

1. Ada regulasi tentang persetujuan umum dan pendokumentasiannya dalam rekam medis pasien di luar tindakan yang membutuhkan persetujuan khusus (*informed consent*) tersendiri. (R)
2. Persetujuan umum (*general consent*) diminta saat pertama kali pasien masuk rawat jalan atau setiap masuk rawat inap. (D,W)
3. Pasien dan atau keluarga diminta untuk membaca, lalu menandatangani persetujuan umum (*general consent*). (D,W)

## **PERSETUJUAN KHUSUS (*INFORMED CONSENT*)**

### **Standar HPK 5.1**

Rumah sakit menetapkan regulasi pelaksanaan persetujuan khusus (*informed consent*) oleh DPJP dan dapat dibantu oleh staf yang terlatih dengan bahasa yang dapat dimengerti sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

### **Maksud dan Tujuan HPK 5.1**

Satu dari banyak upaya membuat pasien terlibat dalam pengambilan keputusan dalam proses asuhan/ tindakan adalah dengan jalan memberikan persetujuan (*consent*). Untuk dapat memberikan persetujuan, seorang pasien menerima penjelasan tentang faktor-faktor terkait dengan rencana asuhan yang pelaksanaannya harus ada persetujuan khusus (*informed consent*). Persetujuan khusus (*informed consent*) harus diperoleh sebelum dilakukan prosedur atau tindakan tertentu yang berisiko tinggi. Proses pemberian persetujuan khusus (*informed consent*) diatur oleh rumah sakit melalui regulasi yang jelas sesuai dengan peraturan perundang-undangan terkait.

### **Elemen Penilaian HPK 5.1**

1. Ada regulasi yang dijabarkan dengan jelas mengenai persetujuan khusus (*informed consent*). (R)
2. DPJP menjelaskan informasi tindakan yang akan diambil dan bila perlu dapat dibantu staf terlatih. (D,W)
3. Pasien memahami informasi tindakan yang memerlukan persetujuan khusus (*informed consent*) melalui cara dan bahasa yang dimengerti oleh pasien. Pasien dapat memberikan/menolak persetujuan khusus (*informed consent*) tersebut. (D,W) (lihat juga HPK 2.1; AP 6; AP 5.11 EP 2; PAP 3.3; PAB 3.3; PAB 4; PAB 7; dan MKE 9 EP 4)

### **Standar HPK 5.2**

Persetujuan khusus (*informed consent*) diberikan sebelum operasi, anestesi (termasuk sedasi), pemakaian darah dan produk darah, tindakan dan prosedur, serta pengobatan lain dengan risiko tinggi yang ditetapkan oleh regulasi rumah sakit.

### **Maksud dan Tujuan HPK 5.2**

Jika rencana asuhan termasuk prosedur bedah atau invasif, anestesi (termasuk sedasi), pemakaian darah dan produk darah, atau tindakan serta prosedur lain, dan pengobatan dengan risiko tinggi maka persetujuan khusus (*informed consent*) diminta secara terpisah (lihat juga PAB 3.3 EP 1 dan PAB 7.1). Tidak semua tindakan dan prosedur memerlukan persetujuan khusus (*informed consent*) dan umah sakit membuat daftar tindakan sebagaimana yang disebut di atas.

Rumah sakit melatih staf untuk memastikan proses untuk memberikan persetujuan khusus (*informed consent*) dilakukan dengan benar. Daftar disusun oleh dokter serta PPA lainnya yang melakukan tindakan dan prosedur secara kolaboratif. Daftar juga memuat prosedur serta tindakan yang dilakukan di unit rawat jalan dan rawat inap.

### **Elemen Penilaian HPK 5.2**

1. Ada regulasi tentang persetujuan khusus (*informed consent*) yang harus diperoleh sebelum operasi atau prosedur invasif, sebelum anestesi (termasuk sedasi), pemakaian darah dan produk darah, serta pengobatan risiko tinggi lainnya. (R)
2. Ada bukti pelaksanaan tentang persetujuan khusus (*informed consent*) yang harus diperoleh sebelum operasi atau prosedur invasif, sebelum anestesi (termasuk sedasi), pemakaian darah dan produk darah, serta pengobatan risiko tinggi lainnya. (D, W)
3. umah sakit menyusun daftar semua pengobatan/tindakan/prosedur yang memerlukan persetujuan khusus (*informed consent*). (D,W)
4. Identitas DPJP dan orang yang membantu memberikan informasi kepada pasien serta keluarga dicatat di rekam medik pasien. (D,W)

### **Standar HPK 5.3**

Rumah sakit menetapkan proses dalam konteks peraturan perundang-undangan siapa pengganti pasien yang dapat memberikan persetujuan dalam persetujuan khusus (*informed consent*) bila pasien tidak kompeten.

### **Maksud dan Tujuan HPK 5.3**

Persetujuan khusus (*informed consent*) kadang-kadang membutuhkan orang (atau tambahan) selain pasien yang terlibat dalam keputusan tentang asuhan pasien. Dalam hal ini adalah pasien belum dewasa/anak-anak, mengidap gangguan mental, retardasi mental, gangguan komunikasi karena mereka tidak mempunyai kemampuan untuk mengambil keputusan, dan lainnya. Jika pasien tidak mampu membuat keputusan tentang asuhannya maka pengganti ditetapkan untuk memberi

persetujuan. Jika orang lain sebagai pengganti yang memberi persetujuan maka harus sesuai dengan peraturan perundang-undangan, nama orang ini dicatat di rekam medik pasien.

### **Elemen Penilaian HPK 5.3**

1. Ada regulasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang menetapkan proses dan siapa yang menandatangani persetujuan khusus (*informed consent*) bila pasien tidak kompeten. (R)
2. Rumah sakit menetapkan dan melaksanakan proses apabila orang lain yang memberi persetujuan khusus (*informed consent*). (D,W)
3. Nama orang yang menggantikan pemberi persetujuan dalam persetujuan khusus (*informed consent*) sesuai dengan peraturan perundang-undangan tercatat di rekam medik. (D,W)

## **PENELITIAN, DONASI, DAN TRANSPLANTASI ORGAN**

### **Standar HPK 6**

Pimpinan rumah sakit bertanggung jawab untuk melindungi manusia/pasien sebagai subjek penelitian.

### **Standar HPK 6.1**

Rumah sakit mematuhi semua peraturan dan persyaratan penelitian/kode etik profesi serta kode etik penelitian dan menyediakan sumber daya yang layak agar program penelitian dapat berjalan dengan efektif.

### **Maksud dan Tujuan HPK 6 dan HPK 6.1**

Penelitian dengan subjek manusia/pasien merupakan suatu upaya yang kompleks dan bermakna penting bagi sebuah rumah sakit. Pimpinan rumah sakit mengetahui tingkat komitmen yang dibutuhkan dan keterlibatan personal yang diperlukan untuk menjawab pertanyaan ilmiah dan melindungi manusia/pasien karena komitmen terhadap pasien tersebut adalah mendiagnosis dan mengobatinya.

Komitmen para kepala unit pelayanan terhadap penelitian dengan subjek manusia/pasien tidak dapat dipisahkan dari komitmen mereka terhadap pelayanan pasien dan komitmen ini terintegrasi pada semua tingkat. Oleh sebab itu, pertimbangan etika, komunikasi yang baik, ketaatan terhadap peraturan perundang-undangan, serta ketersediaan sumber daya finansial dan nonfinansial merupakan komponen dari komitmen ini. Salah satu sumber daya adalah penjaminan asuransi yang baik untuk pasien yang mengalami kejadian yang tidak diharapkan akibat protokol penelitian.

Pimpinan rumah sakit memahami kewajibannya untuk melindungi manusia/pasien. Pimpinan rumah sakit mengetahui mengenai, serta mentaati sumber peraturan dan

standar profesi yang spesifik untuk penelitian/uji klinis (*clinical trial*), seperti standar *International Conference on Harmonisation (ICH)/World Health Organization (WHO)/Good Clinical Practice (GCP)*, dll.

### **Elemen Penilaian HPK 6**

1. Ada regulasi yang menetapkan pimpinan rumah sakit bertanggung jawab atas perlindungan terhadap pasien yang menjadi subjek peserta penelitian, mempromosikan kode etik dan perilaku profesional, serta mendorong kepatuhan terhadap kode etik profesi dan perilaku profesional termasuk dalam penelitian serta menyediakan sumber daya yang layak agar program penelitian berjalan dengan efektif. (R)
2. Pimpinan rumah sakit secara lisan dan tertulis mengomunikasikan ke seluruh staf rumah sakit mengenai komitmen mereka untuk melindungi manusia/pasien sebagai subjek peserta penelitian dan mendukung perilaku yang sesuai dengan kode etik profesi/penelitian. (lihat juga TKRS 12). (D,O,W)
3. Pimpinan rumah sakit menentukan komite yang bertanggung jawab atas kesinambungan perkembangan dan kepatuhan terhadap semua peraturan perundang-undangan serta regulasi rumah sakit tentang penelitian yang menggunakan manusia sebagai subjek. (D,W)

### **Elemen Penilaian HPK 6.1**

1. Ada regulasi bahwa pimpinan rumah sakit bersama komite memahami dan menyusun mekanisme untuk memastikan ketaatan terhadap semua peraturan perundang-undangan dan persyaratan profesi yang berkaitan dengan penelitian. (R)
2. Pimpinan rumah sakit dan komite memiliki proses penyusunan anggaran untuk menyediakan sumber daya yang adekuat agar program penelitian berjalan efektif. (D,W)
3. Pimpinan rumah sakit menyediakan atau memastikan terdapat jaminan asuransi yang adekuat untuk menanggung pasien yang berpartisipasi dalam uji klinis yang mengalami kejadian yang tidak diharapkan (*adverse event*). (D,W)

### **Standar HPK 6.2**

Rumah sakit memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarganya tentang bagaimana cara mendapatkan akses untuk penelitian/uji klinis (*clinical trial*) yang melibatkan manusia sebagai subjek.

### **Maksud dan Tujuan HPK 6.2**

Rumah sakit yang melakukan penelitian/uji klinis (*clinical trial*) yang melibatkan manusia sebagai subjek menyediakan keterangan kepada pasien dan keluarganya tentang bagaimana cara mendapatkan akses aktivitas tersebut bila relevan dengan kebutuhan pengobatannya. Bila pasien diminta untuk berpartisipasi, mereka memerlukan penjelasan yang dapat dijadikan dasar untuk mengambil keputusan mereka. Informasi tersebut meliputi

1. manfaat yang diharapkan;
2. kemungkinan/potensi ketidaknyamanan dan risiko;
3. alternatif yang dapat menolong mereka;
4. prosedur yang harus diikuti.

Pasien diberikan penjelasan bahwa mereka dapat menolak untuk berpartisipasi atau mengundurkan diri sewaktu-waktu dan penolakan atau pengunduran diri tersebut tidak akan menutup akses mereka terhadap pelayanan rumah sakit.

Rumah sakit mempunyai kebijakan dan prosedur untuk memberikan informasi tentang hal ini kepada pasien dan keluarganya.

### **Elemen Penilaian HPK 6.2**

1. Ada regulasi yang mengarahkan informasi dan proses pengambilan keputusan untuk penelitian/uji klinis (*clinical trial*), serta pasien dan keluarganya yang tepat diidentifikasi dan diberi informasi tentang bagaimana cara mendapatkan akses ke penelitian/uji klinis (*clinical trial*) yang relevan dengan kebutuhan pengobatan mereka. (R)
2. Pasien yang diminta untuk berpartisipasi diberikan penjelasan tentang manfaat yang diharapkan. (D,W)
3. Pasien yang diminta untuk berpartisipasi diberikan penjelasan tentang potensi ketidaknyamanan dan risiko. (D,W)
4. Pasien yang diminta untuk berpartisipasi diberi penjelasan tentang alternatif yang dapat menolong mereka. (D,W)
5. Pasien yang diminta untuk berpartisipasi, kepadanya diberikan penjelasan tentang prosedur yang harus diikuti. (D,W)
6. Pasien diyakinkan bahwa penolakan untuk berpartisipasi atau pengunduran diri dari partisipasi tidak memengaruhi akses mereka terhadap pelayanan rumah sakit. (D,W)

### **Standar HPK 6.3**

Rumah sakit harus memberi penjelasan kepada pasien dan keluarganya tentang bagaimana pasien ikut berpartisipasi dalam penelitian/uji klinis (*clinical trial*) mendapatkan perlindungan.

### **Maksud dan Tujuan HPK 6.3**

Rumah sakit yang melaksanakan penelitian/uji klinis (*clinical trial*) yang melibatkan manusia sebagai subjek penelitian memahami bahwa tanggung jawab utama adalah kesehatan dan keselamatan pasien.

Rumah sakit memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarganya sebelumnya mengenai proses yang baku untuk

- 1) menelaah protokol penelitian;
- 2) menimbang risiko dan manfaat yang relatif bagi para peserta;
- 3) mendapatkan surat persetujuan dari manusia/pasien sebagai subjek penelitian;

- 4) mengundurkan diri dari keikutsertaan sewaktu-waktu;
- 5) informasi ini dikomunikasikan kepada manusia/pasien dan keluarga untuk membantu pengambilan keputusan terkait partisipasi mereka dalam penelitian.

### **Elemen Penilaian HPK 6.3**

1. Pasien serta keluarganya diberikan penjelasan tentang prosedur rumah sakit untuk menelaah protokol penelitian. (D,W)
2. Pasien serta keluarganya diberikan penjelasan tentang prosedur rumah sakit untuk menimbang manfaat dan risiko bagi peserta. (D,W)
3. Pasien serta keluarganya diberikan penjelasan tentang prosedur rumah sakit untuk mendapatkan persetujuan. (D,W)
4. Pasien serta keluarganya diberikan penjelasan tentang prosedur rumah sakit untuk mengundurkan diri dari keikutsertaan dalam penelitian. (D,W)

### **Standar HPK 6.4**

Persetujuan khusus (*informed consent*) penelitian diperoleh sebelum pasien berpartisipasi dalam penelitian/uji klinis (*clinical trial*).

### **Maksud dan Tujuan HPK 6.4**

Pasien atau keluarganya harus memberikan persetujuan khusus (*informed consent*) penelitian bila memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian/uji klinis (*clinical trial*). Informasi yang diberikan pada saat mengambil keputusan untuk ikut berpartisipasi mendasari persetujuan atau penolakan keterlibatan dalam penelitian. (lihat juga HPK 5.1 dalam maksud dan tujuan). Petugas yang memberikan penjelasan dan mendapatkan persetujuan dicatat dalam rekam medis pasien.

### **Elemen Penilaian HPK 6.4**

1. Ada regulasi tentang persetujuan yang didokumentasikan dalam rekam medis pasien disertai tanda tangan persetujuan. (R)
2. Persetujuan khusus (*informed consent*) penelitian diperoleh saat pasien memutuskan ikut serta dalam penelitian/uji klinis (*clinical trial*). (D,W)
3. Keputusan persetujuan khusus (*informed consent*) penelitian didokumentasikan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (D,W)
4. Identitas petugas yang memberikan penjelasan untuk mendapatkan persetujuan dicatat dalam rekam medis pasien. (D,W)

### **Standar HPK 7**

Rumah sakit mempunyai sebuah komite etik penelitian untuk melakukan pengawasan atas semua penelitian di rumah sakit tersebut yang melibatkan manusia/pasien sebagai subjeknya.

### **Maksud dan Tujuan HPK 7**

Bila rumah sakit melakukan penelitian/uji klinis (*clinical trial*) yang melibatkan manusia/pasien sebagai subjeknya, perlu ditetapkan sebuah komite yang melakukan pengawasan atas seluruh kegiatan tersebut. Rumah sakit membuat pernyataan tentang maksud pengawasan kegiatan tersebut. Pengawasan atas kegiatan tersebut termasuk penelaahan prosedur seluruh protokol penelitian, prosedur untuk menimbang risiko dan manfaat yang relatif bagi subjek, serta prosedur yang terkait dengan kerahasiaan dan keamanan atas informasi penelitian dan pengawasan terhadap pelaksanaan penelitian.

### **Elemen Penilaian HPK 7**

1. Ada komite atau mekanisme lain yang ditetapkan oleh rumah sakit yang melibatkan perwakilan masyarakat untuk mengawasi seluruh kegiatan penelitian di rumah sakit, termasuk pernyataan yang jelas mengenai maksud dari pengawasan kegiatan. (R)
2. Kegiatan pengawasan tersebut mencakup penelaahan prosedur. (D,W)
3. Kegiatan pengawasan tersebut mencakup prosedur untuk menimbang risiko dan manfaat yang relatif bagi subjek. (D,W)
4. Kegiatan pengawasan tersebut mencakup prosedur menjaga kerahasiaan dan keamanan informasi penelitian. (D,W)
5. Kegiatan meliputi pengawasan saat pelaksanaan penelitian. (D,W)

### **DONASI ORGAN**

Catatan: standar-standar berikut dimaksudkan untuk digunakan bila transplantasi organ atau jaringan tidak dilakukan, namun saat pasien meminta informasi mengenai donasi organ atau jaringan.

### **Standar HPK 8**

Rumah sakit memberi informasi pada pasien serta keluarga tentang bagaimana memilih untuk mendonorkan organ dan jaringan lainnya.

### **Standar HPK 8.1**

Rumah sakit menetapkan kebijakan dan prosedur untuk melakukan pengawasan terhadap proses kemungkinan terjadi jual beli organ dan jaringan.

### **Maksud dan Tujuan HPK 8 dan HPK 8.1**

Kelangkaan organ tubuh yang tersedia untuk transplantasi mendorong banyak negara menetapkan sistem dan prosedur untuk meningkatkan persediaan. Persetujuan secara tegas diperlukan untuk donasi organ. Rumah sakit bertanggung jawab untuk menentukan proses mendapatkan dan mencatat persetujuan donasi sel, jaringan, organ terkait standar etika internasional dan cara pengelolaan penyediaan organ.

Rumah sakit bertanggung jawab untuk memastikan tersedia pengawasan untuk mencegah pasien merasa dipaksa memberikan donasi.

Rumah sakit mendukung pilihan pasien serta keluarga melakukan donasi organ dan jaringan lain untuk riset dan atau transplantasi. Informasi diberikan kepada pasien serta keluarga tentang proses donasi dan ketentuan pengadaan organ yang dikelola untuk memenuhi kebutuhan masyarakat, daerah, atau negara.

Kelangkaan organ untuk transplantasi menghasilkan praktik-praktik penyediaan dan transplantasi organ yang dipertanyakan. Praktik membujuk orang-orang atau kelompok rentan (seperti buta huruf, miskin, imigran gelap, narapidana, serta pelarian politik atau ekonomi) untuk menjadi donor hidup, *organ trafficking* (pembelian dan penjualan organ di perdagangan gelap), pengambilan organ tanpa persetujuan (*consent*) dari orang mati atau orang yang dieksekusi mati adalah bertentangan dengan upaya menjamin keamanan donor dan resipien organ.

Pengawasan terhadap proses pengadaan organ atau jaringan termasuk menentukan proses donasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, menghormati agama dan budaya masyarakat, memastikan ada praktik etika, dan persetujuan (*consent*). Staf rumah sakit dilatih tentang proses memperoleh donasi untuk membantu pasien dan keluarga membuat pilihan. Staf juga dilatih mengenai kekhawatiran dan isu terkait donasi organ. Rumah sakit bekerja sama dengan rumah sakit lain dan perkumpulan perkumpulan yang bertanggungjawab sepenuhnya atau sebagian mengenai penyediaan, *banking*, pengangkutan, atau proses transplantasi.

### **Elemen Penilaian HPK 8**

1. Ada regulasi yang mendukung pasien serta keluarga untuk memberikan donasi organ atau jaringan lain sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (R)
2. Rumah sakit memberi informasi kepada pasien dan keluarga tentang proses donasi sesuai dengan regulasi. (D,W)
3. Rumah sakit memberi informasi kepada pasien dan keluarga tentang organisasi penyediaan organ sesuai rdengan egulasi. (D,W)
4. Rumah sakit memastikan terselenggaranya pengawasan yang cukup untuk mencegah pasien merasa dipaksa untuk donasi sesuai dengan regulasi. (D,W)

### **Elemen Penilaian HPK 8.1**

1. Ada regulasi yang menetapkan proses donasi organ dan jaringan serta memastikan bahwa proses sesuai dengan peraturan perundang-undangan, agama, dan nilai-nilai budaya setempat. (R)
2. Rumah sakit menetapkan proses untuk mendapatkan persetujuan sesuai dengan regulasi. (D,W)
3. Staf dilatih tentang isu dan masalah terkini terkait dengan donasi organ dan tersedianya tranplantasi. (D,W)

4. Rumah sakit bekerja sama dengan rumah sakit lain dan perkumpulan di masyarakat untuk menghargai serta melaksanakan pilihannya melakukan donasi. (D,W)

### **Standar HPK 8.2**

Rumah sakit menyediakan pengawasan terhadap pengambilan serta ransplantasi organ dan jaringan.

### **Maksud dan Tujuan HPK 8.2**

Kebijakan tersebut konsisten dengan peraturan perundang-undangan dan menghormati agama, keyakinan, dan nilai-nilai budaya yang dianut masyarakat. Staf rumah sakit dilatih dalam pelaksanaan kebijakan dan prosedur untuk mendukung pilihan pasien serta keluarganya. Staf rumah sakit juga dilatih dalam persoalan dan isu kontemporer yang berkaitan dengan donasi organ serta ketersediaan transplantasi seperti informasi tentang kurang tersedianya organ dan jaringan, jual beli organ manusia di pasar gelap, pengambilan jaringan tubuh tanpa persetujuan dari narapidana yang dihukum mati, atau dari pasien yang meninggal. Rumah sakit bertanggung jawab untuk memastikan bahwa persetujuan yang sah diterima dari donor hidup dan ada pengendalian yang memadai dalam mencegah pasien merasa tertekan untuk menjadi donor.

Rumah sakit bekerjasama dengan rumah sakit lain dan badan-badan dalam masyarakat yang bertanggung jawab terhadap seluruh atau sebagian dan proses mendapatkan organ, bank organ, serta transportasi atau proses transplantasi.

### **Elemen Penilaian HPK 8.2**

1. Ada regulasi yang menjadi acuan untuk pengawasan proses dalam mendapatkan dan mendonasi organ atau jaringan serta proses transplantasi. (R)
2. Staf dilatih untuk regulasi tersebut. (D,W)
3. Staf dilatih mengenai isu dan persoalan tentang donasi organ dan ketersediaan transplan. (D,W)
4. Rumah sakit mendapat persetujuan dari donor hidup. (D,W)

## **BAB 3**

### **ASESMEN PASIEN (AP)**

#### **GAMBARAN UMUM**

Tujuan asesmen pasien yang efektif akan menghasilkan keputusan tentang kebutuhan asuhan, pengobatan pasien yang harus segera dilakukan dan pengobatan berkelanjutan untuk emergensi, elektif atau pelayanan terencana, bahkan ketika kondisi pasien berubah. Proses asesmen pasien adalah proses yang terus menerus dan dinamis yang digunakan pada sebagian besar unit kerja rawat inap dan rawat jalan.

Asuhan pasien di rumah sakit diberikan dan dilaksanakan berdasarkan konsep Pelayanan berfokus pada pasien (Patient/Person Centered Care).

Pola ini dipayungi oleh konsep WHO: *Conceptual framework integrated people-centred health services. (WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026, July 2015).*

Penerapan konsep pelayanan berfokus pada pasien adalah dalam bentuk Asuhan Pasien Terintegrasi yang bersifat integrasi horizontal dan vertikal dengan elemen:

- Dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) sebagai ketua tim asuhan /*Clinical Leader*
- Profesional Pemberi Asuhan bekerja sebagai tim intra- dan inter-disiplin dengan kolaborasi interprofesional, dibantu antara lain dengan Panduan Praktik Klinis (PPK), Panduan Asuhan PPA lainnya, Alur Klinis/*Clinical Pathway* terintegrasi, Algoritme, Protokol, Prosedur, *Standing Order* dan CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi)
- Manajer Pelayanan Pasien/ Case Manager
- Keterlibatan dan pemberdayaan pasien dan keluarga .

Asesmen pasien terdiri atas 3 proses utama dengan metode IAR:

1. Mengumpulkan informasi dari data keadaan fisik, psikologis, sosial, kultur, spiritual dan riwayat kesehatan pasien (I - informasi dikumpulkan).
2. Analisis informasi dan data, termasuk hasil laboratorium dan radiologi diagnostik imaging untuk mengidentifikasi kebutuhan pelayanan kesehatan pasien. (A - analisis data dan informasi)

3. Membuat rencana pelayanan untuk memenuhi semua kebutuhan pasien yang telah diidentifikasi. (R - rencana disusun) .

Asesmen harus memperhatikan kondisi pasien, umur, kebutuhan kesehatan, dan permintaan atau preferensinya. Kegiatan asesmen pasien dapat bervariasi sesuai dengan tempat pelayanan.

Asesmen ulang harus dilakukan selama asuhan, pengobatan dan pelayanan untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien. Asesmen ulang adalah penting untuk memahami respons pasien terhadap pemberian asuhan, pengobatan dan pelayanan, serta juga penting untuk menetapkan apakah keputusan asuhan memadai dan efektif.

Proses-proses ini paling efektif dilaksanakan bila berbagai profesional kesehatan yang bertanggung jawab atas pasien bekerja sama.

## **STANDAR, MAKSUD DAN TUJUAN, SERTA ELEMEN PENILAIAN**

### **Standar AP.1**

Rumah sakit menentukan isi, jumlah dan jenis asesmen awal pada disiplin medis dan keperawatan yang meliputi pemeriksaan fisik, riwayat kesehatan, pengkajian pasien dari aspek biologis, psikologis, sosial, ekonomi, kultural dan spiritual pasien.

#### **Standar AP.1.1**

Asesmen awal masing-masing pasien rawat inap meliputi pemeriksaan fisik, riwayat kesehatan, pengkajian pasien dari aspek biologis, psikologis, sosial, ekonomi, kultural dan spiritual pasien.

#### **Standar AP.1.2**

Asesmen awal masing-masing pasien rawat jalan meliputi pemeriksaan fisik, riwayat kesehatan, pengkajian pasien dari aspek biologis, psikologis, sosial, ekonomi, kultural dan spiritual pasien.

#### **Standar AP.1.3**

Asesmen awal masing-masing pasien gawat darurat meliputi pemeriksaan fisik, riwayat kesehatan, pengkajian pasien dari aspek biologis, psikologis, sosial, ekonomi, kultural dan spiritual pasien.

### **Maksud dan Tujuan AP.1, AP 1.1, AP 1.2 dan AP 1.3**

Asesmen yang efektif menghasilkan keputusan tentang tindakan segera dan berkelanjutan yang dibutuhkan pasien untuk tindakan darurat, asuhan terencana, bahkan jika kondisi pasien berubah. Asesmen pasien merupakan proses

berkelanjutan, dinamis dan dikerjakan di instalasi / unit gawat darurat, rawat jalan, rawat inap, dan unit pelayanan lainnya. Asesmen pasien terdiri dari 3 proses utama dengan metode IAR:

- a. Mengumpulkan data dan informasi (huruf I) tentang hal-hal sesuai dengan, tersebut dibawah. **Pada SOAP adalah S–Subyektif dan O-Obyektif.**
- b. Analisis data dan informasi (huruf A) , yaitu melakukan analisis terhadap informasi yang menghasilkan diagnosis, masalah, dan kondisi, untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien. **Pada SOAP adalah A-Asesmen.**
- c. Membuat Rencana (huruf R), yaitu menyusun solusi untuk mengatasi / memperbaiki kelainan kesehatan sesuai butir b . Pelaksanaan R adalah untuk memenuhi kebutuhan pasien yang telah teridentifikasi. **Pada SOAP adalah P–Plan.**

Isi minimal asesmen awal antara lain :

- d. status fisik,
- e. psiko-sosio-spiritual,
- f. ekonomi
- g. riwayat kesehatan pasien.
- h. riwayat alergi,
- i. asesmen nyeri,
- j. risiko jatuh,
- k. asesmen fungsional,
- l. risiko nutrisi,
- m. kebutuhan edukasi ,
- n. Perencanaan Pemulangan Pasien (*Discharge Planning*)

Jika pasien sudah terdaftar atau diterima di rumah sakit untuk asuhan rawat inap dan atau rawat jalan, sebuah asesmen lengkap perlu dilakukan terkait alasan pasien datang di rumah sakit mengacu kepada butir-butir isi minimal asesmen awal. Informasi spesifik yang dibutuhkan rumah sakit pada tahap ini, prosedur yang dilakukan padanya, tergantung kebutuhan pasien dan dimana asuhan diberikan (misalnya, asuhan rawat inap atau rawat jalan). Rumah sakit menetapkan regulasi proses asesmen dan pendokumentasiannya di rekam medis (lihat juga, ARK.1).

Untuk melakukan asesmen pasien secara efektif, rumah sakit menentukan regulasi, isi minimal asesmen yang harus dilakukan oleh dokter, perawat dan professional pemberi asuhan lainnya. Asesmen dilakukan oleh disiplin klinis sesuai kebutuhan. Asesmen hanya dilakukan oleh orang yang kompeten dan diberi kewenangan sesuai peraturan perundang-undangan. Seluruh hasil asesmen itu harus ada sebelum dilakukan pengobatan.

Asesmen awal seorang pasien, rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat merupakan proses yang penting untuk identifikasi kebutuhan pasien untuk memulai proses asuhan pasien. Proses asesmen awal memberikan informasi perihal:

- Pemahaman asuhan yang diinginkan oleh pasien
- Pemilihan asuhan paling baik untuk pasien
- Diagnosis awal, dan
- Pemahaman respons pasien terhadap asuhan sebelumnya

Untuk mendapatkan informasi ini, asesmen awal melakukan evaluasi kondisi pasien melalui pemeriksaan fisik dan riwayat kesehatannya. Asesmen psikologis menentukan status emosional pasien (misalnya, jika pasien depresi, takut jiwanya terancam, suka berkelahi, membahayakan diri sendiri atau orang lain).

Mengumpulkan informasi tentang pasien tidak bermaksud “menggolongkan” pasien kedalam “satu golongan tertentu”. Tetapi status sosial, kultur, spiritual, ekonomi, dari pasien merupakan faktor penting yang dapat berpengaruh terhadap respons pasien terhadap penyakit dan tindakan pengobatan.

Keluarga akan membantu dalam proses asesmen dan untuk memahami keinginan pasien dan pilihannya dari proses asesmen. Faktor ekonomi dikaji sebagai bagian asesmen sosial, atau asesmen ekonomi terpisah jika pasien dan keluarganya bertanggung jawab terhadap semua atau sebagian biaya asuhan selama dirawat atau sesudah keluar rumah sakit. Banyak profesional pemberi asuhan (PPA) yang kompeten dan diberi kewenangan yang berbeda-beda terlibat dalam asesmen pasien. Faktor terpenting adalah asesmen dilakukan lengkap dan tersedia bagi mereka yang bekerja untuk memberikan asuhan (lihat juga, ARK.3).

Asesmen sangat bermanfaat jika mempertimbangkan kondisi, umur, kebutuhan kesehatan, termasuk permintaan keinginan pasien. Proses akan dilaksanakan sangat efektif jika berbagai profesional pemberi asuhan (PPA) yang bertanggung jawab terhadap asuhan pasien berkerja sama (lihat juga, ARK 3.)

Untuk asesmen keperawatan rawat jalan, rumah sakit dapat mempolakan pelaksanaan asesmen tersebut secara sentral, yang terbagi sesuai kebutuhan (keperawatan dewasa, keperawatan anak, keperawatan bedah, keperawatan maternitas dsb).

Pada rawat jalan, asesmen awal dilakukan pada pasien baru, pasien dengan diagnosis baru, pasien dengan diagnosis yang sama pada kunjungan kedua yang jarak waktunya lama, sesuai regulasi rumah sakit lebih dari satu bulan pada diagnosis akut, atau misalnya tiga bulan pada penyakit yang kronis.

### **Elemen Penilaian AP.1**

1. Rumah sakit menentukan isi, jumlah, dan jenis asesmen awal pada disiplin medis dan keperawatan sesuai d) sampai dengan n) di maksud dan tujuan. (R)
2. Ada bukti pelaksanaan isi, jumlah dan jenis asesmen awal disiplin medis. (D,W )
3. Ada bukti pelaksanaan isi, jumlah dan jenis asesmen awal disiplin keperawatan. (D,W)
4. Ada bukti keterlibatan keluarga dalam melengkapi asesmen awal (lihat HPK 2 EP1). ( D,W )

### **Elemen Penilaian AP.1.1**

1. Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien rawat inap meliputi riwayat kesehatan pasien dan pemeriksaan fisik (D,W)
2. Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien rawat inap meliputi faktor bio-psiko-sosio-kultural-spiritual. (D,W)
3. Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien rawat inap menghasilkan diagnosis awal dan masalah kesehatan pasien (lihat juga ARK 3). (D,W)
4. Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien rawat inap harus selesai dalam waktu 24 jam atau lebih cepat sesuai dengan kondisi pasien. (D,W)
5. Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien rawat inap menghasilkan rencana asuhan (D,W)

### **Elemen Penilaian AP.1.2**

1. Rumah sakit menetapkan kerangka waktu penyelesaian asesmen awal pasien rawat jalan. (R)
2. Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien rawat jalan meliputi riwayat kesehatan pasien dan pemeriksaan fisik. (D,W)
3. Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien rawat jalan meliputi faktor bio-psiko-sosio-kultural-spiritual. (D,W)
4. Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien rawat jalan menghasilkan diagnosis awal dan masalah kesehatan pasien (lihat juga ARK 3). (D,W)

5. Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien rawat jalan menghasilkan rencana asuhan. (D,W)
6. Ada bukti pelaksanaan pasien rawat jalan dengan penyakit akut /non kronis, asesmen awal diperbaharui setelah 1 (satu) bulan. (D,W)
7. Ada bukti pelaksanaan pasien rawat jalan dengan penyakit kronis, asesmen awal diperbaharui setelah 3 (tiga) bulan. (D,W)

### **Elemen Penilaian AP.1.3**

1. Rumah sakit menetapkan kerangka waktu penyelesaian asesmen awal pasien gawat darurat. (R)
2. Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien gawat darurat meliputi riwayat kesehatan pasien dan pemeriksaan fisik. (D,W)
3. Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien gawat darurat meliputi faktor bio-psiko-sosio-kultural-spiritual berfokus pada kondisi pasien. (D,W)
4. Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien gawat darurat menghasilkan diagnosis awal dan masalah kesehatan pasien (lihat juga ARK 3). (D,W)
5. Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien gawat darurat menghasilkan rencana asuhan (D,W)

### **Standar AP.1.4**

Asesmen awal pasien mencakup juga skrining status nutrisi, kebutuhan fungsional, dan kebutuhan khusus lainnya, kemudian dirujuk untuk asesmen dan tindakan lebih lanjut jika perlu.

#### **Standar AP.1.4.1**

Asesmen awal pasien mencakup juga kebutuhan fungsional, termasuk risiko jatuh, kemudian dirujuk untuk asesmen dan tindakan lebih lanjut jika perlu.

#### **Maksud dan Tujuan AP.1.4 dan AP.1.4.1**

Informasi yang diperoleh pada asesmen awal medis dan atau asesmen awal keperawatan, dapat menunjukkan kebutuhan asesmen lebih lanjut atau lebih mendalam tentang status nutrisi (antara lain metode MST- Malnutrition Screening Tools), fungsional (antara lain: dengan metode Barthel Index) termasuk risiko pasien jatuh (lihat juga, SKP.6).

Asesmen lebih mendalam dibutuhkan untuk identifikasi pasien yang memerlukan intervensi nutrisi, layanan rehabilitasi atau layanan lain terkait kemampuan untuk

berfungsi mandiri. Secara umum seleksi dilakukan melalui evaluasi sangat sederhana, mendalam terhadap pasien untuk menentukan apakah pasien menunjukkan gejala sebagai sebuah risiko yang kemudian dibutuhkan asesmen lebih lanjut secara mendalam. Misalnya, asesmen awal keperawatan memuat kriteria dasar untuk menyaring status nutrisional, seperti ada lima atau enam pertanyaan sederhana yang menghasilkan skor angka terkait dengan *intake* makanan yang menurun, berat badan menurun selama 3 bulan yang lalu, mobilitas dan lain sebagainya.

Jumlah angka (skor) akan menunjukkan risiko nutrisional pasien yang membutuhkan asesmen nutrisional lebih lanjut secara.

Pada setiap kasus, kriteria pemeriksaan digunakan oleh staf yang kompeten dan diberi kewenangan yang mampu melakukan asesmen lebih lanjut, jika perlu, memberikan pelayanan yang diperlukan. Misalnya, kriteria pemeriksaan risiko nutrisional dibuat oleh perawat yang menggunakan kriteria, dietisien yang memberi saran intervensi diet, dan nutrisionalis yang akan mengintegrasikan kebutuhan nutrisi dengan kebutuhan lain pasien.

Informasi yang dikumpulkan dalam asesmen awal medis dan keperawatan termasuk asesmen lain yang dibutuhkan antara lain untuk: gigi, pendengaran, penglihatan, dan sebagainya. Setelah pemulangan di rumah sakit dilanjutkan asuhan di komunitas.

#### **Elemen Penilaian 1.4.**

1. Rumah sakit menetapkan kriteria risiko nutrisional yang dikembangkan bersama staf yang kompeten dan berwenang. (R)
2. Pasien diskriming untuk risiko nutrisional sebagai bagian dari asesmen awal (lihat SKP 1 EP 4). (D,W)
3. Pasien dengan risiko nutrisional dilanjutkan dengan asesmen gizi. (D,W)

#### **Elemen Penilaian AP.1.4.1**

1. RS menetapkan kriteria asesmen kebutuhan fungsional dan risiko jatuh, yang dikembangkan bersama staf yang kompeten dan berwenang. (R)
2. Pasien diskriming untuk kebutuhan fungsional termasuk risiko jatuh (lihat juga SKP 6). (D,W)
3. Pasien dengan kebutuhan fungsional lanjutan termasuk risiko jatuh, memperoleh asuhan yang sesuai ketentuan RS. (D,W)

#### **Standar AP.1.5**

Semua pasien rawat inap dan rawat jalan diskriming terhadap nyeri dan jika ada nyeri dilakukan asesmen.

### **Maksud dan Tujuan AP.1.5**

Pada asesmen awal dan selama asesmen ulang prosedur skrining digunakan untuk mengidentifikasi pasien yang merasakan nyeri.

Contoh pertanyaan yang dapat dipakai pada skrining sebagai berikut:

- Apakah anda merasa sakit sekarang?
- Apakah rasa sakit anda menghalangi tidur malam anda?
- Apakah rasa sakit anda menghalangi anda beraktivitas?
- Apakah anda merasakan sakit setiap hari?

Jawaban positif dari pertanyaan pertanyaan ini menandakan ada kebutuhan dilakukan asesmen mendalam terhadap nyeri pasien. Cakupan tindakan berdasar asuhan dan pelayanan yang tersedia

Untuk pasien rawat inap, jika diketahui ada nyeri segera dilakukan asesmen lebih dalam. Asesmen ini disesuaikan dengan umur pasien dan mengukur intensitas dan kualitas rasa nyeri, seperti karakteristik rasa nyeri, frekuensi, lokasi dan lamanya. Informasi tambahan dapat diberikan seperti riwayat rasa nyeri, apa yang menyebabkan rasa nyeri berkurang atau bertambah, apa keinginan pasien untuk menghilangkan rasa nyeri, dan lain sebagainya (misalnya PQRST). Asesmen dicatat demikian rupa untuk memudahkan asesmen ulang rutin dan tindak lanjut sesuai kriteria yang ditetapkan rumah sakit dan kebutuhan pasien.

### **Elemen Penilaian AP.1.5**

1. Rumah sakit menetapkan regulasi pasien diskruining untuk rasa nyeri (lihat juga PAP.6, EP 1). (R)
2. Apabila diidentifikasi ada rasa nyeri pada asesmen awal, lakukan asesmen lebih mendalam, sesuai dengan umur pasien, dan pengukuran intensitas dan kualitas nyeri seperti karakter, kekerapan/frekuensi, lokasi dan lamanya (lihat juga PAP 6 EP 1). (D,W)
3. Asesmen dicatat sedemikian sehingga memfasilitasi asesmen ulangan yang teratur dan tindak lanjut sesuai kriteria yang dikembangkan oleh rumah sakit dan kebutuhan pasien. (D,W)

### **Standar AP.1.6**

Rumah sakit menetapkan regulasi tentang asesmen tambahan untuk populasi pasien tertentu.

### **Maksud dan Tujuan AP.1.6**

Asesmen tambahan untuk pasien tertentu atau untuk populasi pasien khusus mengharuskan proses asesmen perlu diubah. Tambahan ini disesuaikan dengan keunikan dan kebutuhan setiap populasi pasien tertentu. Setiap rumah sakit menentukan kelompok pasien khusus dan populasi pasien dan menyesuaikan proses asesmen untuk memenuhi kebutuhan khusus mereka.

Asesmen tambahan antara lain untuk:

- Neonatus
- Anak
- Remaja
- Obstetri/maternitas
- Geriatri
- Pasien dengan kebutuhan untuk P3(Perencanaan Pemulangan Pasien)
- Sakit terminal/menghadapi kematian
- Pasien dengan rasa sakit kronik atau nyeri (intense)
- Pasien dengan gangguan emosional atau pasien psikiatris
- Pasien kecanduan obat terlarang atau alkohol
- Korban kekerasan atau kesewenangan
- Pasien dengan penyakit menular atau infeksius
- Pasien yang menerima kemoterapi atau terapi radiasi
- Pasien dengan sistem imunologi terganggu

Tambahan asesmen terhadap pasien ini memperhatikan kebutuhan dan kondisi mereka dalam kerangka kultural pasien. Proses asesmen disesuaikan dengan peraturan perundangan dan standar profesional

### **Elemen Penilaian AP.1.6**

1. Rumah sakit menetapkan regulasi tentang asesmen tambahan untuk populasi pasien tertentu (R)
2. Terhadap populasi pasien tersebut dilaksanakan asesmen tambahan sesuai regulasi rumah sakit. (D,W)

### **Standar AP.2**

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melakukan asesmen ulang bagi semua pasien dengan interval waktu berdasarkan kondisi, tindakan, untuk melihat respons pasien, dan kemudian dibuat rencana kelanjutan asuhan dan atau rencana pulang.

### **Standar AP.2.1**

Rumah sakit menetapkan regulasi hasil asesmen ulang dicatat di rekam medis dan didokumentasikan dengan baik dan dapat dengan cepat dan mudah ditemukan kembali dalam rekam medis.

### **Maksud dan Tujuan AP.2 dan AP.2.1**

Asesmen ulang oleh semua profesional pemberi asuhan (PPA) merupakan faktor penting untuk evaluasi terhadap keputusan tentang asuhannya sudah benar dan efektif. Dilakukan asesmen ulang dengan interval waktu yang didasarkan atas kebutuhan dan rencana asuhan, dan digunakan sebagai dasar rencana pulang pasien sesuai dengan regulasi rumah sakit. Hasil asesmen ulang dicatat di rekam medik pasien/CPPT sebagai informasi untuk di gunakan oleh semua profesional pemberi asuhan (PPA) (lihat juga, ARK.3).

Asesmen ulang oleh dokter penanggung jawab pemberi pelayanan (DPJP) memperhitungkan asuhan pasien selanjutnya. Seorang dokter penanggung jawab pemberi pelayanan (DPJP) melakukan asesmen terhadap pasien akut sekurang-kurangnya setiap hari, termasuk di akhir minggu /libur, dan jika ada perubahan penting kondisi pasien.

Asesmen ulang dilakukan dan dicatat di CPPT berbasis IAR dengan metode SOAP, gizi dapat dengan metode ADIME, dengan memperhatikan:

- Interval sepanjang asuhan pasien (contoh, perawat mencatat secara tetap, tanda-tanda vital (TTV), asesmen nyeri, detak jantung dan suara paru, sesuai kondisi pasien)
- Setiap hari oleh dokter penanggung jawab pemberi pelayanan (DPJP) terhadap pasien
- Sebagai respons terhadap perubahan penting kondisi pasien.
- Jika diagnosis pasien berubah dan dibutuhkan perubahan rencana asuhan
- Menentukan apakah pengobatan dan tindakan lain berhasil dan pasien dapat dipindah atau pulang

Temuan pada asesmen digunakan sepanjang proses pelayanan untuk mengevaluasi kemajuan pasien dan untuk memahami kebutuhan untuk asesmen ulang. Oleh karena itu sangat perlu bahwa asesmen medis, keperawatan dan asesmen profesional pemberi asuhan (PPA) lain yang berarti, dicatat dan didokumentasikan dengan baik

dan dapat dengan cepat dan mudah ditemukan kembali dalam rekam medis atau dari lokasi lain yang ditentukan standar dan digunakan oleh staf yang melayani pasien.

### **Elemen Penilaian AP.2**

1. Ada regulasi tentang asesmen ulang oleh dokter penanggung jawab pemberi pelayanan (DPJP), perawat dan profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya untuk evaluasi respons pasien terhadap asuhan yang diberikan sebagai tindak lanjut. (lihat juga, ARK 3, PAP.5; PAB.6.1; MPO.7) (R)
2. Ada bukti pelaksanaan asesmen ulang medis dilaksanakan minimal satu kali sehari, termasuk akhir minggu / libur untuk pasien akut (D,W)
3. Ada bukti pelaksanaan asesmen ulang oleh perawat minimal satu kali per shift atau sesuai dengan perubahan kondisi pasien. (D,W)
4. Ada bukti asesmen ulang oleh profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dilaksanakan dengan interval sesuai regulasi rumah sakit. (D,W)
5. Asesmen ulang dicatat di dokumen Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT). (D)

### **Elemen Penilaian AP.2.1**

1. Rumah sakit menetapkan pengaturan urutan penyimpanan lembar-lembar RM agar mudah dicari kembali diakses dan terstandar, profesional pemberi asuhan (PPA) dapat menemukan dan mencari kembali hasil asesmen di rekam medis. (Masukkan ke MIRM). (R)
2. Asesmen ulang dicatat di dokumen Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT). (D)

### **Standar AP.3**

Rumah sakit menetapkan regulasi tentang PPA yang kompeten dan diberi kewenangan melakukan asesmen awal dan asesmen ulang.

### **Maksud dan Tujuan AP.3**

Asesmen awal dan asesmen ulang pasien adalah proses penting/kritikal, memerlukan pendidikan khusus, pelatihan, pengetahuan dan keahlian bagi profesional pemberi asuhan (PPA) dan telah mendapatkan SPK dan RKK termasuk asesmen gawat darurat. Identifikasi bagi mereka yang memenuhi syarat melakukan asesmen dan tanggung jawabnya ditentukan secara tertulis. Asesmen dilakukan oleh setiap disiplin/profesional pemberi asuhan (PPA) dalam lingkup prakteknya, izin, peraturan perundangan, dan sertifikasi.

### **Elemen Penilaian AP.3**

1. Ada regulasi yang menetapkan profesional pemberi asuhan (PPA) yang kompeten dan berwenang melakukan asesmen awal, asesmen ulang dan asesmen gawat darurat. (R)
2. Asesmen awal, asesmen ulang dan asesmen gawat darurat hanya dilaksanakan oleh medis yang kompeten dan berwenang (D,W)
3. Asesmen awal, asesmen ulang dan asesmen gawat darurat hanya dilaksanakan oleh perawat yang kompeten dan berwenang. (D,W)
4. Asesmen awal, asesmen ulang dan asesmen gawat darurat hanya dilaksanakan oleh profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya yang kompeten dan berwenang. (D,W)

### **Standar AP.4**

Profesional Pemberi Asuhan (PPA) bekerja secara tim memberikan asuhan pasien terintegrasi, masing-masing melakukan asesmen berbasis pengumpulan Informasi, melakukan analisis untuk membuat rencana asuhan (IAR), dengan dokter penanggung jawab pemberi pelayanan (DPJP) sebagai ketua tim asuhan yang mengintegrasikan asuhan, termasuk menentukan prioritas kebutuhan mendesak bagi pasien rawat inap.

### **Maksud dan Tujuan AP.4**

Hasil asesmen pasien diintegrasikan sesuai konsep pelayanan berfokus pada pasien (PCC). Hasil asesmen yang terintegrasi menjadi dasar Asuhan Pasien Terintegrasi, baik yang bersifat integrasi horisontal maupun vertikal, dengan elemen:

- a) dokter penanggung jawab pemberi pelayanan (DPJP) sebagai ketua tim asuhan pasien (*Clinical Leader*)
- b) profesional pemberi asuhan (PPA) bekerja dalam tim interdisiplin dengan kolaborasi interprofesional, berdasarkan Standar Pelayanan Profesi masing-masing.
- c) manajer pelayanan pasien / *case manager* menjaga kesinambungan pelayanan
- d) proses asuhan melibatkan dan memberdayakan pasien dan keluarga. (lihat AP 4, PAP 2, PAP 5)
- e) perencanaan pemulangan pasien / *discharge planning* terintegrasi
- f) asuhan gizi terintegrasi (lihat PAP 5)

Banyak pasien mungkin menjalani berbagai bentuk asesmen diluar atau didalam rumah sakit oleh berbagai unit kerja. Hasilnya adalah, tersedia banyak bentuk informasi, hasil tes, data yang ada di rekam medis pasien. Akan bermanfaat bagi pasien jika profesional pemberi asuhan (PPA) yang bertanggung jawab terhadap pasien bekerja sama melakukan analisis (metode IAR) temuan asesmen dan menggabungkan informasi menjadi sebuah gambaran komprehensif kondisi pasien. Dari kolaborasi ini, kebutuhan pasien teridentifikasi, ditentukan urutan prioritas, dan keputusan tentang asuhan dibuat. Integrasi temuan akan memudahkan koordinasi asuhan pasien (lihat juga AP.2)

Proses bekerjasama adalah sederhana dan informal jika kebutuhan pasien tidak kompleks. Pertemuan resmi tim, rapat tentang pasien, ronde klinik, mungkin dibutuhkan dengan kebutuhan pasien yang kompleks atau dengan pasien yang kebutuhannya tidak jelas. Pasien, keluarga pasien dan lainnya, yang membuat keputusan atas nama pasien dilibatkan dalam proses membuat keputusan, jika perlu.

#### **Elemen Penilaian AP.4**

1. Ada bukti hasil asesmen awal dan asesmen ulang oleh masing-masing profesional pemberi asuhan (PPA) diintegrasikan. (D,W)
2. Ada bukti hasil asesmen dianalisis untuk membuat rencana asuhan. (D,W)
3. Berdasarkan hasil asesmen dan rencana asuhan profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya, dokter penanggung jawab pemberi pelayanan (DPJP) mengintegrasikan rencana asuhan dan tindak lanjutnya (lihat PAP 2.1 dan PAP 5). (D,W)

### **❖ PELAYANAN LABORATORIUM**

#### **Standar AP.5**

Pelayanan laboratorium tersedia untuk memenuhi kebutuhan pasien, dan semua pelayanan sesuai peraturan perundangan.

#### **Maksud dan Tujuan AP.5**

Rumah sakit mempunyai sistem untuk menyediakan pelayanan laboratorium, meliputi pelayanan patologi klinik, dapat juga tersedia patologi anatomi dan pelayanan laboratorium lainnya, yang dibutuhkan populasi pasiennya, dan kebutuhan profesional pemberi asuhan (PPA). Organisasi pelayanan laboratorium yang di bentuk dan diselenggarakan sesuai peraturan perundangan

Di rumah sakit dapat terbentuk pelayanan laboratorium utama (induk), dan juga pelayanan laboratorium lain, misalnya laboratorium Patologi Anatomi , laboratorium

mikrobiologi, termasuk pelayanan Tes di Ruang Rawat (TRR / *Point of Care Testing*) dsb, maka harus diatur secara organisatoris pelayanan laboratorium terintegrasi.

Pelayanan laboratorium, tersedia 24 jam termasuk pelayanan darurat, diberikan di dalam rumah sakit dan rujukan sesuai dengan peraturan perundangan. Rumah sakit dapat juga menunjuk dan menghubungi para spesialis di bidang diagnostik khusus, seperti parasitologi, virologi, atau toksikologi, jika perlu.

Rumah sakit memilih sumber dari luar ini berdasar rekomendasi dari pimpinan laboratorium di rumah sakit. Sumber dari luar tersebut dipilih oleh rumah sakit karena memenuhi peraturan perundangan dan mempunyai sertifikat mutu. Bila melakukan pemeriksaan rujukan keluar, harus melalui laboratorium RS.

### **Elemen Penilaian AP.5**

1. Ada regulasi tentang pengorganisasian dan pengaturan pelayanan laboratorium secara terintegrasi. (R)
2. Ada pelaksanaan pelayanan laboratorium tersedia 24 jam. (O,W)
3. Ada daftar spesialis dalam bidang diagnostik khusus yang dapat dihubungi jika dibutuhkan (W)
4. Ada bukti pemilihan laboratorium di luar rumah sakit (pihak ketiga) untuk kerjasama berdasarkan pada sertifikat mutu dan diikuti perjanjian kerjasama sesuai peraturan perundang-undangan. (D,W)
5. Ada bukti pelaksanaan rujukan laboratorium keluar rumah sakit (pihak ketiga) harus melalui laboratorium rumah sakit. (D,W)

### **Standar AP.5.1**

Rumah sakit menetapkan regulasi bahwa seorang (atau lebih) yang kompeten dan berwenang, bertanggung jawab mengelola pelayanan laboratorium.

### **Maksud dan Tujuan AP.5.1**

Pelayanan laboratorium berada dibawah pimpinan seorang atau lebih yang kompeten dan memenuhi persyaratan peraturan perundangan. Orang ini bertanggung jawab mengelola fasilitas dan pelayanan laboratorium, termasuk pemeriksaan yang dilakukan di tempat tidur pasien (*POCT - point-of-care testing*), juga tanggung jawabnya dalam melaksanakan regulasi rumah sakit secara konsisten, seperti pelatihan, manajemen logistik, dan lain sebagainya.

Sedangkan supervisi sehari-hari tetap dijalankan oleh pimpinan unit. Spesialisasi atau sub spesialisasi pelayanan laboratorium harus berada dibawah pengarahannya seorang profesional sesuai bidangnya.

Tanggung jawab penanggung jawab / koordinator pelayanan laboratorium,

- a) Menyusun dan evaluasi regulasi
- b) Terlaksananya pelayanan laboratorium sesuai regulasi
- c) Pengawasan pelaksanaan administrasi.
- d) Melaksanakan program kendali mutu. (PMI dan PME)
- e) Monitor dan evaluasi semua jenis pelayanan laboratorium.

### **Elemen Penilaian AP.5.1**

1. Rumah sakit menetapkan seorang (atau lebih) tenaga profesional untuk memimpin pelayanan laboratorium terintegrasi disertai uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang sesuai butir a) s/d e) dalam Maksud dan Tujuan. (R)
2. Ada bukti pelaksanaan penyusunan dan evaluasi regulasi. (D,W)
3. Ada bukti pelaksanaan pelayanan laboratorium sesuai regulasi. (D,W)
4. Ada bukti pengawasan pelaksanaan administrasi. (D,W)
5. Ada bukti pelaksanaan program kendali mutu. (D,W)
6. Ada bukti pelaksanaan monitoring dan evaluasi semua jenis pelayanan laboratorium. (D,W)

### **Standar AP.5.2**

Semua staf laboratorium mempunyai pendidikan, pelatihan, kualifikasi dan pengalaman yang dipersyaratkan untuk mengerjakan pemeriksaan.

### **Maksud dan Tujuan AP.5.2**

Syarat pendidikan, pelatihan, kualifikasi dan pengalaman ditetapkan rumah sakit bagi mereka yang memiliki kompetensi dan kewenangan diberi ijin mengerjakan pemeriksaan laboratorium, termasuk yang mengerjakan pemeriksaan di tempat tidur pasien (*point-of-care testing*). Interpretasi hasil pemeriksaan dilakukan oleh dokter yang kompeten dan berwenang.

Pengawasan terhadap staf yang mengerjakan pemeriksaan diatur oleh rumah sakit.

Staf pengawas dan staf pelaksana diberi orientasi tugas mereka. Staf pelaksana diberi tugas sesuai latar belakang pendidikan dan pengalaman. Unit kerja laboratorium

menyusun dan melaksanakan program pelatihan (program staf) yang memungkinkan staf mampu melakukan tugas pekerjaan dengan cepat (cito) dan juga dengan tujuan untuk memastikan selalu tersedia cukup tenaga memberikan pelayanan 24 jam.

### **Elemen Penilaian AP.5.2**

1. Rumah sakit melakukan analisis pola ketenagaan staf laboratorium yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan pasien (D,W)
2. Staf laboratorium yang membuat interpretasi, memenuhi persyaratan kredensial. (lihat juga KPS.4, EP 1). (D,W)
3. Staf laboratorium dan staf lain yang melaksanakan tes termasuk yang mengerjakan Tes di Ruang Rawat (TRR / *Point of Care Testing*) pasien, memenuhi persyaratan kredensial (lihat juga KPS.4, EP 1). (D,W)
4. Ada pelaksanaan supervisi pelayanan laboratorium di rumah sakit. (R, D)

### **Standar AP.5.3**

Rumah sakit menyusun program manajemen risiko di laboratorium, dilaksanakan, dilakukan evaluasi, di dokumentasikan dan program sejalan dengan program manajemen risiko fasilitas dan program pencegahan dan pengendalian infeksi.

### **Maksud dan Tujuan AP.5.3**

Rumah sakit menetapkan program terkait risiko dan bahaya di laboratorium. Program menangani kebiasaan dan praktek kerja secara aman, tindakan pencegahan serta dikoordinasikan dengan program manajemen risiko fasilitas dan program pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) rumah sakit.

Program manajemen risiko meliputi,

- Identifikasi risiko
- Analisis risiko
- Upaya pengelolaan risiko
- Kegiatan sejalan dengan manajemen risiko fasilitas rumah sakit dan program pencegahan dan pengendalian infeksi
- Kegiatan sejalan dengan peraturan perundang-undangan
- Tersedianya peralatan keamanan yang cocok dengan cara dan lingkungan kerja di laboratorium serta bahaya yang mungkin timbul karenanya (contoh antara lain : *eye wash station, spill kits*)

- Orientasi bagi staf tentang prosedur keamanan dan pelaksanaannya.
- Pelatihan tentang adanya prosedur baru terkait penerimaan dan penggunaan bahan berbahaya baru (lihat, PPI.5; MFK.4; MFK.4.1; MFK.5)

### **Elemen Penilaian AP.5.3**

1. Ada program manajemen risiko menangani potensi risiko di laboratorium sesuai regulasi rumah sakit. (R)
2. Ada bukti pelaksanaan program manajemen risiko sebagai bagian dari manajemen risiko rumah sakit dan program pencegahan dan pengendalian infeksi. (D,W)
3. Ada bukti laporan kepada pimpinan rumah sakit paling sedikit satu tahun sekali dan bila ada kejadian. (D,W)
4. Ada pelaksanaan orientasi dan pelatihan berkelanjutan (*ongoing*) bagi staf laboratorium tentang prosedur keselamatan dan keamanan untuk mengurangi risiko serta pelatihan tentang prosedur baru yang menggunakan bahan berbahaya. (lihat , MFK.11; TKRS.9; KKS.8) (,D,W)

### **Standar AP.5.3.1**

Rumah sakit menetapkan regulasi bahwa unit laboratorium melaksanakan proses untuk mengurangi risiko infeksi akibat paparan bahan-bahan dan limbah biologis berbahaya.

### **Maksud dan Tujuan AP.5.3.1**

Terdapat regulasi dan praktek yang dilaksanakan untuk mengurangi bahaya akibat terpapar bahan-bahan dan limbah biologis berbahaya. Infeksi yang didapat di laboratorium di catat dan dilaporkan secara internal sesuai regulasi PPI, dilaporkan ke dinas kesehatan setempat sesuai peraturan perundang-undangan.

Dibawah ini diberikan daftar hal-hal yang harus ditangani dan persyaratan yang harus dilakukan:

- a) Pengendalian paparan aerosol
- b) Jas laboratorium, jubah atau baju dinas harus dipakai untuk perlindungan dan mencegah kontaminasi, termasuk fasilitas “eye washer” dan dekontaminasi.
- c) Almari bio-safety dipakai, jika perlu
- d) Terdapat regulasi tentang pembuangan bahan infeksius, luka tusuk, terpapar dengan bahan infeksius. Dalam ketentuan juga diatur, prosedur dekontaminasi,

siapa yang harus dihubungi untuk mendapat tindakan darurat, penempatan dan penggunaan peralatan keamanan. Untuk pengelolaan bahan berbahaya disertakan MSDS (Material Safety Data Sheet) / LDP (Lembar Data Pengaman)

- e) Terdapat prosedur pengumpulan, transpor, penanganan spesimen secara aman. Juga diatur larangan untuk makan, minum, pemakaian kosmetik, lensa kontak, pipet dimulut di tempat staf bekerja melakukan kegiatannya
- f) Staf diberi pelatihan tentang tindakan, cara penularan dan pencegahan penyakit yang ditularkan melalui darah dan komponen darah
- g) Terdapat prosedur untuk mencegah terpapar penyakit infeksi seperti tuberculosis, MERS dll.

Bila teridentifikasi masalah praktek laboratorium atau terjadi kecelakaan, maka ada tindakan korektif, dicatat (dokumentasi), dilakukan evaluasi dan dilaporkan kepada Penanggung jawab / koordinator K3 RS.

#### **Elemen Penilaian AP.5.3.1**

- 1. Ada bukti unit laboratorium melaksanakan manajemen risiko fasilitas dan risiko infeksi sesuai regulasi di rumah sakit (D,W)
- 2. Ada bukti pelaporan dan penanganan staf yang terpapar di unit laboratorium dicatat sesuai dengan regulasi PPI rumah sakit dan peraturan perundangan (D,W)
- 3. Ada bukti unit laboratorium menjalankan ketentuan sesuai dengan butir a) sampai dengan g) di maksud dan tujuan. (D, W)
- 4. Ada bukti dilakukan tindakan koreksi, dicatat, dievaluasi dan dilaporkan kepada Penanggung jawab / koordinator K3 RS Jika muncul masalah dan terjadi kecelakaan. ( D,W )

#### **Standar AP.5.3.2.**

Ada prosedur melaporkan hasil laboratorium yang kritis.

#### **Maksud dan Tujuan AP.5.3.2.**

Pelaporan dari hasil laboratorium yang kritis adalah bagian dari risiko terkait keselamatan pasien. Hasil laboratorium yang secara signifikan diluar batas nilai normal dapat memberi indikasi risiko tinggi atau kondisi yang mengancam kehidupan pasien.

Sangat penting bagi rumah sakit untuk mengembangkan suatu sistem pelaporan formal yang jelas menggambarkan bagaimana profesional pemberi asuhan (PPA)

mewaspadaikan hasil laboratorium yang kritis dan bagaimana staf mendokumentasikan komunikasi ini (lihat juga SKP 2, EP 3 dan 4).

Proses ini dikembangkan rumah sakit untuk pengelolaan hasil laboratorium yang kritis sebagai pedoman bagi profesional pemberi asuhan (PPA) ketika meminta dan menerima hasil laboratorium pada keadaan gawat darurat.

Prosedur ini meliputi juga: penetapan hasil laboratorium yang kritis dan ambang nilai kritis bagi setiap tipe tes, untuk setiap pelayanan laboratorium yang ada (antara lain, laboratorium Klinik, laboratorium Patologi Anatomi, laboratorium Mikrobiologi seperti misalnya MRSA, MRSE, CRE, ESBL, Keganasan dsb), oleh siapa dan kepada siapa hasil laboratorium yang kritis harus dilaporkan, termasuk waktu penyampaian hasil tersebut, pencatatan dan menetapkan metode monitoring yang memenuhi ketentuan.

#### **Elemen Penilaian AP.5.3.2.**

1. Ada regulasi yang disusun secara kolaboratif tentang hasil laboratorium yang kritis, pelaporan oleh siapa dan kepada siapa serta tindak lanjutnya. (R)
2. Hasil laboratorium yang kritis dicatat didalam rekam medis pasien (lihat juga SKP 2 .1 EP 2 ) (D,W)
3. Ada bukti tindak lanjut dari pelaporan hasil laboratorium yang kritis secara kolaboratif. (D,W)
4. Ada bukti pelaksanaan evaluasi dan tindak lanjut terhadap seluruh proses agar memenuhi ketentuan serta dimodifikasi sesuai kebutuhan. (D,W)

#### **Standar AP.5.4**

Rumah sakit menetapkan kerangka waktu penyelesaian pemeriksaan laboratorium.

#### **Maksud dan Tujuan AP.5.4**

Rumah sakit menetapkan kerangka waktu penyelesaian pemeriksaan laboratorium. Penyelesaian pemeriksaan laboratorium dilaporkan sesuai kebutuhan pasien.

Hasil pemeriksaan cito, antara lain dari unit darurat, kamar operasi, unit intensif diberi perhatian khusus terkait kecepatan asuhan. Jika pemeriksaan dilakukan melalui kontrak (pihak ketiga) atau laboratorium rujukan, kerangka waktu melaporkan hasil pemeriksaan juga mengikuti ketentuan rumah sakit dan MOU dengan laboratorium rujukan (lihat juga, SKP 2.).

#### **Elemen Penilaian AP.5.4**

1. Rumah sakit menetapkan kerangka waktu penyelesaian pemeriksaan laboratorium. (R)
2. Ada bukti pencatatan dan evaluasi waktu penyelesaian pemeriksaan laboratorium. (D,W)

3. Ada bukti pencatatan dan evaluasi waktu penyelesaian pemeriksaan cito. (D,W)

### **Standar AP.5.5**

Rumah sakit menetapkan regulasi yang mengatur tentang uji fungsi, inspeksi, pemeliharaan, kalibrasi secara tetap (regular) terhadap semua peralatan yang digunakan untuk pemeriksaan di laboratorium dan hasil pemeriksaan didokumentasikan.

### **Maksud dan Tujuan AP.5.5**

Staf laboratorium harus memastikan semua peralatan laboratorium berfungsi dengan baik dan aman bagi penggunaannya. Laboratorium menetapkan dan melaksanakan program pengelolaan peralatan laboratorium termasuk peralatan yang merupakan kerjasama dengan pihak ketiga yang meliputi,

- a) Uji fungsi
- b) Inspeksi berkala
- c) Pemeliharaan berkala
- d) Kalibrasi berkala
- e) Identifikasi dan inventarisasi peralatan laboratorium
- f) Monitoring dan tindakan terhadap kegagalan fungsi alat
- g) Proses penarikan (*recall*)
- h) Pendokumentasian

### **Elemen Penilaian AP.5.5**

1. Ada regulasi dan program untuk pengelolaan peralatan laboratorium yang meliputi butir a) sampai dengan h) dalam Maksud dan Tujuan. (R)
2. Ada bukti staf yang terlatih melaksanakan uji fungsi dan didokumentasikan. (D,W)
3. Ada bukti staf yang terlatih melaksanakan inspeksi berkala dan didokumentasikan. (D,W)
4. Ada bukti staf yang terlatih melaksanakan pemeliharaan berkala dan didokumentasikan. (D,W)
5. Ada bukti staf yang terlatih melaksanakan kalibrasi berkala dan didokumentasikan. (D,W)
6. Ada daftar inventaris peralatan laboratorium. (D)

7. Ada bukti pelaksanaan monitoring dan tindakan terhadap kegagalan fungsi alat dan didokumentasikan. (D,W)
8. Ada bukti pelaksanaan bila terjadi proses penarikan (*recall*) dan didokumentasikan. (D,W)
9. Terhadap kegiatan a) sampai dengan h) di maksud dan tujuan dilakukan evaluasi berkala dan tindak lanjut

#### **Standar AP.5.6**

Reagensia esensial dan bahan lainnya tersedia secara teratur dan di evaluasi akurasi dan presisi hasilnya.

#### **Maksud dan Tujuan AP.5.6.**

Rumah sakit menetapkan reagensia dan bahan-bahan lain yang selalu harus ada untuk pelayanan laboratorium bagi pasien. Suatu proses yang efektif untuk pemesanan atau menjamin ketersediaan reagensia esensial dan bahan lain yang diperlukan. Semua reagensia disimpan dan didistribusikan sesuai prosedur yang ditetapkan. Dilakukan audit secara periodik untuk semua reagensia esensial untuk memastikan akurasi dan presisi hasil pemeriksaan, antara lain untuk aspek penyimpanan, label, kadaluarsa dan fisik. Pedoman tertulis memastikan pemberian label yang lengkap dan akurat untuk reagensia dan larutan dan akurasi serta presisi dari hasil.

#### **Elemen Penilaian AP.5.6.**

1. Rumah sakit menetapkan pengelolaan logistik laboratorium, reagensia esensial, bahan lain yang diperlukan, termasuk kondisi bila terjadi kekosongan sesuai peraturan perundangan. (lihat juga MFK.5, EP 1). (R)
2. Ada bukti pelaksanaan semua reagensia esensial disimpan dan diberi label, serta didistribusi sesuai pedoman dari pembuatnya atau instruksi pada kemasannya (lihat juga MFK.5, EP 2). (D,O,W)
3. Ada bukti pelaksanaan evaluasi/audit semua reagen. (D,W)

#### **Standar AP.5.7**

Ada regulasi tentang pengambilan, pengumpulan, identifikasi, pengerjaan, pengiriman, penyimpanan, pembuangan spesimen dan dilaksanakan.

## **Maksud dan Tujuan AP.5.7**

Regulasi dan implementasi meliputi,

- Permintaan pemeriksaan
- Pengambilan, pengumpulan dan identifikasi spesimen
- Pengiriman, pembuangan, penyimpanan dan pengawetan spesimen
- Penerimaan, penyimpanan, telusur spesimen (*tracking*). Tracking adalah telusur spesimen bila ada keluhan tidak ada hasil dari suatu spesimen yang telah dikirim atau bila ada permintaan mengulang pemeriksaan. Telusur biasanya untuk spesimen yang diambil dalam waktu 24 jam.

Regulasi ini berlaku untuk spesimen yang dikirim ke laboratorium rujukan layanan laboratorium untuk dilakukan pemeriksaan. Pada jaringan / cairan tubuh yang diambil dengan tindakan invasif, sebagai standar penetapan diagnosis dilakukan pemeriksaan patologi anatomi (laboratorium internal atau rujukan)

## **Elemen Penilaian AP.5.7**

1. Ada regulasi tentang pengambilan, pengumpulan, identifikasi, pengerjaan, pengiriman, pembuangan spesimen (R)
2. Ada bukti pelaksanaan permintaan pemeriksaan oleh profesional pemberi asuhan (PPA) yang kompeten dan berwenang (D,W)
3. Ada bukti pelaksanaan pengambilan, pengumpulan dan identifikasi spesimen sesuai dengan regulasi (D,W)
4. Ada bukti pelaksanaan pengiriman, pembuangan, penyimpanan, pengawetan spesimen sesuai dengan regulasi (D,W)
5. Ada bukti pelaksanaan penerimaan, penyimpanan, telusur spesimen (*tracking*) sesuai dengan regulasi. (D,W)
6. Ada bukti pengelolaan pemeriksaan jaringan / cairan sesuai dengan regulasi. (D,W)
7. Ditetapkan prosedur bila menggunakan laboratorium rujukan. (D)

## **Standar AP.5.8**

Rumah sakit menetapkan nilai normal dan rentang nilai untuk interpretasi dan pelaporan hasil laboratorium klinis.

### **Maksud dan Tujuan AP.5.8**

Rumah sakit menetapkan rentang nilai normal/rujukan setiap jenis pemeriksaan. Rentang nilai dilampirkan di dalam laporan klinik, baik sebagai bagian dari pemeriksaan atau melampirkan daftar terkini, nilai ini yang ditetapkan pimpinan laboratorium. Jika pemeriksaan dilakukan oleh lab rujukan, rentang nilai diberikan. Selalu harus dievaluasi dan direvisi apabila metode pemeriksaan berubah.

### **Elemen Penilaian AP.5.8**

1. Ada regulasi tentang penetapan dan evaluasi rentang nilai normal untuk interpretasi, pelaporan hasil lab klinis. (R)
2. Pemeriksaan laboratorium harus dilengkapi dengan permintaan pemeriksaan tertulis disertai dengan ringkasan klinis. (D,W)
3. Setiap hasil pemeriksaan laboratorium dilengkapi dengan rentang nilai normal. (D)

### **Standar AP.5.9**

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan prosedur kendali mutu pelayanan laboratorium, di evaluasi dan dicatat sebagai dokumen.

### **Maksud dan Tujuan AP.5.9**

Kendali mutu yang baik sangat esensial bagi pelayanan laboratorium agar laboratorium dapat memberikan layanan prima.

Program kendali mutu (pemantapan mutu internal – PMI) mencakup tahapan Pra-analitik, Analitik dan Pasca analitik yang memuat antara lain

- a) Validasi tes yang digunakan untuk tes akurasi, presisi, hasil rentang nilai
- b) Dilakukan surveilans hasil pemeriksaan oleh staf yang kompeten
- c) Reagensia di tes (lihat juga, AP.5.6)
- d) Koreksi cepat jika ditemukan kekurangan
- e) Dokumentasi hasil dan tindakan koreksi

### **Elemen Penilaian AP.5.9**

1. Rumah sakit menetapkan program mutu laboratorium klinik meliputi a) sampai dengan e) di maksud dan tujuan. (R)
2. Ada bukti pelaksanaan validasi metoda tes. (D,W)

3. Ada bukti pelaksanaan surveilans harian dan pencatatan hasil pemeriksaan. (D,W)
4. Ada bukti pelaksanaan tes reagen. (D,W)
5. Ada bukti pelaksanaan tindakan koreksi cepat dan dokumentasinya terhadap masalah yang timbul. (D,W)

#### **Standar AP.5.9.1.**

Ada proses untuk pemantapan mutu eksternal sebagai tes pembanding mutu.

#### **Maksud dan Tujuan AP.5.9.1**

Pemantapan Mutu Eksternal (PME) sebagai tes pembanding mutu adalah proses membandingkan seberapa baik kinerja (hasil) sebuah laboratorium dibandingkan dengan hasil sebuah laboratorium lain. Tes ini dapat menemukan masalah kinerja yang tidak dapat diketahui melalui mekanisme internal. RS dapat mengikuti program PME nasional dan atau internasional. Untuk kepentingan ini, unit laboratorium ikut program PME. Laboratorium harus mengumpulkan sertifikat tentang partisipasinya di dalam program (lihat juga, AP.5.10 dan TKRS.11).

#### **Elemen Penilaian AP.5.9.1**

1. Ada bukti pelaksanaan PME. (D)
2. Ada bukti tindak lanjut dari hasil PME. (D)

#### **Standar AP.5.10**

Laboratorium rujukan yang bekerja sama dengan rumah sakit mempunyai ijin, terakreditasi, ada sertifikasi dari pihak yang berwenang.

#### **Maksud dan Tujuan AP.5.10**

Jika rumah sakit menggunakan pelayanan lab rujukan, informasi berikut diperlukan:

- a) copy surat ijin dari pihak berwenang yang menerbitkan ijin
- b) copy sertifikat akreditasi dari program akreditasi laboratorium yang diakui
- c) bukti dokumen bahwa laboratorium rujukan ikut serta program kendali mutu (lihat juga, AP.5.9.1)

Untuk pelayanan laboratorium rujukan, maka RS secara teratur menerima laporan dan mereview kontrol mutu dari pelayanan laboratorium rujukan tersebut. Individu yang kompeten mereview hasil kontrol mutu.

### **Elemen Penilaian AP.5.10**

1. Ada bukti ijin dan atau sertifikasi laboratorium rujukan. (D,W)
2. Ada bukti pelaksanaan PME laboratorium rujukan. (D,W)
3. Ada staf yang bertanggungjawab atas hasil pemeriksaan laboratorium yang diberikan. (D,W)
4. Laporan tahunan PME laboratorium rujukan diserahkan kepada pimpinan rumah sakit untuk evaluasi kontrak klinis tahunan. (D,W)

### **❖ PELAYANAN DARAH**

#### **Standar AP.5.11**

Rumah sakit menetapkan regulasi tentang penyelenggaraan pelayanan darah dan menjamin pelayanan yang diberikan sesuai peraturan perundang-undangan dan standar pelayanan.

#### **Standar AP.5.11.1**

Rumah sakit menetapkan regulasi bahwa seorang profesional yang kompeten dan berwenang, bertanggung jawab untuk penyelenggaraan pelayanan darah dan menjamin pelayanan yang diberikan sesuai peraturan perundangan dan standar pelayanan.

#### **Standar AP.5.11.2**

Rumah sakit menetapkan program dan pelaksanaan kendali mutu. Pelayanan darah sesuai peraturan perundang-undangan.

#### **Maksud dan Tujuan AP.5.11, AP.5.11.1 dan AP.5.11.2**

Pelayanan darah, yang diselenggarakan di rumah sakit, harus berada dibawah tanggung jawab seorang profesional dengan pendidikan, keahlian, pengalaman yang memenuhi syarat dan berdasar peraturan perundangan d.h.i. kerjasama dengan PMI (Palang Merah Indonesia). Staf tersebut bertanggung jawab terhadap semua aspek pelayanan darah di rumah sakit.

Lingkup pelayanan meliputi penetapan, pelaksanaan, dokumentasi dan proses untuk,

- a) Permintaan darah
- b) Penyimpanan darah
- c) Tes kecocokan
- d) Distribusi darah

Proses kendali mutu dari semua jenis pelayanan dilaksanakan dan terdokumentasi untuk memastikan terselenggaranya pelayanan darah dan atau transfusi yang aman. Donor darah dan pelayanan transfusi dilaksanakan sesuai peraturan perundangan dan standar praktek yang diakui.

Sebelum dilakukan pemberian darah harus ada penjelasan dari DPJPnya dan persetujuan dari pasien atau keluarga.

Selama pemberian transfusi darah harus dilakukan monitoring dan evaluasi, dan dilaporkan bila ada reaksi transfusi.

#### **Elemen Penilaian AP.5.11**

1. Ada regulasi tentang penyediaan dan pelayanan darah meliputi a) sampai dengan d) di maksud dan tujuan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (R)
2. Pemberian darah harus mendapatkan persetujuan dari pasien atau keluarga, yang sebelumnya telah mendapatkan penjelasan tentang tujuan, manfaat, risiko dan komplikasi pemberian transfusi darah dan produk darah (Lihat juga HPK.2.1 EP 4, SKP 1 EP 4). (D,W)
3. Ada bukti dilaksanakan monitoring dan evaluasi pemberian transfusi darah dan produk darah dan dilaporkan bila terjadi reaksi transfuse (Lihat juga PAP.3.3 dan PMKP.11). (D,W)

#### **Elemen Penilaian AP.5.11.1**

1. Seorang profesional yang kompeten dan berwenang, ditetapkan bertanggung jawab untuk pelayanan darah dan tranfusi (lihat juga, PAP.3.3; TKRS.9) (R)
2. Ada supervisi meliputi a) sampai dengan d) di maksud dan tujuan. (D,W)

#### **Elemen Penilaian AP.5.11.2**

1. Ditetapkan program kendali mutu. (R)
2. Ada bukti pelaksanaan program kendali mutu. (D,W)

## ❖ PELAYANAN RADIODIAGNOSTIK, IMAJING DAN RADIOLOGI INTERVENSIONAL (RIR)

### **Standar AP.6**

Pelayanan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional tersedia untuk memenuhi kebutuhan pasien, semua pelayanan ini memenuhi peraturan perundang-undangan.

### **Maksud dan Tujuan AP.6**

Pelayanan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional (RIR) meliputi:

- a) pelayanan radiodiagnostik
- b) pelayanan diagnostik Imajing
- c) pelayanan radiologi intervensional

Rumah sakit menetapkan sistem untuk menyelenggarakan pelayanan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional yang dibutuhkan pasien, asuhan klinik dan profesional pemberi asuhan (PPA). Pelayanan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional yang diselenggarakan memenuhi peraturan perundang-undangan.

Pelayanan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional termasuk kebutuhan darurat, dapat diberikan di dalam rumah sakit, dan pelayanan rujukan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional tersedia 24 jam.

Sebagai tambahan, rumah sakit dapat mempunyai daftar konsultan yang dapat dihubungi, seperti radiasi fisik, radionuklir.

Rumah sakit memilih pelayanan rujukan berdasarkan rekomendasi dari pimpinan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional di rumah sakit. Pelayanan rujukan tersebut dipilih oleh rumah sakit karena memenuhi peraturan perundangan, mempunyai sertifikat mutu, mempunyai ketepatan waktu dan akurasi layanan yang dapat dipertanggungjawabkan.

Pelayanan rujukan mudah dijangkau oleh masyarakat, dan laporan hasil pemeriksaan disampaikan pada waktu yang tepat untuk mendukung kesinambungan asuhan. Bila melakukan pemeriksaan rujukan keluar, harus melalui radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional rumah sakit.

Rumah sakit dapat mempunyai daftar konsultan yang dapat dihubungi, seperti radiasi fisik, radionuklir harus terintegrasi untuk aspek pengelolaan pelayanan dengan memperhatikan aspek kepala pelayanan radiodiagnostik, imajing dan radiologi

intervensional, staf pelaksana, pengelolaan peralatan, keamanan/*safety* dan sebagainya.

### **Elemen Penilaian AP.6**

1. Ada regulasi tentang pengorganisasian dan pengaturan pelayanan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional secara terintegrasi (R)
2. Ada pelayanan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional tersedia 24 jam ( O, W)
3. Ada daftar spesialis dalam bidang diagnostik khusus dapat dihubungi jika dibutuhkan ( D,W )
4. Pemilihan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional di luar rumah sakit (pihak ketiga) untuk kerjasama berdasarkan pada sertifikat mutu dan diikuti perjanjian kerjasama sesuai peraturan perundang-undangan. (D,W)
5. Ada bukti pelaksanaan rujukan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional keluar rumah sakit (pihak ketiga) harus melalui radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional rumah sakit. (D,W)

### **Standar AP.6.1**

Rumah Sakit menetapkan regulasi bahwa seorang (atau lebih) yang kompeten dan berwenang, bertanggung jawab mengelola pelayanan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional.

### **Maksud dan Tujuan AP.6.1**

Pelayanan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional berada dibawah pimpinan seorang atau lebih yang kompeten dan berwenang memenuhi persyaratan peraturan perundangan. Orang ini bertanggung jawab mengelola fasilitas dan pelayanan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional, termasuk pemeriksaan yang dilakukan di tempat tidur pasien (point-of-care testing), juga tanggung jawabnya dalam melaksanakan regulasi rumah sakit secara konsisten, seperti pelatihan, manajemen logistik, dan lain sebagainya.

Sedangkan supervisi sehari hari tetap dijalankan oleh pimpinan unit yang mengerjakan pemeriksaan. Spesialisasi atau sub spesialisasi pelayanan radiologi harus berada dibawah pengarahannya seorang profesional sesuai bidangnya.

Tanggung jawab pimpinan pelayanan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional.

- a) menyusun dan evaluasi regulasi

- b) terlaksananya pelayanan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional sesuai regulasi
- c) pengawasan pelaksanaan administrasi.
- d) melaksanakan program kendali mutu.
- e) monitor dan evaluasi semua jenis pelayanan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional

### **Elemen Penilaian AP.6.1**

1. Rumah sakit menetapkan seorang (atau lebih) tenaga profesional untuk memimpin pelayanan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional terintegrasi disertai uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang sesuai butir a) sampai dengan e) dalam Maksud dan Tujuan. (R)
2. Ada bukti pelaksanaan penyusunan dan evaluasi regulasi. (D,W)
3. Ada bukti pelaksanaan pelayanan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional sesuai regulasi. (D,W)
4. Ada bukti pengawasan pelaksanaan administrasi. (D,W)
5. Ada bukti pelaksanaan program kendali mutu. (D,W)
6. Ada bukti pelaksanaan monitoring dan evaluasi semua jenis pelayanan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional. (D,W)

### **Standar AP.6.2**

Semua staf Radiodiagnostik, Imajing Dan Radiologi Intervensial mempunyai pendidikan, pelatihan, kualifikasi dan pengalaman yang dipersyaratkan untuk mengerjakan pemeriksaan.

### **Maksud dan Tujuan AP.6.2**

Rumah sakit menetapkan mereka yang bekerja sebagai staf radiologi dan diagnostik imajing yang kompeten dan berwenang melakukan pemeriksaan Radiodiagnostik, Imajing Dan Radiologi Intervensial, pembacaan diagnostik imajing, pelayanan pasien di tempat tidur (*point-of-care test*), membuat interpretasi dan memverifikasi serta melaporkan hasilnya, serta mereka yang mengawasi prosesnya.

Staf pengawas dan staf pelaksana tehnikal mempunyai latar belakang pelatihan, pengalaman, ketrampilan dan telah menjalani orientasi tugas pekerjaannya. Staf tehnikal diberi tugas pekerjaan sesuai latar belakang pendidikan dan pengalaman mereka. Sebagai tambahan, jumlah staf cukup tersedia untuk melakukan tugas, membuat interpretasi, dan melaporkan segera hasilnya untuk layanan darurat.

## **Elemen Penilaian AP.6.2**

1. Rumah sakit melakukan analisis pola ketenagaan staf radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional (RIR) (RIR) yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan pasien (lihat juga TKRS 9.Ep2. PMKP 6 EP 2) (D,W)
2. Staf radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional (RIR) (RIR) dan staf lain yang melaksanakan tes termasuk yang mengerjakan pelayanan pasien di tempat tidur (*point-of-care test*) pasien, memenuhi persyaratan kredensial (lihat juga KKS.4, EP 1). (D,W)
3. Staf radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional (RIR) (RIR) yang membuat interpretasi / ekspertise memenuhi persyaratan kredensial (lihat juga KKS.4, EP 1). (D,W)
4. Ada pelaksanaan supervisi pelayanan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional (RIR) di rumah sakit. (R, D)

## **Standar AP.6.3**

Rumah sakit menyusun program manajemen risiko di pelayanan Radiodiagnostik, Imajing Dan Radiologi Intervensial, dilaksanakan, dilakukan evaluasi, di dokumentasikan dan program sejalan dengan program manajemen risiko fasilitas dan program pencegahan dan pengendalian infeksi( lihat juga MFK 5 ).

### **Standar AP.6.3.1**

Rumah sakit menetapkan bagaimana mengidentifikasi dosis maksimum radiasi untuk setiap pemeriksaan Radiodiagnostik, Imajing Dan Radiologi Intervensial

### **Maksud dan Tujuan AP.6.3 dan AP.6.3.1**

Dalam pelayanan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional (RIR) ada pemeriksaan/tindakan life saving yang banyak digunakan di rumah sakit. Paparan radiasi dapat berpotensi risiko kerusakan dalam jangka panjang, tergantung dosis radiasi dan jumlah pemeriksaan pada seorang pasien.

Sebelum dilakukan pemeriksaan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional (RIR) harus ada penjelasan dari Radiolognya dan harus ada persetujuan dari pasien atau keluarga.

Dosis yang lebih tinggi mengakibatkan risiko kerusakan yang lebih besar, dan dosis yang berulang mempunyai efek kumulatif yang juga mengakibatkan risiko yang lebih besar.

profesional pemberi asuhan (PPA) harus memperhatikan permintaan pemeriksaan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional (RIR) dan mempertimbangkan rasio kebutuhan medis terhadap risiko radiasi, paparan radiasi yang tidak perlu, harus dihindari.

Prosedur diagnostik dan terapi yang terkait dgn dosis radiasi yang menggunakan sinar X atau radiasi pengion, agar ditempatkan staf yang kompeten dan berwenang.

Rumah sakit mempunyai program keamanan radiasi aktif mencakup semua komponen pelayanan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional, termasuk antara lain kateterisasi jantung.

Program keamanan radiasi menangani risiko dan bahaya yang ada.

Program ini menjabarkan langkah-langkah keselamatan dan pencegahan yang terukur bagi staf dan pasien. Program ini dikoordinasikan oleh manajemen fasilitas.

Manajemen keamanan radiasi meliputi,

- a) Kepatuhan terhadap standar yang berlaku dan peraturan perundangan
- b) Kepatuhan terhadap standar dari manajemen fasilitas, radiasi dan program pencegahan dan pengendalian infeksi
- c) Tersedianya APD sesuai pekerjaan dan bahaya yang dihadapi
- d) Orientasi bagi semua staf pelayanan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional (RIR) tentang praktek dan prosedur keselamatan
- e) Pelatihan (*in service training*) bagi staf untuk pemeriksaan baru dan menangani bahan berbahaya produk baru (lihat juga, MFK.4; MFK.4.1; MFK.5)

### **Elemen Penilaian AP.6.3**

1. Rumah sakit menetapkan program manajemen risiko menangani potensi risiko keamanan radiasi di pelayanan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional (RIR) sesuai butir a) sampai dengan e) di maksud dan tujuan (lihat juga MFK 4 EP 1). (R)
2. Ada bukti pelaksanaan program manajemen risiko yang merupakan bagian dari manajemen risiko rumah sakit (radiasi) dan program pencegahan dan pengendalian infeksi (D,W)
3. Ada bukti laporan kepada pimpinan rumah sakit paling sedikit satu tahun sekali dan bila ada kejadian (lihat juga MFK 3). (D,W)
4. Diadakan orientasi dan pelatihan berkelanjutan (ongoing) bagi staf radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional (RIR) tentang prosedur keselamatan dan keamanan untuk mengurangi risiko serta pelatihan tentang

prosedur baru yang menggunakan bahan berbahaya (lihat juga, MFK.11; TKRS.9; KKS.8). (D,O,W)

### **Elemen Penilaian AP.6.3.1**

1. Rumah sakit menetapkan regulasi sebelum dilakukan pemeriksaan radiagnostik, imajing dan radiologi intervensional (RIR) harus ada penjelasan dari Radiolognya dan harus ada persetujuan dari pasien atau keluarga ( R )
2. Rumah sakit melaksanakan identifikasi dosis maksimum radiasi untuk setiap pemeriksaan Radiagnostik, Imajing Dan Radiologi Intervensial, (D,W).
3. Ada pelaksanaan edukasi tentang dosis untuk pemeriksaan imaging (D,W)
4. Ada bukti risiko radiasi diidentifikasi melalui proses yang spesifik atau alat yang spesifik, untuk staf dan pasien yang mengurangi risiko (apron, TLD dan yang sejenis) (lihat juga MFK 5 EP 3). (D,O,W)

### **Standar AP.6.4**

Rumah sakit menetapkan kerangka waktu penyelesaian pemeriksaan radiagnostik, imajing dan radiologi intervensional.

### **Maksud dan Tujuan AP.6.4**

Rumah sakit menetapkan kerangka waktu penyelesaian pemeriksaan radiologi dan diagnostik imajing. Penyelesaian pemeriksaan radiagnostik, imajing dan radiologi intervensional (RIR) dilaporkan sesuai kebutuhan pasien. Hasil pemeriksaan cito, antara lain dari unit darurat, kamar operasi, unit intensif diberi perhatian khusus terkait kecepatan asuhan. Jika pemeriksaan dilakukan melalui kontrak (pihak ketiga) atau laboratorium rujukan, kerangka waktu melaporkan hasil pemeriksaan juga mengikuti ketentuan rumah sakit dan MOU dgn radiagnostik, imajing dan radiologi intervensional (RIR) rujukan

### **Elemen Penilaian AP.6.4**

1. Rumah sakit menetapkan kerangka waktu penyelesaian pemeriksaan Radiagnostik, Imajing Dan Radiologi Intervensial. (R)
2. Dilakukan pencatatan dan evaluasi waktu penyelesaian pemeriksaan Radiagnostik, Imajing Dan Radiologi Intervensial. (D,W)
3. Dilakukan pencatatan dan evaluasi waktu penyelesaian pemeriksaan cito (lihat juga, PAB.7) (D,W)

## Standar AP.6.5

Rumah sakit menetapkan regulasi yang mengatur tentang uji fungsi, inspeksi, pemeliharaan, kalibrasi secara tetap (regular) terhadap semua peralatan yang digunakan untuk pemeriksaan di bagian radiodiagnostik, imaging dan radiologi intervensional (RIR) dan hasil pemeriksaan didokumentasikan.

### Maksud dan Tujuan AP.6.5

Staf radiodiagnostik, imaging dan radiologi intervensional (RIR) harus memastikan semua peralatan radiodiagnostik, imaging dan radiologi intervensional (RIR) berfungsi dengan baik dan aman bagi pengguna /petugas dan pasien.

Pengadaan peralatan pelayanan radiodiagnostik, imaging dan radiologi intervensional (RIR) agar secara bertahap kearah teknologi radiologi digital dan dapat dilakukan dengan teleradiologi.

Radiodiagnostik, imaging dan radiologi intervensional (RIR) menetapkan dan melaksanakan program pengelolaan peralatan radiodiagnostik, imaging dan radiologi intervensional (RIR) termasuk peralatan yang merupakan kerjasama dengan pihak ketiga yang meliputi,,

- a) Uji fungsi
- b) Inspeksi berkala
- c) Pemeliharaan berkala
- d) Kaliberasi berkala
- e) Identifikasi dan inventarisasi peralatan laboratorium
- f) Monitoring dan tindakan terhadap kegagalan fungsi alat
- g) Proses penarikan (*recall*)
- h) Pendokumentasian (**lihat juga, MFK.8; MFK.8.1**)

### Elemen Penilaian AP.6.5

1. Ada regulasi dan program untuk pengelolaan peralatan pelayanan radiodiagnostik, imaging dan radiologi intervensional (RIR) yang meliputi butir a) sampai dengan h) di maksud dan tujuan. (R)
2. Ada bukti staf yang terlatih melaksanakan uji fungsi dan didokumentasikan. (D,W)
3. Ada bukti staf yang terlatih melaksanakan inspeksi berkala dan didokumentasikan. (D,W)
4. Ada bukti staf yang terlatih melaksanakan pemeliharaan berkala dan didokumentasikan. (D,W)

5. Ada bukti staf yang terlatih melaksanakan kalibrasi berkala dan didokumentasikan. (D,W)
6. Ada daftar inventaris peralatan pelayanan radiagnostik, imaging dan radiologi intervensional (RIR) (lihat juga MFK.8, EP 2). (D,W)
7. Ada bukti pelaksanaan monitoring dan tindakan terhadap kegagalan fungsi alat dan didokumentasikan. (D,W)
8. Ada bukti pelaksanaan bila terjadi proses penarikan (*recall*) dan didokumentasikan. (D,W)
9. Terhadap kegiatan a) sampai dengan h) dalam Maksud dan tujuan dilakukan evaluasi berkala dan tindak lanjut ( D,W )

### **Standar AP.6.6**

Film X-ray dan bahan lainnya tersedia secara teratur.

### **Maksud dan Tujuan AP.6.6**

Bila menggunakan film, rumah sakit mengidentifikasi film, reagensia (*developer dan fixer*), kontras media, radiofarmaka dan perbekalan penting yang diperlukan untuk pemeriksaan RDI.

Ada regulasi memesan film, reagensia dan perbekalan lain yang efektif. Semua perbekalan disimpan, didistribusikan sesuai dengan regulasi dan rekomendasi pabrik. Dilakukan audit secara periodik semua perbekalan terkait pemeriksaan, (seperti film, kontras media, kertas USG, developer fixer) untuk memastikan akurasi dan presisi hasil pemeriksaan, antara lain tentang aspek penyimpanan, label, kadaluarsa dan fisik. (lihat juga juga, MFK.5)

### **Elemen Penilaian AP.6.6**

1. Rumah sakit menetapkan film x-ray dan bahan lain yang diperlukan (lihat juga MFK.5, EP 1). (R)
2. Ada regulasi tentang pengelolaan logistik Film x-ray, reagens, dan bahan lainnya, termasuk kondisi bila terjadi kekosongan sesuai peraturan perundangan. (lihat juga MFK 5 EP 2). (R)
3. Semua film x-ray disimpan dan diberi label, serta didistribusi sesuai pedoman dari pembuatnya atau instruksi pada kemasannya (lihat juga MFK.5, EP 2). (D,O,W)
4. Ada bukti pelaksanaan evaluasi/audit semua reagen. (D,W)

### **Standar AP.6.7**

Rumah sakit menetapkan program kendali mutu, dilaksanakan, divalidasi dan didokumentasikan.

### **Maksud dan Tujuan AP.6.7**

Kendali mutu yang baik sangat penting untuk menjamin pelayanan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional (RIR) yang prima (lihat juga, TKRS.11). Prosedur kendali mutu memuat:

- a) Validasi metoda tes digunakan untuk presisi dan akurasi
- b) Pengawasan harian hasil pemeriksaan imajing oleh staf radiologi yang kompeten dan berwenang
- c) Koreksi cepat jika diketemukan masalah
- d) Audit terhadap antara lain: film, kontras, kertas USG, cairan developer, fixer
- e) Dokumentasi hasil dan tindakan koreksi

### **Elemen Penilaian AP.6.7**

1. Rumah sakit menetapkan program mutu pelayanan radiodiagnostik, imajing, dan radiologi intervensional meliputi a) sampai dengan e) di maksud dan tujuan. (lihat juga TKRS 11 ). (R)
2. Ada bukti pelaksanaan validasi tes metoda (D,W)
3. Ada bukti pengawasan harian hasil pemeriksaan imajing oleh staf radiologi yang kompeten dan berwenan. (D,W)
4. Ada bukti pelaksanaan koreksi cepat jika diketemukan masalah. (D,W)
5. Ada bukti audit terhadap antara lain : film, kontras, kertas USG, cairan developer, fixer. (D,W)
6. Ada dokumentasi hasil dan tindakan koreksi. (D,W)

### **Standar AP.6.8**

Rumah sakit bekerja sama dengan pelayanan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional rujukan yang sudah terakreditasi.

### **Maksud dan Tujuan AP.6.8**

Untuk pelayanan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional rujukan maka RS secara teratur menerima laporan dan mereview kontrol mutu dari pelayanan rujukan tersebut. Individu yang kompeten mereview hasil kontrol mutu.

### **Elemen Penilaian AP.6.8**

1. Ada bukti ijin atau sertifikasi radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional (RIR) rujukan (R)
2. Ada bukti pelaksanaan kontrol mutu pelayanan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional (RIR) rujukan. (D,W)
3. Ada Staf yang bertanggung jawab atas kontrol mutu dari pelayanan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional (RIR) rujukan, dan mereview hasil kontrol mutu (D,W)
4. Laporan tahunan hasil kontrol mutu pelayanan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional (RIR) rujukan diserahkan kepada pimpinan rumah sakit untuk evaluasi kontrak klinis tahunan (D)

## BAB 4

### PELAYANAN DAN ASUHAN PASIEN

#### (PAP)

#### GAMBARAN UMUM

Tanggung jawab rumah sakit dan staf yang terpenting adalah memberikan asuhan dan pelayanan pasien yang efektif dan aman. Hal ini membutuhkan komunikasi yg efektif, kolaborasi, dan standardisasi proses untuk memastikan bahwa rencana, koordinasi, dan implementasi asuhan mendukung serta merespons setiap kebutuhan unik pasien dan target.

Asuhan tersebut dapat berupa upaya pencegahan, paliatif, kuratif, atau rehabilitatif termasuk anestesia, tindakan bedah, pengobatan, terapi suportif, atau kombinasinya, yang berdasar atas asesmen dan asesmen ulang pasien.

Area asuhan risiko tinggi (termasuk resusitasi, transfusi, transplantasi organ/jaringan) dan asuhan untuk risiko tinggi atau kebutuhan populasi khusus yang membutuhkan perhatian tambahan.

Asuhan pasien dilakukan oleh profesional pemberi asuhan (PPA) dengan banyak disiplin dan staf klinis lain. Semua staf yg terlibat dalam asuhan pasien harus memiliki peran yg jelas, ditentukan oleh kompetensi dan kewenangan, kredensial, sertifikasi, hukum dan regulasi, keterampilan individu, pengetahuan, pengalaman, dan kebijakan rumah sakit ,atau uraian tugas wewenang (UTW).

Beberapa asuhan dapat dilakukan oleh pasien/keluarganya atau pemberi asuhan terlatih (*care giver*).

Pelaksanaan asuhan dan pelayanan harus dikoordinasikan dan diintegrasikan oleh semua profesional pemberi asuhan (PPA) dapat dibantu oleh staf klinis lainnya.

Asuhan pasien terintegrasi dilaksanakan dengan beberapa elemen.

- Dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) sebagai pimpinan klinis/ketua tim PPA (*clinical leader*).
- PPA bekerja sebagai tim interdisiplin dengan kolaborasi interprofesional, menggunakan alur klinis/*clinical pathway*, perencanaan pemulangan pasien terintegrasi/*integrated discharge planning*.
- Manajer Pelayanan Pasien/*Case Manager* menjaga kesinambungan pelayanan.
- Keterlibatan serta pemberdayaan pasien dan keluarga dalam asuhan bersama PPA harus memastikan:
  - asuhan direncanakan untuk memenuhi kebutuhan pasien yang unik berdasar

- atas asesmen;
- o rencana asuhan diberikan kepada tiap pasien;
- o respons pasien terhadap asuhan dimonitor;
- o rencana asuhan dimodifikasi bila perlu berdasar atas respons pasien.

## ❖ **PEMBERIAN PELAYANAN UNTUK SEMUA PASIEN**

### **Standar PAP 1**

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk pemberian asuhan yang seragam kepada pasien.

#### **Maksud dan Tujuan PAP 1**

Pasien dengan masalah kesehatan dan kebutuhan pelayanan yang sama berhak mendapat kualitas asuhan yang sama di rumah sakit. Untuk melaksanakan prinsip kualitas asuhan yang setingkat mengharuskan pimpinan merencanakan dan mengoordinasi pelayanan pasien. Secara khusus, pelayanan yang diberikan kepada populasi pasien yang sama pada berbagai unit kerja dipandu oleh regulasi yang menghasilkan pelayanan yang seragam. Sebagai tambahan, pimpinan harus menjamin bahwa rumah sakit menyediakan tingkat kualitas asuhan yang sama setiap hari dalam seminggu dan pada setiap *shift*. Regulasi tersebut harus sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku yang membentuk proses pelayanan pasien dan dikembangkan secara kolaboratif.

Asuhan pasien yang seragam terefleksi sebagai berikut:

- a) akses untuk asuhan dan pengobatan yang memadai dan diberikan oleh PPA yang kompeten tidak bergantung pada hari setiap minggu atau waktunya setiap hari ("3-24-7");
- b) penggunaan alokasi sumber daya yang sama, antara lain staf klinis dan pemeriksaan diagnostik untuk memenuhi kebutuhan pasien pada populasi yang sama;
- c) pemberian asuhan yang diberikan kepada pasien, contoh pelayanan anestesi sama di semua unit pelayanan di rumah sakit;
- d) pasien dengan kebutuhan asuhan keperawatan yang sama menerima asuhan keperawatan yang setara di seluruh rumah sakit;
- e) penerapan serta penggunaan regulasi dan form dalam bidang klinis antara lain metode asesmen IAR (Informasi, Analisis, Rencana), form asesmen awal-asesmen ulang, PPK, alur klinis terintegrasi/*clinical pathway*, pedoman manajemen nyeri, dan regulasi untuk berbagai tindakan antara lain *water sealed drainage*, pemberian transfusi darah, biopsi ginjal, pungsi lumbal, dsb.

Asuhan pasien yang seragam menghasilkan penggunaan sumber daya secara efisien dan memungkinkan membuat evaluasi hasil asuhan (*outcome*) untuk asuhan yang sama di seluruh rumah sakit.

### **Elemen Penilaian PAP1**

1. Rumah sakit menetapkan regulasi bagi pimpinan unit pelayanan untuk bekerja sama memberikan proses asuhan seragam dan mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku. (R)
2. Asuhan seragam diberikan sesuai persyaratan sesuai butir a) sampai dengan e) pada maksud dan tujuan PAP 1. (D,W)

### **Standar PAP 2**

Ditetapkan proses untuk melakukan integrasi serta koordinasi pelayanan dan asuhan kepada setiap pasien.

### **Maksud dan Tujuan PAP 2**

Proses pelayanan dan asuhan pasien bersifat dinamis dan melibatkan banyak PPA yang dapat melibatkan berbagai unit pelayanan. Integrasi dan koordinasi kegiatan pelayanan dan asuhan pasien merupakan sasaran yang menghasilkan efisiensi, penggunaan SDM dan sumber lainnya efektif, dan hasil asuhan pasien yang lebih baik. Kepala unit pelayanan menggunakan alat dan teknik untuk melakukan integrasi dan koordinasi pelayanan serta asuhan lebih baik (contoh, asuhan secara tim oleh PPA, ronde pasien multidisiplin, form catatan perkembangan pasien terintegrasi, dan manajer pelayanan pasien/*case manager*). (lihat juga AP 4, Maksud dan Tujuan)

Pelayanan berfokus pada pasien (PCC) diterapkan dalam bentuk asuhan pasien terintegrasi yang bersifat integrasi horizontal dan vertikal. Pada integrasi horizontal kontribusi profesi tiap-tiap PPA sama pentingnya/ sederajat. Pada integrasi vertikal pelayanan berjenjang oleh/melalui berbagai unit pelayanan ke tingkat pelayanan yang berbeda, di sini peran MPP penting untuk integrasi tersebut dengan komunikasi yang memadai dengan PPA.

Pelaksanaan Asuhan Pasien Terintegrasi pusatnya adalah pasien dan mencakup elemen sebagai berikut:

- keterlibatan dan pemberdayaan pasien dan keluarga. (lihat PAP 4, PAP 2, PAP 5);
- DPJP sebagai Ketua tim PPA (*Clinical Leader*);
- PPA bekerja sebagai tim interdisiplin dengan kolaborasi interprofesional, antara lain memakai Panduan Praktik Klinis (PPK), Panduan Asuhan PPA lainnya disertai Alur Klinis terintegrasi/*Clinical Pathway*, dan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi/CPPT;
- Perencanaan Pemulangan Pasien/*Discharge Planning* terintegrasi;
- Asuhan Gizi Terintegrasi (lihat PAP 5);
- Manajer Pelayanan Pasien/*Case Manager*.

Pendokumentasian di rekam medis merupakan alat utk memfasilitasi dan menggambarkan integrasi serta koordinasi asuhan. Secara khusus, setiap PPA

mencatat observasi dan pengobatan di rekam medis pasien. Demikian juga, setiap hasil atau simpulan dari rapat tim atau diskusi pasien dicatat dlm CPPT. (lihat juga PAP5, EP 2)

### **Elemen Penilaian PAP2**

1. Ada regulasi yang mengatur pelayanan dan asuhan terintegrasi di dan antarberbagai unit pelayanan. (R)
2. Rencana asuhan diintegrasikan dan dikoordinasikan di dan antarberbagai unit pelayanan. (lihat juga ARK 2, EP 3). (D,O,W)
3. Pemberian asuhan diintegrasikan dan dikoordinasikan di dan antar berbagai unit pelayanan. (D,O,W)
4. Hasil atau simpulan rapat dari tim PPA atau diskusi lain tentang kerjasama didokumentasikan dalam CPPT. (D,W)

### **Standar PAP 2.1**

Rencana asuhan individual setiap pasien dibuat dan didokumentasikan.

### **Maksud dan Tujuan PAP 2.1**

Rencana asuhan menjelaskan asuhan dan pengobatan/tindakan yang diberikan kepada seorang pasien. Rencana asuhan memuat satu paket tindakan yang dilakukan oleh PPA untuk memecahkan atau mendukung diagnosis yang ditegakkan melalui asesmen. Tujuan utama rencana asuhan adalah memperoleh hasil klinis yang optimal.

Proses perencanaan bersifat kolaboratif menggunakan data berasal dari asesmen awal dan asesmen ulang yang dilakukan oleh dokter dan PPA lainnya (perawat, ahli gizi, apoteker, dsb.) untuk mengetahui dan menetapkan prioritas tindakan, prosedur, dan asuhan PPA lainnya untuk memenuhi kebutuhan pasien.

Pasien dan keluarga dilibatkan dalam proses perencanaan. Rencana asuhan diselesaikan dalam waktu 24 jam terhitung saat diterima sebagai pasien rawat inap. Berdasar atas hasil assesmen ulang, rencana asuhan diperbaharui atau disempurnakan untuk dapat menggambarkan kondisi pasien terkini. Rencana asuhan didokumentasikan di rekam medik pasien.

Rencana asuhan pasien harus terkait dengan kebutuhan pasien. Kebutuhan ini mungkin berubah sebagai hasil dari proses penyembuhan klinis atau ada informasi baru hasil asesmen ulang (contoh, hilangnya kesadaran, hasil laboratorium yang abnormal). (lihat PAP 8.7; PAP 9).

Rencana asuhan direvisi berdasar atas perubahan-perubahan ini dan didokumentasikan di rekam medis pasien sebagai catatan dari rencana semula atau hal ini dapat menghasilkan rencana asuhan baru.

Salah satu cara untuk membuat rencana asuhan adalah mengetahui dan menetapkan sasaran-sasaran. Sasaran terukur dapat dipilih oleh DPJP dan bekerja sama dengan

perawat dan PPA lainnya. Sasaran terukur dapat diamati dan dapat dicapai terkait dengan asuhan pasien dan dari hasil klinis yang diharapkan. Sasaran ini harus realistis, spesifik pada pasien, dan harus terkait waktu untuk mengukur kemajuan serta hasil terkait dengan encana asuhan. Contoh dari sasaran realistis dan terukur sebagai berikut:

- kondisi pasien kembali dengan fungsi (*out put*) jantung stabil melalui detak jantung, irama jantung, dan tekanan darah berada di kisaran normal;
- pasien dapat menunjukkan mampu memberi sendiri suntikan insulin sebelum pasien pulang keluar dari rumah sakit;
- pasien mampu berjalan dengan “*walker*” (alat bantu untuk berjalan) menuju ruangan tamu dan kedua kakinya mampu menanggung beban berat badan.

DPJP sebagai ketua tim PPA melakukan evaluasi/*review* berkala dan verifikasi harian untuk menjaga terlaksananya asuhan terintegrasi dan membuat notasi sesuai dengan kebutuhan.

Catatan: satu rencana asuhan terintegrasi dengan sasaran-sasaran yang diharapkan oleh PPA lebih baik daripada rencana terpisah oleh PPA masing-masing. Rencana asuhan yang baik menjelaskan asuhan individual, objektif, dan sasaran dapat diukur untuk memudahkan asesmen ulang serta revisi rencana asuhan. (lihat PPK 4)

### **Elemen Penilaian PAP 2.1**

1. Ada regulasi asuhan untuk setiap pasien direncanakan oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP), perawat, dan PPA lainnya dalam waktu 24 jam sesudah pasien masuk rawat inap. (R)
2. Rencana asuhan dibuat untuk setiap pasien dan dicatat oleh PPA yang memberikan asuhan di rekam medis pasien. (D,W)
3. Rencana asuhan pasien terintegrasi dibuat dengan sasaran berdasar atas data asesmen awal dan kebutuhan pasien. (D,W)
4. Rencana asuhan dievaluasi secara berkala sesuai dengan kondisi pasien, dimutakhirkan, atau direvisi oleh tim PPA berdasar atas asesmen ulang. (D,W)
5. Perkembangan tiap pasien dievaluasi berkala dan dibuat notasi pada CPPT oleh DPJP sesuai dengan kebutuhan dan diverifikasi harian oleh DPJP. (D,W)

### **Standar PAP 2.2**

Rumah sakit menetapkan regulasi yang mengatur metode memberi instruksi.

### **Maksud dan Tujuan PAP 2.2**

Banyak kegiatan asuhan pasien membutuhkan seorang PPA yang kompeten dan berwenang untuk menuliskan instruksi yang harus dicatat di rekam medik pasien. Kegiatan ini meliputi, misalnya instruksi untuk pemeriksaan di laboratorium (antara lain termasuk laboratorium Patologi Anatomi), memesan obat, asuhan keperawatan khusus, terapi nutrisi, dsb. Instruksi ini harus dapat tersedia dengan mudah jika instruksi harus dilaksanakan secepat-cepatnya. Menempatkan instruksi di lembar umum atau di tempat tertentu di dalam berkas rekam medik memudahkan pelaksanaan instruksi.

Instruksi tertulis membantu staf mengerti kekhususan perintah, kapan harus dilaksanakan, serta siapa harus melaksanakannya dan bersifat delegatif atau mandat.

Instruksi tertulis dapat juga diberikan di form tersendiri atau diberikan dengan sistem elektronik sesuai dengan regulasi rumah sakit.

Setiap rumah sakit harus mengatur

- o jenis instruksi harus tertulis dan dicatat;
- o permintaan pemeriksaan semua laboratorium (antara lain termasuk pemeriksaan laboratorium PA) dan diagnostik imaging tertentu harus disertai indikasi klinik
- o pengecualian dalam keadaan khusus, seperti antara lain di unit darurat dan unit intensif;
- o siapa yang diberi kewenangan memberi instruksi dan perintah diletakkan di dalam berkas rekam medik pasien. (lihat juga SKP 2; PKPO 4; PKPO 1; PKPO 4.2; PKPO 4.3; MIRM 1.10 MIRM 11)

### **Elemen Penilaian PAP 2.2**

1. Rumah sakit menetapkan regulasi tata cara pemberian instruksi. (R)
2. Instruksi diberikan hanya oleh mereka yang kompeten dan berwenang. (lihat KKS 3). (D,W)
3. Permintaan untuk pemeriksaan laboratorium dan diagnostik imaging harus disertai indikasi klinik apabila meminta hasilnya berupa interpretasi. (D,W)
4. Instruksi didokumentasikan di lokasi tertentu di dalam berkas rekam medik pasien. (D,W)

### **Standar PAP 2.3**

Rumah sakit menetapkan regulasi tindakan klinik dan diagnostik yang diminta, dilaksanakan dan diterima hasilnya, serta disimpan di berkas rekam medis pasien.

### **Maksud dan Tujuan PAP 2.3**

Contoh tindakan seperti ini adalah endoskopi, kateterisasi jantung, terapi radiasi, CT scan, tindakan invasif lain, serta pada pemeriksaan laboratorium (PK, PA) juga pada radiologi intervensional dan noninvasif. Informasi tentang siapa yang meminta prosedur/ tindakan ini serta alasannya dicatat dan dimasukkan di dalam berkas rekam medis pasien. Pada rawat jalan apabila dilakukan tindakan diagnostik invasif/berisiko termasuk pasien yang dirujuk dari luar juga harus dilakukan asesmen serta pencatatannya dalam rekam medis.

### **Elemen Penilaian PAP 2.3**

1. Ada regulasi tentang tindakan klinik dan diagnostik serta pencatatannya di rekam medis. (R)
2. Staf yang meminta beserta apa alasan dilakukan tindakan dicatat di rekam medis pasien. (D)
3. Hasil tindakan dicatat di rekam medis pasien. (D)
4. Pada pasien rawat jalan bila dilakukan tindakan diagnostik invasif/berisiko harus dilakukan asesmen serta pencatatannya dalam rekam medis. (D,W)

### **Standar PAP 2.4**

Pasien dan keluarga diberi tahu tentang hasil asuhan dan pengobatan termasuk hasil asuhan yg tidak diharapkan.

### **Maksud dan Tujuan PAP 2.4**

Asuhan dan proses pengobatan merupakan siklus berkesinambungan dari asesmen dan asesmen ulang, perencanaan serta pemberian asuhan, dan evaluasi hasil. Pasien dan keluarga diberitahukan tentang hasil proses asesmen, perencanaan asuhan dan pengobatan, serta diikutsertakan dalam pengambilan keputusan. Langkah asuhan bersifat siklis sehingga pasien perlu diberi informasi tentang hasil asuhan, perkembangan dan pengobatan, termasuk informasi hasil asuhan yang tidak diharapkan. Pemberian informasi tersebut dilakukan oleh PPA terkait untuk KTD oleh DPJP.

### **Elemen Penilaian PAP 2.4**

1. Pasien dan keluarga diberikan informasi tentang hasil asuhan dan pengobatan. (lihat juga HPK 2.1.1, EP 1). (D,W)
2. Pasien dan keluarga diberikan informasi tentang hasil asuhan dan pengobatan yg tidak diharapkan. (lihat juga HPK 2.1.1, EP 2). (D,W)

## **❖ PELAYANAN PASIEN RISIKO TINGGI DAN PENYEDIAAN PELAYANAN RISIKO TINGGI**

### **Standar PAP 3**

Rumah sakit menetapkan regulasi bahwa asuhan pasien risiko tinggi dan pemberian pelayanan risiko tinggi diberikan berdasar atas panduan praktik klinis dan peraturan perundangan.

### **Maksud dan Tujuan PAP 3**

Rumah sakit memberi asuhan kepada pasien untuk berbagai kebutuhannya atau kebutuhan pada keadaan kritis. Beberapa pasien digolongkan masuk dalam kategori risiko tinggi karena umurnya, kondisinya, dan kebutuhan pada keadaan kritis. Anak-anak dan lansia biasanya dimasukkan ke dalam golongan ini karena mereka biasanya tidak dapat menyampaikan keinginannya, tidak mengerti proses asuhan yang diberikan, dan tidak dapat ikut serta dalam mengambil keputusan terkait dirinya. Sama juga halnya dengan pasien darurat yang ketakutan, koma, dan bingung tidak mampu memahami proses asuhannya apabila pasien harus diberikan asuhan cepat dan efisien.

Rumah sakit juga memberikan berbagai pelayanan, beberapa dikenal sebagai pelayanan risiko tinggi karena tersedia peralatan medis yang kompleks untuk kebutuhan pasien dengan kondisi darurat yang mengancam jiwa (pasien dialisis), karena sifat tindakan (pasien dengan pemberian darah/produk darah), mengatasi potensi bahaya bagi pasien (pasien *restrain*), atau mengatasi akibat intoksikasi obat risiko tinggi (contoh kemoterapi).

Asuhan bagi pasien risiko tinggi tersebut didukung oleh penggunaan PPK, regulasi

lainnya dan rencana asuhan, *clinical pathway*, dsb. (lihat PAP 2.1.). Hal ini berguna bagi staf untuk memahami dan merespons dengan sikap profesional.

Dalam hal ini pimpinan rumah sakit bertanggung jawab sesuai dengan populasi pasien untuk

- identifikasi pasien yang digolongkan sebagai risiko tinggi;
- identifikasi pelayanan yang digolongkan sebagai risiko tinggi;
- melalui proses kolaborasi menetapkan regulasi asuhan;
- melatih staf untuk melaksanakan regulasi.

Regulasi untuk asuhan disesuaikan dengan populasi pasien risiko tinggi dan pelayanan risiko tinggi yang berguna untuk menurunkan risiko. Dalam hal ini penting dipahami bahwa prosedur dapat mengidentifikasi

- bagaimana rencana akan berjalan, termasuk identifikasi perbedaan populasi anak dengan dewasa, atau pertimbangan khusus lainnya;
- dokumentasi yang dibutuhkan agar tim asuhan dapat bekerja dan berkomunikasi efektif;
- keperluan *informed consent*;
- keperluan monitor pasien;
- kualifikasi khusus staf yang terlibat dalam proses asuhan;
- teknologi medis khusus tersedia dan dapat digunakan.

Rumah sakit menetapkan dan melaksanakan regulasi untuk pasien risiko tinggi dan pelayanan risiko tinggi. Untuk pasien risiko tinggi meliputi

- pasien emergensi;
- pasien dengan penyakit menular;
- pasien koma;
- pasien dengan alat bantuan hidup dasar;
- pasien "*immuno-suppressed*";
- pasien dialisis;
- pasien dengan *restrain*;
- pasien dengan risiko bunuh diri;
- pasien yang menerima kemoterapi;
- populasi pasien rentan, lansia, anak-anak, dan pasien berisiko tindak kekerasan atau diterlantarkan; dan
- pasien risiko tinggi lainnya.

Untuk pelayanan risiko tinggi meliputi

- pelayanan pasien dengan penyakit menular;
- pelayanan pasien yang menerima dialisis;
- pelayanan pasien yang menerima kemoterapi;
- pelayanan pasien yang menerima radioterapi;

- pelayanan pasien risiko tinggi lainnya (misalnya terapi hiperbarik dan pelayanan radiologi intervensi).

Rumah sakit juga menetapkan risiko tambahan sebagai hasil tindakan atau rencana asuhan (contoh, kebutuhan mencegah trombosis vena dalam, luka dekubitus, infeksi terkait penggunaan ventilator pada pasien, cedera neurologis dan pembuluh darah pada pasien *restrain*, infeksi melalui pembuluh darah pada pasien dialisis, infeksi saluran/slang sentral, dan pasien jatuh (lihat SKP VI). Risiko tersebut jika ada, diatasi dan dicegah oleh edukasi staf serta regulasi yang memadai. (lihat HPK 5.2). Rumah sakit menggunakan informasi pengukuran untuk evaluasi pelayanan yang diberikan kepada pasien risiko tinggi dan diintegrasikan ke dalam program peningkatan mutu rumah sakit.

Rumah sakit juga menetapkan risiko tambahan sebagai hasil tindakan atau rencana asuhan (contoh, kebutuhan mencegah trombosis vena dalam, luka decubitus, infeksi terkait penggunaan ventilator pada pasien, cedera neurologis dan pembuluh darah pada pasien *restrain*, infeksi melalui pembuluh darah pada pasien dialisis, infeksi saluran / slang sentral, dan pasien jatuh (lihat SKP VI). Risiko tsb, jika ada, diatasi dan dicegah oleh edukasi staf dan regulasi yang memadai. (lihat HPK 5.2). Rumah sakit menggunakan informasi pengukuran untuk evaluasi pelayanan yang diberikan kepada pasien risiko tinggi dan diintegrasikan ke dalam program peningkatan mutu rumah sakit.

### **Elemen Penilaian PAP 3**

1. Ada regulasi proses identifikasi pasien risiko tinggi dan pelayanan risiko tinggi sesuai dengan populasi pasiennya serta penetapan risiko tambahan yang mungkin berpengaruh pada pasien risiko tinggi dan pelayanan risiko tinggi. (R)
2. Staf dilatih untuk pemberian pelayanan pada pasien risiko tinggi dan pelayanan risiko tinggi. (lihat MKI 8.1, EP 3). (D,O,W)
3. Ada bukti pelaksanaan pemberian pelayanan pada pasien risiko tinggi dan pelayanan risiko tinggi. (lihat MKI 8.1, EP 3). (D,O,W)
4. Ada bukti pengembangan pelayanan risiko tinggi dimasukkan ke dalam program peningkatan mutu rumah sakit. (D,W)

### **❖ DETEKSI (MENGENALI) PERUBAHAN KONDISI PASIEN**

#### **Standar PAP 3.1**

Staf klinis dilatih untuk mendeteksi (mengenali) perubahan kondisi pasien memburuk dan mampu melakukan tindakan.

#### **Maksud dan Tujuan PAP 3.1**

Staf yang tidak bekerja di daerah pelayanan kritis/ intensif mungkin tidak mempunyai pengetahuan dan pelatihan yang cukup untuk melakukan asesmen serta mengetahui pasien yang akan masuk dalam kondisi kritis. Padahal, ,banyak pasien di luar daerah pelayanan kritis mengalami keadaan kritis selama dirawat inap. Sering kali pasien

memperlihatkan tanda bahaya dini (contoh, tanda-tanda vital yang memburuk dan perubahan kecil status neurologisnya) sebelum mengalami penurunan kondisi klinis yang meluas sehingga mengalami kejadian yang tidak diharapkan.

Ada kriteria fisiologis yang dapat membantu staf untuk mengenali sedini-dininya pasien yang kondisinya memburuk. Sebagian besar pasien yang mengalami gagal jantung atau gagal paru sebelumnya memperlihatkan tanda-tanda fisiologis di luar kisaran normal yang merupakan indikasi keadaan pasien memburuk. Hal ini dapat diketahui dengan *early warning system* (EWS).

Penerapan *early warning system* (EWS) membuat staf mampu mengidentifikasi keadaan pasien memburuk sedini-dininya dan bila perlu mencari bantuan staf yang kompeten. Dengan demikian, hasil asuhan akan lebih baik.

Pelaksanaan *early warning system* (EWS) dapat dilakukan menggunakan sistem skor. Semua staf dilatih untuk menggunakan *early warning system* (EWS).

### **Elemen Penilaian PAP3.1**

1. Ada regulasi pelaksanaan *early warning system* (EWS). (R)
2. Ada bukti staf klinis dilatih menggunakan *early warning system* (EWS). (D,W)
3. Ada bukti staf klinis mampu melaksanakan *early warning system* (EWS). (D,W,S)
4. Tersedia pencatatan hasil *early warning system* (EWS). (D,W)

## **❖ PELAYANAN RESUSITASI**

### **Standar PAP3.2**

Pelayanan resusitasi tersedia di seluruh area rumah sakit.

### **Maksud dan Tujuan PAP 3.2**

Pelayanan resusitasi diartikan sebagai intervensi klinis pada pasien yang mengalami kejadian mengancam hidupnya seperti henti jantung atau paru. Pada saat henti jantung atau paru maka pemberian kompresi pada dada atau bantuan pernapasan akan berdampak pada hidup atau matinya pasien, setidaknya-tidaknya menghindari kerusakan jaringan otak.

Resusitasi yang berhasil pada pasien dengan henti jantung-paru bergantung pada intervensi yang kritikal/penting seperti secepat-cepatnya dilakukan defibrilasi dan bantuan hidup lanjut (*advance*) yang akurat (*code blue*). Pelayanan seperti ini harus tersedia untuk semua pasien selama 24 jam setiap hari.

Sangat penting untuk dapat memberikan pelayanan intervensi yang kritikal, yaitu tersedia dengan cepat peralatan medis terstandar, obat resusitasi, dan staf terlatih yang baik untuk resusitasi. Bantuan hidup dasar harus dilakukan secepatnya saat diketahui ada tanda henti jantung-paru dan proses pemberian bantuan hidup kurang dari 5 (lima) menit. Hal ini termasuk *review* terhadap pelaksanaan sebenarnya

resusitasi atau terhadap simulasi pelatihan resusitasi di rumah sakit. Pelayanan resusitasi tersedia di seluruh area rumah sakit termasuk peralatan medis dan staf terlatih, berbasis bukti klinis, dan populasi pasien yang dilayani (contoh, jika rumah sakit mempunyai populasi pediatri, peralatan medis untuk resusitasi pediatri). (lihat PAB 3; KPS 8.1; TKP 9; MFK 8).

Catatan: seluruh area rumah sakit tempat tindakan dan pelayanan diberikan, termasuk area tindakan diagnostik di gedung terpisah dari gedung rumah sakit.

### **Elemen Penilaian PAP 3.2**

1. Ada regulasi pelayanan resusitasi yang tersedia dan diberikan selama 24 jam setiap hari di seluruh area rumah sakit, serta peralatan medis untuk resusitasi dan obat untuk bantuan hidup dasar terstandar sesuai dengan kebutuhan populasi pasien. (lihat PAB 3, EP 3).(R)
2. Di seluruh area rumah sakit bantuan hidup dasar diberikan segera saat dikenali henti jantung-paru dan tindak lanjut diberikan kurang dari 5 menit. (W,S)
3. Staf diberi pelatihan pelayanan resusitasi. (D,W)

### **Maksud dan Tujuan PAP 3.3 s.d. PAP 3.9**

Regulasi harus dibuat secara khusus untuk kelompok pasien yang berisiko atau pelayanan yang berisiko tinggi agar tepat dan efektif dalam mengurangi risiko terkait. Sangatlah penting bahwa kebijakan dan prosedur mengatur hal tersebut.

- a. Bagaimana perencanaan dibuat termasuk identifikasi perbedaan pasien dewasa dengan anak atau keadaan khusus lain.
- b. Dokumentasi yang diperlukan oleh pelayanan secara tim untuk bekerja dan berkomunikasi secara efektif.
- c. Pertimbangan persetujuan khusus bila diperlukan.
- d. Persyaratan pemantauan pasien.
- e. Kompetensi atau keterampilan yang khusus staf yg terlibat dalam proses asuhan.
- f. Ketersediaan dan penggunaan peralatan khusus.

Pengobatan risiko tinggi lainnya selain kemoterapi termasuk antara lain radioterapi, KCl pekat, heparin, dsb.

Catatan: untuk standar PAP 3.3 s.d. PAP 3.9 maka elemen 1 s.d. 6 pada maksud dan tujuan harus tercermin dalam kebijakan dan prosedur yang disyaratkan.

## **❖ PELAYANAN DARAH**

### **Standar PAP3.3**

Pelayanan darah dan produk darah dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

### **Maksud dan Tujuan PAP 3.3**

Pelayanan darah dan produk darah harus diberikan sesuai dengan peraturan perundang-perundangan meliputi antara lain

- 1) pemberian persetujuan (*informed consent*);
- 2) pengadaan darah;
- 3) identifikasi pasien;
- 4) pemberian darah;
- 5) monitoring pasien;
- 6) identifikasi dan respons terhadap reaksi transfuse.

Staf kompeten dan berwenang melaksanakan pelayanan darah dan produk darah serta melakukan monitoring dan evaluasi.

### **Elemen Penilaian PAP 3.3**

1. Ada regulasi pelayanan darah dan produk darah meliputi butir 1 sampai dengan 6 pada maksud dan tujuan. (lihat AP5.11 EP 2). (R)
2. Ada bukti pelaksanaan proses meliputi butir 1) sampai dengan 6) pada maksud dan tujuan. (D,W)
3. Ada bukti staf yang kompeten dan berwenang melaksanakan pelayanan darah dan produk darah serta melakukan monitoring dan evaluasi. (lihat AP 5.11, EP 1). (D,W)

## **❖ PELAYANAN PASIEN KOMA DAN YANG MENGGUNAKAN VENTILATOR**

### **Standar PAP 3.4**

Rumah sakit menetapkan regulasi asuhan pasien yang menggunakan alat bantu hidup dasar atau pasien koma.

### **Elemen Penilaian PAP 3.4**

1. Ada regulasi asuhan pasien alat bantu hidup dasar atau pasien koma. (R)
2. Ada bukti pelaksanaan asuhan pasien dengan alat bantu hidup sesuai dengan regulasi. (D,W).
3. Ada bukti pelaksanaan asuhan pasien koma sesuai dengan regulasi. (D,W).

## **❖ PELAYANAN PASIEN PENYAKIT MENULAR DAN PENURUNAN DAYA TAHAN (*IMMUNO-SUPPRESSED*)**

### **Standar PAP 3.5**

Regulasi mengarahkan asuhan pasien penyakit menular dan *immuno-suppressed*.

### **Elemen Penilaian PAP 3.5**

1. Ada regulasi suhan pasien penyakit menular dan *immuno-suppressed*. (R).
2. Ada bukti pelaksanaan asuhan pasien penyakit menular sesuai dengan regulasi. (D,W).
3. Ada bukti pelaksanaan asuhan pasien *immuno-suppressed* sesuai dengan regulasi. (D,W).

## ❖ PELAYANAN PASIEN DIALISIS

### Standar PAP 3.6

Regulasi mengarahkan asuhan pasien dialisis (cuci darah).

### Elemen Penilaian PAP 3.6

1. Ada regulasi asuhan pasien dialisis. (R)
2. Ada bukti pelaksanaan asuhan pasien dialisis sesuai dengan regulasi. (D,W).
3. Ada bukti dilakukan evaluasi kondisi pasien secara berkala. (D,W)

## ❖ PELAYANAN PASIEN *RESTRAIN*

### Standar PAP 3.7

Rumah sakit menetapkan pelayanan penggunaan alat penghalang (*restraint*).

### Elemen Penilaian PAP 3.7

1. Ada regulasi pelayanan penggunaan alat penghalang (*restraint*). (R).
2. Ada bukti pelaksanaan pelayanan penggunaan alat penghalang (*restraint*) sesuai dengan regulasi. (D,W)
3. Ada bukti dilakukan evaluasi pasien secara berkala. (D,W)

## ❖ PELAYANAN PASIEN POPULASI KHUSUS

### Standar PAP 3.8

Rumah sakit memberikan pelayanan khusus terhadap pasien usia lanjut, mereka yang cacat, anak, serta populasi yang berisiko disiksa dan risiko tinggi lainnya termasuk pasien dengan risiko bunuh diri.

### Elemen Penilaian PAP 3.8

1. Ada regulasi pelayanan khusus terhadap pasien yang lemah, lanjut usia, anak, dan yang dengan ketergantungan bantuan, serta populasi yang berisiko disiksa dan risiko tinggi lainnya termasuk pasien dengan risiko bunuh diri. (R)
2. Ada bukti pelaksanaan asuhan pasien yang lemah dan lanjut usia yang tidak mandiri menerima asuhan sesuai dengan regulasi. (D,W)
3. Ada bukti pelaksanaan asuhan pasien anak dan anak dengan ketergantungan sesuai dengan regulasi. (D,W)
4. Ada bukti pelaksanaan asuhan terhadap populasi pasien dengan risiko

kekerasan dan risiko tinggi lainnya termasuk pasien dengan risiko bunuh diri sesuai dengan regulasi. (D,W)

## ❖ PELAYANAN PASIEN KEMOTERAPI DAN TERAPI LAIN YANG BERISIKO TINGGI

### Standar PP 3.9

Rumah sakit memberikan pelayanan khusus terhadap pasien yang mendapat kemoterapi atau pelayanan lain yang berisiko tinggi (misalnya terapi hiperbarik dan pelayanan radiologi intervensi).

### Elemen Penilaian PP 3.9

1. Ada regulasi pelayanan khusus terhadap pasien yang mendapat kemoterapi atau pelayanan lain yang berisiko tinggi. (R)
2. Ada bukti pelaksanaan pelayanan pasien yang mendapat kemoterapi sesuai dengan regulasi. (D,W)
3. Ada bukti pelaksanaan pelayanan risiko tinggi lain (misalnya terapi hiperbarik dan pelayanan radiologi intervensi) sesuai dengan regulasi. (D,W)

## ❖ MAKANAN DAN TERAPI GIZI

### Standar PAP 4

Tersedia berbagai pilihan makanan sesuai dengan status gizi pasien dan konsisten dengan asuhan klinisnya.

### Maksud dan Tujuan PAP 4

Makanan dan nutrisi yang sesuai sangat penting bagi kesehatan pasien dan penyembuhannya. Pilihan makanan disesuaikan dengan usia, budaya, pilihan, rencana asuhan, diagnosis pasien termasuk juga antara lain diet khusus seperti rendah kolesterol dan diet diabetes melitus. Berdasar atas asesmen kebutuhan dan rencana asuhan maka DPJP atau PPA lain yang kompeten memesan makanan dan nutrisi lainnya untuk pasien. (lihat PAP 1.4)

Pasien berhak menentukan makanan sesuai dengan nilai yang dianut. Bila memungkinkan pasien ditawarkan pilihan makanan yang konsisten dengan status gizi.

Jika keluarga pasien atau ada orang lain mau membawa makanan untuk pasien maka kepada mereka diberikan edukasi tentang makanan yang merupakan kontraindikasi terhadap rencana, kebersihan (*hygiene*) makanan dan kebutuhan asuhan pasien termasuk informasi terkait interaksi antara obat dan makanan. Makanan yang dibawa oleh keluarga atau orang lain disimpan dengan benar untuk mencegah kontaminasi.

#### **Elemen Penilaian PAP 4**

1. Rumah sakit menetapkan regulasi yang berkaitan dengan pelayanan gizi. (R)
2. Rumah sakit menyediakan makanan sesuai dengan kebutuhan pasien. (D,O,W)
3. Ada bukti proses pemesanan makanan pasien sesuai dengan status gizi dan kebutuhan pasien serta dicatat di rekam medis. (D,W)
4. Makanan disiapkan dan disimpan dengan mengurangi risiko kontaminasi dan pembusukan. (O,W)
5. Distribusi makanan dilaksanakan tepat waktu sesuai dengan kebutuhan. (D,O,W)
6. Jika keluarga membawa makanan bagi pasien, mereka diberi edukasi tentang pembatasan diet pasien dan risiko kontaminasi serta pembusukan sesuai dengan regulasi. (D,O,W,S)
7. Makanan yang dibawa keluarga atau orang lain disimpan secara benar untuk mencegah kontaminasi. (D,O,W)

#### **Standar PAP 5**

Pasien dengan risiko nutrisi menerima terapi gizi terintegrasi.

#### **Maksud dan Tujuan PAP 5**

Pasien pada asesmen awal diskriminasi untuk risiko nutrisi. (Lihat AP 1.4). Pasien ini dikonsultasikan ke ahli gizi untuk dilakukan asesmen lebih lanjut. Jika ditemukan risiko nutrisi maka dibuat rencana terapi gizi dan dilaksanakan. Kemajuan keadaan pasien dimonitor dan dicatat di rekam medis pasien. DPJP, perawat, ahli gizi, dan keluarga pasien bekerjasama dalam konteks asuhan gizi terintegrasi.

#### **Elemen Penilaian PAP 5**

1. Rumah sakit menetapkan regulasi untuk terapi gizi terintegrasi. (R)
2. Ada bukti pemberian terapi gizi terintegrasi pada pasien risiko nutrisi. (D,W)
3. Asuhan gizi terintegrasi mencakup rencana, pemberian, dan monitor terapi gizi. (D,W)
4. Evaluasi dan monitoring terapi gizi dicatat di rekam medis pasien. (lihat AP 2 EP 1). (D)

### **❖ PENGELOLAAN NYERI**

#### **Standar PAP 6**

Rumah sakit menetapkan pelayanan pasien untuk mengatasi nyeri.

#### **Maksud dan Tujuan PAP 6**

Nyeri dapat diakibatkan oleh kondisi, penyakit pasien, tindakan, atau pemeriksaan yang dilakukan. Sebagai bagian dari rencana asuhan maka pasien diberi informasi tentang kemungkinan timbul nyeri akibat tindakan, atau prosedur pemeriksaan, dan pasien diberitahu pilihan yang tersedia untuk mengatasi nyeri. Apapun yang menjadi sebab timbulnya nyeri jika tidak dapat diatasi akan berpengaruh secara fisik maupun

psikologis. Pasien dengan nyeri dilakukan asesmen dan pelayanan untuk mengatasi nyeri dengan tepat. (lihat HPK 2.2 dan PAP 1.5)

Berdasar atas cakupan asuhan yg diberikan maka rumah sakit menetapkan proses untuk melakukan skrining, asesmen, dan pelayanan untuk mengatasi nyeri meliputi

- identifikasi pasien untuk rasa nyeri pada asesmen awal dan asesmen ulang;
- memberi informasi kepada pasien bahwa nyeri dapat disebabkan oleh tindakan atau pemeriksaan;
- melaksanakan pelayanan untuk mengatasi nyeri terlepas dari mana nyeri itu berasal;
- melakukan komunikasi dan edukasi kepada pasien dan keluarga perihal pelayanan untuk mengatasi nyeri sesuai dengan latar belakang agama, budaya, nilai-nilai pasien, dan keluarga;
- melatih PPA tentang asesmen dan pelayanan untuk mengatasi nyeri.

#### **Elemen Penilaian PAP 6**

1. Rumah sakit menetapkan regulasi pelayanan pasien untuk mengatasi nyeri. (R)
2. Pasien nyeri menerima pelayanan untuk mengatasi nyeri sesuai dengan kebutuhan. (D,W)
3. Pasien dan keluarga diberikan edukasi tentang pelayanan untuk mengatasi nyeri sesuai dengan latar belakang agama, budaya, nilai-nilai pasien, dan keluarga. (D,W)
4. Pasien dan keluarga diberikan edukasi tentang kemungkinan timbulnya nyeri akibat tindakan yang terencana, prosedur pemeriksaan, dan pilihan yang tersedia untuk mengatasi nyeri. (D,W,S)
5. Rumah sakit melaksanakan pelatihan pelayanan mengatasi nyeri untuk staf. (D,W)

#### **❖ PELAYANAN DALAM TAHAP TERMINAL**

##### **Standar PAP 7**

Dilakukan asesmen dan asesmen ulang terhadap pasien dalam tahap terminal dan keluarganya sesuai dengan kebutuhan mereka.

##### **Maksud dan Tujuan PAP 7**

Asesmen dan asesmen ulang bersifat individual agar sesuai dengan kebutuhan pasien dalam tahap terminal (*dying*) dan keluarganya. Asesmen dan asesmen ulang harus menilai kondisi pasien seperti

- a) gejala mual dan kesulitan pernapasan;
- b) faktor yang memperparah gejala fisik;
- c) manajemen gejala sekarang dan respons pasien;
- d) orientasi spiritual pasien dan keluarga serta keterlibatan dalam kelompok

- agama tertentu;
- e) keprihatinan spiritual pasien dan keluarga seperti putus asa, penderitaan, dan rasa bersalah;
  - f) status psikososial pasien dan keluarganya seperti kekerabatan, kelayakan perumahan, pemeliharaan lingkungan, cara mengatasi, serta reaksi pasien dan keluarganya menghadapi penyakit;
  - g) kebutuhan bantuan atau penundaan layanan untuk pasien dan keluarganya;
  - h) Kebutuhan alternatif layanan atau tingkat layanan;
  - i) Faktor risiko bagi yang ditinggalkan dalam hal cara mengatasi dan potensi reaksi patologis atas kesedihan.

### **Elemen Penilaian PAP 7**

1. Ada regulasi asesmen awal dan ulang pasien dalam tahap terminal meliputi butir 1 sampai dengan 9 pada maksud dan tujuan. (R)
2. Ada bukti skrining dilakukan pada pasien yang diputuskan dengan kondisi harapan hidup yang kecil sesuai dengan regulasi. (D,W)
3. Pasien dalam tahap terminal dilakukan asesmen awal dan asesmen ulang. (D,W)
4. Hasil asesmen menentukan asuhan dan layanan yang diberikan. (D,W)
5. Asuhan dalam tahap terminal memperhatikan rasa nyeri pasien. (lihat juga HPK 2.2). (D,W)

### **Standar PAP 7.1**

Rumah sakit memberikan pelayanan pasien dalam tahap terminal dengan memperhatikan kebutuhan pasien dan keluarga serta mengoptimalkan kenyamanan dan martabat pasien yang didokumentasikan dalam rekam medis.

### **Maksud dan Tujuan PAP 7.1**

Pasien dalam tahap terminal membutuhkan asuhan dengan rasa hormat dan empati yang terungkap dalam asesmen (lihat PAP 1.7). Untuk melaksanakan ini, staf diberi pemahaman tentang kebutuhan pasien yang unik saat dalam tahap terminal. Kepedulian staf terhadap kenyamanan dan kehormatan pasien harus menjadi prioritas semua aspek asuhan pasien selama pasien berada dalam tahap terminal. Rumah sakit menetapkan proses untuk mengelola asuhan pasien dalam tahap terminal. Proses ini meliputi

- a) intervensi pelayanan pasien untuk mengatasi nyeri;
- b) memberikan pengobatan sesuai dengan gejala dan mempertimbangkan keinginan pasien dan keluarga;
- c) menyampaikan secara hati-hati soal sensitif seperti autopsi atau donasi organ;
- d) menghormati nilai, agama, serta budaya pasien dan keluarga;
- e) mengajak pasien dan keluarga dalam semua aspek asuhan;
- f) memperhatikan keprihatinan psikologis, emosional, spiritual, serta budaya pasien dan keluarga.

### **Elemen Penilaian PAP 7.1**

1. Rumah sakit menetapkan regulasi pelayanan pasien dalam tahap terminal meliputi butir 1 sampai dengan 6 pada maksud dan tujuan. (R)

2. Staf diedukasi tentang kebutuhan unik pasien dalam tahap terminal. (D,W)
3. Pelayanan pasien dalam tahap terminal memperhatikan gejala, kondisi, dan kebutuhan kesehatan atas hasil asesmen. (lihat PAP 1.7 EP 1). (D, W)
4. Pelayanan pasien dalam tahap terminal memperhatikan upaya mengatasi rasa nyeri pasien. (lihat juga HPK 2.2). (D,W)
5. Pelayanan pasien dalam tahap terminal memperhatikan kebutuhan biopsiko-sosial, emosional, budaya, dan spiritual. (D,W)
6. Pasien dan keluarga dilibatkan dalam keputusan asuhan termasuk keputusan *do not resuscitate/DNR*. (lihat juga HPK 2). (D,W)

## **BAB 5**

### **PELAYANAN ANESTESI DAN BEDAH**

#### **(PAB)**

#### **Gambaran Umum**

Tindakan anestesi, sedasi, dan intervensi bedah merupakan proses yang kompleks dan sering dilaksanakan di rumah sakit. Hal tersebut memerlukan

- 1) asesmen pasien yang lengkap dan menyeluruh;
- 2) perencanaan asuhan yang terintegrasi;
- 3) pemantauan yang terus menerus;
- 4) transfer ke ruang perawatan berdasar atas kriteria tertentu;
- 5) rehabilitasi;
- 6) transfer ke ruangan perawatan dan pemulangan.

Anestesi dan sedasi umumnya merupakan suatu rangkaian proses yang dimulai dari sedasi minimal hingga anestesi penuh. Oleh karena respons pasien dapat berubah-ubah sepanjang berlangsungnya rangkaian tersebut maka penggunaan anestesi dan sedasi diatur secara terpadu. Dalam bab ini dibahas anestesi serta sedasi sedang dan dalam yang keadaan ketiganya berpotensi membahayakan refleks protektif pasien terhadap fungsi pernapasan. Dalam bab ini tidak dibahas penggunaan sedasi minimal (*anxiolysis*) atau penggunaan sedasi untuk penggunaan ventilator.

Karena tindakan bedah juga merupakan tindakan yang berisiko tinggi maka harus direncanakan dan dilaksanakan secara hati-hati. Rencana prosedur operasi dan asuhan pascaoperasi dibuat berdasar atas asesmen dan didokumentasikan.

Standar pelayanan anestesi dan bedah berlaku di area manapun dalam rumah sakit yang menggunakan anestesi, sedasi sedang dan dalam, dan juga pada tempat dilaksanakannya prosedur pembedahan dan tindakan invasif lainnya yang membutuhkan persetujuan tertulis (*informed consent*) (lihat HPK.6.4). Area ini meliputi ruang operasi rumah sakit, rawat sehari, klinik gigi, klinik rawat jalan, endoskopi, radiologi, gawat darurat, perawatan intensif, dan tempat lainnya.

#### **❖ ORGANISASI DAN MANAJEMEN**

##### **Standar PAB 1**

Rumah sakit menyediakan pelayanan anestesi (termasuk sedasi sedang dan dalam) untuk memenuhi kebutuhan pasien dan pelayanan tersebut memenuhi peraturan perundang-undangan serta standar profesi.

## **Maksud dan Tujuan PAB 1**

Sedasi dan anestesi biasanya diartikan sebagai satu jalur layanan berkesinambungan dari sedasi minimal sampai anestesi dalam. Respons pasien bergerak mengikuti jalur ini dan selama menjalani perjalanan ini pasien menghadapi risiko pada refleks protektif jalan napas pasien. Sedasi dan anestesi adalah proses kompleks sehingga harus diintegrasikan ke dalam rencana asuhan. Sedasi dan anestesi membutuhkan asesmen lengkap dan komprehensif serta monitoring pasien terus menerus.

Rumah sakit mempunyai suatu sistem untuk pelayanan anestesi, serta sedasi moderat dan dalam untuk melayani kebutuhan pasien, kebutuhan pelayanan klinis yang ditawarkan, serta kebutuhan para PPA yang memenuhi peraturan perundang-undangan dan standar profesi.

Pelayanan anestesi, serta sedasi moderat dan dalam (termasuk layanan yang diperlukan untuk kegawatdaruratan) tersedia 24 jam.

## **Elemen Penilaian PAB 1**

1. Rumah sakit menetapkan regulasi pelayanan anestesi, serta sedasi moderat dan dalam yang memenuhi standar profesi serta peraturan perundang-undangan. (R)
2. Pelayanan anestesi, serta sedasi moderat dan dalam yang adekuat, regular, dan nyaman tersedia untuk memenuhi kebutuhan pasien, (O,W)
3. Pelayanan anestesi, serta sedasi moderat dan dalam (termasuk layanan yang diperlukan untuk kegawatdaruratan) tersedia 24 jam. (O,W)

## **Standar PAB 2**

Ada staf medis anestesi yang kompeten dan berwenang, bertanggung jawab untuk mengelola pelayanan anestesi, serta sedasi moderat dan dalam.

## **Maksud dan Tujuan PAB 2**

Pelayanan anestesi, serta sedasi moderat dan dalam berada di bawah penanggung jawab pelayanan anestesi yang memenuhi peraturan perundang-undangan. Tanggung jawab pelayanan anestesi, serta sedasi moderat dan dalam meliputi

- a) mengembangkan, menerapkan, dan menjaga regulasi;
- b) melakukan pengawasan administratif;
- c) menjalankan program pengendalian mutu yang dibutuhkan.

## **Elemen Penilaian PAB 2**

1. Ada regulasi rumah sakit yang mengatur pelayanan anestesi, serta sedasi moderat dan dalam seragam di seluruh rumah sakit (lihat PAP 1. EP 1) dan berada di bawah tanggung jawab seorang dokter anestesi sesuai dengan peraturan perundangan. (lihat TKRS 5). (R)

2. Ada bukti penanggung jawab pelayanan anestesi untuk mengembangkan, melaksanakan, dan menjaga regulasi seperti butir 1 sampai dengan 4 pada maksud dan tujuan. (DW)
3. Ada bukti penanggung jawab menjalankan program pengendalian mutu. (DW).
4. Ada bukti pelaksanaan supervisi dan evaluasi pelaksanaan pelayanan anestesi, serta sedasi moderat dan dalam di seluruh rumah sakit. (D,W)

### **Standar PAB 2.1**

Program mutu dan keselamatan pasien pada pelayanan anestesi, serta sedasi moderat dan dalam dilaksanakan dan didokumentasikan.

### **Maksud dan Tujuan Standar 2.1**

Pelayanan anestesi, serta sedasi moderat dan dalam merupakan tindakan yang berisiko, oleh karena itu perencanaan dan pelaksanaannya membutuhkan tingkat kehati-hatian dan akurasi tinggi. Berhubungan dengan hal itu maka rumah sakit menetapkan program mutu dan keselamatan pasien pada pelayanan anestesi, serta sedasi moderat dan dalam merupakan bagian dari program mutu dan keselamatan pasien, tetapi tidak terbatas pada

- a) pelaksanaan asesmen prasedasi dan pra-anestesi;
- b) proses monitoring status fisiologis selama anestesi;
- c) proses monitoring proses pemulihan anestesi dan sedasi dalam;
- d) evaluasi ulang bila terjadi konversi tindakan dari lokal/regional ke general.

### **Elemen Penilaian PAB 2.1**

1. Rumah sakit menetapkan program mutu dan keselamatan pasien dalam pelayanan anestesi, serta sedasi moderat dan dalam. (lihat PMKP 2.1). (R)
2. Ada bukti monitoring dan evaluasi pelaksanaan asesmen prasedasi dan pra-anestesi. (D,W)
3. Ada bukti monitoring dan evaluasi proses monitoring status fisiologis selama anestesi. (D,W)
4. Ada bukti monitoring dan evaluasi proses monitoring serta proses pemulihan anestesi dan sedasi dalam. (D,W)
5. Ada bukti monitoring dan evaluasi evaluasi ulang bila terjadi konversi tindakan dari lokal/regional ke general. (D,W)
6. Ada bukti pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien dalam anestesi, serta sedasi moderat dan dalam yang diintegrasikan dengan program mutu rumah sakit. (lihat PMKP 2.1). (D,W)

## **❖ PELAYANAN SEDASI**

### **Standar PAB 3**

Pemberian sedasi moderat dan dalam dilakukan sesuai dengan regulasi yang ditetapkan.

### **Maksud dan Tujuan PAB 3**

Prosedur pemberian sedasi moderat dan dalam yang diberikan secara intravena tidak bergantung pada berapa dosisnya.

Prosedur pemberian sedasi dilakukan seragam di tempat pelayanan di dalam rumah sakit termasuk unit di luar kamar operasi oleh karena prosedur pemberian sedasi seperti layaknya anestesi mengandung risiko potensial pada pasien. Pemberian sedasi pada pasien harus dilakukan seragam dan sama di semua tempat di rumah sakit.

Pelayanan sedasi yang seragam meliputi

- a) kualifikasi staf yang memberikan sedasi;
- b) peralatan medis yang digunakan;
- c) bahan yang dipakai; dan
- d) cara monitoring di rumah sakit.

Oleh sebab itu, rumah sakit harus menetapkan pedoman spesifik hal tersebut di atas.

### **Elemen Penilaian PAB 3**

1. Ada regulasi rumah sakit yang menetapkan pemberian sedasi yang seragam di semua tempat di rumah sakit sesuai dengan peraturan perundangan ditetapkan dan dilaksanakan sesuai dengan elemen a) sampai dengan d) seperti yang dinyatakan pada maksud dan tujuan PAB 3. (R)
2. Ada bukti pelaksanaan sedasi sesuai dengan regulasi yang ditetapkan. (D,O,W)
3. Peralatan emergensi tersedia dan dipergunakan sesuai dengan jenis sedasi, usia, dan kondisi pasien. (D,O)
4. Staf yang terlatih dan berpengalaman dalam memberikan bantuan hidup lanjut (*advance*) harus selalu tersedia dan siaga selama tindakan sedasi dikerjakan. (D,O,W)

### **Standar PAB 3.1**

Para profesional pemberi asuhan (PPA) kompeten dan berwenang memberikan pelayanan sedasi moderat dan dalam serta melaksanakan monitoring.

### **Maksud dan Tujuan PAB 3.1**

Kualifikasi dokter, dokter gigi, atau petugas lain yang bertanggung jawab terhadap pasien yang menerima tindakan sedasi sangat penting.

Pemahaman berbagai cara memberikan sedasi terkait pasien dan jenis tindakan yang diberikan akan menaikkan toleransi pasien terhadap rasa tidak nyaman, rasa sakit, dan atau risiko komplikasi.

Komplikasi terkait pemberian sedasi terutama gangguan jantung dan paru. Sertifikasi dalam bantuan hidup lanjut sangat penting.

Sebagai tambahan, pengetahuan farmakologi zat sedasi yang digunakan termasuk zat reversal mengurangi risiko terjadi kejadian yang tidak diharapkan.

Oleh karena itu, orang yang bertanggung jawab memberikan sedasi harus kompeten dan berwenang dalam hal

- 1) teknik dan berbagai macam cara sedasi;
- 2) farmakologi obat sedasi dan penggunaan zat reversal (antidot);
- 3) memonitor pasien; dan
- 4) bertindak jika ada komplikasi. (lihat juga KKS 10)

Petugas lain yang kompeten dapat melakukan pemantauan di bawah supervisi secara terus menerus terhadap parameter fisiologis pasien dan memberi bantuan dalam hal tindakan resusitasi. Orang yang bertanggung jawab melakukan monitoring harus kompeten dalam

- 5) monitoring yang diperlukan;
- 6) bertindak jika ada komplikasi;
- 7) penggunaan zat reversal (antidot);
- 8) kriteria pemulihan. (lihat juga KKS 3)

### **Elemen Penilaian PAB 3.1**

1. Profesional pemberi asuhan (PPA) yang bertanggung jawab memberikan sedasi adalah orang yang kompeten dalam hal paling sedikit butir 1) sampai dengan 4) pada maksud dan tujuan PAB 3.1. (R)
2. Profesional pemberi asuhan (PPA) yang bertanggung jawab melakukan pemantauan selama diberikan sedasi adalah orang yang kompeten dalam hal paling sedikit butir 5) sampai dengan 8) pada maksud dan tujuan PAB 3.1. (R)
3. Kompetensi semua staf yang terlibat dalam sedasi tercatat dalam dokumen kepegawaian. (lihat KKS 5). (D,W)

## **Standar PAB 3.2**

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk tindakan sedasi (moderat dan dalam) baik cara memberikan dan memantau berdasar atas panduan praktik klinis.

### **Maksud dan Tujuan PAB 3.2**

Tingkat kedalaman sedasi berlangsung serta berlanjut dari mulai ringan sampai sedasi dalam dan pasien dapat menjalaninya dari satu tingkat ke tingkat yang lain.

Banyak faktor berpengaruh terhadap respons pasien dan hal ini selanjutnya memengaruhi tingkat sedasi pasien. Faktor-faktor yang berpengaruh adalah obat yang dipakai, cara pemberian obat dan dosis, usia pasien (anak, dewasa, serta lanjut usia), dan riwayat kesehatan pasien. Contoh, ada riwayat kerusakan organ utama kemungkinan obat yang diminum berinteraksi dengan obat sedasi, alergi obat, efek samping obat anestesi, atau sedasi yang lalu.

Jika status fisik pasien berisiko tinggi maka dipertimbangkan pemberian tambahan kebutuhan klinis lainnya dan diberikan tindakan sedasi yang sesuai.

Asesmen prasedasi membantu menemukan faktor yang dapat yang berpengaruh pada respons pasien terhadap tindakan sedasi dan juga dapat ditemukan hal penting dari hasil monitor selama dan sesudah sedasi.

Profesional pemberi asuhan (PPA) yang kompeten dan berwenang melakukan asesmen prasedasi sebagai berikut:

- a) mengidentifikasi setiap permasalahan saluran pernapasan yang dapat memengaruhi jenis sedasi;
- b) evaluasi pasien terhadap risiko tindakan sedasi;
- c) merencanakan jenis sedasi dan tingkat kedalaman sedasi yang diperlukan pasien berdasar atasedasi yang diterapkan;
- d) pemberian sedasi secara aman; dan
- e) mengevaluasi serta menyimpulkan temuan monitor selama dan sesudah sedasi.

Cakupan dan isi asesmen dibuat berdasar atas Panduan Praktik Klinis dan regulasi yang ditetapkan oleh rumah sakit.

Pasien yang sedang menjalani tindakan sedasi dimonitor tingkat kesadarannya, ventilasi dan status oksigenasi, variabel hemodinamik berdasar atas jenis obat sedasi yang diberikan, jangka waktu sedasi, jenis kelamin, dan kondisi pasien.

Perhatian khusus ditujukan pada kemampuan pasien mempertahankan refleks protektif, jalan napas yang teratur dan lancar, serta respons terhadap stimulasi fisik dan perintah verbal.

Seorang yang kompeten bertanggung jawab melakukan monitoring status fisiologis pasien secara terus menerus dan membantu memberikan bantuan resusitasi sampai pasien pulih dengan selamat.

Setelah tindakan selesai dikerjakan, pasien masih tetap berisiko terhadap komplikasi karena keterlambatan absorpsi obat sedasi, terdapat depresi pernapasan, dan kekurangan stimulasi akibat tindakan. Ditetapkan kriteria pemulihan pasien yang siap untuk ditransfer. (lihat juga PMKP 8).

### **Elemen Penilaian PAB 3.2**

1. Dilakukan asesmen prasedasi dan dicatat dalam rekam medis yang sekurang-kurangnya berisikan butir a) sampai dengan e) pada maksud dan tujuan PAB 3.2 untuk evaluasi risiko dan kelayakan tindakan sedasi bagi pasien sesuai dengan regulasi yang ditetapkan oleh rumah sakit. (D,W)
2. Seorang yang kompeten melakukan pemantauan pasien selama sedasi dan mencatat hasil monitor dalam rekam medis. (D,W)
3. Kriteria pemulihan digunakan dan didokumentasikan setelah selesai tindakan sedasi. (D,W)

### **Standar PAB 3.3**

Risiko, manfaat, dan alternatif berhubungan dengan tindakan sedasi moderat dan didiskusikan dengan pasien dan keluarga pasien atau dengan mereka yang membuat keputusan yang mewakili pasien.

### **Maksud dan Tujuan PAB 3.3**

Rencana tindakan sedasi memuat pendidikan kepada pasien, keluarga pasien, atau mereka yang membuat keputusan mewakili pasien tentang risiko, manfaat, dan alternatif terkait tindakan sedasi. Pembahasan berlangsung sebagai bagian dari proses mendapat persetujuan tindakan kedokteran untuk tindakan sedasi sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.

### **Elemen Penilaian PAB 3.3**

1. Pasien dan atau keluarga atau pihak lain yang berwenang yang memberikan keputusan dijelaskan tentang risiko, keuntungan, dan alternatif tentang tindakan sedasi. ( D,W)
2. Pasien dan atau keluarga atau pihak lain yang berwenang diberi edukasi tentang pemberian analgesi pascatindakan sedasi. (D,W)
3. Dokter spesialis anestesi melaksanakan edukasi dan mendokumentasikan. (D,W)

### **❖ASUHAN PASIEN ANESTESI**

#### **Standar PAB 4**

Profesional pemberi asuhan (PPA) yang kompeten dan berwenang pada pelayanan anestesi melakukan asesmen pra-anestesi.

#### **Standar PAB.4.1**

Profesional pemberi asuhan (PPA) yang kompeten dan berwenang pada pelayanan anestesi melakukan asesmen prainduksi.

#### **Maksud dan Tujuan PAB 4 dan PAB 4.1**

Oleh karena anestesi mengandung risiko tinggi maka pemberiannya harus direncanakan dengan hati-hati. Asesmen pra-anestesi adalah dasar perencanaan ini untuk mengetahui temuan apa pada monitor selama anestesi dan setelah anestesi, dan juga untuk menentukan obat analgesi apa untuk pascaoperasi.

Asesmen pra-anestesi berbasis IAR (Informasi, Analisis, Rencana) juga memberikan informasi yang diperlukan untuk

- mengetahui masalah saluran pernapasan;
- memilih anestesi dan rencana asuhan anestesi;
- memberikan anestesi yang aman berdasar atas asesmen pasien, risiko yang ditemukan, dan jenis tindakan;
- menafsirkan temuan pada waktu monitoring selama anestesi dan pemulihan;
- memberikan informasi obat analgesia yang akan digunakan pascaoperasi.

Dokter spesialis anestesi melakukan asesmen pra-anestesi. Asesmen pra-anestesi dapat dilakukan sebelum masuk rawat inap atau sebelum dilakukan tindakan bedah atau sesaat menjelang operasi, misalnya pada pasien darurat. Asesmen prainduksi

berbasis IAR, terpisah dari asesmen pra-anestesi, fokus pada stabilitas fisiologis dan kesiapan pasien untuk tindakan anestesi, dan berlangsung sesaat sebelum induksi anestesi.

Jika anestesi diberikan secara darurat maka asesmen pra-anestesi dan prainduksi dapat dilakukan berurutan atau simultan, namun dicatat secara terpisah. (lihat juga PAB 6)

#### **Elemen Penilaian PAB 4**

1. Asesmen pra-anestesi dilakukan untuk setiap pasien yang akan dioperasi. (lihat juga AP 1). (D,W)
2. Hasil asesmen didokumentasikan dalam rekam medis pasien. (D,W)

#### **Elemen Penilaian PAB 4.1**

1. Asesmen prainduksi dilakukan untuk setiap pasien sebelum dilakukan induksi. (D,W)
2. Hasil asesmen didokumentasikan dalam rekam medis pasien. (D,W)

#### **Standar PAB 5**

Rencana, tindakan anestesi, dan teknik yang digunakan dicatat serta didokumentasikan di rekam medis pasien.

#### **Maksud dan Tujuan PAB 5**

Tindakan anestesi direncanakan secara saksama dan didokumentasikan dalam rekam medis. Perencanaan mempertimbangkan informasi dari asesmen lainnya (misal dari hasil pemeriksaan, konsul, dll.) dan mengidentifikasi tindakan anestesi yang akan digunakan termasuk metode pemberiannya, pemberian medikasi dan cairan lain, serta prosedur monitoring dalam mengantisipasi pelayanan pasca-anestesi dan didokumentasikan di rekam medis.

#### **Elemen Penilaian PAB 5**

1. Ada regulasi pelayanan anestesi setiap pasien yang direncanakan dan didokumentasikan. (R)
2. Obat-obat anestesi, dosis, dan rute serta teknik anestesi didokumentasikan di rekam medis pasien. (D,W)
3. Dokter spesialis anestesi dan perawat yang mendampingi/penata anestesi ditulis dalam form anestesi. (D,W)

## **Standar PAB 5.1**

Risiko, manfaat, dan alternatif tindakan anestesi didiskusikan dengan pasien dan keluarga atau orang yang dapat membuat keputusan mewakili pasien.

### **Maksud dan Tujuan PAB 5.1**

Proses perencanaan anestesi mencakup edukasi pasien dan keluarga atau pembuat keputusan atas risiko, manfaat, dan alternatif yang berhubungan dengan perencanaan anestesia dan analgesia pascatindakan operatif. Edukasi ini sebagai bagian dari proses untuk mendapatkan persetujuan anestesi sebagaimana dipersyaratkan dalam HPK 6.4.EP 2.

Dokter spesialis anestesi yang melakukan edukasi ini.

### **Elemen Penilaian PAB 5.1**

1. Pasien dan atau keluarga atau pihak lain yang berwenang yang memberikan keputusan dijelaskan tentang risiko, keuntungan, dan juga alternatif tindakan anestesi. (D,W)
2. Pasien dan atau keluarga atau pihak lain yang berwenang diberikan edukasi pemberian analgesi pascatindakan anestesi. (D,W)
3. Dokter spesialis anestesi melaksanakan proses edukasi dan juga mendokumentasikannya. (R,D)

## **Standar PAB 6**

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menentukan status fisiologis dimonitor selama proses anestesi dan bedah sesuai dengan panduan praktik klinis serta didokumentasikan di dalam form anestesi.

### **Maksud dan Tujuan PAB 6**

Monitoring fisiologis memberikan informasi terpercaya tentang status pasien selama anestesi berjalan (umum, spinal, regional, lokal) dan pascaoperasi. Hasil monitoring menjadi acuan pengambilan keputusan selama operasi berlangsung atau pasca-operasi, misalnya reoperasi, atau pindah ke tingkat asuhan lainnya, atau lanjut ruang pulih.

Informasi dari monitoring menentukan kebutuhan asuhan medis dan keperawatan serta kebutuhan diagnostik dan pelayanan lainnya. Hasil monitoring dicatat di form anestesi, sedangkan untuk anestesi lokal dapat digunakan form tersendiri.

Metode memonitor ditentukan oleh status pasien pada pra-anestesi, jenis anestesi yang akan dipergunakan, dan kompleksitas operasi atau tindakan lain yang dilaksanakan selama anestesi. Pelaksanaan monitoring selama anestesi dan operasi harus dijalankan sesuai dengan panduan praktik klinis. Hasil monitoring dicatat di rekam medik pasien. (lihat juga PAB 4)

## **Elemen Penilaian PAB 6**

1. Ada regulasi jenis dan frekuensi pemantauan selama anestesi dan operasi dilakukan berdasar atas status pasien pra-anestesi, metode anestesi yang dipakai, dan tindakan operasi yang dilakukan. (R)
2. Pemantauan status fisiologis pasien sesuai dengan panduan praktik klinis. (D,W)
3. Hasil monitoring dicatat di form anestesi. (D,W)

## **Standar PAB 6**

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk memonitor status pasca-anestesi setiap pasien dan dicatat dalam rekam medis pasien. Pasien dipindahkan dari ruang pemulihan oleh staf yang kompeten dan berwenang atau berdasar atas kriteria baku yang ditetapkan.

### **Maksud dan Tujuan PAB 6.1**

Monitoring selama periode anestesi menjadi acuan untuk monitoring pada periode pasca-anestesi.

Pengumpulan data status pasien terus menerus secara sistematis menjadi dasar memindahkan pasien ke ruangan intensif atau ke unit rawat inap. Catatan monitoring menjadi acuan untuk menyelesaikan monitoring di ruang pemulihan atau sebagai acuan untuk pindah dari ruang pemulihan.

Jika pasien dipindahkan langsung dari kamar operasi ke ruang intensif maka monitoring dan pendokumentasian diperlakukan sama dengan monitoring di ruang pulih.

Keluar dari ruang pemulihan pasca-anestesi atau menghentikan monitoring pada periode pemulihan dilakukan dengan mengacu pada salah satu alternatif di bawah ini.

- a) Pasien dipindahkan (atau monitoring pemulihan dihentikan) oleh dokter anestesi.
- b) Pasien dipindahkan (atau monitoring pemulihan dihentikan) oleh penata anestesi sesuai dengan kriteria yang ditetapkan oleh rumah sakit dan rekam medis pasien membuktikan bahwa kriteria yang dipakai dipenuhi.
- c) Pasien dipindahkan ke unit yang mampu memberikan asuhan pasca-anestesi atau pascasedasi pasien tertentu, seperti ICCU atau ICU.

Waktu tiba di ruang pemulihan dan waktu keluar didokumentasikan dalam form anestesi.

## **Elemen Penilaian PAB 6.1**

1. Pasien dipindahkan dari ruang pemulihan (atau jika monitoring pemulihan dihentikan) sesuai dengan alternatif butir 1 sampai dengan 3 pada maksud dan tujuan PAB 6.1. (R)
2. Waktu masuk ruang pemulihan dan dipindahkan dari ruang pemulihan dicatat dalam form anestesi. (D,O,W)
3. Pasien dimonitor dalam masa pemulihan pasca-anestesi sesuai dengan regulasi rumah sakit. (D,O,W)
4. Hasil monitoring dicatat di form anestesi. (D)

## **❖ ASUHAN PASIEN BEDAH**

### **Standar PAB 7**

Asuhan setiap pasien bedah direncanakan berdasar atas hasil asesmen dan dicatat dalam rekam medis pasien.

### **Maksud dan Tujuan PAB 7**

Karena prosedur bedah mengandung risiko tinggi maka pelaksanaannya harus direncanakan dengan saksama. Asesmen prabedah (berbasis IAR) menjadi acuan untuk menentukan jenis tindakan bedah yang tepat dan mencatat temuan penting. Hasil asesmen memberikan informasi tentang

- a) tindakan bedah yang sesuai dan waktu pelaksanaannya;
- b) melakukan tindakan dengan aman; dan
- c) menyimpulkan temuan selama monitoring.

Pemilihan teknik operasi bergantung pada riwayat pasien, status fisik, data diagnostik, serta manfaat dan risiko tindakan yang dipilih.

Pemilihan tindakan juga mempertimbangkan asesmen waktu pasien masuk dirawat inap, pemeriksaan diagnostik, dan sumber lainnya. Proses asesmen dikerjakan segera pada pasien darurat. (lihat juga AP 1.2.1)

Asuhan untuk pasien bedah dicatat di rekam medis. Untuk pasien yang langsung dilayani oleh dokter bedah, asesmen prabedah menggunakan asesmen awal rawat inap, pada pasien yang diputuskan dilakukan pembedahan dalam proses perawatan. Asesmen dicatat dalam rekam medis, sedangkan pasien yang dikonsultasikan di tengah perawatan oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) lain dan diputuskan operasi maka asesmen prabedah juga dicatat di rekam medis (dengan isi berbasis IAR) sesuai dengan regulasi rumah sakit. Hal ini termasuk diagnosis praoperasi dan pascaoperasi serta nama tindakan operasi. (lihat juga AP 1.3.1; MIRM 10.1).

## **Elemen Penilaian PAB 7**

1. Ada regulasi asuhan setiap pasien bedah direncanakan berdasar atas informasi dari hasil asesmen. (R)
2. Diagnosis praoperasi dan rencana operasi dicatat di rekam medik pasien oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) sebelum operasi dimulai. (D,W)
3. Hasil asesmen yang digunakan untuk menentukan rencana operasi dicatat oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) di rekam medis pasien sebelum operasi dimulai. (lihat juga AP 1.2.1; AP 1.3.1). (D,W)

## **Standar PAB 7.1**

Risiko, manfaat dan alternatif didiskusikan dengan pasien dan atau keluarga atau pihak lain yang berwenang yang memberikan keputusan.

## **Maksud dan Tujuan PAB 7.1**

Pasien, keluarga, dan mereka yang memutuskan menerima cukup penjelasan untuk berpartisipasi dalam keputusan asuhan pasien dan memberikan persetujuan yang dibutuhkan seperti di HPK 5.2. Untuk memenuhi kebutuhan pasien maka penjelasan tersebut diberikan secara terintegrasi oleh para profesional pemberi asuhan (PPA) terkait dibantu oleh manajer pelayanan pasien (MPP).

Informasi itu memuat

- a) risiko dari rencana tindakan operasi;
- b) manfaat dari rencana tindakan operasi;
- c) kemungkinan komplikasi dan dampak;
- d) pilihan operasi atau nonoperasi (alternatif) yang tersedia untuk menangani pasien;
- e) sebagai tambahan jika dibutuhkan darah atau produk darah, sedangkan risiko dan alternatifnya didiskusikan.

Dokter bedah yang kompeten dan berwenang serta PPA yang terkait memberikan informasi ini.

## **Elemen Penilaian PAB 7.1**

1. Pasien, keluarga, dan mereka yang memutuskan diberikan edukasi tentang risiko, manfaat, komplikasi, serta dampak dan alternatif prosedur/teknik terkait dengan rencana operasi. (D,W)
2. Edukasi memuat kebutuhan, risiko, manfaat, dan alternatif penggunaan darah dan produk darah. (D,W)

Edukasi dilakukan oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) dan dicatat pada bagian pemberian informasi dalam form persetujuan tindakan kedokteran. (D,W)

## **Standar PAB 7.2**

Informasi yang terkait dengan operasi dicatat dalam laporan operasi dan digunakan untuk menyusun rencana asuhan lanjutan.

### **Maksud dan Tujuan PAB 7.2**

Asuhan pasien pascaoperasi bergantung pada temuan dalam operasi. Hal yang terpenting adalah semua tindakan dan hasilnya dicatat di rekam medis pasien.

Laporan ini dapat dibuat dalam bentuk format *template* atau dalam bentuk laporan operasi tertulis sesuai dengan regulasi rumah sakit.

Untuk mendukung kesinambungan asuhan pasien pascaoperasi maka laporan operasi dicatat segera setelah operasi selesai, sebelum pasien dipindah dari daerah operasi atau dari area pemulihan pasca-anestesi.

Laporan yang tercatat tentang operasi memuat paling sedikit

- a) diagnosis pascaoperasi;
- b) nama dokter bedah dan asistennya;
- c) prosedur operasi yang dilakukan dan rincian temuan;
- d) ada dan tidak ada komplikasi;
- e) spesimen operasi yang dikirim untuk diperiksa;
- f) jumlah darah yang hilang dan jumlah yang masuk lewat transfusi;
- g) nomor pendaftaran alat yang dipasang (implan);
- h) tanggal, waktu, dan tanda tangan dokter yang bertanggung jawab.

Beberapa catatan mungkin ditempatkan di lembar lain dalam rekam medik. Contoh, jumlah darah yang hilang dan transfusi darah dicatat di catatan anestesi atau catatan tentang implan dapat ditunjukkan dengan "*sticker*" yang ditempelkan pada rekam medik.

Waktu selesai membuat laporan didefinisikan sebagai "setelah selesai operasi, sebelum pasien dipindah ke tempat asuhan biasa".

Definisi ini penting untuk memastikan bahwa informasi yang tepat tersedia bagi pemberi asuhan berikutnya.

Jika dokter bedah mendampingi pasien dari ruang operasi ke ruangan asuhan intensif lanjutan (misalnya ICU, ICCU, dsb.) maka laporan operasi dapat dibuat di daerah asuhan lanjutan. (lihat juga ARK 3; PAP 2.3; PMKP 8)

### **Elemen Penilaian PAB 7.2**

1. Ada regulasi laporan operasi yang meliputi sekurang-kurangnya butir 1 sampai dengan 8 pada maksud dan tujuan. (R)
2. Ada bukti laporan operasi memuat paling sedikit butir 1 sampai dengan 8 pada maksud dan tujuan serta dicatat pada form yang ditetapkan rumah sakit tersedia segera setelah operasi selesai dan sebelum pasien dipindah ke area lain untuk asuhan biasa. (D,W)
3. Laporan operasi dapat dicatat di area asuhan intensif lanjutan. (D,W)

### **Standar PAB 7.3**

Ditetapkan rencana asuhan pascaoperasi dan dicatat dalam rekam medis.

### **Maksud dan Tujuan PAB 7.3**

Kebutuhan asuhan medis, keperawatan, dan profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya sesuai dengan kebutuhan setiap pasien pascaoperasi berbeda bergantung pada tindakan operasi dan riwayat kesehatan pasien.

Beberapa pasien mungkin membutuhkan pelayanan dari profesional pemberi asuhan (PPA) lain atau unit lain seperti rehabilitasi medik atau terapi fisik. Penting membuat rencana asuhan tersebut termasuk tingkat asuhan, metode asuhan, tindak lanjut monitor atau tindak lanjut tindakan, kebutuhan obat, dan asuhan lain atau tindakan serta layanan lain.

Rencana asuhan pascaoperasi dapat dimulai sebelum tindakan operasi berdasarkan asesmen kebutuhan dan kondisi pasien serta jenis operasi yg dilakukan. Rencana asuhan pasca operasi juga memuat kebutuhan pasien yang segera. Rencana asuhan dicatat di rekam medis pasien dalam waktu 24 jam dan diverifikasi oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) sebagai pimpinan tim klinis untuk memastikan kontinuitas asuhan selama waktu pemulihan dan masa rehabilitasi.

Kebutuhan pascaoperasi dapat berubah sebagai hasil perbaikan klinis atau informasi baru dari asesmen ulang rutin, atau dari perubahan kondisi pasien yang mendadak. Rencana asuhan pascaoperasi direvisi berdasar atas perubahan ini dan dicatat di rekam medis pasien sebagai rencana asuhan baru. (lihat juga PAP 2.1)

### **Elemen Penilaian PAB 7.3**

1. Ada regulasi rencana asuhan pascaoperasi dibuat oleh dokter penanggung

- jawab pelayanan (DPJP), perawat, dan profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya untuk memenuhi kebutuhan segera pasien pascaoperasi. (R)
2. Ada bukti pelaksanaan rencana asuhan pascaoperasi dicatat di rekam medis pasien dalam waktu 24 jam oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) atau diverifikasi oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) bila ditulis oleh dokter bedah yg didelegasikan. (D,W)
  3. Ada bukti pelaksanaan rencana asuhan pascaoperasi termasuk rencana asuhan medis, keperawatan, dan PPA lainnya berdasar atas kebutuhan pasien. (D,O,W)
  4. Ada bukti pelaksanaan rencana asuhan pascaoperasi diubah berdasar atas asesmen ulang pasien. (D,O,W)

#### **Standar PAB 7.4**

Rumah sakit menetapkan regulasi yang mengatur asuhan pasien operasi yang menggunakan implan dan harus memperhatikan pertimbangan khusus tentang tindakan yang dimodifikasi.

#### **Maksud dan Tujuan PAB 7.4**

Banyak tindakan bedah menggunakan implan prostetik antara lain panggul, lutut, pacu jantung, dan pompa insulin. Tindakan operasi seperti ini mengharuskan tindakan operasi rutin yang dimodifikasi dengan mempertimbangkan faktor khusus seperti

- a) pemilihan implan berdasar atas peraturan perundangan;
- b) modifikasi *surgical safety checklist* untuk memastikan ketersediaan implan di kamar operasi dan pertimbangan khusus untuk penandaan lokasi operasi;
- c) kualifikasi dan pelatihan setiap staf dari luar yang dibutuhkan untuk pemasangan implan (staf dari pabrik atau perusahaan implan untuk mengkalibrasi);
- d) proses pelaporan jika ada kejadian yang tidak diharapkan terkait implan;
- e) proses pelaporan malfungsi implan sesuai dengan standar/aturan pabrik;
- f) pertimbangan pengendalian infeksi yang khusus;
- g) instruksi khusus kepada pasien setelah operasi;
- h) kemampuan penelusuran (*traceability*) alat jika terjadi penarikan kembali (*recall*) alat dengan melakukan antara lain menempelkan *barcode* alat di rekam medis.

#### **Elemen Penilaian PAB 7.4**

1. Ada regulasi yang meliputi butir a) sampai dengan h) pada maksud dan tujuan. (R)
2. Ada daftar alat implan yang digunakan di rumah sakit. (D,W)
3. Bila implan yang dipasang dilakukan penarikan kembali (*recall*) ada bukti rumah sakit dapat melakukan telusur terhadap pasien terkait. (D,O,W)
4. Ada bukti alat implan dimasukkan dalam prioritas monitoring unit terkait. (D,W)

## ❖RUANG OPERASI

### Standar PAB 8

Desain tata ruang operasi harus memenuhi syarat sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan.

### Maksud dan Tujuan PAB 8

Tindakan bedah merupakan tindakan yang berisiko tinggi dan rumit sehingga memerlukan ruang operasi yang mendukung terlaksananya tindakan bedah untuk mengurangi risiko infeksi.

Selain itu, untuk mengurangi risiko infeksi

- a) alur masuk barang-barang steril harus terpisah dari alur keluar barang dan pakaian kotor;
- b) koridor steril dipisahkan dan tidak boleh bersilangan alurnya dengan koridor kotor;
- c) desain tata ruang operasi harus memenuhi ketentuan zona berdasar atas tingkat sterilitas ruangan yang terdiri atas
  - zona steril rendah;
  - zona steril sedang;
  - zona steril tinggi; dan
  - zona steril sangat tinggi.

Selain itu, desain tata ruang operasi harus memperhatikan risiko keselamatan dan keamanan.

### Elemen Penilaian PAB 8

1. Rumah sakit menetapkan jenis pelayanan bedah yang dapat dilaksanakan. (R)
2. Kamar operasi memenuhi persyaratan tentang pengaturan zona berdasar atas tingkat sterilitas ruangan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (O,W)
3. Kamar operasi memenuhi persyaratan alur masuk barang-barang steril harus terpisah dari alur keluar barang dan pakaian kotor. (O,W)
4. Kamar operasi memenuhi persyaratan koridor steril dipisahkan/tidak boleh bersilangan alurnya dengan koridor kotor. (O,W)

### Standar PAB 8.1

Program mutu dan keselamatan pasien dalam pelayanan bedah dilaksanakan dan didokumentasikan.

### Maksud dan Tujuan PAB 8.1

Pelayanan bedah merupakan tindakan berisiko, oleh karena itu perencanaan dan pelaksanaannya membutuhkan tingkat kehati-hatian dan akurasi tinggi. Sehubungan

dengan hal itu rumah sakit menetapkan program mutu dan keselamatan pasien yang meliputi

- a) pelaksanaan asesmen prabedah;
- b) penandaan lokasi operasi;
- c) pelaksanaan *surgical safety check List* (lihat juga SKP 4);
- d) pemantauan diskrepansi diagnosis pre dan posoperasi.

#### **Elemen Penilaian PAB 8.1**

1. Rumah sakit menetapkan program mutu dan keselamatan pasien dalam pelayanan bedah. (R)
2. Ada bukti monitoring dan evaluasi pelaksanaan asesmen prabedah. (D,W)
3. Ada bukti monitoring dan evaluasi pelaksanaan penandaan lokasi operasi. (D,W)
4. Ada bukti monitoring dan evaluasi pelaksanaan *surgical safety check List*; (lihat juga SKP 4). (D,W)
5. Ada bukti monitoring dan evaluasi pemantauan diskrepansi diagnosis pre dan posoperasi. (D,W)
6. Program mutu pelayanan bedah diintegrasikan dengan program mutu rumah sakit (lihat PMKP 2.1 ). (D,W)

## **BAB 6**

### **PELAYANAN KEFARMASIAN DAN PENGGUNAAN OBAT (PKPO)**

#### **GAMBARAN UMUM**

Pelayanan kefarmasian adalah pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dan alat kesehatan dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien.

Pelayanan kefarmasian di rumah sakit bertujuan untuk

- menjamin mutu, manfaat, keamanan, serta khasiat sediaan farmasi dan alat kesehatan;
- menjamin kepastian hukum bagi tenaga kefarmasian;
- melindungi pasien, masyarakat, dan staf dari penggunaan obat yang tidak rasional dalam rangka keselamatan pasien (*patient safety*);
- menjamin sistem pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat yang lebih aman (*medication safety*);
- menurunkan angka kesalahan penggunaan obat.

Pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat merupakan komponen yang penting dalam pengobatan simtomatik, preventif, kuratif, paliatif, dan rehabilitatif terhadap penyakit dan berbagai kondisi, serta mencakup sistem dan proses yang digunakan rumah sakit dalam memberikan farmakoterapi kepada pasien. Pelayanan kefarmasian dilakukan secara multidisiplin dalam koordinasi para staf di rumah sakit.

Rumah sakit menerapkan prinsip rancang proses yang efektif, implementasi dan peningkatan mutu terhadap seleksi, pengadaan, penyimpanan, peresepan atau permintaan obat atau instruksi pengobatan, penyalinan (*transcribe*), pendistribusian, penyiapan (*dispensing*), pemberian, pendokumentasian, dan pemantauan terapi obat. Praktik penggunaan obat yang tidak aman (*unsafe medication practices*) dan kesalahan penggunaan obat (*medication errors*) adalah penyebab utama cedera dan bahaya yang dapat dihindari dalam sistem pelayanan kesehatan di seluruh dunia. Oleh karena itu, rumah sakit diminta untuk mematuhi peraturan perundang-undangan, membuat sistem pelayanan kefarmasian, dan penggunaan obat yang lebih aman yang senantiasa berupaya menurunkan kesalahan pemberian obat.

#### **STANDAR, MAKSUD DAN TUJUAN, SERTA ELEMEN PENILAIAN**

##### **❖ PENGORGANISASIAN**

##### **Standar PKPO 1**

Pengorganisasian pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat di rumah sakit harus sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan diorganisir untuk memenuhi kebutuhan pasien.

## **Maksud dan Tujuan PKPO 1**

Pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat merupakan bagian penting dalam pelayanan pasien sehingga organisasinya harus efektif dan efisien, serta bukan hanya tanggung jawab apoteker, tetapi juga profesional pemberi asuhan dan staf klinis pemberi asuhan lainnya. Pengaturan pembagian tanggung jawab bergantung pada struktur organisasi dan *staffing*. Struktur organisasi dan operasional sistem pelayanan kefarmasian serta penggunaan obat di rumah sakit mengacu pada peraturan perundang-undangan.

Pelayanan kefarmasian dilakukan oleh apoteker yang melakukan pengawasan dan supervisi semua aktivitas pelayanan kefarmasian serta penggunaan obat di rumah sakit.

Untuk memastikan keefektifannya maka rumah sakit melakukan kajian sekurang-kurangnya sekali setahun. Kajian tahunan mengumpulkan semua informasi dan pengalaman yang berhubungan dengan pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat, termasuk angka kesalahan penggunaan obat serta upaya untuk menurunkannya. Kajian bertujuan membuat rumah sakit memahami kebutuhan dan prioritas perbaikan sistem berkelanjutan dalam hal mutu, keamanan, manfaat, serta khasiat obat dan alat kesehatan.

Kajian tahunan mengumpulkan semua data, informasi, dan pengalaman yang berhubungan dengan pelayanan kefarmasian serta penggunaan obat, termasuk antara lain

- 1) seberapa baik sistem telah bekerja terkait dengan
  - seleksi dan pengadaan obat;
  - penyimpanan;
  - peresepan/permintaan obat dan instruksi pengobatan;
  - penyiapan dan penyerahan; dan
  - pemberian obat.
- 2) pendokumentasian dan pemantauan efek obat;
- 3) monitor seluruh angka kesalahan penggunaan obat (*medication error*) meliputi kejadian tidak diharapkan, kejadian sentinel, kejadian nyaris cedera, kejadian tidak cedera. dan upaya mencegah dan menurunkannya;
- 4) kebutuhan pendidikan dan pelatihan;
- 5) pertimbangan melakukan kegiatan baru berbasis bukti (*evidence based*).

Dengan kajian ini rumah sakit dapat memahami kebutuhan dan prioritas peningkatan mutu serta keamanan penggunaan obat. Sumber informasi obat yang tepat harus tersedia di semua unit pelayanan.

## **Elemen Penilaian PKPO 1**

1. Ada regulasi organisasi yang mengelola pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat yang menyeluruh atau mengarahkan semua tahapan pelayanan kefarmasian serta penggunaan obat yang aman sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (R)
2. Ada bukti seluruh apoteker memiliki izin dan melakukan supervisi sesuai dengan penugasannya. (D,W)
3. Ada bukti pelaksanaan sekurang-kurangnya satu kajian pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat yang didokumentasikan selama 12 bulan terakhir. (D,W)
4. Ada bukti sumber informasi obat yang tepat, terkini, dan selalu tersedia bagi semua yang terlibat dalam penggunaan obat. (D,O,W)
5. Terlaksana pelaporan kesalahan penggunaan obat sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (D,W)
6. Terlaksana tindak lanjut terhadap kesalahan penggunaan obat untuk memperbaiki sistem manajemen dan penggunaan obat sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (D,W)

#### ❖ SELEKSI DAN PENGADAAN

##### **Standar PKPO 2**

Ada proses seleksi obat dengan benar yang menghasilkan formularium dan digunakan untuk permintaan obat serta instruksi pengobatan. Obat dalam formularium senantiasa tersedia dalam stok di rumah sakit atau sumber di dalam atau di luar rumah sakit.

##### **Maksud dan Tujuan PKPO 2**

Rumah sakit harus menetapkan formularium obat yang mengacu pada peraturan perundang-undangan. Formularium ini didasarkan atas misi rumah sakit, kebutuhan pasien, dan jenis pelayanan yang diberikan. Seleksi obat adalah suatu proses kerja sama yang mempertimbangkan baik kebutuhan dan keselamatan pasien maupun kondisi ekonominya. Apabila terjadi kehabisan obat karena keterlambatan pengiriman, stok nasional kurang, atau sebab lain yang tidak diantisipasi sebelumnya maka tenaga kefarmasian harus menginformasikan kepada profesional pemberi asuhan dan staf klinis pemberi asuhan lainnya tentang kekosongan obat tersebut serta saran substitusinya atau mengadakan perjanjian kerjasama dengan pihak luar.

##### **Elemen Penilaian PKPO 2**

1. Ada regulasi organisasi yang menyusun formularium rumah sakit berdasar atas kriteria yang disusun secara kolaboratif sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (R)
2. Ada bukti pelaksanaan apabila ada obat yang baru ditambahkan dalam formularium maka ada proses untuk memantau bagaimana penggunaan obat tersebut dan bila terjadi efek obat yang tidak diharapkan, efek samping serta *medication error*. (D,W)
3. Ada bukti implementasi untuk memantau kepatuhan terhadap formularium baik dari persediaan maupun penggunaannya. (D,W)

4. Ada bukti pelaksanaan formularium sekurang-kurangnya dikaji setahun sekali berdasar atas informasi tentang keamanan dan efektivitas. (D,W)

### **Standar PKPO 2.1**

Rumah sakit menetapkan proses pengadaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang aman, bermutu, bermanfaat, dan berkhasiat sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

#### **Standar PKPO 2.1.1**

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk mendapatkan obat bila sewaktu-waktu obat tidak tersedia.

#### **Maksud dan Tujuan PKPO 2.1 sampai dengan PKPO 2.1.1**

Rumah sakit menetapkan regulasi dan proses pengadaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Ada kalanya sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai tidak ada dalam stok atau tidak tersedia saat dibutuhkan. Rumah sakit harus menetapkan regulasi dan proses untuk pengadaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang aman, bermutu, bermanfaat, serta berkhasiat sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (lihat juga TKRS 7)

#### **Elemen Penilaian PKPO 2.1**

1. Ada regulasi pengadaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang aman, bermutu, bermanfaat, serta berkhasiat sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (lihat juga TKRS 7). (R)
2. Ada bukti bahwa manajemen rantai pengadaan (*supply chain management*) dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (lihat juga TKRS 7.1)
3. Ada bukti pengadaan obat berdasar atas kontrak. (lihat juga TKRS 7)

#### **Elemen Penilaian PKPO 2.1.1**

1. Ada regulasi pengadaan bila sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai tidak ada dalam stok atau tidak tersedia saat dibutuhkan. (R)
2. Ada bukti pemberitahuan kepada staf medis serta saran substitusinya. (D,W)
3. Ada bukti bahwa staf memahami dan mematuhi regulasi tersebut. (D, W)

### **❖ PENYIMPANAN**

#### **Standar PKPO 3**

Rumah sakit menetapkan tata laksana pengaturan penyimpanan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang baik, benar, serta aman.

### **Maksud dan Tujuan PKPO 3**

Sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai disimpan di tempat yang sesuai, dapat di gudang logistik, di instalasi farmasi, atau di satelit atau depo farmasi serta diharuskan memiliki pengawasan di semua lokasi penyimpanan.

### **Elemen Penilaian PKPO 3**

1. Ada regulasi tentang pengaturan penyimpanan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang baik, benar, dan aman. (R)
2. Ada bukti obat dan zat kimia yang digunakan untuk mempersiapkan obat diberi label yang terdiri atas isi/nama obat, tanggal kadaluarsa, dan peringatan khusus. (lihat juga MFK 5 EP 6). (O,W)
3. Ada bukti implementasi proses penyimpanan obat yang tepat agar kondisi obat tetap stabil, termasuk obat yang disimpan di luar instalasi farmasi. (D,W)
4. Ada bukti pelaksanaan dilakukan supervisi secara teratur oleh apoteker untuk memastikan penyimpanan obat dilakukan dengan baik. (D,W)
5. Ada bukti pelaksanaan obat dilindungi dari kehilangan serta pencurian di semua tempat penyimpanan dan pelayanan. (D,W)

### **Standar PKPO 3.1**

Rumah sakit mengatur tata kelola bahan berbahaya, seta obat narkotika dan psikotropika yang baik, benar, dan aman sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

### **Maksud dan Tujuan PKPO 3.1**

Beberapa macam obat seperti obat radioaktif dan obat yang dibawa pasien sebelum rawat inap mungkin memiliki risiko keamanan. Obat program pemerintah atau obat darurat dimungkinkan ada kesempatan penyalahgunaan atau karena ada kandungan khusus (misalnya nutrisi), memerlukan ketentuan khusus untuk menyimpan dan mengawasi penggunaannya. Rumah sakit menetapkan prosedur yang mengatur tentang penerimaan, identifikasi, tempat penyimpanan, dan distribusi macam obat-obat ini. (lihat juga MFK 4.1)

### **Elemen Penilaian PKPO 3.1**

1. Ada regulasi pengaturan tata kelola bahan berbahaya, serta obat narkotika dan psikotropika yang baik, benar, dan aman sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (R)
2. Ada bukti penyimpanan bahan berbahaya yang baik, benar, dan aman sesuai dengan regulasi. (O,W)
3. Ada bukti penyimpanan obat narkotika serta psikotropika yang baik, benar, dan aman sesuai dengan regulasi. (O,W)
4. Ada bukti pelaporan obat narkotika serta psikotropika secara akurat sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan. (D,W)

### **Standar PKPO 3.2**

Rumah sakit mengatur tata kelola penyimpanan elektrolit konsentrat yang baik, benar, dan aman sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

### **Maksud dan Tujuan PKPO 3.2**

Jika ada pasien emergensi maka akses cepat ke tempat obat yang diperlukan menjadi sangat penting dan obat harus siap pakai bila sewaktu-waktu diperlukan. Setiap rumah sakit harus membuat rencana lokasi penyimpanan obat emergensi, contoh troli obat emergensi yang tersedia di berbagai unit pelayanan, obat untuk mengatasi syok anafilatik di tempat penyuntikan, dan obat untuk pemulihan anestesi ada di kamar operasi. Obat emergensi dapat disimpan di lemari emergensi, troli, tas/ransel, kotak, dan lainnya sesuai dengan kebutuhan di tempat tersebut. Rumah sakit diminta menetapkan prosedur untuk memastikan ada kemudahan untuk mencapai dengan cepat tempat penyimpanan obat emergensi jika dibutuhkan, termasuk obat selalu harus segera diganti kalau digunakan, bila rusak atau kadaluarsa, selain itu keamanan obat emergensi harus diperhatikan. (lihat juga MFK 4.1)

### **Elemen Penilaian PKPO 3.2**

1. Ada regulasi rumah sakit tentang proses larangan menyimpan elektrolit konsentrat di tempat rawat inap kecuali bila dibutuhkan secara klinik dan apabila terpaksa disimpan di area rawat inap harus diatur keamanannya untuk menghindari kesalahan. (lihat juga SKP 3.1). (R)
2. Ada bukti penyimpanan elektrolit konsentrat yang baik, benar, dan aman sesuai dengan regulasi. (O,W)
3. Elektrolit konsentrat diberi label obat yang harus diwaspadai (*high alert*) sesuai dengan regulasi. (O,W)

### **Standar PKPO 3.3**

Rumah sakit menetapkan pengaturan penyimpanan dan pengawasan penggunaan obat tertentu.

### **Maksud dan Tujuan PKPO 3.3**

Beberapa macam obat memerlukan ketentuan khusus untuk menyimpan dan mengawasi penggunaannya seperti

- a) produk nutrisi;
- b) obat dan bahan radioaktif;
- c) obat yang dibawa pasien sebelum rawat inap mungkin memiliki risiko terhadap keamanan;
- d) obat program atau bantuan pemerintah/pihak lain;

e) obat yang digunakan untuk penelitian.

Rumah sakit menetapkan prosedur yang mengatur penerimaan, identifikasi, tempat penyimpanan, dan distribusi macam obat-obat ini. (lihat juga MFK 5).

### **Elemen Penilaian PKPO 3.3**

1. Ada regulasi pengaturan penyimpanan obat dengan ketentuan khusus meliputi butir 1 sampai dengan 5 pada maksud dan tujuan. (R)
2. Ada bukti penyimpanan produk nutrisi yang baik, benar, dan aman sesuai dengan regulasi. (lihat juga PAP 4). (O,W)
3. Ada bukti penyimpanan obat dan bahan radioaktif yang baik, benar, dan aman sesuai dengan regulasi. (O,W)
4. Ada bukti penyimpanan obat yang dibawa pasien sebelum rawat inap yang baik, benar, dan aman sesuai dengan regulasi. (O,W)
5. Ada bukti penyimpanan obat program atau bantuan pemerintah/pihak lain yang baik, benar, dan aman sesuai dengan regulasi. (O,W)
6. Ada bukti penyimpanan obat yang digunakan untuk penelitian yang baik, benar, dan aman sesuai dengan regulasi. (O,W)

### **Standar PKPO 3.4**

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk memastikan obat emergensi yang tersimpan di dalam maupun di luar unit farmasi tersedia, tersimpan aman, dan dimonitor.

### **Maksud dan Tujuan PKPO 3.4**

Jika ada pasien emergensi maka akses cepat ke tempat obat yang diperlukan menjadi sangat penting dan obat harus siap pakai bila sewaktu-waktu diperlukan. Setiap rumah sakit harus membuat rencana lokasi penyimpanan obat emergensi, contoh troli obat emergensi yang tersedia di berbagai unit pelayanan, obat untuk mengatasi syok anafilatik di tempat penyuntikan, dan obat untuk pemulihan anestesi ada di kamar operasi. Obat emergensi dapat disimpan di lemari emergensi, troli, tas/ransel, kotak, dan lainnya sesuai dengan kebutuhan di tempat tersebut. Rumah sakit diminta menetapkan prosedur untuk memastikan ada kemudahan untuk mencapai dengan cepat tempat penyimpanan obat emergensi jika dibutuhkan, termasuk obat selalu harus segera diganti kalau digunakan, bila rusak, atau kadaluarsa. Selain itu, keamanan obat emergensi harus diperhatikan. (lihat juga MFK 4.1)

### **Elemen Penilaian PKPO 3.4**

1. Ada regulasi pengelolaan obat emergensi yang tersedia di unit-unit layanan agar dapat segera dipakai untuk memenuhi kebutuhan darurat serta upaya pemeliharaan dan pengamanan dari kemungkinan pencurian dan kehilangan. (lihat juga TKRS....). (R)
2. Ada bukti persediaan obat emergensi lengkap dan siap pakai. (D,O,W)

3. Ada bukti pelaksanaan supervisi terhadap penyimpanan obat emergensi dan segera diganti apabila dipakai, kadaluwarsa, atau rusak. (D,O,W)

### **Standar PKPO 3.5**

Rumah sakit memiliki sistem penarikan kembali (*recall*), pemusnahan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai tidak layak digunakan karena rusak, mutu substandar, atau kadaluwarsa.

Rumah sakit menetapkan dan melaksanakan identifikasi dalam proses penarikan kembali (*recall*) oleh Pemerintah, pabrik, atau pemasok.

Rumah sakit juga harus menjamin bahwa sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang tidak layak pakai karena rusak, mutu substandard, atau kadaluwarsa tidak digunakan serta dimusnahkan.

### **Elemen Penilaian PKPO 3.5**

1. Ada regulasi penarikan kembali (*recall*) dan pemusnahan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang tidak layak pakai karena rusak, mutu substandard, atau kadaluwarsa. (R)
2. Ada bukti pelaksanaan penarikan kembali (*recall*) sesuai dengan regulasi yang ditetapkan. (D,W)
3. Ada bukti pelaksanaan pemusnahan sesuai dengan regulasi yang ditetapkan. (D,W)

## **❖ PERESEPAN DAN PENYALINAN**

### **Standar PKPO 4**

Ada regulasi peresepan/permintaan obat dan instruksi pengobatan.

### **Maksud dan Tujuan PKPO 4**

Rumah sakit menetapkan staf medis yang kompeten dan berwenang untuk melakukan peresepan/permintaan obat serta instruksi pengobatan. Staf medis dilatih untuk peresepan/permintaan obat dan instruksi pengobatan dengan benar. Peresepan/permintaan obat dan instruksi pengobatan yang tidak benar, tidak terbaca, dan tidak lengkap dapat membahayakan pasien serta menunda kegiatan asuhan pasien. Rumah sakit memiliki regulasi peresepan/permintaan obat serta instruksi pengobatan dengan benar, lengkap, dan terbaca tulisannya.

Rumah sakit menetapkan proses rekonsiliasi obat, yaitu proses membandingkan daftar obat yang dipergunakan oleh pasien sebelum dirawat inap dengan peresepan/permintaan obat dan instruksi pengobatan yang dibuat pertama kali sejak

pasien masuk, saat pemindahan pasien antarunit pelayanan (*transfer*), dan sebelum pasien pulang.

#### **Elemen Penilaian PKPO 4**

1. Ada regulasi peresepan/permintaan obat dan instruksi pengobatan secara benar, lengkap, dan terbaca, serta menetapkan staf medis yang kompeten dan berwenang untuk melakukan peresepan/permintaan obat dan instruksi pengobatan. (lihat juga PAP 2.2 EP 1; AP 3 EP 1; dan SKP 2 EP 1). (R)
2. Ada bukti peresepan/permintaan obat dan instruksi pengobatan dilaksanakan oleh staf medis yang kompeten serta berwenang. (D,O,W)
3. Ada bukti pelaksanaan apoteker melakukan rekonsiliasi obat pada saat pasien masuk, pindah unit pelayanan, dan sebelum pulang. (D,W)
4. Rekam medis memuat riwayat penggunaan obat pasien. (D,O)

#### **Standar PKPO 4.1**

Regulasi ditetapkan untuk menentukan pengertian dan syarat kelengkapan resep atau pemesanan.

#### **Maksud dan Tujuan PKPO 4.1**

Untuk menghindari keragaman dan menjaga keselamatan pasien maka rumah sakit menetapkan persyaratan atau elemen penting kelengkapan suatu resep atau permintaan obat dan instruksi pengobatan. Persyaratan atau elemen kelengkapan paling sedikit meliputi

- a) data identitas pasien secara akurat (dengan stiker);
- b) elemen pokok di semua resep atau permintaan obat atau instruksi pengobatan;
- c) kapan diharuskan menggunakan nama dagang atau generik;
- d) kapan diperlukan penggunaan indikasi seperti pada PRN (*pro re nata* atau "jika perlu") atau instruksi pengobatan lain;
- e) jenis instruksi pengobatan yang berdasar atas berat badan seperti untuk anak-anak, lansia yang rapuh, dan populasi khusus sejenis lainnya;
- f) kecepatan pemberian (jika berupa infus);
- g) instruksi khusus, sebagai contoh: titrasi, *tapering*, rentang dosis.

Ditetapkan proses untuk menangani atau mengelola hal-hal di bawah ini:

- 1) resep atau permintaan obat dan instruksi pengobatan yang tidak benar, tidak lengkap, dan tidak terbaca;
- 2) resep atau permintaan obat dan instruksi pengobatan yang NORUM (Nama Obat Rupa Ucapan Mirip) atau LASA (*Look Alike Sound Alike*);
- 3) jenis resep khusus, seperti emergensi, cito, berhenti otomatis (*automatic stop order*), *tapering*, dan lainnya;
- 4) instruksi pengobatan secara lisan atau melalui telepon wajib dilakukan tulis lengkap, baca ulang, dan meminta konfirmasi. (lihat juga SKP 2)

Standar ini berlaku untuk resep atau permintaan obat dan instruksi pengobatan di semua unit pelayanan di rumah sakit.

Rumah sakit diminta memiliki proses untuk menjamin penulisan resep atau permintaan obat dan instruksi pengobatan sesuai dengan kriteria butir 1 sampai dengan 4 di atas.

#### **Elemen Penilaian PKPO 4.1**

1. Ada regulasi syarat elemen resep lengkap yang meliputi butir 1 sampai dengan 7 pada maksud dan tujuan serta penetapan dan penerapan langkah langkah untuk pengelolaan peresepan/permintaan obat, instruksi pengobatan yang tidak benar, tidak lengkap, dan tidak terbaca agar hal tersebut tidak terulang kembali. (R)
2. Ada bukti pelaksanaan evaluasi syarat elemen resep lengkap yang meliputi butir 1 sampai dengan 7 pada maksud dan tujuan. (D,W)
3. Ada bukti pelaksanaan proses pengelolaan resep yang tidak benar, tidak lengkap, dan tidak terbaca. (D,W)
4. Ada bukti pelaksanaan proses untuk mengelola resep khusus, seperti darurat, *standing order*, berhenti otomatis (*automatic stop order*), *tapering*, dan lainnya. (D,W)

#### **Standar PKPO 4.2**

Rumah sakit menetapkan individu yang kompeten yang diberi kewenangan untuk menulis resep/permintaan obat atau instruksi pengobatan.

#### **Maksud dan Tujuan PKPO 4.2**

Untuk memilih dan menentukan obat yang dibutuhkan pasien diperlukan pengetahuan dan pengalaman spesifik.

Rumah sakit bertanggungjawab menentukan staf medis dengan pengalaman cukup dan pengetahuan spesifik sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang diberi izin membuat/menulis resep atau membuat permintaan obat.

Rumah sakit membatasi penulisan resep meliputi jenis dan jumlah obat oleh staf medis, misalnya resep obat berbahaya, obat kemoterapi, obat radioaktif, dan obat untuk keperluan investigasi. Staf medis yang kompeten dan diberi kewenangan membuat atau menulis resep harus dikenal dan diketahui oleh unit layanan farmasi atau lainnya yang memberikan atau menyalurkan obat.

Dalam situasi darurat maka rumah sakit menentukan tambahan PPA yang diberi izin untuk membuat atau menulis resep atau permintaan obat dan instruksi pengobatan.

### **Elemen Penilaian PKPO 4.2**

1. Ada daftar staf medis yang kompeten dan berwenang membuat atau menulis resep yang tersedia di semua unit pelayanan. (D)
2. Ada bukti pelaksanaan rumah sakit menetapkan dan melaksanakan proses untuk membatasi jika diperlukan jumlah resep atau jumlah pemesanan obat yang dapat dilakukan oleh staf medis yang diberi kewenangan. (lihat juga KKS 10 EP 1). (R)
3. Ada bukti staf medis yang kompeten dan berwenang membuat atau menulis resep atau memesan obat dikenal dan diketahui oleh unit layanan farmasi atau oleh lainnya yang menyalurkan obat. (D)

### **Standar PKPO 4.3**

Obat yang diresepkan dan diberikan tercatat di rekam medis pasien.

### **Maksud dan Tujuan PKPO 4.3**

Rekam medis pasien memuat daftar obat yang diinstruksikan yang memuat identitas pasien, nama obat, dosis, rute pemberian, waktu pemberian, nama dan tanda tangan dokter serta keterangan bila perlu *tapering off*, titrasi, dan rentang dosis.

Pencatatan juga termasuk obat yang diberikan "jika perlu"/*prorenata*. Pencatatan dibuat di formulir obat yang tersendiri dan dimasukkan ke dalam berkas rekam medis serta disertakan pada waktu pasien pulang dari rumah sakit atau dipindahkan. (lihat juga PAP 2.2?)

### **Elemen Penilaian PKPO 4.3**

1. Ada bukti pelaksanaan obat yang diberikan dicatat dalam satu daftar di rekam medis untuk setiap pasien berisi: identitas pasien, nama obat, dosis, rute pemberian, waktu pemberian, nama dokter dan keterangan bila perlu *tapering off*, titrasi, dan rentang dosis. (D)
2. Ada bukti pelaksanaan daftar tersebut di atas disimpan dalam rekam medis pasien dan menyertai pasien ketika pasien dipindahkan. Salinan daftar tersebut diserahkan kepada pasien saat pulang. (D)

## **❖ PERSIAPAN DAN PENYERAHAN**

### **Standar PKPO 5**

Obat disiapkan dan diserahkan di dalam lingkungan aman dan bersih.

## **Maksud dan Tujuan PKPO 5**

Untuk menjamin keamanan, mutu, manfaat, dan khasiat obat yang disiapkan dan diserahkan pada pasien maka rumah sakit diminta menyiapkan dan menyerahkan obat dalam lingkungan yang aman bagi pasien, petugas, dan lingkungan serta untuk mencegah kontaminasi tempat penyiapan obat harus sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan praktik profesi seperti

- a. pencampuran obat kemoterapi harus dilakukan di dalam ruang yang bersih (*clean room*) yang dilengkapi dengan *cytotoxic handling drug safety cabinet* dengan petugas sudah terlatih dengan teknik aseptik serta menggunakan alat perlindungan diri yang sesuai;
- b. pencampuran obat intravena, epidural, dan nutrisi parenteral serta pengemasan kembali obat suntik harus dilakukan dalam ruang yang bersih (*clean room*) yang dilengkapi dengan *laminary airflow cabinet* dan petugas sudah terlatih dengan teknik aseptik serta menggunakan alat perlindungan diri yang sesuai;
- c. staf yang menyiapkan produk steril terlatih dengan prinsip penyiapan obat dan teknik aseptik.

## **Elemen Penilaian PKPO 5**

1. Ada regulasi penyiapan dan penyerahan obat yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan praktik profesi. (R)
2. Ada bukti pelaksanaan staf yang menyiapkan produk steril dilatih, memahami, serta mempraktikkan prinsip penyiapan obat dan teknik aseptik (lihat juga PPI.....). (D,W)
3. Ada bukti pelaksanaan pencampuran obat kemoterapi dilakukan sesuai dengan praktik profesi. (lihat juga PPI.....). (O,W)
4. Ada bukti pencampuran obat intravena, epidural, dan nutrisi parenteral serta pengemasan kembali obat suntik dilakukan sesuai dengan raktik profesi. (O,W)

## **Standar PKPO 5.1**

Rumah sakit menetapkan regulasi yang mengatur semua resep/permintaan obat dan instruksi pengobatan obat ditelaah ketepatannya.

## **Maksud dan Tujuan PKPO 5.1**

Manajemen obat yang baik melakukan dua hal untuk dinilai di setiap resep atau setiap ada pesanan obat. Pengkajian resep untuk menilai ketepatan baik administratif, klinis maupun farmasetik obat untuk pasien dan kebutuhan kliniknya pada saat resep dibuat atau obat dipesan.

Pengkajian resep dilakukan oleh apoteker meliputi

- a) ketepatan identitas pasien, obat, dosis, frekuensi, aturan minum/makan obat, dan waktu pemberian;
- b) duplikasi pengobatan;
- c) potensi alergi atau sensitivitas;
- d) interaksi antara obat dan obat lain atau dengan makanan;
- e) variasi kriteria penggunaan dari rumah sakit;
- f) berat badan pasien dan atau informasi fisiologik lainnya;
- g) kontra indikasi.

Telaah obat dilakukan terhadap obat yang telah siap dan telaah dilakukan meliputi 5 (lima) informasi, yaitu

- 1) identitas pasien;
- 2) ketepatan obat;
- 3) dosis;
- 4) rute pemberian; dan
- 5) waktu pemberian.

### **Elemen Penilaian PKPO 5.1**

- 1. Ada regulasi penetapan sistem yang seragam untuk penyiapan dan penyerahan obat. (R)
- 2. Ada bukti pelaksanaan proses pengkajian resep yang meliputi butir 1 sampai dengan 7 pada maksud dan tujuan. (D,W)
- 3. Setelah persiapan, obat diberi label meliputi identitas pasien, nama obat, dosis atau konsentrasi, cara pemakaian, waktu pemberian, tanggal disiapkan, dan tanggal kadaluarsa. (D,O,W)
- 4. Ada bukti pelaksanaan telaah obat meliputi butir 1 sampai dengan 5 pada maksud dan tujuan. (D,W)
- 5. Ada bukti pelaksanaan penyerahan obat dalam bentuk yang siap diberikan. (D,W)
- 6. Ada bukti penyerahan obat tepat waktu. (D,O,W)

### **❖ PEMBERIAN (ADMINISTRATION) OBAT**

#### **Standar PKPO 6**

Rumah sakit menetapkan staf klinis yang kompeten dan berwenang untuk memberikan obat.

#### **Maksud dan Tujuan PKPO 6**

Pemberian obat untuk pengobatan pasien memerlukan pengetahuan spesifik dan pengalaman. Rumah sakit bertanggung jawab menetapkan staf klinis dengan

pengetahuan dan pengalaman yang diperlukan, memiliki izin, dan sertifikat berdasar atas peraturan perundang-undangan untuk memberikan obat. Rumah sakit dapat membatasi kewenangan individu dalam melakukan pemberian obat, seperti pemberian obat narkotika dan psikotropika, radioaktif, atau obat penelitian. Dalam keadaan darurat maka rumah sakit dapat menetapkan tambahan staf klinis yang diberi izin memberikan obat. (lihat juga PKPO 1.1, KKS 3, dan KKS 10)

## **Elemen Penilaian PKPO 6**

1. Ada penetapan staf klinis yang kompeten dan berwenang untuk memberikan obat termasuk pembatasannya. (R)
2. Ada bukti pelaksanaan pemberian obat oleh staf klinis yang kompeten dan berwenang sesuai dengan surat izin terkait profesinya dan peraturan perundang-undangan. (D,W)
3. Ada bukti pelaksanaan pemberian obat dilaksanakan sesuai dengan pembatasan yang ditetapkan, misalnya obat kemoterapi, obat radioaktif, atau obat untuk penelitian. (D,W)

### **Standar PKPO 6.1**

Proses pemberian obat termasuk proses verifikasi apakah obat yang akan diberikan telah sesuai resep/permintaan obat.

### **Maksud dan Tujuan PKPO 6.1**

Agar obat diserahkan pada orang yang tepat, dosis yang tepat dan waktu yang tepat maka sebelum pemberian obat kepada pasien dilakukan verifikasi kesesuaian obat dengan instruksi pengobatan yang meliputi

- a) identitas pasien;
- b) nama obat;
- c) dosis;
- d) rute pemberian; dan
- e) waktu pemberian.

Rumah sakit menetapkan ketentuan yang digunakan untuk verifikasi pemberian obat. Jika obat disiapkan dan diserahkan di unit rawat inap pasien maka verifikasi harus juga dilakukan oleh orang yang kompeten. (lihat juga maksud dan tujuan PKPO 5.1)

Terhadap obat yang harus diwaspadai (*high alert*) harus dilakukan *double check* oleh minimal 2 orang.

### **Elemen Penilaian PKPO 6.1**

1. Ada regulasi verifikasi sebelum penyerahan obat kepada pasien yang meliputi butir 1 sampai dengan 5 pada maksud dan tujuan. (R)

2. Ada bukti pelaksanaan verifikasi sebelum obat diserahkan kepada pasien. (D,W,S)
3. Ada bukti pelaksanaan *double check* untuk obat yang harus diwaspadai (*high alert*). (D,O,W,S)

### **Standar PKPO 6.2**

Ada regulasi tentang obat yang dibawa oleh pasien ke rumah sakit untuk digunakan sendiri.

### **Maksud dan Tujuan PKPO 6.2**

Rumah sakit harus mengetahui sumber dan penggunaan obat yang tidak diadakan dari instalasi farmasi rumah sakit seperti obat yang dibawa oleh pasien dan keluarganya. Obat semacam ini harus diketahui oleh dokter yang merawat dan dicatat di rekam medik. Pemberian obat oleh pasien sendiri, baik yang dibawa sendiri atau yang diresepkan dari rumah sakit harus diketahui oleh dokter yang merawat dan dicatat di rekam medis pasien.

### **Elemen Penilaian PKPO 6.2**

1. Ada regulasi pengobatan oleh pasien sendiri. (R)
2. Ada bukti pelaksanaan pengobatan obat oleh pasien sendiri sesuai dengan regulasi. (D,W)
3. Ada proses monitoring terhadap pengobatan oleh pasien sendiri. (D,W)

## **❖ PEMANTAUAN (MONITOR)**

### **Standar PKPO 7**

Efek obat dan efek samping obat terhadap pasien dipantau.

### **Maksud dan Tujuan PKPO 7**

Standar ini bertujuan agar apabila timbul efek samping obat dapat dilaporkan oleh profesional pemberi asuhan (PPA) kepada tim farmasi dan terapi yang selanjutnya dilaporkan pada Pusat Meso Nasional. Apoteker mengevaluasi efek obat untuk memantau secara ketat respons pasien dengan melakukan pemantauan terapi obat (PTO). Apoteker bekerjasama dengan pasien, dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya untuk memantau pasien yang diberi obat. Rumah sakit menetapkan regulasi untuk efek samping obat yang harus dicatat dan dilaporkan.

### **Elemen Penilaian PKPO 7**

1. Ada regulasi pemantauan efek obat dan efek samping obat serta dicatat dalam status pasien. (lihat juga AP 2 EP 1). (R)

2. Ada bukti pelaksanaan pemantauan terapi obat. (D,W)
3. Ada bukti pemantauan efek samping obat dan pelaporannya sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (D,W)

### **Standar PKPO 7.1**

Rumah sakit menetapkan dan menerapkan proses pelaporan serta tindakan terhadap kesalahan penggunaan obat (*medication error*) serta upaya menurunkan angkanya.

### **Maksud dan Tujuan PKPO 7.1**

Rumah sakit menetapkan proses identifikasi dan pelaporan bila terjadi kesalahan penggunaan obat (*medication error*), kejadian yang tidak diharapkan (KTD) termasuk kejadian sentinel, serta kejadian tidak cedera (KTC) maupun kejadian nyaris cedera (KNC). Proses pelaporan kesalahan penggunaan obat (*medication error*) menjadi bagian dari program kendali mutu dan keselamatan pasien rumah sakit. Laporan ditujukan kepada tim keselamatan pasien rumah sakit dan laporan ini digunakan untuk mencegah kesalahan di kemudian hari. Terdapat tindak lanjut dan pelatihan dalam rangka upaya perbaikan untuk mencegah kesalahan obat agar tidak terjadi di kemudian hari. PPA berpartisipasi dalam pelatihan ini. (lihat juga PMKP 5)

### **Elemen Penilaian PKPO 7.1**

1. Ada regulasi *medication safety* yang bertujuan mengarahkan penggunaan obat yang aman dan meminimalisasi kemungkinan terjadi kesalahan penggunaan obat sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (R)
2. Ada bukti pelaksanaan rumah sakit mengumpulkan dan memonitor seluruh angka kesalahan penggunaan obat termasuk kejadian tidak diharapkan, kejadian sentinel, kejadian nyaris cedera, dan kejadian tidak cedera. (D,W)
3. Ada bukti instalasi farmasi mengirimkan laporan kesalahan penggunaan obat (*medication error*) kepada tim keselamatan pasien rumah sakit. (D,W)
4. Ada bukti tim keselamatan pasien rumah sakit menerima laporan kesalahan penggunaan obat (*medication error*) dan mencari akar masalah atau investigasi sederhana, solusi dan tindak lanjutnya, serta melaporkan kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien. (lihat juga PMKP 7). (D,W)
5. Ada bukti pelaksanaan rumah sakit melakukan upaya mencegah dan menurunkan kesalahan penggunaan obat (*medication error*). (lihat juga PMKP 7 EP 1).(D,W)

## BAB 7

### MANAJEMEN KOMUNIKASI DAN EDUKASI (MKE)

#### GAMBARAN UMUM

Memberikan asuhan pasien merupakan upaya yang kompleks dan sangat bergantung pada komunikasi dari informasi. Komunikasi tersebut adalah kepada dan dengan komunitas, pasien dan keluarganya, serta antarstaf klinis, terutama Profesional Pemberi Asuhan (PPA). Kegagalan dalam berkomunikasi merupakan salah satu akar masalah yang paling sering menyebabkan insiden keselamatan pasien. Komunikasi dapat efektif apabila pesan diterima dan dimengerti sebagaimana dimaksud oleh pengirim pesan/komunikator, pesan ditindaklanjuti dengan sebuah perbuatan oleh penerima pesan/komunikasi, dan tidak ada hambatan untuk hal itu.

Komunikasi efektif sebagai dasar untuk memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga agar mereka memahami kondisi kesehatannya sehingga pasien berpartisipasi lebih baik dalam asuhan yang diberikan dan mendapat informasi dalam mengambil keputusan tentang asuhannya.

Edukasi kepada pasien dan keluarga diberikan oleh staf klinis terutama PPA yang sudah terlatih (dokter, perawat, nutrisionis, apoteker, dll.). Mengingat banyak profesi yang terlibat dalam edukasi pasien dan keluarganya maka perlu koordinasi kegiatan dan fokus pada kebutuhan edukasi pasien.

Edukasi yang efektif diawali dengan asesmen kebutuhan edukasi pasien dan keluarganya. Asesmen ini menentukan bukan hanya kebutuhan akan pembelajaran, tetapi juga proses edukasi dapat dilaksanakan dengan baik. Edukasi paling efektif apabila sesuai dengan pilihan pembelajaran yang tepat dan mempertimbangkan agama, nilai budaya, juga kemampuan membaca serta bahasa. Edukasi akan berdampak positif bila diberikan selama proses asuhan.

Edukasi termasuk pengetahuan yang diperlukan selama proses asuhan maupun pengetahuan yang dibutuhkan setelah pasien dipulangkan (*discharged*) ke pelayanan kesehatan lain atau ke rumah. Dengan demikian, edukasi dapat mencakup informasi sumber-sumber di komunitas untuk tambahan pelayanan dan tindak lanjut pelayanan apabila diperlukan, serta bagaimana akses ke pelayanan emergensi bila dibutuhkan. Edukasi yang efektif dalam suatu rumah sakit hendaknya menggunakan format visual dan elektronik, serta berbagai edukasi jarak jauh dan teknik lainnya.

#### ❖ KOMUNIKASI DENGAN KOMUNITAS MASYARAKAT (Standar MKE 1-1.1)

#### Standar MKE 1

Rumah sakit berkomunikasi dengan masyarakat untuk memfasilitasi akses masyarakat ke pelayanan di rumah sakit dan informasi tentang pelayanan yang disediakan oleh rumah sakit.

### **Maksud dan Tujuan MKE 1**

Rumah sakit mengenali komunitas dan populasi pasiennya, serta merencanakan komunikasi berkelanjutan dengan kelompok kunci (*keygroup*) tersebut. Komunikasi dapat dilakukan kepada individu secara langsung atau melalui media publik dan agen yang ada di komunitas atau pihak ketiga melalui komunikasi efektif. Tujuan komunikasi efektif dengan masyarakat adalah memfasilitasi akses masyarakat ke pelayanan di rumah sakit.

Dalam memenuhi kebutuhan pelayanan di rumah sakit maka rumah sakit juga harus mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan komunikasi efektif pada pasien dan keluarga. Komunikasi efektif harus tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan dipahami oleh penerima.

### **Elemen Penilaian MKE 1**

1. Terdapat regulasi tentang pedoman komunikasi efektif yang meliputi komunikasi dengan masyarakat, dengan pasien dan keluarga, serta antarstaf klinis. (R)
2. Terdapat bukti pelaksanaan komunikasi efektif antara rumah sakit dan masyarakat. (D, W) (Lihat juga TKRS.3.2)
3. Terdapat bukti pelaksanaan komunikasi efektif dengan pasien dan keluarga. (D,W) (dahulu HPK 2.1; HPK 2.2; AP 4.1; APK 1.2; PP 2.4)
4. Terdapat bukti pelaksanaan komunikasi efektif antarstaf klinis. (D,W) (lihat juga AP; PAP; SKP 2; TKRS 1.2)

### **Standar MKE 1.1**

Strategi komunikasi dengan masyarakat, pasien, dan keluarga didasarkan pada pengenalan populasi yang dilayani rumah sakit.

### **Maksud dan Tujuan MKE 1.1**

Rumah sakit menetapkan populasi yang dilayani berdasar atas demografi yang diuraikan menurut usia, etnis, agama, tingkat pendidikan, serta bahasa yang digunakan termasuk hambatan komunikasi. Berdasar atas analisis data populasi yang dilayani, rumah sakit menetapkan strategi komunikasi dengan masyarakat menggunakan pedoman komunikasi efektif.

Jenis informasi yang dikomunikasikan kepada masyarakat meliputi:

- informasi tentang pelayanan, jam pelayanan, serta akses dan proses

- mendapatkan pelayanan;
- informasi tentang kualitas pelayanan yang diberikan kepada publik dan kepada sumber rujukan.

### **Elemen Penilaian MKE 1.1**

1. Terdapat demografi populasi sebagai dasar strategi komunikasi dengan komunitas dan populasi yang dilayani rumah sakit. (D,W).
2. Demografi sekurang-kurangnya dapat menggambarkan usia, etnis, agama, serta tingkat pendidikan termasuk buta huruf dan bahasa yang dipergunakan antara lain hambatan dalam berkomunikasi. (D,W)
3. Rumah sakit menyediakan informasi jenis pelayanan, waktu pelayanan, serta akses dan proses untuk mendapatkan pelayanan. (D,W)
4. Rumah sakit menyediakan informasi kualitas pelayanan. (D,W)

### **❖ KOMUNIKASI DENGAN PASIEN DAN KELUARGA (Standar MKE 2–3)**

#### **Standar MKE 2**

Rumah sakit memberikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang jenis asuhan dan pelayanan, serta akses untuk mendapatkan pelayanan.

#### **Maksud dan Tujuan MKE 2**

Pasien dan keluarga membutuhkan informasi lengkap mengenai asuhan dan pelayanan yang disediakan oleh rumah sakit, serta bagaimana untuk mengakses pelayanan tersebut. Memberikan informasi ini penting untuk membangun komunikasi yang terbuka dan terpercaya antara pasien, keluarga, dan rumah sakit. Informasi tersebut membantu mencocokkan harapan pasien dengan kemampuan rumah sakit. Informasi sumber alternatif asuhan dan pelayanan diberikan jika rumah sakit tidak dapat menyediakan asuhan serta pelayanan yang dibutuhkan pasien di luar misi dan kemampuan rumah sakit.

#### **Elemen penilaian MKE 2**

1. Tersedia informasi untuk pasien dan keluarga tentang asuhan dan pelayanan yang disediakan oleh rumah sakit dalam bentuk *website* atau brosur. (D,O,W) (lihat juga TKRS 12.1 EP 2).
2. Informasi untuk pasien dan keluarga juga menjelaskan akses terhadap pelayanan yang disediakan oleh rumah sakit. (D,O,W)
3. Rumah sakit menyediakan informasi alternatif asuhan dan pelayanan di tempat lain apabila rumah sakit tidak dapat menyediakan asuhan dan pelayanan yang dibutuhkan pasien. (D,W)

### **Standar MKE 3**

Komunikasi dan edukasi kepada pasien dan keluarga diberikan dalam format serta bahasa yang mudah dimengerti.

### **Maksud dan Tujuan MKE 3**

Pasien hanya dapat membuat keputusan yang dikemukakan dan berpartisipasi dalam proses asuhan apabila mereka memahami informasi yang diberikan kepada mereka. Oleh karena itu, perhatian khusus perlu diberikan terhadap format dan bahasa yang digunakan dalam berkomunikasi serta pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga.

Respons pasien akan berbeda terhadap format edukasi berupa instruksi lisan, materi tertulis, video, demonstrasi/peragaan, dan lain-lain. Demikian juga, penting untuk mengerti bahasa yang dipilih. Ada kalanya, anggota keluarga atau penerjemah mungkin dibutuhkan untuk membantu dalam edukasi atau menerjemahkan materi.

### **Elemen Penilaian MKE 3**

1. Sesuai dengan demografi komunitas dan populasi, komunikasi dan edukasi pasien serta keluarga menggunakan format yang praktis dan mudah dipahami. (D,W)
2. Materi komunikasi dan edukasi pasien serta keluarga diberikan dalam bahasa yang dimengerti. (D,O)
3. Rumah sakit menyediakan penerjemah sesuai dengan kebutuhan dan bila di rumah sakit tidak ada petugas penerjemah maka diperlukan kerja sama dengan pihak terkait. (D,W)

### **❖ KOMUNIKASI ANTARTENAGA KESEHATAN PEMBERI ASUHAN DI DALAM DAN LUAR RS (Standar MKE 4–5)**

### **Standar MKE 4**

Terdapat komunikasi efektif untuk menyampaikan informasi yang akurat dan tepat waktu di seluruh rumah sakit termasuk yang “*urgent*”.

### **Maksud dan Tujuan MKE 4**

Ada kalanya di rumah sakit memerlukan penyampaian informasi yang akurat dan tepat waktu, khususnya keadaan yang *urgent* seperti *code blue*, *code red*, dan perintah evakuasi.

#### **Elemen Penilaian MKE 4**

1. Rumah sakit menetapkan informasi yang harus disampaikan secara akurat dan tepat waktu ke seluruh rumah sakit. (R)
2. Terdapat bukti proses penyampaian informasi yang akurat dan tepat waktu di seluruh rumah sakit termasuk yang *urgent* antara lain *code blue* dan *code red*. (D,W,S) (lihat juga PAP 3.2)

#### **Standar MKE 5**

Informasi asuhan pasien dan hasil asuhan dikomunikasikan antarstaf klinis selama bekerja dalam sif atau antarsif.

#### **Maksud dan Tujuan MKE 5**

Komunikasi dan pertukaran informasi di antara dan antar staf klinis selama bekerja dalam sif atau antar sif penting untuk berjalan mulusnya proses asuhan. Informasi penting dapat dikomunikasikan dengan cara lisan, tertulis, atau elektronik. Setiap rumah sakit menentukan informasi yang akan dikomunikasikan dengan cara dan informasi tersebut sering dikomunikasikan dari satu staf klinis kepada staf klinis lainnya, meliputi:

1. status kesehatan pasien antara lain catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT);
2. ringkasan asuhan yang diberikan (ringkasan pulang dan ringkasan rawat jalan);
3. informasi klinis pasien saat ditransfer dan rujukan; serta
4. serah terima.

#### **Elemen Penilaian MKE 5**

1. Terdapat regulasi tentang tata cara berkomunikasi. (R)
2. Informasi kondisi pasien antarstaf klinis termasuk PPA berdasar atas proses yang sedang berjalan atau pada saat penting tertentu dalam proses asuhan ditulis dalam rekam medis. (D,O)
3. Setiap pasien setelah rawat inap dibuat ringkasan pulang. (D,W) (lihat juga MIRM 15)
4. Setiap pasien rawat jalan dengan diagnosis kompleks dibuat profil ringkas medis rawat jalan. (D,O,W) (lihat juga ARK 4.3)
5. Informasi yang dikomunikasikan termasuk ringkasan asuhan dan pelayanan yang telah diberikan pada proses transfer dan rujukan. (D,O) (lihat juga PKPO 4.3 EP 2)
6. Terdapat bukti dokumentasi pada proses serah terima (*hand over*). (D,W) (lihat juga SKP 2.2)

#### **❖ EDUKASI PASIEN DAN KELUARGA (Standar MKE 6–12)**

## **Standar MKE 6**

Rumah sakit menyediakan edukasi untuk menunjang partisipasi pasien dan keluarga dalam proses asuhan.

### **Maksud dan Tujuan MKE 6**

Rumah sakit melaksanakan edukasi terhadap pasien dan keluarganya sehingga mereka mendapat pengetahuan serta keterampilan untuk berpartisipasi dalam proses dan pengambilan keputusan asuhan pasien. Rumah sakit mengembangkan/memasukkan edukasi ke dalam proses asuhan sesuai dengan misi, jenis pelayanan yang diberikan, dan populasi pasien. Edukasi direncanakan untuk menjamin bahwa setiap pasien diberikan edukasi sesuai dengan kebutuhannya.

Rumah sakit menetapkan pengorganisasian sumber daya edukasi secara efektif dan efisien. Oleh karena itu, rumah sakit perlu menetapkan organisasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS), menciptakan pelayanan edukasi, dan mengatur penugasan seluruh staf yang memberikan edukasi secara terkoordinasi.

### **Elemen Penilaian MKE 6**

1. Terdapat penetapan organisasi promosi kesehatan rumah sakit yang mengoordinasikan pemberian edukasi kepada pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (R)
2. Terdapat bukti organisasi promosi kesehatan rumah sakit telah berfungsi sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (D,W)
3. Edukasi dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan pasien dan keluarga di seluruh rumah sakit. (D,O,W)

## **Standar MKE 7**

Profesional pemberi asuhan (PPA) yang memberikan edukasi harus mampu memberikan edukasi secara efektif.

### **Maksud dan Tujuan MKE 7**

Profesional pemberi asuhan (PPA) yang dapat dibantu oleh staf klinis lainnya yang memberi asuhan memahami kontribusinya masing-masing dalam pemberian edukasi pasien. Informasi yang diterima pasien dan keluarga adalah komprehensif, konsisten, dan efektif.

Agar profesional pemberi asuhan (PPA) mampu memberikan edukasi secara efektif dilakukan pelatihan sehingga terampil melaksanakan komunikasi efektif. Pengetahuan tentang materi yang diberikan dan kemampuan berkomunikasi secara

efektif adalah pertimbangan penting dalam edukasi yang efektif.

### **Elemen Penilaian MKE 7**

1. Profesional pemberi asuhan sudah terampil melakukan komunikasi efektif. (D,W)
2. Profesional pemberi asuhan memiliki pengetahuan yang cukup tentang materi yang diberikan. (W)

### **Standar MKE 8**

Agar edukasi pasien dan keluarga dapat efektif maka staf harus melakukan asesmen kemampuan, kemauan belajar, dan kebutuhan edukasi yang dicatat di dalam rekam medis.

### **Maksud dan Tujuan MKE 8**

Edukasi berfokus pada pengetahuan dan keterampilan spesifik yang dibutuhkan pasien dan keluarga dalam pengambilan keputusan, serta berpartisipasi dalam asuhan dan asuhan berkelanjutan di rumah. Hal tersebut di atas berbeda dengan alur informasi pada umumnya antara staf dan pasien yang bersifat informatif, tetapi bukan bersifat edukasi seperti lazimnya. Pengetahuan dan keterampilan yang menjadi kekuatan dan kekurangan diidentifikasi serta digunakan untuk membuat rencana edukasi. Terdapat banyak variabel yang menentukan apakah pasien dan keluarga mau dan mampu untuk belajar.

Dengan demikian, untuk merencanakan edukasi dilakukan asesmen:

1. keyakinan serta nilai-nilai pasien dan keluarga;
2. kemampuan membaca, tingkat pendidikan, dan bahasa yang digunakan;
3. hambatan emosional dan motivasi;
4. keterbatasan fisik dan kognitif;
5. kesiapan pasien untuk menerima informasi.

Untuk memahami kebutuhan edukasi setiap pasien dan keluarganya, dibutuhkan proses asesmen untuk identifikasi jenis operasi, prosedur invasif lainnya, rencana tindakan, kebutuhan perawatannya, dan kesinambungan asuhan setelah keluar dari rumah sakit. Asesmen ini memungkinkan profesional pemberi asuhan (PPA) merencanakan dan melaksanakan edukasi yang dibutuhkan.

### **Elemen Penilaian MKE 8**

1. Dilakukan asesmen kemampuan dan kemauan belajar pasien serta keluarga yang meliputi a) sampai dengan e) maksud dan tujuan yang dicatat di rekam medis. (D,O)

2. Dilakukan asesmen kebutuhan edukasi untuk pasien dan dicatat di rekam medis. (D,O).
3. Hasil asesmen digunakan untuk membuat perencanaan kebutuhan edukasi. (D,O)

### **Standar MKE 9**

Pemberian edukasi merupakan bagian penting dalam proses asuhan kepada pasien.

#### **Maksud dan Tujuan MKE 9**

Edukasi difokuskan pada pengetahuan dan keterampilan spesifik yang dibutuhkan pasien dalam rangka memberdayakan pasien dalam proses asuhan dengan memahami diagnosis dan perkembangan kondisi kesehatannya, ikut terlibat dalam pembuatan keputusan dan berpartisipasi dalam asuhannya, serta dapat melanjutkan asuhan di rumah.

Edukasi yang diberikan sebagai bagian dari proses memperoleh *informed consent* untuk pengobatan (misalnya pembedahan dan anestesi) didokumentasikan di rekam medis pasien. Sebagai tambahan, bila pasien atau keluarganya secara langsung berpartisipasi dalam pemberian pelayanan (contoh: mengganti balutan, menyuapi pasien, memberikan obat, dan tindakan pengobatan) maka mereka perlu diberi edukasi.

#### **Elemen Penilaian MKE 9**

1. Terdapat bukti terhadap pasien dijelaskan mengenai hasil asesmen, diagnosis, dan rencana asuhan yang akan diberikan. (D,W) (lihat juga HPK 2.1)
2. Terdapat bukti terhadap pasien dijelaskan hasil asuhan dan pengobatan termasuk hasil asuhan dan pengobatan yang tidak diharapkan. (D,W) (lihat juga PAP 2.4 dan HPK 2.1)
3. Terdapat bukti edukasi asuhan lanjutan di rumah. (D,W)
4. Bila dilakukan tindakan medik yang memerlukan persetujuan tindakan kedokteran (*informed consent*), pasien dan keluarga belajar tentang risiko dan komplikasi yang dapat terjadi untuk dapat memberikan persetujuan. (D,W)
5. Pasien dan keluarga diberikan edukasi mengenai hak dan tanggung jawab mereka untuk berpartisipasi pada proses asuhan. (D,W) (lihat juga HPK 2.2)

### **Standar MKE 10**

Edukasi pasien dan keluarga termasuk topik berikut ini, terkait dengan pelayanan pasien: penggunaan obat yang aman, penggunaan peralatan medis yang aman,

potensi interaksi antara obat dan makanan, pedoman nutrisi, manajemen nyeri, dan teknik rehabilitasi.

### **Maksud dan Tujuan MKE 10**

Rumah sakit menggunakan materi dan proses edukasi pasien yang standar paling sedikit pada topik-topik tertera di bawah ini:

- 1) penggunaan obat-obatan yang didapat pasien secara efektif dan aman (bukan hanya obat yang diresepkan untuk dibawa pulang), termasuk potensi efek samping obat;
- 2) penggunaan peralatan medis secara efektif dan aman;
- 3) potensi interaksi antara obat yang diresepkan dan obat lainnya termasuk obat yang tidak diresepkan serta makanan.
- 4) diet dan nutrisi;
- 5) manajemen nyeri;
- 6) teknik rehabilitasi;
- 7) cara cuci tangan yang benar.

### **Elemen Penilaian MKE 10**

1. Pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga terkait dengan asuhan yang diberikan meliputi penggunaan obat-obatan secara efektif dan aman, potensi efek samping obat, potensi interaksi obat antarobat konvensional, obat bebas, serta suplemen atau makanan. (D,W)
2. Pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga terkait dengan asuhan yang diberikan meliputi keamanan dan efektivitas penggunaan peralatan medis. (D,W)
3. Pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga terkait dengan asuhan yang diberikan meliputi diet dan nutrisi yang memadai. (D,W) (lihat juga PAP.4 EP 7)
4. Pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga terkait dengan asuhan yang diberikan meliputi manajemen nyeri. (D,W) (lihat juga HPK 2.5 dan PAP 6 ; AP 1.3)
5. Pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga terkait dengan asuhan yang diberikan meliputi teknik rehabilitasi. (D,W)
6. Pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga terkait dengan asuhan yang diberikan meliputi cara cuci tangan yang aman. (D,W,S) (lihat juga SKP 5 dan PPI 9 EP 6)

### **Standar MKE 11**

Metode edukasi mempertimbangkan nilai-nilai dan pilihan pasien dan keluarga, serta memperkenankan interaksi yang memadai antara pasien-keluarga dan staf klinis agar edukasi efektif dilaksanakan.

### **Maksud dan Tujuan MKE 11**

Proses edukasi berlangsung dengan baik bila menggunakan metode yang tepat dalam proses pemberian edukasi. Dalam proses edukasi pasien dan keluarga didorong untuk bertanya/ berdiskusi agar dapat berpartisipasi dalam proses asuhan. Perlu kepastian bahwa materi edukasi yang diberikan dapat dipahami oleh pasien dan keluarga.

Kesempatan untuk interaksi antara staf, pasien, dan keluarga pasien dapat memberikan umpan balik (*feed back*) untuk memastikan bahwa informasi dimengerti, berfaedah, dan dapat digunakan. Profesional pemberi asuhan (PPA) memahami kontribusinya masing-masing dalam pemberian pendidikan pasien, dengan demikian mereka dapat berkolaborasi lebih efektif. Kolaborasi, pada gilirannya dapat membantu menjamin bahwa informasi yang diterima pasien dan keluarga adalah komprehensif, konsisten, dan efektif. Dalam pemberian edukasi harus dilengkapi dengan materi tertulis.

### **Elemen Penilaian MKE 11**

1. Profesional pemberi asuhan (PPA) harus menyediakan waktu yang adekuat dalam memberikan edukasi. (W)
2. Bila diperlukan, pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga diberikan secara kolaboratif oleh PPA terkait. (D,W)
3. Pada proses pemberian edukasi, staf harus mendorong pasien dan keluarga untuk bertanya dan memberi pendapat agar dapat sebagai peserta aktif. (W,S)
4. Terdapat bukti dilakukan verifikasi untuk memastikan pasien dan keluarga dapat memahami materi edukasi yang diberikan. (D,W)
5. Informasi verbal diperkuat dengan materi tertulis. (D,W)

### **Standar MKE 12**

Dalam menunjang keberhasilan asuhan yang berkesinambungan, upaya promosi kesehatan harus dilakukan berkelanjutan.

### **Maksud dan Tujuan MKE 12**

Pasien sering membutuhkan pelayanan tindak lanjut guna memenuhi kebutuhan kesehatan berkesinambungan atau untuk mencapai sasaran kesehatan mereka.

Informasi kesehatan umum diberikan oleh rumah sakit atau oleh sumber di komunitas, dan dapat dimasukkan bila membuat ringkasan pasien pulang. Informasi tersebut mengenai praktik pencegahan yang relevan dengan kondisi pasien atau sasaran kesehatannya, serta edukasi untuk mengatasi penyakit atau kecacatannya yang relevan dengan kondisi pasien.

Rumah sakit mengidentifikasi sumber-sumber yang dapat memberikan edukasi dan pelatihan yang tersedia di komunitas, khususnya organisasi dan fasilitas kesehatan yang ada di komunitas yang memberikan dukungan promosi kesehatan serta pencegahan penyakit.

## **Elemen Penilaian MKE 12**

1. Rumah sakit mengidentifikasi sumber-sumber yang ada di komunitas untuk mendukung promosi kesehatan berkelanjutan dan edukasi untuk menunjang asuhan pasien yang berkelanjutan. (D)
2. Pasien dan keluarga dirujuk agar mendapatkan edukasi dan pelatihan yang diperlukan untuk menunjang asuhan pasien berkelanjutan, agar mencapai hasil asuhan yang optimal setelah meninggalkan rumah sakit. (D,W) (lihat juga ARK 4.1)
3. Edukasi berkelanjutan tersebut diberikan kepada pasien yang rencana pemulangnya kompleks. (D,W) (lihat juga ARK 3)

**III**  
**STANDAR**  
**MANAJEMEN**  
**RUMAH**  
**SAKIT**

**BAB 1**  
**PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP)**

**GAMBARAN UMUM, STANDAR, MAKSUD DAN TUJUAN, SERTA ELEMEN  
PENILAIAN**

**GAMBARAN UMUM**

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan pasien dan menjamin keselamatan pasien maka rumah sakit perlu mempunyai program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP) yang menjangkau ke seluruh unit kerja di rumah sakit.

Untuk melaksanakan program tersebut tidaklah mudah karena memerlukan koordinasi dan komunikasi yang baik antara kepala bidang/divisi medis, keperawatan, penunjang medis, administrasi, dan lainnya termasuk kepala unit/departemen/instalasi pelayanan.

Rumah sakit perlu menetapkan komite/tim atau bentuk organisasi lainnya untuk mengelola program peningkatan mutu dan keselamatan pasien agar mekanisme koordinasi pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat berjalan lebih baik.

Standar ini menjelaskan pendekatan yang komprehensif untuk peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang berdampak pada semua aspek pelayanan.

Pendekatan ini mencakup

- setiap unit terlibat dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- rumah sakit menetapkan tujuan, mengukur seberapa baik proses kerja dilaksanakan, dan validasi datanya;

- menggunakan data secara efektif dan fokus pada tolok ukur program; dan
- bagaimana menerapkan dan mempertahankan perubahan yang telah menghasilkan perbaikan.

Agar peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat berjalan baik, Direktur Rumah Sakit, para kepala bidang/divisi, serta kepala unit dan departemen di rumah sakit:

- wajib mendorong pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP);
- berupaya mendorong pelaksanaan budaya mutu dan keselamatan (*quality and safety culture*);
- secara proaktif melakukan identifikasi dan menurunkan variasi;
- menggunakan data agar fokus kepada prioritas isu;
- berupaya menunjukkan perbaikan yang berkelanjutan.

Mutu dan keselamatan sejatinya berakar dari pekerjaan sehari-hari dari seluruh staf di unit pelayanan seperti staf klinis melakukan asesmen kebutuhan pasien dan memberikan pelayanan.

Standar PMKP ini membantu mereka untuk memahami bagaimana melakukan peningkatan nyata dalam memberikan asuhan pasien dan menurunkan risiko.

Demikian pula staf nonklinis dapat memasukkan standar dalam pekerjaan sehari-hari mereka untuk memahami bagaimana suatu proses dapat lebih efisien, sumberdaya dapat digunakan dengan lebih bijaksana, dan risiko fisik dapat dikurangi.

Standar PMKP ini mempunyai kegiatan dengan spektrum yang sangat luas pada rumah sakit termasuk kerangka untuk meningkatkan kegiatan dan menurunkan risiko yang terkait dengan munculnya variasi (ketidakseragaman) dalam proses pelayanan.

Dengan demikian, kerangka yang ada dalam standar ini sangat sesuai dengan berbagai variasi dalam struktur program dan pendekatan yang kurang formal terhadap peningkatan mutu serta keselamatan pasien.

Kerangka standar ini juga dapat terintegrasi dengan program pengukuran yang sudah dilaksanakan seperti hal-hal yang terkait dengan kejadian yang tidak diantisipasi (manajemen risiko) dan pemanfaatan sumberdaya (manajemen utilisasi).

Seiring berjalannya waktu maka rumah sakit yang mengikuti kerangka ini akan

- mengembangkan dukungan Direktur dan Kepala Bidang/Divisi serta Kepala Unit/Instalasi pelayanan terhadap program keseluruhan rumah sakit;
- melatih dan melibatkan lebih banyak staf;
- menetapkan prioritas yang lebih jelas tentang apa yang akan diukur
- dan dievaluasi;

- membuat keputusan berdasar atas pengukuran data; dan
- melakukan perbaikan berdasar atas perbandingan dengan rumah sakit lainnya, baik nasional dan internasional.

Fokus area standar peningkatan mutu dan keselamatan pasien adalah

1. pengelolaan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
2. pemilihan, pengumpulan, analisis, dan validasi data indikator mutu;
3. pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien;
4. pencapaian dan mempertahankan perbaikan;
5. manajemen risiko.

## ❖ PENGELOLAAN KEGIATAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

### Standar PMKP 1

Rumah sakit mempunyai Komite/Tim atau bentuk organisasi lainnya yang kompeten untuk mengelola kegiatan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

### Maksud dan Tujuan PMKP 1

Peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang selanjutnya disingkat PMKP merupakan proses kegiatan yang berkesinambungan (*never ending process*).

Di sisi lain, kegiatan PMKP harus dilaksanakan di setiap unit kerja yang memerlukan mekanisme koordinasi antarunit dan juga antarkepala unit kerja termasuk dengan komite medis dan komite keperawatan sehingga kegiatan PMKP tetap sesuai dengan program PMKP yang sudah disetujui oleh pemilik atau representasi pemilik. (lihat juga TKRS 11.2).

Karena itu, rumah sakit perlu menetapkan organisasi yang mengelola kegiatan PMKP yang dapat berbentuk Komite atau Tim PMKP atau bentuk organisasi lainnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Perlu diingat bahwa kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien tidak dapat dipisahkan secara tegas karena ada kegiatan yang sering tumpang tindih (*overlapping*), misalnya terkait dengan pemilihan indikator mutu untuk pelayanan bedah, yaitu salah operasi, salah orang, dan salah prosedur. Data tersebut juga merupakan data insiden keselamatan pasien. Karena itu, kegiatan peningkatan mutu dan kegiatan keselamatan pasien sebaiknya dilaksanakan secara terintegrasi yang dikelola oleh komite/tim atau bentuk organisasi lainnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Mengingat yang dikelola adalah data mutu dan data insiden maka di bawah komite

dapat dibentuk subkomite/subtim/penanggung jawab yang mengelola mutu dan keselamatan pasien yang disesuaikan dengan kondisi rumah sakit dan peraturan perundang-undangan. Selain komite/tim, rumah sakit juga perlu mempunyai penanggungjawab data di setiap unit kerja yang diharapkan dapat membantu komite/tim dalam pengumpulan dan analisis data.

Komite/tim PMKP mempunyai tugas sebagai berikut:

- a) sebagai motor penggerak penyusunan program PMKP rumah sakit;
- b) melakukan monitoring dan memandu penerapan program PMKP di unit kerja;
- c) membantu dan melakukan koordinasi dengan pimpinan unit pelayanan dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator. (lihat juga TKRS 11 dan TKRS 11.2)
- d) melakukan koordinasi dan pengorganisasian pemilihan prioritas program di tingkat unit kerja serta menggabungkan menjadi prioritas rumah sakit secara keseluruhan. Prioritas program rumah sakit ini harus terkoordinasi dengan baik dalam pelaksanaannya;
- e) menentukan profil indikator mutu, metode analisis, dan validasi data dari data indikator mutu yang dikumpulkan dari seluruh unit kerja di rumah sakit;
- f) menyusun formulir untuk mengumpulkan data, menentukan jenis data, serta bagaimana alur data dan pelaporan dilaksanakan;
- g) menjalin komunikasi yang baik dengan semua pihak terkait serta menyampaikan masalah terkait pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien;
- h) terlibat secara penuh dalam kegiatan pendidikan dan pelatihan PMKP;
- i) bertanggung jawab untuk mengomunikasikan masalah-masalah mutu secara rutin kepada semua staf;
- j) menyusun regulasi terkait dengan pengawasan dan penerapan program PMKP.

Komite/tim PMKP dan juga penanggung jawab data di unit kerja perlu mendapat pelatihan terkait manajemen data rumah sakit, yaitu pengumpulan, analisis, dan rencana perbaikan. Selain itu, agar komite/tim PMKP dapat melakukan koordinasi dan pengorganisasian yang baik maka diperlukan pelatihan manajemen komunikasi. Pelatihan tersebut dapat dilaksanakan di rumah sakit.

### **Elemen Penilaian PMKP 1**

1. Direktur rumah sakit telah membentuk komite/tim PMKP atau bentuk organisasi lainnya untuk mengelola kegiatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan termasuk uraian tugas yang meliputi butir 1 sampai dengan 10 yang ada ada maksud dan tujuan. (R)
2. Direktur rumah sakit menetapkan penanggung jawab data di tiap-tiap unit kerja. (R)

3. Individu di dalam komite/tim PMKP atau bentuk organisasi lainnya dan penanggung jawab data telah dilatih serta kompeten. (D)
4. Komite/tim PMKP atau bentuk organisasi lainnya telah melaksanakan kegiatannya. (D, W)

## **Standar PMKP 2**

Rumah sakit mempunyai referensi terkini tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien berdasar atas ilmu pengetahuan dan informasi terkini serta perkembangan konsep peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

## **Maksud dan Tujuan PMKP 2**

Kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien memerlukan regulasi yang didasarkan atas referensi ilmiah terkini. Karena ilmu pengetahuan terus berkembang maka rumah sakit wajib menyediakan referensi yang sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang dapat dipergunakan untuk mendukung pelaksanaan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien. Referensi yang harus disediakan oleh rumah sakit dapat berupa literatur ilmiah terkait asuhan pasien dan manajemen, *international clinical guidelines*, pedoman nasional praktik kedokteran, pedoman praktik klinis (*clinical practice guidelines*), temuan penelitian dan metodologi pendidikan, fasilitas internet, bahan cetak di perpustakaan, sumber-sumber pencarian *online*, bahan-bahan pribadi, serta peraturan perundang-undangan adalah sumber informasi terkini yang berharga. (lihat juga TKRS 7)

Secara rinci referensi dan informasi terkini yang diperlukan rumah sakit dalam meningkatkan mutu dan keselamatan pasien meliputi

- a) literatur ilmiah dan informasi lainnya yang dapat dipergunakan untuk mendukung asuhan pasien terkini, misalnya pedoman nasional pelayanan kedokteran dan *international clinical guidelines*;
- b) literatur ilmiah dan informasi lainnya yang dapat dipergunakan untuk mendukung penelitian (khusus untuk rumah sakit pendidikan);
- c) literatur ilmiah dan informasi lainnya yang dapat dipergunakan untuk mendukung terselenggaranya manajemen yang baik;
- d) informasi lainnya sesuai dengan kebutuhan rumah sakit, misalnya data indikator mutu di tingkat nasional atau internasional;
- e) peraturan perundang-undangan terkait dengan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit termasuk pedoman-pedoman yang dikeluarkan oleh pemerintah.

Referensi di atas agar dipergunakan dalam menyusun regulasi proses kegiatan asuhan klinis pada pasien dan proses kegiatan manajemen yang baik.

Di sisi lain, untuk melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien maka rumah sakit agar mempunyai regulasi peningkatan mutu dan keselamatan pasien sebagai acuan dalam meningkatkan mutu serta keselamatan pasien rumah sakit yang dapat dilengkapi dengan SPO sesuai dengan kebutuhan.

### **Elemen Penilaian PMKP 2**

1. Rumah sakit mempunyai pedoman peningkatan mutu dan keselamatan pasien sesuai dengan referensi terkini. (lihat juga TKRS 4 EP 1). (R)
2. Rumah sakit mempunyai referensi yang dipergunakan untuk meningkatkan mutu asuhan klinis dan proses kegiatan manajemen lebih baik, antara lain meliputi butir 1 sampai dengan 5 yang ada pada maksud tujuan untuk rumah sakit pendidikan dan kecuali butir 2 untuk rumah sakit nonpendidikan. (D,W)
3. Komite medis dan komite keperawatan mempunyai referensi peningkatan mutu asuhan klinis terkini. (D,W)

### **Standar PMKP 2.1**

Rumah sakit menyediakan teknologi dan dukungan lainnya untuk mendukung sistem manajemen data pengukuran mutu terintegrasi sesuai dengan perkembangan teknologi informasi.

### **Maksud dan Tujuan PMKP 2.1**

Pengukuran fungsi klinis dan fungsi manajemen di rumah sakit akan menghasilkan akumulasi data serta informasi. Untuk memahami seberapa baik kemampuan rumah sakit bergantung pada hasil analisis data dan informasi yang terkumpul dibanding dengan rumah sakit lain. Pada rumah sakit besar dan kompleks sifatnya dibutuhkan teknologi dan/atau staf yang mempunyai kompetensi mengelola data. Rumah sakit memahami prioritas pengukuran dan perbaikan sebagai dukungan yang penting. Mereka memberikan dukungan secara konsisten sesuai dengan sumber daya rumah sakit dan peningkatan mutu.

- a) Karena itu rumah sakit perlu mempunyai sistem manajemen data yang didukung dengan teknologi informasi yang mulai dari pengumpulan, pelaporan, analisis, validasi, serta publikasi data untuk internal rumah sakit dan eksternal rumah sakit. Publikasi data tetap harus memperhatikan kerahasiaan pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- b) Data yang dimaksud meliputi data dari indikator mutu unit dan indikator mutu prioritas rumah sakit;
- c) data dari pelaporan insiden keselamatan pasien; dan

- d) data hasil monitoring kinerja staf klinis (bila monitoring kinerja menggunakan indikator mutu);
- e) data hasil pengukuran budaya keselamatan;
- f) integrasi seluruh data di atas baik di tingkat rumah sakit dan unit kerja meliputi
  - pengumpulan,
  - pelaporan,
  - analisis.
  - Validasi, dan
  - publikasi indikator mutu.

Rumah sakit seyogianya mempunyai sistem manajemen data secara elektronik sehingga memudahkan komite/tim PMKP dalam mengelola data tersebut.

### **Elemen Penilaian PMKP 2.1**

1. Rumah sakit mempunyai regulasi sistem manajemen data program PMKP yang terintegrasi meliputi data butir 1 sampai dengan 6 pada maksud dan tujuan. (R)
2. Rumah sakit menyediakan teknologi, fasilitas, dan dukungan lain untuk menerapkan sistem manajemen data di rumah sakit sesuai dengan sumber daya yang ada di rumah sakit. (D,O,W)
3. Ada bukti pelaksanaan program PMKP yang meliputi data butir 1 sampai dengan 6 pada maksud dan tujuan. (D,O,)

### **Standar PMKP 3**

Rumah sakit mempunyai program pelatihan peningkatan mutu dan keselamatan pasien untuk pimpinan rumah sakit serta semua staf yang terlibat dalam pengumpulan, analisis, dan validasi data mutu.

### **Maksud dan Tujuan PMKP 3**

Staf yang berada di unit kerja maupun di komite/tim PMKP yang bertugas dalam mengumpulkan data akan menentukan jenis data, validasi, serta analisis data memerlukan peningkatan pengetahuan dan ketrampilan. Pelatihan staf perlu direncanakan dan dilaksanakan sesuai dengan peran staf dalam program PMKP. Rumah sakit mengidentifikasi dan menyediakan pelatih kompeten untuk pendidikan dan pelatihan ini. Kompeten di sini, yaitu pelatih tersebut pernah mengikuti pelatihan/*workshop* peningkatan mutu serta keselamatan pasien dan atau telah mendapat pendidikan tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Di sisi lainnya, pelatihan juga diperlukan untuk pimpinan termasuk komite medis dan komite keperawatan karena perlu memahami konsep dan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien rumah sakit sehingga dapat melaksanakan perbaikan sesuai bidang tugasnya menjadi lebih baik.

### **Elemen penilaian PMKP 3**

1. Rumah sakit mempunyai program pelatihan PMKP yang diberikan oleh narasumber yang kompeten. (R)
2. Pimpinan di rumah sakit termasuk komite medis dan komite keperawatan telah mengikuti pelatihan PMKP. (D,W)
3. Semua individu yang terlibat dalam pengumpulan, analisis, dan validasi data telah mengikuti pelatihan PMKP, khususnya tentang sistem manajemen data. (D,W)
4. Staf di semua unit kerja termasuk staf klinis dilatih sesuai dengan pekerjaan mereka sehari-hari. (D,W)

### **❖ PROSES PEMILIHAN, PENGUMPULAN, ANALISIS, DAN VALIDASI DATA INDIKATOR MUTU**

#### **Standar PMKP 4**

Komite/tim PMKP atau bentuk organisasi lain terlibat proses pemilihan prioritas pengukuran pelayanan klinis yang akan dievaluasi serta melakukan koordinasi dan integrasi kegiatan pengukuran di seluruh unit di rumah sakit.

#### **Maksud dan Tujuan PMKP 4**

Pemilihan indikator menjadi tanggung jawab pimpinan program. Standar TKRS 5 menjelaskan bagaimana rumah sakit menetapkan daerah (lokasi) prioritas untuk diukur di tingkat rumah sakit, sedangkan standar TKRS 11 menjelaskan proses pemilihan indikator di tingkat unit pelayanan. Pemilihan indikator di unit pelayanan klinis maupun manajemen dipilih berdasar atas prioritasnya. Jika prioritas indikator yang dipilih pelayanan sama oleh beberapa unit pelayanan maka diperlukan koordinasi dan integrasi dalam pengumpulan data. Integrasi semua sistem ukuran akan memberikan kesempatan penyelesaian dan perbaikan terintegrasi. (lihat TKRS 4).

Integrasi indikator oleh beberapa unit pelayanan dapat dilaksanakan di rumah sakit besar seperti kegiatan pengurangan penggunaan antibiotik di rumah sakit yang merupakan integrasi pelayanan farmasi serta pencegahan pengendalian infeksi termasuk integrasi dengan indikator sasaran keselamatan pasien.

Komite/tim PMKP terlibat dalam pemilihan pengukuran prioritas rumah sakit serta melakukan koordinasi dan integrasi pengukuran mutu di unit pelayanan serta melakukan supervisi dalam proses pengumpulan data.

#### **Elemen Penilaian PMKP 4**

- 1 Komite/tim peningkatan mutu dan keselamatan pasien atau bentuk organisasi lainnya memfasilitasi pemilihan prioritas pengukuran pelayanan klinis yang akan dievaluasi. (D,W)
- 2 Komite/tim peningkatan mutu dan keselamatan pasien atau bentuk organisasi lainnya melakukan koordinasi dan integrasi kegiatan pengukuran mutu di unit pelayanan serta pelaporannya. (D,W)
- 3 Komite/tim peningkatan mutu dan keselamatan pasien atau bentuk organisasi lainnya melaksanakan supervisi terhadap progres pengumpulan data sesuai dengan yang direncanakan. (D,W)

#### **Standar PMKP 5**

Rumah sakit memilih dan menetapkan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis yang akan dievaluasi dan indikator-indikator berdasar atas prioritas tersebut.

#### **Maksud dan Tujuan PMKP 5**

Peningkatan mutu dan keselamatan pasien dilakukan berdasar atas tersedianya data. Penggunaan data secara efektif dapat dilakukan berdasar atas *evidence-based* praktik klinik dan *evidence based* praktik manajemen.

Setiap tahun rumah sakit harus memilih fokus perbaikan, proses serta hasil praktik klinik dan manajemen mengacu pada misi rumah sakit, kebutuhan pasien, dan jenis pelayanan. Pemilihan ini didasarkan atas proses yang berimplikasi risiko tinggi, diberikan dalam volume besar, atau cenderung menimbulkan masalah. Fokus perbaikan praktik klinik melibatkan komite medis dan kelompok staf medis terkait.

Direktur rumah sakit bersama-sama dengan pelayanan dan manajemen memilih dan menetapkan pengukuran mutu pelayanan klinis yang prioritas untuk dilakukan evaluasi. Pengukuran mutu prioritas tersebut dilakukan menggunakan indikator-indikator mutu sebagai berikut:

- 1) Indikator mutu area klinik (IAK) yaitu indikator mutu yang bersumber dari area pelayanan
- 2) Indikator mutu area manajemen (IAM) yaitu indikator mutu yang bersumber dari area manajemen
- 3) Indikator mutu Sasaran Keselamatan Pasien yaitu indikator mutu yang mengukur kepatuhan staf dalam penerapan sasaran keselamatan pasien dan budaya keselamatan

Setiap indikator agar dibuat profilnya atau gambaran singkat tentang indikator tersebut namun tidak terbatas meliputi

- a) judul indikator;
- b) definisi operasional;
- c) tujuan dan dimensi mutu;
- d) dasar pemikiran/alasan pemilihan indikator;
- e) numerator, denominator, dan formula pengukuran;
- f) metodologi pengumpulan data;
- g) cakupan data;
- h) frekuensi pengumpulan data;
- i) frekuensi analisis data;
- j) metodologi analisis data;
- k) sumber data;
- l) penanggung jawab pengumpul data; dan
- m) publikasi data.

Indikator mutu yang sudah dipilih bila sudah tercapai terus menerus selama setahun tidak bermanfaat untuk melakukan perbaikan karena sudah tidak ada lagi yang perlu diperbaiki, dengan demikian sebaiknya diganti dengan indikator mutu baru.

## **Elemen Penilaian PMKP 5**

1. Direktur rumah sakit berkoordinasi dengan para kepala bidang/divisi dalam memilih dan menetapkan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis yang akan dievaluasi. (R)
2. Berdasar atas prioritas tersebut ditetapkan pengukuran mutu menggunakan indikator area klinis. (D,W)
3. Berdasar atas prioritas tersebut ditetapkan pengukuran mutu menggunakan indikator area manajemen. (D,W)
4. Berdasar atasn prioritas tersebut ditetapkan pengukuran mutu menggunakan indikator sasaran keselamatan pasien. (D,W)
5. Setiap indikator yang ditetapkan dilengkapi dengan profil indikator yang meliputi butir 1 sampai dengan 13 pada maksud dan tujuan. (lihat juga TKRS 5). (D)
6. Direktur rumah sakit dan komite/tim PMKP melakukan supervisi terhadap proses pengumpulan data. (D,W)

### **Standar PMKP 5.1**

Dilakukan evaluasi proses pelaksanaan panduan praktik klinik, alur klinis (*clinical pathway*), dan/atau protokol klinis, dan/atau prosedur, dan/atau *standing order* di prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis.

## Maksud dan Tujuan PMKP 5.1

Ketua Kelompok Staf Medis telah menetapkan paling sedikit 5 (lima) prioritas panduan praktik klinis-alur klinis dan/atau protokol klinis dan atau prosedur dan/atau *standing order* sebagai panduan standarisasi proses asuhan klinik yang dimonitor oleh Komite Medik dengan tujuan sebagai berikut:

1. melakukan standarisasi proses asuhan klinik;
2. mengurangi risiko dalam proses asuhan terutama yang berkaitan asuhan kritis;
3. memanfaatkan sumber daya yang tersedia dengan efisien dalam memberikan asuhan klinik tepat waktu dan efektif;
4. memanfaatkan indikator prioritas sebagai indikator dalam penilaian kepatuhan penerapan alur klinis di area yang akan diperbaiki di tingkat rumah sakit;
5. secara konsisten menggunakan praktik berbasis bukti ("*evidence based practices*") dalam memberikan asuhan bermutu tinggi.

Penerapan panduan praktik klinis-*clinical pathway* dipilih oleh tiap-tiap kelompok staf medis adalah di unit-unit pelayanan di tempat DPJP memberikan asuhan.

Mengacu pada prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis yang akan dievaluasi maka selain ditetapkan indikator mutu, juga diperlukan standarisasi proses asuhan klinis pada prioritas pengukuran mutu di rumah sakit.

Karena itu, pimpinan medis bersama-sama dengan komite medis dan kelompok staf medis agar memilih dan menetapkan 5 (lima) panduan praktik klinis, alur klinis (*clinical pathway*), dan/atau protokol klinis, dan/atau prosedur, dan/atau *standing order* yang dipergunakan untuk pengukuran mutu prioritas rumah sakit dengan mengacu pada panduan praktik klinis dan alur klinis yang sudah diterapkan oleh kelompok staf medis di unit-unit pelayanan.

Evaluasi dapat dilakukan melalui audit medis dan atau audit klinis untuk menilai efektivitas penerapan panduan praktik klinik dan alur klinis sehingga dapat dibuktikan bahwa penggunaan panduan praktik klinis serta alur klinis telah mengurangi variasi i proses dan hasil. (TKRS 11.2). Indikator area klinis (IAK), indikator area manajemen (IAK), dan indikator sasaran keselamatan pasien (ISKP) dapat digunakan sebagai indikator audit medis dan atau audit klinis sesuai dengan dimensi mutu WHO.

Sesuai peraturan perundangan panduan praktik klinis (PPK) adalah istilah teknis sebagai pengganti standar prosedur operasional (SPO) yang merupakan istilah administratif. Penggantian ini perlu untuk menghindari kesalahpahaman yang mungkin terjadi bahwa "standar" merupakan hal yang harus dilakukan pada semua keadaan. Jadi secara teknis SPO dibuat berupa PPK yang dapat berupa atau disertai dengan salah satu atau lebih: alur klinis (*clinical pathway*), protokol, prosedur, algoritme, dan *standing order*.

Dalam PPK mungkin terdapat hal-hal yang memerlukan rincian langkah demi langkah. Untuk ini, sesuai dengan karakteristik permasalahan serta kebutuhan dapat dibuat *clinical pathway* (alur klinis), algoritme, protokol, prosedur, maupun *standing order*.

#### **Contoh:**

- Dalam PPK dinyatakan bahwa tata laksana stroke nonhemoragik harus dilakukan secara multidisiplin dan dengan pemeriksaan serta intervensi dari hari ke hari dengan urutan tertentu. Karakteristik penyakit stroke nonhemoragik sesuai untuk dibuat alur klinis (*clinical pathway*, CP) sehingga perlu dibuat CP untuk stroke nonhemoragik.
- Dalam PPK dinyatakan bahwa pada pasien gagal ginjal kronik perlu dilakukan hemodialisis. Uraian rinci tentang hemodialisis dimuat dalam protokol hemodialisis pada dokumen terpisah.
- Dalam PPK dinyatakan bahwa pada anak dengan kejang demam kompleks perlu dilakukan pungsi lumbal. Uraian pelaksanaan pungsi lumbal tidak dimuat dalam PPK melainkan dalam prosedur pungsi lumbal dalam dokumen terpisah.
- Dalam tata laksana kejang demam diperlukan pemberian diazepam rektal dengan dosis tertentu yang harus diberikan oleh perawat bila dokter tidak ada, hal ini diatur dalam "*standing order*".

#### **Elemen Penilaian PMKP 5.1**

1. Rumah sakit menetapkan evaluasi pelayanan kedokteran dengan panduan praktik klinis, alur klinis, atau protokol. (R)
2. Hasil evaluasi dapat menunjukkan perbaikan variasi dalam lima fokus area pada pemberian pelayanan. (D,W)
3. Rumah sakit telah melaksanakan audit klinis dan atau audit medis pada panduan praktik klinis/alur klinis prioritas di tingkat rumah sakit. (D,W)

#### **Standar PMKP 6**

Setiap unit kerja di rumah sakit memilih dan menetapkan indikator mutu yang dipergunakan untuk mengukur mutu unit kerja.

#### **Maksud dan Tujuan PMKP 6**

Pemilihan indikator adalah tanggung jawab dari pimpinan. TKRS 5 menjelaskan bagaimana pimpinan rumah sakit memutuskan area prioritas untuk pengukuran di seluruh rumah sakit dan TKRS 11 menjelaskan proses pemilihan indikator untuk

setiap unit pelayanan/unit kerja. Semua unit pelayanan baik klinis dan manajerial memilih indikator yang terkait dengan prioritas mereka.

Di rumah sakit yang besar dapat diantisipasi kemungkinan indikator yang serupa dipilih oleh beberapa unit pelayanan.

Indikator mutu di unit pelayanan/kerja dipergunakan untuk menilai mutu unit pelayanan/kerja. Komite/tim PMKP melakukan koordinasi dan mengorganisasi pemilihan indikator mutu di unit kerja tersebut sehingga indikator yang dipilih tersebut valid, *reliable*, sensitive, dan spesifik. Pengukuran mutu perlu juga memperhatikan dimensi mutu dari WHO, yaitu *effective, efficient, accessible, accepted (patient-centred), equity, and safe*.

Pimpinan unit kerja terlibat langsung dalam pemilihan dan penetapan yang ingin diukur di unit kerja. Indikator mutu unit kerja dapat menggunakan indikator mutu yang tercantum di dalam standar pelayanan minimal. Indikator mutu di unit pelayanan dapat meliputi indikator mutu area klinis, indikator mutu area manajemen, indikator mutu penerapan sasaran keselamatan pasien, dan indikator mutu unit kerja (nonpelayanan), minimal meliputi indikator area manajemen.

Dalam memilih indikator mutu maka kepala unit kerja dan unit pelayanan agar memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

- a) prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis di rumah sakit. Indikator mutu yang dipergunakan untuk mengukur mutu di prioritas pengukuran mutu rumah sakit, sumber data pasti dari unit, dan menjadi indikator mutu unit;
- b) fokus mengukur hal-hal yang ingin diperbaiki;
- c) melakukan koordinasi dengan komite medis bila evaluasi penerapan panduan praktik klinis dan evaluasi kinerja dokter menggunakan indikator mutu.

Komite/Tim PMKP agar memfasilitasi pemilihan indikator mutu unit.

**Sebagai contoh**, unit pelayanan farmasi maka pengendalian infeksi dan penyakit menular mungkin masing-masing memilih prioritas yang terkait dengan pengurangan penggunaan antibiotik di rumah sakit. Program mutu dan keselamatan pasien yang dijabarkan dalam standar-standar PMKP ini mempunyai peran yang penting membantu unit pelayanan menyetujui pendekatan bersama terhadap pengukuran dan memudahkan pengambilan data untuk pengukuran yang ditetapkan.

Setiap indikator yang sudah dipilih agar dilengkapi dengan profil indikator sebagaimana diatur pada maksud dan tujuan di PMKP 5.

## **Elemen Penilaian PMKP 6**

1. Rumah sakit mempunyai regulasi pengukuran mutu dan cara pemilihan indikator mutu di unit kerja yang antara lain meliputi butir 1 sampai dengan 3 yang ada pada maksud dan tujuan. (R)
2. Setiap unit kerja dan pelayanan telah memilih dan menetapkan indikator mutu unit. (lihat juga TKRS 11 EP 1). (D,W)
3. Setiap indikator mutu telah dilengkapi profil indikator meliputi butir 1 sampai dengan 13 yang ada pada maksud dan tujuan di PMKP 5. (D,W)
4. Setiap unit kerja melaksanakan proses pengumpulan data dan pelaporan. (D,W)
5. Pimpinan unit kerja melakukan supervisi terhadap proses pengumpulan data dan pelaporan serta melakukan perbaikan mutu berdasar atas hasil capaian indikator mutu. (D,W)

## **Standar PMKP 7**

Pengumpulan data merupakan salah satu kegiatan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien untuk mendukung asuhan pasien serta manajemen rumah sakit lebih baik.

### **Maksud dan Tujuan PMKP 7**

Dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien maka pengumpulan data merupakan bagian penting dari penilaian kinerja untuk mendukung asuhan pasien dan manajemen yang lebih baik.

Profil rumah sakit dapat dilihat dari data yang terkumpul. Kumpulan data ini perlu dianalisis dan dibanding dengan rumah sakit lain yang sejenis. Jadi, pengumpulan data merupakan bagian penting dari kegiatan meningkatkan perbaikan kinerja. Data yang dimaksud adalah sesuai dengan butir 1 sampai dengan 7 yang ada pada maksud dan tujuan PMKP 2.1.

Pengumpulan data dari manajemen risiko, manajemen sistem utilitas, pencegahan dan pengendalian infeksi dapat membantu rumah sakit memahami kinerja rumah sakit saat ini, apa yang masih menjadi masalah dan perlu dilakukan perbaikan.

Bank data dari luar juga berharga untuk memonitor praktik profesional yang dijelaskan di KKS 11.

Dengan berpartisipasi menggunakan bank data dari luar maka rumah sakit dapat membandingkan dirinya sendiri dengan rumah sakit lain yang sama tingkatannya di tingkat lokal, nasional, dan internasional. Perbandingan adalah alat efektif untuk menemukan langkah-langkah perbaikan dan mencatat tingkat kinerjanya. Jaringan pelayanan kesehatan dan mereka yang membayar pelayanan kesehatan sering membutuhkan informasi ini.

Bank data dari luar banyak bentuknya mulai bank data asuransi sampai perkumpulan profesional dan dapat juga indikator-indikator mutu yang diwajibkan oleh pemerintah. Sesuai dengan peraturan perundangan mungkin ada rumah sakit yang diharuskan ikut sebagai peserta bank data. Dalam semua kasus, seharusnya keamanan dan kerahasiaan data serta informasi dijaga.

Berdasar atas hal tersebut di atas rumah sakit agar mempunyai regulasi tentang

- a) sistem manajemen data yang meliputi pengumpulan, pelaporan, analisis, *feedback*, dan publikasi. (PMKP 2.1);
- b) menetapkan data-data yang akan dibandingkan dengan rumah sakit lain atau menggunakan database eksternal;
- c) menjamin keamanan dan kerahasiaan data dalam berkontribusi dengan *database* eksternal.

### **Elemen Penilaian PMKP 7**

1. Rumah sakit mempunyai regulasi manajemen data yang meliputi butir 1 sampai dengan 3 pada maksud dan tujuan. (lihat juga PMKP 2.1). (R)
2. Komite/tim PMKP atau bentuk organisasi lainnya melakukan koordinasi dengan unit pelayanan dalam pengumpulan data. (D,W)
3. Rumah sakit telah melakukan pengumpulan data dan informasi untuk mendukung asuhan pasien, manajemen rumah sakit, pengkajian praktik profesional, serta program mutu dan keselamatan pasien secara menyeluruh. (D,W)
4. Kumpulan data dan informasi disampaikan kepada badan di luar rumah sakit sesuai dengan peraturan dan perundangan-undangan. (D,W)
5. Rumah sakit berkontribusi terhadap *database* eksternal dengan menjamin keamanan dan kerahasiaan. (D,W)

### **Standar PMKP 7.1**

Analisis data merupakan salah satu kegiatan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien untuk mendukung asuhan pasien dan manajemen rumah sakit.

### **Maksud dan Tujuan PMKP 7.1**

Untuk mencapai simpulan dan membuat keputusan maka data harus digabungkan, dianalisis, dan diubah menjadi informasi yang berguna. Analisis data melibatkan individu di dalam Komite/tim PMKP yang memahami manajemen informasi, mempunyai keterampilan dalam metode pengumpulan data, dan mengetahui cara menggunakan berbagai alat statistik. Hasil analisis data harus dilaporkan kepada para pimpinan yang bertanggung jawab akan proses atau hasil yang

diukur dan yang mampu menindaklanjuti. Dengan demikian, data menyediakan masukan berkesinambungan yang membantu individu itu mengambil keputusan dan terus-menerus memperbaiki proses klinis serta manajerial.

Pengertian terhadap teknik statistik dapat berguna dalam proses analisis data, khususnya dalam menafsirkan variasi dan memutuskan area yang paling membutuhkan perbaikan. *Run charts*, diagram kontrol (*control charts*), histogram, dan diagram Pareto adalah **contoh** metode statistik yang sangat berguna untuk memahami pola dan variasi dalam pelayanan kesehatan.

Program mutu berpartisipasi dalam menetapkan seberapa sering data harus dikumpulkan dan dianalisis. Frekuensi proses ini bergantung pada kegiatan program tersebut dan area yang diukur serta frekuensi pengukuran. **Sebagai contoh**, pemeriksaan data mutu dari laboratorium klinis mungkin dianalisis setiap minggu untuk mematuhi peraturan perundangan-undangan dan data tentang pasien jatuh mungkin dianalisis setiap bulan apabila jatuhnya pasien jarang terjadi. Maka, pengumpulan data pada titik-titik waktu tertentu akan memungkinkan rumah sakit menilai stabilitas proses tertentu atau dapat menilai prediksi hasil tertentu terkait dengan ekspektasi yang ada.

Tujuan analisis data adalah dapat membandingkan rumah sakit dalam empat hal:

- 1) dengan rumah sakit tersebut sendiri dari waktu ke waktu, misalnya dari bulan ke bulan atau dari tahun ke tahun;
- 2) dengan rumah sakit sejenis seperti melalui *database* referensi;
- 3) dengan standar-standar seperti yang ditentukan oleh badan akreditasi atau organisasi profesional ataupun standar-standar yang ditentukan oleh undang-undang atau peraturan;
- 4) dengan praktik-praktik yang diinginkan yang dalam literatur digolongkan sebagai *best practice* (praktik terbaik) atau *better practice* (praktik yang lebih baik) atau *practice guidelines* (panduan praktik klinik).

Perbandingan tersebut membantu rumah sakit dalam memahami perubahan dan penyebab perubahan yang tidak diinginkan serta membantu memfokuskan upaya perbaikan. (lihat juga TKRS 5)

Oleh karena itu, rumah sakit agar menyusun regulasi analisis data yang meliputi

- a) penggunaan statistik dalam melakukan analisis data;
- b) analisis yang harus dilakukan, yaitu
  - membandingkan data di rumah sakit dari waktu ke waktu data (analisis *trend*), misalnya dari bulanan ke bulan atau dari tahun ke tahun;
  - membandingkan dengan rumah sakit lain bila mungkin yang sejenis seperti melalui *database* eksternal baik nasional maupun internasional;

- membandingkan dengan standar seperti yang ditentukan oleh badan akreditasi atau organisasi profesional ataupun standar yang ditentukan oleh peraturan perundang-undangan;
- membandingkan dengan praktik yang diinginkan yang dalam literatur digolongkan sebagai *best practice* (praktik terbaik) atau *better practice* (praktik yang lebih baik) atau *practice guidelines* (panduan praktik klinik).

### **Elemen Penilaian PMKP 7.1**

1. Rumah sakit mempunyai regulasi analisis data yang meliputi butir 1 dan 2 yang ada pada maksud dan tujuan. (R)
2. Rumah sakit telah melakukan pengumpulan data, analisis, dan menyediakan informasi yang berguna untuk mengidentifikasi kebutuhank perbaikan. (D,W)
3. Analisis data telah dilakukan menggunakan metode dan teknik statistic yang sesuai dengan kebutuhan. (D,W)
4. Analisis data telah dilakukan dengan melakukan perbandingan dari waktu ke waktu di dalam rumah sakit, dengan melakukan perbandingan *database* eksternal dari rumah sakit sejenis atau data nasional/internasional, dan melakukan perbandingan dengan standar serta praktik terbaik berdasar atas referensi terkini. (D,W)
5. Pelaksana analisis data, yaitu staf komite/tim PMKP dan penanggung jawab data di unit pelayanan/kerja sudah mempunyai pengalaman, pengetahuan, dan keterampilan yang tepat sehingga dapat berpartisipasi dalam proses tersebut dengan baik. (D,W)
6. Hasil analisis data telah disampaikan kepada direktur, para kepala bidang/divisi, dan kepala unit untuk ditindaklanjuti. (D,W)

### **Standar PMKP 7.2**

Program PMKP prioritas di rumah sakit telah dianalisis dan mempunyai dampak terhadap peningkatan mutu serta efisiensi biaya per tahun.

### **Maksud dan Tujuan PMKP 7.2**

Direktur rumah sakit memprioritaskan proses di rumah sakit yang diukur, program perbaikan dan kegiatan keselamatan pasien yang diterapkan, dan bagaimana mengukur keberhasilan dalam upaya di seluruh rumah sakit ini.

Program mutu dan keselamatan pasien mencakup analisis atas dampak prioritas perbaikan yang didukung oleh pimpinan (lihat juga TKRS 5, EP 4). Staf program mutu dan keselamatan pasien menyusun sarana untuk mengevaluasi penggunaan sumber daya untuk proses yang telah diperbaiki. Sumber daya dapat sumber daya manusia (sebagai contoh, waktu yang dipakai untuk setiap langkah dalam proses tersebut)

atau dapat pula melibatkan penggunaan teknologi dan sumber daya lainnya. Analisis ini memberikan informasi yang berguna atas perbaikan mana yang berdampak terhadap efisiensi dan biaya.

Contoh: rumah sakit menetapkan pelayanan jantung merupakan program prioritas maka rumah sakit menyusun panduan klinis dan clinical pathway untuk kasus *acute myocard infarc* (AMI), dari hasil analisis implementasi AMI didapatkan variasi pelayanan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) telah berkurang dan ada kecenderungan kepatuhan DPJP meningkat dan dari hasil analisis dapat diketahui bahwa biaya untuk pasien AMI juga cenderung turun sesuai dengan standar.

Dalam melakukan analisis tersebut Komite PMKP berkoordinasi dengan Komite Medik karena terkait dengan audit medis, bagian keuangan rumah sakit, dan teknologi informasi (*information technology*) rumah sakit khususnya untuk *billing system* sehingga dapat diketahui telah terjadi kendali biaya.

Direktur rumah sakit mengukur keberhasilan program PMKP prioritas melalui:

- a) pengukuran capaian-capaian indikator area klinik dan area manajemen;
- b) pengukuran kepatuhan penerapan sasaran keselamatan pasien;
- c) pengukuran kepatuhan pelaksanaan PPK-CP sehingga mengurangi variasi dalam pemberian pelayanan;
- d) pengukuran penggunaan sumber daya termasuk biaya yang dipergunakan untuk perbaikan di program prioritas rumah sakit tersebut.

Melalui pengukuran-pengukuran tersebut di atas dapat diketahui dampak perbaikan di rumah sakit secara keseluruhan termasuk efisiensi penggunaan sumber daya.

## **Elemen Penilaian PMKP 7.2**

- 1 Komite/tim PMKP atau bentuk organisasi lainnya telah mengumpulkan dan menganalisis data program PMKP prioritas yang meliputi butir 1 sampai dengan 4 yang ada pada maksud dan tujuan. (lihat juga PMKP 5). (D,W)
- 2 Ada bukti direktur rumah sakit telah menindaklanjuti hasil analisis data yang meliputi butir 1 sampai 4 yang ada pada maksud dan tujuan. (D,W)
- 3 Ada bukti program PMKP prioritas telah menghasilkan perbaikan di rumah sakit secara keseluruhan. (D,W)
- 4 Ada bukti program PMKP prioritas telah menghasilkan efisiensi penggunaan sumber daya. (D,W)

## **Standar PMKP 8**

Rumah sakit mempunyai regulasi validasi data indikator area klinik yang baru atau mengalami perubahan dan data yang akan dipublikasikan. Regulasi ini diterapkan menggunakan proses internal validasi data.

## Maksud dan Tujuan PMK. 8

Validasi data adalah alat penting untuk memahami mutu data dan untuk menetapkan tingkat kepercayaan (*confidence level*) para pengambil keputusan terhadap data itu sendiri. Validasi data menjadi salah satu langkah dalam proses menetapkan prioritas penilaian, memilih apa yang harus dinilai, memilih dan mengetes indikator, mengumpulkan data, validasi data, serta menggunakan data untuk peningkatan.

Keabsahan dan ketepercayaan pengukuran adalah inti dari semua perbaikan dalam program peningkatan mutu. Proses validasi data secara internal perlu dilakukan karena program mutu dianggap valid jika data yang dikumpulkan sudah sesuai, benar, dan bermanfaat .

Untuk memastikan bahwa data yang dikumpulkan baik maka proses validasi perlu dilakukan.

Rumah sakit agar menetapkan regulasi validasi data antara lain meliputi

1. kebijakan data yang harus divalidasi, yaitu
  - merupakan pengukuran area klinik baru;
  - bila ada perubahan sistem pencatatan pasien dari manual ke elektronik sehingga sumber data berubah;
  - bila data dipublikasi ke masyarakat baik melalui *web site* rumah sakit atau media lain;
  - bila ada perubahan pengukuran;
  - bila ada perubahan data pengukuran tanpa diketahui sebabnya;
  - bila ada perubahan subjek data seperti perubahan umur rata-rata pasien, protokol riset diubah, panduan praktik klinik baru diberlakukan, serta terdapat teknologi dan metodologi pengobatan baru.
2. proses validasi data mencakup, namun tidak terbatas sebagai berikut:
  - mengumpulkan ulang data oleh orang kedua yang tidak terlibat dalam proses pengumpulan data sebelumnya (data asli);
  - menggunakan sampel tercatat, kasus, dan data lainnya yang sah secara statistik. Sampel 100% hanya dibutuhkan jika jumlah pencatatan, kasus, atau data lainnya sangat kecil jumlahnya;
  - membandingkan data asli dengan data yang dikumpulkan ulang;
  - menghitung keakuratan dengan membagi jumlah elemen data yang ditemukan dengan total jumlah data elemen dikalikan dengan 100. Tingkat akurasi 90% adalah patokan yang baik;
  - jika elemen data yang diketemukan ternyata tidak sama dengan catatan alasannya (misalnya data tidak jelas definisinya) dan dilakukan tindakan koreksi;

- koleksi sampel baru setelah semua tindakan koreksi dilakukan untuk memastikan tindakan menghasilkan tingkat akurasi yang diharapkan. (lihat juga KKS 11, EP 4)
- c) proses validasi data yang akan dipublikasi di *web site* atau media lainnya agar diatur tersendiri dan dapat menjamin kerahasiaan pasien serta keakuratan data.

Proses validasi data mencakup, namun tidak terbatas pada butir 2 tersebut di atas, oleh karena itu dalam melakukan validasi data maka rumah sakit dapat menggunakan cara/proses lain sesuai dengan referensi ilmiah terkini.

Proses validasi data yang akan dipublikasi diatur tersendiri dan dapat menjamin kerahasiaan pasien serta keakuratan data.

### **Elemen Penilaian PMKP 8**

1. Rumah sakit mempunyai regulasi validasi data sesuai dengan butir 1 sampai dengan 3 yang ada pada maksud dan tujuan. (R)
2. Rumah sakit telah melakukan validasi data pada pengukuran mutu area klinik yang baru dan bila terjadi perubahan sesuai dengan regulasi. (D,W)
3. Rumah sakit telah melakukan validasi data yang akan dipublikasikan di *web site* atau media lainnya termasuk kerahasiaan pasien dan keakuratan sesuai dengan regulasi. (D,W)
4. Rumah sakit telah melakukan perbaikan berdasarkan hasil validasi data (D,W)

## **❖ PELAPORAN DAN ANALISIS INSIDEN KESELAMATAN PASIEN**

### **Standar PMKP 9**

Rumah sakit menetapkan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien baik internal maupun eksternal.

### **Maksud dan Tujuan PMKP 9**

Insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut insiden ialah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri atas kejadian tidak diharapkan, kejadian nyaris cedera, kejadian tidak cedera, kejadian potensial cedera, dan kejadian sentinel.

Pelaporan insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut pelaporan insiden ialah suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien, analisis, dan solusi untuk pembelajaran. Sistem pelaporan diharapkan dapat mendorong individu di dalam rumah sakit untuk peduli akan bahaya atau potensi

bahaya yang dapat terjadi pada pasien. Pelaporan juga penting digunakan untuk memonitor upaya pencegahan kesalahan (*error*) sehingga dapat mendorong dilakukan investigasi. Di sisi lain, pelaporan akan menjadi awal proses pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.

Rumah sakit perlu menetapkan sistem pelaporan insiden antara lain meliputi

- a) kebijakan;
- b) alur pelaporan,
- c) formulir pelaporan;
- d) prosedur pelaporan;
- e) insiden yang harus dilaporkan, yaitu kejadian yang sudah terjadi, potensial terjadi, ataupun yang nyaris terjadi;
- f) siapa saja yang membuat laporan;
- g) batas waktu pelaporan.

Selain laporan internal, rumah sakit juga wajib membuat laporan ke Komite Nasional Keselamatan Pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan dijamin keamanannya, bersifat rahasia, anonim (tanpa identitas), serta tidak mudah diakses oleh yang tidak berhak.

Dengan pelaporan eksternal tersebut maka berarti rumah sakit telah ikut berpartisipasi dalam penyediaan data nasional angka insiden keselamatan pasien, pembelajaran untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien bagi rumah sakit lain, dan ditetapkannya langkah-langkah praktis keselamatan pasien untuk rumah sakit di Indonesia.

### **Elemen Penilaian PMKP 9**

1. Rumah sakit menetapkan regulasi sistem pelaporan insiden internal dan eksternal sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang meliputi butir 1 sampai dengan 7) pada maksud dan tujuan. (R)
2. Ada bukti unit kerja telah melaporkan insiden keselamatan pasien. (D,W);
3. Rumah sakit mengintegrasikan pelaporan kejadian dan pengukuran mutu agar solusi serta perbaikan yang dilakukan terintegrasi. (D,W)
4. Ada bukti rumah sakit telah melaporkan insiden keselamatan pasien setiap 6 bulan kepada representasi pemilik dan bila ada kejadian sentinel telah dilaporkan di setiap kejadian. (lihat juga TKRS 4.1). (D,W)
5. Ada bukti rumah sakit telah melaporkan insiden keselamatan pasien kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (D,W)

### **Standar PMKP 9.1**

Rumah sakit telah menetapkan jenis kejadian sentinel, serta melaporkan dan

melakukan analisis akar masalah (*root cause analysis*).

### **Maksud dan Tujuan PMKP 9.1**

Kejadian sentinel ialah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius. Setiap rumah sakit menetapkan definisi operasional kejadian sentinel paling sedikit meliputi

1. kematian yang tidak diduga, termasuk, dan tidak tidak terbatas hanya
  - kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit pasien atau kondisi pasien (contoh, kematian setelah infeksi pascaoperasi atau emboli paru-paru);
  - kematian bayi aterm;
  - bunuh diri.
2. kehilangan permanen fungsi yang tidak terkait dengan penyakit pasien atau kondisi pasien;
3. operasi salah tempat, salah prosedur, dan salah pasien;
4. terjangkit penyakit kronik atau penyakit fatal akibat transfusi darah atau produk darah atau transplantasi organ atau jaringan ;
5. penculikan anak termasuk bayi atau anak termasuk bayi dikirim ke rumah bukan rumah orangtuanya;
6. perkosaan, kekejaman di tempat kerja seperti penyerangan (berakibat kematian atau kehilangan fungsi secara permanen), atau pembunuhan (yang isengaja) atas pasien, anggota staf, dokter, mahasiswa kedokteran, siswa latihan, serta pengunjung atau vendor/pihak ketiga ketika berada dalam lingkungan rumah sakit. (lihat juga KKS 8.2)

Definisi kejadian sentinel termasuk yang ditetapkan seperti diuraikan mulai dari butir 1 sampai huruf 6 dapat ditambahkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan-undangan yang ada atau kejadian yang menurut pandangan rumah sakit harus ditambahkan sebagai kejadian sentinel. Semua kejadian yang sesuai dengan definisi harus dilakukan analisis akar masalah (RCA=*root cause analysis*). Analisis dan rencana tindakan selesai dalam waktu 45 hari setelah kejadian. Tujuan AAM (analisis akar masalah) adalah agar rumah sakit dapat mengerti dengan baik dan komprehensif asal kejadian. Apabila AAM menunjukkan perbaikan sistem atau tindakan lain dapat mengurangi risiko seperti itu terjadi lagi, rumah sakit merancang ulang proses dan mengambil tindakan yang perlu dilakukan. Kejadian sentinel bukan indikator terkait dengan pelanggaran hukum (lihat juga TKRS 4.1).

Penting untuk diperhatikan bahwa istilah **kejadian sentinel tidak selalu** mengarah pada kepada kekeliruan (*error*) atau kesalahan (*mistake*) maupun memberi kesan pertanggungjawaban legal (*liability*) tertentu.

## Elemen Penilaian PMKP 9.1

1. Pimpinan rumah sakit menetapkan regulasi jenis kejadian sentinel sekurang-kurangnya seperti diuraikan pada butir 1 sampai dengan 6 pada Maksud dan Tujuan. (lihat juga PMKP 9 EP1). (R)
2. Rumah sakit telah melakukan RCA/AAM setiap ada kejadian sentinel di rumah sakit dan tidak melewati waktu 45 hari terhitung sejak terjadi kejadian atau sejak diberi tahu tentang terdapat kejadian. (D,W)
3. Ada bukti rencana tindaklanjut dan pelaksanaan langkah-langkah sesuai dengan hasil AAM/RCA. (D,O,W)

## Standar PMKP 9.2

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melakukan analisis data KTD dan mengambil langkah tindaklanjut.

## Maksud dan Tujuan PMKP 9.2

Ketika rumah sakit mendeteksi atau mencurigai perubahan yang tidak diinginkan atau tidak sesuai dengan harapan maka rumah sakit memulai analisis mendalam untuk menentukan perbaikan paling baik difokuskan di area mana (lihat juga PKPO 7.1). Secara khusus, analisis mendalam dimulai jika tingkat, pola, atau tren yang tidak diinginkan bervariasi secara signifikan dari

- apa yang diharapkan;
- apa yang ada di rumah sakit; dan
- standar-standar yang diakui.

Analisis dilakukan untuk semua hal berikut ini:

- a) semua reaksi transfusi yang sudah dikonfirmasi jika sesuai untuk rumah sakit. (lihat AP 5.11);
- b) semua kejadian serius akibat efek samping obat jika sesuai dan sebagaimana yang didefinisikan oleh rumah sakit;
- c) semua kesalahan pengobatan yang signifikan jika sesuai dan sebagaimana yang didefinisikan oleh rumah sakit;
- d) semua perbedaan besar antara diagnosis praoperasi dan diagnosis pascaoperasi;
- e) efek samping atau pola efek samping selama sedasi moderat atau mendalam dan pemakaian anestesi;
- f) kejadian-kejadian lain; **misalnya**
  - infeksi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan atau wabah penyakit menular;
  - pasien jiwa yang melarikan diri dari ruang perawatan keluar lingkungan rumah sakit yang tidak meninggal/tidak cedera serius. (khusus untuk RS

Jiwa dan RS Umum yang mempunyai ruang perawatan jiwa).

### **Elemen Penilaian PMKP 9.2**

1. Rumah sakit mempunyai regulasi jenis kejadian yang tidak diharapkan, proses pelaporan, dan analisisnya. (lihat juga PMKP 9 EP 1). (R)
2. Semua reaksi transfusi yang sudah dikonfirmasi jika sesuai yang didefinisikan untuk rumah sakit, sudah dianalisis. (lihat juga PAP 3.3). (D,W)
3. Semua kejadian serius akibat efek samping obat (*adverse drug event*) jika sesuai dan sebagaimana yang didefinisikan oleh rumah sakit sudah dianalisis (lihat juga PKPO 7). (D,W)
4. Semua kesalahan pengobatan (*medication error*) yang signifikan jika sesuai dan sebagaimana yang didefinisikan oleh rumah sakit sudah dianalisis. (lihat juga PKPO 7.1). (D,W)
5. Semua perbedaan besar (*discrepancy*) antara diagnosis praoperasi dan diagnosis pascaoperasi sudah dianalisis. (lihat juga PAB 7.2). (D,W)
6. Efek samping atau pola efek samping selama sedasi moderat atau mendalam dan pemakaian anestesi sudah dianalisis. (lihat juga PAB 3.2 dan PAB 5). (D,W)
7. Semua kejadian lain yang ditetapkan oleh rumah sakit sesuai dengan butir 6 pada maksud dan tujuan sudah dianalisis. (D,W)

### **Standar PMKP 9.3**

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk analisis kejadian nyaris cedera (KNC) dan kejadian tidak cedera (KTC).

### **Maksud dan Tujuan PMKP 9.3**

Rumah sakit menetapkan definisi KNC dan sistem pelaporan, proses mengumpulkan dan analisis data untuk dilakukan kajian perubahan proses agar dapat mengurangi atau menghilangkan KNC dan KTC. (lihat juga PKPO 7.1)

### **Elemen Penilaian PMKP 9.3**

1. Rumah sakit menetapkan definisi, jenis yang dilaporkan, dan sistem pelaporan KNC dan KTC. (lihat juga PMKP 9 EP1). (R)
2. Ada analisis data KNC dan KTC. (D,W)

## **Standar PMKP 10**

Ada pengukuran dan evaluasi budaya keselamatan pasien.

### **Maksud dan Tujuan PMKP 10**

Pengukuran budaya keselamatan juga perlu dilakukan oleh rumah sakit. Budaya keselamatan juga dikenal sebagai budaya yang aman, yakni sebuah budaya organisasi yang mendorong setiap individu anggota staf (klinis atau administratif) melaporkan hal-hal yang mengkhawatirkan tentang keselamatan atau mutu pelayanan tanpa imbal jasa dari rumah sakit.

Direktur rumah sakit melakukan evaluasi rutin sesuai jadwal yang tetap dengan menggunakan beberapa metode, survei resmi, wawancara staf, analisis data, dan diskusi kelompok.

### **Elemen Penilaian PMKP 10**

1. Ada regulasi pengukuran budaya keselamatan. (lihat juga TKRS 13). (R)
2. Direktur rumah sakit telah melaksanakan pengukuran budaya keselamatan. (D,W)

## **❖ PENCAPAIAN DAN MEMPERTAHANKAN PERBAIKAN**

## **Standar PMKP 11**

Peningkatan mutu dan keselamatan pasien dicapai dan dipertahankan.

### **Maksud dan Tujuan PMKP 11**

Informasi dari analisis data yang digunakan untuk mengidentifikasi potensi perbaikan atau untuk mengurangi atau mencegah kejadian yang merugikan. Data pengukuran rutin dan data penilaian intensif memberikan kontribusi untuk pemahaman di mana perbaikan harus direncanakan dan prioritas apa yang harus diberikan untuk peningkatan/perbaikan. Khususnya, perbaikan yang direncanakan untuk area/daerah prioritas pengumpulan data yang sudah diidentifikasi oleh pimpinan rumah sakit.

Setelah perbaikan direncanakan, dilakukan uji perubahan dengan mengumpulkan data lagi selama masa uji yang ditentukan dan dilakukan re-evaluasi untuk membuktikan bahwa perubahan adalah benar menghasilkan perbaikan.

Hal ini untuk memastikan bahwa ada perbaikan berkelanjutan dan ada pengumpulan data untuk analisis berkelanjutan. Perubahan yang efektif dimasukkan ke dalam standar prosedur operasional, prosedur operasi, dan ke dalam setiap pendidikan staf

yang perlu dilakukan. Perbaikan-perbaikan yang dicapai dan dipertahankan oleh rumah sakit didokumentasikan sebagai bagian dari manajemen peningkatan mutu serta keselamatan pasien dan program perbaikan. (TKRS 11, EP2)

### **Elemen Penilaian PMKP 11**

1. Rumah sakit telah membuat rencana perbaikan terhadap mutu dan keselamatan berdasar atas hasil capaian mutu. (D,W)
2. Rumah sakit telah melakukan uji coba rencana perbaikan terhadap mutu dan keselamatan pasien. (D,W)
3. Rumah sakit telah menerapkan/melaksanakan rencana perbaikan terhadap mutu dan keselamatan pasien. (D,W)
4. Tersedia data yang menunjukkan bahwa perbaikan bersifat efektif dan berkesinambungan. (Lihat juga TKRS 11, EP 2). (D,W)
5. Ada bukti perubahan-perubahan regulasi yang diperlukan dalam membuat rencana, melaksanakan, dan mempertahankan perbaikan. (D,W)
6. Keberhasilan telah didokumentasikan dan dijadikan laporan PMKP. (D,W)

### **❖ MANAJEMEN RISIKO**

#### **Standar PMKP 12**

Program manajemen risiko berkelanjutan digunakan untuk melakukan identifikasi dan mengurangi cedera serta mengurangi risiko lain terhadap keselamatan pasien dan staf.

#### **Maksud dan Tujuan PMKP 12**

Ada beberapa kategori risiko yang dapat berdampak pada rumah sakit. Katagori ini antara lain dan tidak terbatas pada risiko

- strategis (terkait dengan tujuan organisasi);
- operasional (rencana pengembangan untuk mencapai tujuan organisasi);
- keuangan (menjaga aset);
- kepatuhan (kepatuhan terhadap hukum dan peraturan);
- reputasi (*image* yang dirasakan oleh masyarakat).

Rumah sakit perlu memakai pendekatan proaktif untuk manajemen risiko. Salah satu caranya adalah dengan program manajemen risiko formal yang komponen-komponen pentingnya meliputi

- 1) identifikasi risiko;
- 2) prioritas risiko;

- 3) pelaporan risiko;
- 4) manajemen risiko;
- 5) investigasi kejadian yang tidak diharapkan (KTD);
- 6) manajemen terkait tuntutan (klaim).

Elemen penting manajemen risiko adalah analisis risiko, misalnya proses untuk mengevaluasi *near miss* (KNC) dan proses berisiko tinggi lainnya karena kegagalan proses tersebut dapat menyebabkan kejadian sentinel. Satu alat/metode yang dapat menyediakan analisis proaktif semacam itu terhadap proses kritis dan berisiko tinggi adalah *failure mode effect analysis* (analisis efek modus kegagalan). Rumah sakit dapat pula mengidentifikasi dan menggunakan alat-alat serupa untuk mengidentifikasi dan mengurangi risiko, seperti *hazard vulnerability analysis* (analisis kerentanan terhadap bahaya).

Untuk menggunakan alat ini atau alat-alat lainnya yang serupa secara efektif maka direktur rumah sakit harus mengetahui dan mempelajari pendekatan tersebut, menyepakati daftar proses yang berisiko tinggi dari segi keselamatan pasien dan staf, kemudian menerapkan alat tersebut pada proses prioritas risiko. Setelah analisis hasil maka pimpinan rumah sakit mengambil tindakan untuk mendesain ulang proses-proses yang ada atau mengambil tindakan serupa untuk mengurangi risiko dalam proses-proses yang ada. Proses pengurangan risiko ini dilaksanakan minimal sekali dalam setahun dan didokumentasikan pelaksanaannya.

Dalam menerapkan manajemen risiko rumah sakit perlu memperhatikan proses-proses berisiko yang dapat terjadi pada pasien, antara lain meliputi

- manajemen pengobatan;
- risiko jatuh;
- pengendalian infeksi;
- gizi;
- risiko peralatan; dan
- risiko sebagai akibat kondisi yang sudah lama berlangsung.

Dalam menyusun daftar risiko diharapkan rumah sakit agar memperhatikan ruang lingkup manajemen risiko rumah sakit yang meliputi beberapa hal, namun tidak terbatas pada

- a) pasien;
- b) staf medis;
- c) tenaga kesehatan dan tenaga lainnya yang bekerja di rumah sakit;
- d) fasilitas rumah sakit;
- e) lingkungan rumah sakit; dan
- f) bisnis rumah sakit.

### **Elemen Penilaian PMKP 12**

1. Rumah sakit mempunyai program manajemen risiko rumah sakit yang meliputi butir 1 sampai dengan 6 yang ada pada maksud dan tujuan. (R)
2. Rumah sakit mempunyai daftar risiko di tingkat rumah sakit yang sekurang-kurangnya meliputi risiko yang ada di butir 1 sampai 6 yang ada pada maksud dan tujuan. (D,W)
3. Rumah sakit telah membuat strategi untuk mengurangi risiko yang ada di butir 1 sampai dengan 6. (D,W)
4. Ada bukti rumah sakit telah melakukan *failure mode effect analysis* (analisis efek modus kegagalan) setahun sekali pada proses berisiko tinggi yang diprioritaskan. (D,W)
5. Rumah sakit telah melaksanakan tindak lanjut hasil analisis modus dampak kegagalan. (FMEA). (D,W)

## **BAB 2**

### **PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)**

#### **GAMBARAN UMUM**

Tujuan pengorganisasian program PPI adalah mengidentifikasi dan menurunkan risiko infeksi yang didapat serta ditularkan di antara pasien, staf, tenaga profesional kesehatan, tenaga kontrak, tenaga sukarela, mahasiswa, dan pengunjung.

Risiko infeksi dan kegiatan program dapat berbeda dari satu rumah sakit ke rumah sakit lainnya bergantung pada kegiatan klinis dan pelayanan rumah sakit, populasi pasien yang dilayani, lokasi geografi, jumlah pasien, serta jumlah pegawai.

Program PPI akan efektif apabila mempunyai pimpinan yang ditetapkan, pelatihan dan pendidikan staf yang baik, metode untuk mengidentifikasi serta proaktif pada tempat berisiko infeksi, kebijakan dan prosedur yang memadai, juga melakukan koordinasi ke seluruh rumah sakit.

#### **STANDAR, MAKSUD DAN TUJUAN, SERTA ELEMEN PENILAIAN**

##### **❖ KEPEMIMPINAN DAN TATA KELOLA**

#### **Standar PPI 1**

Ditetapkan organisasi untuk melakukan koordinasi semua kegiatan PPI yang melibatkan pemimpin rumah sakit, staf klinis dan nonklinis sesuai dengan ukuran, serta kompleksitas rumah sakit dan peraturan perundang-undangan.

#### **Standar PPI 1.1**

Ditetapkan organisasi untuk melakukan koordinasi semua kegiatan PPI secara terstruktur yang melibatkan, staf klinis dan nonklinis sesuai dengan ukuran, serta kompleksitas rumah sakit dan peraturan perundang-undangan.

#### **Maksud dan Tujuan PPI 1 dan PPI 1.1**

Kegiatan PPI menjangkau ke dalam setiap unit di rumah sakit dan melibatkan staf klinis dan nonklinis di berbagai unit kerja, antara lain departemen klinik, fasilitas pemeliharaan, dapur, kerumahtanggaan, laboratorium, farmasi, dan unit sterilisasi. Rumah sakit menetapkan mekanisme untuk mengatur koordinasi kegiatan PPI.

Sesuai dengan peraturan perundang-undangan, pimpinan rumah sakit membentuk organisasi pengelola kegiatan PPI di rumah sakit dan menetapkan tanggung jawab dan tugas meliputi

- 1) menetapkan definisi infeksi terkait layanan kesehatan;
- 2) metode pengumpulan data (surveilans);
- 3) membuat strategi/program menangani risiko PPI;
- 4) proses pelaporan.

Dalam koordinasi termasuk komunikasi dengan semua pihak di rumah sakit untuk memastikan program berjalan efektif dan berkesinambungan.

Didalam organisasi tersebut, pemimpin rumah sakit, staf klinis dan nonklinis terwakili dan terlibat dalam kegiatan PPI. Bergantung pada besar kecilnya ukuran rumah sakit dan kompleksitas layanan maka tenaga lain juga terlibat sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Koordinasi antara ketua organisasi dan perawat PPI/PCN dilakukan secara terstruktur dalam pelaksanaan kegiatan pencegahan serta pengendalian infeksi antara lain untuk menetapkan

- a) angka infeksi yang akan diukur;
- b) sistem pelaporan perawat PPI/PCN kepada ketua organisasi PPI yang akan dibahas di organisasi dengan melibatkan semua anggota untuk mendapatkan hasil yang akurat.

### **Elemen Penilaian PPI 1**

1. Ada penetapan organisasi pencegahan pengendalian infeksi bergantung pada ukuran serta kompleksitas rumah sakit dan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (R)
2. Ada bukti kegiatan pelaksanaan koordinasi ketua organisasi dengan PCN yang sesuai dengan ukuran dan kompleksitas pelayanan rumah sakit. (D,W)

### **Elemen Penilaian PPI 1.1**

1. Rumah sakit menetapkan regulasi yang meliputi 1 dan 2 pada maksud dan tujuan. (R)
2. Ada bukti pelaporan pelaksanaan kegiatan PPI oleh ketua organisasi kepada pimpinan rumah sakit setiap 3 bulan. (D,W).

### **Standar PPI 2**

ditetapkan perawat PPI/ PCN (*Infection Prevention and Control nurse*) yang memiliki kompetensi untuk mengawasi serta supervisi semua kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi.

## **Maksud dan Tujuan PPI 2**

Tujuan program pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) adalah untuk mengidentifikasi dan menurunkan risiko terkena penularan infeksi di antara pasien, staf klinis dan nonklinis, pekerja kontrak, petugas sukarela, mahasiswa, dan pengunjung.

Program PPI bergantung pada risiko infeksi yang dihadapi tiap-tiap rumah sakit yang mungkin berbeda antara satu rumah sakit dan rumah sakit lainnya bergantung pada kegiatan klinik dan layanan yang ada, populasi pasien yang dilayani, lokasi, serta jumlah pasien dan jumlah pegawai. Jadi pengawasan program PPI berkaitan dengan besar kecilnya rumah sakit, kompleksitas kegiatan, tingkat risiko, dan cakupan program.

Rumah sakit menetapkan satu orang atau lebih perawat PPI/IPC� adalah staf perawat yang bekerja penuh waktu sesuai dengan ketentuan. Kualifikasi perawat tersebut mempunyai pendidikan minimal D-3 keperawatan dan sudah mengikuti pelatihan untuk perawat PPI/IPC�.

## **Elemen Penilaian PPI 2**

1. Rumah sakit menetapkan perawat PPI/IPC� (*Infection Prevention and Control Nurse*) dengan jumlah dan kualifikasi sesuai dengan regulasi. (R )
2. Ada bukti perawat PPI/IPC� melaksanakan pengawasan serta supervisi semua kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi. (D,W )
3. Ada bukti terlaksana pelaporan perawat PPI/IPC� kepada ketua organisasi PPI. (D,W)

## **❖ SUMBERDAYA**

### **Standar PPI 3**

Rumah sakit mempunyai perawat penghubung PPI/IPCLN (*Infection Prevention and Control Link Nurse*) yang jumlah dan kualifikasinya sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

### **Maksud dan Tujuan PPI 3**

Dalam melaksanakan program PPI dibutuhkan tenaga agar sasaran program dapat tercapai. Jumlah tenaga yang dibutuhkan bergantung pada ukuran rumah sakit, kompleksitas kegiatan, tingkat risiko, dan cakupan program.

Dalam bekerja perawat PPI/IPCN dapat dibantu beberapa perawat penghubung/IPCLN (*Infection Prevention and Control Link Nurse*) dari tiap unit, terutama yang berisiko terjadi infeksi.

Perawat penghubung PPI/IPCLN sebagai perawat pelaksana harian/penghubung bertugas

- a) mencatat data surveilans dari setiap pasien di unit rawat inap masing-masing;
- b) memberikan motivasi dan mengingatkan pelaksanaan kepatuhan PPI pada setiap personil ruangan di unitnya masing-masing;
- c) memonitor kepatuhan petugas kesehatan yang lain dalam penerapan kewaspadaan isolasi;
- d) memberitahukan kepada IPCN apabila ada kecurigaan HAIs pada pasien;
- e) bila terdapat infeksi potensial KLB melakukan penyuluhan bagi pengunjung dan konsultasi prosedur PPI, serta berkoordinasi dengan IPCN;
- f) memantau pelaksanaan penyuluhan bagi pasien, keluarga dan pengunjung, serta konsultasi prosedur yang harus dilaksanakan.

### **Elemen Penilaian PPI 3**

1. Rumah sakit menetapkan perawat penghubung PPI/IPCLN (*Infection Prevention and Control Link Nurse*) dengan jumlah dan kualifikasi. (R)
2. Ada bukti pelaksanaan tugas perawat penghubung PPI/IPCLN sesuai dengan 1 sampai dengan 6 pada maksud dan tujuan. (D,W)

### **Standar PPI 4**

Pimpinan rumah sakit menyediakan sumber daya untuk mendukung pelaksanaan program PPI.

### **Maksud dan Tujuan PPI 4**

Untuk melaksanakan program PPI diperlukan sumber daya yang memadai. Sumber daya tersebut meliputi tenaga, anggaran, fasilitas, dan sumber informasi/referensi yang diperlukan.

Untuk menerapkan program pencegahan dan pengendalian infeksi diperlukan anggaran, karena itu rumah sakit perlu menyediakan anggaran antara lain meliputi anggaran untuk pengadaan disinfektan, misalnya untuk *handrub* dan anggaran

pelatihan PPI (dasar maupun lanjutan) yang dilaksanakan internal maupun di luar rumah sakit. Selain itu, anggaran juga diperlukan untuk pemeriksaan kuman/kultur, pengadaan alat pelindung diri, dan lainnya sesuai dengan kebutuhan. Rumah sakit menjamin tersedia anggaran yang cukup untuk melaksanakan program PPI dengan efektif.

Terdapat sistem informasi sangat mendukung kegiatan PPI rumah sakit. Sistem manajemen informasi merupakan sumber daya penting untuk mendukung pengumpulan data serta analisis untuk mengetahui tingkat risiko dan kecenderungan infeksi terkait dengan layanan kesehatan. Data dan informasi program PPI diintegrasikan dengan program peningkatan mutu rumah sakit.

Pencegahan serta pengendalian infeksi terus berkembang sejalan dengan perkembangan ilmu, teknologi kedokteran, dan kesehatan, karena itu rumah sakit diharapkan selalu mencari informasi perkembangan ilmu dan teknologi serta peraturan perundangan terkait dengan program pencegahan dan pengendalian infeksi. Sumber informasi dan referensi diperlukan dalam melaksanakan surveilans dapat secara efektif serta melakukan pengawasan terhadap kegiatan PPI.

Sumber informasi dan referensi dapat diperoleh dari sumber nasional maupun internasional, misalnya tentang ilmu pengetahuan terkini dapat diperoleh dari sumber nasional maupun internasional yang dapat diperoleh dari

- a) *United States Centers for Disease Control and Prevention (USCDC)*;
- b) *World Health Organization (WHO)* dan organisasi lain yang dapat memberikan informasi “*evidence based practice and guidelines*”;
- c) berbagai publikasi serta penetapan standar oleh organisasi profesi bidang kesehatan lingkungan dan kebersihan rumah sakit;
- d) pedoman dari pemerintah yang memuat praktik pencegahan infeksi terkait dengan layanan klinik dan layanan penunjang;
- e) peraturan perundang-undangan terutama yang berkaitan dengan ledakan (*outbreak*) penyakit;
- f) infeksi dan ketentuan pelaporan lainnya.

#### **Elemen Penilaian PPI 4**

1. Tersedia anggaran yang cukup untuk menunjang pelaksanaan program PPI. (R)
2. Tersedia fasilitas yang cukup untuk menunjang pelaksanaan program PPI. (O,W)
3. Rumah sakit mempunyai sistem informasi untuk mendukung program PPI, khususnya terkait dengan data dan analisis angka infeksi. (D,O,W)
4. Rumah sakit menyediakan sumber informasi dan referensi terkini yang dapat diperoleh dari 1 sampai dengan 6 pada maksud dan tujuan. (D,O,W)

## ❖ TUJUAN PROGRAM PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

### Standar PPI 5

Rumah sakit mempunyai program PPI dan kesehatan kerja secara menyeluruh untuk mengurangi risiko tertular infeksi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan pada pasien, staf klinis, dan nonklinis.

### Maksud dan Tujuan PPI 5

Program PPI efektif jika program dilaksanakan secara komprehensif meliputi seluruh unit maupun individu yang berada di rumah sakit. Program PPI juga mencakup upaya kesehatan kerja, melakukan identifikasi, dan menangani masalah-masalah infeksi yang sangat penting bagi rumah sakit dari segi epidemiologik. Program PPI juga membutuhkan berbagai strategi yang mencakup semua tingkat unit atau layanan berdasar atas ukuran rumah sakit, lokasi geografik, layanan, dan pasien.

Program PPI meliputi

- a) kebersihan tangan;
- b) surveilans risiko infeksi;
- c) investigasi wabah (*outbreak*) penyakit infeksi;
- d) meningkatkan pengawasan terhadap penggunaan antimikrob secara aman;
- e) asesmen berkala terhadap risiko;
- f) menetapkan sasaran penurunan risiko (lihat juga AP 5.3);
- g) mengukur dan me-review risiko infeksi.

### Elemen Penilaian PPI 5

1. Ada program PPI dan kesehatan kerja yang komprehensif di seluruh rumah sakit untuk menurunkan risiko infeksi terkait dengan pelayanan kesehatan pada pasien yang mengacu dan sesuai dengan ilmu pengetahuan terkini, pedoman praktik terkini, standar kesehatan lingkungan terkini, dan peraturan perundang-undangan. (R)
2. Ada bukti pelaksanaan program PPI untuk menurunkan risiko tertular infeksi pada pasien. (D,O,W,S)
3. Ada bukti pelaksanaan program PPI untuk menurunkan risiko tertular infeksi pada staf klinis dan nonklinis (kesehatan kerja). (lihat juga KKS 8.4). (D,O,WS)
4. Ada bukti pelaksanaan program PPI yang meliputi butir 1 sampai dengan 7 pada maksud dan tujuan. (D,W )

### Standar PPI 6

Program surveilans rumah sakit menggunakan pendekatan berdasar atas risiko dalam menetapkan fokus program terkait dengan pelayanan kesehatan.

## **Standar PPI 6.1**

Rumah sakit menelusuri risiko infeksi, tingkat infeksi, dan kecenderungan dari infeksi terkait layanan kesehatan untuk menurunkan angka infeksi tersebut.

## **Standar PPI 6.2**

Rumah sakit secara proaktif melakukan asesmen risiko infeksi yang dapat terjadi dan menyusun strategi untuk menurunkan risiko infeksi tersebut.

## **Maksud dan Tujuan PPI 6, PPI 6.1, dan PPI 6.2**

Rumah sakit harus melakukan surveilans infeksi berdasar atas data epidemiologis yang penting dan berfokus pada daerah infeksi, penggunaan peralatan, prosedur serta praktik untuk mencegah dan menurunkan angka infeksi. Surveilans berdasar atas risiko secara proaktif dapat digunakan untuk identifikasi risiko infeksi dan program berfokus pada daerah infeksi. Selanjutnya, dengan surveilans dikumpulkan data dan analisisnya untuk membuat asesmen risiko.

Rumah sakit mengumpulkan dan mengevaluasi data mengenai infeksi serta lokasinya yang relevan sebagai berikut:

- a) saluran pernapasan seperti prosedur dan tindakan terkait intubasi, bantuan ventilasi mekanik, trakeostomi, dan lain lain;
- b) saluran kencing seperti pada kateter, pembilasan urine, dan lain lain;
- c) alat invasif intravaskular, saluran vena verifer, saluran vena sentral, dan lain lain;
- d) lokasi operasi, perawatan, pembalutan luka, prosedur aseptik, dan lain-lain;
- e) penyakit dan organisme yang penting dari sudut epidemiologik seperti *multidrug resistant organism* dan infeksi yang virulen;
- f) timbul infeksi baru atau timbul kembali infeksi di masyarakat.

Sebagai tambahan, penggunaan ilmu pengetahuan yang terhubung dengan pengendalian infeksi melalui pedoman praktik klinik, program pengawasan antibiotik, program menurunkan infeksi terkait rumah sakit, dan langkah untuk membatasi penggunaan peralatan invasif yang tidak perlu dapat menurunkan tingkat infeksi secara signifikan. (lihat juga TKRS 11.2)

Pencegahan dan pengendalian infeksi dirancang untuk menurunkan risiko terkena infeksi pada pasien, staf, dan lainnya. Untuk mencapai sasaran ini rumah sakit harus proaktif menelusuri risiko serta tingkatan dan kecenderungan infeksi terkait dengan layanan kesehatan. (lihat juga TKRS 5 dan PMKP 4)

Rumah sakit menggunakan informasi pengukuran untuk meningkatkan kegiatan pencegahan serta pengendalian infeksi dan mengurangi angka infeksi yang terkait dengan pelayanan kesehatan ke level serendah-rendahnya. Rumah sakit dapat menggunakan data indikator (*measurement data*) dan informasi sebaik-baiknya dengan memahami angka serta kecenderungan serupa di rumah sakit lain yang

sejenis dan memberikan kontribusi data ke *database* terkait infeksi. (juga lihat PMKP 4, EP 4 dan TKRS 5)

### **Elemen Penilaian PPI 6**

1. Rumah sakit menetapkan regulasi tentang pelaksanaan surveilans meliputi butir 1 sampai dengan 7 pada maksud dan tujuan. (R)
2. Ada bukti pelaksanaan pengumpulan data dari butir 1 sampai dengan 7, analisis dan interpretasi data, serta membuat prioritas untuk menurunkan tingkat infeksi. (D,W )
3. Ada bukti pelaksanaan strategi pengendalian infeksi berdasar atas prioritas untuk menurunkan tingkat infeksi. (D,W )
4. Ada bukti rumah sakit membandingkan angka kejadian infeksi rumah sakit dengan kejadian di rumah sakit lain. (D,W)

### **Elemen Penilaian PPI 6.1**

1. Ada bukti rumah sakit telah melakukan investigasi dan analisis risiko infeksi serta diintegrasikan dengan program mutu dan keselamatan pasien. (D,W)
2. Ada bukti rumah sakit telah merancang ulang penurunan infeksi berdasar atas investigasi dan hasil analisis. (D,W)
3. Paling sedikit setahun sekali ada bukti rumah sakit secara proaktif melakukan asesmen risiko infeksi yang dapat terjadi. (D,W)

### **Elemen Penilaian PPI 6.2**

1. Ada bukti rumah sakit secara proaktif melakukan asesmen risiko infeksi yang dapat terjadi paling sedikit setahun sekali. (D,W)
2. Ada bukti rumah sakit menyusun strategi untuk menurunkan risiko infeksi tersebut. (D,W)

## **❖ PERALATAN MEDIS DAN ALAT KESEHATAN HABIS PAKAI**

### **Standar PPI 7**

Rumah sakit melaksanakan identifikasi prosedur dan proses asuhan invasif yang berisiko infeksi serta menerapkan strategi untuk menurunkan risiko infeksi.

### **Standar PPI 7.1**

Rumah sakit melaksanakan identifikasi prosedur dan kegiatan penunjang pelayanan yang berisiko infeksi serta menerapkan strategi untuk menurunkan risiko infeksi.

### **Maksud dan Tujuan PPI 7 dan PPI 7.1**

Rumah sakit melakukan asesmen dan memberi asuhan kepada pasien dengan menggunakan banyak proses sederhana maupun kompleks masing-masing dengan tingkatan risiko infeksi terhadap pasien dan staf, misalnya pencampuran obat suntik, pemberian suntikan, terapi cairan, pungsi lumbal, dan sebagainya. Dalam hal ini sangat penting mengukur dan mengkaji proses tersebut serta melaksanakan regulasi, pelatihan, edukasi, dan kegiatan berdasar atas bukti pelaksanaan yang telah dirancang untuk menurunkan risiko infeksi. (lihat juga ARK 6)

Rumah sakit juga melakukan asesmen risiko terhadap kegiatan penunjang di rumah sakit yang harus mengikuti prinsip-prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi serta melaksanakan strategi untuk menurunkan risiko infeksi, namun tidak terbatas pada

- a) sterilisasi alat;
- b) pengelolaan linen/londri;
- c) pengelolaan sampah;
- d) penyediaan makanan;
- e) kamar jenazah.

### **Elemen Penilaian PPI 7**

1. Rumah sakit menetapkan risiko infeksi pada prosedur dan proses asuhan invasif yang berisiko infeksi serta strategi untuk menurunkan risiko infeksi. (R)
2. Ada bukti identifikasi prosedur dan proses asuhan invasif serta strategi untuk menurunkan risiko infeksi. (D,W)
3. Rumah sakit melaksanakan strategi untuk menurunkan risiko infeksi pada prosedur dan proses asuhan invasif yang berisiko infeksi. (D,O,W,S)
4. Rumah sakit telah melaksanakan kegiatan pelatihan untuk menurunkan risiko infeksi di dalam proses-proses kegiatan tersebut. (D,W)

### **Elemen Penilaian PPI 7.1**

1. Rumah sakit menetapkan risiko infeksi pada proses kegiatan penunjang pelayanan (medik dan nonmedik) yang berisiko terjadi infeksi serta strategi pencegahannya meliputi butir 1 sampai dengan 4 pada maksud dan tujuan. (R)
2. Ada bukti identifikasi dan strategi untuk menurunkan risiko infeksi pada kegiatan sterilisasi alat. (D,W)
3. Ada bukti identifikasi dan strategi untuk menurunkan risiko infeksi pada kegiatan pengelolaan linen/londri. (D,W)
4. Ada bukti identifikasi dan strategi untuk menurunkan risiko infeksi pada kegiatan pengelolaan sampah. (D,W)
5. Ada bukti identifikasi dan strategi untuk menurunkan risiko infeksi pada kegiatan penyediaan makanan. (D,W)

6. Ada bukti identifikasi dan strategi untuk menurunkan risiko infeksi di kamar jenazah. (D,W)

### **Standar PPI 7.2**

Rumah sakit menurunkan risiko infeksi dengan melakukan pembersihan dan sterilisasi peralatan dengan baik serta mengelola dengan benar.

#### **Standar PPI 7.2.1**

Bila sterilisasi dilakukan melalui kerjasama dengan pihak di luar rumah sakit harus dilakukan oleh lembaga yang memiliki sertifikasi mutu.

#### **Standar PPI 7.2.2**

Rumah sakit mengidentifikasi dan menerapkan proses untuk mengelola perbekalan farmasi habis pakai (*supplies*) yang sudah kadaluwarsa dan penggunaan ulang peralatan sekali-pakai apabila diizinkan oleh peraturan perundang-undangan.

### **Maksud dan Tujuan PPI 7.2, PPI 7.2.1 dan PPI 7.2.2**

Risiko infeksi dapat ditekan melalui kegiatan dekontaminasi, *pre-cleaning*, *cleaning*, disinfeksi, dan sterilisasi. Pembersihan alat kesehatan dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan meliputi

- a) kritikal, untuk alat kesehatan yang digunakan untuk jaringan steril atau sistem darah dengan menggunakan teknik sterilisasi seperti instrumen operasi;
- b) semikritikal, berkaitan dengan mukosa menggunakan disinfeksi tingkat tinggi (DTT) seperti *naso gastric tube* (NGT) dan alat endoskopi;
- c) nonkritikal, untuk peralatan yang dipergunakan pada permukaan tubuh memakai disinfeksi tingkat rendah seperti tensimeter dan termometer.

Bahan medis habis pakai (BMHP) yang steril seperti kateter, benang, dan sebagainya ditentukan tanggal habis pakainya. Jika waktu habis pakainya sudah lewat maka produsen barang tidak menjamin sterilitas, keamanan, atau stabilitasnya. Beberapa bahan medis habis pakai berisi pernyataan bahwa barang tetap steril sepanjang kemasan masih utuh tidak terbuka.

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses mengelola BMHP yang sudah habis waktu pakainya.

Beberapa alat sekali pakai tertentu dapat digunakan lagi dengan persyaratan spesifik tertentu.

Rumah sakit menetapkan ketentuan tentang penggunaan kembali alat sekali pakai sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan standar profesional, termasuk penetapan meliputi

- a) alat dan material yang dapat dipakai kembali;
- b) jumlah maksimum pemakaian ulang dari setiap alat secara spesifik;
- c) identifikasi kerusakan akibat pemakaian dan keretakan yang menandakan alat tidak dapat dipakai;
- d) proses pembersihan setiap alat yang segera dilakukan sesudah pemakaian dan mengikuti protokol yang jelas;
- e) pencantuman identifikasi pasien pada bahan medis habis pakai untuk hemodialisis;
- f) pencatatan bahan medis habis pakai yang *reuse* di rekam medis;
- g) evaluasi untuk menurunkan risiko infeksi bahan medis habis pakai yang *reuse*.

Ada 2 (dua) risiko jika menggunakan lagi (*reuse*) alat sekali pakai. Terdapat risiko tinggi terkena infeksi dan juga terdapat risiko kinerja alat tidak cukup atau tidak dapat terjamin sterilitas serta fungsinya.

## **Elemen Penilaian PPI 7.2**

1. Rumah sakit menetapkan regulasi tentang pelayanan sterilisasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (R)
2. Ada bukti alur dekontaminasi, *precleaning*, *cleaning*, disinfeksi, dan sterilisasi peralatan medis di pusat sterilisasi sudah sesuai dengan prinsip-prinsip PPI. (D,O,W)
3. Rumah sakit mengoordinasikan pelayanan sterilisasi dan disinfeksi di luar pusat sterilisasi. (D,O,W)
4. Rumah sakit menjamin proses sterilisasi dan disinfeksi di luar pusat sterilisasi seragam. (D,O,W)

### **Elemen Penilaian PPI 7.2.1**

1. Bila sterilisasi dilaksanakan di luar rumah sakit harus dilakukan oleh lembaga yang memiliki sertifikasi mutu dan ada kerjasama yang menjamin kepatuhan proses sterilisasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (R)
2. Ada bukti pelaksanaan monitoring kepatuhan PPI dalam pelayanan sterilisasi yang dilaksanakan oleh pihak luar rumah sakit. (D,W)

### **Elemen Penilaian PPI 7.2.2**

1. Ada regulasi tentang penetapan batas kadaluarsa bahan medis habis pakai yang digunakan kembali (*reuse*) meliputi butir 1 sampai dengan 7 pada maksud dan tujuan. (R)

2. Ada bukti monitoring, evaluasi, dan tindak lanjut pelaksanaan penggunaan kembali (*reuse*) bahan medis habis pakai sesuai butir 1 sampai dengan 7 pada maksud dan tujuan. (D,O,W)

### **Standar PPI 7.3**

Rumah sakit menurunkan risiko infeksi pada pengelolaan linen/londri dengan benar sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

#### **Standar PPI 7.3.1**

Pengelolaan linen/londri dilaksanakan sesuai dengan prinsip-prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI).

#### **Maksud dan Tujuan PPI 7.3 dan PPI 7.3.1**

Rumah sakit memiliki unit pengelola linen/londri yang menyelenggarakan penatalaksanaan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Penatalaksanaan linen kotor dan linen terkontaminasi yang sudah digunakan harus dilakukan dengan benar dan mencakup penggunaan perlengkapan alat pelindung diri (APD) sesuai dengan prinsip-prinsip PPI.

Petugas yang menangani linen kotor dan linen terkontaminasi harus menggunakan alat pelindung diri (APD) sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

#### **Elemen Penilaian PPI 7.3**

1. Ada unit kerja pengelola linen/londri yang menyelenggarakan penatalaksanaan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (R)
2. Bangunan, alur, dan fasilitas laundry sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (O,W)

#### **Elemen Penilaian PPI 7.3.1**

1. Ada regulasi pengelolaan linen/londri sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (R)
2. Prinsip-prinsip PPI diterapkan pada pengelolaan linen/londri, termasuk pemilahan, transportasi, pencucian, pengeringan, penyimpanan, dan distribusi. (O,W)
3. Petugas pada unit londri menggunakan alat pelindung diri (APD) sesuai dengan ketentuan. (O,W)

4. Ada bukti pelaksanaan supervisi dan monitoring oleh IPCN terhadap pengelolaan linen/londri sesuai dengan prinsip PPI termasuk bila dilaksanakan oleh pihak luar rumah sakit. (D,O,W)

## ❖ LIMBAH INFEKSIUS

### Standar PPI 7.4

Rumah sakit mengurangi risiko infeksi melalui pengelolaan limbah infeksius dengan benar.

#### Standar PPI 7.4.1

Rumah sakit menetapkan pengelolaan kamar mayat dan kamar bedah mayat sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

#### Maksud dan Tujuan PPI 7.4 dan PPI 7.4.1

Setiap hari rumah sakit banyak menghasilkan limbah, termasuk limbah infeksius. Pembuangan limbah infeksius dengan tidak benar dapat menimbulkan risiko infeksi di rumah sakit (lihat juga AP 5.3.1 dan MFK 5.1). Hal ini nyata terjadi pada pembuangan cairan tubuh dan material terkontaminasi dengan cairan tubuh, pembuangan darah dan komponen darah, serta pembuangan limbah dari lokasi kamar mayat dan kamar bedah mayat (*post mortem*). (lihat juga AP 5.3.1). Pemerintah mempunyai regulasi terkait dengan penanganan limbah infeksius dan limbah cair, sedangkan rumah sakit diharapkan melaksanakan ketentuan tersebut sehingga dapat mengurangi risiko infeksi di rumah sakit.

Rumah sakit menyelenggarakan pengelolaan limbah dengan benar untuk meminimalkan risiko infeksi melalui kegiatan sebagai berikut:

- a) pengelolaan limbah cairan tubuh infeksius;
- b) penanganan dan pembuangan darah serta komponen darah;
- c) pemulasaraan jenazah dan bedah mayat;
- d) pengelolaan limbah cair;
- e) pelaporan pajanan limbah infeksius.

#### Elemen Penilaian PPI 7.4

1. Ada regulasi tentang pengelolaan limbah rumah sakit untuk meminimalkan risiko infeksi yang meliputi butir 1 sampai dengan 5 pada maksud dan tujuan. (R)
2. Pengelolaan limbah cairan tubuh infeksius sesuai dengan regulasi dan dilaksanakan monitoring, evaluasi, serta tindak lanjutnya. (D,O,W)

3. Penanganan dan pembuangan darah serta komponen darah sesuai dengan regulasi dan dilaksanakan monitoring, evaluasi, juga tindak lanjutnya. (D,O,W)
4. Pengelolaan limbah cair sesuai dengan regulasi. (D,O,W)
5. Pelaporan pajanan limbah infeksius sesuai dengan regulasi dan dilaksanakan monitoring, evaluasi, serta tindak lanjutnya. (D,O,W)
6. Ada bukti penanganan (*handling*) serta pembuangan darah dan komponen darah sudah dikelola sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (O,W)
7. Ada bukti pelaksanaan supervisi dan monitoring terhadap kegiatan butir 1 sampai dengan 5 pada maksud dan tujuan. (D,O,W)
8. Bila pengelolaan limbah dilaksanakan oleh pihak luar rumah sakit harus berdasar atas kerjasama dengan pihak yang memiliki izin dan sertifikasi mutu sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (lihat MFK 5.1 EP 4). (D,O,W)

#### **Elemen Penilaian PPI 7.4.1**

1. Pemulasaraan jenazah dan bedah mayat sesuai dengan regulasi. (D,O,W)
2. Ada bukti kegiatan kamar mayat dan kamar bedah mayat sudah dikelola sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (O,W)
3. Ada bukti pelaksanaan monitoring, evaluasi, dan tindak lanjut kepatuhan prinsip-prinsip PPI sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (D,W )

#### **Standar PPI 7.5**

Rumah sakit menetapkan pengelolaan limbah benda tajam dan jarum secara aman.

#### **Maksud dan Tujuan PPI 7.5**

Salah satu bahaya luka karena tertusuk jarum suntik adalah terjadi penularan penyakit melalui darah (*blood borne diseases*). Pengelolaan limbah benda tajam dan jarum yang tidak benar merupakan kekhawatiran staf terhadap keamanannya. Kebiasaan bekerja sangat memengaruhi timbulnya risiko menderita luka dan kemungkinan terpapar penyakit secara potensial.

Identifikasi dan melaksanakan kegiatan praktik berdasar atas bukti sah (*evidence based*) menurunkan risiko luka karena tertusuk jarum dan benda tajam. Rumah sakit perlu mengadakan edukasi kepada staf bagaimana mengelola dengan aman benda tajam dan jarum. Pembuangan yang benar adalah dengan menggunakan wadah menyimpan khusus (*safety box*) yang dapat ditutup, antitertusuk, dan antibocor baik di dasar maupun di sisinya sesuai dengan peraturan perundangan. Wadah ini harus tersedia dan mudah dipergunakan oleh staf serta wadah tersebut tidak boleh terisi terlalu penuh.

Pembuangan jarum yang tidak terpakai, pisau bedah (*scalpel*), dan limbah benda tajam lainnya jika tidak dilakukan dengan benar akan berisiko terhadap kesehatan masyarakat umumnya dan terutama pada mereka yang bekerja di pengelolaan sampah. Pembuangan wadah berisi limbah benda tajam di laut, misalnya akan menyebabkan risiko pada masyarakat karena wadah dapat rusak atau terbuka.

Rumah sakit menetapkan regulasi yang memadai mencakup

- a) semua tahapan proses termasuk identifikasi jenis dan penggunaan wadah secara tepat, pembuangan wadah, dan surveilans proses pembuangan. (lihat juga ARK 6);
- b) laporan tertusuk jarum dan benda tajam.

### **Elemen Penilaian PPI 7.5**

1. Rumah sakit menetapkan regulasi tentang pengelolaan benda tajam dan jarum untuk menurunkan cedera serta mengurangi risiko infeksi yang meliputi butir 1 sampai dengan 3 yang ada pada maksud dan tujuan. (R)
2. Benda tajam dan jarum sudah dikumpulkan, disimpan di dalam wadah yang tidak tembus, tidak bocor, berwarna kuning, diberi label infeksius, dan dipergunakan hanya sekali pakai sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (O,W)
3. Pengelolaan benda tajam dan jarum dilaksanakan sesuai dengan regulasi. (O,W)
4. Bila pengelolaan benda tajam dan jarum dilaksanakan oleh pihak luar rumah sakit harus berdasar atas kerjasama dengan pihak yang memiliki izin dan sertifikasi mutu sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (D,O,W)
5. Ada bukti data dokumen limbah benda tajam dan jarum. (lihat juga di PPI 7.2). (D,W)
6. Ada bukti pelaksanaan supervisi dan monitoring oleh IPCN terhadap pengelolaan benda tajam dan jarum sesuai dengan prinsip PPI, termasuk bila dilaksanakan oleh pihak luar rumah sakit. (D,O,W)
7. Ada bukti pelaksanaan monitoring kepatuhan prinsip-prinsip PPI. (D,W)

## **❖ PELAYANAN MAKANAN**

### **Standar PPI 7.6**

Rumah sakit mengurangi risiko infeksi terkait penyelenggaraan pelayanan makanan.

## Maksud dan Tujuan PPI 7.6

Penyimpanan dan persiapan makanan dapat menimbulkan penyakit seperti keracunan makanan atau infeksi makanan. Penyakit yang berhubungan dengan makanan dapat sangat berbahaya bahkan mengancam jiwa pada pasien yang kondisi tubuhnya sudah lemah karena penyakit atau cedera. Rumah sakit harus memberikan makanan dan juga produk nutrisi dengan aman, yaitu melakukan penyimpanan dan persiapan makanan pada suhu tertentu yang dapat mencegah perkembangan bakteri.

Kontaminasi silang, terutama dari makanan mentah ke makanan yang sudah dimasak adalah salah satu sumber infeksi makanan. Kontaminasi silang dapat juga disebabkan oleh tangan yang terkontaminasi, permukaan meja, papan alas untuk memotong makanan, ataupun kain yang digunakan untuk mengelap permukaan meja atau mengeringkan piring. Selain itu, permukaan yang digunakan untuk menyiapkan makanan; alat makan, perlengkapan masak, panci, dan wajan yang digunakan untuk menyiapkan makanan; dan juga nampan, piring, serta alat makan yang digunakan untuk menyajikan makanan juga dapat menimbulkan risiko infeksi apabila tidak dibersihkan dan disanitasi secara tepat.

Bangunan dapur harus sesuai dengan ketentuan yang meliputi alur mulai bahan makanan masuk sampai makanan jadi keluar, tempat penyimpanan bahan makanan kering dan basah dengan temperatur yang dipersyaratkan, tempat persiapan pengolahan, tempat pengolahan, pembagian dan distribusi sesuai dengan peraturan dan perundangan termasuk kebersihan lantai.

Berdasar atas hal tersebut di atas maka rumah sakit agar menetapkan regulasi yang meliputi

- a) pelayanan makanan di rumah sakit mulai dari pengelolaan bahan makanan, sanitasi dapur, makanan, alat masak, serta alat makan untuk mengurangi risiko infeksi dan kontaminasi silang;
- b) standar bangunan, fasilitas dapur, dan *pantry* sesuai dengan peraturan perundangan termasuk bila makanan diambil dari sumber lain di luar rumah sakit.

## Elemen Penilaian PPI 7.6

1. Rumah sakit menetapkan regulasi tentang pelayanan makanan di rumah sakit yang meliputi butir 1 dan 2 yang ada pada maksud dan tujuan. (R )
2. Ada bukti pelaksanaan yang penyimpanan bahan makanan, pengolahan, pembagian/pemorsian, dan distribusi makanan sudah sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (O,W)
3. Ada bukti pelaksanaan penyimpanan makanan dan produk nutrisi dengan memperhatikan kesehatan lingkungan meliputi sanitasi, suhu, pencahayaan, kelembapan, ventilasi, dan keamanan untuk mengurangi risiko infeksi. (O,W)

4. Ada bukti pelaksanaan monitoring kepatuhan prinsip-prinsip PPI sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (D,W )

## ❖ RISIKO KONSTRUKSI

### Standar PPI 7.7

Rumah sakit menurunkan risiko infeksi pada fasilitas yang terkait dengan pengendalian mekanis dan teknis (*mechanical* dan *engineering controls*) serta pada saat melakukan pembongkaran, konstruksi, dan renovasi gedung.

### Maksud dan Tujuan PPI 7.7

Pengendalian mekanis dan teknis (*mechanical* dan *engineering controls*) seperti sistem ventilasi bertekanan positif, *biological safety cabinet*, *laminary airflow hood*, termostat di lemari pendingin, serta pemanas air untuk sterilisasi piring dan alat dapur adalah contoh peran penting standar pengendalian lingkungan harus diterapkan agar dapat diciptakan sanitasi yang baik yang selanjutnya mengurangi risiko infeksi di rumah sakit.

Pembongkaran, konstruksi, renovasi gedung di area mana saja di rumah sakit dapat merupakan sumber infeksi. Pemaparan terhadap debu dan kotoran konstruksi, kebisingan, getaran, kotoran, dan bahaya lain dapat merupakan bahaya potensial terhadap fungsi paru paru serta keamanan staf dan pengunjung. Rumah sakit menggunakan kriteria risiko untuk menangani dampak renovasi dan pembangunan gedung baru, terhadap persyaratan mutu udara, pencegahan dan pengendalian infeksi, standar peralatan, syarat kebisingan, getaran, dan prosedur darurat. (lihat juga MFK 4)

Untuk menurunkan risiko infeksi maka rumah sakit perlu mempunyai regulasi tentang penilaian risiko pengendalian infeksi (*infection control risk assessment/ ICRA*) untuk pembongkaran, konstruksi, serta renovasi gedung di area mana saja di rumah sakit yang meliputi

- 1) identifikasi tipe/jenis konstruksi kegiatan proyek dengan kriteria;
- 2) identifikasi kelompok risiko pasien;
- 3) matriks pengendalian infeksi antara kelompok risiko pasien dan tipe konstruksi kegiatan;
- 4) proyek untuk menetapkan kelas/tingkat infeksi;
- 5) tindak pengendalian infeksi berdasar atas tingkat/kelas infeksi;
- 6) monitoring pelaksanaan.

Karena itu, rumah sakit agar mempunyai regulasi *pengendalian mekanis dan teknis* (*mechanical dan engineering controls*) fasilitas yang antara lain meliputi

- a) sistem ventilasi bertekanan positif;
- b) *biological safety cabinet*;
- c) *laminary airflow hood*;
- d) termostat di lemari pendingin;
- e) pemanas air untuk sterilisasi piring dan alat dapur.

### **Elemen Penilaian PPI 7.7**

1. Rumah sakit menetapkan regulasi pengendalian mekanis dan teknis (*mechanical dan engineering control*) minimal untuk fasilitas yang tercantum pada butir 1 sampai dengan 5 yang ada pada maksud dan tujuan. (R)
2. Rumah sakit menetapkan regulasi tentang penilaian risiko pengendalian infeksi (*infection control risk assessment/ICRA*) yang minimal meliputi butir 1 sampai dengan 6 yang ada pada maksud dan tujuan. (R)
3. Fasilitas yang tercantum pada butir 1 sampai dengan 5 sudah dilakukan pengendalian mekanis dan teknis (*mechanical dan engineering control*). (D, O, W)
4. Rumah sakit telah melaksanakan penilaian risiko pengendalian infeksi (*infection control risk assessment/ICRA*) pada semua renovasi, konstruksi dan demolisi sesuai dengan regulasi. (D,O,W)

### **❖ TRANSMISI INFEKSI**

#### **Standar PPI 8**

Rumah sakit menyediakan alat pelindung diri untuk kewaspadaan (*barrier precautions*) dan prosedur isolasi yang melindungi pasien, pengunjung, dan staf dari penyakit menular serta melindungi pasien yang mengalami imunitas rendah (*immunocompromised*) dari infeksi yang rentan mereka alami.

#### **Standar PPI 8.1**

Rumah sakit menetapkan penempatan dan proses transfer pasien dengan *airborne diseases* di dalam rumah sakit dan keluar rumah sakit.

#### **Standar PPI 8.2**

Rumah sakit menetapkan penempatan pasien infeksi "*air borne*" dalam waktu singkat jika rumah sakit tidak mempunyai kamar dengan tekanan negatif (ventilasi alamiah dan mekanik).

#### **Standar PPI 8.3**

Rumah sakit mengembangkan dan menerapkan sebuah proses untuk menangani lonjakan mendadak (*outbreak*) penyakit infeksi *air borne*.

### **Maksud dan Tujuan PPI 8, PPI 8.1, PPI 8.2, dan PPI 8.3**

Rumah sakit menetapkan regulasi isolasi dan pemberian penghalang pengaman serta menyediakan fasilitasnya. Regulasi ditetapkan berdasar atas bagaimana penyakit menular dan cara menangani pasien infeksius atau pasien *immuno-suppressed*. Regulasi isolasi juga memberikan perlindungan kepada staf dan pengunjung serta lingkungan pasien. (lihat juga PP 3)

Kewaspadaan terhadap udara penting untuk mencegah penularan bakteri infeksius yang dapat bertahan lama di udara. Pasien dengan infeksi "*airborne*" sebaiknya ditempatkan di kamar dengan tekanan negatif (*negative pressure room*). Jika struktur bangunan tidak memungkinkan membangun ruangan dengan tekanan negatif maka rumah sakit dapat mengalirkan udara lewat sistem penyaring HEPA (*high efficiency particulate air*) pada tingkat paling sedikit 12 kali pertukaran udara per jam.

Rumah sakit sebaiknya menetapkan program untuk menangani pasien infeksi "*air borne*" dalam waktu singkat jika sistem HEPA tidak ada, termasuk jika ada banyak pasien masuk menderita infeksi menular. Pembersihan kamar dengan benar setiap hari selama pasien tinggal di rumah sakit dan pembersihan kembali setelah pasien keluar pulang harus dilakukan sesuai dengan standar atau pedoman pengendalian infeksi.

### **Elemen Penilaian PPI 8**

1. Rumah sakit menetapkan regulasi penempatan pasien dengan penyakit menular dan pasien yang mengalami imunitas rendah (*immunocompromised*). (R)
2. Rumah sakit menyediakan ruangan untuk pasien yang mengalami imunitas rendah (*immunocompromised*) sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (O,W)

### **Elemen Penilaian PPI 8.1**

1. Rumah sakit menetapkan regulasi penempatan dan proses transfer pasien *airborne diseases* di dalam rumah sakit dan keluar rumah sakit. (R)
2. Penempatan dan transfer pasien *airborne diseases* sesuai dengan peraturan perundang-undangan termasuk di ruang gawat darurat dan ruang lainnya. (O,W)
3. Ada bukti pelaksanaan supervisi dan monitoring oleh IPCN terhadap penempatan dan proses transfer pasien *airborne diseases* sesuai dengan prinsip PPI. (D,O,W)

## Elemen Penilaian PPI 8.2

1. Rumah sakit menetapkan regulasi penempatan pasien infeksi "*air borne*" dalam waktu singkat jika rumah sakit tidak mempunyai kamar dengan tekanan negatif (ventilasi alamiah dan mekanik). (R)
2. Penempatan pasien infeksi "*air borne*" dalam waktu singkat jika rumah sakit tidak mempunyai kamar dengan tekanan negatif sesuai dengan peraturan perundang-undangan termasuk di ruang gawat darurat dan ruang lainnya. (O,W)
3. Ada bukti pelaksanaan supervisi dan monitoring oleh IPCN terhadap penempatan pasien infeksi *air borne* dalam waktu singkat jika rumah sakit tidak mempunyai kamar dengan tekanan negatif sesuai dengan prinsip PPI. (D,O,W)
4. Ada bukti pelaksanaan monitoring ruang tekanan negatif dan penempatan pasien secara rutin. (D,O,W)
5. Ada bukti dilakukan edukasi kepada staf tentang pengelolaan pasien infeksius jika terjadi lonjakan pasien masuk dengan penyakit menular atau rumah sakit tidak mempunyai kamar dengan tekanan negatif (ventilasi alamiah dan mekanik). (D,W)
6. Rumah sakit mempunyai jejaring rujukan dengan rumah sakit lain untuk pasien *air borne disease*. (D,W)

## Elemen Penilaian PPI 8.3

1. Rumah sakit menetapkan regulasi bila terjadi ledakan pasien (*outbreak*) penyakit infeksi *air borne*. (R)
2. Rumah sakit menyediakan ruang isolasi dengan tekanan negatif bila terjadi ledakan pasien (*outbreak*) sesuai dengan peraturan perundangan. (O,W)
3. Ada bukti dilakukan edukasi kepada staf tentang pengelolaan pasien infeksius jika terjadi ledakan pasien (*outbreak*) penyakit infeksi *air borne*. (D,W)

## Standar PPI 9

Kebersihan tangan menggunakan sabun dan desinfektan adalah sarana efektif untuk mencegah dan mengendalikan infeksi.

### Standar PPI 9.1

Sarung tangan, masker, pelindung mata, serta alat pelindung diri lainnya tersedia dan digunakan secara tepat apabila disyaratkan.

### Maksud dan Tujuan PPI 9 dan PPI 9.1

Kebersihan tangan, menggunakan alat pelindung diri, serta disinfektan adalah sarana efektif untuk mencegah dan mengendalikan infeksi. Oleh karena itu, harus tersedia di setiap tempat asuhan pasien yang membutuhkan barang ini. Rumah sakit menetapkan ketentuan tentang tempat di mana alat pelindung diri ini harus tersedia dan dilakukan pelatihan cara memakainya. Sabun, disinfektan, handuk/tisu, serta alat lainnya untuk mengeringkan ditempatkan di lokasi tempat cuci tangan dan prosedur disinfeksi tangan dilakukan. (lihat juga SKP 5 dan ARK 6)

### **Elemen Penilaian PPI 9**

1. Rumah sakit menetapkan regulasi *hand hygiene* yang mencakup kapan, di mana, dan bagaimana melakukan cuci tangan mempergunakan sabun (*hand wash*) dan atau dengan disinfektan (*hand rubs*) serta ketersediaan fasilitas *hand hygiene*. (R)
2. Sabun, disinfektan, serta tisu/handuk sekali pakai tersedia di tempat cuci tangan dan tempat melakukan disinfeksi tangan. (O)
3. *Hand hygiene* sudah dilaksanakan dengan baik. (S,O)
4. Ada bukti pelaksanaan pelatihan *hand hygiene* kepada semua pegawai termasuk tenaga kontrak. (D,W)

#### **Elemen Penilaian PPI 9.1**

1. Rumah sakit menetapkan regulasi penggunaan alat pelindung diri, tempat yang harus menyediakan alat pelindung diri, dan pelatihan cara memakainya. (R)
2. Alat pelindung diri sudah digunakan secara tepat dan benar. (O,W)
3. Ketersediaan alat pelindung diri sudah cukup sesuai dengan regulasi. (O)
4. Ada bukti pelaksanaan pelatihan penggunaan alat pelindung diri kepada semua pegawai termasuk tenaga kontrak. (D,W)

### **❖ PENINGKATAN MUTU DAN PROGRAM EDUKASI**

#### **Standar PPI 10**

Kegiatan PPI diintegrasikan dengan program PMKP (Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien) dengan menggunakan indikator yang secara epidemiologik penting bagi rumah sakit.

#### **Maksud dan Tujuan PPI 10**

Rumah sakit menggunakan indikator sebagai informasi untuk memperbaiki kegiatan PPI dan mengurangi tingkat infeksi yang terkait layanan kesehatan sampai tingkat serendah-rendahnya. Rumah sakit dapat menggunakan data indikator dan informasi

dan membandingkan dengan tingkat dan kecenderungan di rumah sakit lain. Semua departemen/unit layanan diharuskan ikut serta menentukan prioritas yang diukur di tingkat rumah sakit dan tingkat departemen/unit layanan program PPI.

### **Elemen Penilaian PPI 10**

1. Ada regulasi sistem manajemen data terintegrasi antara data surveilans dan data indikator mutu. (lihat PMKP 2.1 EP 1). (R)
2. Ada bukti pertemuan berkala antara Komite PMKP (Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien) serta Organisasi PPI untuk membahas hasil surveilans dan merancang ulang untuk perbaikan. (D,W)
3. Ada bukti data dikumpulkan dan dianalisis untuk mendukung kegiatan PPI termasuk data infeksi berdasar atas epidemiologik penting dimonitor dan didokumentasikan. (lihat PPI 6 EP 2 dan EP 3). (D,W)
4. Ada bukti penyampaian hasil analisis data dan rekomendasi kepada Komite PMKP setiap tiga bulan. (lihat PPI 6 EP 2 dan EP 3). (D,W)

### **Standar PPI 11**

Rumah sakit melakukan edukasi tentang PPI kepada staf klinis dan nonklinis, pasien, keluarga pasien, serta petugas lainnya yang terlibat dalam pelayanan pasien.

### **Maksud dan Tujuan PPI 11**

Agar program PPI efektif harus dilakukan edukasi kepada staf klinis dan nonklinis tentang program PPI pada waktu mereka baru bekerja di rumah sakit dan diulangi secara teratur. Edukasi diikuti oleh staf klinik dan staf nonklinik, pasien, keluarga pasien, pedagang, dan juga pengunjung. Pasien dan keluarga didorong untuk berpartisipasi dalam implementasi program PPI.

Pelatihan diberikan sebagai bagian dari orientasi kepada semua staf baru dan dilakukan pelatihan kembali secara berkala, atau paling sedikit jika ada perubahan kebijakan, prosedur, dan praktik yang menjadi panduan program PPI. Dalam pendidikan juga disampaikan temuan dan kecenderungan ukuran kegiatan. (lihat juga KKS 7)

Berdasar atas hal di atas maka rumah sakit agar menetapkan Program Pelatihan PPI yang meliputi pelatihan untuk

- a) orientasi pegawai baru baik staf klinis maupun nonklinis di tingkat rumah sakit maupun di unit pelayanan;
- b) staf klinis (profesional pemberi asuhan) secara berkala;
- c) staf nonklinis;
- d) pasien dan keluarga; dan
- e) pengunjung.

## Elemen Penilaian PPI 11

1. Rumah sakit menetapkan regulasi program pelatihan dan edukasi tentang PPI yang meliputi butir 1 sampai dengan 5 yang ada pada maksud dan tujuan. (R)
2. Ada bukti pelaksanaan pelatihan untuk semua staf klinik dan nonklinik sebagai bagian dari orientasi pegawai baru tentang regulasi dan praktik program PPI. (lihat KKS 7 dan TKRS 5.4). (D,W)
3. Ada bukti pelaksanaan edukasi secara berkala bila ada perubahan kebijakan, prosedur, serta praktik program PPI dan bila ada kecenderungan khusus (*new/re-emerging diseases*) data infeksi untuk staf klinis dan nonklinis. (D,W)
4. Ada bukti pelaksanaan edukasi untuk pasien, keluarga, dan pengunjung tentang program PPI. (D,W)
5. Ada bukti pelaksanaan penyampaian temuan dan data berasal dari kegiatan pengukuran mutu/indikator mutu (*measurement*) ke seluruh unit di rumah sakit sebagai bagian dari edukasi berkala rumah sakit. (D)

## **BAB 3**

### **TATA KELOLA RUMAH SAKIT (TKRS)**

#### **GAMBARAN UMUM**

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Untuk dapat memberikan pelayanan prima kepada pasien, rumah sakit dituntut memiliki kepemimpinan yang efektif. Kepemimpinan efektif ini ditentukan oleh sinergi yang positif antara pemilik rumah sakit, direktur rumah sakit, para pimpinan di rumah sakit, dan kepala unit kerja unit pelayanan. Direktur rumah sakit secara kolaboratif mengoperasikan rumah sakit bersama dengan para pimpinan, kepala unit kerja, dan unit pelayanan untuk mencapai visi misi yang ditetapkan serta memiliki tanggung jawab dalam pengelolaan manajemen peningkatan mutu dan keselamatan pasien, manajemen kontrak, serta manajemen sumber daya.

Standar pada bab ini dikelompokkan dengan menggunakan hierarki kepemimpinan sebagai berikut:

#### **PEMILIK**

Sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan, kepemilikan rumah sakit diatur sebagai berikut:

1. rumah sakit dapat didirikan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, atau swasta. Rumah sakit yang didirikan oleh swasta harus berbentuk badan hukum yang kegiatan usahanya hanya bergerak di bidang perumahasakitan;
2. berdasar atas pengelolaannya rumah sakit dapat dibagi menjadi rumah Sakit publik dan rumah sakit privat. Rumah sakit publik dapat dikelola oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba;
3. rumah sakit privat dapat dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk Perseroan Terbatas atau Persero;
4. pemilik rumah sakit dapat membentuk Dewan Pengawas Rumah Sakit, yaitu merupakan suatu unit nonstruktural yang bersifat independen dan bertanggung jawab kepada pemilik rumah sakit;
5. pemilik rumah sakit tidak dapat menjabat sebagai Direktur Rumah Sakit.

Pemilik yang dimaksud dalam standar ini adalah pemilik rumah sakit dan badan representasi yang mewakili pemilik dan sesuai dengan bentuk badan hukum kepemilikan rumah sakit tersebut.

Representasi dari pemilik dapat sebagai berikut:

- a) rumah sakit yang dimiliki oleh yayasan maka representasi pemilik adalah pengurus yayasan;
- b) rumah sakit yang dimiliki oleh perkumpulan maka representasi pemilik adalah pengurus perkumpulan;
- c) rumah sakit berbadan hukum perseroan terbatas (PT) maka representasi pemilik adalah direksi PT;
- d) rumah sakit pemerintah yang sudah menjadi badan layanan umum dapat menunjuk dewan pengawas sebagai representasi pemilik;
- e) rumah sakit pemerintah yang belum menjadi badan layanan umum maka ketentuan siapa yang dapat menjadi representasi pemilik diserahkan kepada pemilik rumah sakit untuk menetapkannya.

Organisasi, kewenangan, serta akuntabilitas dan representasi pemilik diatur di dalam standar ini.

## **DIREKSI RUMAH SAKIT**

Untuk melaksanakan kegiatan operasional rumah sakit sehari-hari maka pemilik rumah sakit menetapkan Direktur Rumah Sakit. Nama jabatan direktur rumah sakit adalah Kepala Rumah Sakit atau Direktur Utama Rumah Sakit, atau Direktur Rumah Sakit. Bila direktur rumah sakit diberi nama jabatan Direktur Utama Rumah Sakit, dapat dibantu dengan direktur dan bila nama jabatan direktur rumah sakit disebut Direktur maka dapat dibantu dengan Wakil Direktur, sedangkan kelompok tersebut disebut Direksi.

Rumah sakit agar menetapkan tanggung jawab dan tugas direktur utama dan para direktur/wakil direktur secara tertulis.

Dalam standar ini jabatan kepala rumah sakit untuk selanjutnya disebut Direktur Rumah Sakit

Direktur Rumah Sakit merupakan pimpinan tertinggi di rumah sakit.

Sesuai dengan peraturan perundang-undangan tentang Rumah Sakit, persyaratan sebagai Direktur Rumah Sakit adalah harus seorang tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahnyasakit dan tidak boleh dirangkap oleh pemilik rumah sakit serta berkewarganegaraan Indonesia.

Persyaratan Direktur Rumah Sakit harus sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan, sedangkan wakil direktur atau direktur (bila pimpinan tertinggi disebut Direktur Utama), sesuai dengan peraturan perundang-undangan dapat dipimpin oleh unsur medis, keperawatan, penunjang medis, dan administrasi keuangan.

Pemilik mempunyai kewenangan untuk menetapkan organisasi rumah sakit, nama jabatan, dan pengangkatan pejabat direksi rumah sakit. Hal ini diatur di dalam peraturan internal atau *corporate bylaws* atau dokumen serupa sesuai dengan peraturan perundang-undangan

## **KEPALA BIDANG/DIVISI DI RUMAH SAKIT**

Organisasi rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan paling sedikit terdiri atas direktur rumah sakit, unsur pelayanan medis, keperawatan, penunjang medis, administrasi umum dan keuangan, komite medis, serta satuan pengawas internal.

Unsur organisasi rumah sakit selain Kepala Rumah Sakit atau Direktur Rumah Sakit dapat berupa direktorat, departemen, divisi, instalasi, unit kerja, serta komite dan/atau satuan sesuai dengan kebutuhan dan beban kerja rumah sakit. Unsur organisasi rumah sakit tersebut dapat digabungkan sesuai dengan kebutuhan, beban kerja, dan/atau klasifikasi rumah sakit

Beberapa standar di Bab TKRS ini memberikan para pimpinan di rumah sakit sejumlah tanggung jawab secara keseluruhan untuk membimbing rumah sakit mencapai misinya. Para pimpinan tersebut dimaksud adalah kepala bidang/divisi di rumah sakit, dan dalam standar ini digunakan nama jabatan sebagai kepala bidang/divisi. Dengan demikian, dalam standar ini pimpinan unsur pelayanan medis diberi nama kepala bidang/divisi medis yang bertanggung jawab terhadap pelayanan medis rumah sakit. Pimpinan unsur keperawatan disebut kepala bidang/divisi keperawatan yang bertanggung jawab terhadap pelayanan keperawatan. Pimpinan unsur umum dan keuangan dapat disebut kepala bidang/divisi umum dan keuangan. Pimpinan lainnya, yaitu semua orang lain yang ditentukan rumah sakit, seperti ketua komite medik, ketua komite keperawatan, serta komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Rumah sakit juga perlu menjelaskan tanggung jawab staf klinis dan pengaturan staf klinis ini dapat secara formal sesuai dengan regulasi yang berlaku di Indonesia.

Direktur rumah sakit agar menetapkan lingkup pelayanan dan atau unit kerja yang masuk dalam pimpinan pelayanan medis, keperawatan, penunjang medis, serta administrasi dan keuangan.

## **KEPALA UNIT KERJA DAN UNIT LAYANAN**

Agar pelayanan klinis dan manajemen rumah sakit sehari-hari menjadi efektif dan efisien maka rumah sakit umumnya dibagi menjadi subkelompok yang kohesif seperti departemen/instalasi/unit, atau jenis layanan tertentu yang berada di bawah arahan pimpinan pelayanan yang dapat disebut Kepala unit/instalasi/ departemen, Standar ini menjelaskan ekspektasi kepala departemen atau pelayanan tertentu. Biasanya subgrup terdiri atas departemen klinis seperti medis, bedah, obstetrik,

anak, dan lain sebagainya; satu atau lebih subgrup keperawatan; pelayanan atau departemen diagnostik seperti radiologi dan laboratorium klinis; pelayanan farmasi, baik yang tersentralisasi maupun yang terdistribusi di seluruh rumah sakit; serta pelayanan penunjang yang di antaranya meliputi bagian transportasi, umum, keuangan, pembelian, manajemen fasilitas, dan sumber daya manusia. Umumnya rumah sakit besar juga mempunyai manajer/kepala ruang di dalam subgrup ini. Sebagai contoh, perawat dapat memiliki satu manajer/kepala ruang di kamar operasi dan satu manajer/kepala ruang di unit rawat jalan; departemen medis dapat mempunyai manajer-manajer untuk setiap unit klinis pasien; dan bagian bisnis rumah sakit dapat mempunyai beberapa manajer untuk fungsi bisnis yang berbeda, di antaranya seperti untuk kontrol tempat tidur, penagihan, dan pembelian. Akhirnya, terdapat persyaratan di bab TKRS yang bersentuhan dengan semua level di atas. Persyaratan ini dapat ditemukan pada bab TKRS ini dan mencakup budaya keselamatan, etika, serta pendidikan dan penelitian profesional kesehatan, apabila ada.

Dalam standar ini, kepala departemen/instalasi/unit/layanan tersebut yang selanjutnya disebut sebagai berikut:

- unit-unit yang di berada bawah bidang/divisi medis, keperawatan, dan penunjang medis disebut unit pelayanan;
- unit-unit yang berada di bawah bidang/divisi umum dan keuangan disebut **unit kerja**, seperti ketatausahaan, kerumahtanggan, pelayanan hukum dan kemitraan, pemasaran, kehumasan, pencatatan, pelaporan dan evaluasi, penelitian dan pengembangan, sumber daya manusia, pendidikan serta pelatihan, dan lain sebagainya.

Di bawah ini adalah fokus area standar tata kelola rumah sakit.

- a. Pemilik.
- b. Direksi.
- c. Kepala bidang/divisi.
- d. Manajemen sumber daya manusia.
- e. Manajemen peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- f. Manajemen kontrak.
- g. Manajemen sumber daya
- h. Organisasi dan tanggung jawab staf.
- i. Unit pelayanan.
- j. Manajemen etis.
- k. Budaya keselamatan.

## **STANDAR , MAKSUD DAN TUJUAN, SERTA ELEMEN PENILAIAN**

### **PEMILIK**

#### **Standar TKRS 1**

Organisasi serta wewenang pemilik dan representasi pemilik dijelaskan di dalam regulasi yang ditetapkan oleh pemilik rumah sakit.

#### **Standar TKRS 1.1**

Tanggung jawab dan akuntabilitas pemilik dan representasi pemilik telah dilaksanakan sesuai regulasi yang ditetapkan dan sesuai peraturan perundang-undangan.

#### **Standar TKRS 1.2**

Rumah sakit memiliki misi, rencana strategis, rencana kerja, program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, pengawasan mutu pendidikan, serta laporan akuntabilitas representasi pemilik.

#### **Maksud dan Tujuan TKRS 1, TKRS 1.1, dan TKRS 1.2**

Regulasi dari pemilik tersebut dapat berbentuk peraturan internal rumah sakit atau *corporat bylaws* atau dokumen lainnya yang serupa.

Struktur organisasi pemilik termasuk representasi pemilik terpisah dengan struktur organisasi rumah sakit sesuai dengan bentuk badan hukum pemilik dan peraturan perundang-undangan.

Pemilik rumah sakit tidak diperbolehkan menjadi Direktur Rumah Sakit, tetapi posisinya berada di atas representasi pemilik, serta mereka mengembangkan sebuah proses untuk melakukan komunikasi dan kerja sama dengan Direktur Rumah Sakit dalam rangka mencapai misi dan perencanaan rumah sakit.

Representasi pemilik, sesuai dengan bentuk badan hukum kepemilikan rumah sakit memiliki wewenang dan tanggung jawab untuk memberi persetujuan, dan

pengawasan agar rumah sakit mempunyai kepemimpinan yang jelas, dijalankan secara efisien, serta memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan aman. Di samping itu rumah sakit harus memiliki struktur organisasi yang ditetapkan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

**Ada penetapan siapa yang bertanggung jawab dan berwenang untuk**

- 1) menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan rumah sakit dalam memenuhi visi dan misi serta rencana strategis rumah sakit;
- 2) menunjuk atau menetapkan direksi rumah sakit, dan melakukan evaluasi tahunan terhadap kinerja tiap-tiap individu direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang sudah baku;
- 3) menunjuk atau menetapkan representasi pemilik, tanggung jawab dan wewenang, serta melakukan penilaian kinerja representasi pemilik secara berkala minimal setahun sekali;
- 4) menetapkan struktur organisasi rumah sakit;
- 5) menetapkan regulasi pengelolaan keuangan rumah sakit dan pengelolaan sumber daya manusia rumah sakit;
- 6) tanggung jawab dan kewenangan memberikan arahan kebijakan rumah sakit;
- 7) tanggung jawab dan kewenangan menetapkan visi serta misi rumah sakit, memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi dan misi rumah sakit, serta *me-review* secara berkala misi rumah sakit;
- 8) tanggung jawab serta kewenangan menilai dan menyetujui rencana anggaran;
- 9) tanggung jawab dan kewenangan menyetujui rencana strategi rumah sakit;
- 10) tanggung jawab dan kewenangan mengawasi serta membina pelaksanaan rencana strategis;
- 11) tanggung jawab dan kewenangan menyetujui diselenggarakan pendidikan profesional kesehatan dan penelitian serta mengawasi kualitas program-program tersebut;
- 12) tanggung jawab dan kewenangan menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta menindaklanjuti laporan peningkatan mutu dan keselamatan yang diterima;
- 13) tanggung jawab dan kewenangan mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
- 14) tanggung jawab dan kewenangan mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien dilaksanakan rumah sakit;
- 15) tanggung jawab dan kewenangan mengawasi serta menjaga hak dan kewajiban rumah sakit dilaksanakan oleh rumah sakit;
- 16) tanggung jawab dan kewenangan mengawasi kepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan.

Pengaturan tanggung jawab dan kewenangan antara pemilik dan representasi pemilik yang meliputi butir 1 sampai dengan 16 diatur di dalam peraturan internal atau *corporate bylaws* atau dokumen lainnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Bila tanggung jawab dan wewenang pemilik ada yang didelegasikan maka diatur di dalam regulasi yang dikeluarkan oleh pemilik rumah sakit. Sebagai contoh: persetujuan anggaran modal dan operasional rumah sakit yang semula ada di pemilik rumah didelegasikan kepada representasi pemilik atau didelegasikan kepada tim anggaran sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Tugas dan wewenang yang diatur di maksud dan tujuan ini merupakan minimal yang harus diatur dan rumah sakit dapat menambah regulasi tersebut sesuai dengan yang diperlukan rumah sakit.

Pengaturan tanggung jawab dan kewenangan antara pemilik dan representasi pemilik yang meliputi point 1) sampai dengan 16) diatur di dalam peraturan internal atau *corporat bylaws* atau dokumen lainnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Bila tanggung jawab dan wewenang pemilik ada yang didelegasikan maka diatur di dalam regulasi yang dikeluarkan oleh pemilik rumah sakit. Sebagai contoh: persetujuan anggaran modal dan operasional rumah sakit yang semula ada di pemilik rumah didelegasikan kepada representasi pemilik atau didelegasikan kepada tim anggaran sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Tugas dan wewenang yang diatur di maksud dan tujuan ini merupakan minimal yang harus diatur dan rumah sakit dapat menambah regulasi tersebut sesuai dengan yang diperlukan rumah sakit.

Struktur Organisasi Rumah Sakit yang disebut pada butir 7 sesuai dengan peraturan perundang-undangan paling sedikit meliputi:

- kepala rumah sakit atau direktur rumah sakit;
- unsur pelayanan medis;
- unsur keperawatan;
- unsur penunjang medis;
- unsur administrasi umum dan keuangan;
- komite medis; dan
- satuan pemeriksaan internal.

Unsur Organisasi Rumah Sakit sebagaimana tersebut dapat digabungkan sesuai dengan kebutuhan, beban kerja, dan/atau klasifikasi rumah sakit. Selain itu, perlu juga ditetapkan lingkup pelayanan atau unit kerja yang masuk dalam unsur pelayanan medis, unsur keperawatan, unsur penunjang medis, serta unsur administrasi umum dan keuangan.

### **Elemen Penilaian TKRS 1**

1. Pemilik menetapkan regulasi yang mengatur a) sampai dengan g) yang ada di dalam maksud dan tujuan yang dapat berbentuk *corporate by-laws*, peraturan internal, atau dokumen lainnya yang serupa. (R)
2. Ada penetapan struktur organisasi pemilik termasuk representasi pemilik sesuai dengan bentuk badan hukum kepemilikan rumah sakit dan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Nama jabatan di dalam struktur organisasi tersebut harus secara jelas disebutkan. (R)
3. Ada penetapan struktur organisasi rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (R)
4. Ada penetapan Direktur Rumah Sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (R)

### **Elemen Penilaian TKRS 1**

1. Pemilik menetapkan regulasi yang mengatur a) sampai dengan g) yang ada di dalam maksud dan tujuan yang dapat berbentuk *corporate by-laws*, peraturan internal, atau dokumen lainnya yang serupa. (R)
2. Ada penetapan struktur organisasi pemilik termasuk representasi pemilik sesuai dengan bentuk badan hukum kepemilikan rumah sakit dan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Nama jabatan di dalam struktur organisasi tersebut harus secara jelas disebutkan. (R)
3. Ada penetapan struktur organisasi rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (R)
4. Ada penetapan Direktur Rumah Sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (R)

### **Elemen Penilaian TKRS 1.2**

Ada bukti persetujuan, *review* berkala, dan publikasi/sosialisasi ke masyarakat tentang misi rumah sakit sesuai dengan regulasi. (D,W)

1. Ada persetujuan rencana strategis, rencana kerja, dan anggaran rumah sakit sehari-hari sesuai dengan regulasi. (D,W)
2. Ada persetujuan atas strategi dan program pendidikan, penelitian staf klinis, dan pengawasan mutu program pendidikan tersebut. *Elemen penilaian ini hanya untuk rumah sakit pendidikan.* (D,W)

### **Standar TKRS 1.3**

Pemilik dan atau representasi pemilik memberi persetujuan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit, menerima laporan pelaksanaan program secara berkala, dan memberi respons terhadap laporan yang disampaikan.

### **Maksud dan Tujuan TKRS 1.3**

Pemilik atau representasi pemilik mempunyai tanggung jawab dalam pengawasan kendali mutu dan kendali biaya. Dalam rangka pelaksanaan kendali mutu dan biaya rumah sakit maka rumah sakit membuat program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP). Pemilik dan atau representasi pemilik mempunyai kewajiban untuk mengkaji program PMKP yang diusulkan oleh Direktur Rumah Sakit dan menyetujui bila sudah sesuai dengan misi rumah sakit dan melakukan pengawasan implementasi program PMKP secara berkesinambungan serta berkelanjutan. Investasi mutu ini membutuhkan perencanaan sumber daya dan perlu dievaluasi serta dimonitor melalui sistem yang ditetapkan.

Pemilik atau representasi pemilik memberi persetujuan dan menerima laporan pelaksanaan program mutu sebagai berikut:

- a) laporan capaian indikator dan analisisnya setiap 3 bulan;
- b) laporan kejadian tidak diharapkan (KTD) setiap 6 bulan;
- c) laporan kejadian sentinel setiap ada kejadian dan laporan ulang setelah kejadian sentinel. Selesai dilakukan analisis dengan menggunakan metode *root cause analysis* (RCA).

Pemilik atau representasi pemilik wajib memberikan respons terhadap laporan tersebut, khususnya bila terjadi insiden keselamatan pasien dan capaian pemenuhan indikator yang masih rendah, termasuk juga untuk perbaikan/memenuhi standar diperlukan dana/anggaran tambahan maka representasi pemilik diharapkan dapat memperhatikan usulan tersebut dan membantu mengupayakan dana/anggaran tambahan tersebut.

### **Elemen Penilaian TKRS 1.3**

1. Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit telah disetujui oleh pemilik atau representasi pemilik. (D,W)
2. Pemilik atau representasi pemilik telah menerima laporan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien tepat waktu sesuai dengan butir 1 sampai dengan 3 yang ada di maksud dan tujuan. (lihat juga TKRS 4.1, PMKP 5.EP 5) (D,W)
3. Representasi pemilik menindaklanjuti laporan dari RS. (D,W)

### **❖ DIREKTUR/DIREKSI RUMAH SAKIT**

#### **Standar TKRS 2**

Direktur Rumah Sakit sebagai pimpinan tertinggi di rumah sakit bertanggung jawab untuk menjalankan rumah sakit dan mematuhi peraturan dan perundang-undangan.

#### **Maksud dan Tujuan TKRS 2**

Pimpinan tertinggi organisasi rumah sakit adalah kepala atau Direktur Rumah Sakit dengan nama jabatan kepala, direktur utama atau direktur, dalam standar akreditasi ini disebut Direktur Rumah Sakit. Dalam menjalankan operasional rumah sakit, direktur dapat dibantu oleh wakil direktur atau direktur (bila pimpinan tertinggi disebut direktur utama) sesuai dengan kebutuhan, kelompok ini disebut direksi.

Kepemimpinan yang efektif sebuah rumah sakit sangat penting agar rumah sakit dapat beroperasi secara efisien serta memenuhi visi dan misinya.

Kepemimpinan rumah sakit dapat dilaksanakan secara bersama-sama (direksi) atau individual (direktur).

Pendidikan dan pengalaman individu-individu tersebut memenuhi persyaratan untuk melaksanakan tugas yang termuat dalam uraian tugas serta sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan. Persyaratan untuk Direktur Rumah Sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan adalah tenaga medis ahli perumahsakit.

Direktur/Direksi bertanggung jawab untuk menjalankan misi rumah sakit yang sudah ditetapkan oleh pemilik atau representasi pemilik serta menyusun regulasi pelayanan dan manajemen untuk menjalankan rumah sakit.

Direktur/Direksi Rumah Sakit mempunyai uraian tugas, tanggung jawab, dan wewenang antara lain meliputi

- 1) mengetahui dan memahami semua peraturan perundang-undangan terkait dengan rumah sakit;
- 2) menjalankan operasional rumah sakit dengan berpedoman pada peraturan perundang-undangan;
- 3) menjamin kepatuhan rumah sakit terhadap peraturan perundang-undangan;
- 4) menetapkan regulasi rumah sakit;
- 5) menjamin kepatuhan staf rumah sakit dalam implementasi semua regulasi rumah sakit yang telah ditetapkan dan disepakati bersama;
- 6) menindaklanjuti terhadap semua laporan hasil pemeriksaan badan audit eksternal.
- 7) menetapkan proses untuk mengelola serta mengendalikan sumber daya manusia dan keuangan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

## **Elemen Penilaian TKRS 2**

1. Ada regulasi tentang kualifikasi Direktur Rumah Sakit dan uraian tugas, tanggung jawab, dan wewenang sebagaimana tercantum pada butir 1 sampai dengan 7 di maksud dan tujuan. (R)
2. Kualifikasi Direktur Rumah Sakit sudah sesuai dengan persyaratan dan peraturan perundang-undangan. (D,W)
3. Direktur/Direksi Rumah Sakit patuh terhadap peraturan perundang-undangan. (D,W)
4. Direktur Rumah Sakit telah mengatur operasional rumah sakit setiap hari termasuk semua tanggung jawab yang dijelaskan dalam uraian tugas. (D,W)
5. Direktur/Direksi Rumah Sakit telah menyusun dan mengusulkan rencana strategis serta anggaran biaya kepada pemilik atau representasi pemilik sesuai dengan regulasi. (lihat juga TKRS 1, TKRS 1.1, dan TKRS 1.2).(D,W)
6. Direktur/Direksi Rumah Sakit telah memastikan kepatuhan staf rumah sakit terhadap regulasi rumah sakit yang sudah ditetapkan. (D,W)
7. Direktur/Direksi Rumah Sakit menindaklanjuti semua hasil laporan pemeriksaan internal dari pemerintah atau badan eksternal lainnya yang mempunyai kewenangan melakukan pemeriksaan rumah sakit. (D,W)

## **KEPALA BIDANG/DIVISI DI RUMAH SAKIT**

### **Standar TKRS 3**

Para Kepala Bidang/Divisi Rumah Sakit ditetapkan dan secara bersama, bertanggung jawab untuk menjalankan misi dan membuat rencana serta regulasi yang dibutuhkan untuk melaksanakan misi tersebut.

### **Maksud dan Tujuan TKRS 3**

Dalam organisasi rumah sakit harus ditetapkan jabatan pimpinan yang di bawah dan bertanggung jawab kepada direktur rumah sakit. Sesuai peraturan dan perundang-undangan-undangan pimpinan tersebut meliputi

- a) unsur pimpinan pelayanan medis;
- b) unsur pimpinan keperawatan;
- c) unsur pimpinan penunjang medis;
- d) unsur pimpinan administrasi umum dan keuangan.

Pimpinan pada butir 1 sampai dengan 4 yang di atas di dalam standar tata kelola rumah sakit ini selanjutnya disebut Kepala Bidang/Divisi.

Rumah sakit agar menetapkan persyaratan kualifikasi jabatan untuk para kepala bidang/divisi tersebut serta menunjuk dan atau mengusulkan pejabatnya yang sesuai dengan persyaratan dan kualifikasi tersebut.

Para kepala bidang/divisi tersebut agar dilibatkan dalam mendefinisikan-operasionalkan misi RS. Berdasar atas misi tersebut, para kepala bidang/divisi bekerja-sama mengembangkan berbagai rencana/program serta regulasi yang dibutuhkan untuk mencapai visi dan misi.

Misi dan regulasi yang ditetapkan oleh pemilik harus dilaksanakan oleh direktur bersama sama dengan para kepala bidang/divisi RS tersebut. (lihat juga APK 1, EP 2, dan EP3)

### **Elemen Penilaian TKRS 3**

1. Rumah sakit telah menetapkan persyaratan jabatan, uraian tugas, tanggung jawab, dan wewenang Kepala bidang/divisi Rumah Sakit secara tertulis. (R)
2. Kualifikasi kepala bidang/divisi sudah sesuai dengan persyaratan jabatan serta tugas pokoknya. (D,W)
3. Ada bukti koordinasi antarkepala bidang/divisi dalam menjalankan misi rumah sakit. (D,W)
4. Ada bukti peran serta secara kolaboratif para kepala bidang/divisi dalam menyusun berbagai regulasi yang diperlukan untuk menjalankan misi. (D,W)
5. Ada bukti pelaksanaan pengawasan oleh para kepala bidang/divisi untuk menjamin kepatuhan staf terhadap pelaksanaan regulasi rumah sakit sesuai dengan misi rumah sakit. (D,W)

### **Standar TKRS 3.1**

Direktur Rumah Sakit dan para kepala bidang/divisi di rumah sakit mengidentifikasi dan merencanakan jenis pelayanan klinis yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan pasien yang dilayani rumah sakit tersebut.

### **Maksud dan Tujuan TKRS 3.1**

Pelayanan pasien perlu direncanakan dan dirancang untuk merespons kebutuhan pasien. Jenis pelayanan yang diberikan harus tertulis dan harus konsisten dengan misi rumah sakit. Kepala bidang/divisi menentukan kualifikasi kepala dari setiap departemen klinis dan unit/instalasi pelayanan yang ada di rumah sakit, baik pelayanan diagnostik, terapeutik, rehabilitatif, dan pelayanan penting lainnya untuk kepentingan pasien.

Para kepala bidang/divisi rumah sakit juga membuat rencana bersama dengan para kepala unit pelayanan tentang cakupan dan jenis pelayanan-pelayanan yang disediakan oleh rumah sakit, baik secara langsung maupun tidak langsung. Direktur Rumah Sakit merencanakan dan mengikut sertakan masyarakat/tokoh masyarakat, fasilitas pelayanan kesehatan sekitar rumah sakit, dan pihak-pihak lainnya dalam merencanakan kebutuhan pelayanan kesehatan untuk masyarakat. Bentuk pelayanan yang direncanakan ini mencerminkan arah strategis rumah sakit dan perspektif pasien yang dirawat di rumah sakit.

Para kepala bidang/divisi juga terlibat merencanakan pelayanan pasien dalam menentukan komunitas dan populasi pasien untuk rumah sakit tersebut, mengidentifikasi kepentingan pelayanan yang dibutuhkan oleh masyarakat, dan merencanakan komunikasi berkelanjutan dengan kelompok pemangku kepentingan utama dalam komunitas. Komunikasi dapat secara langsung ditujukan kepada individu atau melalui media massa atau melalui lembaga dalam komunitas ataupun pihak ketiga. Jenis informasi yang disampaikan meliputi informasi tentang layanan, jam kegiatan kerja, dan proses untuk mendapatkan perawatan; dan informasi tentang kualitas layanan yang disediakan kepada masyarakat dan sumber rujukan.

### **Elemen Penilaian TKRS 3.1**

1. Ada penetapan jenis pelayanan yang diberikan sesuai dengan misi rumah sakit. (lihat juga ARK 1, EP 1). (R)
2. Ada penetapan kualifikasi kepala unit pelayanan termasuk koordinator pelayanan baik untuk unit pelayanan diagnostik, terapeutik, maupun rehabilitatif. (R)
3. Kepala bidang/divisi Rumah Sakit bersama dengan kepala unit pelayanan telah menyusun cakupan dan jenis pelayanan yang disediakan di tiap-tiap unit sesuai dengan kebutuhan pasien yang dilayani di rumah sakit. (lihat juga ARK

- 1, EP 1). (D,W)
4. Rumah sakit memberikan informasi tentang pelayanan yang disediakan kepada tokoh masyarakat, pemangku kepentingan, fasilitas pelayanan kesehatan di sekitar rumah sakit, dan dapat menerima masukan untuk peningkatan pelayanannya. (D,W)
5. Direktur Rumah Sakit memberikan data dan informasi sesuai dengan a) dan b) pada maksud dan tujuan. (lihat juga MKE 1.1, EP 4). (D,W)

### **Standar TKRS 3.2**

Rumah sakit mempunyai regulasi untuk memastikan terselenggaranya komunikasi efektif di rumah sakit.

#### **Maksud dan Tujuan TKRS 3.2**

Para kepala bidang/divisi Rumah Sakit bertanggung jawab bahwa di seluruh tempat di rumah sakit terselenggara komunikasi yang efektif, yaitu komunikasi antarkelompok profesional, antarunit struktural, antara profesional dan manajemen, juga profesional dengan organisasi di luar. Direktur Rumah Sakit memperhatikan akurasi dan ketepatan waktu penyampaian informasi ke seluruh tempat di rumah sakit. Direktur Rumah Sakit membentuk budaya kerjasama dan komunikasi untuk melakukan koordinasi serta integrasi asuhan pasien. Metode secara formal (contoh, pembentukan komite atau tim gabungan) dan informal (contoh, poster, surat kabar) digunakan untuk meningkatkan peran pentingnya komunikasi antara berbagai layanan dan anggota staf. Pengembangan koordinasi layanan klinik yang baik diperoleh karena ada pengertian dari setiap unit pelayanan untuk berkolaborasi menyusun kebijakan dan prosedur.

Dalam mengembangkan komunikasi dan koordinasi yang baik, rumah sakit perlu mengatur pertemuan di setiap tingkat rumah sakit, misalnya pertemuan direksi, pertemuan para kepala bidang/divisi, dan pertemuan antarunit pelayanan. Selain itu, perlu juga pertemuan antartingkat, misalnya pertemuan direksi dengan para kepala bidang/divisi dengan Kepala Unit Pelayanan. Di sisi lain, rumah sakit juga perlu mengembangkan pertemuan antara profesi, misalnya pertemuan dokter, perawat, dan PPA lainnya dalam membahas pengembangan pelayanan, *update* ilmu pengetahuan, dan lain sebagainya.

#### **Elemen Penilaian TKRS 3.2**

1. Ada regulasi yang mengatur pertemuan di setiap dan antartingkat di rumah sakit. (R)

2. Ada regulasi komunikasi efektif antarprofesional pemberi pelayanan (PPA) dan antarunit/instalasi/departemen pelayanan. (R)
3. Ada bukti terselenggaranya pertemuan di setiap danantar tingkat di rumah sakit. (D,W)
4. Ada bukti komunikasi efektif antarprofesional pemberi pelayanan (PPA) dan antarunit/instalasi/departemen pelayanan sudah dilaksanakan (D,W)
5. Ada bukti pelaksanaan pemberian informasi yang tepat waktu, akurat, dan relevan di lingkungan rumah sakit. (D,W)
6. Direktur/direksi dan para kepala bidang/divisi Rumah Sakit sudah menyampaikan informasi tentang capaian program sesuai visi, misi, dan rencana strategik kepada staf rumah sakit. (lihat MKE 4) (D,W)

## **MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA**

### **Standar TKRS 3.3**

Rumah sakit menetapkan proses yang seragam untuk melaksanakan penerimaan/pengangkatan (*recruitment*), retensi, pengembangan, dan pendidikan berkelanjutan semua staf dengan melibatkan kepala bidang/divisi dan kepala unit pelayanan.

### **Maksud dan Tujuan TKRS 3.3**

Kemampuan rumah sakit dalam memberikan asuhan pasien berkaitan langsung dengan kemampuan rumah sakit menarik dan mempertahankan staf yang bermutu dan kompeten. Direktur Rumah Sakit sadar bahwa mempertahankan staf lebih bermanfaat dalam jangka waktu lama dibanding dengan jika menerima staf yang baru. Mempertahankan (retensi) staf dapat bermanfaat untuk Direktur Rumah Sakit dalam mendukung proses pengembangan staf yang berkelanjutan. Direktur Rumah Sakit membuat rencana/program serta melaksanakan program dan proses yang berkaitan dengan penerimaan, retensi, pengembangan, dan pendidikan berkelanjutan setiap kategori staf **dengan melibatkan para kepala bidang/divisi dan unit pelayanan**. Regulasi tentang kesempatan staf untuk mengikuti pendidikan dan latihan harus sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku (60% pegawai @ 20 jam per tahun).

### **Elemen Penilaian TKRS 3.3**

1. Rumah sakit memiliki regulasi proses perencanaan dan pelaksanaan rekrutimen, pengembangan staf, serta kompensasi yang melibatkan kepala bidang/divisi dan kepala unit pelayanan. (R)

2. Ada bukti proses perencanaan dan pelaksanaan rekrutmen, telah melibatkan kepala bidang/divisi dan kepala unit pelayanan. (lihat juga KKS 2 dan KKS 8) (D,W)
3. Ada bukti rumah sakit telah melaksanakan proses kompensasi untuk retensi staf. (D,W)
4. Ada bukti pengembangan diri setiap staf dan pendidikan melibatkan kepala bidang/bagian/diklat dan kepala unit pelayanan Rumah Sakit sesuai dengan profesi yang dibutuhkan. (D,W)

## **MANAJEMEN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN**

### **Standar TKRS 4**

Direktur Rumah Sakit merencanakan, mengembangkan, serta melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

### **Standar TKRS 4.1**

Direktur Rumah Sakit memberikan laporan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada pemilik atau representasi pemilik sesuai dengan regulasi rumah sakit.

### **Maksud dan Tujuan TKRS 4 dan TKRS 4.1**

Bila rumah sakit ingin berhasil dalam memulai dan mempertahankan perbaikan serta mengurangi risiko bagi pasien dan staf, kepemimpinan dan perencanaan merupakan hal yang penting. Kepemimpinan dan perencanaan dimulai dari pemilik dan representasi pemilik, Direktur Rumah Sakit, para pimpinan klinis, dan pimpinan manajerial secara bersama-sama menyusun dan mengembangkan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien. Direktur Rumah Sakit bertanggung jawab untuk memulai dan menyediakan dukungan berkelanjutan dalam hal komitmen rumah sakit terhadap mutu. Direktur Rumah Sakit mengembangkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta mengajukan persetujuan program kepada representasi pemilik, dan melalui misi rumah sakit serta dukungan pemilik rumah sakit membentuk suatu budaya mutu di rumah sakit. (lihat juga KKS.1)

Direktur Rumah Sakit memilih pendekatan yang digunakan oleh rumah sakit untuk mengukur, menilai, serta meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.

Pengukuran mutu dilakukan menggunakan indikator mutu di tingkat rumah sakit dan di tingkat unit pelayanan yang merupakan kesatuan yang tidak dapat dipisahkan.

Di samping itu, Direktur Rumah Sakit juga menetapkan bagaimana program peningkatan mutu serta keselamatan pasien diarahkan dan diatur setiap harinya, karena itu Direktur Rumah Sakit perlu menetapkan organisasi yang mengelola dan melaksanakan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien. Direktur Rumah Sakit dapat membentuk komite/tim peningkatan mutu dan keselamatan pasien atau bentuk organisasi lainnya sesuai kondisi rumah sakit dan peraturan perundang-undangan. Pimpinan perlu memastikan bahwa program tersebut mempunyai sumber daya termasuk tenaga yang cukup agar dapat berjalan efektif.

Direktur Rumah Sakit juga menerapkan suatu struktur dan proses untuk memantau dan melakukan koordinasi menyeluruh terhadap program yang ada di rumah sakit. Tindakan ini memastikan koordinasi di seluruh unit pelayanan dalam upaya pengukuran dan perbaikan. Koordinasi ini dapat tercapai melalui pemantauan dari unit/departemen mutu atau komite/tim peningkatan mutu, atau struktur lainnya. Koordinasi ini mendukung pendekatan sistem untuk pemantauan kualitas dan aktivitas perbaikan sehingga mengurangi duplikasi upaya peningkatan mutu. Misalnya terdapat dua departemen yang **secara independen** mengukur suatu proses atau luaran yang sama (lihat juga KKS 2 dan PPI 10, EP 1).

Direktur Rumah Sakit bertanggung jawab melaporkan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada representasi pemilik sebagai berikut:

- 1) setiap tiga bulan yang meliputi capaian dan analisis indikator mutu area klinis, area manajemen, sasaran keselamatan pasien, capaian implementasi panduan praktik klinik, dan alur klinis serta penerapan sasaran keselamatan pasien;
- 2) setiap 6 (enam) bulan Direktur Rumah Sakit melaporkan penerapan keselamatan pasien kepada representasi pemilik antara lain mencakup
  - ❖ jumlah dan jenis kejadian tidak diharapkan/insiden keselamatan pasien serta analisis akar masalahnya;
  - ❖ apakah pasien dan keluarga telah mendapatkan informasi tentang kejadian tersebut;
  - ❖ tindakan yang telah diambil untuk meningkatkan keselamatan sebagai respons terhadap kejadian tersebut;
  - ❖ apakah tindakan perbaikan tersebut dipertahankan.
- 3) khusus untuk kejadian sentinel, Direktur Rumah Sakit wajib melaporkan kejadian kepada pemilik dan representasi pemilik paling lambat 2 x 24 jam setelah kejadian dan melaporkan ulang hasil analisis akar masalah setelah 45 hari.

Representasi pemilik mengkaji dan merespons laporan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, khususnya terkait dengan capaian indikator yang masih rendah.

Komunikasi informasi tentang program peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara berkala kepada staf merupakan hal yang penting. Alur komunikasi mutu ini dilakukan melalui jalur yang efektif, seperti buletin, poster, pertemuan staf, dan proses sumber daya manusia. Informasi yang diberikan antara lain dapat berupa program baru atau program yang baru saja selesai, perkembangan dalam pencapaian Sasaran Keselamatan Pasien, hasil analisis kejadian sentinel atau kejadian tidak diinginkan lainnya, ataupun penelitian terkini maupun program *benchmark*.

Berdasar atas hal di atas maka Direktur Rumah Sakit perlu menetapkan regulasi peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang dapat berbentuk pedoman peningkatan mutu sertakeselamatan pasien dan prosedur-prosedur lainnya, antara lain berisi sebagai berikut:

- a) penetapan organisasi yang mempunyai tugas mengarahkan, mengatur, serta mengoordinasikan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- b) peran Direkktur Rumah Sakit dan para pimpinan dalam merencanakan dan mengembangkan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien;
- c) peran Direktur Rumah Sakit dan para pimpinan dalam pemilihan indikator mutu di tingkat rumah sakit (indikator area klinik, area manajemen, dan sasaran keselamatan pasien) serta keterlibatnnya dalam menindaklanjuti capaian indikator yang masih rendah;
- d) peran Direktur Rumah Sakit dan para pimpinan dalam memilih area prioritas sebagai area fokus untuk perbaikan;
- e) monitoring pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, siapa saja yang melakukan monitoring, kapan dilakukan, dan bagaimana melakukan monitoringnya;
- f) proses pengumpulan data, analisis, *feedback*, dan pemberian informasi kepada staf;
- g) bagaimana alur laporan pelaksanaan pengukuran mutu rumah sakit, mulai dari unit sampai kepada pemilik rumah sakit;
- h) bantuan teknologi/sistem informasi rumah sakit yang akan diterapkan untuk pengumpulan dan analisis data mutu, keselamatan pasien, dan *surveillance* infeksi.

#### **Elemen Penilaian TKRS 4**

1. Direktur Rumah Sakit menetapkan regulasi berupa pedoman peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang meliputi butir 1 sampai dengan 8 di

maksud dan tujuan beserta programnya serta penetapan indikatornya. (lihat PMKP 2 dan PMKP 2.1) (R)

2. Ada bukti Direktur Rumah Sakit dan para kepala bidang/divisi telah berpartisipasi dalam upaya merencanakan, mengembangkan, serta melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit. (D,W)
3. Ada bukti keterlibatan Direktur Rumah Sakit dan para kepala bidang/divisi dalam memilih indikator mutu di tingkat rumah sakit, merencanakan perbaikan serta mempertahankan perbaikan mutu dan keselamatan pasien, juga menyediakan staf terlatih untuk program peningkatan mutu dan keselamatan pasien. (lihat PMKP 1, PMKP 3, PMKP 4.1, PMKP 4.2, PMKP 4.3) (D,W)
4. Direktur Rumah Sakit telah menyediakan teknologi informasi (IT) untuk sistem manajemen data indikator mutu dan sumber daya yang cukup untuk pelaksanaan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien setiap harinya. (D,O,W)

#### **Elemen Penilaian TKRS 4.1**

1. Direktur Rumah Sakit telah melaksanakan pemantauan dan koordinasi program peningkatan mutu dan keselamatan pasien pada perbaikan struktur dan proses serta hasil. (D, O, W)
2. Direktur Rumah Sakit melaporkan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada pemilik atau representasi pemilik sebagaimana diatur di 1) sampai dengan 3) yang ada di maksud dan tujuan. (lihat juga PMKP 5, EP 5.) (D,W)
3. Informasi tentang program peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara berkala dikomunikasikan kepada staf, antara lain mencakup perkembangan dalam pencapaian sasaran keselamatan pasien. (D,W)

#### **Standar TKRS 5**

Direktur rumah sakit memprioritaskan proses di rumah sakit yang akan diukur, program peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang akan diterapkan, serta bagaimana mengukur keberhasilan dalam upaya di seluruh rumah sakit ini.

#### **Maksud dan Tujuan TKRS 5**

Karena terdapat keterbatasan staf dan sumber daya, tidak semua proses di rumah sakit dapat diukur dan diperbaiki pada saat yang bersamaan. Oleh karena itu, tanggung jawab utama Direktur Rumah Sakit adalah menetapkan prioritas pengukuran dan perbaikan di seluruh rumah sakit. Prioritas ini meliputi upaya pengukuran dan perbaikan yang memengaruhi atau mencerminkan aktivitas yang terdapat di berbagai unit pelayanan. Direktur Rumah Sakit berfokus pada upaya pengukuran dan peningkatan mutu rumah sakit, termasuk pengukuran dan aktivitas yang berhubungan

dengan kepatuhan penuh terhadap sasaran keselamatan pasien. Prioritas dapat berfokus pada pencapaian tujuan strategis; misalnya, untuk menjadi pusat rujukan regional. Sebagai contoh: suatu rumah sakit menjadi pusat rujukan regional maka Direktur Rumah Sakit akan meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit tersebut sehingga mampu menjadi rujukan di tingkat regional tersebut.

Direktur Rumah Sakit dengan para pimpinan dan komite/tim peningkatan mutu dan keselamatan pasien merancang upaya peningkatan mutu pelayanan prioritas rumah sakit dengan memperhatikan beberapa hal.

- a) Misi Rumah Sakit.
- b) Data-data permasalahan yang ada, misalnya komplain pasien, capaian indikator mutu yang masih rendah, terdapat kejadian tidak diharapkan.
- c) Terdapat sistem serta proses yang memperlihatkan variasi penerapan dan hasil yang paling banyak, misalnya pelayanan pasien stroke yang dilakukan oleh lebih satu dokter spesialis saraf dan memperlihatkan proses pelayanan yang masih bervariasi atau belum terstandarisasi sehingga hasil pelayanan juga bervariasi.
- d) Dampak dari perbaikan misalnya penilaian perbaikan efisiensi suatu proses klinis yang kompleks pada pelayanan stroke, pelayanan jantung dan lainnya, dan/atau identifikasi pengurangan biaya serta sumber daya yang digunakan dengan perbaikan suatu proses. Penilaian dampak dari perbaikan tersebut akan menunjang pemahaman tentang biaya relatif yang dikeluarkan demi investasi mutu dan sumber daya manusia, finansial, dan keuntungan lain dari investasi tersebut. Untuk ini perlu pembuatan program (*tool*) sederhana untuk menghitung sumber daya yang digunakan pada proses yang lama dan pada proses yang baru.
- e) Dampak pada perbaikan sistem sehingga efek perbaikan dapat terjadi di seluruh rumah sakit, misalnya sistem manajemen obat di rumah sakit.
- f) Riset klinik dan program pendidikan profesi kesehatan merupakan prioritas untuk rumah sakit pendidikan.

Berdasar atas hal tersebut di atas, Direktur Rumah Sakit membuat program peningkatan mutu pelayanan prioritas dengan mengembangkan standarisasi proses dan hasil asuhan klinis pelayanan prioritas serta mengembangkan pengukuran mutu klinis, manajerial, dan penerapan sasaran keselamatan pasien. (lihat juga PMKP 5)

### **Elemen Penilaian TKRS 5**

1. Rumah sakit mempunyai program peningkatan mutu prioritas dengan memperhatikan butir 1 sampai dengan 6 yang ada di maksud dan tujuan. (lihat juga PMKP 5) (R)
2. Ada bukti peran Direktur Rumah Sakit dan para Kepala Bidang/Divisi dalam proses penyusunan program peningkatan mutu, prioritas, monitoring

pelaksanaan, dan rencana perbaikan mutu. (lihat PMKP 4.2, 4.3, 4.4) (D,W)

3. Ada bukti riset klinik dan program pendidikan profesi kesehatan sebagai salah satu program peningkatan mutu prioritas di rumah sakit pendidikan. (D,W)
4. Ada pengukuran pelaksanaan sasaran keselamatan pasien tercantum pada program peningkatan mutu prioritas. (lihat PMKP 4.4) (D,W)
5. Ada bukti kajian dampak perbaikan di rumah sakit secara keseluruhan dan juga pada tingkatan departemen/unit layanan terhadap efisiensi dan sumber daya yang digunakan. (lihat juga PMKP 7) (D)

## **MANAJEMEN KONTRAK**

### **Standar TKRS 6**

Para kepala bidang/divisi di RS bertanggung jawab untuk mengkaji/*review*, memilih, serta memantau kontrak klinis dan kontrak manajerial.

### **Maksud dan Tujuan TKRS 6**

Sesuai dengan peraturan perundang-undangan, rumah sakit wajib menyediakan pelayanan klinis dan manajemen. Rumah sakit dapat mempunyai pilihan memberi pelayanan klinis dan manajemen ini secara langsung atau dapat melalui kontrak atau perjanjian lainnya. Kontrak pelayanan klinis disebut kontrak klinis dan untuk kontrak pelayanan manajemen disebut kontrak manajemen.

Kontrak dapat juga berhubungan dengan staf profesional kesehatan. Apabila kontrak berhubungan dengan staf profesional kesehatan (misalnya, kontrak perawat untuk perawatan kritis, *home care*, dokter tamu/dokter paruh waktu, profesional pemberi asuhan lainnya, dll.) maka kontrak harus menyebutkan bahwa staf profesional tersebut memenuhi persyaratan yang ditetapkan rumah sakit dan peraturan perundang-undangan. Rumah sakit mempunyai regulasi kontrak klinis yang antara lain meliputi kredensial, rekredensial, dan penilaian kinerja.

Kontrak manajemen dapat meliputi kontrak untuk alat laboratorium, pelayanan akuntansi keuangan, kerumahtanggaan seperti sekuriti, parkir, makanan, linen/*laundry*, dan pengolah limbah sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.

Pelayanan yang dikontrakkan dapat meliputi pelayanan radiologi dan pencitraan diagnostik hingga pelayanan akuntansi keuangan dan pelayanan yang disediakan untuk *housekeeping*, makanan, dan linen.

Direktur Rumah Sakit menjabarkan secara tertulis jenis dan ruang lingkup pelayanan yang disediakan melalui perjanjian kontrak.

Direktur Rumah Sakit menjabarkan secara tertulis, sifat dan cakupan pelayanan yang disediakan melalui perjanjian kontrak.

Dalam semua hal, Direktur Rumah Sakit bertanggung jawab terhadap kontrak atau pengaturan lain untuk memastikan bahwa pelayanan dapat memenuhi kebutuhan pasien dan merupakan bagian dari kegiatan manajemen serta peningkatan mutu rumah sakit.

Kepala bidang/divisi pelayanan klinis dan kepala unit/instalasi/departemen terkait berpartisipasi dalam seleksi kontrak klinis dan bertanggung jawab untuk kontrak klinis. Kepala bidang/divisi manajemen dan kepala unit/instalasi/departemen terkait berpartisipasi dalam seleksi terhadap kontrak manajemen dan bertanggung jawab atas kontrak manajemen tersebut. Kepala bidang/divisi dan kepala unit/instalasi/departemen selain berpartisipasi dalam meninjau dan memilih semua kontrak klinis atau kontrak manajemen, juga bertanggung jawab untuk memantau kontrak tersebut. (lihat juga ARK 1 dan MKRM 6)

Berdasar atas hal di atas maka kontrak atau perjanjian lainnya perlu diatur regulasinya yang antara lain meliputi

- a) penunjukan penanggung jawab untuk kontrak klinis dan penanggung jawab untuk kontrak manajemen;
- b) seleksi kontrak berdasar atas kepatuhan peraturan perundang-undangan yang terkait;
- c) penetapan kontrak dan dokumen kontraknya;
- d) dokumen menyebutkan pengalihan tanggung jawab pada pihak kedua;
- e) monitoring mutu kontrak;
- f) teguran dan pemutusan kontrak bila mutu pelayanan yang disediakan melalui kontrak tidak sesuai dengan kontrak;
- g) *review* kontrak untuk perpanjangan.

Selain kontrak atau perjanjian lainnya terkait dengan pelayanan yang harus disediakan, rumah sakit juga perlu mengatur terkait dengan kontrak atau perjanjian lainnya yang terkait dengan sumber daya manusia, khususnya untuk staf medis.

## **Elemen Penilaian TKRS 6**

1. Rumah sakit mempunyai regulasi tentang kontrak atau perjanjian lainnya

yang antara lain meliputi 1 sampai dengan 7 yang ada di maksud dan tujuan. (R)

2. Rumah sakit mempunyai regulasi tentang perjanjian kerja staf medis yang antara lain meliputi kredensial, rekredensial, dan penilaian kinerja. (R)
3. Rumah sakit mempunyai dokumen kontrak untuk semua kontrak yang sudah dilaksanakan. (D,W)
4. Setiap dokter yang memberikan pelayanan di rumah sakit sudah menandatangani perjanjian sesuai dengan regulasi rumah sakit. (D,W)
5. Ada bukti Kepala bidang/divisi pelayanan klinis dan Kepala unit pelayanan telah berpartisipasi dan bertanggung jawab terhadap peninjauan, pemilihan, dan pemantauan kontrak pelayanan klinis termasuk kontrak peralatan medis dan telah dilaksanakan. (lihat juga AP 5.1, EP 5, dan AP 6.1, EP 5). (D,W)
6. Ada bukti Kepala bidang/divisi manajemen dan Kepala unit kerja berpartisipasi dan bertanggung jawab terhadap peninjauan, pemilihan, dan pemantauan kontrak manajemen. (D,W)
7. Ada bukti apabila kontrak dinegosiasikan ulang atau dihentikan maka rumah sakit tetap menjaga kontinuitas dari pelayanan pasien. (D,O,W)

### **Standar TKRS 6.1**

Kontrak dan perjanjian lainnya dievaluasi sebagai bagian dari program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit.

#### **Maksud dan Tujuan TKRS 6.1**

Rumah sakit perlu melakukan evaluasi mutu pelayanan dan keselamatan pasien pada semua pelayanan di rumah sakit, baik yang secara langsung disediakan sendiri oleh rumah sakit maupun yang disediakan berdasar atas kontrak atau perjanjian lainnya. Rumah sakit perlu mendapatkan informasi mutu dari pelayanan yang disediakan berdasar atas kontrak atau perjanjian lainnya, lalu menganalisis informasi tersebut, kemudian mengambil tindakan berdasar atas data dan informasi tersebut. Pelayanan yang disediakan berdasar atas kontrak dan perjanjian lainnya perlu mencantumkan indikator mutu yang dapat dipergunakan untuk mengukur mutu pelayanan yang disediakan berdasar atas kontrak tersebut. Data indikator mutu apa saja yang harus dikumpulkan dan dilaporkan ke Komite/Tim Mutu rumah sakit, frekuensi pengumpulan data, dan format pengumpulan data.

Kepala unit pelayanan/departemen menerima laporan mutu dari penyedia kontrak yang kemudian ditindaklanjuti dan memastikan bahwa laporan-laporan tersebut diintegrasikan ke dalam proses penilaian mutu rumah sakit. (lihat juga APK 4.1, EP , dan APK.5, EP 4 dan 6).

Sebagai contoh: makanan pasien di rumah sakit disediakan berdasar atas kerja sama dengan pihak ketiga. Dengan demikian, pelayanan makanan yang

disediakan pihak ketiga tersebut perlu diukur mutunya menggunakan indikator mutu. Penanggung Jawab Gizi secara berkala melaporkan hasil capaian indikator mutu kepada Komite/Tim Mutu Rumah Sakit.

### **Elemen dan Tujuan TKRS 6.1**

1. Rumah sakit mempunyai regulasi tentang monitoring mutu pelayanan yang disediakan berdasar atas kontrak atau perjanjian lainnya.
2. Semua kontrak mempunyai indikator mutu yang harus dilaporkan kepada RS sesuai dengan mekanisme pelaporan mutu di RS. (R )
3. Komite/Tim mutu telah melakukan analisis data dan *feedback* data dan laporan. (D,W)
4. Kepala bidang/kepala divisi klinis dan manajemen ikut berpartisipasi dalam program peningkatan mutu dengan menindaklanjuti hasil analisis informasi mutu pelayanan yang yang dilaksanakan melalui kontrak/pihak ketiga. (D,W)
5. Kepala bidang/kepala divisi klinis dan manajemen ikut berpartisipasi dalam program peningkatan mutu dengan menindaklanjuti hasil analisis informasi mutu pelayanan yang yang dilaksanakan melalui kontrak/pihak ketiga. (D,W)

### **Standar TKRS 6.2**

Kepala bidang/kepala divisi pelayanan klinis memastikan bahwa dokter praktik mandiri yang bukan merupakan staf RS memiliki izin dan kredensial yang tepat sesuai dengan pelayanan yang diberikan kepada pasien RS dan peraturan perundang-undangan.

### **Maksud dan Tujuan TKRS 6.2**

Kepala bidang/divisi pelayanan klinis dapat merekomendasikan kontrak atau mengatur pelayanan dari staf profesional pemberi asuhan (PPA) seperti dokter, dokter gigi, dan para praktisi independen lainnya di luar rumah sakit. Dalam beberapa kasus dokter praktik mandiri tersebut dapat berada di luar rumah sakit atau bahkan dari luar negeri. Pelayanan itu dapat mencakup *telemedicine* atau *teleradiology*. Apabila dari pelayanan praktisi tersebut, pasien membutuhkan perawatan atau alur perawatan maka praktisi tersebut harus melalui proses kredensial dan pengurusan izin praktik di rumah sakit.

### **Elemen Penilaian TKRS 6.2**

1. Direktur Rumah Sakit menentukan pelayanan yang akan diberikan oleh dokter praktik mandiri dari luar rumah sakit. (R)

2. Dokter praktik mandiri dari luar rumah sakit yang memberikan pelayanan diagnostik, konsultasi, dan layanan perawatan dari luar rumah sakit, seperti kedokteran jarak jauh (*telemedicine*), radiologi jarak jauh (*teleradiology*), dan interpretasi untuk pemeriksaan diagnostik lain seperti elektrokardiogram (EKG), elektroensefalogram (EEG), elektromiogram (EMG), serta pemeriksaan lain yang serupa telah dilakukan proses kredensial dan pemberian kewenangan klinik oleh rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (D,W)
3. Mutu pelayanan yang diberikan oleh dokter praktik mandiri tersebut pada EP 2 telah dipantau sebagai bagian dari program peningkatan mutu rumah sakit. (D,W)

## **MANAJEMEN SUMBER DAYA**

### **Standar TKRS 7**

Direktur Rumah Sakit membuat keputusan terkait pengadaan dan penggunaan sumber daya dengan mempertimbangkan mutu dan keselamatan.

### **Maksud dan Tujuan TKRS 7**

Direktur Rumah Sakit dapat membuat keputusan lebih baik bila mempunyai data sebagai dasar membuat keputusan. Sebagai contoh, jika rumah sakit ingin mengganti atau menambah pompa infus, informasi tidak hanya tentang harga, tetapi juga tentang persyaratan pemeliharannya, pelatihan orangnya, informasi tentang kegagalan fungsi, dan insiden keselamatan pasien terkait dengan pompa infus tersebut. Sama juga halnya, jika harus memutuskan tentang pengurangan atau memperkerjakan kembali seorang staf keperawatan, implikasi mutu dan keselamatan asuhan pasien menjadi pertimbangan (periksa juga, KKS 6). Direktur Rumah Sakit menetapkan proses mengumpulkan data dan informasi dalam pengadaan dalam jumlah besar serta rujukan informasi agar dapat dipastikan faktor mutu dan keselamatan pasien ada dalam informasi.

Satu komponen pengumpulan data yang dipakai membuat keputusan terkait sumber daya adalah memahami persyaratan atau yang direkomendasikan pada teknologi medik dan obat yang diperlukan untuk memberikan pelayanan.

Rekomendasi dapat berasal dari pemerintah, organisasi profesi nasional atau internasional, atau dari sumber lain yang dapat dipercaya

Berdasar atas hal tersebut di atas, rumah sakit perlu mempunyai regulasi yang mengatur pemilihan teknologi medik dan obat-obatan sebagai berikut:

- a) data dan informasi mengenai mutu serta implikasi keselamatan pasien dari penggunaan teknologi medik dan obat tersebut, jadi tidak hanya berdasar atas harga;
- b) rekomendasi dari staf klinis rumah sakit atau pemerintah atau organisasi profesi nasional maupun internasional atau sumber lain yang akurat.

Jika pihak ketiga yang membuat keputusan, seperti Kementerian Kesehatan maka Direktur Rumah Sakit harus memberikan data dan informasi tersebut kepada pihak ketiga ini. Jika rumah sakit akan menggunakan teknologi medik dan atau obat yang masih bersifat "*trial*" baik secara nasional maupun internasional pada asuhan pasien maka rumah sakit harus menetapkan proses untuk mengkaji, kemudian menyetujui penggunaannya. Persetujuan ini harus diberikan sebelum teknologi maupun obat-obatan tersebut digunakan dalam asuhan pasien. Harus diputuskan apakah penggunaan teknologi medik dan atau obat-obatan tersebut membutuhkan persetujuan khusus dari pasien.

Rumah sakit perlu menyusun regulasi penggunaan teknologi medik dan obat baru yang masih dalam taraf uji coba (*trial*) sebagai berikut:

- 1) perlu melakukan kajian implikasi terhadap mutu dan keselamatan pasien dari pelaksanaan uji coba (*trial*) tersebut;
- 2) pelaksanaan uji coba (*trial*) dapat dilakukan bila persetujuan sudah keluar;
- 3) dalam melaksanakan uji coba (*trial*) membutuhkan persetujuan khusus dari pasien.

### **Elemen Penilaian TKRS 7**

1. Rumah sakit mempunyai regulasi pemilihan teknologi medik dan obat sesuai dengan a) dan b) yang ada di maksud dan tujuan serta regulasi penggunaan teknologi medik dan obat baru yang masih dalam taraf uji coba (*trial*) sesuai dengan 1) sampai dengan 3) yang ada di maksud dan tujuan serta memiliki tim penapisan teknologi bidang kesehatan. (R)
2. Tim penapisan teknologi bidang kesehatan telah menggunakan data dan informasi dalam pemilihan teknologi medik serta obat sesuai dengan regulasi rumah sakit yang ada di EP 1. (D,W)
3. Tim penapisan teknologi bidang kesehatan telah menggunakan rekomendasi dari staf klinis dan atau pemerintah dan organisasi profesi nasional atau internasional dalam pemilihan teknologi medik dan obat di rumah sakit. (D,W)

4. Direktur Rumah Sakit telah melaksanakan regulasi terkait dengan penggunaan teknologi medik dan obat baru yang masih dalam taraf uji coba (*trial*). (D,W)
5. Kepala bidang/divisi telah melakukan evaluasi mutu dan keselamatan pasien terhadap hasil dari pengadaan dan penggunaan teknologi medik serta obat menggunakan indikator mutu dan laporan insiden keselamatan pasien. (D,W)

### **Standar TKRS 7.1**

Direktur Rumah Sakit mencari dan menggunakan data, informasi tentang rantai distribusi obat, serta perbekalan farmasi yang aman untuk melindungi pasien dan staf dari produk yang berasal dari pasar gelap, palsu, terkontaminasi, atau cacat.

### **Maksud dan Tujuan TKRS 7.1**

Manajemen rantai distribusi obat adalah faktor yang sangat penting dalam menjamin pengadaan perbekalan rumah sakit yang aman dan berkualitas. Rantai distribusi obat ini meliputi tahapan bagaimana perbekalan dikirim dari pabrik ke distributor dan akhirnya sampai ke rumah sakit.

Rangkaian distribusi ini merupakan komponen sangat penting untuk memastikan tersedia perbekalan yang dibutuhkan datang tepat waktu, mencegah obat serta teknologi medik yang tercemar, palsu, sampai dipergunakan kepada pasien di rumah sakit. Hal ini merupakan masalah global yang sudah dikenal dan untuk mengatasinya harus diketahui tentang reputasi, kredibilitas, kegiatan operasional setiap komponen, dari rantai distribusi. Mungkin informasi yang ada tidak dapat lengkap dan sukar untuk mengkaitkan satu sama lain, tetapi rumah sakit paling sedikit dapat memutuskan letak risiko yang signifikan berada dan kemudian melakukan pemilihan berdasar atas informasi.

Penelusuran produk melalui *bar-coding* serta cara lain dapat membantu manajemen dan staf mengerti bagaimana gambaran rantai suplai dan dapat mencegah penggelapan. Meskipun tidak ada standar tunggal secara nasional maupun global mengatur rantai distribusi ini, bahkan bila tidak ada standar nasional, Direktur Rumah Sakit tetap bertanggung jawab untuk mengetahui isu ini dan melaksanakan strategi melindungi rantai distribusinya. Jika perbekalan rumah sakit dibeli, disimpan, dan didistribusi oleh instansi pemerintah maka rumah sakit ikut melaksanakan program untuk deteksi dan melaporkan perbekalan yang diduga tercemar atau palsu, serta mengambil tindakan mencegah kerugian potensial pada pasien. Jika sebuah rumah sakit tidak mengetahui informasi tentang integritas setiap pemasok (*supplier*) di rantai distribusi maka rumah sakit dapat minta informasi untuk mengetahui bagaimana perbekalan dibeli dan dikelola oleh pemerintah atau badan nonpemerintah.

Khusus untuk pembelian alat kesehatan, bahan medis habis pakai, dan obat yang berisiko termasuk vaksin maka rumah sakit agar memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

- 1) akte pendirian perusahaan dan pengesahan dari Kementerian Hukum dan Hak Azasi Manusia;
- 2) Surat Izin Usaha Perusahaan (SIUP);
- 3) NPWP;
- 4) Izin Pedagang Besar Farmasi–Penyalur Alat Kesehatan (PBF–PAK);
- 5) Perjanjian Kerja Sama antara distributor dan prinsipal serta rumah sakit;
- 6) nama dan Surat izin Kerja Apoteker untuk apoteker penanggung jawab PBF;
- 7) alamat dan denah kantor PBF;
- 8) surat garansi jaminan keaslian produk yang didistribusikan (dari prinsipal).

### **Elemen Penilaian TKRS 7.1**

1. Rumah sakit mempunyai regulasi tentang pengelolaan pengadaan alat kesehatan, bahan medis habis pakai, dan obat yang berisiko termasuk vaksin dengan memperhatikan alur rantai distribusi sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (lihat juga PKPO 2). (R)
2. Rumah sakit telah melakukan identifikasi risiko penting dari rantai distribusi alat kesehatan, bahan medis habis pakai, dan obat yang berisiko termasuk vaksin serta melaksanakan tindak lanjut untuk menghindari risiko. (D,W)
3. Rumah sakit telah melakukan evaluasi tentang integritas setiap pemasok di rantai distribusi. (D,W)
4. Direktur Rumah Sakit menelusuri rantai distribusi pengadaan alat kesehatan, bahan medis habis pakai, dan obat yang berisiko termasuk vaksin untuk mencegah penggelapan dan pemalsuan. (D,W)

## **ORGANISASI STAF KLINIS DAN TANGGUNG JAWAB**

### **Standar TKRS 8**

Rumah sakit menetapkan struktur organisasi pelayanan medis, pelayanan keperawatan, dan pelayanan klinis lainnya secara efektif, lengkap dengan uraian tugas dan tanggung jawabnya.

### **Maksud dan Tujuan TKRS 8**

Tata kelola klinik harus berjalan dengan baik di rumah sakit, karena itu selain terdapat pimpinan klinis, rumah sakit juga perlu membentuk Komite Medik dan Komite Keperawatan dengan tujuan dapat menjaga mutu, kompetensi, etik, dan disiplin para staf profesional tersebut.

Rumah sakit agar menetapkan lingkup pelayanan yang dikoordinasikan oleh pimpinan pelayanan medis, lingkup pelayanan yang dikoordinasikan oleh pimpinan pelayanan keperawatan, dan lingkup pelayanan yang dikoordinasikan oleh pimpinan penunjang medik. Kepala unit pelayanan dengan staf klinisnya mempunyai tanggung jawab khusus terhadap pasien di rumah sakit. Staf klinis yang ditempatkan di unit-unit pelayanan secara fungsi dikoordinasikan oleh para pimpinan pelayanan (kepala bidang/divisi).

Dalam melakukan koordinasi tersebut pimpinan pelayanan medis juga melakukan koordinasi dengan komite medis dan pimpinan keperawatan serta melakukan koordinasi dengan komite keperawatan sehingga unit pelayanan di bawah koordinasi para pimpinan klinis (kepala bidang/divisi pelayanan klinis) dapat mempunyai fungsi

1. mendorong agar antarstaf profesional terjalin komunikasi yang baik;
2. membuat rencana bersama dan menyusun kebijakan, panduan praktik klinik dan protokol, *pathways*, serta ketentuan sebagai panduan memberikan layanan klinik;
3. menetapkan etik dan melaksanakan sesuai dengan profesinya masing-masing;
4. mengawasi mutu asuhan pasien (periksa juga TKRS10);
5. Kepala unit pelayanan menetapkan struktur organisasi unit pelayanan untuk dapat melaksanakan tanggung jawabnya.

Secara umum struktur organisasi unit pelayanan yang ditetapkan

- a) terdiri atas staf klinik yang relevan;
- b) didasarkan atas kepemilikan rumah sakit, misi, dan struktur organisasi rumah sakit;
- c) sesuai dengan kompleksitas layanan rumah sakit dan jumlah staf profesional;
- d) efektif melaksanakan 5 (lima) fungsi tersebut di paragraf terdahulu di Maksud dan Tujuan TKRS 8 ini.

### **Elemen Penilaian TKRS 8**

1. Ada penetapan struktur organisasi rumah sakit sampai dengan unit pelayanan. (R)
2. Ada penetapan struktur organisasi komite medis dan komite keperawatan serta tata hubungan kerja dengan para pimpinan di rumah sakit. (R)
3. Struktur organisasi dapat mendukung proses budaya keselamatan di rumah sakit dan komunikasi antarprofesi. (R)
4. Struktur organisasi dapat mendukung proses perencanaan pelayanan klinik dan penyusunan regulasi pelayanan. (R)
5. Struktur organisasi dapat mendukung proses pengawasan atas berbagai isu etika profesi. (R)

6. Struktur organisasi dapat mendukung proses pengawasan atas mutu pelayanan klinis. (R)

## **UNIT PELAYANAN**

### **Standar TKRS 9**

Satu atau lebih individu yang kompeten ditetapkan sebagai kepala unit di setiap pelayanan di rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

### **Maksud dan Tujuan TKRS 9**

Pelayanan klinis, hasil asuhan klinis pasien, dan manajemen suatu rumah sakit secara keseluruhan dihasilkan dari kegiatan klinis dan manajerial tiap departemen serta unit pelayanan. Kinerja departemen atau unit pelayanan yang baik membutuhkan kepemimpinan yang jelas dari individu yang kompeten. Dalam departemen atau unit layanan yang lebih besar maka kepemimpinannya dapat dipisah-pisahkan. Dalam hal semacam itu maka tanggung jawab masing-masing didefinisikan secara tertulis. Sebagai contoh Departemen laboratorium, mempunyai kepala Departemen dan mempunyai kepala unit laboratorium patologi klinik, kepala unit laboratorium anatomi, laboratorium, dan lainnya. Kepala Departemen dalam standar ini untuk selanjutnya disebut Koordinator Pelayanan.

Tiap koordinator dan kepala unit pelayanan melakukan identifikasi kebutuhan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya serta mengusulkan kepada direksi rumah sakit. Hal ini dilakukan untuk memastikan bahwa staf, ruang, peralatan, dan sumber daya lainnya tersedia memadai setiap saat untuk memenuhi kebutuhan pasien. Meskipun para Koordinator Pelayanan atau Kepala Unit Pelayanan telah membuat rekomendasi atau usulan mengenai kebutuhan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya, kebutuhan tersebut kadang-kadang berubah atau tidak terpenuhi. Karena itu, Koordinator pelayanan/Kepala unit pelayanan harus memiliki proses untuk merespons kekurangan sumber daya supaya pelayanan di unit pelayanan tetap aman dan efektif terjamin mutunya bagi semua pasien.

Koordinator pelayanan dan unit layanan mempertimbangkan pelayanan yang diberikan dan direncanakan oleh departemen atau unit layanan tersebut serta pendidikan, keahlian, pengetahuan, dan pengalaman yang diperlukan oleh staf profesional dari departemen tersebut dalam melakukan pelayanan. Koordinator pelayanan dan unit layanan menyusun kriteria yang mencerminkan pertimbangan ini dan kemudian memilih staf berdasar atas kriteria tersebut. Pemimpin departemen dan unit layanan juga dapat bekerja sama dengan departemen sumber daya manusia dan departemen lainnya dalam proses seleksi berdasar atas rekomendasi mereka.

Pemimpin departemen dan unit layanan memastikan bahwa semua staf dalam departemen atau unit layanan memahami tanggung jawab mereka dan mengadakan kegiatan orientasi dan pelatihan bagi karyawan baru. Kegiatan orientasi mencakup misi rumah sakit dan departemen/unit layanan, lingkup dari pelayanan yang diberikan, serta kebijakan dan prosedur yang terkait dalam memberikan pelayanan. Sebagai contoh, semua staf memahami prosedur pencegahan serta pengendalian infeksi dalam rumah sakit dan dalam departemen/unit layanan tersebut. Bila ada revisi maupun kebijakan atau prosedur yang baru maka para staf akan diberikan pelatihan yang sesuai. (lihat juga ARK 3, EP 1; AP 5.1; AP 6.1; AP 5.11, EP 1; PAB 2; PKPO 1; PMKP 1; dan PPI 1)

### **Elemen Penilaian TKRS 9**

1. Ada regulasi tentang persyaratan jabatan, uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang untuk setiap kepala unit pelayanan serta termasuk bila ada koordinator pelayanan yang tertuang di dalam pedoman pengorganisasian unit pelayanan tersebut (lihat juga AP 5.1, EP 1; AP 6.1, EP 1; dan PKPO 1.1, EP 1). (R)
2. Setiap kepala unit pelayanan dan koordinator pelayanan (bila ada) telah sesuai dengan persyaratan jabatan yang ditetapkan. (D,W)
3. Setiap kepala unit pelayanan telah melakukan identifikasi dan mengusulkan kebutuhan ruangan, teknologi medis, peralatan, ketenagakerjaan sesuai dengan standar kepada Direktur Rumah Sakit, dan telah mempunyai proses yang dapat diterapkan untuk menanggapi kekurangan (catatan: bila di unit pelayanan ada koordinator pelayanan maka usulan kepada Direktur Rumah Sakit diajukan melalui koordinator pelayanan). (D,W)
4. Setiap kepala unit pelayanan telah menyusun pola ketenagaan yang dipergunakan untuk rekrutmen yang akan ditugaskan di unit pelayanan tersebut sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (lihat juga KKS 2 EP 1 dan EP 2). (D,W)
5. Setiap kepala unit pelayanan telah menyelenggarakan orientasi bagi semua staf baru mengenai tugas dan tanggung jawab serta wewenang mereka di unit pelayanan tempat mereka bekerja. (lihat juga KKS 7 EP 1, EP 2 dan EP 3). (D,W)
6. Dalam orientasi itu diberikan materi tentang Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien serta Pencegahan dan Pengendalian Infeksi. (lihat juga KKS 7 EP 1, EP 2 dan EP 3). (D,W)

### **Standar TKRS 10**

Kepala unit mengidentifikasi secara tertulis pelayanan yang diberikan oleh unit, serta mengintegrasikan dan mengkoordinasikan pelayanan tersebut dengan pelayanan dari unit lain.

## **Maksud dan Tujuan TKRS 10**

Kepala dari unit pelayanan klinis rumah sakit bekerja-sama untuk menetapkan format dan isi yang seragam untuk dokumen perencanaan unit yang spesifik. Secara umum, dokumen yang disiapkan oleh tiap-tiap unit pelayanan klinis menetapkan tujuan maupun mengidentifikasi pelayanan saat ini dan yang direncanakan. Regulasi di unit mencerminkan tujuan dan pelayanan unitnya termasuk persyaratan jabatan staf yang dibutuhkan untuk melakukan asesmen serta memenuhi kebutuhan pelayanan pasien.

Pelayanan klinis yang diberikan kepada pasien dikoordinasikan dan diintegrasikan di dalam setiap unit pelayanan. Selain itu, setiap unit pelayanan mengkoordinasikan dan mengintegrasikan pelayanannya dengan unit pelayanan yang lain. Duplikasi pelayanan yang tidak perlu dihindari atau dihilangkan agar menghemat sumber daya.

## **Elemen Penilaian TKRS 10**

1. Setiap unit pelayanan telah mempunyai pedoman pelayanan yang menguraikan pelayanan saat ini dan program kerja yang menguraikan pelayanan yang direncanakan dan mengatur pengetahuan serta keterampilan staf klinis yang melakukan asesmen pasien dan kebutuhan pasien. (R)
2. Rumah sakit mempunyai regulasi untuk unit pelayanan yang mengatur format dan isi yang seragam untuk dokumen perencanaan. (R)
3. Kepala unit pelayanan telah menggunakan format dan isi yang seragam untuk dokumen perencanaan. (D,O,W)
4. Rumah sakit mempunyai regulasi yang mengatur sistem pengaduan pelayanan di unit pelayanan. (R)
5. Pengetahuan dan ketrampilan staf klinis di unit pelayanan telah sesuai dengan regulasi. (D,W)
6. Pelayanan yang disediakan di unit pelayanan telah sesuai dengan regulasi. (D,W)
7. Pengaduan pelayanan di unit pelayanan telah sesuai dengan regulasi. (D,W)
8. Ada koordinasi dan integrasi pelayanan dalam tiap unit pelayanan. (D,W)

## **Standar TKRS 11 (Program Mutu Unit Pelayanan)**

Kepala Unit pelayanan meningkatkan mutu dan keselamatan pasien dengan berpartisipasi dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit, melakukan monitoring, serta meningkatkan asuhan pasien yang spesifik berlaku di unitnya.

### **Maksud dan Tujuan TKRS 11**

Kepala unit pelayanan melibatkan semua stafnya dalam kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang mencerminkan prioritas rumah sakit secara menyeluruh (TKRS 5) serta melakukan monitoring kegiatan klinis dan nonklinis yang spesifik untuk unit pelayanan tersebut.

Sebagai contoh, unit layanan dapat berpartisipasi dalam upaya menyeluruh di rumah sakit untuk memperbaiki komunikasi serah terima dan dapat juga memonitor serta mengurangi variasi dalam suatu proses internal seperti pemesanan uji diagnostik untuk pasien dengan kondisi yang sama. Selain itu, unit juga dapat terlibat dalam proyek automasi untuk memperbaiki komunikasi serah terima dan dapat memonitor serta memperbaiki akurasi untuk pembayaran pasien.

Oleh karena itu, kepala unit pelayanan menerapkan pemilihan dan pengawasan penilaian secara spesifik terhadap unit pelayanan yang mencakup beberapa hal.

- a) Penilaian rumah sakit secara menyeluruh dan perbaikan prioritas yang ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit yang terkait secara spesifik dengan departemen atau unit layanan mereka. Sebagai contoh: rumah sakit melakukan penilaian asesmen rehabilitasi medis pada pasien strok maka di unit pelayanan strok untuk penilaian mutunya wajib menggunakan indikator tersebut.
- b) Penilaian yang terkait dengan prioritas departemen/unit layanan secara spesifik untuk mengurangi variasi, meningkatkan keselamatan untuk tindakan/tata laksana berisiko tinggi, meningkatkan tingkat kepuasan pasien, dan meningkatkan efisiensi. Sebagai contoh: di unit pelayanan anak terdapat variasi dalam penanganan penyakit A, khususnya penggunaan obat maka indikator mutu yang dikembangkan di unit tersebut adalah penggunaan obat X untuk penyakit A tersebut.
- c) Penilaian spesifik di unit pelayanan ini juga diharapkan dapat dipergunakan untuk melakukan evaluasi praktik profesional berkelanjutan dari para profesional pemberi asuhan (PPA). Sebagai contoh: salah satu penilaian kinerja dokter bedah adalah pelaksanaan *time-out* berdasar atas hal tersebut maka **salah satu** penilaian mutu dan keselamatan pasien di unit kamar operasi adalah pelaksanaan *time out*.

Berdasar atas butir 1 sampai dengan 3 maka jumlah minimal indikator mutu di unit pelayanan klinis diserahkan ke rumah sakit, yang penting di sini sudah memenuhi kriteria 1 sampai dengan 3.

Pemilihan unsur penilaian sebaiknya berdasar atas kegiatan dan proses yang membutuhkan perbaikan di setiap departemen/unit layanan. Untuk setiap unsur penilaian harus ada suatu target yang ditetapkan. Tidak menjadi masalah jika pada penilaian pertama didapatkan bahwa target tidak terpenuhi, namun saat strategi perbaikan telah dilaksanakan maka pimpinan departemen/unit layanan berharap dapat melihat perbaikan menuju tercapainya target tersebut. Ketika target telah tercapai dan dipertahankan untuk setidaknya empat periode penilaian akan diadakan pemilihan untuk unsur penilaian yang baru.

Kepala departemen/unit layanan klinis bertanggung jawab untuk memastikan bahwa kegiatan penilaian dapat memberikan kesempatan untuk evaluasi bagi para staf maupun proses pelayanan. Karena itu, seiring dengan berjalannya waktu, penilaian harus mencakup semua pelayanan yang tersedia. Hasil dari data dan informasi yang didapatkan dalam penilaian adalah hal yang penting dalam upaya perbaikan di setiap departemen/unit layanan, serta juga penting terhadap peningkatan mutu rumah sakit dan program keselamatan pasien. (lihat juga PMKP 1, EP 3; PMKP 4.1; dan PPI 10, EP 1)

Catatan: Komite pencegahan dan pengendalian infeksi, unit fasilitas, unit radiologi dan laboratorium klinis mempunyai program berkala untuk upaya pengawasan serta pengendalian yang tercantum dalam prioritas penilaian dan dijabarkan dalam standar terkait dengan pelayanan tersebut. (lihat juga AP 5.9, AP 6.7, PPI10, dan MFK 10)

## **Elemen penilaian TKRS 11**

1. Rumah sakit mempunyai regulasi tentang kriteria pemilihan indikator mutu unit seperti di 1 sampai dengan 3 penilaian di unit.
2. Kepala unit mengusulkan indikator mutu untuk setiap unit pelayanan sesuai dengan 1 sampai dengan 3 yang ada di maksud dan tujuan. (lihat juga PMKP 4.1 EP 1 dan PAB 8.1). (D,W)
3. Kepala unit telah melakukan pengumpulan data dan membuat laporan terintegrasi secara berkala. (D,W)

### **Standar TKRS 11.1**

Kepala Unit Pelayanan Klinis memilih serta menerapkan penilaian mutu dan keselamatan pasien secara spesifik terhadap cakupan pelayanan yang diberikan oleh unit pelayanan tersebut, juga menyediakan data dan informasi dari hasil kegiatan tersebut yang dapat dipergunakan untuk melakukan evaluasi dokter, perawat, dan staf klinis pemberi asuhan lainnya yang memberikan asuhan pasien di unit pelayanan tersebut.

## **Maksud dan Tujuan TKRS 11.1**

Kepala unit bertanggung jawab menjamin bahwa kegiatan pengukuran memberikan kesempatan untuk mengevaluasi staf maupun proses pelayanannya. Dengan demikian, dari waktu ke waktu pengukuran meliputi semua pelayanan yang diberikan. Data dan informasi yang dihasilkan tidak hanya penting untuk upaya peningkatan mutu unit pelayanannya, tetapi juga penting untuk program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit. (lihat juga PAB 2, EP 7)

Kepala unit pelayanan bertanggung jawab untuk memastikan bahwa kegiatan pengukuran tentang cakupan layanan yang diberikan oleh unit pelayanan berguna untuk melakukan evaluasi terhadap staf termasuk evaluasi terhadap proses asuhan klinik. Dalam beberapa hal, pengukuran mutu di dalam Departemen/Unit pelayanan dibandingkan juga dengan organisasi lain.

Data juga di butuhkan untuk melakukan evaluasi terhadap perawat dan staf klinis pemberi asuhan lainnya. Walaupun staf klinis pemberi asuhan lainnya ini sudah mempunyai rincian tugas serta fungsi dan kewajiban, kepala unit pelayanan masih bertanggung jawab untuk menyediakan data yang digunakan untuk pelaksanaan evaluasi terhadap tenaga-tenaga ini.

Sistem penilaian kinerja staf ini mengacu kepada regulasi di rumah sakit dan peraturan perundang-undangan.

Sebagai contoh: salah satu penilaian kinerja dokter bedah adalah pelaksanaan *time-out* dan berdasar atas hal tersebut maka salah satu penilaian mutu serta keselamatan pasien di unit kamar operasi adalah pelaksanaan *time out*.

## **Elemen Penilaian TKRS 11.1**

1. Kepala unit pelayanan menyediakan data yang digunakan untuk melakukan evaluasi terhadap praktik profesional berkelanjutan dari dokter yang memberikan layanan di Unit tersebut sesuai dengan regulasi rumah sakit (lihat juga KKS 11 EP 2 dan PMKP 4.1). (D,W)
2. Kepala unit pelayanan menyediakan data yang digunakan untuk melakukan evaluasi terhadap kinerja staf perawat sesuai dengan regulasi rumah sakit (periksa juga KKS15 EP 2 dan PMKP 4.1). (D,W)
3. Kepala unit pelayanan menyediakan data yang digunakan untuk melakukan evaluasi staf klinis pemberi asuhan lainnya sesuai dengan regulasi rumah sakit (lihat juga KKS18 EP 2 dan PMKP 4.1). (D,W)

## **Standar TKRS 11.2**

Setiap Kelompok Staf Medis (KSM) memilih dan menetapkan panduan praktik klinik yang dapat dilengkapi dengan alur klinis (*clinical pathway*) dan/atau protokol klinis dan/atau prosedur dan/atau *standing order* sebagai panduan asuhan klinik yang akan dilakukan evaluasi.

## **Maksud dan Tujuan Standar TKRS 11.2**

Sasaran RS adalah

1. standardisasi proses asuhan klinik;
2. mengurangi risiko dalam proses asuhan, teristimewa yang berkaitan dengan keputusan tentang asuhan yang kritikal;
3. memberikan asuhan klinik tepat waktu, efektif, dan menggunakan sumber daya yang tersedia dengan efisien;
4. memberikan asuhan bermutu tinggi secara konsisten menggunakan "*evidence based practices.*"

Rumah sakit dapat menggunakan berbagai sarana untuk mencapai tujuan-tujuan di atas maupun tujuan lainnya. Sebagai contoh yang diupayakan para tenaga medis adalah mengembangkan proses asuhan klinik dan membuat keputusan berdasar atas bukti ilmiah terbaik yang tersedia. Untuk upaya ini, panduan praktik klinik merupakan sarana yang bermanfaat untuk memahami serta menerapkan ilmu terbaik pada diagnosis dan kondisi-kondisi tertentu. (lihat juga PPI 6.1)

Rumah sakit dapat menyusun standar pelayanan kedokteran dengan memakai referensi pedoman nasional pelayanan kedokteran atau referensi dari organisasi profesi internasional sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Panduan praktik klinik, alur klinis (*clinical pathway*) atau protokol yang diseleksi untuk dilakukan evaluasi memenuhi kriteria:

- a. sesuai dengan populasi pasien yang ada dan misi rumah sakit;
- b. disesuaikan dengan teknologi, obat, sumber daya lain di rumah sakit atau norma profesional yang berlaku secara nasional;
- c. dilakukan asesmen terhadap bukti ilmiahnya dan disahkan oleh pihak berwenang;
- d. disetujui resmi atau digunakan oleh rumah sakit;
- e. dilaksanakan dan diukur efektivitasnya;
- f. dijalankan oleh staf yang terlatih menerapkan pedoman atau *pathways*;
- g. secara berkala diperbaharui berdasar atas bukti serta evaluasi proses dan hasil proses.

Karena panduan, alur, dan protokol terkait dapat memberikan dampak bagi beberapa unit pelayanan klinik maka setiap Kelompok Staf Medis diharapkan terlibat dalam pemilihan, penerapan dan evaluasi panduan, serta alur dan protokol klinik di Kelompok Staf Medis masing-masing.

Mengingat penerapan panduan, alur, dan protokol di unit-unit pelayanan klinis maka Kepala Unit Pelayanan Klinis agar terlibat dalam evaluasi penerapan panduan, alur, dan protokol tersebut dengan menggunakan indikator-indikator mutu sebagaimana diatur di TKRS 11.

Setiap Kelompok Staf Medis setiap tahun diharapkan mencapai beberapa hal.

- 1) Setiap Ketua Kelompok Staf Medis menetapkan secara bersama paling sedikit 5 (lima) panduan praktik klinis prioritas untuk diimplementasikan di unit pelayanan dengan memilih proses yang diimplementasikan, misalnya sebuah diagnosis seperti strok, tindakan seperti transplantasi, populasi pasien seperti geriatri, penyakit seperti diabetes melitus yang selanjutnya panduan ditetapkan berdampak terhadap keamanan dan mutu asuhan pasien serta mengurangi variasi hasil yang tidak diinginkan. Mengingat penerapan panduan, alur, dan protokol klinis di unit pelayanan maka dalam pemilihan dan penetapan panduan, alur, dan protokol agar melakukan komunikasi dan koordinasi dengan unit pelayanan terkait agar dapat membantu penerapan dan evaluasi penerapannya.
- 2) Menetapkan panduan pemilihan dan penyusunan panduan praktik klinik, alur klinis (*clinical pathway*), dan/atau protokol klinis, dan/atau prosedur, dan/atau *standing order* sebagai panduan asuhan klinik dengan mengacu pada butir 1 sampai dengan 7 di atas.

Komite medis bersama-sama dengan pimpinan pelayanan medis melakukan monitoring kepatuhan staf medis/DPJP terhadap panduan praktik klinis. Monitoring dapat dilakukan dengan melakukan evaluasi ketepatan penggunaan obat, pemeriksaan penunjang medik, dan *length of stay* (LOS) walau harus diakui bahwa perpanjangan LOS banyak faktor yang terkait dan tidak murni mengukur kepatuhan DPJP.

## **Elemen Penilaian TKRS 11.2**

1. Ada regulasi yang mengatur bahwa setiap Kelompok Staf Medis (KSM) setiap tahun memilih 5 (lima) panduan praktik klinis, alur, atau protokol klinis prioritas untuk dievaluasi sesuai dengan kriteria yang ada di maksud dan panduan butir 1 sampai dengan 7 serta butir 1 dan 2. (R)
2. Ada bukti bahwa setiap tahun, panduan praktik klinis, alur klinis, atau protokol dipilih sesuai dengan regulasi. (D,W)
3. Ada bukti bahwa panduan praktik klinis, alur klinis, dan atau protokol tersebut telah dilaksanakan sesuai dengan regulasi. (D,W)
4. Ada bukti bahwa Komite Medik telah melakukan monitoring dan evaluasi penerapan panduan praktik klinik, alur, dan atau protokol klinis sehingga berhasil menekan keberagaman proses dan hasil. (D,W)

## **ETIKA ORGANISASI DAN ETIKA KLINIS**

## **Standar TKRS 12**

Rumah sakit menetapkan tata kelola untuk manajemen etis dan etika pegawai agar menjamin bahwa asuhan pasien diberikan di dalam norma-norma bisnis, finansial, etis, serta hukum yang melindungi pasien dan hak mereka.

### **Standar TKRS 12.1**

Kerangka kerja rumah sakit untuk manajemen etis meliputi pemasaran, admisi/penerimaan pasien rawat inap (*admission*), pemindahan pasien (*transfer*), pemulangan pasien (*discharge*), dan pemberitahuan (*disclosure*) tentang kepemilikan serta konflik bisnis maupun profesional yang bukan kepentingan pasien.

### **Standar TKRS 12.2**

Kerangka kerja rumah sakit untuk manajemen etis mendukung pengambilan keputusan secara etis di dalam pelayanan klinis dan pelayanan nonklinis.

### **Maksud dan Tujuan TKRS 12 sampai dengan TKRS 12.2**

Rumah sakit menghadapi banyak tantangan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan berkualitas. Kemajuan dalam bidang teknologi kedokteran, dana/anggaran rumah sakit yang terbatas, dan harapan pasien yang terus meningkat sejalan dengan semakin meningkatnya pendidikan di masyarakat serta dilema etis dan kontroversi yang sering terjadi telah menjadi hal yang sering dihadapi oleh rumah sakit.

Berdasar atas hal tersebut maka rumah sakit harus mempunyai kerangka etika yang menjamin bahwa asuhan pasien diberikan di dalam norma-norma bisnis, finansial, etis, serta hukum yang melindungi pasien dan hak mereka. Kerangka etika yang dapat berbentuk pedoman atau bentuk regulasi lainnya termasuk referensi atau sumber etikanya dari mana, dan diperlukan edukasi untuk seluruh staf.

Kerangka etika atau pedoman etik rumah sakit tersebut antara lain mengatur

- 1) tanggung jawab Direktur Rumah Sakit secara profesional dan hukum dalam menciptakan dan mendukung lingkungan serta budaya kerja yang berpedoman pada etika dan perilaku etis termasuk etika pegawai;
- 2) penerapan etika dengan bobot yang sama pada kegiatan bisnis/manajemen maupun kegiatan klinis/pelayanan rumah sakit;
- 3) kerangka etika (pedoman etik) ini dapat untuk acuan kinerja dan sikap organisasi selaras dengan visi, misi, pernyataan nilai-nilai rumah sakit, kebijakan sumber daya manusia, serta poran tahunan dan dokumen

lainnya;

- 4) kerangka etika (pedoman etik) ini dapat membantu tenaga kesehatan, staf, serta pasien dan keluarga pasien ketika menghadapi dilema etis dalam asuhan pasien seperti perselisihan antarprofesional serta perselisihan pasien dengan dokter mengenai keputusan dalam asuhan dan pelayanan. Sesuai dengan regulasi maka rumah sakit dapat menetapkan Komite/Panitia/Tim yang mengelola etik rumah sakit termasuk melakukan koordinasi Komite etik RS dengan subkomite etik profesi medis dan subkomite etik keperawatan;
- 5) mempertimbangkan norma-norma nasional dan internasional terkait dengan hak asasi manusia serta etika profesional dalam menyusun kerangka etika dan dokumen pedoman lainnya. Selain hal tersebut di atas, untuk menerapkan etik di rumah sakit maka perlu ada regulasi yang mengatur.

Rumah sakit dalam menjalankan kegiatannya secara etika harus

- a. mengungkapkan kepemilikan dan konflik kepentingan;
- b. menjelaskan pelayanannya pada pasien secara jujur;
- c. melindungi kerahasiaan informasi pasien;
- d. menyediakan kebijakan yang jelas mengenai pendaftaran pasien, transfer, dan pemulangan pasien;
- e. menagih biaya untuk pelayanan yang diberikan secara akurat dan memastikan bahwa insentif finansial dan pengaturan pembayaran tidak mengganggu pelayanan pasien;
- f. mendukung transparansi dalam melaporkan pengukuran kinerja klinis dan kinerja organisasi;
- g. menetapkan sebuah mekanisme agar tenaga kesehatan dan staf lainnya dapat melaporkan kesalahan klinis atau mengajukan kekhawatiran etis dengan bebas dari hukuman, termasuk melaporkan perilaku staf yang merugikan terkait dengan masalah klinis ataupun operasional;
- h. mendukung lingkungan yang memperkenankan diskusi secara bebas mengenai masalah/isu etis tanpa ada ketakutan atas sanksi;
- i. menyediakan resolusi yang efektif dan tepat waktu untuk masalah etis yang ada;
- j. memastikan praktik nondiskriminasi dalam hubungan kerja dan ketentuan atas asuhan pasien dengan mengingat norma hukum serta budaya negara Indonesia;
- k. mengurangi kesenjangan dalam akses untuk pelayanan kesehatan dan hasil klinis. (lihat juga PP 1, HPK 1.1, dan TKRS 8)

## **Elemen Penilaian TKRS 12**

1. Direktur rumah sakit menetapkan regulasi tentang tata kelola etik rumah sakit yang mengacu pada kode etik rumah sakit nasional, membentuk komite

- etik yang mengelola etika rumah sakit, dan mengkoordinasikan subkomite etik profesi dan menetapkan kode etik pegawai rumah sakit. (R)
2. Direktur rumah sakit memastikan asuhan pasien tidak melanggar norma-norma bisnis, norma keuangan, etik, dan hukum. (D,W)
  3. Direktur rumah sakit memastikan praktek nondiskriminatif dalam hubungan kerja dan ketentuan atas asuhan pasien dengan mengingat norma hukum serta budaya. (D,W)
  4. Direktur rumah sakit memastikan kepatuhan staf terhadap etika pegawai rumah sakit. (D,W)

### **Elemen Penilaian TKRS 12.1**

1. Rumah sakit mengungkapkan kepemilikannya serta mencegah konflik kepentingan bila melakukan rujukan. (lihat juga AP 5.1, EP 5, dan AP 6.1. EP 2). (D,O,W )
2. Rumah sakit secara jujur menjelaskan pelayanan yang disediakan kepada pasien. (lihat MKE ...). (D,O,W)
3. Rumah sakit membuat tagihan yang akurat untuk layanannya serta memastikan bahwa insentif finansial dan pengaturan pembayaran tidak memengaruhi asuhan pasien. (D,W)

### **Elemen Penilaian TKRS 12.2**

1. Rumah sakit mempunyai sistem pelaporan bila terjadi dilema etis dalam asuhan pasien dan dalam pelayanan nonklinis. (R)
2. Regulasi tentang manajemen etis yang mendukung hal-hal yang dikonfrontasi pada dilema etis dalam asuhan pasien telah dilaksanakan. (D,W)
3. Regulasi untuk manajemen etis yang mendukung hal-hal yang dikonfrontasikan pada dilema etis dalam pelayanan nonklinis telah dilaksanakan. (D,W)
4. Pelaporan bila terjadi dilema etis dalam asuhan pasien dan dalam pelayanan nonklinis telah dilaksanakan. (D,W)

## **BUDAYA KESELAMATAN**

### **Standar TKRS 13**

Direktur Rumah Sakit menciptakan dan mendukung budaya keselamatan di seluruh area rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

#### **Standar TKRS 13.1**

Direktur Rumah Sakit melaksanakan, melakukan monitor, dan mengambil tindakan untuk memperbaiki program budaya keselamatan di seluruh area rumah sakit.

### **Maksud TKRS 13 dan TKRS 13.1**

Budaya keselamatan dapat diartikan sebagai berikut: “Budaya keselamatan di rumah sakit adalah sebuah lingkungan yang kolaboratif karena staf klinis memperlakukan satu sama lain secara hormat dengan melibatkan serta memberdayakan pasien dan keluarga. Pimpinan mendorong staf klinis pemberi asuhan bekerja sama dalam tim yang efektif dan mendukung proses kolaborasi interprofesional dalam asuhan berfokus pada pasien.

Budaya keselamatan juga merupakan hasil dari nilai-nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku individu maupun kelompok yang menentukan komitmen terhadap, serta kemampuan manajemen pelayanan kesehatan maupun keselamatan. Budaya keselamatan dicirikan dengan komunikasi yang berdasar atas rasa saling percaya dengan persepsi yang sama tentang pentingnya keselamatan dan dengan keyakinan akan manfaat langkah-langkah pencegahan. Tim belajar dari kejadian tidak diharapkan dan kejadian nyaris cedera. Staf klinis pemberi asuhan menyadari keterbatasan kinerja manusia dalam sistem yang kompleks dan ada proses yang terlihat dari belajar serta menjalankan perbaikan melalui briefing.

Keselamatan dan mutu berkembang dalam suatu lingkungan yang mendukung kerja sama dan rasa hormat terhadap sesama tanpa melihat jabatan mereka dalam rumah sakit. Direktur rumah sakit menunjukkan komitmennya tentang budaya keselamatan dan mendorong budaya keselamatan untuk seluruh staf rumah sakit. Perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan adalah:

- perilaku yang tidak layak (*inappropriate*) seperti kata-kata atau bahasa tubuh yang merendahkan atau menyinggung perasaan sesama staf, misalnya mengumpat dan memaki;
- perilaku yang mengganggu (*disruptive*) antara lain perilaku tidak layak yang dilakukan secara berulang, bentuk tindakan verbal atau nonverbal yang membahayakan atau mengintimidasi staf lain, dan “celetukan maut” adalah komentar sembrono di depan pasien yang berdampak menurunkan kredibilitas staf klinis lain. Contoh mengomentari negatif hasil tindakan atau pengobatan staf lain di depan pasien, misalnya “obatnya ini salah, tamatan mana dia...?”, melarang perawat untuk membuat laporan tentang kejadian tidak diharapkan, memarahi staf klinis lainnya di depan pasien, kemarahan yang ditunjukkan dengan melempar alat bedah di kamar operasi, serta membuang rekam medis di ruang rawat;
- perilaku yang melecehkan (*harassment*) terkait dengan ras, agama, dan suku termasuk gender;
- pelecehan seksual.

Hal-hal penting menuju budaya keselamatan.

- 1) Staf rumah sakit mengetahui bahwa kegiatan operasional rumah sakit berisiko tinggi dan bertekad untuk melaksanakan tugas dengan konsisten serta aman.
- 2) Regulasi serta lingkungan kerja mendorong staf tidak takut mendapat hukuman bila membuat laporan tentang kejadian tidak diharapkan dan kejadian nyaris cedera.
- 3) Direktur Rumah Sakit mendorong tim keselamatan pasien melaporkan insiden keselamatan pasien ke tingkat nasional sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- 4) Mendorong kolaborasi antarstaf klinis dengan pimpinan untuk mencari penyelesaian masalah keselamatan pasien.

Komitmen organisasi menyediakan sumber daya, seperti staf, pelatihan, metode pelaporan yang aman, dan sebagainya untuk menangani masalah keselamatan. Masih banyak rumah sakit yang masih memiliki budaya untuk menyalahkan suatu pihak yang akhirnya merugikan kemajuan budaya keselamatan. *Just culture* adalah model terkini mengenai pembentukan suatu budaya yang terbuka, adil dan pantas, menciptakan budaya belajar, merancang sistem-sistem yang aman, serta mengelola perilaku yang terpilih (*human error, at risk behavior, dan reckless behavior*). Model ini melihat peristiwa-peristiwa bukan sebagai hal-hal yang perlu diperbaiki, tetapi sebagai peluang-peluang untuk memperbaiki pemahaman baik terhadap risiko dari sistem maupun risiko perilaku.

Ada saat-saat individu seharusnya tidak disalahkan atas suatu kekeliruan; sebagai contoh, ketika ada komunikasi yang buruk antara pasien dan staf, ketika perlu pengambilan keputusan secara cepat, dan ketika ada kekurangan faktor manusia dalam pola proses pelayanan. Namun, terdapat juga kesalahan tertentu yang merupakan hasil dari perilaku yang sembrono dan hal ini membutuhkan pertanggungjawaban. Contoh dari perilaku sembrono mencakup kegagalan dalam mengikuti pedoman kebersihan tangan, tidak melakukan *time-out* sebelum mulainya operasi, atau tidak memberi tanda pada lokasi pembedahan.

Budaya keselamatan mencakup mengenali dan menajukan masalah yang terkait dengan sistem yang mengarah pada perilaku yang tidak aman. Pada saat yang sama, rumah sakit harus memelihara pertanggungjawaban dengan tidak mentoleransi perilaku sembrono. Pertanggungjawaban membedakan kesalahan unsur manusia (seperti kekeliruan), perilaku yang berisiko (contohnya mengambil jalan pintas), dan perilaku sembrono (seperti mengabaikan langkah-langkah keselamatan yang sudah ditetapkan).

Direktur Rumah Sakit melakukan evaluasi rutin dengan jadwal yang tetap dengan menggunakan beberapa metode, survei resmi, wawancara staf, analisis data, dan diskusi kelompok.

Direktur Rumah Sakit mendorong agar dapat terbentuk kerja sama untuk membuat struktur, proses, dan program yang memberikan jalan bagi perkembangan budaya positif ini.

Direktur Rumah Sakit harus menanggapi perilaku yang tidak terpuji dari semua individu dari semua jenjang rumah sakit, termasuk manajemen, staf administrasi, staf klinis, dokter tamu atau dokter *part time*, serta anggota representasi pemilik.

### **Elemen Penilaian TKRS 13**

1. Direktur Rumah Sakit mendukung terciptanya budaya keterbukaan yang dilandasi akuntabilitas. (W)
2. Direktur Rumah Sakit mengidentifikasi, mendokumentasikan, dan melaksanakan perbaikan perilaku yang tidak dapat diterima. (D,O,W)
3. Direktur rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan menyediakan informasi (seperti bahan pustaka dan laporan) yang terkait dengan budaya keselamatan rumah sakit bagi semua individu yang bekerja dalam rumah sakit. (D,O,W )
4. Direktur Rumah Sakit menjelaskan bagaimana masalah terkait budaya keselamatan dalam rumah sakit dapat diidentifikasi dan dikendalikan. (W)
5. Direktur Rumah Sakit menyediakan sumber daya untuk mendukung dan mendorong budaya keselamatan di dalam rumah sakit. (D,O,W)

### **Elemen Penilaian TKRS 13.1**

1. Direktur Rumah Sakit menetapkan regulasi pengaturan sistem menjaga kerahasiaan, sederhana, dan mudah diakses oleh pihak yang mempunyai kewenangan untuk melaporkan masalah yang terkait dengan budaya keselamatan dalam rumah sakit secara tepat waktu. (R)
2. Sistem yang rahasia, sederhana, dan mudah diakses oleh pihak yang mempunyai kewenangan untuk melaporkan masalah yang terkait dengan budaya keselamatan dalam rumah sakit telah disediakan. (O, W)
3. Semua laporan terkait dengan budaya keselamatan rumah sakit telah diinvestigasi secara tepat waktu. (D,W)
4. Ada bukti bahwa iidentifikasi masalah pada sistem yang menyebabkan tenaga kesehatan melakukan perilaku yang berbahaya telah dilaksanakan. (D, W)
5. Direktur Rumah Sakit telah menggunakan pengukuran/indikator mutu untuk mengevaluasi dan memantau budaya keselamatan dalam rumah sakit serta melaksanakan perbaikan yang telah teridentifikasi dari pengukuran dan evaluasi tersebut. (D,W )

6. Direktur Rumah Sakit menerapkan sebuah proses untuk mencegah kerugian/dampak terhadap individu yang melaporkan masalah terkait dengan budaya keselamatan tersebut. (D,O,W)

### **Referensi**

1. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
2. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit.
3. KMK No.129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
4. Konsil Kedokteran Indonesia Komunikasi Efektif Dokter-Pasien, tahun 2006.
5. Pedoman Pengorganisasian Komite Etik Rumah Sakit dan Majelis Kehormatan Etik Rumah Sakit Indonesia, Persi – Makersi, tahun.....
6. Konsil Kedokteran Indonesia, Manual Persetujuan Tindakan Kedokteran Tahun 2006.
7. Supply Chain Identifying Critical Supplies and Technology, Evaluating Integrity. Making Decisions, Tracking Critical Items John C. Woche, M.H.A, LFACHE Consultant Joint Commission International.
8. Peraturan Perundang-Undangan untuk PPK BLUD.
  - a. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara.
  - b. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara.
  - c. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 yang diubah dengan PP Nomor 74 Tahun 2012.
  - d. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Keuangan Daerah.
  - e. Permendagri nomor 13 tahun 2005 yang diubah keduanya dengan Permendagri nomor 21 Tahun 2011.
  - f. Permenkeu Nomor 09/PMK.02/2006 tentang Pembentukan Dewan Pengawas pada Badan Layanan Umum.
  - g. Permendagri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan BLUD.
9. Peraturan Perundangan-Undangan unuk Organisasi Rumah Sakit Daerah.
  - a. Undang-Undang 23/2014 tentang Pemerintahan Daerah.
  - b. PP 18/2016 tentang Perangkat Daerah.

## BAB 4

### MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN (MFK)

#### GAMBARAN UMUM

Rumah sakit dalam kegiatannya harus menyediakan fasilitas yang aman, berfungsi, dan suportif bagi pasien, keluarga, staf, dan pengunjung. Untuk mencapai tujuan tersebut fasilitas fisik, peralatan medis, dan peralatan lainnya harus dikelola secara efektif. Secara khusus, manajemen harus berupaya keras

1. mengurangi dan mengendalikan bahaya dan risiko;
2. mencegah kecelakaan dan cedera; dan
3. memelihara kondisi aman.

Manajemen yang efektif melibatkan multidisiplin dalam perencanaan, pendidikan, dan pemantauan.

- Pimpinan merencanakan ruangan, peralatan, dan sumber daya yang dibutuhkan yang aman dan efektif untuk menunjang pelayanan klinis yang diberikan.
- Seluruh staf dididik tentang fasilitas, cara mengurangi risiko, serta bagaimana memonitor dan melaporkan situasi yang dapat menimbulkan risiko.
- Kriteria kinerja digunakan untuk mengevaluasi sistem yang penting dan mengidentifikasi perbaikan yang diperlukan.

Rumah sakit agar menyusun **program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan** yang mencakup enam bidang.

#### 1. Keselamatan dan Keamanan

- Keselamatan adalah keadaan tertentu karena gedung, lantai, halaman, dan peralatan rumah sakit tidak menimbulkan bahaya atau risiko bagi pasien, staf, dan pengunjung.
  - Keamanan adalah perlindungan terhadap kehilangan, pengrusakan dan kerusakan, atau penggunaan akses oleh mereka yang tidak berwenang.
2. **Bahan berbahaya dan beracun (B3) serta limbahnya** meliputi penanganan, penyimpanan, dan penggunaan bahan radioaktif serta bahan berbahaya lainnya harus dikendalikan dan limbah bahan berbahaya dibuang secara aman.

3. **Manajemen Penanggulangan Bencana** meliputi risiko kemungkinan terjadi bencana diidentifikasi, juga respons bila terjadi wabah, serta bencana dan keadaan emergensi direncanakan dengan efektif termasuk evaluasi lingkungan pasien secara terintegrasi.
4. **Sistem Proteksi Kebakaran** meliputi properti dan penghuninya dilindungi dari kebakaran dan asap.
5. **Peralatan Medis** meliputi peralatan dipilih, dipelihara, dan digunakan sedemikian rupa untuk mengurangi risiko.
6. **Sistem Penunjang** meliputi listrik, air, dan sistem pendukung lainnya dipelihara untuk meminimalkan risiko kegagalan pengoperasian.

Bila di rumah sakit ada *tenant*/penyewa lahan (seperti sebuah restoran, kantin, café, dan toko souvenir) maka rumah sakit memiliki kewajiban untuk memastikan bahwa *tenant*/penyewa lahan tersebut mematuhi program manajemen dan keselamatan fasilitas sebagai berikut:

- a. program keselamatan dan keamanan;
- b. program penanganan B3 dan limbahnya;
- c. program manajemen penanggulangan bencana;
- d. program proteksi kebakaran.

Peraturan perundang-undangan dan pemeriksaan/inspeksi oleh yang berwenang di daerah banyak menentukan bagaimana fasilitas dirancang, digunakan, dan dipelihara. Seluruh rumah sakit tanpa memperdulikan ukuran dan sumber daya yang dimiliki harus mematuhi ketentuan yang berlaku sebagai bagian dari tanggung jawab mereka terhadap pasien, keluarga, staf, dan para pengunjung.

Rumah sakit harus mematuhi peraturan perundang-undangan termasuk mengenai bangunan dan **proteksi kebakaran**. Rumah sakit memahami fasilitas fisik yang dimiliki dan secara proaktif mengumpulkan data serta membuat strategi untuk mengurangi risiko dan meningkatkan keamanan lingkungan pasien.

## **STANDAR, MAKSUD DAN TUJUAN, SERTA ELEMEN PENILAIAN**

### **❖ KEPEMIMPINAN DAN PERENCANAAN**

#### **Standar MFK1**

Rumah sakit mematuhi peraturan dan perundang-undangan tentang bangunan, perlindungan kebakaran, dan persyaratan pemeriksaan fasilitas.

## Maksud dan Tujuan MFK 1

Di tingkat nasional, pemerintah telah mengeluarkan peraturan dan perundang-undangan serta pedoman-pedoman tentang persyaratan bangunan secara umum dan secara khusus untuk bangunan rumah sakit. Persyaratan tersebut antara lain termasuk sistem kelistrikan dan sistem keamanan kebakaran, serta sistem gas medis sentral. Selain di tingkat nasional, pemerintah provinsi/kabupaten/kota ada juga yang mengeluarkan peraturan daerah mengatur persyaratan bangunan secara umum dan sistem pengamanan kebakaran. Semua rumah sakit tanpa memperhatikan kelas rumah sakit dan sumber daya wajib mematuhi peraturan perundang-undangan tersebut, yaitu menyediakan bangunan dan fasilitas yang aman sebagai tanggung jawab kepada pasien, keluarga, pengunjung, dan staf/pegawai rumah sakit.

Pimpinan dan para Direktur rumah sakit bertanggung jawab untuk

- memahami peraturan perundang-undangan dan persyaratan lainnya yang berlaku bagi fasilitas rumah sakit baik yang merupakan regulasi di tingkat nasional maupun tingkat daerah;
- menerapkan persyaratan yang berlaku termasuk mempunyai izin dan atau sertifikasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan, antara lain izin-izin tersebut di bawah ini:
  - a) izin mendirikan bangunan;
  - b) izin operasional rumah sakit yang masih berlaku;
  - c) sertifikat laik fungsi (SLF) bila pemerintah daerah di lokasi rumah sakit telah menerapkan ketentuan ini;
  - d) instalasi pengelolaan air limbah (IPAL);
  - e) izin genset;
  - f) izin radiologi;
  - g) sertifikat sistem pengamanan/pemadaman kebakaran;
  - h) sistem kelistrikan;
  - i) izin insenerator (bila ada);
  - j) izin tempat pembuangan sementara bahan berbahaya dan beracun (TPS B-3);
  - k) Izin lift (bila ada);
  - l) Izin instalasi petir;
  - m) Izin lingkungan.

- merencanakan dan membuat anggaran untuk peningkatan atau penggantian yang diperlukan berdasar atas hasil pemeriksaan fasilitas atau untuk memenuhi persyaratan yang berlaku serta menunjukkan pelaksanaan rencana tersebut. (lihat juga MFK 4.2)

Bila rumah sakit dianggap tidak memenuhi syarat maka direktur rumah sakit yang bertanggung jawab merencanakan dan memenuhi persyaratan tersebut dalam kurun waktu yang ditentukan.

### **Elemen Penilaian MFK 1**

1. Direktur rumah sakit dan mereka yang bertanggung jawab terhadap manajemen fasilitas di rumah sakit seharusnya mempunyai dan memahami peraturan perundang-undangan dan persyaratan lainnya yang berlaku untuk bangunan dan fasilitas rumah sakit. (D,W)
2. Direktur rumah sakit menerapkan persyaratan yang berlaku dan peraturan perundang-undangan. (D,W)
3. Rumah sakit mempunyai izin-izin sebagaimana diuraikan butir a. sampai dengan m. pada maksud dan tujuan sesuai dengan fasilitas yang ada di rumah sakit serta sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (D,W)
4. Direktur rumah sakit memastikan rumah sakit memenuhi kondisi seperti hasil pemeriksaan fasilitas atau catatan pemeriksaan yang dilakukan oleh otoritas setempat di luar rumah sakit. (D,W)

---



---

### **Standar MFK 2**

Rumah sakit mempunyai **program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan** yang menggambarkan proses pengelolaan risiko yang dapat terjadi pada pasien, keluarga, pengunjung, dan staf.

#### **Maksud dan Tujuan MFK 2**

Program manajemen risiko diperlukan untuk mengelola risiko-risiko di lingkungan pelayanan pasien dan tempat kerja staf. Rumah sakit menyusun satu program induk atau beberapa program terpisah yang meliputi sebagai berikut:

##### **1. Keselamatan dan Keamanan**

- **Keselamatan**—sejauh mana bangunan, area, dan peralatan rumah sakit tidak menimbulkan bahaya atau risiko bagi pasien, staf, atau pengunjung
- **Keamanan**—perlindungan terhadap kerugian, kerusakan, gangguan atau akses, atau penggunaan oleh pihak yang tidak berwenang.

2. **Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) dan limbahnya**—penanganan, penyimpanan, penggunaan bahan radioaktif dan lainnya dikendalikan, serta limbah berbahaya ditangani secara aman.
3. **Penanggulangan Bencana (emergensi)**—respons pada wabah, bencana, dan keadaan darurat direncanakan dan berjalan efektif.
4. **Proteksi Kebakaran (*Fire Safety*)**—*297 property* dan para penghuni dilindungi dari bahaya kebakaran dan asap.
5. **Peralatan medis**—pemilihan, pemeliharaan, dan penggunaan teknologi dengan cara yang aman untuk mengurangi risiko.
6. **Sistem penunjang (utilitas)**—pemeliharaan sistem listrik, air, dan sistem penunjang lainnya dengan tujuan mengurangi risiko kegagalan operasional.

Program manajemen risiko di atas harus tertulis dan selalu diperbarui sehingga mencerminkan kondisi lingkungan rumah sakit yang terkini. Terdapat proses untuk meninjau dan memperbarui program tersebut. Apabila di dalam rumah sakit terdapat *tenant/penyewa lahan* yang tidak terkait dengan pelayanan rumah sakit dan berada di dalam fasilitas pelayanan pasien yang akan disurvei (misalnya rumah makan, kantin, kafe, toko roti, toko souvenir, atau toko lainnya) maka rumah sakit memiliki kewajiban memastikan bahwa *tenant/penyewa lahan* tersebut mematuhi program Manajemen Fasilitas dan Keselamatan.

Dalam menerapkan program manajemen risiko di atas maka rumah sakit perlu mempunyai regulasi sebagai berikut:

- 1) regulasi peninjauan dan pembaharuan program-program tersebut bila terjadi perubahan lingkungan rumah sakit atau sekurang-kurangnya setahun sekali;
- 2) regulasi bahwa *tenant/penyewa lahan* tersebut wajib mematuhi semua aspek program manajemen fasilitas yang teridentifikasi dalam maksud dan tujuan butir 1 sampai 4 tersebut di atas.

## Elemen Penilaian MFK 2

1. Ada program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan yang dapat terjadi pada pasien, keluarga, staf, dan pengunjung secara tertulis meliputi risiko yang ada pada butir 1 sampai 6 pada maksud dan tujuan. Hal ini merupakan satu program induk atau beberapa program terpisah serta ada regulasi untuk menerapkan program manajemen meliputi butir 1 dan 2 pada maksud dan tujuan. (R)
2. Program tersebut masih berlaku dan sudah diterapkan sepenuhnya. (D,W)
3. Ada bukti peninjauan dan pembaharuan program-program tersebut bila terjadi perubahan dalam lingkungan rumah sakit atau sekurang-kurangnya setiap tahun. (D,W)

4. Ada bukti bahwa *tenant*/penyewa lahan di dalam lingkungan rumah sakit sudah mematuhi semua aspek program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan yang teridentifikasi dalam butir 1 sampai 4 pada maksud dan tujuan. (D,W)

### **Standar MFK 3**

Ada individu atau bentuk organisasi kompeten yang ditugasi melakukan pengawasan terhadap perencanaan serta pelaksanaan program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan.

### **Maksud dan Tujuan MFK 3**

Rumah sakit berkewajiban menyediakan fasilitas yang aman, fungsional, dan fasilitas pendukung untuk pasien, keluarga, staf, dan pengunjung. Untuk mencapai tujuan tersebut maka fasilitas fisik, peralatan, medis, dan sumber daya lainnya harus dikelola secara efektif.

Secara khusus, pihak manajemen rumah sakit harus berupaya

1. mengurangi dan mengendalikan sumber bahaya dan risiko;
2. menghindari kecelakaan dan cedera;
3. memelihara kondisi yang aman.

Manajemen yang efektif mencakup perencanaan multidisiplin, edukasi, dan pemantauan sebagai berikut:

1. direktur rumah sakit merencanakan kebutuhan ruangan, teknologi, peralatan medis, dan sumber daya lainnya untuk mendukung pelayanan klinis yang efektif dan aman;
2. seluruh staf diberikan edukasi mengenai fasilitas, cara mengurangi risiko, serta cara memantau dan melaporkan situasi yang berisiko dan insiden cedera;
3. untuk mengevaluasi sistem-sistem yang penting dan mengidentifikasi perbaikan-perbaikan yang dibutuhkan maka rumah sakit dapat menetapkan kriteria atau indikator kinerja.

Rumah sakit perlu menyusun program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan yang membahas pengelolaan risiko fasilitas serta lingkungan melalui penyusunan rencana manajemen fasilitas dan penyediaan ruangan, teknologi, peralatan medis, sumber daya, serta melakukan pengawasan terhadap perencanaan/pelaksanaan program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan tersebut. Oleh karena itu, direktur rumah sakit perlu menetapkan organisasi/satu orang atau lebih dengan tugas melakukan pengawasan perencanaan dan pelaksanaan proses untuk mengelola risiko terhadap fasilitas dan lingkungan tersebut secara berkesinambungan.

Pengawasan yang dilakukan organisasi/satu orang atau lebih tersebut meliputi

- a) mengawasi semua aspek program manajemen risiko seperti pengembangan rencana dan memberikan rekomendasi untuk ruangan, peralatan medis, teknologi, dan sumber daya;
- b) mengawasi pelaksanaan program secara konsisten dan berkesinambungan;
- c) melakukan edukasi staf;
- d) mengawasi pelaksanaan pengujian/testing dan pemantauan program;
- e) secara berkala menilai ulang dan merevisi program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan;
- f) menyerahkan laporan tahunan kepada direktur rumah sakit;
- g) mengorganisasi dan mengelola laporan kejadian/insiden, melakukan analisis, dan upaya perbaikan.

Dalam rangka pengawasan, rumah sakit agar mengembangkan sistem pelaporan insiden/kejadian/kecelakaan yang terjadi di rumah sakit akibat fasilitas dan lingkungan yang tidak aman. Individu atau organisasi yang ditunjuk mengawasi program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan agar mendorong pelaporan insiden, melakukan analisis, dan rencana perbaikan.

### **Elemen Penilaian MFK 3**

1. Ada program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan yang dapat terjadi pada pasien, keluarga, sta, dan pengunjung tertulis meliputi risiko yang ada butir 1 sampai dengan 6 pada maksud dan tujuan yang merupakan satu program induk atau beberapa program terpisah serta ada regulasi untuk menerapkan program manajemen meliputi butir 1 dan 2 pada maksud dan tujuan. (R)
2. Program tersebut masih berlaku dan sudah diterapkan sepenuhnya. (D,W)
3. Ada bukti peninjauan dan pembaharuan program-program tersebut bila terjadi perubahan dalam lingkungan rumah sakit atau sekurang-kurangnya setiap tahun. (D,W)
4. Ada bukti *tenant/penyewa* lahan di dalam lingkungan rumah sakit sudah mematuhi semua aspek program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan yang teridentifikasi dalam butir 1 sampai 4 pada maksud dan tujuan. (D,W)

## **❖ KESELAMATAN DAN KEAMANAN**

### **Standar MFK 4**

Rumah sakit mempunyai program pengelolaan keselamatan dan keamanan melalui penyediaan fasilitas fisik dan menciptakan lingkungan yang aman bagi pasien, keluarga, pengunjung, dan staf.

#### **Maksud dan Tujuan MFK 4**

Keselamatan dan keamanan mempunyai arti yang berbeda walaupun masih ada yang menganggap sama. **Keselamatan** dalam standar ini adalah memberi jaminan bahwa gedung, properti, teknologi medik dan informasi, peralatan, serta sistem tidak berpotensi mendatangkan risiko terhadap pasien, keluarga, staf, dan pengunjung. **Keamanan** mempunyai arti melindungi *property* milik rumah sakit, pasien, staf, keluarga, dan pengunjung dari bahaya kehilangan, kerusakan, atau pengrusakan oleh orang yang tidak berwenang.

Rumah sakit perlu mempunyai program pengelolaan keselamatan keamanan yang kegiatannya meliputi

- a) melakukan asesmen risiko secara komprehensif dan proaktif untuk mengidentifikasi bangunan, ruangan/area, peralatan, perabotan, dan fasilitas lainnya yang berpotensi menimbulkan cedera. Sebagai contoh, risiko keselamatan yang dapat menimbulkan cedera atau bahaya termasuk di antaranya perabotan yang tajam dan rusak, kaca jendela yang pecah, kebocoran air di atap, serta lokasi tidak ada jalan keluar saat terjadi kebakaran. Karena itu, rumah sakit perlu melakukan pemeriksaan fasilitas secara berkala dan terdokumentasi agar rumah sakit dapat melakukan perbaikan dan menyediakan anggaran untuk mengadakan pergantian atau “*upgrading*”;
- b) melakukan asesmen risiko prakonstruksi (*pra construction risk assessment/PCRA*) setiap ada konstruksi, renovasi, atau penghancuran bangunan/*demolish*;
- c) merencanakan dan melakukan pencegahan dengan menyediakan fasilitas pendukung yang aman dengan tujuan mencegah kecelakaan dan cedera, mengurangi bahaya dan risiko, serta mempertahankan kondisi aman bagi pasien, keluarga, staf, dan pengunjung;
- d) menciptakan lingkungan yang aman dengan memberikan identitas (*badge* nama sementara atau tetap) pada pasien, staf, pekerja kontrak, *tenant*/penyewa lahan, keluarga (penunggu pasien), atau pengunjung (pengunjung di luar jam besuk dan tamu rumah sakit) sesuai dengan regulasi rumah sakit;
- e) melindungi dari kejahatan perorangan, kehilangan, kerusakan, atau pengrusakan barang milik pribadi;
- f) melakukan monitoring pada daerah terbatas seperti ruang bayi dan kamar operasi serta daerah yang berisiko lainnya seperti ruang anak, lanjut usia, dan

kelompok pasien rentan yang tidak dapat melindungi diri sendiri atau memberi tanda minta bantuan bila terjadi bahaya. Monitoring dapat dilakukan dengan memasang kamera sistem CCTV yang dapat dipantau di ruang sekuriti. Namun, harus diingat pemasangan kamera CCTV tidak diperbolehkan di ruang pasien dan tetap harus memperhatikan hak privasi pasien. **Pengecualian untuk pasien jiwa yang gaduh gelisah maka pemasangan dapat di kamar pasien, tetapi hanya dipantau di *nurse station* tidak di *security*.** Monitoring melalui pemasangan kamera CCTV juga diperlukan untuk daerah terpencil atau terisolasi, area parking, dan area lainnya yang sering terjadi kehilangan di rumah sakit.

#### **Elemen Penilaian MFK 4**

1. Rumah sakit mempunyai regulasi termasuk program pengelolaan keselamatan dan keamanan yang meliputi butir 1 sampai dengan 6 pada maksud dan tujuan. (R)
2. Ada unit kerja yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan keselamatan dan keamanan. (D,W)
3. Rumah sakit telah melakukan identifikasi area-area yang berisiko mempunyai *risk register* (daftar risiko) yang berhubungan dengan keselamatan dan keamanan fasilitas. (D,W)
4. Regulasi pemberian identitas pada penunggu pasien, pengunjung (termasuk tamu), staf rumah sakit, pegawai kontrak, dan semua orang yang bekerja di rumah sakit sudah diimplementasikan. (lihat juga SKPm1).(D,O,W)
5. Rumah sakit telah melakukan pemeriksaan fasilitas secara berkala, membuat rencana perbaikan, dan telah melaksanakan perbaikan. (D,O,W)
6. Rumah sakit telah memasang monitoring pada area yang berisiko keselamatan dan keamanan. (O,W)
7. Rumah sakit telah menyediakan fasilitas yang aman sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (O,W)

#### **Standar MFK 4.1**

Rumah sakit melakukan asesmen risiko prakonstruksi (PCRA) pada waktu merencanakan pembangunan/konstruksi, pembongkaran, atau renovasi.

## Maksud dan Tujuan MFK 4.1

Konstruksi/pembangunan baru di sebuah rumah sakit akan berdampak pada setiap orang di rumah sakit dan pasien dengan kerentanan tubuhnya dapat menderita dampak terbesar. Kebisingan dan getaran yang terkait dengan konstruksi dapat memengaruhi tingkat kenyamanan pasien dan istirahat/tidur pasien dapat pula terganggu. Debu konstruksi dan bau dapat mengubah kualitas udara yang dapat menimbulkan ancaman khususnya bagi pasien dengan gangguan pernapasan.

Karena itu, rumah sakit perlu melakukan asesmen risiko setiap ada kegiatan konstruksi, renovasi, maupun demolisi/pembongkaran bangunan. Asesmen risiko harus sudah dilakukan pada waktu perencanaan atau sebelum pekerjaan konstruksi, renovasi, dan demolisi dilakukan sehingga pada waktu pelaksanaan sudah ada upaya pengurangan risiko terhadap dampak konstruksi, renovasi, dan demolis tersebut.

Dalam rangka melakukan asesmen risiko yang terkait dengan proyek konstruksi baru, rumah sakit perlu melibatkan semua unit/instalasi pelayanan klinis yang terkena dampak dari konstruksi baru tersebut, konsultan perencana, atau manajer desain proyek, Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K-3 RS), Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), Bagian Rumah Tangga/Bagian Umum, Bagian Teknologi Informasi, Bagian Sarana Prasarana/IPSRS, dan unit atau bagian lainnya yang diperlukan.

Risiko terhadap pasien, keluarga, staf, pengunjung, vendor, pekerja kontrak, dan entitas di luar pelayanan akan bervariasi bergantung pada sejauh mana kegiatan konstruksi serta dampaknya terhadap infrastruktur dan utilitas. Sebagai tambahan, kedekatan pembangunan ke area pelayanan pasien akan berdampak pada meningkatnya tingkat risiko.

Misalnya, jika konstruksi melibatkan gedung baru yang terletak terpisah dari bangunan yang menyediakan pelayanan saat ini maka risiko untuk pasien dan pengunjung cenderung akan menjadi minimal.

Risiko dievaluasi dengan melakukan asesmen risiko prakonstruksi, juga dikenal sebagai PCRA (*Pra-Construction Risk Assessment*). Asesmen risiko prakonstruksi secara komprehensif dan proaktif digunakan untuk mengevaluasi risiko dan kemudian mengembangkan rencana agar dapat meminimalkan dampak konstruksi, renovasi, atau penghancuran (*demolish*) sehingga pelayanan pasien tetap terjaga kualitas dan keamanannya.

Asesmen risiko prakonstruksi (PCRA) meliputi area-area sebagai berikut:

1. kualitas udara;
2. pengendalian infeksi (ICRA);
3. utilitas;
4. kebisingan;
5. getaran;
6. bahan berbahaya;

7. layanan darurat, seperti respons terhadap kode; dan
8. bahaya lain yang memengaruhi perawatan, pengobatan, dan layanan.

Selain itu, rumah sakit bersama dengan manajemen konstruksi (MK) memastikan bahwa kepatuhan kontraktor dipantau, ditegakkan, dan didokumentasikan. Sebagai bagian dari penilaian risiko maka risiko pasien infeksi dari konstruksi dievaluasi melalui infeksi penilaian risiko kontrol yang dikenal sebagai ICRA (*Infection Control Risk Assessment*). (juga lihat PPI 7.5)

Dalam menyusun PCRA maka individu atau organisasi yang ditunjuk melakukan pengawasan dan penerapan manajemen risiko fasilitas yang ada di MFK 3 agar melakukan koordinasi dengan organisasi PPI karena PCRA dengan ICRA merupakan kesatuan yang tidak dapat dipisahkan.

#### **Elemen Penilaian MFK 4.1**

1. Rumah sakit mempunyai regulasi yang mengatur asesmen risiko prakonstruksi (PCRA). (lihat juga PPI 7.5). (R)
2. Rumah sakit melakukan asesmen risiko prakonstruksi (PCRA) bila ada rencana konstruksi, renovasi, atau demolis/pembongkaran yang meliputi butir 1 sampai dengan 8 pada maksud dan tujuan. (D,W)
3. Rumah sakit mengambil tindakan berdasar atas hasil asesmen risiko untuk meminimalkan risiko selama pembongkaran, konstruksi, dan renovasi. (D,O,W)
4. Rumah sakit memastikan bahwa kepatuhan kontraktor dipantau, ditegakkan, dan didokumentasikan. (lihat juga MFK 3). (D,O,W)

#### **Standar MFK 4.2**

Rumah sakit merencanakan dan menyediakan anggaran untuk perbaikan sistem-sistem penting bangunan atau komponen-komponen lainnya berdasar atas hasil pemeriksaan fasilitas dan peraturan perundang-undangan serta anggaran untuk mengurangi risiko sebagai dampak dari renovasi, konstruksi, dan penghancuran/demolis bangunan.

#### **Maksud dan Tujuan MFK 4.2**

Rumah sakit wajib mematuhi peraturan dan perundang-undangan yang berhubungan dengan keamanan fasilitas dan keselamatan lingkungan. Sistem-sistem utama/penting, bangunan, atau komponen-komponen lainnya harus sesuai dengan peraturan perundang-undangan, karena itu harus dilakukan pemeriksaan fasilitas secara berkala serta dilakukan perbaikan dan atau penggantian bila ada kerusakan.

Di sisi lain, otoritas setempat juga melakukan pemeriksaan secara berkala dan bila ditemukan masih ada yang belum sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan persyaratan lainnya maka rumah sakit wajib melakukan perbaikan serta peningkatan sesuai dengan rekomendasi hasil pemeriksaan tersebut. Peraturan dan perundang-undangan juga mengatur perlunya izin untuk bangunan atau fasilitas tertentu dan izin tersebut harus diperbaharui secara berkala.

Berdasar atas hal tersebut di atas maka rumah sakit perlu merencanakan dan menyediakan anggaran/budget untuk perbaikan, penggantian, peningkatan, dan perizinan sehingga bangunan, properti, fasilitas, serta komponen-komponen lainnya di rumah sakit dapat memenuhi peraturan perundang-undangan dan persyaratan lainnya.

Mengingat setiap ada konstruksi maka renovasi dan demolisi harus dilakukan asesmen risiko prakonstruksi (PCRA) yang harus juga diikuti dengan rencana/pelaksanaan pengurangan risiko dampak keselamatan serta keamanan bagi pasien, keluarga, pengunjung, dan staf. Hal ini berdampak memerlukan biaya maka rumah sakit juga perlu menyediakan anggaran untuk penerapan PCRA (*Pra Construction Risk Assessment*) dan ICRA (*Infection Control Risk Assessment*).

#### **Elemen Penilaian MFK 4.2**

1. Rumah sakit menyediakan anggaran untuk memenuhi peraturan perundang-undangan yang terkait dengan fasilitas rumah sakit. (lihat juga AP 5 dan AP 6). (D,W)
2. Rumah sakit menyediakan anggaran untuk meningkatkan, memperbaiki, atau mengganti sistem, bangunan, atau komponen yang diperlukan agar fasilitas tetap dapat beroperasi secara aman dan efektif. (D,O,W)
3. Rumah sakit menyediakan anggaran untuk penerapan PCRA dan ICRA bila ada renovasi, konstruksi, dan pembongkaran. (D,W)
- 4.

#### **BAHAN BERBAHAYA**

##### **Standar MFK 5**

Rumah sakit memiliki regulasi inventarisasi, penanganan, penyimpanan dan penggunaan, serta pengendalian/pengawasan bahan berbahaya dan beracun (B3) serta limbahnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

##### **Maksud dan Tujuan MFK 5**

Rumah sakit mengidentifikasi dan mengendalikan secara aman bahan berbahaya dan beracun dan limbahnya (lihat juga AP 5.1, EP 1, dan AP 6 EP 1 serta PPI 7.2) sesuai

dengan peraturan dan perundang-undangan. WHO telah mengidentifikasi bahan berbahaya dan beracun serta limbahnya dengan katagori sebagai berikut:

- 1) infeksius;
- 2) patologis dan anatomi;
- 3) farmasi;
- 4) bahan kimia;
- 5) logam berat;
- 6) kontainer bertekanan;
- 7) benda tajam;
- 8) genotoksik/sitotoksik;
- 9) radioaktif.

Dalam melakukan identifikasi dan inventarisasi B3 serta limbahnya di rumah sakit agar mengacu kepada katagori B3 dan limbahnya dari WHO ini. Rumah sakit diharapkan melakukan identifikasi area/unit mana saja yang menyimpan B3 serta limbahnya. Sesudah itu, menginventarisasi meliputi lokasi, jenis, dan jumlah B3 serta limbahnya disimpan. Daftar inventarisasi ini selalu mutakhir (*di-update*) sesuai dengan perubahan yang terjadi di tempat penyimpanan.

Rumah sakit perlu mempunyai regulasi yang mengatur

- a) data inventarisasi B3 serta limbahnya yang meliputi jenis, jumlah, dan lokasi;
- b) penanganan, penyimpanan, dan penggunaan B3 serta limbahnya;
- c) penggunaan alat pelindung diri (APD) dan prosedur penggunaan, prosedur bila terjadi tumpahan, atau paparan/pajanan;
- d) pemberian label/rambu-rambu yang tepat pada B3 serta limbahnya;
- e) pelaporan dan investigasi dari tumpahan, eksposur (terpapar), dan insiden lainnya;
- f) dokumentasi, termasuk izin, lisensi, atau persyaratan peraturan lainnya;
- g) pengadaan/pembelian B3 dan pemasok (*supplier*) wajib melampirkan MSDS/LDP.

Mengingat informasi mengenai penanganan, penyimpanan, dan penggunaan B3 termasuk data fisik seperti titik didih, titik nyala, dan sejenisnya tercantum di dalam "*Material Safety Data Sheet (MSDS)*" atau Lembar Data Pengaman (LDP) maka rumah sakit agar membuat regulasi bahwa setiap pembelian/pengadaan B3, *supplier* wajib melampirkan MSDS atau LDP. Informasi yang tercantum di MSDS/LDP agar diedukasi kepada staf rumah sakit, terutama kepada staf terdapat penyimpanan B3 di unitnya. (lihat juga AP 5.3; AP 5.6; AP 6.6; MPO 3; dan MPO 3.1)

## **Elemen Penilaian MFK 5**

1. Rumah sakit mempunyai regulasi yang mengatur B3 serta limbahnya sesuai dengan katagori WHO dan peraturan perundang-undangan, meliputi butir 1 sampai dengan 7 pada maksud dan tujuan. (lihat juga AP 5.3.1; AP 5.6; AP 6.3; AP 6.6; dan PKPO 3). (R)

2. Rumah sakit mempunyai daftar B3 serta limbahnya lengkap dan terbaru sesuai dengan kategori WHO dan peraturan perundang-undangan meliputi jenis, lokasi, dan jumlah semua bahan berbahaya dan beracun serta limbahnya. (lihat juga AP 5.5 dan AP 6.6). (D,O,W)
3. Ada bukti bahwa untuk pengadaan/pembelian B3 dan pemasok (*supplier*) sudah melampirkan MSDS. (D,O,W)
4. Petugas telah menggunakan APD yang benar pada waktu menangani (*handling*) B3 serta limbahnya dan di area tertentu juga sudah ada *eye washer*. (lihat juga AP 5.3.1). (O,W)
5. B3 serta limbahnya sudah diberi label/rambu-rambu sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan. (lihat juga PKPO 3 EP 2). (O,W)
6. Ada laporan dan analisis tumpahan, paparan/pajanan (*exposure*), dan insiden lainnya. (D,W)
7. Ada bukti dokumentasi persyaratan yang meliputi izin, lisensi, atau ketentuan persyaratan lainnya. (D,W)

### **Standar MFK 5.1**

Rumah sakit mempunyai sistem penyimpanan dan pengolahan limbah bahan berbahaya dan beracun cair dan padat yang benar sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

### **Maksud dan Tujuan MFK 5.1**

Penyimpanan limbah B3 dapat dilakukan secara baik dan benar apabila limbah B3 telah dilakukan pemilahan yang baik dan benar, termasuk memasukkan limbah B3 ke dalam wadah atau kemasan yang sesuai serta dilekati simbol dan label limbah B3.

Untuk penyimpanan limbah B-3 maka rumah sakit agar memenuhi persyaratan fasilitas penyimpanan limbah B-3 sebagai berikut:

- 1) lantai kedap (*impermeable*), berlantai beton atau semen dengan sistem drainase yang baik, serta mudah dibersihkan dan dilakukan desinfeksi;
- 2) tersedia sumber air atau kran air untuk pembersihan yang dilengkapi dengan sabun cair;
- 3) mudah diakses untuk penyimpanan limbah;
- 4) dapat dikunci untuk menghindari akses oleh pihak yang tidak berkepentingan;
- 5) mudah diakses oleh kendaraan yang akan mengumpulkan atau mengangkut limbah;
- 6) terlindungi dari sinar matahari, hujan, angin kencang, banjir, dan faktor lain yang berpotensi menimbulkan kecelakaan atau bencana kerja;
- 7) tidak dapat diakses oleh hewan, serangga, dan burung;

- 8) dilengkapi dengan ventilasi dan pencahayaan yang baik serta memadai;
- 9) berjarak jauh dari tempat penyimpanan atau penyiapan makanan;
- 10) peralatan pembersihan, alat pelindung diri/APD (antara lain masker, sarung tangan, penutup kepala, *goggle*, sepatu boot, serta pakaian pelindung) dan wadah atau kantong limbah harus diletakkan sedekat-dekatnya dengan lokasi fasilitas penyimpanan;
- 11) dinding, lantai, dan juga langit-langit fasilitas penyimpanan senantiasa dalam keadaan bersih termasuk pembersihan lantai setiap hari.

Pengolahan limbah B3 adalah proses untuk mengurangi dan/atau menghilangkan sifat bahaya dan/atau sifat racun. Dalam pelaksanaannya, pengolahan limbah B3 dari fasilitas pelayanan kesehatan dapat dilakukan pengolahan secara termal atau nontermal.

Untuk limbah berwujud cair dapat dilakukan di Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL) dari fasilitas pelayanan kesehatan.

Tujuan pengolahan limbah medis adalah mengubah karakteristik biologis dan/atau kimia limbah sehingga potensi bahayanya terhadap manusia berkurang atau tidak ada.

Bila rumah sakit mengolah limbah B-3 sendiri maka wajib mempunyai izin mengolah limbah B-3. Namun, bila pengolahan B-3 dilaksanakan oleh pihak ketiga maka pihak ketiga tersebut wajib mempunyai izin sebagai transporter B-3 dan izin pengolah B-3. Pengangkut/transporter dan pengolah limbah B3 dapat dilakukan oleh institusi yang berbeda.

### **Elemen Penilaian MFK 5.1**

1. Rumah sakit mempunyai regulasi untuk penyimpanan dan pengolahan limbah B3 secara benar dan aman sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. (lihat juga AP 6.2; EP 4; MFK 1 EP 3). (R)
2. Penyimpanan limbah B3 sudah mempunyai izin TPS B3 yang masih berlaku dan sesuai dengan perundang-undangan. (D,O,W)
3. Rumah sakit sudah mempunyai Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL) dengan izin yang masih berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (D,O,W)
4. Rumah sakit mempunyai Instalasi Pengolah B3 dengan izin yang masih berlaku atau melakukan kerja sama dengan pihak ketiga dengan izin sebagai transporter dan pengolah B3 yang masih berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (D,O,W)

## ❖ KESIAPAN PENANGGULANGAN BENCANA

### Standar MFK 6

Rumah sakit mengembangkan dan memelihara program manajemen disaster untuk menanggapi keadaan disaster serta bencana alam atau lainnya yang memiliki potensi terjadi dimasyarakat.

### Maksud dan Tujuan MFK 6

Situasi darurat yang terjadi di masyarakat, kejadian epidemi, atau bencana alam akan melibatkan rumah sakit seperti gempa bumi yang menghancurkan area rawat inap pasien atau ada epidemi flu yang akan menghalangi staf masuk kerja. Penyusunan program harus dimulai dengan identifikasi jenis bencana yang mungkin terjadi di daerah rumah sakit berada dan dampaknya terhadap rumah sakit. Contohnya, angin topan (*hurricane*) atau tsunami kemungkinan akan terjadi di daerah dekat laut dan tidak terjadi di daerah yang jauh dari laut. Kerusakan fasilitas atau korban masal sebaliknya dapat terjadi di rumah sakit manapun.

Melakukan identifikasi dampak bencana sama pentingnya dengan mencatat jenis bencana yang terjadi. Sebagai contoh, kemungkinan dampak yang dapat terjadi pada air dan tenaga listrik jika terjadi bencana alam seperti gempa bumi. Mungkinkah gempa bumi akan menghambat anggota staf untuk merespons bencana hanya karena jalan terhalang atau keluarga mereka menjadi korban gempa bumi? Dalam situasi demikian, mungkin akan terjadi konflik kepentingan dengan keharusan merespons kejadian bencana di rumah sakit. Rumah sakit juga harus mengetahui peranan staf ini di masyarakat. Sebagai contoh, sumber daya apa yang perlu disediakan rumah sakit untuk masyarakat dalam situasi bencana dan metode komunikasi apa yang harus dipakai di masyarakat?

Untuk merespons secara efektif maka rumah sakit perlu menyusun program manajemen *disaster* tersebut. Program tersebut menyediakan proses untuk

- a) menentukan jenis yang kemungkinan terjadi dan konsekuensi bahaya, ancaman, dan kejadian;
- b) menentukan integritas struktural di lingkungan pelayanan pasien yang ada dan bagaimana bila terjadi bencana;
- c) menentukan peran rumah sakit dalam peristiwa/kejadian tersebut;
- d) menentukan strategi komunikasi pada waktu kejadian;
- e) mengelola sumber daya selama kejadian termasuk sumber-sumber alternatif;
- f) mengelola kegiatan klinis selama kejadian termasuk tempat pelayanan alternatif pada waktu kejadian;

- g) mengidentifikasi dan penetapan peran serta tanggung jawab staf selama kejadian. (juga lihat MFK 11.1 EP 4); dan
- h) proses mengelola keadaan darurat ketika terjadi konflik antara tanggung jawab pribadi staf dan tanggung jawab rumah sakit untuk tetap menyediakan pelayanan pasien.

Dalam keadaan darurat, bencana, dan krisis lainnya maka masyarakat harus dapat melindungi kehidupan dan kesejahteraan penduduk yang terkena dampaknya terutama dalam hitungan menit dan jam segera setelah dampak atau keterpaparan tersebut. Kemampuan pelayanan kesehatan untuk berfungsi tanpa gangguan dalam situasi ini adalah masalah antara hidup dan mati. Kelanjutan fungsi layanan kesehatan bergantung pada sejumlah faktor kunci, yaitu bahwa layanan ditempatkan di struktur (seperti rumah sakit atau fasilitas) yang dapat menahan paparan dan kekuatan dari semua jenis bahaya; peralatan medis dalam keadaan baik dan terlindung dari kerusakan; infrastruktur masyarakat dan layanan penting (seperti air, listrik, dll.) tersedia bagi layanan kesehatan; dan petugas kesehatan dapat memberikan bantuan medis dalam situasi aman saat mereka sangat dibutuhkan.

Mendefinisikan istilah "rumah sakit yang aman" akan membantu memberikan panduan pendekatan untuk menilai keamanan rumah sakit. Rumah sakit yang aman adalah rumah sakit yang fasilitas layanannya tetap dapat diakses dan berfungsi pada kapasitas maksimum, serta dengan infrastruktur yang sama, sebelum, selama, dan segera setelah dampak keadaan darurat dan bencana. Fungsi rumah sakit yang terus berlanjut bergantung pada berbagai faktor termasuk keamanan bangunan, sistem dan peralatan pentingnya, ketersediaan persediaan, serta kapasitas penanganan darurat dan bencana di rumah sakit terutama tanggapan dan pemulihan dari bahaya atau kejadian yang mungkin terjadi.

Unsur kunci pengembangan menuju rumah sakit yang aman adalah pengembangan dan penerapan indeks keamanan rumah sakit (*hospital safety index*)-alat diagnostik cepat serta murah untuk menilai kemungkinan bahwa rumah sakit akan tetap beroperasi dalam keadaan darurat dan bencana. Evaluasi tersebut menghasilkan informasi yang berguna mengenai kekuatan dan kelemahan rumah sakit serta akan menunjukkan tindakan yang diperlukan untuk memperbaiki kapasitas manajemen dan keamanan kerja dalam keadaan darurat serta bencana di rumah sakit.

Untuk mengukur kesiapsiagaan rumah sakit dalam menghadapi bencana maka rumah sakit agar melakukan *self assessment* dengan menggunakan *instrument hospital safety index* dari WHO tersebut. Dengan melakukan *self assessment* tersebut maka rumah sakit diharapkan dapat mengetahui kekurangan yang harus dipenuhi untuk menghadapi bencana.

Untuk menyiapkan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit dalam menghadapi bencana eksternal maka di Instalasi Gawat Darurat perlu ada ruang dekontaminasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan sebagai berikut:

- 1) ruangan ini ditempatkan di sisi depan/luar ruang gawat darurat atau terpisah dengan ruang gawat darurat;
- 2) pintu masuk menggunakan jenis pintu swing membuka ke arah dalam dan dilengkapi dengan alat penutup pintu otomatis;
- 3) bahan penutup pintu harus dapat mengantisipasi benturan-benturan brankar;
- 4) bahan penutup lantai tidak licin dan tahan terhadap air;
- 5) konstruksi dinding tahan terhadap air sampai dengan ketinggian 120 cm dari permukaan lantai;
- 6) ruangan dilengkapi dengan *sink* dan pancuran air (*shower*).

### **Elemen Penilaian MFK 6**

1. Rumah sakit mempunyai regulasi manajemen disaster meliputi butir 1 sampai dengan 8 pada maksud dan tujuan. (R)
2. Rumah sakit mengidentifikasi bencana internal dan eksternal yang besar seperti keadaan darurat di masyarakat, wabah dan bencana alam atau bencana lainnya, serta kejadian wabah besar yang dapat menyebabkan risiko yang signifikan. (D,W)
3. Rumah sakit telah melakukan *self assessment* kesiapan menghadapi bencana dengan menggunakan *hospital safety index* dari WHO. (D,W)
4. Instalasi gawat darurat telah mempunyai ruang dekontaminasi sesuai dengan butir 1 sampai dengan 6 pada maksud dan tujuan. (D,O,W)

### **Standar MFK 6.1**

Rumah sakit melakukan simulasi penanganan/menanggapi kedaruratan, wabah, dan bencana.

### **Maksud dan Tujuan MFK 6.1**

Program kesiapan menghadapi bencana diujicoba/disimulasikan:

1. melakukan simulasi tahunan secara menyeluruh di tingkat internal rumah sakit atau sebagai bagian dari simulasi di tingkat masyarakat;
2. simulasi terhadap unsur-unsur kritis rencana program dari butir 3 hingga 8 yang dilaksanakan setiap tahun.

Jika rumah sakit menghadapi kejadian bencana yang sebenarnya dan rumah sakit menjalankan program tersebut serta melakukan diskusi (*debriefing*) setelah kejadian maka situasi tersebut dapat mewakili atau setara dengan simulasi tahunan.

### **Elemen Penilaian MFK 6.1**

1. Seluruh program atau setidaknya elemen-elemen kritis program dari butir 3 sampai dengan 8 pada maksud dan tujuan MFK 6 disimulasikan setiap tahun. (D,W)
2. Pada akhir setiap simulasi dilakukan diskusi (*debriefing*) mengenai simulasi tersebut serta dibuat laporan dan tindak lanjut. (D,W)
3. Peserta simulasi adalah semua pegawai/staf rumah sakit, pegawai kontrak, dan pegawai dari *tenant*/penyewa lahan. (D,W)

## ❖ PROTEKSI KEBAKARAN (*FIRE SAFETY*)

### Standar MFK.7

Rumah sakit merencanakan dan menerapkan suatu program untuk pencegahan, penanggulangan bahaya kebakaran, serta penyediaan sarana jalan keluar yang aman dari fasilitas sebagai respons terhadap kebakaran dan keadaan darurat lainnya.

### Maksud dan Tujuan MFK 7

Rumah sakit harus waspada terhadap keselamatan kebakaran karena kebakaran adalah risiko yang selalu dapat terjadi di rumah sakit. Dengan demikian, setiap rumah sakit perlu merencanakan bagaimana agar penghuni rumah sakit aman apabila terjadi kebakaran termasuk bahaya dari asap. Rumah sakit perlu melakukan asesmen terus menerus untuk memenuhi regulasi keamanan kebakaran sehingga secara efektif dapat mengidentifikasi risiko dan meminimalkan risiko.

Asesmen risiko meliputi

- a) tekanan dan risiko lainnya di kamar operasi;
- b) sistem pemisahan (pengisolasian) dan kompartemenisasi pengendalian api dan asap;
- c) daerah berbahaya (dan ruang di atas langit-langit di seluruh area) seperti kamar linen kotor, tempat pengumpulan sampah, dan ruang penyimpanan oksigen;
- d) sarana jalan keluar/*exit*;
- e) dapur yang memproduksi dan peralatan masak;
- f) *laundry* dan linen;
- g) sistem tenaga listrik darurat dan peralatan;
- h) gas medis dan komponen sistem vakum.

Berdasar atas hasil asesmen risiko rumah sakit agar menyusun program untuk

- 1) pencegahan kebakaran melalui pengurangan risiko seperti penyimpanan dan penanganan bahan-bahan mudah terbakar secara aman, termasuk gas-gas medis yang mudah terbakar seperti oksigen;
- 2) penanganan bahaya yang terkait dengan konstruksi apapun di atau yang berdekatan dengan bangunan yang ditempati pasien;
- 3) penyediaan jalan keluar yang aman dan tidak terhalangi apabila terjadi kebakaran;
- 4) penyediaan sistem peringatan dini, deteksi dini seperti detektor asap, alarm kebakaran, dan patroli kebakaran (*fire patrols*); dan
- 5) penyediaan mekanisme pemadaman api seperti selang air, bahan kimia pemadam api (*chemical suppressants*), atau sistem *sprinkler*.

Penggabungan tindakan-tindakan tersebut saat terjadi kebakaran atau asap akan membantu memberi waktu yang memadai bagi pasien, keluarga pasien, staf, dan pengunjung untuk keluar dengan selamat dari fasilitas. Tindakan-tindakan tersebut harus efektif tanpa memandang usia, ukuran, maupun bentuk bangunan fasilitas. **Sebagai contoh**, rumah sakit kecil bertingkat satu dari batu bata akan menggunakan metode berbeda dari rumah sakit besar bertingkat banyak yang terbuat dari kayu.

### Elemen Penilaian MFK 7

1. Rumah sakit mempunyai program proteksi kebakaran (*fire safety*) yang memastikan bahwa semua penghuni rumah sakit selamat dari bahaya api, asap, atau keadaan darurat nonkebakaran lainnya meliputi butir 1 sampai dengan 5 yang ada pada maksud dan tujuan. (R)
2. Rumah sakit telah melakukan asesmen risiko kebakaran yang tertulis termasuk saat terdapat proyek pembangunan di dalam atau berdekatan dengan fasilitas rumah sakit meliputi butir 1 sampai dengan 8 pada maksud dan tujuan. (D,W)
3. Rumah sakit telah menindaklanjuti hasil asesmen risiko kebakaran. (D,O,W)
4. Rumah sakit mempunyai sistem deteksi dini (*smoke detector* dan *heat detector*) dan alarm kebakaran sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (O,W)
5. Rumah sakit mempunyai sistem kebakaran aktif yang meliputi *sprinkle*, APAR, hidran, dan pompa kebakaran sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (O,W)
6. Rumah sakit mempunyai jalur evakuasi yang aman dan bebas hambatan bila terjadi kebakaran serta kedaruratan bukan kebakaran. (O,W)

## Standar MFK 7.1

Rumah sakit menguji secara berkala rencana proteksi kebakaran dan asap termasuk semua alat yang terkait dengan deteksi dini dan pemadaman serta mendokumentasikan hasil ujinya.

### Maksud dan Tujuan MFK 7.1

Program proteksi kebakaran (*fire safety*) rumah sakit mengidentifikasi:

1. frekuensi dilakukan inspeksi, pengujian, serta pemeliharaan sistem pencegahan dan keselamatan kebakaran secara konsisten sesuai dengan persyaratan;
2. program evakuasi yang aman jika terjadi kebakaran atau asap;
3. proses pengujian setiap bagian dari program dalam setiap kurun waktu 12 bulan;
4. edukasi yang diperlukan bagi staf untuk melindungi dan mengevakuasi pasien secara efektif jika terjadi keadaan darurat.
5. partisipasi anggota staf dalam ujicoba/simulasi penanganan kebakaran minimal sekali tiap tahunnya.

Pengujian program dapat dicapai dengan beberapa metode. **Sebagai contoh**, rumah sakit dapat menugaskan 'komandan regu pemadam kebakaran' untuk setiap unit yang kemudian menanyakan secara acak kepada staf apa yang akan mereka lakukan bila terjadi kebakaran di unit mereka.

Kepada staf dapat diberikan pertanyaan-pertanyaan spesifik seperti

- Di mana letak katup penutup aliran oksigen?
- Jika harus menutup katup oksigen, bagaimana Anda merawat pasien yang membutuhkan oksigen?
- Di mana letak alat pemadam api di unit Anda?
- Bagaimana melaporkan kebakaran?
- Bagaimana melindungi pasien jika terjadi kebakaran? Bila perlu mengevakuasi pasien, proses apa yang harus diikuti?

Staf harus mampu menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut dengan tepat. Jika tidak, hal ini harus didokumentasikan dan rencana untuk pendidikan ulang perlu disusun. "Komandan Regu penanggulangan pemadam kebakaran" harus memiliki catatan orang-orang yang berpartisipasi. Salah satu bagian dari pengujian program juga dapat berupa ujian tertulis untuk staf mengenai penanganan kebakaran yang dilakukan oleh rumah sakit. Semua inspeksi, pengujian, dan pemeliharaan didokumentasikan. (lihat juga HPK 1.5)

### Elemen Penilaian MFK 7.1

1. Semua staf mengikuti latihan penanggulangan kebakaran minimal 1 (satu) kali dalam setahun. (lihat juga MFK 11-MFK 11.3). (D,W)
2. Staf dapat memperagakan bagaimana cara membawa pasien ke tempat aman dan demonstrasikan bagaimana cara menyelamatkan pasien. (S,W)
3. Sistem dan peralatan pemadam kebakaran diperiksa, diujicoba, dan dipelihara sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan didokumentasikan. (D,W)

### **Standar MFK 7.2**

Rumah sakit adalah kawasan tanpa rokok dan asap rokok sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

### **Maksud dan Tujuan MFK 7.2**

Sesuai dengan peraturan perundang-undangan, rumah sakit adalah kawasan tanpa rokok dan asap rokok, karena itu direktur rumah sakit agar membuat regulasi larangan merokok di rumah sakit termasuk larangan menjual rokok di rumah sakit.

Larangan merokok penting dilaksanakan di rumah sakit karena rumah sakit merupakan daerah yang berisiko terjadi kebakaran dan banyak bahan yang mudah terbakar di rumah sakit (misalnya gas oksigen).

Regulasi larangan merokok tidak hanya untuk staf rumah sakit, tetapi juga untuk pasien, keluarga, dan pengunjung. Rumah sakit secara berkala perlu melakukan monitoring pelaksanaan larangan merokok di lingkungan rumah sakit.

### **Elemen Penilaian MFK 7.2**

1. Rumah sakit mempunyai regulasi rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok dan asap rokok, serta larangan merokok bagi pasien, keluarga, pengunjung, dan staf termasuk larangan menjual rokok di lingkungan rumah sakit. (R)
2. Regulasi larangan merokok telah dilaksanakan dan dievaluasi. (D,O,W)

## **❖ PERALATAN MEDIS**

### **Standar MFK 8**

Rumah sakit merencanakan dan mengimplementasikan program untuk pemeriksaan, uji coba, serta pemeliharaan peralatan medis dan mendokumentasikan hasilnya.

### **Maksud dan Tujuan MFK 8**

Untuk menjamin peralatan medis dapat digunakan dan layak pakai maka rumah sakit perlu melakukan

- a) melakukan inventarisasi peralatan medis yang meliputi peralatan medis yang dimiliki oleh rumah sakit dan peralatan medis kerja sama operasional (KSO) milik pihak ketiga;
- b) melakukan pemeriksaan peralatan medis sesuai dengan penggunaan dan ketentuan pabrik;
- c) melaksanakan pemeliharaan preventif dan kalibrasi.

Staf yang kompeten melaksanakan kegiatan ini. Peralatan diperiksa dan diuji fungsi sejak masih baru dan seterusnya sesuai umur, penggunaan peralatan tersebut, atau sesuai dengan ketentuan pabrik. Pemeriksaan, hasil uji fungsi, dan setiap kali tindakan pemeliharaan didokumentasikan. Hal ini membantu memastikan kelangsungan proses pemeliharaan dan juga membantu bila menyusun rencana biaya untuk penggantian, perbaikan, peningkatan (*upgrade*), dan perubahan lain. (lihat juga AP 6.5, maksud dan tujuan)

Rumah sakit mempunyai proses identifikasi, penarikan dan pengembalian, atau pemusnahan produk dan peralatan medis yang ditarik kembali oleh pabrik atau pemasok. Ada kebijakan atau prosedur yang mengatur penggunaan setiap produk atau peralatan yang ditarik kembali (*under recall*).

### **Elemen Penilaian MFK 8**

1. Rumah sakit mempunyai regulasi pengelolaan peralatan medis yang digunakan di rumah sakit yang meliputi butir 1 sampai dengan 4 yang ada pada maksud dan tujuan. (lihat juga AP 5.4; EP 1; dan AP 6.5; EP 1). (R)
2. Ada daftar inventaris dan identifikasi risiko untuk seluruh peralatan medis yang digunakan di rumah sakit. (lihat juga AP 5.4; EP 3; dan AP 6.5; EP 4). (D,W)
3. Ada bukti peralatan medis diperiksa secara teratur. (lihat juga AP 5.4; EP 4; dan AP 6.5, EP 4). (D,O,W)
4. Peralatan medis diuji fungsi sejak baru dan sesuai dengan umur, penggunaan, dan rekomendasi pabrik. (lihat juga AP 5.4; EP 5; dan AP 6.5, EP 5). (D,W)
5. Ada program pemeliharaan preventif dan kalibrasi. (lihat juga AP 5.4; EP 6; dan AP 6.5, EP 6). (D,O,W)
6. Staf yang kompeten melaksanakan kegiatan ini. (D,W)

### **Standar MFK 8.1**

Rumah sakit memiliki sistem untuk memantau dan bertindak bila ada pemberitahuan peralatan medis yang berbahaya, *re-call*, laporan insiden, masalah, dan kegagalan.

### **Maksud dan Tujuan MFK 8.1**

Rumah sakit mencari informasi terkait dengan peralatan medis yang telah di-*re-call* dari sumber-sumber tepercaya. Rumah sakit memiliki sebuah sistem yang diterapkan untuk pemantauan dan pengambilan tindakan terhadap pemberitahuan mengenai peralatan medis yang berbahaya, *re-call* (cacat produksi), laporan insiden, masalah, dan kegagalan yang dikirimkan oleh produsen, pemasok atau agen yang mengatur. *Re-call* adalah penarikan kembali oleh produsen karena ada cacat.

Sejumlah negara mempersyaratkan pelaporan peralatan medis yang mengakibatkan kematian, cedera serius, atau penyakit. Rumah sakit harus mengidentifikasi dan mematuhi peraturan dan perundang-undangan yang berlaku dalam hal pelaporan insiden peralatan medis. Program pengelolaan peralatan medis membahas penggunaan semua peralatan medis yang sudah dilaporkan memiliki masalah atau kegagalan, atau alat dalam kondisi bahaya bila digunakan, atau dalam proses penarikan. (lihat juga AP 5.5 dan AP 6.5)

### **Elemen Penilaian MFK 8.1**

1. Rumah sakit mempunyai sistem pemantauan dan bertindak terhadap pemberitahuan mengenai peralatan medis yang berbahaya, *recall*/penarikan kembali, laporan insiden, masalah, dan kegagalan pada peralatan medis. (R)
2. Rumah sakit membahas pemberitahuan peralatan medis yang berbahaya, alat medis dalam penarikan (*under recall*), laporan insiden, serta masalah dan kegagalan pada peralatan medis. (D,W)
3. Rumah sakit telah melaporkan seluruh insiden keselamatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan bila terjadi kematian, cedera serius, atau penyakit yang disebabkan oleh peralatan medis. (D,W)

### **❖ SISTEM UTILITAS (SISTEM PENUNJANG)**

### **Standar MFK 9**

Rumah sakit menetapkan dan melaksanakan program untuk memastikan semua sistem utilitas (sistem pendukung) berfungsi efisien dan efektif yang meliputi pemeriksaan, pemeliharaan, dan perbaikan sistem utilitas.

### **Maksud dan Tujuan MFK 9**

Definisi utilitas adalah sistem dan peralatan untuk mendukung layanan penting bagi keselamatan pasien. Sistem utilitas sering disebut sistem penunjang. Sistem ini

mencakup jaringan listrik, air, ventilasi dan aliran udara, gas medik, perpipaan, uap panas, limbah, serta sistem komunikasi dan data. Sistem utilitas yang berfungsi efektif di semua tempat di rumah sakit menciptakan lingkungan asuhan pasien yang baik. Untuk memenuhi kebutuhan pasien, keluarga pasien, pengunjung, dan staf maka sistem utilitas harus dapat berfungsi efisien. Asuhan pasien rutin dan darurat berjalan selama 24 jam terus menerus, setiap hari, dalam waktu 7 hari dalam seminggu. Jadi, kesinambungan fungsi utilitas merupakan hal esensial untuk memenuhi kebutuhan pasien. Termasuk listrik dan air harus tersedia selama 24 jam terus menerus, setiap hari, dalam waktu 7 hari dalam seminggu.

Manajemen utilitas yang baik dapat menghasilkan sistem utilitas berjalan efektif dan mengurangi potensi risiko yang timbul. Sebagai contoh, kontaminasi berasal dari sampah di daerah persiapan makanan, kurangnya ventilasi di laboratorium klinik, tabung oksigen yang disimpan tidak terjaga dengan baik, kabel listrik bergelantungan, serta dapat menimbulkan bahaya. Untuk menghindari kejadian ini maka rumah sakit harus melakukan pemeriksaan berkala, pemeliharaan preventif, dan pemeliharaan lainnya. Sewaktu pengujian perhatian ditujukan pada komponen kritikal sistem (contoh, sakelar, *relay*/penyambung, dll.).

Karena itu, rumah sakit perlu regulasi pengelolaan sistem utilitas yang sekurang-kurangnya meliputi

- a) ketersediaan air dan listrik 24 jam setiap hari dan dalam waktu tujuh hari dalam seminggu secara terus menerus;
- b) membuat daftar inventaris komponen-komponen sistem utilitas, memetakan pendistribusiannya, dan melakukan *update* secara berkala;
- c) pemeriksaan, pemeliharaan, serta perbaikan semua komponen utilitas yang ada di daftar inventaris;
- d) jadwal pemeriksaan, testing, dan pemeliharaan semua sistem utilitas berdasar atas kriteria seperti rekomendasi dari pabrik, tingkat risiko, dan pengalaman rumah sakit;
- e) pelabelan pada tuas-tuas kontrol sistem utilitas untuk membantu pemadaman darurat secara keseluruhan atau sebagian.

### **Elemen Penilaian MFK 9**

1. Rumah sakit mempunyai sistem pemantauan dan bertindak terhadap pemberitahuan mengenai peralatan medis yang berbahaya, *recall*/penarikan kembali, laporan insiden, masalah, dan kegagalan pada peralatan medis. (R)
2. Rumah sakit membahas pemberitahuan peralatan medis yang berbahaya, alat medis dalam penarikan (*under recall*), laporan insiden, serta masalah dan kegagalan pada peralatan medis. (D,W)

3. Rumah sakit telah melaporkan seluruh insiden keselamatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan apabila terjadi kematian, cedera serius, atau penyakit yang disebabkan oleh peralatan medis. (D,W)

### **Standar MFK 9.1**

Dilakukan pemeriksaan, pemeliharaan, dan perbaikan sistem utilitas.

### **Maksud dan Tujuan MFK 9.1**

Rumah sakit harus mempunyai daftar inventaris lengkap sistem utilitas dan menentukan komponen yang berdampak pada bantuan hidup, pengendalian infeksi, pendukung lingkungan, dan komunikasi. Program manajemen utilitas menetapkan pemeliharaan utilitas untuk memastikan utilitas pokok/penting seperti air, listrik, sampah, ventilasi, gas medik, lift agar dijaga, diperiksa berkala, dipelihara, dan diperbaiki.

### **Elemen Penilaian MFK 9.1**

1. Rumah sakit mempunyai regulasi inventarisasi, pemeliharaan, dan inspeksi dengan kriteria yang ditentukan untuk sistem utilitas penting yang dilakukan secara berkala. (R)
2. Rumah sakit mempunyai daftar sistem utilitas di rumah sakit dan daftar sistem utilitas penting. (D,W)
3. Sistem utilitas dan komponen telah diinspeksi secara teratur/berdasar atas kriteria yang disusun rumah sakit. (D,O)
4. Sistem utilitas dan komponen diuji secara teratur berdasar atas kriteria yang sudah ditetapkan. (D,W)
5. Sistem utilitas dan komponen dipelihara berdasar atas kriteria yang sudah ditetapkan. (D,O)
6. Sistem utilitas dan komponen diperbaiki bila diperlukan. (D,O)

### **Standar MFK 9.2**

Sistem utilitas rumah sakit menjamin tersedianya air bersih dan listrik sepanjang waktu serta menyediakan sumber alternatif persediaan air dan tenaga listrik jika terjadi terputusnya sistem, kontaminasi, atau kegagalan.

### **Maksud dan Tujuan MFK 9.2**

Pelayanan pasien dilakukan selama 24 jam terus menerus, setiap hari dalam seminggu di rumah sakit. Rumah sakit mempunyai kebutuhan sistem utilitas yang berbeda-beda bergantung pada misi rumah sakit, kebutuhan pasien, dan sumber daya. Walaupun begitu, pasokan sumber air bersih dan listrik terus menerus sangat penting untuk memenuhi kebutuhan pasien. Rumah sakit harus melindungi pasien dan staf dalam keadaan darurat seperti jika terjadi kegagalan sistem, pemutusan, dan kontaminasi.

Sistem tenaga listrik darurat dibutuhkan oleh semua rumah sakit yang ingin memberikan asuhan kepada pasien tanpa putus dalam keadaan darurat. Sistem darurat ini memberikan cukup tenaga listrik untuk mempertahankan fungsi yang esensial dalam keadaan darurat dan juga menurunkan risiko terkait terjadi kegagalan. Tenaga listrik cadangan dan darurat harus dites sesuai dengan rencana yang dapat membuktikan beban tenaga listrik memang seperti yang dibutuhkan. Perbaikan dilakukan jika dibutuhkan seperti **menambah kapasitas listrik di area dengan peralatan baru.**

Mutu air dapat berubah mendadak karena banyak sebab, tetapi sebagian besar karena terjadi di luar rumah sakit seperti ada kebocoran di jalur suplai ke rumah sakit. Jika terjadi suplai air ke rumah sakit terputus maka persediaan air bersih darurat harus tersedia segera.

Untuk mempersiapkan diri terhadap keadaan darurat seperti ini, rumah sakit agar mempunyai regulasi yang antara lain meliputi

- a) mengidentifikasi peralatan, sistem, serta area yang memiliki risiko paling tinggi terhadap pasien dan staf (sebagai contoh, rumah sakit mengidentifikasi area yang membutuhkan penerangan, pendinginan (lemari es), **bantuan hidup/ventilator**, serta air bersih untuk membersihkan dan sterilisasi alat);
- b) **menyediakan air bersih dan listrik 24 jam setiap hari dan 7 hari seminggu;**
- c) menguji ketersediaan serta kehandalan sumber tenaga listrik dan air bersih darurat/pengganti/*back-up*;
- d) mendokumentasikan hasil-hasil pengujian;
- e) memastikan bahwa pengujian sumber alternatif air bersih dan listrik dilakukan setidaknya setiap 6 bulan atau lebih sering jika dipersyaratkan oleh peraturan perundang-undangan di daerah, rekomendasi produsen, atau kondisi sumber listrik dan air. Kondisi sumber listrik dan air yang mungkin dapat meningkatkan frekuensi pengujian mencakup
  - o perbaikan sistem air bersih yang terjadi berulang-ulang;
  - o sumber air bersih sering terkontaminasi;
  - o jaringan listrik yang tidak dapat diandalkan
  - o pemadaman listrik yang tidak terduga dan berulang-ulang.

## **Elemen Penilaian MFK 9.2**

1. Rumah sakit mempunyai regulasi sistem utilitas yang meliputi butir 1 sampai dengan 5 pada maksud dan tujuan. (R)
2. Air bersih harus tersedia selama 24 jam setiap hari, 7 hari dalam seminggu. (O,W)
3. Listrik tersedia 24 jam setiap hari, 7 hari dalam seminggu. (O,W)
4. Rumah sakit mengidentifikasi area dan pelayanan yang berisiko paling tinggi bila terjadi kegagalan listrik atau air bersih terkontaminasi atau terganggu. (D,W)
5. Rumah sakit berupaya mengurangi risiko bila hal itu terjadi (tata kelola risiko). (D,W)
6. Rumah sakit mempunyai sumber listrik dan air bersih alternatif dalam keadaan emergensi. (D,W,O)

### **Standar MFK 9.2.1**

Rumah sakit melakukan uji coba/uji beban sumber listrik dan sumber air alternatif.

### **Maksud dan Tujuan MFK 9.2.1**

Rumah sakit melakukan asesmen risiko dan meminimalisasi risiko kegagalan sistem utilitas di area-area tersebut.

Rumah sakit merencanakan tenaga listrik darurat (dengan menyiapkan genset) dan penyediaan sumber air bersih darurat untuk area-area yang membutuhkan. Untuk memastikan kapasitas beban yang dapat dicapai oleh unit genset apakah benar-benar mampu mencapai beban tertinggi maka pada waktu pembelian unit genset, dilakukan **Test Loading** dengan menggunakan alat yang bernama **Dummy Load**. Selain itu, rumah sakit melaksanakan uji coba sumber listrik alternatif sekurang-kurangnya 6 bulan sekali atau lebih sering bila diharuskan oleh peraturan perundang-undangan atau oleh kondisi sumber listrik. Jika sistem listrik darurat membutuhkan sumber bahan bakar maka jumlah tempat penyimpanan bahan bakar perlu dipertimbangkan. Rumah sakit dapat menentukan jumlah bahan bakar yang disimpan, kecuali ada ketentuan lain dari pihak berwenang.

### **Elemen Penilaian MFK 9.2.1**

1. Rumah sakit mempunyai regulasi uji coba sumber air bersih dan listrik alternatif sekurang-kurangnya 6 bulan sekali atau lebih sering bila diharuskan oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku atau oleh kondisi sumber air. (R)
2. Rumah sakit mendokumentasi hasil uji coba sumber air bersih alternatif tersebut. (D,W)

3. Rumah sakit mendokumentasi hasil uji sumber listrik alternatif tersebut. (D,W)
4. Rumah sakit mempunyai tempat dan jumlah bahan bakar untuk sumber listrik alternatif yang mencukupi. (O,W)

### **Standar MFK 9.3**

Rumah sakit melakukan pemeriksaan air bersih dan air limbah secara berkala sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan.

### **Maksud dan Tujuan MFK 9.3**

Seperti dijelaskan di MFK 9.2 dan MFK 9.2.1, mutu air rentan terhadap perubahan yang mendadak, termasuk perubahan di luar kontrol rumah sakit. Mutu air juga kritikal di dalam proses asuhan klinik seperti pada dialisis ginjal. Jadi, rumah sakit menetapkan proses monitor mutu air termasuk tes (pemeriksaan) biologik air yang dipakai untuk dialisis ginjal. Tindakan dilakukan jika mutu air ditemukan tidak aman.

Monitor dilakukan paling sedikit **3 bulan sekali** atau lebih cepat mengikuti peraturan perundang-undangan, kondisi sumber air, dan pengalaman yang lalu dengan masalah mutu air. Monitor dapat dilakukan oleh perorangan yang ditetapkan rumah sakit seperti staf dari laboratorium klinik, atau oleh dinas kesehatan, atau pemeriksa air pemerintah di luar rumah sakit yang kompeten untuk melakukan pemeriksaan seperti itu. Apakah diperiksa oleh staf rumah sakit atau oleh otoritas di luar rumah sakit maka tanggung jawab rumah sakit adalah memastikan pemeriksaan (tes) dilakukan lengkap dan tercatat dalam dokumen.

Karena itu, rumah sakit perlu mempunyai regulasi sekurang-kurangnya meliputi

- a) pelaksanaan monitoring mutu air bersih paling sedikit satu tahun sekali. Untuk pemeriksaan kimia minimal setiap 6 bulan atau lebih sering bergantung pada ketentuan peraturan perundang-undangan, kondisi sumber air, dan pengalaman sebelumnya dengan masalah mutu air. Hasil pemeriksaan didokumentasikan;
- b) pemeriksaan air limbah dilakukan setiap 3 bulan atau lebih sering bergantung pada peraturan perundang-undangan, kondisi sumber air, dan hasil pemeriksaan air terakhir bermasalah. Hasil pemeriksaan didokumentasikan;
- c) pemeriksaan mutu air yang digunakan untuk dialisis ginjal setiap bulan untuk menilai pertumbuhan bakteri dan endotoksin. Pemeriksaan tahunan untuk menilai kontaminasi zat kimia. Hasil pemeriksaan didokumentasikan.
- d) melakukan monitoring hasil pemeriksaan air dan perbaikan bila diperlukan.

### **Elemen Penilaian MFK 9.3**

1. Rumah sakit mempunyai regulasi sekurang-kurangnya meliputi butir 1 sampai dengan 4 pada maksud dan tujuan. (R)
2. Rumah sakit telah melakukan monitoring mutu air sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan terdokumentasi. (D,W)
3. Rumah sakit telah melakukan pemeriksaan air limbah sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan terdokumentasi. (D,W)
4. Rumah sakit telah melakukan pemeriksaan mutu air yang digunakan untuk dialisis ginjal yang meliputi pertumbuhan bakteri dan endotoksin serta kontaminasi zat kimia sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan terdokumentasi. (D,W)
5. Rumah sakit telah menindaklanjuti hasil pemeriksaan mutu air yang bermasalah dan didokumentasikan. (D,W)

#### ❖ **MONITORING PROGRAM MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN**

##### **Standar MFK 10**

Rumah sakit mengumpulkan data dari setiap program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan untuk mendukung rencana mengganti atau meningkatkan fungsi (*upgrade*) teknologi medik.

##### **Maksud dan Tujuan MFK 10**

Monitoring program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan melalui pengumpulan data dan analisisnya memberikan informasi yang dapat membantu rumah sakit mencegah masalah, menurunkan risiko, membuat keputusan sistem perbaikannya, serta membuat rencana untuk meningkatkan fungsi (*upgrade*) teknologi medik, peralatan, dan sistem utilitas. Persyaratan monitor untuk program manajemen fasilitas dikoordinasikan dengan persyaratan yang dijelaskan di Standar TKRS11. Data hasil monitoring dicatat di dokumen dan laporan setiap 3 bulan disampaikan kepada direktur rumah sakit.

##### **Elemen Penilaian MFK 10**

1. Rumah sakit mempunyai regulasi sistem pelaporan data insiden/kejadian/kecelakaan setiap program manajemen risiko fasilitas. (R)
2. Ada laporan data insiden/kejadian/kecelakaan setiap program manajemen risiko fasilitas dan sudah dianalisis. (D,W)
3. Hasil analisis sudah ditindaklanjuti dengan mengganti atau meningkatkan fungsi (*upgrade*) teknologi medis, peralatan, sistem, dan menurunkan risiko di lingkungan. (D,W,O)

4. Seorang atau lebih individu yang ditunjuk mengawasi pelaksanaan program manajemen risiko fasilitas telah membuat laporan kepada direktur rumah sakit setiap 3 bulan. (lihat juga MFK 3). (D,W)

## ❖ PENDIDIKAN STAF

### **Standar MFK 11**

Rumah sakit menyelenggarakan edukasi, pelatihan, serta tes (ujian) bagi semua staf tentang peranan mereka dalam menyediakan fasilitas yang aman dan efektif.

### **Maksud dan Tujuan MFK 11**

Staf rumah sakit merupakan sumber kontak utama dengan pasien, keluarga pasien, dan pengunjung. Dengan demikian, mereka perlu dibekali edukasi dan dilatih untuk menjalankan peran mereka dalam mengidentifikasi serta mengurangi risiko, melindungi orang lain dan diri mereka sendiri, serta menciptakan fasilitas yang aman dan terlindung. (lihat juga MFK 7.1, ME 1).

### **Elemen Penilaian MFK 11**

1. Rumah sakit mempunyai program pelatihan manajemen fasilitas dan keselamatan. (R)
2. Edukasi diadakan setiap tahun mengenai setiap komponen dari program manajemen fasilitas dan keselamatan untuk menjamin semua staf dapat melaksanakan tanggung jawabnya dengan efektif. (lihat juga AP 5.3; AP 6.3). (D,W)
3. Edukasi diikuti oleh pengunjung, supplier, pekerja kontrak, dan lain-lain sesuai dengan regulasi rumah sakit. (D,W)
4. Pengetahuan staf dites dan disimulasikan sesuai dengan peran mereka dalam setiap program manajemen fasilitas. Kegiatan pelatihan dan hasil pelatihan setiap staf didokumentasikan. (D,W)

### **Standar MFK 11.1**

Staf dilatih dan diberi pengetahuan peranan mereka dalam program rumah sakit untuk proteksi kebakaran, keamanan, dan penanggulangan bencana.

### **Maksud dan Tujuan MFK 11.1**

Setiap rumah sakit harus memutuskan sendiri jenis dan tingkat pelatihan bagi stafnya, kemudian melaksanakannya melalui program pendidikan dan pelatihan. Program dapat memuat misalnya diskusi kelompok, mencetak materi, orientasi bagi staf baru, atau bentuk lainnya untuk memenuhi kebutuhan rumah sakit. Program juga memuat proses dan prosedur pelaporan tentang risiko potensial, pelaporan insiden dan kecelakaan, serta penanganan bahan/barang berbahaya yang merupakan risiko pada dirinya sendiri dan lainnya.

### **Elemen Penilaian MFK 11.1**

1. Staf dapat menjelaskan dan/atau memperagakan peran mereka dalam menghadapi kebakaran. (W,S)
2. Staf dapat menjelaskan dan/atau memperagakan tindakan untuk menghilangkan, mengurangi/meminimalisir, atau melaporkan keselamatan, keamanan, dan risiko lainnya. (W,S)
3. Staf dapat menjelaskan dan/atau memperagakan tindakan, kewaspadaan, prosedur dan partisipasi dalam penyimpanan, penanganan dan pembuangan gas medis serta limbah B3. (W,S)
4. Staf dapat menjelaskan dan/atau memperagakan prosedur dan peran mereka dalam penanganan kedaruratan serta bencana internal atau eksternal (*community*). (W,S)

### **Standar MFK 11.2**

Staf dilatih untuk menjalankan dan memelihara peralatan medis dan sistem utilitas.

### **Maksud dan Tujuan MFK 11.2**

Staf yang bertanggung jawab menjalankan atau memelihara peralatan medik menerima pelatihan secara khusus. Pelatih dapat berasal dari rumah sakit, produsen teknologi, atau tenaga ahli sebagai narasumber pelatihan.

Rumah sakit membuat program dengan cara melakukan tes secara berkala pada staf tentang pengetahuannya soal prosedur darurat, proteksi kebakaran, respons terhadap B3 termasuk tumpahan bahan tersebut dan penggunaan teknologi medik berisiko terhadap pasien serta staf. Pengetahuan yang dimiliki peserta tes dapat dilakukan dengan berbagai cara seperti demonstrasi kelompok atau individual dan simulasi kejadian seperti kalau ada epidemi di masyarakat. Tes tertulis atau lewat komputer, serta mendokumentasikan peserta dan hasil tes.

### **Elemen Penilaian MFK 11.2**

1. Staf diberi pelatihan untuk menjalankan peralatan medis sesuai dengan uraian tugas dan dilakukan tes secara berkala. (D,W,S)

2. Staf diberi pelatihan untuk menjalankan sistem utilitas sesuai dengan uraian tugas dan dilakukan tes secara berkala. (D,W,S)
3. Staf diberi pelatihan untuk memelihara peralatan medis sesuai dengan uraian tugas dan dilakukan tes secara berkala. (D,W,S)
4. Staf diberi pelatihan untuk memelihara sistem utilitas sesuai dengan uraian tugas dan dilakukan tes secara berkala. (D,W,S)

## **BAB 5**

### **KOMPETENSI DAN KEWENANGAN STAF (KKS)**

#### **❖ PERENCANAAN**

##### **Standar KKS 1**

Pimpinan rumah sakit menetapkan perencanaan kebutuhan staf rumah sakit.

##### **Maksud dan Tujuan KKS 1**

Pimpinan unit layanan menetapkan persyaratan pendidikan, kompetensi, kewenangan, keterampilan, pengetahuan, dan pengalaman staf untuk memenuhi kebutuhan memberikan asuhan kepada pasien. Untuk menghitung jumlah staf yang dibutuhkan digunakan faktor sebagai berikut:

- a) misi rumah sakit;
- b) keragaman pasien yang harus dilayani, kompleksitas, dan intensitas kebutuhan pasien;
- c) layanan diagnostik dan klinis yang disediakan rumah sakit;
- d) volume pasien rawat inap dan rawat jalan;
- e) teknologi medis yang digunakan untuk pasien.

Rumah sakit memenuhi ketentuan peraturan perundang-undangan tentang syarat tingkat pendidikan, kompetensi, kewenangan, keterampilan, pengetahuan dan pengalaman untuk setiap anggota staf, serta ketentuan yang mengatur jumlah staf yang dibutuhkan di setiap unit layanan. (lihat juga PMKP 1; TKP 8)

##### **Elemen Penilaian KKS 1**

1. Ada penetapan perencanaan kebutuhan staf rumah sakit yang berdasar atas perencanaan strategis dan perencanaan tahunan sesuai dengan kebutuhan rumah sakit. (R)
2. Ada kejelasan hubungan antara perencanaan strategis, perencanaan tahunan, dan perencanaan kebutuhan staf. (D,W)
3. Ada bukti perencanaan kebutuhan staf berdasar atas kebutuhan tiap-tiap unit kerja khususnya unit kerja pelayanan. (D,W)

##### **Standar KKS 2**

Perencanaan kebutuhan staf rumah sakit terus menerus dimutakhirkan oleh pimpinan rumah sakit dengan menetapkan jumlah, jenis, kualifikasi yang meliputi pendidikan, kompetensi, pelatihan, dan pengalaman yang dibutuhkan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

##### **Standar KKS 2.1**

Rumah sakit melaksanakan evaluasi dan pemutakhiran terus menerus perencanaan kebutuhan staf rumah sakit.

### **Standar KKS 2.2**

Rumah sakit menetapkan jumlah staf rumah sakit berdasar atas kebutuhan tiap-tiap unit termasuk pengembangannya sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

### **Standar KKS 2.3**

Dalam perencanaan kebutuhan staf rumah sakit ditetapkan persyaratan pendidikan, keterampilan, pengetahuan, dan persyaratan lain dari seluruh staf rumah sakit. Setiap staf rumah sakit mempunyai uraian tugas, tanggung jawab, dan wewenang.

### **Standar KKS 2.4**

Perencanaan kebutuhan staf rumah sakit juga dengan mempertimbangkan penempatan atau penempatan kembali harus memperhatikan faktor kompetensi.

### **Maksud dan Tujuan KKS 2 sampai dengan KKS 2.4**

Perencanaan kebutuhan yang tepat dengan jumlah yang mencukupi adalah hal yang sangat penting bagi asuhan pasien termasuk keterlibatan rumah sakit dalam semua kegiatan pendidikan dan riset. Penempatan (*placement*) atau penempatan kembali (*replacement*) harus memperhatikan faktor kompetensi. Sebagai contoh, seorang perawat yang memiliki kompetensi hemodialisis tidak dirotasi ke rawat jalan lain.

Pimpinan unit layanan membuat rencana pola ketenagaan dengan menggunakan proses yang sudah diakui untuk menentukan jenjang kepegawaian. Perencanaan kepegawaian meliputi hal-hal sebagai berikut:

- a) penempatan kembali dari satu unit layanan ke lain unit layanan karena alasan kompetensi, kebutuhan pasien, atau kekurangan staf;
- b) mempertimbangkan keinginan staf untuk ditempatkan kembali karena alasan nilai-nilai, kepercayaan, dan agama;
- c) memenuhi ketentuan peraturan perundang-undangan.

Rencana dan pelaksanaan strategi dimonitor secara berkelanjutan dan diperbaharui jika dibutuhkan. Dilakukan proses koordinasi oleh pimpinan unit layanan untuk *update* perencanaan staf ini. (lihat juga TKP 7; TKP 9)

Setiap staf mempunyai tanggung jawab sesuai dengan uraian tugas dan fungsinya. Dalam hal ini kompetensi dan kewenangan menjadi dasar dalam menentukan penempatan, uraian pekerjaan, dan kriteria untuk evaluasi kinerja staf.

Uraian tugas juga diperlukan untuk tenaga kesehatan profesional jika

- a) seseorang yang bekerja terutama di bidang manajemen mempunyai uraian tugas jabatan dan uraian tugas fungsional. Contoh, dokter spesialis bedah merangkap sebagai Kepala Instalasi Kamar Operasi dan sebagai dokter bedah

harus mempunyai STR, SIP, SPK, RKK dan sebagai kepala instalasi kamar operasi mempunyai uraian tugas, wewenang, dan tanggung jawab;

- b) seseorang dalam program pendidikan dan bekerja di bawah supervisi maka program pendidikan menentukan apa yang boleh dan apa yang tidak boleh dikerjakan sesuai dengan tingkat pendidikannya;
- c) bagi mereka yang diizinkan menurut peraturan perundang-undangan melakukan praktik mandiri harus dilakukan proses untuk identifikasi dan memberikan wewenang melaksanakan praktik dengan dasar latar belakang pendidikan, kompetensi, pelatihan, dan pengalaman. (lihat juga KKS 9) Persyaratan standar ini berlaku untuk semua jenis staf yang harus ada uraian tugasnya. (contoh, penugasan penuh waktu, paruh waktu, dipekerjakan, sukarela, sementara, lihat juga PPI 1)

### **Elemen Penilaian KKS 2**

1. Ada kebijakan dan prosedur yang ditetapkan rumah sakit tentang pola ketenagaan dan kebutuhan jumlah staf sesuai dengan yang dijadikan dasar untuk menyusun perencanaan staf. Panduan mengatur penempatan dan penempatan kembali staf. (R)
2. Ada pelaksanaan pola ketenagaan secara kolaborasi dengan perencanaan staf yang meliputi jumlah, jenis, dan kualifikasi. (lihat juga AP 6.2).(D,W)
3. Ada pelaksanaan pengaturan penempatan dan penempatan kembali staf sesuai dengan panduan. (D,W)

### **Elemen Penilaian KKS 2.1**

1. Ada regulasi evaluasi dan pemutakhiran terus menerus pola ketenagaan. (R)
2. Ada pelaksanaan perencanaan staf yang efektif dan selalu dievaluasi berdasar atas kebutuhan. (D,W)
3. Ada revisi dan pembaharuan perencanaan staf bila dibutuhkan minimal 1 (satu) tahun sekali. (D,W)

### **Elemen Penilaian KKS 2.2**

1. Rumah sakit menetapkan jumlah staf rumah sakit dengan mempertimbangkan misi rumah sakit, keragaman pasien, jenis pelayanan, dan teknologi yang digunakan dalam asuhan pasien. (R)
2. Ada dokumen kebutuhan staf dari unit kerja masing-masing. (D,W)
3. Perencanaan jumlah staf juga mempertimbangkan rencana pengembangan pelayanan. (D,W)

### **Elemen Penilaian KKS 2.3**

1. Rumah sakit menetapkan pendidikan, keterampilan, dan pengetahuan disertai dengan penetapan uraian tugas, tanggung jawab, dan wewenang sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (lihat juga TKRS 3).(R)
2. Setiap nama jabatan ada persyaratan pendidikan, keterampilan, dan pengetahuan. (D,W)

3. Setiap staf rumah sakit memiliki uraian tugas, tanggung jawab, dan wewenang termasuk staf klinis yang melaksanakan tugas manajemen dan yang tidak diizinkan melakukan praktik mandiri. (D,W)

#### **Elemen Penilaian KKS 2.4**

1. Ada regulasi pengaturan penempatan kembali dari satu unit layanan ke lain unit layanan karena alasan kompetensi, kebutuhan pasien, atau kekurangan staf termasuk mempertimbangkan nilai-nilai, kepercayaan, dan agama staf. (R)
2. Ada dokumen perencanaan kebutuhan staf rumah sakit berdasar atas pengaturan penempatan kembali. (D,W)
3. Ada dokumen pengaturan penempatan kembali berdasar atas pertimbangan nilai kepercayaan dan agama. (D,W)

#### **Standar KKS 3**

Rumah sakit menetapkan dan melaksanakan proses rekrutmen, evaluasi, penempatan staf, dan prosedur lain.

#### **Maksud dan Tujuan KKS 3**

Rumah sakit menetapkan proses rekrutmen yang terpusat, efisien, dan terkoordinasi agar terlaksana proses yang seragam di seluruh rumah sakit. Kebutuhan rekrutmen berdasar atas rekomendasi jumlah dan kualifikasi staf yang dibutuhkan untuk memberikan layanan klinis kepada pasien dari pimpinan unit kerja.

#### **Elemen Penilaian KKS 3**

1. Ada regulasi proses rekrutmen staf. (lihat juga KRS 3.3).(R)
2. Proses rekrutmen dilaksanakan sesuai dengan regulasi. (D,W)
3. Proses rekrutmen dilaksanakan seragam. (D,W)

#### **Standar KKS 4**

Rumah sakit menetapkan proses seleksi untuk menjamin bahwa pengetahuan dan keterampilan staf klinis sesuai dengan kebutuhan pasien.

#### **Maksud dan Tujuan KKS 4**

Anggota staf klinis yang kompeten direkrut melalui proses yang seragam dengan proses rekrutmen staf lainnya. Proses ini menjamin bahwa pendidikan, kompetensi, kewenangan, keterampilan, pengetahuan, dan pengalaman staf klinis pada awalnya dan seterusnya dapat memenuhi kebutuhan pasien.

#### **Elemen Penilaian KKS 4**

1. Ada regulasi yang menetapkan proses seleksi untuk memastikan pengetahuan, keterampilan, dan kompetensi staf klinis sesuai dengan kebutuhan pasien. (R)

2. Proses seleksi dilaksanakan seragam sesuai dengan regulasi. (lihat juga TKRS 3.3). (D,W)
3. Anggota staf klinis baru dievaluasi pada saat mulai bekerja sesuai dengan tanggung jawabnya. (D,W)
4. Unit kerja menyediakan data yang digunakan untuk evaluasi kinerja staf klinis. (lihat TKRS 11.1). (D,W)
5. Evaluasi staf klinis dilakukan dan didokumentasikan secara berkala minimal 1 (satu) tahun sekali sesuai dengan regulasi. (lihat juga KKS 11). (D,W)

### **Standar KKS 5**

Rumah sakit menetapkan proses seleksi untuk menjamin bahwa pengetahuan dan keterampilan staf nonklinis sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan.

### **Maksud dan Tujuan KKS 5**

Anggota staf nonklinis yang kompeten direkrut melalui proses yang seragam dengan proses rekrutmen staf lainnya. Proses ini menjamin bahwa pendidikan, kompetensi, kewenangan, keterampilan, pengetahuan, dan pengalaman staf nonklinis pada awalnya dan seterusnya sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan.

Staf nonklinis meliputi seluruh tenaga yang tidak memberikan asuhan pasien secara langsung. Pimpinan unit menjabarkan kualifikasi staf nonklinis yang diperlukan dan memastikan bahwa staf nonklinis dapat memenuhi tanggung jawabnya sesuai dengan penugasannya. Semua staf disupervisi dan dievaluasi berkala untuk menjamin kontinuitas kompetensi di posisinya.

Rumah sakit mencari staf yang kompeten dan memenuhi kualifikasi staf nonklinis. Staf nonklinis meliputi seluruh tenaga yang tidak memberikan asuhan pasien secara langsung. Staf secara berkala dilakukan evaluasi untuk memastikan terpeliharanya kompetensi pada jabatan.

### **Elemen Penilaian KKS 5**

1. Ada regulasi yang menetapkan proses seleksi untuk memastikan pengetahuan, keterampilan, dan kompetensi staf nonklinis sesuai dengan kebutuhan rumah sakit. (R)
2. Proses seleksi staf nonklinis dilaksanakan seragam sesuai dengan regulasi. (D,W)
3. Anggota staf nonklinis baru dievaluasi pada saat mulai bekerja sesuai dengan tanggung jawabnya. (D,W)
4. Unit kerja melaksanakan evaluasi kinerja staf nonklinis. (D,W)
5. Evaluasi staf nonklinis dilakukan dan didokumentasikan secara berkala minimal satu tahun sekali sesuai dengan regulasi. (lihat juga KKS 11). (D,W)

## **Standar KKS 6**

Rumah sakit menyediakan dan memelihara *file* kepegawaian untuk setiap staf rumah sakit dan selalu diperbaharui.

### **Maksud dan Tujuan KKS 6**

Setiap staf rumah sakit mempunyai dokumen catatan memuat informasi tentang kualifikasi, pendidikan, pelatihan, kompetensi, uraian tugas, proses rekrutmen, riwayat pekerjaan, hasil evaluasi, dan penilaian kinerja individual tahunan.

*File* kepegawaian dibuat terstandar dan selalu diperbaharui sesuai dengan regulasi. (lihat juga KKS 9; KKS 13; dan KKS 15)

### **Elemen Penilaian KKS 6**

1. *File* kepegawaian memuat kualifikasi, pendidikan, pelatihan, dan kompetensi staf. (D,W)
2. *File* kepegawaian memuat uraian tugas anggota staf. (D,W)
3. *File* kepegawaian memuat proses rekrutmen staf. (D,W)
4. *File* kepegawaian memuat riwayat pekerjaan staf. (D,W)
5. *File* kepegawaian memuat hasil evaluasi dan penilaian kinerja staf. (D,W)
6. *File* kepegawaian memuat salinan sertifikat pelatihan di dalam maupun di luar RS. (D,W)
7. *File* kepegawaian selalu diperbaharui. (D,W)

## **❖ ORIENTASI**

### **Standar KKS 7**

Semua staf klinis dan nonklinis diberi orientasi di rumah sakit dan unit kerja tempat staf akan bekerja dan tanggung jawab spesifik pada saat diterima bekerja.

### **Maksud dan Tujuan KKS 7**

Keputusan untuk menempatkan seseorang sebagai staf rumah sakit dilakukan melalui berbagai proses. Agar dapat berperan dan berfungsi dengan baik, semua staf baru harus mengetahui dengan benar segala sesuatu tentang rumah sakit dan memahami tanggung jawab pekerjaan klinis atau nonklinis untuk mencapai misi rumah sakit. Hal ini dapat dicapai melalui orientasi umum dan orientasi khusus.

Orientasi umum tentang rumah sakit, mutu, keselamatan pasien, serta pencegahan dan pengendalian infeksi.

Orientasi khusus tentang unit kerja, uraian tugas, dan tanggung jawab dalam pekerjaannya. Demikian pula berlaku untuk staf kontrak, staf magang, dan peserta didik. (lihat juga PPI 11; IPPK 6; dan TKRS 9)

### **Elemen Penilaian KKS 7**

1. Ada regulasi yang menetapkan orientasi umum dan khusus bagi staf klinis dan nonklinis baru. (R)
2. Ada bukti staf klinis dan nonklinis baru diberikan orientasi umum dan khusus. (D,W)
3. Staf kontrak, magang, dan peserta didik mendapat pelatihan tentang orientasi umum dan khusus. (D,W)

### **❖ PENDIDIKAN DAN PELATIHAN**

#### **Standar KKS 8**

Setiap staf mengikuti pendidikan atau pelatihan di dalam atau di luar rumah sakit termasuk pendidikan profesi berkelanjutan untuk mempertahankan atau meningkatkan kompetensinya.

#### **Maksud dan Tujuan KKS 8**

Rumah sakit mengumpulkan data dari berbagai sumber untuk dapat memahami pendidikan dan pelatihan yang dibutuhkan oleh staf. Sumber data yang dapat digunakan adalah:

- a) hasil kegiatan pengukuran mutu dan keselamatan;
- b) monitor program manajemen fasilitas;
- c) penggunaan teknologi medis baru;
- d) keterampilan dan pengetahuan yang diperoleh melalui evaluasi kinerja;
- e) prosedur klinis baru;
- f) rencana memberikan layanan baru di kemudian hari.

Rumah sakit menentukan staf yang diharuskan menerima pendidikan berkelanjutan untuk mempertahankan kredibilitasnya. Rumah sakit juga menetapkan keharusan ada dokumen pelatihan staf yang dimonitor dan didokumentasikan. (lihat juga TKRS..)

Untuk mempertahankan kinerja staf, memberikan pendidikan keterampilan baru, dan memberi pelatihan tentang teknologi serta prosedur medis baru maka rumah sakit menyediakan fasilitas, pendidik, serta waktu untuk memberi pendidikan dan pelatihan di dalam dan di luar rumah sakit. Pelatihan ini harus sesuai dengan perkembangan kebutuhan pasien. Sebagai contoh, anggota staf medis menerima pelatihan pencegahan dan pengendalian infeksi, pengembangan praktik medis tingkat lanjut, budaya keselamatan pasien, atau teknologi medis baru. Hasil capaian pelatihan didokumentasikan dalam *file* kepegawaian.

Pimpinan rumah sakit membantu pelatihan di dalam rumah sakit dengan cara menyediakan ruangan, peralatan, waktu untuk program pendidikan dan pelatihan, serta biayanya.

Pelaksanaan pelatihan di dalam rumah sakit dilakukan juga agar dapat mendukung pengembangan profesional berkelanjutan. Teknologi informasi yang tersedia dapat membantu penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan. Pelatihan diatur sedemikian rupa agar tidak mengganggu pelayanan pasien.

### **Elemen Penilaian KKS 8**

1. Ada program pendidikan dan pelatihan berdasar atas sumber data yang meliputi butir 1 sampai dengan 6 pada maksud dan tujuan. (R)
2. Pendidikan dan pelatihan dilaksanakan sesuai dengan program. (D,W)
3. Staf rumah sakit diberi pendidikan dan pelatihan berkelanjutan di dalam dan di luar rumah sakit yang relevan untuk meningkatkan kemampuannya. (D,W)
4. Rumah sakit menyediakan waktu, anggaran, dan fasilitas untuk semua staf dalam berpartisipasi mengikuti pendidikan dan pelatihan yang diperlukan. (D,W)

### **Standar KKS 8.1**

Setiap staf yang memberikan asuhan kepada pasien dan staf yang ditentukan oleh rumah sakit dilatih dan dapat melaksanakan secara benar teknik resusitasi jantung paru.

### **Maksud dan Tujuan KKS 8.1**

Rumah sakit mengadakan pelatihan teknik resusitasi tingkat dasar untuk seluruh staf dan tingkat lanjut untuk staf yang telah ditentukan seperti staf kamar operasi, pelayanan intensif, dan gawat darurat. Pelatihan tersebut dilakukan ulang setiap dua tahun bila program pelatihan yang diakui tidak digunakan. Diharapkan agar staf yang mengikuti pelatihan dapat mencapai tingkat kompetensi yang ditentukan. (lihat juga PAP 3.2)

### **Elemen Penilaian KKS 8.1**

1. Ada regulasi yang menetapkan pelatihan teknik resusitasi jantung paru tingkat dasar pada seluruh staf dan tingkat lanjut bagi staf yang ditentukan oleh rumah sakit. (R)
2. Staf yang menjadi tim kode biru diberi latihan bantuan hidup lanjut. (D,W)
3. Ada bukti staf telah lulus dari pelatihan dan dapat memperagakan. (D,W,S)
4. Pelatihan untuk setiap staf diulang sesuai dengan program atau minimal dua tahun sekali. (D,W)

### **Standar KKS 8.2**

Rumah sakit menyelenggarakan pelayanan kesehatan dan keselamatan staf.

## **Maksud dan Tujuan KKS 8.2**

Staf rumah sakit mempunyai risiko terpapar infeksi karena pekerjaannya yang langsung dan tidak langsung kepada pasien. Pelayanan kesehatan dan keselamatan staf merupakan hal penting bagi rumah sakit untuk menjaga kesehatan fisik, kesehatan mental, kepuasan, produktivitas, dan keselamatan staf dalam bekerja. Karena hubungan staf dengan pasien dan kontak dengan bahan infeksius maka banyak petugas kesehatan berisiko terpapar penularan infeksi. Identifikasi sumber infeksi berdasar atas epidemiologi sangat penting untuk menemukan staf yang berisiko terpapar infeksi. Pelaksanaan program pencegahan serta skrining seperti imunisasi, vaksinasi, dan profilaksis dapat menurunkan secara signifikan insiden infeksi penyakit menular. (lihat juga PPI.5)

Staf rumah sakit juga dapat mengalami kekerasan di tempat kerja. Anggapan bahwa kekerasan tidak terjadi di rumah sakit tidak sepenuhnya benar mengingat jumlah tindak kekerasan di rumah sakit semakin meningkat. Untuk itu rumah sakit diminta menyusun program pencegahan kekerasan. (lihat juga TKRS 13)

Kesehatan dan keselamatan staf harus menjadi bagian dari program mutu dan keselamatan pasien rumah sakit. Cara rumah sakit melakukan orientasi dan pelatihan staf, penyediaan lingkungan kerja yang aman, pemeliharaan peralatan dan teknologi medis, pencegahan atau pengendalian infeksi terkait perawatan kesehatan (*health care-associated infections*), serta beberapa faktor lainnya menentukan kesehatan dan kesejahteraan staf. (lihat juga PCI 5.1; EP 2) Program kesehatan dan keselamatan staf dapat berada di dalam rumah sakit atau diintegrasikan ke dalam program eksternal. Dalam pelaksanaan program kesehatan dan keselamatan maka staf harus memahami

- cara pelaporan dan mendapatkan pengobatan, menerima konseling, dan menangani cedera yang mungkin terjadi akibat tertusuk jarum suntik, terpapar penyakit menular, atau mendapat kekerasan di tempat kerja;
- identifikasi risiko dan kondisi berbahaya di rumah sakit;
- masalah kesehatan dan keselamatan lainnya.

Program tersebut dapat juga mencakup skrining kesehatan awal saat penerimaan pegawai, imunisasi pencegahan, dan pemeriksaan kesehatan berkala serta tata laksana kondisi terkait pekerjaan yang umum dijumpai seperti cedera punggung atau cedera lain yang lebih darurat.

Penyusunan program mempertimbangkan masukan dari staf serta penggunaan sumber daya klinis yang ada di rumah sakit dan di komunitas.

## **Elemen Penilaian KKS 8.2**

1. Ada regulasi kesehatan dan keselamatan staf serta penanganan kekerasan di tempat kerja. (R)

2. Berdasar atas epidemiologi penyakit infeksi maka rumah sakit mengidentifikasi risiko staf terpapar atau tertular serta melaksanakan pemeriksaan kesehatan dan vaksinasi. (lihat juga PPI 5). (D,W)
3. Rumah sakit melaksanakan evaluasi, memberikan konseling, dan tindak lanjut kepada staf yang terpapar penyakit infeksi serta dikoordinasikan dengan program pencegahan dan pengendalian infeksi. (lihat juga PPI 5). (D,W)
4. Rumah sakit mengidentifikasi area yang berpotensi terjadi kekerasan di tempat kerja dan melaksanakan upaya yang terukur untuk mengurangi risiko tersebut. (D,O,W)
5. Rumah sakit melaksanakan evaluasi, memberikan konseling, dan melaksanakan tindak lanjut terhadap staf yang cedera akibat kekerasan di tempat kerja. (D,W)
6. Kejadian staf terpapar infeksi dan mengalami kekerasan dicatat serta didokumentasikan. (D,W)

## ❖ MENENTUKAN PENUGASAN STAF MEDIS

### **Standar KKS 9**

Rumah sakit menyelenggarakan pengumpulan dokumen kredensial dari anggota staf medis yang diberi izin memberikan asuhan kepada pasien secara mandiri.

### **Standar KKS 9.1**

Rumah sakit melaksanakan verifikasi terkini terhadap pendidikan, registrasi, izin, pengalaman, dan lainnya dalam kredensialing staf medis.

### **Standar KKS 9.2**

Rumah sakit melaksanakan proses seragam dan transparan untuk menentukan penerimaan staf medis.

### **Maksud dan Tujuan KKS 9 sampai KKS 9.2**

Istilah yang digunakan di standar dijelaskan sebagai berikut:

Kredensial adalah proses evaluasi oleh suatu rumah sakit terhadap seorang staf medis untuk menentukan apakah yang bersangkutan layak diberi penugasan klinis dan kewenangan klinis untuk menjalankan asuhan/tindakan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit tersebut untuk periode tertentu.

Dokumen kredensial adalah dokumen yang dikeluarkan oleh badan resmi untuk menunjukkan bukti telah dipenuhinya persyaratan seperti ijazah dari fakultas kedokteran, surat tanda registrasi, izin praktik, *fellowship*, atau bukti pendidikan dan pelatihan yang telah mendapat pengakuan dari organisasi profesi kedokteran. Dokumen ini harus diverifikasi dari sumber utama yang mengeluarkan dokumen. Dokumen kredensial dapat juga diperoleh dari rumah sakit, perorangan,

badan hukum yang terkait dengan riwayat profesional, atau riwayat kompetensi dari pelamar seperti surat rekomendasi, semua riwayat pekerjaan sebagai staf medis di tempat kerja yang lalu, catatan asuhan klinis yang lalu, riwayat kesehatan, dan foto. Dokumen ini akan diminta rumah sakit sebagai bagian dari proses kredensial dan ijazah serta STR harus diverifikasi ke sumber utamanya. Syarat untuk verifikasi kredensial disesuaikan dengan posisi pelamar. Sebagai contoh, pelamar untuk kedudukan kepala departemen/unit layanan di rumah sakit dapat diminta verifikasi terkait jabatan dan pengalaman administrasi di masa lalu. Juga untuk posisi staf medis di rumah sakit dapat diminta verifikasi riwayat pengalaman kerja beberapa tahun yang lalu.

Staf medis adalah semua dokter dan dokter gigi yang memberikan layanan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, bedah, atau layanan medis/gigi lain kepada pasien, atau yang memberikan layanan interpretatif terkait pasien seperti patologi, radiologi, laboratorium, serta memiliki surat tanda registrasi dan surat izin praktik.

Verifikasi adalah sebuah proses untuk memeriksa validitas dan kelengkapan kredensial dari sumber yang mengeluarkan kredensial. Proses dapat dilakukan ke-fakultas/rumah sakit/perhimpunan di dalam maupun di luar negeri melalui email/surat konvensional/pertanyaan *on line*/atau melalui telepon. Verifikasi dengan email maka alamat email harus sesuai dengan alamat email yang ada pada *website* resmi universitas/rumahsakit/perhimpunan profesi tersebut dan bila melalui surat konvensional harus dengan pos tercatat.

Kredensial adalah sebuah proses memeriksa dokumendari pelamar, wawancara, dan ketentuan lain sesuai dengan kebutuhan rumah sakit untuk memutuskan apakah seorang memenuhi syarat diberi rekomendasi kewenangan klinis untuk memberikan asuhan pasien yang dibutuhkan pasien. Untuk pelamar baru, informasi yang diperiksa terutama berasal dari sumber luar.

Rekredensial merupakan sebuah proses kredensial ulang setiap 3 tahun. Dokumen kredensial dan rekredensial meliputi

- a. STR, izin praktik yang masih berlaku;
- b. *file* pelanggaran etik atau disiplin termasuk informasi dari sumber luar seperti dari MKEK dan MKDKI;
- c. rekomendasi mampu secara fisik maupun mental memberikan asuhan kepada pasien tanpa supervisi dari profesi dokter yang ditentukan;
- d. bila staf medis mengalami gangguan kesehatan, kecacatan tertentu, atau proses penuaan yang menghambat pelaksanaan kerja maka kepada yang bersangkutan dilakukan penugasan klinis ulang;
- e. jika seorang anggota staf medis mengajukan kewenangan baru terkait pelatihan spesialisasi canggih atau subspecialisasi maka dokumen kredensial harus segera diverifikasi dari sumber yang mengeluarkan sertifikat tersebut. Keanggotaan staf medis mungkin tidak dapat diberikan jika rumah sakit tidak

mempunyai teknologi medis khusus untuk mendukung kewenangan klinis tertentu. Sebagai contoh, seorang nefrolog melamar untuk memberikan layanan dialisis di rumah sakit bila rumah sakit tidak memiliki pelayanan ini maka kewenangan klinis untuk melakukan haemodialisis tidak dapat diberikan.

### **Elemen Penilaian KKS 9**

1. Proses penerimaan, kredensial, penilaian kinerja, dan rekredensial staf medis diatur dalam peraturan internal staf medis (*medical staf bylaws*). (R)
2. Setiap dokter yang memberikan pelayanan di rumah sakit wajib menandatangani perjanjian sesuai dengan regulasi rumah sakit. (lihat juga TKRS 6 EP 4). (D,W)
3. Ada proses kredensial dan pemberian kewenangan klinis oleh rumah sakit untuk pelayanan diagnostik, konsultasi, dan tata laksana yang diberikan oleh dokter praktik mandiri dari luar rumah sakit seperti kedokteran jarak jauh (*telemedicine*), radiologi jarak jauh (*teleradiology*), dan interpretasi untuk pemeriksaan diagnostik lain: elektrokardiogram (EKG), elektroensefalogram (EEG), elektromiogram (EMG), serta pemeriksaan lain yang serupa. (lihat juga TKRS 6.2 EP 2). (D,W)

### **Elemen Penilaian KKS 9.1**

1. Ada bukti dilaksanakan verifikasi dari sumber utama terhadap kredensial terkait pendidikan, izin/sertifikat, dan kredensial lain sesuai dengan peraturan perundang-undangan atau yang dikeluarkan oleh instansi pendidikan atau organisasi profesional yang diakui. (D,W)
2. Ada bukti dilaksanakan kredensial tambahan dari sumber yang mengeluarkan kredensial apabila staf medis meminta kewenangan klinis canggih atau subspecialisasi. (D,W)

### **Elemen Penilaian KKS 9.2**

1. Pengangkatan staf medis dibuat berdasar atas kebijakan rumah sakit dan konsisten dengan populasi pasien rumah sakit, misi, dan pelayanan yang diberikan untuk memenuhi kebutuhan pasien.
2. Pengangkatan tidak dilakukan sampai setidaknya izin/surat tanda registrasi sudah diverifikasi dari sumber primer dan anggota staf medis kemudian melakukan pelayanan perawatan pasien di bawah supervisi sampai semua kredensial yang disyaratkan undang-undang dan peraturan sudah diverifikasi dari sumber asli.
3. Untuk staf medis yang belum mendapatkan kewenangan mandiri, dilakukan metode supervisi, frekuensi supervisi, dan supervisor yang ditunjuk didokumentasikan di arsip kredensial individu tersebut.

## **❖ PEMBERIAN KEWENANGAN KLINIS STAF MEDIS**

## **Standar KKS 10**

Rumah sakit menetapkan proses yang seragam, objektif, dan berdasar bukti (*evidence based*) untuk memberikan wewenang kepada staf medis untuk menerima, menangani, dan memberikan layanan klinis kepada pasien sesuai dengan kualifikasinya.

### **Maksud dan Tujuan KKS 10**

Penentuan kompetensi seorang anggota staf medis terkait keputusan tentang layanan klinis yang diizinkan sering disebut dengan istilah pemberian kewenangan klinis dan penentuan ini merupakan keputusan yang sangat kritis bagi rumah sakit untuk melindungi keselamatan pasien dan juga mengembangkan mutu.

Pertimbangan pemberian kewenangan klinis pada penugasan (*appointment*) pertama adalah sebagai berikut:

- a. keputusan tentang kewenangan klinis yang akan diberikan kepada seorang staf medis didasarkan terutama atas informasi dan dokumentasi yang diterima dari sumber luar rumah sakit. Sumber luar ini dapat berasal dari program pendidikan spesialis, surat rekomendasi dari penempatan sebagai staf medis yang lalu, atau dari organisasi profesi, kolega dekat, dan setiap data informasi yang mungkin diberikan kepada rumah sakit. Secara umum, sumber informasi ini terpisah dari yang diberikan oleh institusi pendidikan seperti program dokter spesialis, tidak diverifikasi dari sumber kecuali ditentukan lain oleh kebijakan rumah sakit, paling sedikit area kompetensi sudah dapat dianggap benar. Evaluasi praktik profesionalnya akan menjadi bahan validasi tentang kebenaran anggapan kompetensi ini. (KKS 11)
- b. program pendidikan spesialis menentukan dan membuat daftar secara umum tentang kompetensinya di area diagnosis dan tindakan profesi dan Konsil kedokteran Indonesia mengeluarkan standar kompetensi atau kewenangan klinis. Perhimpunan profesi lain membuat daftar secara detail jenis/tindak medis yang dapat dipakai sebagai acuan dalam proses pemberian kewenangan klinis;
- c. di idalam setiap area spesialisasi proses untuk merinci kewenangan ini seragam;
- d. verifikasi peran administrasi ini;
- e. seorang dokter dengan spesialisasi yang sama dimungkinkan memiliki kewenangan klinis berbeda yang disebabkan oleh perbedaan pendidikan dan pelatihan tambahan, pengalaman, atau hasil kinerja yang bersangkutan selama bekerja, serta kemampuan motoriknya;
- f. keputusan kewenangan klinis dirinci dan akan direkomendasikan kepada pimpinan rumah sakit dalam sebuah area spesialisasi terkait dengan proses lain, di antaranya:
- g. Penilaian kinerja staf medis berkelanjutan setiap tahun yang dikeluarkan oleh rumah sakit yang berisi jumlah pasien per penyakit/tindakan yang ditangani per tahun, rerata lama dirawat, serta angka kematiannya. Angka

- ILO dan kepatuhan terhadap PPK meliputi penggunaan obat, penunjang diagnostik, darah, produk darah, dan lainnya;
- h. hasil evaluasi praktik profesional berkelanjutan (OPPE) dan terfokus (FPPE);
  - i. hasil pendidikan dan pelatihan tambahan dari pusat pendidikan, kolegium, perhimpunan profesi, dan rumah sakit yang kompeten mengeluarkan sertifikat;
  - j. untuk kewenangan tambahan pada pelayanan risiko tinggi maka rumah sakit menentukan area pelayanan risiko tinggi seperti prosedur *cathlab*, penggantian sendi lutut dan panggul, pemberian obat kemoterapi, obat radioaktif, obat anestesi, dan lainnya. Prosedur dengan risiko tinggi tersebut maka staf medis dapat diberikan kewenangan klinis secara khusus. Prosedur risiko tinggi, obat-obat, atau layanan yang lain ditentukan di kelompok spesialisasi dan dirinci kewenangannya secara jelas. Beberapa prosedur mungkin digolongkan berisiko tinggi disebabkan oleh peralatan yang digunakan seperti dalam kasus penggunaan robot atau penggunaan tindakan dari jarak jauh melalui komputer. Juga pemasangan implan yang memerlukan kalibrasi, presisi, dan monitor jelas membutuhkan kewenangan klinis secara spesifik. (periksa juga LAB 7.4);
  - k. kewenangan klinis tidak dapat diberikan jika rumah sakit tidak mempunyai peralatan khusus atau staf khusus untuk mendukung pelaksanaan kewenangan klinis. Sebagai contoh, seorang nefrolog kompeten melakukan dialisis atau kardiolog kompeten memasang sten tidak dapat diberi kewenangan klinis jika rumah sakit tidak memilikinya.  
Catatan: jika anggota staf medis juga mempunyai tanggung jawab administrasi seperti ketua kelompok staf medis (KSM), administrator rumah sakit, atau posisi lain maka tanggung jawab peran ini diuraikan di uraian tugas atau *job description*. (lihat juga KKS1.1) Rumah sakit menetapkan sumber utama untuk memverifikasi peran administrasi ini.

Proses pemberian rincian kewenangan klinis.

- i. Terstandar, objektif, berdasar atas bukti (*evidence based*).
- ii. Terdokumentasi di kebijakan rumah sakit.
- iii. Aktif dan berkelanjutan mengikuti perubahan kredensial staf medis.
- iv. Diikuti semua lapisan keanggotaan staf medis.
- v. Dapat dibuktikan bahwa prosedur yang digunakan efektif.

Surat penugasan klinis dan rincian kewenangan klinis tersedia dan diumumkan kepada setiap staf medis serta ke semua unit pelayanan.

Surat penugasan klinis dan rincian kewenangan klinis tersedia dalam bentuk tercetak maupun elektronik (*softcopy*) pada semua unit pelayanan untuk menjawab pertanyaan dari berbagai pihak termasuk pasien, apakah seorang staf medis berwenang melakukan tindakan klinis tertentu. (lihat juga TKP 5.2; KKS 3)

## Elemen Penilaian KKS 10

1. Direktur menetapkan kewenangan klinis setelah mendapat rekomendasi dari Komite Medik termasuk kewenangan tambahan. (R)
2. Ada bukti pemberian kewenangan klinis berdasar atas rekomendasi kewenangan klinis dari Komite Medik. (D,W)
3. Ada bukti pelaksanaan pemberian kewenangan tambahan setelah melakukan verifikasi dari sumber yang mengeluarkan kredensial. (D,W)
4. Surat penugasan klinis dan rincian kewenangan klinis anggota staf medis dalam bentuk tercetak atau elektronik (*softcopy*) atau media lain tersedia di semua unit pelayanan (contoh, kamar operasi, unit darurat, *nurse station*) tempat anggota staf medis tersebut memberikan pelayanan. (D,W)
5. Setiap anggota staf medis hanya memberikan pelayanan spesifik yang ditentukan oleh rumah sakit. (D,W)

## ❖ MONITORING DAN EVALUASI BERKELANJUTAN ANGGOTA STAF MEDIS

### Standar KKS 11

Rumah sakit melaksanakan proses yang seragam untuk melaksanakan evaluasi mutu dan keselamatan asuhan pasien yang diberikan oleh setiap anggota staf medis.

### Maksud dan Tujuan KKS 11

Penjelasan dari istilah yang dimuat di standar ini sebagai berikut:

Monitoring dan evaluasi berkelanjutan

Monitoring dan evaluasi adalah proses dengan kegiatan terus menerus mengumpulkan dan menganalisis data serta informasi tentang sikap, perkembangan profesional, dan hasil dari layanan klinis anggota staf medis. Pimpinan medik/unit layanan bersama komite medis bertanggungjawab untuk mengintegrasikan data dan informasi tentang staf medis dan mengambil tindakan bilamana diperlukan. Tindakan segera, dapat dalam bentuk nasehat menempatkan kewenangan tertentu di bawah supervisi, pembatasan kewenangan, atau tindakan lain untuk membatasi risiko terhadap pasien, dan untuk meningkatkan mutu serta keselamatan pasien. Tindakan yang lebih lama adalah menggabungkan data dan informasi menjadi rekomendasi terkait kelanjutan keanggotaan staf medis dan kewenangan klinis. Proses ini berlangsung paling kurang 3 tahun. Tindakan lain mungkin memberi tahu anggota staf medis yang lain tentang sikap dan hasil layanan klinis yang ada buktinya di data dan informasi dari anggota staf medis.

Monitor dan evaluasi berkelanjutan staf medis menghasilkan informasi kritikal dan penting terhadap proses mempertahankan keanggotaan staf medis dan proses pemberian kewenangan klinis. (lihat juga KKS 9 dan KKS 9.2). Walaupun dibutuhkan 3 tahun untuk memperpanjang keanggotaan staf medis dan kewenangan kliniknya, prosesnya dimaksudkan berlangsung sebagai proses berkelanjutan dan dinamis.

Masalah mutu dan insiden keselamatan pasien dapat terjadi jika isu kinerja klinis anggota staf medis tidak dikomunikasikan dan dilakukan tindakan.

Proses monitor dan evaluasi berkelanjutan dimaksudkan untuk

- 1) meningkatkan praktik individual terkait mutu dan asuhan pasien yang aman;
- 2) digunakan sebagai dasar mengurangi variasi di dalam KSM (kelompok staf medis)/unit layanan dengan cara membandingkan antara kolega, penyusunan PPK (panduan praktik klinis), dan *clinical pathway*;
- 3) digunakan sebagai dasar memperbaiki kinerja kelompok staf medis/unit layanan dengan cara membandingkan acuan praktik di luar rumah sakit, publikasi riset, dan indikator kinerja klinis nasional bila tersedia.

Monitoring dan evaluasi berkelanjutan dari staf medis memuat 3 (tiga) area umum, yaitu perilaku, pengembangan profesional, dan kinerja klinis.

#### Perilaku

Anggota staf medis ialah model atau mentor dalam menumbuhkan budaya aman (*safety culture*) di rumah sakit. Budaya aman ditandai dengan partisipasi penuh semua staf untuk melaporkan bila ada insiden keselamatan pasien tanpa ada rasa takut untuk melaporkan dan disalahkan (*no blame culture*). Budaya aman juga sangat menghormati satu sama lain, antarkelompok profesional, dan tidak terjadi sikap saling mengganggu. Umpan balik staf dalam bentuk survei atau mekanisme lain dapat membentuk sikap dan perilaku yang diharapkan dapat mendukung anggota staf menjadi model untuk menumbuhkan budaya aman.

Evaluasi perilaku memuat:

- a) evaluasi apakah seorang staf medis mengerti dan mendukung kode etik dan disiplin profesi dan rumah sakit serta dilakukan identifikasi perilaku yang dapat atau tidak dapat diterima maupun perilaku yang mengganggu;
- b) tidak ada laporan dari anggota staf medis tentang perilaku yang dianggap tidak dapat diterima atau mengganggu;
- c) mengumpulkan, analisis, serta menggunakan data dan informasi berasal dari survei staf serta survei lainnya tentang budaya aman di rumah sakit.

Proses monitoring dan evaluasi berkelanjutan harus dapat mengenali hasil pencapaian, pengembangan potensial terkait kewenangan klinis dari anggota staf medis, dan layanan yang diberikan. Evaluasi perilaku dilaksanakan secara kolaboratif antara subkomite etik dan disiplin, manajer SDM, manajer pelayanan, dan kepala unit kerja.

#### Pengembangan Profesional

- a) Anggota staf medis berkembang dengan menerapkan teknologi baru dan pengetahuan klinis baru. Setiap anggota staf medis dari segala tingkatan akan merefleksikan perkembangan dan perbaikan pelayanan kesehatan dan praktik profesional sebagai berikut:

- b) Asuhan pasien, penyediaan asuhan penuh kasih, tepat dan efektif dalam promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan penyakit, dan asuhan di akhir hidup. Alat ukurnya adalah layanan preventif dan laporan dari pasien serta keluarga. (lihat juga HPK 3)
- c) Pengetahuan medik/klinik termasuk pengetahuan biomedik, klinis, epidemiologi, ilmu pengetahuan sosial budaya, dan pendidikan kepada pasien. Alat ukurnya adalah penerapan panduan praktik klinis (*clinical practice guidelines*) termasuk revisi pedoman hasil pertemuan profesional dan publikasi. (lihat juga TKP 11.2)
- d) Praktik belajar berdasar bukti (*practice-based learning*) dan pengembangan, penggunaan bukti ilmiah dan metode pemeriksaan, evaluasi, serta perbaikan asuhan pasien berkelanjutan berdasar atas evaluasi dan belajar terus menerus (contoh alat ukur survei klinis, memperoleh kewenangan berdasar atas studi dan keterampilan klinis baru, dan partisipasi penuh pada pertemuan ilmiah).
- e) Kepandaian berkomunikasi antarpersonal termasuk menjaga dan meningkatkan pertukaran informasi dengan pasien, keluarga pasien, dan anggota tim layanan kesehatan yang lain (contoh, partisipasi aktif di ronde ilmiah, konsultasi tim, dan kepemimpinan tim).
- f) Profesionalisme, janji mengembangkan profesionalitas terus menerus, praktik etik, pengertian terhadap perbedaan, serta perilaku bertanggung jawab terhadap pasien, profesi, dan masyarakat (contoh, alat ukur: pendapat pimpinan di staf medis terkait isu klinis dan isu profesi, aktif membantu diskusi panel tentang etik, ketepatan waktu pelayanan di rawat jalan maupun rawat inap, dan partisipasi di masyarakat).
- g) Praktik berbasis sistem, serta sadar dan tanggap terhadap jangkauan sistem pelayanan kesehatan yang lebih luas (contoh alat ukur: pemahaman terhadap regulasi rumah sakit yang terkait dengan tugasnya seperti sistem asuransi medis, asuransi kesehatan (JKN), sistem kendali mutu, dan biaya. Peduli pada masalah resistensi antimikrob).
- h) Mengelola sumber daya, memahami pentingnya sumber daya dan berpartisipasi melaksanakan asuhan yang efisien, serta menghindari penyalahgunaan pemeriksaan untuk diagnostik dan terapi yang tidak ada manfaatnya bagi pasien serta meningkatkan biaya pelayanan kesehatan (contoh alat ukur: berpartisipasi dalam kendali mutu dan biaya, kepedulian terhadap biaya yang ditanggung pasien, serta berpartisipasi dalam proses seleksi pengadaan)
- i) Sebagai bagian dari proses penilaian, proses monitoring dan evaluasi berkelanjutan, serta harus mengetahui kinerja anggota staf medis yang relevan dengan potensi pengembangan kemampuan profesional staf medis.

### **Kinerja klinis**

Proses monitoring dan evaluasi berkelanjutan staf medis harus dapat memberi indikasi sebagai bagian dari proses peninjauan bahwa kinerja anggota staf medis terkait upaya mendukung budaya aman/keselamatan.

Penilaian atas informasi bersifat umum berlaku bagi semua anggota staf medis dan juga tentang informasi spesifik terkait kewenangan anggota staf medis dalam memberikan pelayanannya.

### **Sumber data rumah sakit**

Rumah sakit mengumpulkan berbagai data untuk keperluan manajemen, misalnya membuat laporan ke pimpinan rumah sakit tentang alokasi sumber daya atau sistem pembiayaan rumah sakit. Agar bermanfaat bagi evaluasi berkelanjutan seorang staf medis maka sumber data rumah sakit

- harus dikumpulkan sedemikian rupa agar teridentifikasi staf medis yang berperan. Harus terkait dengan praktik klinis seorang anggota staf medis;
- dapat menjadi rujukan (*benchmark*) di dalam KSM/Unit layanan atau di luarnya untuk mengetahui pola individu staf medis.

Contoh, sumber data potensial seperti itu adalah lama hari rawat (*length of stay*), frekuensi (jumlah pasien yang ditangani), angka kematian, pemeriksaan diagnostik, pemakaian darah, pemakaian obat-obat tertentu, angka ILO, dan lain sebagainya.

Monitoring dan evaluasi anggota staf medis berdasar atas berbagai sumber data termasuk data cetak, data elektronik, observasi dan, interaksi teman sejawat.

Simpulan proses monitor dan evaluasi anggota staf medis:

1. jenis anggota staf medis, jenis KSM, jenis unit layanan terstandar;
2. data monitor dan informasi dipergunakan untuk perbandingan internal, mengurangi variasi perilaku, serta pengembangan profesional dan hasil klinis;
3. data monitor dan informasi dipergunakan untuk melakukan perbandingan eksternal dengan praktik berdasar bukti (*evidence based practice*) atau sumber rujukan tentang data dan informasi hasil klinis;
4. dipimpin oleh ketua KSM/unit layanan, manajer medis, atau unit kajian staf medis;
5. monitor dan evaluasi terhadap kepala bidang pelayanan dan kepala KSM oleh profesional yang kompeten. (lihat juga TKP 1.1)

Kebijakan rumah sakit mengharuskan ada tinjauan (*review*) paling sedikit selama 12 bulan. *Review* dilakukan secara kolaborasi di antaranya oleh kepala KSM/unit layanan, kepala bidang pelayanan medis, subkomite mutu profesi komite medis, dan bagian IT. Temuan, simpulan, dan tindakan yang dijatuhkan atau yang direkomendasikan dicatat di *file* praktisi serta tercermin di kewenangan kliniknya. Pemberitahuan diberikan kepada tempat di tempat praktisi memberikan layanan. (lihat juga PMKP 4 dan KKS 3)

Informasi yang dibutuhkan untuk tinjauan ini dikumpulkan dari internal dan dari monitoring serta evaluasi berkelanjutan setiap anggota staf termasuk juga dari sumber luar seperti organisasi profesi atau sumber instansi resmi.

*File* kredensial dari seorang anggota staf medis harus menjadi sumber informasi yang dinamis dan selalu ditinjau secara teratur. Contohnya, jika seorang anggota staf

menyerahkan sertifikat kelulusan sebagai hasil dari pelatihan spesialisasi khusus maka kredensial baru ini harus diverifikasi segera dari sumber yang mengeluarkan sertifikat. Sama halnya, jika instansi dari luar (MKEK/MKDKI) menyelidiki kejadian sentinel terkait seorang anggota staf medis dan memberi sanksi maka informasi ini harus digunakan untuk evaluasi muatan kewenangan klinis anggota staf medis. Untuk menjamin bahwa *file* staf medis lengkap dan akurat, *file* diperiksa paling sedikit 3 (tiga) tahun sekali dan ada catatan di *file* tindakan yang diberikan atau tindakan yang tidak diperlukan sehingga penempatan staf medis dapat berlanjut.

Pertimbangan untuk merinci kewenangan klinis waktu penempatan kembali sebagai berikut:

- a) anggota staf medis dapat diberikan kewenangan klinis tambahan berdasar atas pendidikan dan pelatihan lanjutan. Pendidikan dan pelatihan diverifikasi dari sumber utamanya. Pemberian penuh kewenangan klinis tambahan mungkin ditunda sampai proses verifikasi lengkap atau jika dibutuhkan waktu harus dilakukan supervisi sebelum kewenangan klinis diberikan. Contoh, jumlah kasus yang harus disupervisi dari kardiologi intervensi;
- b) kewenangan klinis anggota staf medis dapat dilanjutkan, dibatasi, atau dihentikan berdasar:
  - hasil dari proses tinjauan praktik profesional berkelanjutan;
  - pembatasan kewenangan klinik dari organisasi profesi, KKI, MKEK, MKDKI, atau badan resmi lainnya;
  - temuan rumah sakit dari hasil evaluasi kejadian sentinel atau kejadian lain;
  - kesehatan staf medis;
  - permintaan staf medis.

### **Elemen Penilaian KKS 11**

1. Ada regulasi penilaian kinerja untuk evaluasi mutu praktik profesional berkelanjutan, etik, dan disiplin staf medis. (lihat juga TKRS 11 EP 2 dan TKRS 12 EP 1). (R)
2. Ada bukti monitoring dan evaluasi mutu praktik profesional berkelanjutan, etik, dan disiplin staf medis untuk peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. (D,W)
3. Data dan informasi hasil pelayanan klinis dari staf klinis di-*review* secara objektif dan berdasar atas bukti, jika ada dilakukan *benchmarking* dengan pihak eksternal rumah sakit. (lihat juga TKRS 11.1). (D,W)
4. Data dan informasi berasal dari proses monitoring dikaji sekurang-kurangnya setiap 12 bulan oleh kepala unit layanan, ketua kelompok staf medis, subkomite mutu, manajer pelayanan medis. Hasil, simpulan, dan tindakan yang dilakukan didokumentasikan di dalam *file* kredensial staf medis atau dokumen lain yang relevan. (D,W)
5. Bila ada temuan yang berdampak pada pemberian kewenangan staf klinis, ada proses untuk tindak lanjut terhadap temuan dan tindakan tersebut

didokumentasi dalam *file* staf medis dan disampaikan ke tempat staf medis memberikan pelayanan. (D,W)

## ❖ **PENEMPATAN ULANG STAF MEDIS DAN PEMBAHARUAN KEWENANGAN KLINIS**

### **Standar KKS 12**

Rumah sakit menetapkan proses penetapan ulang staf medis dan pembaharuan kewenangan klinis paling sedikit setiap 3 (tiga) tahun. Untuk penetapan kewenangan klinis dilanjutkan dengan atau tanpa modifikasi kewenangan klinis sesuai hasil monitoring dan evaluasi berkelanjutan setiap anggota staf medis.

### **Maksud dan Tujuan KKS 12**

Penjelasan istilah distandar sebagai berikut:

#### Penetapan ulang

Penetapan ulang adalah proses tinjauan terhadap dokumentasi anggota staf medis untuk verifikasi:

- a. kelanjutan izin (*licence*);
- b. apakah anggota staf medis tidak terkena tindakan etik dan disiplin dari MKEK dan MKDKI;
- c. apakah tersedia dokumen untuk mendukung penambahan kewenangan klinis atau tanggung jawab di rumah sakit;
- d. apakah anggota staf medis mampu secara fisik dan mental memberikan asuhan dan pengobatan tanpa supervisi;
- e. informasi yang dibutuhkan untuk tinjauan ini dikumpulkan dari internal, monitoring, dan evaluasi berkelanjutan setiap anggota staf termasuk juga dari sumber luar seperti organisasi profesi atau sumber instansi resmi. *File* kredensial dari seorang anggota staf medis harus menjadi sumber informasi yang dinamis dan selalu ditinjau secara teratur. Contohnya, jika seorang anggota staf menyerahkan sertifikat kelulusan sebagai hasil dari pelatihan spesialisasi khusus, kredensial baru ini harus diverifikasi segera dari sumber yang mengeluarkan sertifikat. Sama halnya, jika instansi dari luar (MKEK/MKDKI) menyelidiki kejadian sentinel terkait seorang anggota staf medis dan memberi sanksi maka informasi ini harus digunakan untuk evaluasi muatan kewenangan klinis anggota staf medis. Untuk menjamin bahwa *file* staf medis lengkap dan akurat, *file* diperiksa paling sedikit 3 (tiga) tahun sekali dan ada catatan di *file* tindakan yang diberikan atau tindakan tidak diperlukan sehingga penempatan staf medis dapat berlanjut.

Pertimbangan untuk merinci kewenangan klinis saat penetapan ulang mencakup hal-hal sebagai berikut:

- a) anggota staf medis dapat diberikan kewenangan klinis tambahan berdasar atas pendidikan dan pelatihan lanjutan. Pendidikan dan pelatihan diverifikasi dari sumber aslinya (lembaga pemerintah atau kolegium). Pemberian penuh kewenangan klinis tambahan mungkin ditunda sampai proses verifikasi lengkap atau jika dibutuhkan waktu harus dilakukan supervisi sebelum kewenangan klinis diberikan. Contoh, jumlah kasus yang harus disupervisi dari kardiologi intervensi;
- b) kewenangan klinis anggota staf medis dapat dilanjutkan, dibatasi, atau dihentikan berdasar atas:
- c) Hasil dari proses tinjauan praktik profesional berkelanjutan;
- d) pembatasan kewenangan klinis dari organisasi profesi, KKI, MKEK, MKDKI, atau badan resmi lainnya;
- e) temuan rumah sakit dari hasil evaluasi kejadian sentinel atau kejadian lain;
- f) kesehatan staf medis;
- g) permintaan staf medis.

### **Elemen Penilaian KKS 12**

1. Berdasar atas monitoring dan evaluasi berkelanjutan kredensial anggota staf medis yang dilaksanakan paling sedikit setiap 3 (tiga) tahun ditetapkan kewenangan klinisnya apakah tetap, bertambah, atau berkurang. (R)
2. Ada bukti dokumen setiap anggota staf medis selalu diperbaharui secara periodik. (D,W)
3. Ada bukti pemberian kewenangan tambahan didasarkan atas kredensial yang telah diverifikasi dari sumber aslinya sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (D)

## **❖ STAF KEPERAWATAN**

### **Standar KKS 13**

Rumah sakit mempunyai proses yang efektif untuk mengumpulkan, verifikasi, dan mengevaluasi kredensial staf keperawatan (pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, pelatihan, dan pengalaman).

### **Maksud dan Tujuan KKS 13**

Rumah sakit perlu memastikan untuk mempunyai staf keperawatan yang kompeten sesuai dengan misi, sumber daya, dan kebutuhan pasien. Staf keperawatan bertanggungjawab untuk memberikan asuhan keperawatan pasien secara langsung. Sebagai tambahan, asuhan keperawatan memberikan kontribusi terhadap *outcome* pasien secara keseluruhan. Rumah sakit harus memastikan bahwa perawat yang kompeten untuk memberikan asuhan keperawatan dan harus spesifik terhadap jenis asuhan keperawatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Rumah sakit

memastikan bahwa setiap perawat yang kompeten untuk memberikan asuhan keperawatan, baik mandiri, kolaborasi, delegasi, serta mandat kepada pasien secara aman dan efektif dengan cara

- a) memahami peraturan dan perundang-undangan terkait perawat dan praktik keperawatan;
- b) mengumpulkan semua kredensial yang ada untuk setiap perawat, sekurang-kurangnya meliputi
  - ✓ bukti pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, pelatihan, serta pengalaman terbaru dan diverifikasi dari sumber aslinya;
  - ✓ bukti kompetensi terbaru melalui informasi dari sumber lain di tempat perawat pernah bekerja sebelumnya;
  - ✓ surat rekomendasi dan/atau informasi lain yang mungkin diperlukan rumahsakit, antara lain riwayat kesehatan dan sebagainya;
- c) rumah sakit perlu melakukan setiap upaya untuk memverifikasi informasi penting dari berbagai sumber dengan jalan mengecek ke *website* resmi institusi pendidikan pelatihan melalui email dan surat tercatat. Pemenuhan standar mensyaratkan verifikasi sumber utama dilaksanakan untuk perawat yang akan dan sedang bekerja. Bila verifikasi tidak mungkin dilakukan seperti hilang karena bencana atau sekolahnya tutup maka hal ini didapatkan dari sumber resmi lain.

### **Elemen Penilaian KKS 13**

1. Ada regulasi rumah sakit dengan proses yang efektif untuk mengumpulkan, verifikasi dan mengevaluasi kredensial staf keperawatan (pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, pelatihan, dan pengalaman). (R)
2. Tersedia dokumentasi pendidikan, registrasi, sertifikasi, izin, pelatihan, dan pengalaman. (D,W)
3. Terdapat pelaksanaan verifikasi dari sumber aslinya yang seragam. (D,W)
4. Ada dokumen kredensial yang dipelihara dari setiap anggota staf keperawatan. (D,W)

### **Standar KKS 14**

Rumah sakit melaksanakan identifikasi tanggungjawab pekerjaan dan penugasan klinis berdasar atas kredensial staf perawat sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

### **Maksud dan Tujuan KKS 14**

Hasil kredensial perawat berupa rincian kewenangan klinis menjadi landasan untuk membuat uraian tugas, wewenang, dan tanggungjawab klinis di unit pelayanan tempat perawat tersebut ditugaskan.

#### **Elemen Penilaian KKS 14**

1. Ada penetapan rincian kewenangan klinis perawat berdasar atas pendidikan, registrasi, sertifikasi, izin, pelatihan, dan pengalaman anggota staf keperawatan. (R)
2. Ada pelaksanaan proses pembuatan rincian kewenangan klinis sesuai dengan peraturan perundang-undangan.(D,W)
3. Ada berkas kredensial yang dipelihara dari setiap staf keperawatan. (D,W)

#### **Standar KKS 15**

Rumah sakit melakukan evaluasi kinerja staf keperawatan berdasar atas partisipasi dalam kegiatan peningkatan mutu rumah sakit.

#### **Maksud dan Tujuan KKS 15**

Peran klinis yang penting staf keperawatan mengharuskan staf tersebut berpartisipasi secara proaktif dalam program peningkatan mutu klinis rumah sakit.

Rumah sakit melakukan evaluasi kinerja individu staf perawat bila ada temuan dalam aktivitas peningkatan mutu.

Hasil kajian, tindakan yang diambil, dan setiap dampak atas tanggung jawab pekerjaan didokumentasikan dalam *file* kredensial perawat tersebut atau *file* lainnya.

#### **Elemen Penilaian KKS 15**

1. Ada dokumentasi penilaian mutu staf keperawatan berpartisipasi di dalam program peningkatan mutu rumah sakit. (D,W)
2. Kinerja individual staf keperawatan dikaji bila ada temuan dalam aktivitas peningkatan mutu. (D,W)
3. Seluruh data proses *review* kinerja staf keperawatan didokumentasikan dalam kredensial perawat atau dokumen lainnya. (D,W)

### **❖ STAF KLINIS PEMBERI ASUHAN LAINNYA DAN STAF KLINIS LAINNYA**

#### **Standar KKS 16**

Rumah sakit mempunyai proses yang efektif untuk mengumpulkan, verifikasi, dan mengevaluasi kredensial profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya (pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, pelatihan, dan pengalaman).

## Maksud dan Tujuan KKS 16

Rumah sakit perlu memastikan mempunyai profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya yang kompeten sesuai dengan misi, sumber daya, dan kebutuhan pasien. Profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya bertanggungjawab memberikan asuhan pasien secara langsung. Sebagai tambahan, asuhan memberikan kontribusi terhadap *outcome* pasien secara keseluruhan. Rumah sakit harus memastikan bahwa profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya yang kompeten untuk memberikan asuhan dan harus spesifik terhadap jenis asuhan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Rumah sakit memastikan bahwa setiap profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya yang kompeten memberikan asuhan, baik mandiri, kolaborasi, delegasi, serta mandat kepada pasien secara aman dan efektif dengan cara:

- a) memahami peraturan dan perundang-undangan terkait profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya dan praktik profesinya;
  - ✓ mengumpulkan semua kredensial yang ada untuk setiap profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya sekurang-kurangnya meliputi
  - ✓ bukti pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, pelatihan serta pengalaman terbaru, dan diverifikasi dari sumber aslinya;
  - ✓ bukti kompetensi terbaru melalui informasi dari sumber lain di tempat profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya pernah bekerja sebelumnya;
  - ✓ surat rekomendasi dan/atau informasi lain yang mungkin diperlukan rumah sakit, antara lain riwayat kesehatan dan sebagainya;
  
- b) rumah sakit perlu melakukan setiap upaya untuk memverifikasi informasi penting dari berbagai sumber dengan jalan mengecek ke *website* resmi dari institusi pendidikan pelatihan, melalui email, surat tercatat. Pemenuhan standar mensyaratkan verifikasi sumber utama dilaksanakan untuk profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya yang akan dan sedang bekerja. Bila verifikasi tidak mungkin dilakukan seperti hilang karena bencana atau sekolahnya tutup maka hal ini didapat dari sumber resmi lain.

## Elemen Penilaian KKS 16

1. Ada regulasi rumah sakit untuk proses yang efektif untuk mengumpulkan, verifikasi dan mengevaluasi kredensial profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya (pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, pelatihan, dan pengalaman). (R)
2. Tersedia dokumentasi pendidikan, registrasi, sertifikasi, izin, pelatihan, dan pengalaman. (D,W)

3. Terdapat pelaksanaan verifikasi dari sumber aslinya yang seragam. (D,W)
4. Ada dokumen kredensial yang dipelihara dari setiap anggota profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya. (D,W)

### **Standar KKS 17**

Rumah sakit melaksanakan identifikasi tanggungjawab pekerjaan dan penugasan klinis berdasar atas kredensial profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

### **Maksud dan Tujuan KKS 17**

Rumah sakit mempekerjakan atau dapat mengizinkan berbagai profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya untuk memberikan asuhan dan pelayanan kepada pasien atau berpartisipasi dalam proses asuhan pasien. Contohnya, para profesional ini termasuk bidan, nutritionis, apoteker, fisioterapis, teknisi transfusi darah, penata anestesi, dan lainnya.

Bila pendidikannya profesi maka termasuk golongan profesional pemberi asuhan (PPA), sedangkan bila pendidikannya vokasi maka kewenangannya adalah sebagai PPA lainnya.

Bila profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya tersebut yang diizinkan bekerja atau berpraktik di rumah sakit maka rumah sakit bertanggungjawab untuk melakukan proses kredensialing.

Rumah sakit harus memastikan bahwa profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya tersebut kompeten untuk ikut memberikan asuhan dan harus menetapkan jenis asuhan serta pengobatan yang diizinkan bila tidak bertentangan dengan peraturan perundang-undangan.

Rumah sakit memastikan bahwa profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya tersebut kompeten untuk memberikan asuhan yang aman dan efektif kepada pasien dengan

- a) memahami peraturan dan perundang-undangan terkait profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya;
- b) mengumpulkan semua kredensial yang ada untuk setiap profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya sekurang-kurangnya meliputi:
  - ✓ bukti pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, pelatihan, dan pengalaman terbaru serta diverifikasi dari sumber aslinya;
  - ✓ bukti kompetensi terbaru melalui informasi dari sumber lain di tempat profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya pernah bekerja sebelumnya;

- ✓ surat rekomendasi dan/atau informasi lain yang mungkin diperlukan rumah sakit, antara lain riwayat kesehatan dan sebagainya;
- c) melakukan setiap upaya memverifikasi informasi penting dari berbagai sumber dengan jalan mengecek ke *website* resmi dari institusi pendidikan pelatihan melalui email dan surat tercatat. Pemenuhan standar mensyaratkan verifikasi sumber aslinya dilaksanakan untuk profesional pemberi asuhan dan PPA lainnya yang akan dan sedang bekerja. Bila verifikasi tidak mungkin dilakukan seperti hilangnya dokumen karena bencana atau sekolahnya tutup maka hal ini dapat diperoleh dari sumber resmi lain. *File* kredensial setiap profesional pemberi asuhan dan PPA lainnya harus tersedia dan dipelihara serta diperbaharui secara berkala sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

### **Elemen Penilaian KKS 17**

1. Ada penetapan rincian kewenangan klinis profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya berdasar atas pendidikan, registrasi, sertifikasi, izin, pelatihan, dan pengalaman anggota staf klinis lainnya. (R)
2. Ada pelaksanaan proses pembuatan rincian kewenangan klinis sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (D,W)
3. Ada berkas kredensial yang dipelihara dari setiap profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya. (D,W)

### **Standar KKS 18**

Rumah sakit melaksanakan identifikasi tanggungjawab pekerjaan dan penugasan klinis berdasar atas kredensial profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

### **Maksud dan Tujuan KKS 18**

Peran klinis yang penting profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya mengharuskan staf tersebut berpartisipasi secara proaktif dalam program peningkatan mutu klinis rumah sakit.

Rumah sakit melakukan evaluasi kinerja individu profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya bila ada temuan dalam aktivitas peningkatan mutu.

Hasil kajian, tindakan yang diambil, dan setiap dampak atas tanggung jawab pekerjaan didokumentasikan dalam *file* kredensial profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya tersebut atau *file* lainnya.

### **Elemen Penilaian KKS18**

1. Ada dokumentasi penilaian mutu profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya berpartisipasi di dalam program peningkatan mutu rumah sakit. (D,W)

2. Kinerja individual profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya dikaji bila ada temuan dalam aktivitas peningkatan mutu. (D,W)
3. Seluruh data proses *review* kinerja profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya didokumentasikan dalam kredensial profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya atau dokumen lainnya. (D,W)

## **BAB 6**

### **MANAJEMEN INFORMASI DAN REKAM MEDIK (MIRM)**

#### **GAMBARAN UMUM**

Informasi diperlukan untuk memberikan, mengordinasikan, dan juga mengintegrasikan pelayanan rumah sakit. Hal ini meliputi ilmu pengasuhan pasien secara individual, asuhan yang diberikan, dan kinerja staf klinis. Informasi merupakan sumber daya yang harus dikelola secara efektif oleh pimpinan rumah sakit seperti halnya sumber daya manusia, material, dan finansial. Setiap rumah sakit berupaya mendapatkan, mengelola, dan menggunakan informasi untuk meningkatkan/memperbaiki hasil asuhan pasien, kinerja individual, serta kinerja rumah sakit secara keseluruhan. Seiring dengan perjalanan waktu, rumah sakit harus lebih efektif dalam:

- mengidentifikasi kebutuhan informasi;
- merancang suatu sistem manajemen informasi;
- mendefinisikan serta mendapatkan data dan informasi;
- menganalisis data dan mengolahnya menjadi informasi;
- mengirim serta melaporkan data dan informasi; juga
- mengintegrasikan dan menggunakan informasi.

Walaupun komputerisasi dan teknologi lainnya meningkatkan efisiensi, prinsip manajemen informasi yang baik tetap berlaku untuk semua metode, baik berbasis kertas maupun elektronik. Standar-standar ini dirancang menjadi kompatibel dengan sistem non-komputerisasi dan teknologi masa depan.

Informasi rumah sakit terkait asuhan pasien sangat penting untuk komunikasi antarstaf klinis yang didokumentasikan dalam rekam medis.

Rekam medis adalah bukti tertulis (kertas/eletronik) yang merekam berbagai informasi kesehatan pasien seperti temuan hasil asesmen, rencana asuhan, rincian pelaksanaan asuhan dan pengobatan, catatan perkembangan pasien terintegrasi, serta ringkasan kepulangan pasien yang dibuat oleh profesional pemberi asuhan (PPA).

Penyelenggaraan rekam medis merupakan proses kegiatan yang dimulai saat pasien diterima di rumah sakit sampai dengan pencatatan data medis, keperawatan, manajer pelayanan pasien (MPP), serta PPA lainnya selama pasien mendapat asuhan. Kegiatan dilanjutkan dengan penanganan rekam medis yang meliputi penyimpanan dan penggunaan untuk kepentingan pasien atau keperluan lainnya.

Rekam medis memiliki aspek-aspek yang sangat penting.

1. Aspek Administrasi: karena isi rekam medis menyangkut tindakan berdasar atas wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga kesehatan profesional pemberi asuhan (PPA) dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.
2. Aspek Medis: karena catatan/rekaman tersebut dipergunakan sebagai dasar merencanakan pengobatan/asuhan yg harus diberikan kepada seorang pasien.
3. Aspek Hukum: karena menyangkut masalah jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan dalam rangka upaya menegakkan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.
4. Aspek Keuangan: karena mengandung data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai dasar pembiayaan.
5. Aspek Penelitian: karena menyangkut data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai dasar penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.
6. Aspek Pendidikan: karena menyangkut data/informasi perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medik yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan referensi pengajaran di bidang kesehatan.
7. Aspek Dokumentasi: karena menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban serta laporan rumah sakit.

Rekam medis memiliki kegunaan sebagai:

1. alat komunikasi antara profesional pemberi asuhan (PPA) yang memberikan asuhan pasien (*communication*);
2. dasar dalam perhitungan biaya pelayanan kepada pasien (*financial billing*);
3. penyedia data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan (*research & education*);
4. dasar untuk merencanakan asuhan yang harus diberikan kepada pasien (*assessment*);
5. bahan yang berguna untuk analisis, penelitian, dan evaluasi kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien (audit klinis);

6. sumber ingatan yang harus didokumentasikan serta sebagai bahan pertanggungjawaban dan pelaporan;
7. bukti tertulis/terekam atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit, dan pengobatan selama pasien berkunjung/dirawat di rumah sakit;
8. pelindung kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit, maupun profesional pemberi asuhan (*legal documentation*).

Tujuan pengelolaan rekam medis dan informasi kesehatan adalah menunjang tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit yang didukung oleh suatu sistem pengelolaan rekam medis yang cepat, tepat, bernilai, dapat dipertanggungjawabkan, serta berfokus pada pasien dan keselamatan pasien secara terintegrasi.

Standar MIRM meliputi organisasi dan manajemen, akses serta penyimpanan RM, dan RM pasien.

## ❖ MANAJEMEN INFORMASI (STANDAR MIRM 1 – MIRM 7 )

### **Standar MIRM 1**

Penyelenggaraan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIM RS) harus mengacu peraturan perundang-undangan.

#### **Standar MIRM 1.1**

Rumah sakit mengelola data dan informasi klinik serta manajerial.

#### **Maksud dan Tujuan MIRM 1 dan MIRM 1.1**

Sistem informasi manajemen rumah sakit yang selanjutnya disingkat SIMRS adalah sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan rumah sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan, dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara tepat serta akurat, dan merupakan bagian dari Sistem Informasi Kesehatan.

Sistem informasi kesehatan adalah seperangkat tatanan yang meliputi data, informasi, indikator, prosedur, teknologi, perangkat, serta sumber daya manusia yang saling berkaitan dan dikelola secara terpadu untuk mengarahkan tindakan atau keputusan yang berguna dalam mendukung pembangunan kesehatan.

Rumah sakit menetapkan unit kerja yang mengelola SIMRS dan memiliki sumber daya manusia yang terdiri atas kepala unit serta staf dengan kualifikasi analisis sistem, *programmer*, *hardware*, dan pemeliharaan jaringan.

## **Elemen Penilaian MIRM 1**

1. Terdapat unit kerja yang mengelola SIMRS. (R)
2. Sumber daya manusia dalam unit kerja SIMRS yang memiliki kompetensi dan sudah terlatih. (D,W)

## **Elemen Penilaian MIRM 1.1**

1. Terdapat regulasi tentang pengelolaan data dan informasi. (R)
2. Data serta informasi klinik dan manajerial diintegrasikan sesuai dengan kebutuhan untuk mendukung pengambilan keputusan. (D,W)

## **Standar MIRM 2**

Rumah sakit merencanakan dan merancang proses manajemen informasi untuk memenuhi kebutuhan informasi internal maupun eksternal.

## **Maksud dan Tujuan MIRM 2**

Informasi dikumpulkan dan digunakan selama asuhan pasien untuk mengelola sebuah rumah sakit yang aman dan efektif. Kemampuan menerima dan memberikan informasi memerlukan perencanaan yang efektif. Perencanaan rumah sakit menggabungkan masukan dari berbagai sumber, antara lain:

1. para profesional pemberi asuhan (PPA);
2. para kepala bidang/divisi dan kepala unit pelayanan;
3. badan/pihak lain di luar rumah sakit yang membutuhkan data atau informasi tentang operasional dan pelayanan rumah sakit.

Perencanaan juga mempertimbangkan misi rumah sakit, pelayanan yang diberikan, sumber daya, akses teknologi yang dapat dicapai, dan dukungan komunikasi efektif antara pemberi pelayanan.

Permintaan terhadap data dan informasi harus selalu mengacu pada ketentuan dalam peraturan perundangan, misalnya tentang rahasia kedokteran.

Prioritas kebutuhan informasi dari sumber-sumber memengaruhi strategi manajemen informasi rumah sakit dan kemampuan mengimplementasikan strategi tersebut, sesuai dengan ukuran rumah sakit, kompleksitas pelayanan, ketersediaan staf terlatih, dan sumber daya manusia serta tekhnikal lainnya. Perencanaan yang komprehensif meliputi seluruh unit kerja dan pelayanan yang ada di rumah sakit.

## **Elemen Penilaian MIRM 2**

1. Proses perencanaan kebutuhan informasi melibatkan a) sampai dengan c) sesuai dengan maksud dan tujuan. (D,W)

2. Proses perencanaan kebutuhan informasi mengacu pada peraturan perundang-undangan. (D,W)
3. Perencanaan disesuaikan dengan besar dan kompleksitas rumah sakit. (D,W)

### **Standar MIRM 3**

Para profesional pemberi asuhan (PPA) dan para kepala bidang/divisi serta kepala unit pelayanan berpartisipasi dalam memilih, mengintegrasikan, dan menggunakan teknologi manajemen informasi.

### **Maksud dan Tujuan MIRM 3**

Teknologi manajemen informasi membutuhkan sumber daya yang besar sebagai investasi untuk rumah sakit. Oleh karena itu, teknologi harus secara cermat disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit saat ini dan masa depan, serta sumber dayanya.

Kebutuhan teknologi yang tersedia diintegrasikan dengan proses manajemen informasi yang ada saat ini serta membantu mengintegrasikan aktivitas seluruh unit kerja dan pelayanan rumah sakit. Proses seleksi teknologi informasi yang sesuai dengan kebutuhan RS dilakukan melalui koordinasi dan partisipasi para profesional pemberi asuhan (PPA), para kepala bidang/divisi, dan kepala unit pelayanan.

### **Elemen Penilaian MIRM 3**

1. Dalam membangun sistem informasi rumah sakit melibatkan profesional pemberi asuhan (PPA). (D,W)
2. Dalam membangun sistem informasi rumah sakit melibatkan kepala bidang/divisi dan kepala unit pelayanan. (D,W)

### **Standar MIRM 4**

Sistem manajemen data dan informasi rumah sakit menyiapkan kumpulan serta menentukan data dan informasi yang secara rutin (reguler) dikumpulkan sesuai dengan kebutuhan profesional pemberi asuhan (PPA), kepala bidang/divisi, kepala unit pelayanan, serta badan/pihak lain di luar rumah sakit.

### **Maksud dan Tujuan MIRM 4**

Kumpulan data merupakan bagian penting dalam kegiatan peningkatan kinerja rumah sakit karena dapat memberikan gambaran atau profil rumah sakit selama kurun waktu tertentu dan dapat membandingkan kinerja dengan RS lain.

Kumpulan data terdiri atas:

1. data mutu dan insiden keselamatan pasien;

2. data surveilans infeksi;
3. data kecelakaan kerja.

Data tersebut membantu rumah sakit untuk mengetahui kinerja terkini dan mengidentifikasi peluang untuk peningkatan/perbaikan.

#### **Elemen Penilaian MIRM 4**

1. Rumah sakit menyediakan kumpulan data a) s.d. c) sesuai dengan maksud dan tujuan yang harus tersedia untuk memenuhi kebutuhan pengguna, yaitu PPA, kepala bidang/divisi, dan kepala unit pelayanan. (D,W) (lihat juga MFK.10)
2. Rumah sakit memberikan data yang dibutuhkan oleh badan/pihak lain di luar rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (D,W) (lihat juga PMKP 6 dan TKRS 5)

#### **Standar MIRM 5**

Data dianalisis diubah menjadi informasi untuk mendukung asuhan pasien, manajemen rumah sakit dan program manajemen mutu, serta pendidikan dan penelitian.

#### **Maksud dan Tujuan MIRM 5**

Rumah sakit mengumpulkan dan menganalisis data menjadi informasi untuk mendukung asuhan pasien serta manajemen rumah sakit. Informasi tersebut memberikan gambaran/profil rumah sakit selama kurun waktu tertentu dan dapat digunakan untuk membandingkan kinerja dengan rumah sakit lain. Jadi, kumpulan data merupakan bagian penting dalam upaya peningkatan kinerja rumah sakit.

Secara khusus, kumpulan data terdiri atas data mutu dan insiden keselamatan pasien, data surveilans infeksi, data kecelakaan kerja, manajemen risiko, sistem manajemen utilitas, pencegahan dan pengendalian infeksi, serta tinjauan pemanfaatan/utilisasi dapat membantu rumah sakit untuk mengetahui kinerjanya terkini dan mengidentifikasi peluang untuk peningkatan/perbaikan.

#### **Elemen Penilaian MIRM 5**

1. Terdapat bukti bahwa data dianalisis diubah menjadi informasi mendukung asuhan pasien. (D,W)
2. Terdapat bukti bahwa data dianalisis diubah menjadi informasi mendukung manajemen rumah sakit. (D,W)
3. Terdapat bukti bahwa data dianalisis diubah menjadi informasi mendukung program manajemen mutu. (D,W)
4. Terdapat bukti bahwa data dianalisis diubah menjadi informasi mendukung pendidikan dan penelitian. (D,W)

### **Standar MIRM 6**

Penyampaian data dan informasi secara tepat waktu dalam format yang memenuhi harapan pengguna dan dengan frekuensi yang dikehendaki.

### **Maksud dan Tujuan MIRM 6**

Format dan metode penyampaian data dan informasi kepada pengguna yang menjadi sasaran dibuat agar memenuhi harapan pengguna. Strategi penyampaian meliputi

1. memberikan data dan informasi hanya atas permintaan dan kebutuhan pengguna;
2. membuat format laporan untuk membantu pengguna dalam proses pengambilan keputusan;
3. memberikan laporan dengan frekuensi sesuai yang dibutuhkan oleh pengguna;
4. mengaitkan sumber data dan informasi; dan
5. memberikan interpretasi atau klarifikasi atas data.

### **Elemen Penilaian MIRM 6**

1. Data dan informasi disampaikan sesuai kebutuhan pengguna. (D,W)
2. Pengguna menerima data dan informasi dalam format yang sesuai dengan yang dibutuhkan. (D,W)
3. Pengguna menerima data dan informasi tepat waktu. (D,W)
4. Staf pengolah data memiliki hak akses ke data dan informasi yang dibutuhkan sesuai dengan tanggung jawabnya. (W,S)

### **Standar MIRM 7**

Rumah sakit mendukung asuhan pasien, pendidikan, serta riset dan manajemen melalui penyediaan informasi yang tepat waktu dari sumber data terkini.

### **Maksud dan Tujuan MIRM 7**

PPA, peneliti, pendidik, kepala bidang/divisi, dan kepala unit pelayanan sering kali membutuhkan informasi untuk membantu mereka dalam pelaksanaan tanggung jawab.

Informasi demikian termasuk literatur ilmiah dan manajemen, panduan praktik klinis, hasil penelitian, metode pendidikan. Internet, materi cetakan di perpustakaan, sumber pencarian daring (*on-line*), dan materi pribadi yang semuanya merupakan sumber yang bernilai sebagai informasi terkini.

### **Elemen Penilaian MIRM 7**

1. Rumah sakit menyediakan fasilitas untuk mendapatkan informasi ilmiah terkini dan informasi lain secara tepat waktu untuk mendukung asuhan pasien. (D,O,W)

2. Rumah sakit menyediakan fasilitas untuk mendapatkan Informasi ilmiah terkini dan informasi lain secara tepat waktu untuk mendukung pendidikan klinik. (D,O,W)
3. Rumah sakit menyediakan fasilitas untuk mendapatkan informasi ilmiah terkini dan informasi lain secara tepat waktu untuk mendukung penelitian. (D,O,W)
4. Rumah sakit menyediakan fasilitas internet untuk mendapatkan informasi ilmiah terkini dan informasi lain secara tepat waktu untuk mendukung manajemen (D,O,W)

#### ❖ MANAJEMEN REKAM MEDIS (Standar 8–15)

##### **Standar MIRM 8**

Rumah sakit menyelenggarakan pengelolaan rekam medis terkait asuhan pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

##### **Maksud dan Tujuan MIRM 8**

Penyelenggaraan rekam medis merupakan proses kegiatan yang dimulai sejak saat pasien diterima rumah sakit, dilakukan pencatatan data medis, selama pasien mendapat asuhan medis, keperawatan, dan profesional pemberi asuhan lainnya. Kegiatan dilanjutkan dengan penanganan rekam medis yang meliputi penyimpanan dan penggunaan untuk kepentingan isendiri atau kepentingan lainnya.

Rumah sakit menetapkan organisasi yang mengelola sistem rekam medis yang tepat, benar, bernilai, dan dapat dipertanggungjawabkan. Informasi kesehatan baik kertas maupun elektronik harus dijaga keamanan dan kerahasiaannya sehingga harus disimpan sesuai dengan peraturan dan perundangan. Untuk informasi kesehatan elektronik harus dijamin keamanan dan kerahasiaan dalam 3 (tiga) tempat, yaitu server di dalam rumah sakit, salinan (*backup*) data rutin, dan data virtual (*cloud*).

##### **Elemen Penilaian MIRM 8**

1. Terdapat unit kerja yang mengelola rekam medis yang memiliki regulasi dan program untuk mengelola rekam medis sesuai dengan peraturan perundangan-undangan. (R)
2. Organisasi pengelola rekam medis dipimpin tenaga rekam medis yang memiliki kompetensi dan kewenangan mengelola rekam medis sesuai dengan peraturan perundangan-undangan. (D, W)
3. Tersedia tempat penyimpanan rekam medis yang menjamin keamanan dan kerahasiaan rekam medis. (D,O,W)

##### **Standar MIRM 9**

Setiap pasien memiliki rekam medis yang formatnya selalu diperbaharui (terkini).

### **Maksud dan Tujuan MIRM 9**

Setiap pasien memiliki berkas rekam medis, baik dalam bentuk kertas maupun elektronik yang merupakan sumber informasi utama mengenai proses asuhan dan perkembangan pasien sehingga menjadi media komunikasi yang penting. Oleh karena itu, berkas rekam medis dievaluasi dan diperbaharui sesuai dengan kebutuhan dan secara periodik.

Agar informasi ini berguna dan mendukung asuhan pasien secara berkelanjutan maka rekam medis harus tersedia selama asuhan pasien rawat inap, rawat jalan, dan setiap saat dibutuhkan, serta dijaga untuk selalu mencatat perkembangan pasien terkini. Catatan medis, keperawatan, dan catatan profesional pemberi asuhan lainnya tersedia untuk semua tenaga kesehatan yang memberikan asuhan kepada pasien terkait. Rumah sakit mempunyai regulasi yang menetapkan tenaga kesehatan yang mempunyai akses ke berkas rekam medis pasien untuk menjamin kerahasiaan informasi pasien. Sebagai contoh, pasien rawat jalan yang memerlukan riwayat sebelumnya di rawat inap atau sebaliknya.

### **Elemen Penilaian MIRM 9**

1. Terdapat regulasi yang menetapkan tenaga kesehatan yang mempunyai hak akses pada berkas rekam medis. (R)
2. Berkas rekam medis tersedia bagi semua profesional pemberi asuhan (PPA) sesuai dengan regulasi rumah sakit. (D,O) (**lihat juga AP 1**)
3. Terdapat bukti bahwa form rekam medis dievaluasi dan diperbaharui (terkini) sesuai dengan kebutuhan dan secara periodik. (D,O,W)
4. Rekam medis pasien terisi dengan lengkap dan dengan tulisan yang dapat dibaca. (D,O)

### **Standar MIRM 10**

Rumah sakit mempunyai regulasi tentang retensi rekam medis.

### **Maksud dan Tujuan MIRM 10**

Rumah sakit mempunyai regulasi menentukan jangka waktu retensi rekam medis, data, dan informasi lainnya terkait pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan untuk mendukung asuhan pasien, manajemen, dokumentasi yang sah secara hukum, serta pendidikan dan penelitian.

Untuk rekam medis dalam bentuk kertas dilakukan pemilahan rekam medis aktif dan rekam medis yang tidak aktif serta disimpan secara terpisah. Penentuan jangka waktu retensi berkas rekam medis ditentukan atas dasar nilai kegunaan tiap-tiap berkas rekam medis yang konsisten dengan kerahasiaan dan keabsahan informasi. Bila jangka waktu retensi sudah habis maka rekam medis, serta data dan informasi yang terkait dengan pasien dimusnahkan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

## **Elemen Penilaian MIRM 10**

1. Terdapat regulasi tentang jangka waktu penyimpanan berkas rekam medis pasien, serta data dan informasi lainnya terkait dengan pasien. (R)
2. Dalam rentang waktu penyimpanan berkas rekam medis, rumah sakit menjamin keamanan dan kerahasiaan rekam medis. (O,W)
3. Dokumen, serta data dan informasi dalam bentuk berkas dimusnahkan setelah melampaui periode waktu penyimpanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (D,W)

## **Standar MIRM 11**

Berkas rekam medis dilindungi dari kehilangan, kerusakan, gangguan, serta akses dan penggunaan yang tidak berhak.

## **Maksud dan Tujuan MIRM 11**

Rekam medis pasien dan data serta informasi lain terkait pasien harus dijaga dan dilindungi sepanjang waktu. Sebagai contoh, rekam medis pasien yang aktif disimpan di area yang hanya tenaga kesehatan mempunyai otorisasi untuk akses.

Dokumen disimpan di lokasi yang terhindar dari air, api, panas, dan kerusakan lainnya. Di rumah sakit yang menyimpan rekam medis secara elektronik terdapat regulasi untuk mencegah akses mempergunakan rekam medis tanpa izin dan melaksanakan proses pencegahan penggunaan yang tidak berhak.

## **Elemen Penilaian MIRM 11**

1. Terdapat regulasi yang ditetapkan untuk mencegah akses penggunaan rekam medis bentuk kertas dan atau elektronik tanpa izin. (R)
2. Rekam medis dalam bentuk kertas dan atau elektronik dilindungi dari kehilangan dan kerusakan. (O,W)
3. Rekam medis dalam bentuk kertas dan atau elektronik dilindungi dari gangguan dan akses serta penggunaan yang tidak sah. (D,S,W)
4. Ruang dan tempat penyimpanan berkas rekam medis menjamin perlindungan terhadap akses dari yang tidak berhak. (O,W)

## **Standar MIRM 12**

Rumah sakit menetapkan standar kode diagnosis, kode prosedur/tindakan, simbol, singkatan, dan artinya.

## **Maksud dan Tujuan MIRM 12**

Terminologi, arti, kamus, serta nomenklatur memudahkan untuk membandingkan data dan informasi di dalam rumah sakit dan membandingkan antarrumah sakit. Standardisasi berguna untuk mencegah terjadi salah komunikasi dan potensi kesalahan. Penggunaan secara seragam kode diagnosis dan prosedur memudahkan pengumpulan data serta analisisnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Singkatan dapat menjadi masalah dan mungkin berbahaya, terutama berkaitan dengan penulisan resep obat. Sebagai tambahan, jika satu singkatan dipakai untuk bermacam-macam istilah medik akan terjadi kebingungan dan dapat menghasilkan kesalahan medik. Singkatan dan simbol juga digunakan termasuk daftar “jangan digunakan” (*do-not-use*). Ketentuan ini harus sesuai dengan standar lokal dan nasional yang diakui.

### **Elemen Penilaian MIRM 12**

1. Terdapat regulasi standarisasi kode diagnosis, kode prosedur/tindakan, definisi, simbol yang digunakan dan yang tidak boleh digunakan, singkatan yang digunakan dan yang tidak boleh digunakan, serta dimonitor pelaksanaannya. (R)
2. Ketentuan tersebut dilaksanakan dan dievaluasi. (D,W)

### **Standar MIRM 13**

Rumah sakit menyediakan rekam medis untuk setiap pasien.

### **Maksud dan Tujuan MIRM 13**

Setiap pasien yang menjalani asuhan dan pelayanan yang terdiri atas hasil asesmen, rencana asuhan, dan perkembangan kondisi pasien, baik sebagai pasien rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat, serta pasien yang datang untuk pemeriksaan penunjang harus mempunyai rekam medis.

Setiap pasien memiliki satu nomor rekam medis dan pengaturan urutan berkas rekam medis untuk memudahkan menemukan rekam medis pasien serta mendokumentasikan pelayanan pasien setiap saat/sewaktu-waktu.

### **Elemen Penilaian MIRM 13**

1. Terdapat regulasi bahwa setiap pasien memiliki rekam medis dengan satu nomor rekam medis sesuai dengan sistem penomoran unit, pengaturan urutan berkas rekam medis, baik untuk rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, dan pemeriksaan penunjang. (R)
2. Rekam medis pasien digunakan untuk mencatat hasil asesmen, rencana asuhan, dan perkembangan kondisi pasien. (D,O)
3. Ada bukti rekam medis pasien menggunakan satu unit penomoran rekam medis untuk setiap pasien. (D,W,O)
4. Rekam medis pasien tersedia untuk rawat jalan, rawap inap, gawat darurat, dan pemeriksaan penunjang. (D,O)
5. Berkas rekam medis pasien tersusun sesuai regulasi. (D,O) (lihat juga AP)

### **Standar MIRM 13.1**

Rekam medis pasien memuat informasi yang memadai untuk mengidentifikasi pasien, mendukung diagnosis, justifikasi pengobatan, dokumen pemeriksaan dan hasil

pengobatan, serta meningkatkan kesinambungan asuhan di antara profesional pemberi asuhan (PPA) termasuk manajer pelayanan pasien (MPP).

### **Maksud dan Tujuan MIRM 13.1**

Rumah sakit menetapkan data dan informasi spesifik yang dicatat dalam rekam medis setiap pasien yang dilakukan asesmen atau diobati oleh profesional pemberi asuhan (PPA), baik sebagai pasien rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat.

Rekam medis memuat informasi yang memadai untuk mengidentifikasi pasien, mendukung diagnosis, justifikasi/dasar pembenaran pengobatan, mendokumentasikan pemeriksaan dan hasil pengobatan, serta meningkatkan kesinambungan pelayanan antara profesional pemberi asuhan (PPA).

Format dan isi rekam medis pasien sesuai standar yang terintegrasi dan kesinambungan asuhan antarprofesional pemberi asuhan (PPA) termasuk untuk manajer pelayanan pasien (MPP).

### **Elemen Penilaian MIRM 13.1**

Ada regulasi tentang isi spesifik dari berkas rekam medis pasien yang ditentukan oleh rumah sakit untuk kesinambungan asuhan oleh PPA. (R)

1. Rekam medis berisi informasi yang memadai untuk mengidentifikasi pasien. (D,O)
2. Rekam medis berisi informasi yang memadai untuk mendukung diagnosis. (D,O)
3. Rekam medis berisi informasi yang memadai untuk memberi justifikasi asuhan dan pengobatan. (D,O)
4. Rekam medis berisi informasi yang memadai untuk mendokumentasikan pemberian dan hasil pengobatan. (D,O)
5. Aktivitas manajer pelayanan pasien (MPP) dicatat dalam rekam medis. (D,O,W)

### **Standar MIRM 13.1.1**

Rekam medis setiap pasien gawat darurat memuat jam kedatangan, ringkasan kondisi pasien saat keluar dari gawat darurat, dan instruksi tindak lanjut asuhan.

### **Maksud dan Tujuan MIRM 13.1.1**

Rekam medis pasien gawat darurat memuat waktu kedatangan dan keluar unit pelayanan gawat darurat. Informasi ini berlaku bagi semua pasien yang keluar dari rumah sakit maupun yang dipindahkan ke unit lain atau ke unit rawat inap.

Saat keluar dari gawat darurat diartikan pasien secara fisik keluar meninggalkan unit gawat darurat, dapat pulang ke rumah atau dipindahkan ke unit lain atau unit rawat

inap atau dirujuk ke rumah sakit lain. Rekam medis juga memuat simpulan pada saat asuhan pasien selesai, kondisi pasien saat pindah atau dipulangkan, dan instruksi yang diberikan sebagai tindak lanjut pelayanan.

#### **Elemen Penilaian MIRM 13.1.1**

1. Terdapat regulasi tentang RM pasien gawat darurat yang memuat waktu kedatangan dan keluar pasien, ringkasan kondisi pasien saat keluar dari gawat darurat, dan instruksi tindak lanjut asuhan. (R)
2. Rekam medis pasien gawat darurat memuat waktu kedatangan dan keluar dari unit pelayanan gawat darurat. (D,O)
3. Rekam medis pasien gawat darurat memuat ringkasan kondisi pasien saat keluar dari unit pelayanan gawat darurat. (D,O)
4. Rekam medis pasien gawat darurat memuat instruksi tindak lanjut asuhan. (D,O)

#### **Standar MIRM 13.2**

Regulasi rumah sakit mengidentifikasi mereka yang berhak untuk mengisi rekam medis pasien serta menentukan isi rekam medis dan format rekam medis.

#### **Maksud dan Tujuan MIRM 13.2**

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk mengidentifikasi individu yang berhak memperoleh hak akses dan mengisi (memasukkan catatan) ke dalam rekam medis pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Hal ini penting untuk menjaga keamanan informasi pasien. Proses yang efektif menentukan

1. individu yang mempunyai hak akses ke informasi dalam rekam medis;
2. jenis informasi yang dapat diakses;
3. kewajiban pengguna untuk menjaga kerahasiaan informasi;
4. proses yang dijalankan ketika kerahasiaan dan keamanan dilanggar.

Rumah sakit menetapkan format dan isi rekam medis yang terstandardisasi guna membantu meningkatkan integrasi dan kesinambungan pelayanan di antara profesional pemberi asuhan (PPA) dalam asuhan pasien, di samping itu ditetapkan juga proses pengisian dan koreksi/pembetulan.

#### **Elemen Penilaian MIRM 13.2**

1. Terdapat regulasi yang menetapkan individu yang berwenang mengisi rekam medis dan memahami cara melakukan koreksi. (R)
2. Terdapat bukti yang mengisi RM hanya individu yang mendapat otoritas untuk mengisi rekam medis. (D,W)
3. Terdapat bukti individu yang berwenang mengisi rekam medis dan memahami cara melakukan koreksi. (W,O)

### **Standar MIRM 13.3**

Setiap profesional pemberi asuhan (PPA) yang mengisi rekam medis menulis identitas setelah pencatatan dibuat.

### **Maksud dan Tujuan MIRM 13.3**

Terdapat proses untuk menjamin bahwa hanya profesional pemberi asuhan (PPA) yang diberi kewenangan yang mengisi rekam medis pasien dan bahwa setiap pengisian ditulis tanggal dan jam, serta identifikasi profesional pemberi asuhan (PPA) berupa nama jelas dan tandatangan/paraf.

### **Elemen Penilaian MIRM 13.3**

1. Pada setiap pengisian rekam medis dapat diidentifikasi dengan jelas PPA yang mengisi. (D,O)
2. Tanggal dan jam pengisian rekam medis dapat diidentifikasi. (D,O)

### **Standar MIRM 13.4**

Dalam upaya perbaikan kinerja, rumah sakit secara teratur melakukan evaluasi atau *review* rekam medis.

### **Maksud dan Tujuan MIRM 13.4**

Setiap rumah sakit sudah menetapkan isi dan format rekam medis pasien dan mempunyai proses untuk melakukan asesmen terhadap isi dan kelengkapan berkas rekam medis. Proses tersebut merupakan bagian dari kegiatan peningkatan kinerja rumah sakit yang dilaksanakan secara berkala.

*Review* rekam medis berdasar atas sampel yang mewakili PPA yang memberikan pelayanan dan jenis pelayanan yang diberikan. Proses *review* melibatkan staf medis, keperawatan, serta PPA lainnya yang relevan dan mempunyai otorisasi untuk mengisi rekam medis pasien. (Lihat juga PMKP 4.1). *Review* berfokus pada ketepatan waktu, kelengkapan, dapat terbaca, keabsahan, dan lain-lain dari rekam medis serta informasi klinis. Isi rekam medis yang dipersyaratkan oleh peraturan dan perundang-undangan dimasukkan ke dalam proses *review* rekam medis. *Review* rekam medis di rumah sakit tersebut termasuk rekam medis pasien yang saat ini sedang dalam perawatan dan pasien yang sudah pulang. Hasil *review* dilaporkan secara berkala kepada Pimpinan RS.

### **Elemen Penilaian MIRM 13.4**

1. Rumah sakit menetapkan individu atau tim yang melakukan *review* rekam medis secara berkala. (R)
2. Rekam medis pasien di-*review* secara berkala. (D,W)
3. *Review* menggunakan sampel yang mewakili. (D,W)
4. Fokus *review* adalah pada ketepatan waktu, keterbacaan, dan kelengkapan

- rekam medis. (D,W)
5. Proses *review* termasuk isi rekam medis harus sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan. (D,W)
  6. Proses *review* termasuk rekam medis pasien yang masih dirawat dan pasien yang sudah pulang. (D,W)
  7. Hasil *review* dilaporkan secara berkala kepada direktur rumah sakit. (D,W)

#### **Standar MIRM 14**

Kerahasiaan dan privasi informasi dijaga.

#### **Maksud dan Tujuan MIRM 14**

Rumah sakit menjaga privasi dan kerahasiaan data serta informasi secara khusus dalam menjaga data dan informasi yang bersifat sensitif. Keseimbangan antara berbagi data dan kerahasiaannya diatur, termasuk data yang dapat diakses oleh pasien. Rumah sakit menetapkan tingkat privasi dan kerahasiaan yang dijaga untuk kategori beragam informasi (misalnya: rekam medis pasien, data riset, dan lainnya).

#### **Elemen Penilaian MIRM 14**

1. Terdapat regulasi mengenai privasi dan kerahasiaan informasi terkait data pasien dan hak akses terhadap isi rekam medis berdasar atas peraturan perundang-undangan. (R)
2. Terdapat bukti regulasi dilaksanakan. (D, W)
3. Kepatuhan pelaksanaan regulasi dimonitor. (D,W)

#### **Standar MIRM 15**

Ringkasan pasien pulang (*discharge summary*) dibuat untuk semua pasien rawat inap.

#### **Maksud dan Tujuan MIRM 15**

Ringkasan pasien pulang memberikan gambaran tentang pasien yang tinggal di rumah sakit. Ringkasan dapat digunakan oleh praktisi yang bertanggung jawab memberikan tindak lanjut asuhan. Ringkasan memuat hal

1. indikasi pasien masuk dirawat, diagnosis, dan komorbiditas lain;
2. temuan fisik penting dan temuan-temuan lain;
3. tindakan diagnostik dan prosedur terapi yang telah dikerjakan;
4. Obat yang diberikan selama dirawat inap dengan potensi akibat efek residual setelah obat tidak diteruskan dan semua obat yang harus digunakan di rumah;
5. kondisi pasien (*status present*);
6. ringkasan memuat instruksi tindak lanjut;
7. ringkasan pasien pulang dijelaskan dan ditandatangani oleh pasien/keluarga.

#### **Elemen Penilaian MIRM 15**

1. Ringkasan pulang memuat riwayat kesehatan, pemeriksaan fisis, dan pemeriksaan diagnostik. (D,W)
2. Ringkasan pulang memuat indikasi pasien dirawat inap, diagnosis, dan komorbiditas lain. (D,W)
3. Ringkasan pulang memuat prosedur terapi dan tindakan yang telah dikerjakan. (D,W)
4. Ringkasan pulang memuat obat yang diberikan, termasuk obat setelah pasien keluar rumah sakit. (D,W)
5. Ringkasan pulang memuat kondisi kesehatan pasien (*status present*) saat akan pulang rumah sakit. (D,W)
6. Ringkasan pulang memuat instruksi tindak lanjut, serta dijelaskan dan ditandatangani oleh pasien dan keluarga. (D,W)

# IV PROGRAM NASIONAL

## PROGRAM NASIONAL

### GAMBARAN UMUM

Untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia, Pemerintah menetapkan beberapa program nasional yang menjadi prioritas. Program prioritas tersebut meliputi:

- a) menurunkan angka kematian ibu dan bayi serta meningkatkan angka kesehatan ibu dan bayi
- b) menurunkan angka kesakitan HIV/AIDS
- c) menurunkan angka kesakitan tuberkulosis
- d) pengendalian resistensi antimikroba
- e) pelayanan geriatri

Implementasi program ini di rumah sakit dapat berjalan baik apabila mendapat dukungan penuh dari pimpinan/direktur rumah sakit berupa penetapan regulasi, pembentukan organisasi pengelola, penyediaan fasilitas, sarana dan dukungan finansial untuk mendukung pelaksanaan program.

### SASARAN, STANDAR, MAKSUD DAN TUJUAN, SERTA ELEMEN PENILAIAN

#### **SASARAN I: PENURUNAN ANGKA KEMATIAN IBU DAN BAYI SERTA PENINGKATAN KESEHATAN IBU DAN BAYI**

##### **Standar 1**

Rumah sakit melaksanakan program PONEK 24 jam di rumah sakit beserta monitoring dan evaluasinya.

##### **Standar 1.1**

Rumah sakit menyiapkan sumber daya untuk penyelenggaraan pelayanan PONEK.

##### **Standar 1.2**

Rumah sakit melaksanakan pelayanan rawat gabung, mendorong pemberian ASI eksklusif, melaksanakan edukasi dan perawatan metode kangguru pada bayi berat badan lahir rendah (BBLR).

### **Maksud dan Tujuan Standar 1, Standar 1.1 dan Standar 1.2**

Mengingat kematian bayi mempunyai hubungan erat dengan mutu penanganan ibu hamil dan melahirkan, maka proses antenatal care, persalinan dan perawatan bayi harus dilakukan dalam sistem terpadu di tingkat nasional dan regional.

Pelayanan obstetri dan neonatal regional merupakan upaya penyediaan pelayanan bagi ibu dan bayi baru lahir secara terpadu dalam bentuk Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) di Rumah Sakit dan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di tingkat Puskesmas.

Rumah Sakit PONEK 24 Jam merupakan bagian dari sistem rujukan dalam pelayanan kedaruratan dalam maternal dan neonatal, yang sangat berperan dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir.

Kunci keberhasilan PONEK adalah ketersediaan tenaga-tenaga kesehatan yang sesuai kompetensi, prasarana, sarana dan manajemen yang handal.

Rumah sakit dalam melaksanakan program PONEK sesuai dengan pedoman PONEK yang berlaku, dengan langkah-langkah pelaksanaan sebagai berikut:

- a) melaksanakan dan menerapkan standar pelayanan perlindungan ibu dan bayi secara terpadu dan paripurna.
- b) mengembangkan kebijakan dan SPO pelayanan sesuai dengan standar
- c) meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan bayi termasuk kepedulian terhadap ibu dan bayi.
- d) meningkatkan kesiapan rumah sakit dalam melaksanakan fungsi pelayanan obstetrik dan neonatus termasuk pelayanan kegawat daruratan (PONEK 24 jam)
- e) meningkatkan fungsi rumah sakit sebagai model dan pembina teknis dalam pelaksanaan IMD dan pemberian ASI Eksklusif
- f) meningkatkan fungsi rumah sakit sebagai pusat rujukan pelayanan kesehatan ibu dan bayi bagi sarana pelayanan kesehatan lainnya.
- g) meningkatkan fungsi rumah sakit dalam Perawatan Metode Kangguru (PMK) pada BBLR.
- h) melaksanakan sistem monitoring dan evaluasi pelaksanaan program RSSIB 10 langkah menyusui dan peningkatan kesehatan ibu
- i) ada regulasi rumah sakit yang menjamin pelaksanaan PONEK 24 jam, meliputi pula pelaksanaan rumah sakit sayang ibu dan bayi, pelayanan ASI eksklusif (termasuk IMD), pelayanan metode kangguru, dan SPO Pelayanan Kedokteran untuk pelayanan PONEK (lihat juga PAP 3.1)

- j) dalam rencana strategis (Renstra), rencana kerja anggaran (RKA) rumah sakit, termasuk upaya peningkatan pelayanan PONEK 24 jam
- k) tersedia ruang pelayanan yang memenuhi persyaratan untuk PONEK antara lain rawat gabung
- l) pembentukan tim PONEK
- m) tim PONEK mempunyai program kerja dan bukti pelaksanaannya
- n) terselenggara pelatihan untuk meningkatkan kemampuan pelayanan PONEK 24 jam, termasuk stabilisasi sebelum dipindahkan
- o) pelaksanaan rujukan sesuai peraturan perundangan
- p) pelaporan dan analisis meliputi :
  - angka keterlambatan operasi operasi section caesaria (SC) ( > 30 menit)
  - angka keterlambatan penyediaan darah ( > 60 menit)
  - angka kematian ibu dan bayi
  - kejadian tidak dilakukannya inisiasi menyusui dini (IMD) pada bayi baru lahir

### **Elemen Penilaian Standar 1**

1. Ada regulasi rumah sakit tentang pelaksanaan PONEK 24 jam di rumah sakit dan ada rencana kegiatan PONEK dalam perencanaan rumah sakit. (R)
2. Ada bukti keterlibatan pimpinan rumah sakit di dalam menyusun kegiatan PONEK. (D,W)
3. Ada bukti upaya peningkatan kesiapan rumah sakit dalam melaksanakan fungsi pelayanan obstetrik dan neonatus termasuk pelayanan kegawat daruratan (PONEK 24 Jam). (D,W)
4. Ada bukti pelaksanaan rujukan dalam rangka PONEK (lihat juga ARK.5). (D,W)
5. Ada bukti pelaksanaan sistem monitoring dan evaluasi program rumah sakit sayang ibu dan bayi (RSSIB). (D,W)
6. Ada bukti pelaporan dan analisis yang meliputi 1 sampai dengan 4 di maksud dan tujuan. (D,W)

### **Elemen Penilaian Standar 1.1**

1. Ada bukti terbentuknya tim PONEK dan program kerjanya. (R)
2. Ada bukti pelatihan pelayanan PONEK. (D,W)
3. Ada bukti pelaksanaan program tim PONEK. (D,W)
4. Tersedia ruang pelayanan yang memenuhi persyaratan untuk PONEK. (D,O,W)

### **Elemen Penilaian Standar 1.2**

1. Terlaksananya rawat gabung. (O,W)
2. Ada bukti RS melaksanakan IMD dan mendorong pemberian ASI Eksklusif. (O,W)

3. Ada bukti pelaksanaan edukasi dan perawatan metode kangguru (PMK) pada bayi berat badan lahir rendah (BBLR). (D,O,W)

## **SASARAN II:**

### **PENURUNAN ANGKA KESAKITAN HIV/AIDS (Standar 2)**

#### **Standar 2**

Rumah sakit melaksanakan penanggulangan HIV/AIDS sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

#### **Maksud dan Tujuan Standar 2**

Dalam waktu yang singkat virus *human immunodeficiency virus* (HIV) telah mengubah keadaan sosial, moral, ekonomi dan kesehatan dunia. Saat ini HIV/AIDS merupakan masalah kesehatan terbesar yang dihadapi oleh komunitas global.

Saat ini, Pemerintah telah mengeluarkan kebijakan dengan melakukan peningkatan fungsi pelayanan kesehatan bagi orang hidup dengan HIV/AIDS (ODHA). Kebijakan ini menekankan kemudahan akses bagi orang hidup dengan HIV/AIDS (ODHA) untuk mendapatkan layanan pencegahan, pengobatan, dukungan dan perawatan, sehingga diharapkan lebih banyak orang hidup dengan HIV/AIDS (ODHA) yang memperoleh pelayanan yang berkualitas.

Rumah sakit dalam melaksanakan penanggulangan HIV/AIDS sesuai dengan standar pelayanan bagi rujukan orang dengan HIV/AIDS (ODHA) dan satelitnya dengan langkah-langkah pelaksanaan sebagai berikut:

- meningkatkan fungsi pelayanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT);
- meningkatkan fungsi pelayanan *Prevention Mother to Child Transmission* (PMTCT);
- meningkatkan fungsi pelayanan *Antiretroviral Therapy* (ART) atau bekerjasama dengan RS yang ditunjuk;
- meningkatkan fungsi pelayanan Infeksi Oportunistik (IO);
- meningkatkan fungsi pelayanan pada ODHA dengan faktor risiko *Injection Drug Use* (IDU); dan
- meningkatkan fungsi pelayanan penunjang, yang meliputi: pelayanan gizi, laboratorium, dan radiologi, pencatatan dan pelaporan.

#### **Elemen Penilaian Standar 2**

1. Adanya regulasi rumah sakit dan dukungan penuh manajemen dalam pelayanan penanggulangan HIV/AIDS. (R)
2. Pimpinan rumah sakit berpartisipasi dalam menyusun rencana pelayanan penanggulangan HIV/AIDS. (D,W)

3. Pimpinan rumah sakit berpartisipasi dalam menetapkan keseluruhan proses/mechanisme dalam pelayanan penanggulangan HIV/AIDS termasuk pelaporannya. (D,W)
4. Terbentuk dan berfungsinya Tim HIV/AIDS rumah sakit ( D,W )
5. Terlaksananya pelatihan untuk meningkatkan kemampuan teknis Tim HIV/AIDS sesuai standar. (D,W)
6. Terlaksananya fungsi rujukan HIV/AIDS pada rumah sakit sesuai dengan kebijakan yang berlaku. (D)
7. Terlaksananya pelayanan VCT, ART, PMTCT, IO, ODHA dengan faktor risiko IDU, penunjang sesuai dengan kebijakan. (D)

### **SASARAN III: PENURUNAN ANGKA KESAKITAN TUBERKULOSIS**

#### **Standar 3**

Rumah sakit melaksanakan program penanggulangan tuberkulosis di rumah sakit beserta monitoring dan evaluasinya melalui kegiatan:

- a) promosi kesehatan;
- b) surveilans tuberkulosis;
- c) pengendalian faktor risiko;
- d) penemuan dan penanganan kasus tuberkulosis;
- e) pemberian kekebalan; dan
- f) pemberian obat pencegahan.

#### **Standar 3.1**

Rumah sakit menyiapkan sumber daya untuk penyelenggaraan pelayanan dan penanggulangan tuberkulosis.

#### **Standar 3.2**

Rumah sakit menyediakan sarana dan prasarana pelayanan tuberkulosis sesuai peraturan perundang-undangan.

#### **Standar 3.3**

Rumah sakit telah melaksanakan pelayanan tuberkulosis dan upaya pengendalian faktor risiko tuberkulosis sesuai peraturan perundang-undangan.

#### **Maksud dan Tujuan Standar 3 sampai dengan Standar 3.3**

Pemerintah telah mengeluarkan kebijakan penanggulangan tuberkulosis berupa upaya kesehatan yang mengutamakan aspek promotif, preventif, tanpa mengabaikan aspek kuratif dan rehabilitatif yang ditujukan untuk melindungi kesehatan masyarakat, menurunkan angka kesakitan, kecatatan atau kematian, memutuskan penularan mencegah resistensi obat dan mengurangi dampak negatif yang ditimbulkan akibat tuberkulosis.

Rumah sakit dalam melaksanakan penanggulangan tuberkulosis melalui kegiatan yang meliputi:

- a) Promosi kesehatan yang diarahkan untuk meningkatkan pengetahuan yang benar dan komprehensif mengenai pencegahan penularan, pengobatan, pola hidup bersih dan sehat (PHBS) sehingga terjadi perubahan sikap dan perilaku sasaran yaitu pasien dan keluarga, pengunjung serta staf rumah sakit
- b) Surveilans tuberkulosis, merupakan kegiatan memperoleh data epidemiologi yang diperlukan dalam sistem informasi program penanggulangan tuberkulosis, seperti pencatatan dan pelaporan tuberkulosis sensitif obat, pencatatan dan pelaporan tuberkulosis resistensi obat.
- c) Pengendalian faktor risiko tuberkulosis, ditujukan untuk mencegah, mengurangi penularan dan kejadian penyakit tuberkulosis, yang pelaksanaannya sesuai dengan pedoman pengendalian pencegahan infeksi tuberkulosis di rumah sakit pengendalian faktor risiko tuberkulosis, ditujukan untuk mencegah, mengurangi penularan dan kejadian penyakit tuberkulosis, yang pelaksanaannya sesuai dengan pedoman pengendalian pencegahan infeksi tuberkulosis di rumah sakit
- d) Penemuan dan penanganan kasus tuberkulosis.  
Penemuan kasus tuberkulosis dilakukan melalui pasien yang datang ke rumah sakit, setelah pemeriksaan, penegakan diagnosis, penetapan klarifikasi dan tipe pasien tuberkulosis. Sedangkan untuk penanganan kasus dilaksanakan sesuai tata laksana pada pedoman nasional pelayanan kedokteran tuberkulosis dan standar lainnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- e) Pemberian kekebalan  
Pemberian kekebalan dilakukan melalui pemberian imunisasi BCG terhadap bayi dalam upaya penurunan risiko tingkat pemahaman tuberkulosis sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- f) Pemberian obat pencegahan.  
Pemberian obat pencegahan selama 6 (enam) bulan yang ditujukan pada anak usia dibawah 5 (lima) tahun yang kontak erat dengan pasien tuberkulosis aktif; orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) yang tidak terdiagnosa tuberkulosis; populasi tertentu lainnya sesuai peraturan perundang-undangan.

Kunci keberhasilan penanggulangan tuberkulosis di rumah sakit adalah ketersediaan tenaga-tenaga kesehatan yang sesuai kompetensi, prasarana, sarana dan manajemen yang handal.

### **Elemen Penilaian Standar 3**

1. Ada regulasi rumah sakit tentang pelaksanaan penanggulangan tuberkulosis di rumah sakit dan ada rencana kegiatan penanggulangan tuberkulosis dengan strategi DOTS dalam perencanaan rumah sakit. (R)
2. Pimpinan rumah sakit berpartisipasi dalam menetapkan keseluruhan proses/mekanisme dalam program pelayanan tuberkulosis termasuk pelaporannya. (D,W)
3. Ada bukti upaya pelaksanaan promosi kesehatan tentang tuberkulosis. (D,W)
4. Ada bukti pelaksanaan surveilans tuberkulosis dan pelaporannya. (D,W)
5. Ada bukti pelaksanaan upaya pencegahan tuberkulosis melalui pemberian kekebalan dengan vaksinasi atau obat pencegahan. (D,W)

### **Elemen Penilaian Standar 3.1**

1. Ada bukti terbentuknya tim DOTS dan program kerjanya. (R)
2. Ada bukti pelatihan pelayanan dan upaya penanggulangan tuberkulosis. (D,W)
3. Ada bukti pelaksanaan program tim DOTS. (D,W)
4. Ada bukti pelaksanaan sistem monitoring dan evaluasi program penanggulangan tuberkulosis. (D,W)
5. Ada bukti pelaporan dan analisis yang meliputi a) sampai dengan f) di maksud dan tujuan. (D,W)

### **Elemen Penilaian Standar 3.2**

1. Tersedia ruang pelayanan rawat jalan yang memenuhi pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi tuberkulosis. (O,W)
2. Bila rumah sakit memberikan pelayanan rawat inap bagi pasien tuberkulosis paru dewasa maka rumah sakit harus memiliki ruang rawat inap yang memenuhi pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi tuberkulosis. (O,W)
3. Tersedia ruang pengambilan specimen sputum yang memenuhi pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi tuberkulosis. (O,W)
4. Tersedia ruang laboratorium tuberkulosis yang memenuhi pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi tuberkulosis. (O,W)

### **Elemen Penilaian Standar 3.3**

1. Rumah sakit memiliki panduan praktek klinis tuberkulosis. (R)

2. Ada bukti kepatuhan staf medis terhadap panduan praktek klinis tuberkulosis. (D,O,W)
3. Terlaksana proses skrining pasien tuberkulosis saat pendaftaran. (D,O,W)
4. Ada bukti staf mematuhi penggunaan alat pelindung diri (APD) saat kontak dengan pasien atau specimen. (O,W)
5. Ada bukti pengunjung mematuhi penggunaan alat pelindung diri (APD) saat kontak dengan pasien. (O,W)

#### **SASARAN IV: PENGENDALIAN RESISTENSI ANTIMIKROBA**

##### **Gambaran Umum**

Resistensi terhadap antimikroba (disingkat: resistensi antimikroba, dalam bahasa Inggris antimicrobial resistance, AMR) telah menjadi masalah kesehatan yang mendunia, dengan berbagai dampak merugikan yang dapat menurunkan mutu dan meningkatkan risiko pelayanan kesehatan khususnya biaya dan keselamatan pasien. Yang dimaksud dengan resistensi antimikroba adalah ketidak mampuan antimikroba membunuh atau menghambat pertumbuhan mikroba sehingga penggunaannya sebagai terapi penyakit infeksi menjadi tidak efektif lagi.

Meningkatnya masalah resistensi antimikroba terjadi akibat penggunaan antimikroba yang tidak bijak dan bertanggung jawab dan penyebaran mikroba resisten dari pasien ke lingkungannya karena tidak dilaksanakannya praktik pengendalian dan pencegahan infeksi dengan baik.

Dalam rangka mengendalikan mikroba resisten di rumah sakit, perlu dikembangkan program pengendalian resistensi antimikroba di rumah sakit. Pengendalian resistensi antimikroba adalah aktivitas yang ditujukan untuk mencegah dan/atau menurunkan adanya kejadian mikroba resisten.

Dalam rangka pengendalian resistensi antimikroba secara luas baik di fasilitas pelayanan kesehatan maupun di komunitas di tingkat nasional telah dibentuk Komite Pengendalian Antimikroba yang selanjutnya disingkat KPRA oleh Kementerian Kesehatan. Disamping itu telah ditetapkan program aksi nasional / national action plans on antimicrobial resistance (NAP AMR) yang didukung oleh WHO. Program pengendalian resistensi antimikroba (PPRA) merupakan upaya pengendalian resistensi antimikroba secara terpadu dan paripurna di fasilitas pelayanan kesehatan.

Implementasi program ini di rumah sakit dapat berjalan baik apabila mendapat dukungan penuh dari pimpinan/direktur rumah sakit berupa penetapan regulasi

pengendalian resistensi antimikroba, pembentukan organisasi pengelola, penyediaan fasilitas, sarana dan dukungan finansial untuk mendukung pelaksanaan PPRA.

Penggunaan antimikroba secara bijak ialah penggunaan antimikroba yang sesuai dengan penyakit infeksi dan penyebabnya dengan rejimen dosis optimal, durasi pemberian optimal, efek samping dan dampak munculnya mikroba resisten yang minimal pada pasien. Oleh sebab itu diagnosis dan pemberian antimikroba harus disertai dengan upaya menemukan penyebab infeksi dan kepekaan mikroba patogen terhadap antimikroba.

Penggunaan antimikroba secara bijak memerlukan regulasi dalam penerapan dan pengendaliannya. Pimpinan rumah sakit harus membentuk komite atau tim PPRA sesuai peraturan perundang-undangan sehingga PPRA dapat dilakukan dengan baik.

#### **Standar 4**

Rumah sakit menyelenggarakan pengendalian resistensi antimikroba sesuai peraturan perundang-undangan.

#### **Maksud dan Tujuan Standar 4**

Tersedia regulasi pengendalian resistensi antimikroba di rumah sakit yang meliputi:

- a. Pengendalian resistensi antimikroba.
- b. Panduan penggunaan antibiotik untuk terapi dan profilaksis pembedahan.
- c. Organisasi pelaksana, Tim/ Komite PPRA terdiri dari tenaga kesehatan yang kompeten dari unsur:
  - Staf Medis
  - Staf Keperawatan
  - Staf Instalasi Farmasi
  - Staf Laboratorium yang melaksanakan pelayanan mikrobiologi klinik
  - Komite Farmasi dan Terapi
  - Komite PPIT
  - Komite Farmasi dan Terapi
  - Komite PPI

Organisasi PRA dipimpin oleh staf medis yang sudah mendapat sertifikat pelatihan PPRA. Rumah sakit menyusun program pengendalian resistensi antimikroba di rumah sakit terdiri dari:

- a) peningkatan pemahaman dan kesadaran seluruh staf, pasien dan keluarga tentang masalah resistensi anti mikroba;
- b) pengendalian penggunaan antibiotik di rumah sakit;
- c) surveilans pola penggunaan antibiotik di rumah sakit;
- d) surveilans pola resistensi antimikroba di rumah sakit
- e) forum kajian penyakit infeksi terintegrasi

## Elemen Penilaian Standar 4

1. Ada regulasi dan program tentang pengendalian resistensi antimikroba di rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan.(R)
2. Ada bukti pimpinan rumah sakit terlibat dalam menyusun program. (D,W)
3. Ada bukti dukungan anggaran operasional, kesekretariatan, sarana prasarana untuk menunjang kegiatan fungsi, dan tugas organisasi PPRA. (D,O,W)
4. Ada bukti pelaksanaan pengendalian penggunaan antibiotik terapi dan profilaksis pembedahan pada seluruh proses asuhan pasien. (D,O,W)
5. Direktur melaporkan kegiatan PPRA secara berkala kepada KPRA. (D,W)

### Standar 4.1

Rumah sakit (Tim/Komite PPRA) melaksanakan kegiatan pengendalian resistensi antimikroba.

#### Maksud dan Tujuan Standar 4.1

Rumah sakit (Tim/Komite PPRA) membuat laporan pelaksanaan program/ kegiatan PRA meliputi:

- a) kegiatan sosialisasi dan pelatihan staf tenaga kesehatan tentang pengendalian resistensi antimikroba
- b) surveilans pola penggunaan antibiotik di RS (termasuk laporan pelaksanaan pengendalian antibiotik)
- c) surveilans pola resistensi antimikroba
- d) forum kajian penyakit infeksi terintegrasi

Rumah sakit (Tim/Komite PPRA) menetapkan dan melaksanakan evaluasi dan analisis indikator mutu PPRA sesuai peraturan perundang-undangan meliputi:

- a) perbaikan kuantitas penggunaan antibiotik
- b) perbaikan kualitas penggunaan antibiotik
- c) peningkatan mutu penanganan kasus infeksi secara multidisiplin dan terintegrasi
- d) penurunan angka infeksi rumah sakit yang disebabkan oleh mikroba resisten
- e) indikator mutu PPRA terintegrasi pada indikator mutu PMKP

Rumah sakit melaporkan perbaikan pola sensitivitas antibiotik dan penurunan mikroba resisten sesuai indikator bakteri *multi-drug resistant organism* (MDRO), antara lain: bakteri penghasil *extended spectrum beta-lactamase* (ESBL), *Methicillin resistant Staphylococcus aureus* (MRSA), *Carbapenemase resistant enterobacteriaceae* (CRE) dan bakteri pan-resisten lainnya (Lihat juga PPI.6).

## **Elemen Penilaian Standar 4.1**

1. Ada organisasi yang mengelola kegiatan pengendalian resistensi antimikroba dan melaksanakan program pengendalian resistensi antimikroba rumah sakit meliputi a) sampai dengan d) di maksud dan tujuan. (R)
2. Ada bukti kegiatan organisasi yang meliputi a) sampai dengan d) di maksud dan tujuan. (D,W)
3. Ada penetapan indikator mutu yang meliputi a) sampai dengan e) di maksud dan tujuan. (D,W)
4. Ada monitoring dan evaluasi terhadap program pengendalian resistensi antimikroba yang mengacu pada indikator pengendalian resistensi antimikroba (D,W)
5. Ada bukti pelaporan kegiatan PPRA secara berkala dan meliputi butir a) sampai dengan e) di maksud dan tujuan. (D,W)

## **SASARAN V: PELAYANAN GERIATRI**

### **Standar 5**

Rumah sakit menyediakan pelayanan geriatri rawat jalan, rawat inap akut dan rawat inap kronis sesuai dengan tingkat jenis pelayanan.

#### **Standar 5.1**

Rumah Sakit melakukan promosi dan edukasi sebagai bagian dari Pelayanan Kesehatan Warga Lanjut usia di Masyarakat Berbasis Rumah Sakit (*Hospital Based Community Geriatric Service*).

#### **Maksud dan Tujuan Standar 5 dan Standar 5.1**

Pasien geriatri adalah pasien lanjut usia dengan multi penyakit/gangguan akibat penurunan fungsi organ, psikologi, sosial, ekonomi dan lingkungan yang membutuhkan pelayanan kesehatan secara terpadu dengan pendekatan multi disiplin yang bekerja sama secara interdisiplin. Dengan meningkatnya sosial ekonomi dan pelayanan kesehatan maka usia harapan hidup semakin meningkat, sehingga secara demografi terjadi peningkatan populasi lanjut usia. Sehubungan dengan itu rumah sakit perlu menyelenggarakan pelayanan geriatri sesuai dengan tingkat jenis pelayanan geriatri:

- a) tingkat sederhana
- b) tingkat lengkap
- c) tingkat sempurna
- d) tingkat paripurna

## **Elemen Penilaian Standar 5**

1. Ada regulasi tentang penyelenggaraan pelayanan geriatri di rumah sakit sesuai dengan tingkat jenis layanan. (R)

2. Terbentuk dan berfungsinya tim terpadu geriatri sesuai tingkat jenis layanan. (R,D,W)
3. Terlaksananya proses pemantauan dan evaluasi kegiatan. (D,O,W)
4. Ada pelaporan penyelenggaraan pelayanan geriatri di rumah sakit. (D,W)

#### **Elemen Penilaian Standar 5.1**

1. Ada regulasi tentang edukasi sebagai bagian dari Pelayanan Kesehatan Warga Lanjut usia di Masyarakat Berbasis Rumah Sakit (*Hospital Based Community Geriatric Service*). (R)
2. Ada program PPRS terkait Pelayanan Kesehatan Warga Lanjut usia di Masyarakat Berbasis Rumah Sakit (*Hospital Based Community Geriatric Service*). (D,W)
3. Ada leaflet atau alat bantu kegiatan (brosur, leaflet dll). (D,W)
4. Ada bukti pelaksanaan kegiatan. (D,O,W)
5. Ada evaluasi dan laporan kegiatan pelayanan. (D,W)

**INTEGRASI PENDIDIKAN  
KESEHATAN DALAM  
PELAYANAN RUMAH SAKIT (IPKP)**

**INTEGRASI PENDIDIKAN KESEHATAN DALAM PELAYANAN RUMAH SAKIT  
(IPKP)**

**Gambaran Umum**

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 22 dan 23 menetapkan pengaturan tentang rumah sakit pendidikan yang diatur lebih lanjut dalam Peraturan Pemerintah Nomor 93 Tahun 2015.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2013 Pasal 1 butir 15 menjelaskan bahwa Rumah Sakit Pendidikan adalah rumah sakit yang mempunyai fungsi sebagai tempat pendidikan, penelitian, dan pelayanan kesehatan secara terpadu dalam bidang pendidikan kedokteran, pendidikan berkelanjutan, dan pendidikan kesehatan lainnya secara multiprofesi.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2013 Pasal 1 butir 16, 17, dan 18 menjelaskan pengertian rumah sakit pendidikan utama, rumah sakit pendidikan afiliasi, dan rumah sakit pendidikan satelit.

Pasal 3: rumah sakit pendidikan memiliki fungsi pelayanan, pendidikan, dan penelitian bidang kedokteran, kedokteran gigi, dan kesehatan lain.

UU Nomor 44 Pasal 4 (1): dalam menjalankan fungsi pelayanan bidang kedokteran, kedokteran gigi, dan kesehatan lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3, rumah sakit pendidikan bertugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan terintegrasi dengan mengutamakan tata kelola klinis yang baik, perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran, kedokteran gigi, serta kesehatan lain berbasis bukti dengan memperhatikan aspek etika profesi dan hukum kesehatan.

Pasal 9: jenis rumah sakit pendidikan, yaitu rumah sakit pendidikan utama, rumah sakit pendidikan afiliasi, dan rumah sakit pendidikan satelit.

Rumah sakit pendidikan harus mempunyai mutu dan keselamatan pasien yang lebih tinggi daripada rumah sakit nonpendidikan.

Agar mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit pendidikan tetap terjaga maka perlu ditetapkan standar akreditasi untuk rumah sakit pendidikan.

Pada rumah sakit yang ditetapkan sebagai rumah sakit pendidikan, akreditasi perlu dilengkapi dengan standar dan elemen penilaian untuk menjaga mutu pelayanan dan menjamin keselamatan pasien.

### **Standar IPKP.1**

Rumah sakit menetapkan regulasi tentang persetujuan pemilik dan pengelola dalam pembuatan perjanjian kerja sama penyelenggaraan pendidikan klinis di rumah sakit.

### **Maksud dan Tujuan IPKP.1**

Keputusan penetapan rumah sakit pendidikan merupakan kewenangan kementerian yang membidangi masalah kesehatan setelah ada keputusan bersama dalam bentuk perjanjian kerja sama pemilik dan pengelola rumah sakit dengan pimpinan institusi pendidikan.

Mengintegrasikan penyelenggaraan pendidikan klinis ke dalam operasional rumah sakit memerlukan komitmen dalam pengaturan, antara lain waktu, tenaga, dan sumber daya. Peserta pendidikan klinis termasuk *trainee/fellow*, peserta pendidikan dokter spesialis, dan peserta pendidikan tenaga kesehatan profesional lainnya.

Keputusan untuk mengintegrasikan operasional rumah sakit dan pendidikan klinis paling baik dibuat oleh jenjang pimpinan tertinggi yang berperan sebagai pengambil keputusan di suatu rumah sakit bersama institusi pendidikan kedokteran, kedokteran gigi, dan profesi kesehatan lainnya yang didelegasikan kepada organisasi yang mengoordinasi pendidikan klinis.

Untuk penyelenggaraan pendidikan klinis di rumah sakit maka semua pihak harus mendapat informasi lengkap tentang hubungan dan tanggung jawab masing-masing. Pemilik dan atau representasi pemilik memberikan persetujuan terhadap keputusan tentang visi-misi, rencana strategis, alokasi sumber daya, dan program mutu rumah sakit (lihat TKRS 1.1 sampai TKRS 1.3) sehingga dapat ikut bertanggung jawab terhadap seluruh proses penyelenggaraan pendidikan klinis di rumah sakit yang harus konsisten dengan visi-misi rumah sakit dan komitmen pada mutu, keselamatan pasien, serta kebutuhan pasien.

Rumah sakit mendapatkan informasi tentang *output* dengan kriteria-kriteria yang diharapkan dari institusi pendidikan dari pendidikan klinis yang dilaksanakan di rumah sakit untuk mengetahui mutu pelayanan dalam penyelenggaraan pendidikan klinis di rumah sakit.

Rumah sakit menyetujui *output* serta kriteria penilaian pendidikan dan harus dimasukkan dalam perjanjian kerja sama.

Organisasi yang mengoordinasi pendidikan klinis bertanggung jawab untuk merencanakan, memonitor, dan mengevaluasi penyelenggaraan program pendidikan klinis di rumah sakit.

Organisasi yang mengoordinasi pendidikan klinis melakukan penilaian berdasar atas kriteria yang sudah disetujui bersama.

Organisasi yang mengoordinasi pendidikan klinis harus melaporkan hasil evaluasi penerimaan, pelaksanaan, dan penilaian *output* dari program pendidikan kepada pimpinan rumah sakit dan pimpinan institusi pendidikan.

### **Elemen Penilaian IPKP.1**

1. Ada penetapan rumah sakit pendidikan yang masih berlaku. (D)
2. Ada kerja sama antara rumah sakit dan institusi pendidikan yang sudah terakreditasi. (D)
3. Jumlah penerimaan peserta didik sesuai dengan kapasitas rumah sakit harus dicantumkan dalam perjanjian kerja sama. (D)

### **Standar IPKP.2**

Pelaksanaan pelayanan dalam pendidikan klinis yang diselenggarakan di rumah sakit mempunyai akuntabilitas manajemen, koordinasi, dan prosedur yang jelas.

### **Maksud dan Tujuan IPKP.2**

Organisasi yang mengoordinasi pendidikan di rumah sakit menetapkan kewenangan, perencanaan, monitoring implementasi program pendidikan klinis, serta evaluasi dan analisisnya.

Kesepakatan antara rumah sakit dan institusi pendidikan kedokteran, kedokteran gigi, dan pendidikan tenaga kesehatan lainnya harus tercermin dalam organisasi dan kegiatan organisasi yang mengoordinasi pendidikan di rumah sakit.

Rumah sakit memiliki regulasi yang mengatur:

- 1) kapasitas penerimaan peserta didik sesuai dengan kapasitas rumah sakit yang dicantumkan dalam perjanjian kerja sama;
- 2) persyaratan kualifikasi pendidik/dosen klinis;

3) peserta pendidikan klinis di rumah sakit.

Rumah sakit mendokumentasikan daftar akurat yang memuat semua peserta pendidikan klinis di rumah sakit.

Untuk setiap peserta pendidikan klinis dilakukan pemberian kewenangan klinis untuk menentukan sejauh mana kewenangan yang diberikan secara mandiri atau di bawah supervisi.

Rumah sakit harus mempunyai dokumentasi

- a) surat keterangan peserta didik dari institusi pendidikan;
- b) ijazah, surat tanda registrasi, dan surat izin praktik yang menjadi persyaratan sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- c) klasifikasi akademik;
- d) identifikasi kompetensi peserta pendidikan klinis; dan
- e) laporan pencapaian kompetensi.

## **Elemen Penilaian IPKP.2**

1. Ada regulasi tentang pengelolaan dan pengawasan pelaksanaan pendidikan klinis yang telah disepakati bersama meliputi 1) sampai dengan 3) di maksud dan tujuan. (R)
2. Ada daftar lengkap memuat nama semua peserta pendidikan klinis yang saat ini ada di rumah sakit. (D)
3. Untuk setiap peserta pendidikan klinis terdapat dokumentasi yang berisi paling sedikit meliputi a) sampai dengan e) di maksud dan tujuan. (D)

## **Standar IPKP.3**

Tujuan dan sasaran program pendidikan klinis di rumah sakit disesuaikan dengan jumlah staf yang memberikan pendidikan klinis, variasi dan jumlah pasien, teknologi, serta fasilitas rumah sakit.

## **Maksud dan Tujuan IPKP.3**

Pendidikan klinis di rumah sakit harus mengutamakan keselamatan pasien serta memperhatikan kebutuhan pelayanan sehingga pelayanan rumah sakit tidak terganggu, akan tetapi justru menjadi lebih baik dengan terdapat program pendidikan klinis ini. Pendidikan harus dilaksanakan secara terintegrasi dengan pelayanan dalam

rangka memperkaya pengalaman dan kompetensi peserta didik, termasuk juga pengalaman pendidik klinis untuk selalu memperhatikan prinsip pelayanan berfokus pada pasien.

- Variasi dan jumlah pasien harus selaras dengan kebutuhan untuk berjalannya program, demikian juga fasilitas pendukung pembelajaran harus disesuaikan dengan teknologi berbasis bukti yang harus tersedia.
- Jumlah peserta pendidikan klinis di rumah sakit harus memperhatikan jumlah staf pendidik klinis serta ketersediaan sarana dan prasarana.

### **Elemen Penilaian IPKP.3**

1. Ada perhitungan rasio peserta pendidikan dengan staf yang memberikan pendidikan klinis untuk seluruh peserta dari setiap program pendidikan profesi yang disepakati oleh rumah sakit dan institusi pendidikan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (D)
2. Ada dokumentasi perhitungan peserta didik yang diterima di rumah sakit per periode untuk proses pendidikan disesuaikan dengan jumlah pasien untuk menjamin mutu dan keselamatan pasien. (D,W)

### **Standar IPKP.4**

Seluruh staf yang memberikan pendidikan klinis mempunyai kompetensi sebagai pendidik klinis dan mendapatkan kewenangan dari institusi pendidikan dan rumah sakit.

### **Maksud dan Tujuan IPKP.4**

Seluruh staf yang memberikan pendidikan klinis telah mempunyai kompetensi dan kewenangan klinis untuk dapat mendidik dan memberikan pembelajaran klinis kepada peserta pendidikan klinis di rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (lihat juga KKS 10, KKS 13, dan KKS 16)

Daftar staf yang memberikan pendidikan klinis dengan seluruh gelar akademis dan profesinya tersedia di rumah sakit. Seluruh staf yang memberikan pendidikan klinis harus memenuhi persyaratan kredensial dan memiliki kewenangan klinis untuk melaksanakan pendidikan klinis yang sesuai dengan tuntutan tanggung jawabnya. (lihat juga KKS 9, KKS 13, dan KKS 16)

### **Elemen Penilaian IPKP.4**

1. Ada penetapan staf klinis yang memberikan pendidikan klinis dan penetapan penugasan klinis serta rincian kewenangan klinis dari rumah sakit. (R)
2. Ada daftar staf klinis yang memberikan pendidikan klinis secara lengkap (akademik dan profesi) sesuai dengan jenis pendidikan yang dilaksanakan di RS. (D,W)
3. Ada uraian tugas, tanggung jawab, dan juga wewenang untuk setiap staf yang memberikan pendidikan klinis. (lihat juga KKS 10, KKS 13, dan KKS 16) (D,W)
4. Ada bukti staf klinis yang memberikan pendidikan klinis telah mengikuti pendidikan keprofesian berkelanjutan. (D)

### **Standar IPKP.5**

Rumah sakit memastikan pelaksanaan supervisi yang berlaku untuk setiap jenis dan jenjang pendidikan staf klinis di rumah sakit.

### **Maksud dan Tujuan IPKP.5**

Supervisi dalam pendidikan menjadi tanggung jawab staf klinis yang memberikan pendidikan klinis untuk menjadi acuan pelayanan rumah sakit agar pasien, staf, dan peserta didik terlindungi secara hukum. Supervisi diperlukan untuk memastikan asuhan pasien yang aman dan merupakan bagian proses belajar bagi peserta pendidikan klinis sesuai dengan jenjang pembelajaran dan level kompetensinya.

Setiap peserta pendidikan klinis di rumah sakit mengerti proses supervisi klinis, meliputi siapa saja yang melakukan supervisi dan frekuensi supervisi oleh staf klinis yang memberikan pendidikan klinis. Pelaksanaan supervisi didokumentasikan dalam *log book* peserta didik dan staf klinis yang memberikan pendidikan klinis.

Dikenal 4 (empat) tingkatan supervisi yang disesuaikan dengan kompetensi dan juga kewenangan peserta didik sebagai berikut:

- supervisi tinggi: kemampuan asesmen peserta didik belum sah sehingga keputusan dalam membuat diagnosis dan rencana asuhan harus dilakukan oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP). Begitu pula tindakan medis dan operatif hanya boleh dilakukan oleh DPJP. Pencatatan pada berkas rekam medis harus dilakukan oleh DPJP;
- supervisi moderat tinggi: kemampuan asesmen peserta didik sudah dianggap sah, namun kemampuan membuat keputusan belum sah sehingga rencana asuhan yang dibuat peserta didik harus disupervisi oleh DPJP. Tindakan medis dan operatif dapat dikerjakan oleh peserta didik dengan supervisi langsung

(*onsite*) oleh DPJP. Pencatatan pada berkas rekam medis oleh peserta didik dan diverifikasi dan divalidasi oleh DPJP;

- supervisi moderat: kemampuan melakukan asesmen sudah sah, tetapi kemampuan membuat keputusan belum sah sehingga keputusan rencana asuhan harus mendapat persetujuan DPJP sebelum dijalankan, kecuali pada kasus gawat darurat. Tindakan medis dan operatif dapat dilaksanakan oleh peserta didik dengan supervisi tidak langsung oleh DPJP (dilaporkan setelah pelaksanaan). Pencatatan pada berkas rekam medis oleh peserta didik dengan verifikasi dan validasi oleh DPJP;
- supervisi rendah: kemampuan asesmen dan kemampuan membuat keputusan sudah sah sehingga dapat membuat diagnosis dan rencana asuhan, namun karena belum mempunyai legitimasi tetap harus melapor kepada DPJP. Tindakan medis dan operatif dapat dilakukan dengan supervisi tidak langsung oleh DPJP.

Pencatatan pada berkas rekam medis oleh peserta didik dengan validasi oleh DPJP.

Penetapan tingkat supervisi peserta didik dilakukan oleh staf klinis yang memberikan pendidikan klinis setelah melakukan evaluasi kompetensi peserta didik menggunakan perangkat evaluasi pendidikan yang dibuat oleh institusi pendidikan.

Beberapa alat evaluasi antara lain:

1. *bed site teaching*;
2. *mini-clinical evaluation exercise for trainee* (Mini-CEX);
3. *direct observation of procedure and supervision* (DOPS);
4. *case base discussion* (CBD);
5. portofolio dan buku Log.

### **Elemen Penilaian IPKP.5**

1. Ada tingkat supervisi yang diperlukan oleh setiap peserta pendidikan klinis di rumah sakit untuk setiap jenjang pendidikan. (D,O,W)
2. Setiap peserta pendidikan klinis mengetahui tingkat, frekuensi, dan dokumentasi untuk supervisinya. (D,W)
4. Ada format spesifik untuk mendokumentasikan supervisi yang sesuai dengan kebijakan rumah sakit, sasaran program, serta mutu dan keselamatan asuhan pasien. (D)
5. Ada batasan kewenangan peserta pendidikan yang mempunyai akses dalam mengisi rekam medis. (lihat juga MIRM 13.4) (D)

## **Standar IPKP.6**

Pelaksanaan pendidikan klinis di rumah sakit harus mematuhi regulasi rumah sakit dan pelayanan yang diberikan berada dalam upaya mempertahankan atau meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.

### **Maksud dan Tujuan IPKP.6**

Dalam pelaksanaannya program pendidikan klinis tersebut senantiasa menjamin mutu dan keselamatan pasien. Rumah sakit memiliki rencana dan melaksanakan program orientasi dengan menerapkan konsep mutu dan keselamatan pasien yang harus diikuti oleh seluruh peserta pendidikan klinis serta mengikutsertakan peserta didik dalam semua pemantauan mutu dan keselamatan pasien.

Orientasi peserta pendidikan klinis minimal mencakup

- a) program rumah sakit tentang mutu dan keselamatan pasien (lihat juga TKRS 4; TKRS 4.1; TKRS 5; TKRS 11; dan TKRS 11.2);
- b) program pengendalian infeksi (lihat juga PPI 5);
- c) program keselamatan penggunaan obat (lihat juga PKPO 1);
- d) sasaran keselamatan pasien.

### **Elemen Penilaian IPKP.6**

1. Ada program orientasi peserta pendidikan staf klinis dengan materi orientasi yang meliputi a) sampai dengan d) mengenai maksud dan tujuan (lihat juga KKS 7 EP 1).(R)
2. Ada bukti pelaksanaan dan sertifikat program orientasi peserta pendidikan klinis. (D,W)
4. Ada bukti pelaksanaan dan dokumentasi peserta didik yang diikutsertakan dalam semua program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit. (D,W)
5. Ada pemantauan dan evaluasi bahwa pelaksanaan pendidikan klinis tidak menurunkan mutu dan keselamatan pasien yang dilaksanakan sekurang-kurangnya sekali setahun yang terintegrasi dengan program mutu dan keselamatan pasien. (D) (lihat TKRS 1.2 dan TKRS 5 EP 3)
6. Ada survei mengenai kepuasan pasien terhadap pelayanan rumah sakit atas dilaksanakannya pendidikan klinis sekurang-kurangnya sekali setahun. (D,W)

### Daftar Singkatan dan Istilah (Glossary)

No	Singkatan dan Istilah	Pengertian dan Penjelasan
1	ADIME	ADIME disingkat dari Asesmen, Diagnosis, Intervensi, Monitoring dan Evaluasi, yang merupakan proses asesmen yg dilakukan oleh profesi gizi.
2	akreditasi	Akreditasi, dalam standar ini adalah akreditasi rumah sakit, merupakan pengakuan terhadap rumah sakit yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan, setelah dinilai bahwa rumah sakit tersebut memenuhi standar pelayanan rumah sakit yang berlaku untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit secara berkesinambungan. Dalam standar ini, status akreditasi merupakan penetapan yang diberikan oleh KARS sebagai lembaga yang diberi kewenangan untuk menyelenggarakan akreditasi rumah sakit di Indonesia atas kepatuhan rumah sakit tersebut dalam memenuhi standar nasional akreditasi rumah sakit yang ditetapkan.
3	<i>alur klinis atau clinical pathway</i>	<i>Clinical pathway</i> atau alur klinis adalah suatu regimen (rangkaian) pengobatan yang disepakati yang meliputi semua elemen (unsur) asuhan dengan mengorganisasikan, mengurutkan dan menjadwalkan intervensi-intervensi utama oleh para profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf lainnya. Dalam implementasi <i>clinical pathway</i> dapat berupa pakem ( <i>template</i> ) asuhan atau daftar tilik ( <i>checklist</i> ). <i>Clinical pathway</i> juga dikenal sebagai <i>critical paths</i> (alur utama, alur kritis) dan <i>care maps</i> (peta asuhan).
4	AMR	AMR singkatan dari Anti Microbial Resistance adalah ketidak mampuan antimikroba membunuh atau menghambat pertumbuhan mikroba sehingga penggunaannya sebagai terapi penyakit infeksi menjadi tidak efektif lagi.
5	anestesi dan sedasi	Anestesi dan sedasi adalah pemberian obat pada seorang individu, di tempat pelayanan apapun, untuk tindakan invasif melalui cara (rute) apapun untuk menimbulkan kehilangan sensasi, sebagian atau seluruhnya, dalam rangka melakukan prosedur operatif atau prosedur lainnya.
6	AP	AP atau asesmen pasien adalah suatu proses untuk mengetahui kebutuhan klinis pasien melalui metode pengumpulan informasi (anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang diagnostik, dan seterusnya), melakukan analisis (menghasilkan diagnosis, masalah, kondisi dan risiko), dan membuat rencana asuhan. Lihat bab AP
7	APD	Alat pelindung diri

8	APS	Atas Permintaan Sendiri atau APS menggambarkan keadaan atau suatu proses pemilihan (keputusan) pelayanan yg dilakukan pasien dan keluarga, biasanya dalam keadaan pasien pulang APS.
9	ARK	Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan. Lihat bab ARK
10	askep	Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan dalam praktik keperawatan langsung pada pasien/klien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan yang pelaksanaannya didasarkan pada kaidah profesi keperawatan dan merupakan inti praktik keperawatan.
11	audit medis	Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya, yang dilaksanakan oleh profesi medis.
12	B3	B3 singkatan dari bahan beracun dan berbahaya
13	bahan dan limbah berbahaya	Bahan dan limbah berbahaya adalah bahan yang penanganan, penggunaan, dan penyimpanannya dipandu atau ditentukan dengan regulasi di tingkat lokal, regional, atau nasional, uap berbahaya, dan sumber energi yang berbahaya. Limbah infeksius atau limbah medis termasuk dalam limbah berbahaya.
14	bahan obat	Bahan obat adalah bahan yang berkhasiat dan tidak berkhasiat yang digunakan dalam pengolahan obat dengan standar dan mutu sebagai bahan baku farmasi termasuk baku pembanding.
15	BMHP	Bahan medis habis pakai misalnya dialisat hemodialisis, sarung tangan, alat suntik, kateter dan sebagainya.
16	BPS	Behavior Pain Scale adalah suatu alat/metode yang dapat dipakai untuk mengukur atau menilai nyeri pada pasien dengan penurunan kesadaran atau pasien yang menggunakan ventilator
17	budaya keselamatan	Budaya keselamatan atau <i>culture of safety</i> , dikenal juga sebagai <i>safe culture</i> , merupakan budaya organisasi yang mendukung anggota staf (klinis dan administratif) untuk melaporkan <i>concerns</i> (antara lain insiden keselamatan pasien, keluhan) terkait keselamatan atau mutu asuhan tanpa takut mendapat sanksi dari rumah sakit.
18	CDOB	Cara Distribusi Obat yang Baik adalah cara distribusi/penyaluran obat dan/atau bahan obat yang bertujuan memastikan mutu sepanjang jalur distribusi/penyaluran sesuai persyaratan dan tujuan penggunaannya.
19	Clinical Trial atau Uji Klinis	<i>Clinical trial</i> atau uji klinis adalah salah satu jenis penelitian eksperimental, terencana yang dilakukan pada manusia dimana peneliti memberikan perlakuan atau intervensi pada subjek penelitian kemudian efek dari penelitian tersebut diukur dan dianalisis.

20	CPPT	Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi ( <i>integrated note</i> ) adalah dokumentasi para profesional pemberi asuhan tentang perkembangan kondisi pasien dalam bentuk terintegrasi pada format baku dalam rekam medis pasien.
21	CPR	Cardiopulmonary resuscitation (resusitasi kardiopulmoner) adalah sebuah langkah darurat yang dapat menjaga pernapasan dan denyut jantung seseorang. CPR membantu sistem peredaran darah pasien dengan memberikan kompresi dada untuk membantu jantung memompa darah dan memasok oksigen melalui mulut pasien.
22	CRE	Carbapenem Resistant Enterobacteriaceae adalah jenis kuman yang resisten terhadap antimikroba carbapenem. Lihat bab PPRA dan PPI
23	CSSD ( <i>Central Sterile Supply Department</i> ) atau Instalasi Pelayanan Sterilisasi Pusat	Merupakan satu unit/departemen dari rumah sakit yang secara terpusat menyelenggarakan proses pencucian, pengemasan, sterilisasi terhadap semua alat atau bahan yang dibutuhkan dalam kondisi steril.
24	CV	Curriculum Vitae disebut juga Daftar Riwayat Hidup yang memuat riwayat pendidikan dan pengalaman kerja. (Lihat Bab KPS)
25	data	Data adalah fakta, observasi klinis, atau pengukuran yang dikumpulkan selama aktivitas penilaian. Data yang belum dianalisis disebut data mentah. Data yang telah dianalisis disebut informasi.
26	direktur RS	Merupakan jabatan tertinggi, dengan sebutan CEO, Direktur, Kepala rumah sakit, kepala UPT. Di beberapa rumah sakit jabatan ini disebut sebagai senior manajer rumah sakit, dll.
27	disaster	adalah keadaan bencana atau kejadian luar biasa (KLB). Lihat bab MFK
28	disinfeksi	adalah upaya mengurangi atau menghilangkan kuman dengan jalan menggunakan prosedur kimia meskipun tidak menghilangkan seluruh kuman pada lokasi yang akan dilakukan tindakan.
29	DNR	Do Not Resuscitate adalah sebuah perintah jangan dilakukan resusitasi, adalah pesan untuk tenaga kesehatan untuk tidak mencoba melakukan atau memberikan tindakan pertolongan berupa CPR (cardiopulmonary resuscitation) jika terjadi permasalahan darurat pada jantung pasien atau terjadinya henti napas pada pasien. Perintah ini ditulis atas permintaan pasien atau keluarga tetapi harus ditanda tangani dan diputuskan melalui konsultasi pada dokter yang berwenang.

30	DPJP	Dokter Penanggung Jawab Pelayanan adalah dokter yang bertanggung jawab terhadap asuhan pasien sejak pasien masuk sampai pulang dan mempunyai kompetensi dan kewenangan klinis sesuai surat penugasan klinisnya.
31	EP	Elemen Penilaian
32	ESBL	Extended Spectrum Beta Lactamase : enzim yang mempunyai kemampuan untuk menghidrolisis antibiotika golongan penicillin, cephalosporin generasi satu, dua, dan tiga, serta golonganaztreonam (namun bukan cephamycin dan carbapenem). ESBL paling banyak dihasilkan oleh Enterobacteriaceae (terutama Escherichia coli) dan Klebsiella pneumoniae
33	fellow	merupakan pendidikan singkat yang diikuti dokter spesialis untuk menambah kompetensi sebagai contoh fellow spesialis mata yang mengikuti pelatihan operasi menggunakan phaco emulsion.
34	FMEA	FMEA atau failure mode and effects analysis merupakan cara sistematis untuk meneliti sebuah rancangan secara prospektif atas cara-cara yang memungkinkan terjadinya kesalahan. Diasumsikan bahwa, betapapun pandai dan hati-hatinya orang, kesalahan (errors) akan terjadi pada beberapa situasi tertentu dan mungkin saja terjadi.
35	Formularium Rumah Sakit	Formularium adalah himpunan daftar obat yang diterima atau disetujui oleh Panitia Farmasi dan Terapi untuk digunakan di rumah sakit dan dapat direvisi pada setiap batas waktu yang ditentukan.
36	FPPE	Focused Professional Practice Evaluation (FPPE) adalah alat yang digunakan untuk memvalidasi (memastikan) temuan-temuan yang diperoleh lewat OPPE. Karena itulah, proses yang dilakukan dengan menggunakan FPPE ini hanya diterapkan pada sebagian kecil staf medis yang sebelumnya telah teridentifikasi (melampaui trigger) pada OPPE.
37	gas medis	Gas medis adalah gas dengan spesifikasi khusus yang dipergunakan untuk pelayanan medis pada sarana kesehatan. Instalasi pipa gas medis adalah seperangkat prasarana perpipaan beserta peralatan yang menyediakan gas medis tertentu yang dibutuhkan untuk menyalurkan gas medis ke titik <i>outlet</i> di ruang tindakan dan perawatan.
38	governing body	governing body diartikan sebagai individual (atau individu-individu), kelompok, atau badan, yang memiliki kewenangan dan tanggungjawab sesungguhnya untuk menetapkan kebijakan, menjaga kualitas asuhan, dan mendukung manajemen dan perencanaan organisasi. Beberapa nama atau istilah yang digunakan adalah komisioner, dewan pengawas, dan lain-lain. Dalam standar akreditasi rumah sakit ini selanjutnya akan

		digunakan istilah umum, yaitu representasi pemilik, yang dapat merupakan satu orang atau lebih pemilik, atau dapat juga (milik) pemerintah, misalnya Kementerian Kesehatan. Lihat juga bab TKRS
39	HAIs	Health care-associated infection(s) yaitu infeksi yang didapatkan seseorang yang sedang mendapatkan asuhan atau pelayanan dalam organisasi pelayanan kesehatan, termasuk di rumah sakit. Hal yang sering terjadi adalah infeksi saluran kemih, infeksi luka operasi, pneumonia, dan infeksi aliran darah.
40	HEPA	High Efficiency Particulated Air merupakan filter yang dibuat, diuji dan disertifikasi sehingga sesuai dengan standar Institute of Environmental Sciences and Technology (IEST), yang berfungsi menyaring udara dari lingkungan agar bersih untuk disalurkan ke dalam area bersih ruangan yang membutuhkan. Dalam sistem heating ventilation air condition (HVAC), udara sebelumnya disaring melalui prefilter kemudian melewati medium filter, baru kemudian disaring melalui HEPA filter.
41	HPK	Hak Pasien dan Keluarga. Lihat bab HPK
42	HVA	HVA disingkat dari hazard vulnerability analysis (assessment), merupakan identifikasi atas potensi akibat kedaruratan dan akibat langsung maupun tidak langsung dari kedaruratan tersebut yang mungkin dapat menimpa operasional rumah sakit dan terhadap kesinambungan pelayanan.
43	IADP	Infeksi Aliran Darah Primer adalah kejadian infeksi Lihat juga HAIs dan bab PPI
44	IADS	Infeksi Aliran Darah Sentral. Lihat HAIs dan bab PPI
45	IAK	Indikator Area Klinis (IAK) yaitu indikator mutu yang mengukur mutu pelayanan klinis
46	IAM	Indikator Area Manajemen (IAM) yaitu indikator mutu yang mengukur mutu pelayanan manajemen
47	IAR	Informasi, Analisis, Rencana adalah sistematika proses melakukan asesmen pasien
48	ICRA	Infection Control Risk Assessment (ICRA) adalah proses identifikasi risiko, analisis risiko, evaluasi risiko infeksi, dan dilanjutkan dengan pengelolaan risiko.
49	IDO	Infeksi Daerah Operasi (IDO). Lihat HAIs dan bab PPI
50	IKI	Indikator Kinerja Individu
51	IKU	adalah singkatan dari indikator kinerja unit
52	<i>informed consent</i>	adalah pernyataan sepihak pasien atau yang sah mewakilinya yang isinya berupa persetujuan atas rencana tindakan kedokteran atau kedokteran gigi, setelah menerima informasi yang cukup untuk dapat membuat persetujuan atau penolakan.

53	instalasi pipa gas medis .	instalasi pipa gas medis adalah seperangkat prasarana perpipaan beserta peralatan yang menyediakan gas medis tertentu yang dibutuhkan untuk menyalurkan gas medis ke titik outlet di ruang tindakan dan perawatan
54	internship	adalah proses pemandirian dokter yang baru tamat
55	IPCLN	Infection Prevention and Control Link Nurse adalah Perawat Penghubung dari tiap unit, terutama yang berisiko terjadinya Infeksi yang membantu kerja Perawat PPI/IPCN .
56	IPCN	Infection Prevention and Control Nurse adalah seorang staf perawat yang bekerja penuh waktu untuk melakukan koordinasi dan pengawasan pencegahan pengendalian infeksi di rumah sakit.
57	IPKP	Integrasi Pendidikan Kesehatan dalam Pelayanan Rumah Sakit. Lihat bab IPKP
58	ISK	Infeksi Saluran Kemih. Lihat HAIs dan bab PPI
59	ISKP	Indikator Sasaran Keselamatan Pasien
60	Just Culture	adalah model terkini mengenai pembentukan suatu budaya yang terbuka, adil dan pantas, menciptakan suatu budaya belajar, merancang sistem-sistem yang aman, dan mengelola perilaku yang terpilih ( <i>human error, at risk behavior dan reckless behavior</i> . Model ini melihat peristiwa-peristiwa bukan sebagai hal-hal yang perlu diperbaiki, tetapi sebagai peluang-peluang untuk memperbaiki pemahaman baik terhadap risiko dari sistem maupun risiko perilaku
61	Kapasitas RS dalam pendidikan klinis	Ratio TT dengan jumlah peserta didik, ratio dan variasi kasus dengan jumlah dan tuntutan peserta didik dalam kaitannya dengan PMKP.
62	KARS	Komisi Akreditasi Rumah Sakit adalah badan independen yang melakukan akreditasi rumah sakit di Indonesia
63	keamanan	Proteksi dari kehilangan, kerusakan, gangguan, akses dan penggunaan oleh pihak yang tidak berwenang. Lihat bab MFK 4
64	kejadian sentinel	adalah kejadian tidak terduga yang melibatkan kematian atau kehilangan fungsi utama fisik secara permanen.
65	keluarga	adalah individu dengan peran penting dalam hidup pasien, mungkin termasuk orang yang tidak berhubungan secara hukum dengan pasien yang membantu kelancaran asuhan.
66	keselamatan	Suatu kondisi dimana bangunan, dan peralatan rumah sakit tidak menimbulkan risiko bagi pasien, staf dan pengunjung. Lihat bab MFK 4
67	kesinambungan asuhan	Kesinambungan asuhan atau <i>continuity of care</i> adalah tingkat asuhan individu yang terkoordinasi antara profesional pemberi asuhan, antar unit, dapat dibantu

		oleh manajer pelayanan pasien (MPP). Lihat juga serah terima
68	kesinambungan pelayanan	Kesinambungan pelayanan atau <i>continuum of care</i> dideskripsikan sebagai memenuhi kebutuhan individu pasien yang sesuai dengan tingkat dan jenis asuhan, pengobatan, dan pelayanan dalam rumah sakit dan antar rumah sakit (rujukan).
69	KKI	Konsil Kedokteran Indonesia
70	KKS	Kompetensi dan Kewenangan Staf. Lihat juga bab KKS
71	KMK	Kepetusan Menteri Kesehatan
72	KNC	Kejadian Nyaris Cedera
73	KODERSI	Kode Etik Rumah Sakit Indonesia adalah rangkuman norma-norma moral yang telah dikodifikasi oleh PERSI sebagai organisasi profesi bidang perumahsakitian di Indonesia
74	Komite Etik Rumah Sakit	adalah suatu perangkat organisasi non struktural yang dibentuk dalam rumah sakit untuk membantu pimpinan rumah sakit dalam melaksanakan KODERSI
75	Komite Medis	adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis ( <i>clinical governance</i> ) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
76	Komkordik	Komite Koordinasi Pendidikan. Lihat juga bab IPKP
77	kompetensi	merupakan ketentuan tentang keterampilan, pengetahuan, kemampuan individu dalam memenuhi harapan yang ditentukan, yang sering dicantumkan dalam uraian tugas.
78	kontaminasi	adanya agen infeksius pada makhluk hidup atau benda mati
79	KPC	Kondisi Potensial Cedera
80	kredensial	adalah bukti kompetensi, izin yang terkait dan masih berlaku, pendidikan, pelatihan, dan pengalaman. Kriteria lain dapat ditambahkan oleh suatu rumah sakit. Lihat juga kompetensi, kredensialing.
81	kredensialing	adalah proses memperoleh, memverifikasi, dan menilai kualifikasi dari seorang profesional pemberi asuhan untuk memberikan asuhan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Proses penilaian ulang kualifikasi staf ini secara berkala disebut rekredensialing.
82	KSM	Kelompok Staf Medis
83	KTC	Kejadian Tidak Cedera
84	KTD	KTD adalah singkatan dari kejadian yang tidak diharapkan, disebut juga <i>adverse event</i> . KTD merupakan kejadian yang tidak diantisipasi, tidak diharapkan yang terjadi di rumah sakit.

85	laboratorium rujukan	Laboratorium rujukan adalah pelayanan laboratorium yg dilaksanakan diluar rumah sakit yg penunjukannya berdasarkan reputasi dan memiliki sertifikat akreditasi disertai dengan bukti kerja sama
86	LASA	Look Alike Sound Alike disebut juga nama obat rupa ucapan mirip (NORUM)
87	LDP	Lembar Data Pengaman, dikenal juga sebagai <i>Material Safety Data Sheet</i> (MSDS)
88	Limbah	adalah sisa proses produksi.
89	manajemen informasi	adalah pembuatan, penggunaan, penyebaran (sharing) dan pemusnahan data atau informasi dalam keseluruhan organisasi. pelaksanaan manajemen informasi ini penting untuk operasional kegiatan organisasi yang efektif dan efisien. Hal ini meliputi peran manajemen dalam membuat dan mengontrol penggunaan data dan informasi dalam kegiatan pekerjaan, manajemen sumber informasi ( <i>information resources management</i> ), teknologi informasi dan pelayanan informasi. Lihat juga bab MIRM
90	Manifest	adalah daftar berisi nama dan jumlah B3 yang akan ditransportasikan dari TPS ke TPA.
91	MFK	Manajemen Fasilitas dan Keselamatan. Lihat juga bab MFK
92	MIRM	Manajemen Informasi dan Rekam Medik. Lihat juga bab MIRM
93	Mitra bestari ( <i>peer group</i> )	adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang sama dan diakui, berperan untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis yang bersangkutan
94	MKE	Manajemen Komunikasi dan Edukasi. Lihat juga bab MKE
95	Monev	Monitoring dan Evaluasi
96	MoU	Memorandum of understanding
97	MPP	Manajer Pelayanan Pasien (Case Manager)
98	MPSAF	Manchester Patient Safety Assessment Framework
99	MRSA	Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus. Lihat juga dan bab PPRA
100	MSBL	Medical Staff Bylaws, ditetapkan oleh direktur RS
101	MSDS	Material Safety Data Sheet atau LDP (Lembar Data Pengaman)
102	MST	Malnutrition Screening Tool
103	MUST	Malnutrition Universal Screening Tool
104	NIPS	Neonatus Pain Scale
105	obat	adalah bahan atau paduan bahan, termasuk produk biologi, yang digunakan untuk memengaruhi atau menyelidiki sistem fisiologi atau keadaan patologi dalam rangka penetapan diagnosis, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, peningkatan kesehatan dan kontrasepsi untuk manusia.

106	obat yang perlu diwaspadai	Obat yang perlu diwaspadai atau obat high alert (high alert drugs), merupakan obat yang karena sering menyebabkan kejadian yang tidak diharapkan atau kejadian sentinel, perlu diwaspadai penyimpanan dan penggunaannya. Yang termasuk dalam kelompok ini adalah obat yang nama obat, rupa dan atau ucapannya mirip (NORUM) atau kelompok obat yang <i>look alike sound alike</i> (LASA), dan kelompok elektrolit konsentrat.
107	ODHA	Orang dengan HIV/AIDS
108	OPPE	Ongoing Professional Practice Evaluation disebut juga Evaluasi Praktik Profesional Berkelanjutan (EPPB)
109	OPPE	Ongoing Professional Practice Evaluation adalah sebuah alat skrining (penapis) yang digunakan untuk mengevaluasi kewenangan klinis dari para staf medis rumah sakit dalam melakukan pelayanan medis di rumah sakit tersebut. Alat ini juga digunakan untuk mengidentifikasi dan menemukan para staf medis yang melaksanakan – atau yang diduga melaksanakan- pelayanan medis di bawah standar yang telah ditetapkan.
110	PAB	Pelayanan Anestesi dan Bedah. Lihat bab PAB
111	PAP	Pelayanan Asuhan Pasien. Lihat bab PAP
112	PCC	Patient Centered Care adalah suatu metode asuhan pasien dengan fokus utama pasien dilaksanakan melalui asuhan terintegrasi oleh profesional pemberi asuhan (PPA) yang melibatkan dan memberdayakan pasien dan keluarga.
113	PCRA	<i>Pre-Construction Risk Assessment</i> (PCRA) adalah reasesmen yang dilakukan sebelum konstruksi dilakukan yang meliputi kualitas udara, pengendalian infeksi (ICRA), utilitas, kebisingan, getaran layanan darurat seperti respon terhadap kode, bahaya lain yang mempengaruhi asuhan dan pelayanan. Lihat juga bab MFK.
114	Pelayanan laboratorium	Pelayanan laboratorium mencakup kegiatan pelayanan laboratorium klinik, patologi anatomi, mikrobiologi, parasitologi, yang pelaksanaannya diintegrasikan dan dikoordinasikan oleh seorang koordinator, dll. Lihat bab AP 5
115	pelayanan yang dikontrakkan	merupakan pelayanan yang disediakan oleh pihak ketiga melalui perjanjian.
116	pemilik rumah sakit	merupakan sekelompok individu atau badan penyelenggara rumah rumah sakit misalnya, dewan atau Dewan Penyantun, lihat juga JCI Ed 5).
117	pemimpin	Pemimpin adalah individu yang menetapkan ekspektasi, mengembangkan rencana, dan mengimplementasikan prosedur untuk menilai dan meningkatkan kualitas tata kelola, manajemen, klinis, dan fungsi dan proses pendukung organisasi. Istilah pemimpin digunakan untuk

		menunjukkan bahwa satu atau lebih individu bertanggung jawab atas ekspektasi yang tercantum di dalam standar.
118	pendidikan in-service	adalah pendidikan yang terorganisasikan, biasanya diselenggarakan di tempat kerja, dirancang untuk meningkatkan keterampilan staf atau keterampilan baru yang sesuai dengan pekerjaan dan disiplin ilmunya.
119	penugasan klinis atau <i>clinical appointment</i>	Penugasan klinis atau <i>clinical appointment</i> adalah penugasan kepala/direktur rumah sakit kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di rumah sakit tersebut berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
120	peraturan internal korporat	mengatur tanggungjawab dan kewenangan antara pemilik dan pengelola rumah sakit. Lihat juga bab TKRS
121	pimpinan	Istilah pimpinan digunakan untuk menunjukkan bahwa sekelompok pemimpin secara kolektif bertanggung jawab atas ekspektasi yang tercantum di dalam standar. Pimpinan yang dijelaskan dalam SNARS edisi 1 ini mencakup setidaknya Direktur/Direksi RS, kepala bidang/kepala divisi, kepala unit kerja/unit pelayanan, dan kepala departemen.
121	PKPO	Pelayanan Kefarmasian dan Pelayanan Obat. Lihat bab PKPO
122	PME	Pemantapan mutu eksternal di laboratorium adalah kegiatan pemantapan mutu yang diselenggarakan secara periodik oleh pihak lain di luar laboratorium yang bersangkutan untuk memantau dan menilai penampilan suatu laboratorium di bidang pemeriksaan tertentu. Penyelenggaraan PME dilaksanakan oleh pihak pemerintah, swasta atau internasional dan diikuti oleh semua laboratorium, baik milik pemerintah maupun swasta dan dikaitkan dengan akreditasi laboratorium kesehatan serta perizinan laboratorium kesehatan swasta.
123	PMI	Pemantapan mutu internal adalah kegiatan pencegahan dan pengawasan yang dilaksanakan oleh setiap laboratorium secara terus-menerus agar diperoleh hasil pemeriksaan yang tepat. Kegiatan ini mencakup tiga tahapan proses, yaitu pra-analitik, analitik dan pasca analitik. Beberapa kegiatan pemantapan mutu internal antara lain: persiapan penderita, pengambilan dan penanganan spesimen, kalibrasi peralatan, uji kualitas air, uji kualitas reagen, uji kualitas media, uji kualitas antigen-antisera, pemeliharaan strain kuman, uji ketelitian dan ketepatan, pencatatan dan pelaporan hasil

124	PMKP	Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien. Lihat bab PMKP
125	PNPK	Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran adalah pedoman yang diikuti oleh dokter atau dokter gigi dalam menyelenggarakan praktik kedokteran.
126	POCT	Point of Care Testing
127	POCT	POCT atau point-of-care testing atau disebut juga bedside test merupakan pemeriksaan kesehatan yang dilakukan di dekat atau disamping tempat tidur pasien. POCT merupakan pemeriksaan sederhana dengan menggunakan sampel dalam jumlah sedikit yang dapat dilakukan disamping tempat tidur pasien.
128	PPA	Profesional Pemberi Asuhan adalah staf klinis profesional yang langsung memberikan asuhan kepada pasien, misalnya staf medis, keperawatan, farmasi, gizi, staf psikologi klinis, dll, dan memiliki kompetensi dan kewenangan
129	PPDS	Peserta Pendidikan Dokter Spesialis disingkat PPDS. Lihat trainee, medical.
130	PPI	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi. Lihat juga bab PPI
131	PPJA	Perawat Penanggung Jawab Asuhan
132	PPK	Panduan Praktik Klinik (PPK) atau <i>clinical practice guidelines</i> merupakan pernyataan (acuan, <i>statement</i> ) yang sistematis yang membantu para praktisi dan pasien memilih asuhan yang tepat untuk suatu kondisi klinis tertentu (misalnya, rekomendasi dalam manajemen kasus diare pada anak dibawah 5 tahun). Praktisi tersebut dipandu dengan semua tahapan konsultasi (pertanyaan yang harus disampaikan, tanda fisik yang harus dicari, pemeriksaan laboratorium yang harus diminta, penilaian keadaan, dan pengobatan yang harus diresepkan).
133	praktik terbaik	Praktik terbaik atau <i>best practice</i> adalah teknik, metoda, atau proses klinis, ilmiah atau profesional yang diakui oleh para profesional dalam suatu bidang tertentu, sebagai memberikan hasil yang lebih efektif dibandingkan praktik lainnya. Praktik ini sering disebut juga sebagai praktik yang baik ( <i>good practice</i> ) atau praktik yang lebih baik ( <i>better practice</i> ), yang berbasis bukti dan didukung adanya konsensus.
134	PRN	Pro re nata
135	Profil Ringkas Medis Rawat Jalan	Ringkasan tentang kondisi penting pasien dengan diagnosis yang kompleks
136	Program	merupakan rencana rumah sakit atau unit kerja yang ditetapkan oleh direktur RS
137	prosedur invasif	adalah prosedur medis yang memasuki tubuh biasanya menusuk atau insisi kulit, memasukkan alat atau benda asing ke dalam tubuh.

138	proses akreditasi	Proses akreditasi merupakan upaya terus-menerus dimana suatu rumah sakit diwajibkan untuk menunjukkan kepada KARS bahwa rumah sakit tersebut memberikan pelayanan yang aman, bermutu tinggi sebagai gambaran kepatuhannya terhadap standar akreditasi nasional dan rekomendasi yang diberikan. Komponen utama proses ini adalah evaluasi yang dilakukan di rumah sakit oleh surveior KARS.
139	PTO	Pemantauan Terapi Obat
140	RAB	Rencana Anggaran Belanja
141	RCA	RCA atau Root Cause Analysis adalah teknik analisis yang bertahap dan terfokus pada penemuan akar penyebab suatu masalah, dan bukan hanya melihat gejala-gejala dari suatu masalah
142	RDOWS	adalah cara penilaian dan pembuktian yang dilakukan surveior pada saat survei di lapangan, yaitu melalui telaah regulasi (R), telaah dokumentasi (D), observasi (O), wawancara (W), dan atau simulasi (S)
143	Recall	adalah penarikan kembali oleh produsen alat dan obat karena ada cacat produksi
144	Rekredensialing	adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis ( <i>clinical privilege</i> ) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
145	rencana asuhan	Rencana asuhan disebut juga <i>care plan</i> atau <i>plan of care</i> . Lihat juga bab PAP
146	RIR	Radiologi Diagnostik Imajing dan Radiologi Intervensional. Lihat bab RIR
147	RKA	Rencana Kerja dan Anggaran
148	RKK	Rincian Kewenangan Klinis (RKK) atau <i>clinical privilege</i> yaitu hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk periode tertentu. Hak ini didapat seorang dokter/ dokter gigi setelah melalui proses evaluasi (kredensial/rekredensial) yang dilakukan oleh komite medik rumah sakit
149	Rumah sakit	adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat
150	Sampah	adalah barang yang tidak dipakai lagi.
151	SBAR	singkatan dari Situation, Background, Assessment, Recommendation adalah suatu teknik atau cara yang dapat digunakan untuk memfasilitasi komunikasi yang cepat dan tepat. Komunikasi ini semakin populer di bidang pelayanan kesehatan, khususnya diantara para profesional, misalnya antara profesi kedokteran dan

		keperawatan sebagai contoh handover, konsul lisan, atau melaporkan nilai kritis
152	sertifikasi	Sertifikasi adalah proses pemberian pengakuan oleh lembaga non pemerintah atau asosiasi pemberi sertifikat yang menyatakan bahwa seorang individu telah memenuhi standar kualifikasi yang telah ditentukan oleh sebuah lembaga atau asosiasi.
153	SIMRS	Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit adalah suatu sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan Rumah Sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara tepat dan akurat, dan merupakan bagian dari Sistem Informasi Kesehatan
154	SIP	Surat Izin Praktik
155	SIPA	Surat Izin Praktik Apoteker
156	SK	Surat Keputusan
157	SKP	Sasaran Keselamatan Pasien
158	SNARS	Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit adalah Standar yg digunakan untuk mengukur kepatuhan rumah sakit dalam proses memberi pengakuan terhadap Rumah Sakit oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang diresmikan oleh Menteri kesehatan .
159	SOAP	Subjektif, Objektif , Asesment, Plan
160	SPK	Surat Penugasan Klinis Penugasan klinis (clinical appointment) adalah penugasan kepala/direktur rumah sakit kepada staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di rumah sakit tersebut berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya
161	SPO	Standar Prosedur Operasional
162	staf klinis	Staf klinis adalah tenaga kesehatan yang memberikan asuhan langsung pada pasien (misalnya dokter, dokter gigi, perawat, gizi, apoteker). Staf non klinis adalah tenaga yang memberikan pelayanan pasien tidak langsung (petugas admisi, pelayanan makanan, dll.)
163	Staf non-klinis	Semua tenaga yang tidak memberikan pelayanan langsung pada pasien, misalnya tenaga perekam medis, manajemen, dan tenaga administrasi.

164	status fungsional	Status fungsional adalah kemampuan orang-orang untuk membantu diri mereka sendiri ability themselves secara fisik dan emosional sesuai dengan norma yang diharapkan untuk kelompok umurnya. Status fungsional mungkin dikelompokkan kedalam fungsi-fungsi sosial, fisik dan psikologis. Status fungsional dapat dinilai dengan cara mengajukan pertanyaan selama pemeriksaan kesehatan yang teratur atau menggunakan instrumen skrining yang formal. Lihat juga pengukuran.
165	STR	Surat Tanda Registrasi
166	STRA	Surat Tanda Registrasi Apoteker
167	survei akreditasi	Survei akreditasi merupakan proses evaluasi oleh KARS atas sebuah rumah sakit untuk menilai kepatuhannya terhadap standar yang ditetapkan dan untuk menetapkan status akreditasinya.
168	Teknologi medis	adalah perangkat dan peralatan medis, baik yang portabel maupun non-portabel, yang digunakan untuk menunjang diagnosis, tata laksana, pemantauan, dan perawatan individu. Terminologi serupa meliputi peralatan medis dan perangkat medis. teknologi medis diklasifikasi menjadi 3 golongan utama : (1) Perbekalan medis atau medical supplies misalnya benang jahit untuk operasi, prostesis, macam-macam kateter, film X-ray, macam-macam perban dan sebagainya. (2) peralatan medis atau medical devices misalnya alat-alat laboratorium klinik, alat-alat bedah, mikroskop, CT-Scan, MRI (Magnetic Resonance Imaging), USG (Ultrasonografi), EKG ( Elektro Kardiografi), elektroterapi, alat pengukur tekanan darah dan sebagainya (3) bahan-bahan kimia medis (medical chemical), seperti bahan obat, vaksin, reagen diagnostik
169	telusur pasien	adalah proses yang digunakan JCI untuk mengevaluasi keseluruhan pengalaman perawatan masing-masing pasien dalam suatu rumah sakit.
170	telusur sistem	adalah suatu sesi dalam survei di lapangan yang ditujukan untuk mengevaluasi masalah-masalah keselamatan dan mutu perawatan prioritas tinggi dalam tingkat sistem di seluruh rumah sakit. Contoh masalah-masalah tersebut termasuk pencegahan dan pengendalian infeksi, manajemen obat-obatan, efektivitas kepegawaian, dan penggunaan data.
171	tindakan invasif	adalah suatu tindakan medis yang langsung dapat mempengaruhi keutuhan jaringan tubuh pasien.
172	TKRS	Tata Kelola Rumah Sakit
173	TTV	Tanda Tanda Vital

174	Uji klinis	<p>Uji klinis dilakukan untuk membandingkan satu jenis pengobatan dengan pengobatan lainnya dalam hal ini pengobatan dapat berarti medikamentosa, perasat beda, terapi psikologis, diet, akupuntur, pendidikan atau intervensi kesehatan masyarakat dan lain-lain. Uji klinis pada dasarnya merupakan satu rangkaian proses pengembangan pengobatan baru. Uji klinis dibagi dalam 2 tahapan, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tahapan 1 Pada tahapan ini dilakukan penelitian laboratorium yang disebut juga sebagai uji pre-klinis, dikerjakan in vitro dengan menggunakan benaran percobaan. Tujuan penelitian tahapan 1 ini adalah untuk mengumpulkan informasi farmakologi dan toksikologi dalam rangka untuk mempersiapkan penelitian selanjutnya yakni dengan menggunakan manusia sebagai subjek penelitian,</li> <li>2. Tahapan 2 Pada uji klinis tahapan 2, digunakan manusia sebagai subjek penelitian. Tahapan ini berdasarkan tujuannya dapat dibagi menjadi 4 fase, yaitu: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Fase 1 :bertujuan untuk meneliti keamanan serta toleransi pengobatan, dengan mengikutsertakan 20-100 orang subjek penelitian.</li> <li>b. Fase II : bertujuan untuk menilai system atau dosis pengobatan yang paling efektif, biasanya dilaksanakan dengan mengikutsertakan sebanyak 100-200 subjek penelitian.</li> <li>c. Fase III : bertujuan untuk mengevaluasi obat atau cara pengobatan baru dibandingkan dengan pengobatan yang telah ada (pengobatan standal). Uji klinis yang banyak dilakukan termasuk dalam fase ini. Baku emas uji klinis fase III adalah uji klinis acak terkontrol</li> <li>d. Fase IV : bertujuan untuk mengevaluasi obat baru yang telah dipakai dimasyarakat dalam jangka waktu yang relative lama (5 tahun atau lebih). Fase ini penting karena terdapat kemungkinan efek samping obat timbul setelah lebih banyak pemakai. Fase ini disebut juga sebagai uji klinis pascapasar (post marketing).</li> </ol> </li> </ol>
175	VAP	Ventilator-Associated Pneumonia lihat bab PPI

176	variasi	Variasi adalah perbedaan dalam hasil yang diperoleh dari pengukuran kejadian yang sama yang dilakukan lebih dari satu kali. Sumber variasi dapat dikelompokkan menjadi dua kategori: penyebab umum (common causes) dan penyebab khusus (special causes). Terlalu banyak variasi sering menyebabkan kerugian, misalnya hasil pasien yang tidak diharapkan dan meningkatnya biaya pelayanan.
177	VAS	Visual Analog Scale adalah alat untuk mengukur nyeri yang menggunakan tingkat respons ekspresi wajah sebagai variabel
178	verifikasi	adalah proses pemeriksaan validitas dan kelengkapan kredensial klinis atau yang lainnya, langsung ke sumber yang mengeluarkan kredensial tersebut.

## DAFTAR PUSTAKA

- Republik Indonesia, 2009, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tentang Rumah Sakit
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2016, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di Rumah Sakit
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2011, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691 Tentang Keselamatan Pasien di Rumah Sakit
- Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan & Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), 2011, Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012
- Joint Commission International, 2011, Joint Commission International Accreditation Standard for Hospital, 4<sup>th</sup> ed.,
- Joint Commission International, 2013, Joint Commission International Accreditation Standard for Hospital, 5<sup>th</sup> ed.,
- The International Society for Quality in Healthcare, 2015, Guidelines and Principles for the Development of Health and Social Care Standards, 4<sup>th</sup> ed.,
- Institute for Safe Medication Practices, 2014, *ISMP List of High-Alert Medications in Acute Care Settings*
- World Health Organization, 2009, *Hand Hygiene Guidelines*, WHO Regional Office for the Western Pacific
- American Case Management Association, 2012, *Accredited Case Manager, Candidate handbook*
- Chris Ham ,Natasha Curry, 2011, Integrated Care, NHS
- College of Registered Nurses of British Columbia, 2013, Nursing Documentation
- Diane E. Holland, Ph.D., R.N.; Michele A. Hemann, M.S.N., R.N.2011, Standardizing Hospital Discharge Planning at the Mayo Clinic, The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, January : 37 (1) : 29 -35.
- Daniel,S. and Ramey, M, 2005, 'The Leader's Guide to Hospital Case Management', Jones and Barlett
- Kripalani S, Jackson AT, Schnipper JL, Coleman EA,2007,. Society of Hospital Medicine.

- Lees L ,2007,Nurse Facilitated Hospital Discharge. Keswick: M&K Update
- National Leadership and Innovation Agency for Healthcare (2008) [\*Passing the Baton: A Practical Guide to Effective Discharge Planning\*](#). Cardiff: NLI AH.
- [\*Safe Practices for Better Health Care: 2009 Update\*](#). Safe Practice 15: Discharge Planning Systems. National Quality Forum. 2009.
- Webber-Maybank M, Luton H ,2009) , Making effective use of predictive discharge dates to reduce length of stay in hospital. *Nursing Times*; 105: 15, 12-13.
- Accredited Case Manager, Candidate handbook: American Case Management Association, 2012.
- Bonnell S, Macauley K, Nolan S. Management and handoff of a deteriorating patient from primary to acute care settings: A nursing academic and acute care collaborative case. *Simul Healthc*. 2013 Jun;8(3):180–182.
- Case Management Society of America; Standards of Practice for Case Management, Arkansas, 2010.
- Chan PS, et al.; American Heart Association National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation (NRCPR) Investigators. Hospital variation in time to defibrillation after in-hospital cardiac arrest. *Arch Intern Med*. 2009 Jul 27;169(14):1265–1273.
- Ciesta, T and Cunningham, B: Core Skills for Hospital Case Managers. HC Pro, 2009.
- Commission for Case Manager Certification, Case Management Body of Knowledge, <http://www.cmbodyofknowledge.com/>
- Costa SF, et al. Evaluation of bacterial infections in organ transplantation. *Clinics (Sao Paulo)*. 2012; 67(3):289–291
- Daniel, Sand Ramey, M: The Leader's Guide to Hospital Case Management, Jones and Barlett, 2005
- Definition and Philosophy of Case Management. <https://ccmcertification.org/about-us/about-case-management/definition-and-philosophy-case-management>
- DeVita MA, et al. "Identifying the hospitalised patient in crisis"—A consensus conference on the afferent limb of rapid response systems. *Resuscitation*. 2010 Apr;81(4):375–382
- Dykes PC, et al. Leveraging standards to support patient-centric interdisciplinary plans of care. *AMIA Annu Symp Proc*. 2011; 2011:356–363

- Frater, J: The History and Evolution of Case Management, 2015. <http://www.tacshealthcare.com/History-and-Evolution-of-Case-Management>
- Harrison, JP, Nolin, J, Suero, E: The Effect of Hospital Case Management on US Hospital, Nurs Econ, 2004, 22 (2)
- Heath, H, Sturdy, D, and Cheesley, A: Discharge Planning, Department of Health, RCN Publishing Company, 2010
- Hibbard, JH: What we know about patient activation, engagement, and health outcomes, University of Oregon, 2015
- Hibbard, JH; Stockard, J; Mahoney, ER; Tusler, M. "Development of the Patient Activation Measure (PAM): Conceptualizing and Measuring Activation in Patients and Consumers." Health Services Research 39, 2004
- Hood, L.J.: Leddy & Pepper's: Conceptual Bases of Professional Nursing. 8th ed.
- Interprofessional Education Collaborative Expert panel: Core competencies for interprofessional collaborative practice. Report of an expert panel. Washington, D.C: Interprofessional Education Collaborative, 2011
- Johnson, B et al.: Partnering with Patients and Families to Design a Patient and Family-Centered Health Care System, Institute for Family-Centered Care, 2008
- Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital, 5<sup>th</sup> Edition, 2013
- Jones DA, DeVita MA, Bellomo R. Rapid-response teams. N Engl J Med. 2011 Jul 14;365(2):139–146
- Kersbergen AL: Case Management, a Rich History of Coordinating Care to Control Cost, Nurs Outlook, 44, 4, 1996
- Lamoure J, et al. The Collaborative Patient/Person-Centric Care Model : Introducing a new paradigm in patient care involving an evidence-informed approach. Canadian Healthcare Network. Epub 2011 Mar 7
- Mullahy, C.M.: The Case Manager's handbook, 5th ed. Jones & Barlett Learning, 2014
- NANDA Nursing Diagnosis List, 2015 – 2017
- National Clinical Effectiveness Committee (NCEC). National Early Warning Score: National Clinical Guideline No. 1. Dublin: NCEC, Feb 2013. Accessed Jun 23, 2013. <http://www.patientsafetyfirst.ie/images/stories/docs/guidelines.pdf>

Nolan J, editor. Section 7: Resuscitation. In Colvin JR, Peden CJ, editors: Raising the Standard: A Compendium of Audit Recipes for Continuous Quality Improvement in Anaesthesia, 3rd ed. London: Royal College of Anaesthetists, 2012, 187–203. Accessed Jun 23, 2013. <http://www.rcoa.ac.uk/ARB2012>

Nursing Documentation College of Registered Nurses of British Columbia, 2013

O'Leary KJ, et al. Hospitalized patients' understanding of their plan of care. Mayo Clin Proc. 2010;85(1):47–52

O'Leary KJ, et al. Patterns of nurse-physician communication and agreement on the plan of care. Qual Saf Health Care. 2010 Jun;19(3):195–199.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2008, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 Tahun 2008 tentang Rekam Medis

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

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 91 Tahun 2015 Tentang Tranfusi

Republik Indonesia, 2009, Undang-undang nomor 29 tahun 2004 tentang praktek kedokteran

Royal College of Physicians (RCP). Acute Care Toolkit 6: The Medical Patient at Risk: Recognition and Care of the Seriously Ill or Deteriorating Medical Patient. London: RCP, May 2013. Accessed Jun 23, 2013. [http://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/acute\\_care\\_toolkit\\_6.pdf?goback=%2Eamf\\_3936107\\_82476085](http://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/acute_care_toolkit_6.pdf?goback=%2Eamf_3936107_82476085).

Schwartz JM, et al. The daily goals communication sheet: A simple and novel tool for improved communication and care. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2008 Oct;34(10):608–613.

Subbe CP, Welch JR. Failure to rescue: Using rapid response systems to improve care of the deteriorating patient in hospital. AVMA Medical & Legal Journal. 2013;19(1):6–11. Accessed June 23, 2013. <http://cri.sagepub.com/content/19/1/6.full.pdf+html>.

The case Management Handbook Committee: Arizona Case Management Handbook, Department of Economic Security, 2010.

Republik Indonesia, 2014, Undang-undang nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan

Republik Indonesia, 2009, Undang-undang nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah

## Sakit

Winters BD, et al. Rapid-response systems as a patient safety strategy: A systematic review. *Ann Intern Med.* 2013 Mar 5;158(5 Pt 2):417–425.

World Health Organization (WHO). *The Clinical Use of Blood.* Geneva: WHO, 2002. Accessed Jun 23, 2013.

[http://www.who.int/bloodsafety/clinical\\_use/en/Handbook\\_EN.pdf](http://www.who.int/bloodsafety/clinical_use/en/Handbook_EN.pdf)

World Health Organization (WHO), WHO Guiding Principles On Human Cell, Tissue, and Organ Transplantation Accessed Jun 23, 2013.

[http://www.who.int/transplantation/Guiding\\_PrinciplesTransplantation\\_WHA63.22\\_en.pdf](http://www.who.int/transplantation/Guiding_PrinciplesTransplantation_WHA63.22_en.pdf)

Zander, K: *Hospital Case management Models.* HC Pro, 2008.

Casal RF, et al. Detecting medical device complications: Lessons from an indwelling pleural catheter clinic. *Am J Med Qual.* 2013 Jan – feb ;28(1):69-75

Federico F. The leaders's role in medical device safety, *Healthcare Executive.* 2013 May-Jun;28(3):82-85.

Guggenbichler JP, et al. Incidence and clinical implication of nosocomial infection associated with implantable biomaterials- catheters, ventilator-associated pneumonia, urinary tract infection . *GMS Krankhhyg Interdiszip.* 2011;6(1):Doc 18

Paxton EW ,et al .Kaiser Permanente Implant Registries benefit patient safety , quality improvement, cost-effectiveness. *Jt Comm Qual Patient saf.* 2013 Jun;39(^):246-252

US Food and Drug Administration. Medical device: *International information (devices).* ( Updated: Maret 5,2013.). Accessed Jun 23,2013.

<http://www3w.fda.gov/MedicalDevices/DevicesregulationGuidance/InternationalInformation/default.html>

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 519 Tahun 2011 Tentang Anestesiologi Dan Terapi Intensif

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2016 Tentang Penata Anestesi

Republik Indonesia, 2009, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit

Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2017, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien

Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2016, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 72 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di Rumah Sakit

World Health Organization (WHO), 2017, WHO Global Patient Safety Challenge: *Medication Without Harm*

Donaldson .L.J, Kelley.E.T,et all .Medication Without Harm: WHO's Third Global Patient Safety Challenge. The Lancet. [Volume 389, No. 10080](#), p1680–1681, 29 April 2017.

The International Society for Quality in Health Care, 2015, Guidelines and Principles for the Development of Health and Social Care Standards, Ed 4th

Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2017, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien

An effective internal audit program is indispensable for continuous improvement A Simple Tool to Improve High Reliability ;Jun 02, 2017 | 2400 Views By Coleen A. Smith, RN, MBA, CPHQ, CPPS Director, High Reliability Initiatives Joint Commission Center for Transforming Healthcare

Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2017, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien

An effective internal audit program is indispensable for continuous improvement A Simple Tool to Improve High Reliability ;Jun 02, 2017 | 2400 Views By Coleen A. Smith, RN, MBA, CPHQ, CPPS Director, High Reliability Initiatives Joint Commission Center for Transforming Healthcare

Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2016, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 Tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit.

Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia, 2015 Pedoman Penyusunan Panduan Praktik Klinis dan Clinical Pathways dalam Asuhan Terintegrasi sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit 2012, Edisi I 2015.

Guide to Surgical Site Marking, HIGH 5s GUIDE TO SURGICAL SITE MARKING  
“Performance of Correct, Procedure at Correct Body Site: Correct Site Surgery”  
ENGLISH EDITION OF OCTOBER 2012.

Guide to Implementation the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy  
, WHO/IER/PSP/2009.02 Revised August 2009

How to produce and evaluate an integrated care pathway (ICP): information for staff,  
Great Ormond Street Hospital for children(GOOSH), August 2010.

Reducing clinical variations with clinical pathways: do pathways work? Department  
of Medical Sciences, Section of Public Health, University of Eastern Piedmont ‘A.  
Avogadro’, Novara, 2School of Hygiene and Public Health, University of Ancona,  
Italy

Presiden Republik Indonesia, 2015, Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor  
77 Tahun 2015 Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit

Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Peraturan Menteri Kesehatan Republik  
Indonesia Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 Tentang Penyelenggaraan Komite  
Medik di Rumah Sakit.

NHS Improvement 2010-2011, The best of clinical pathway redesign, Practical  
examples delivering benefits to patients.

Standar Akreditasi Rumah Sakit 2012, Komisi Akreditasi Rumah Sakit Tahun 2012

Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2016, Peraturan Menteri Kesehatan  
Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan  
Kefarmasian di Rumah Sakit.

Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2005, Keputusan Menteri Kesehatan  
Republik Indonesia Nomor 496/MENKES/SK/IV/2005 Tentang Pedoman Audit  
Medis di Rumah Sakit.

Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2008, Keputusan Menteri Kesehatan  
Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan  
Minimal Rumah Sakit.

The Basics of Healthcare Failure Mode and Effect Analysis, Videoconference  
Course presented by VA National Center for Patient Safety,  
<https://www.patientsafety.va.gov/docs/hfmea/FMEA2.pdf>

Failure Mode and Effect Analysis, Proactive Risk Reduction, Joint Commission  
Resources, Joint Commission International, Third Edition.

Root Cause Analysis, A New Way Of Thinking, Effective Solution to Everyday  
Problems Everytime, Dean L Gano.

Republik Indonesia, 2009, Undang-Undang nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah  
Sakit.

Presiden Republik Indonesia, 2015, Peraturan Presiden Republik Indonesia  
Nomor 77 Tahun 2015 Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit

Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2008, Keputusan Menteri Kesehatan  
Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah  
Sakit

Konsil Kedokteran Indonesia, 2016, Komunikasi Efektif Dokter-Pasien

Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia & Majelis Kehormatan Etik Rumah  
Sakit Indonesi, Pedoman, Pengorganisasian Komite Etik Rumah Sakit Dan  
Majelis Kehormatan Etik Rumah Sakit Indonesia.

Konsil Kedokteran Indonesia, 2006, Manual Persetujuan Tindakan Kedokteran  
Supply Chain Identifying Critical Supplies And Technology, Evaluating Integrity.

Making Decisions, Tracking Critical Items John C. Wocher, M.H.A, LFACHE  
Consultant Joint Commission International

Republik Indonesia, 2003, Undang-undang nomor 17 tahun 2003 tentang  
Keuangan Negara

Republik Indonesia, 2004, Undang Undang Nomor 1 tahun 2004 tentang  
Perbendaharaan Negara

Presiden Republik Indonesia, 2005, Peraturan Pemerintah Republik Indonesia  
Nomor 23 tahun 2005 Tentang Pengelolaan Badan Layanan Umum

Presiden Republik Indonesia, 2012, Peraturan Pemerintah Republik Indonesia  
Nomor 74 tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor  
23 Tahun 2005 Tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum

Presiden Republik Indonesia, 2015, Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 58 tahun 2005 tentang Keuangan Daerah

Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia, 2006, Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 13 tahun 2006 Tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah

Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia, 2011, Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2011 Tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006

Menteri Keuangan Republik Indonesia , 2006, Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 09/PMK.02/2006 Tentang Pembentukan Dewan Pengawas pada Badan Layanan Umum

Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia, 2011, Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 61 tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan BLUD

Republik Indonesia, 200314, Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah

Presiden Republik Indonesia, 2016, Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2016 Tentang Perangkat Daerah

Fiore AE, et al.; US Centers for Disease Control and Prevention.. Prevention and control of influenza: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2008. *MMWR Recomm Rep.* 2008 Aug 8;57(RR-7):1–60.

Advisory Committee on Immunization Practices; US Centers for Disease Control and Prevention. Immunization of health-care personnel: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep.* 2011 Nov 25;60(RR-7):1–45.

Lin CJ, Nowalk MP, Zimmerman RK. Estimated costs associated with improving influenza vaccination for health care personnel in a multihospital health system. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2012 Feb;38(2):67–72.

Joint Commission Resources. Gearing up for flu season: Encouraging vaccination for staff. *Joint Commission: The Source.* 2011 Nov;9(11):6–7, 11.

Perlin JB, et al. Developing a program to increase seasonal influenza vaccination of healthcare workers: Lessons from a system of community hospitals. *J Healthc Qual.* Epub 2013 Mar 7.

Chen KP, Ku YC, Yang HF. Violence in the nursing workplace—A descriptive correlational study in a public hospital. *J Clin Nurs*. 2013 Mar;22(5–6): 798–805.

The Joint Commission. Preventing Violence in the Health Care Setting. *Sentinel Event Alert* No. 45. Jun 3, 2010. Accessed Jun 24, 2013. [http://www.jointcommission.org/assets/1/18/ sea\\_45.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/ sea_45.pdf).

Kaplan B; Pis kin R, Ayar B. Violence against health care workers. *Medical Journal of Islamic World Academy of Sciences*. 2013;21(1):4–10.

Wu S, et al. A study on workplace violence and its effect on quality of life among medical professionals in China. *Archives of Environmental & Occupational Health*. 2013 Feb 28. Accessed Jun 24, 2013. <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19338244.2012.732124#.Ua3qXUDVA1J>.

ECRI Institute. Violence in healthcare facilities. *Healthcare Risk Control*. 2011 Mar;2:1–17. Accessed Jun 24, 2013. [https://www.ecri.org/Documents/RM/HRC\\_TOC/SafSec3.pdf](https://www.ecri.org/Documents/RM/HRC_TOC/SafSec3.pdf).

Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2011, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 755 Tahun 2011 Tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit

Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2013, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 49 tahun 2013 Tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit

Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2015, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 10 tahun 2015 Tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit

Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2004, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 81/MENKES/SK/I/2004 Tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Tingkat Propinsi, Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit

Republik Indonesia, 2009, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 21–22.

Republik Indonesia, 2013, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran.

Presiden Republik Indonesia, 2015, Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 93 Tahun 2015 tentang Rumah Sakit Pendidikan.

Republik Indonesia, 2004, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun

2004 tentang Praktik Kedokteran.

Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2011, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2052 Tahun 2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran.

Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2017, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.

Konsil Kedokteran Indonesia, 2014, Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 21 Tahun 2014 tentang Registrasi Dokter dan Dokter Gigi Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis dan Dokter Gigi Spesialis

Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009, Pedoman klasifikasi dan standar rumah sakit pendidikan

Joint Commission International, 2011, Joint Commission International Accreditation Standard for Hospital, 4<sup>th</sup> ed.,

Joint Commission International, 2013, Joint Commission International Accreditation Standard for Hospital, 5<sup>th</sup> ed.,

Biro Hukum dan Organisasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013, Peraturan Menteri Kesehatan No. 82 Tahun 2013 Tentang: *Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit*, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Biro Hukum dan Organisasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016, Peraturan Menteri Kesehatan No. 67 Tahun 2016 Tentang *Penanggulangan Tuberkulosis*, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Biro Hukum dan Organisasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2012, Peraturan Menteri Kesehatan No. 004 Tahun 2012 Tentang *Promosi Kesehatan Rumah Sakit*, Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.

Biro Hukum dan Organisasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2012, Peraturan Menteri Kesehatan No. 67 Tahun 2016 Tentang *Penanggulangan Tuberkulosis*, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Direktorat Jenderal Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak Direktorat Kesehatan Ibu, 2012, *Pedoman Penyelenggaraan PONEK 24 JAM di Rumah Sakit*, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia,

Department of Child and Adolescent Health and Development (CAH), 2009, *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Anak di Rumah Sakit: PEDOMAN BAGI RUMAH SAKIT RUJUKAN TINGKAT PERTAMA DI KABUPATEN/KOTA*. WOLD HEALTH ORGANIZATION

- Direktorat Jenderal Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak Direktorat Kesehatan Ibu, 2012, *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial di Rumah Sakit*, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Direktorat Jenderal Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak Direktorat Kesehatan Ibu, 2015, *Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu di Rumah sakit, Ed.2* Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Direktorat Jenderal Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak Direktorat Kesehatan Ibu, 2012, *P e d o m a n Peralatan Medik bagi pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir, Bayi dan Balita, Pengoperasian dan Pemeliharaan*, Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Direktorat Jenderal Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak Direktorat Kesehatan Ibu, 2015, *Pedoman Audit Maternal Neonatal*, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Direktorat Jenderal Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak Direktorat Kesehatan Ibu, 2015, *Panduan Operasional Pelayanan persalinan dan nifas Normal bagi Tenaga kesehatan*, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Direktorat Jenderal Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak Direktorat Kesehatan Ibu, 2009, *Pedoman Pelayanan Kesehatan Bayi Berat Lahir Rendah dengan Metoda Kanguru di RS dan Jejaringnya*. Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Direktorat Jenderal Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak Direktorat Kesehatan Ibu, 2009, *Program Rumah sakit Sayang Ibu dan Bayi*, Departemen Kesehatan Rumah sakit.
- Direktorat Jenderal Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak Direktorat Kesehatan Ibu, 2010, Keputusan Menkes RI No: 230/SK/II/2010 tentang: *Pedoman Rawat Gabung*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, 2010, *Pedoman Manajerial Pelayanan Tuberkulosis dengan strategi DOTS di Rumah Sakit*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Direktorat Bina Upaya Kesehatan, 2012, *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Tuberkulosis di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Joint Commission International Accreditation Standard for Hospital, 2011, 4<sup>th</sup> ed., Joint Commission International, A division of Joint Commission Resources, Inc.

Joint Commission International Accreditation Standard for Hospital, 2013, 5<sup>th</sup> ed.,  
Joint Commission International, A division of Joint Commission Resources, Inc.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2007, No.  
1035/MENKES/SK/IX/2007, tentang: *Pedoman Tata Naskah Dinas*,  
Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Keputusan Kementerian Kesehatan, 2008, No.129/Menkes/SK/II/2008  
Tentang: *Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit*, , Departemen Kesehatan  
Republik Indonesia.

Keputusan Kementerian Kesehatan, 2014, No. HK. 02.02/MenKes/305/2014  
Tentang: *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana  
Tuberkulosis*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Konsil Kedokteran Indonesia, 2006, *Manual Rekam Medis*, Indonesian Medical  
Council

Pedoman Pelayanan Perinatal Pada Rumah Sakit Umum Kelas C dan D, Depkes,  
1991, Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Pedoman Pelayanan Maternal dan Perinatal Pada RS Umum kelas B, C dan D,  
Depkes, 2009, Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Panduan Manajemen Masalah Bayi Baru Lahir untuk Dokter, Bidan, dan Perawat di  
Rumah Sakit, IDAI – Depkes, 2004

Pedoman Pelayanan Maternal Perinatal Pada Rumah Sakit Umum Kelas B (non  
pendidikan), C dan D, Depkes, 2006, Departemen Kesehatan Republik  
Indonesia.

Pedoman Pelaksanaan Program Rumah Sakit Sayang Ibu dan Bayi, 2009, Depkes,  
Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Pedoman Nasional Pengendalian Tuberculosis Kemkes RI Dirjen Pengendalian  
Penyakit dan Penyehatan Lingkungan 2014, Departemen Kesehatan Republik  
Indonesia.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015, *Buku Pedoman program  
pengendalian resistensi antimikroba di rumah sakit*, Kementerian  
Kesehatan Republik Indonesia.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2014, No. 5 Tahun 2014 Tentang: *Panduan Praktik Klinis Bagi dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2014, No. 79 Tahun 2014 Tentang: *Penyelenggaraan Pelayanan Geriatri di Rumah Sakit*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2015, No. 8 tahun 2015 Tentang: *Program pengendalian resistensi antimikroba di rumah sakit*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Peraturan Menteri Kesehatan, 2016, No. 43 Tahun 2016, Tentang: Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2017, No. 12 Tahun 2017, Tentang: *Penyelenggaraan Imunisasi*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2016, No. 67 Tahun 2016, Tentang: *Penanggulangan Tuberkulosis*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia

Surat Edaran Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2007, no. 884/Menkes/VII/2007 tentang: *Ekspansi TB Strategi DOTS di Rumah Sakit dan Balai Kesehatan / Pengobatan Penyakit Paru*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Surat Edaran Direktur Jenderal Pembinaan Pelayanan Medik, 2007, No. YM.02.08/III/673/07 perihal: *Penatalaksanaan Tuberkulosis di Rumah Sakit*. Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Undang-Undang Republik Indonesia, 2008, No. 11 Tahun 2008 tentang: *Informasi dan Transaksi Elektronik*,

World Health Organization, 2006, *Electronic Health Records A Manual for Developing Countries*, WHO Regional Office for the Western Pacific

World Health Organization, 2006, *Medical Records Manual: A Guide for Developing Countries*, WHO Regional Office for the Western Pacific

World Health Organization, 2017, *National Action Plan on Antimicrobial Resistance Indonesia 2017-2019*, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Antimicrobial Resistance, Antibiotic Usage and Infection Control, A Self Improvement Program (AMRIN Study). Directorate General of Medical Care, Ministry of Health, Republic of Indonesia, 2005.

Gyssens IC. Audit for monitoring the quality of antimicrobial prescription. In: Gould IM and Van Der Meer JWM (eds). Antibiotic Policies: Theory and Practice. Kluwer Academic Publisher. New York 2005: 197-226

WHO. Guidelines for ATC classification and DDD assignment. In; Oslo: Norsk Medisinaldepot, 2005

Hadi U, Gyssens IC, Lestari ES, Duerink DO, Keuter M, Soewondo ES, et al. Quantity and Quality of Hospital Antibiotik Usage in Indonesia. In preparation 2006.

Hadi U, Keuter M, van Asten H, van den Broek PJ. (2008). Optimizing antibiotic usage In adults admitted with fever by a multifaceted intervention in an Indonesian governmental hospital. *Tropical Medicine and International Health*, 13(7):888-99

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 2406/MENKES/PER/XII/2011 tentang Pedoman Umum Penggunaan Antibiotik.

Kuntaman K, Hadi U, Paraton H, Qibtiyah M, Wasito EB, Koendhori EB, Santosaningsih D, Erikawati D, \Fatmawati NND, Budayanti NNS, Priyambodo Y, Saptawati L, Mulyani UA. 2013. The Development of Effective Antimicrobial Resistance Surveillance Model in Hospital: Focusing on Extended Spectrum Beta Lactamase (ESBL) Producing Bacteria (Indicators: *Klebsiella pneumoniae* and *Escherichia coli*). Research support by WHO. Unpublish

Bari, PS. 2012. Multidrug-Resistant Organisms and Antibiotic Management. *Surg Clin N. Am.*; (92): 345–391)

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 8 tahun 2015 tentang Pedoman Program Pengendalian Resistensi Antimikroba di Rumah Sakit.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Antibiotic Prophylaxis in Surgery, A national Clinical Guideline, 2014.

Cunha BA. Antibiotic essentials. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers Pvt, Ltd. 2015.

Republik Indonesia, 2009, Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup

Presiden Republik Indonesia, 2015, Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015 Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit

Presiden Republik Indonesia, 2012, Peraturan Pemerintah Nomor 50 Tahun 2012 tentang Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja

Presiden Republik Indonesia, 2014, Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan

Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2003, Keputusan Menteri Kesehatan No 1075 tahun 2003 tentang Sistem Informasi Kesehatan dan Keselamatan Kerja

Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2004, Keputusan Menteri Kesehatan No 1204 tahun 2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit

Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2007, Keputusan Menteri Kesehatan No 432 tahun 2007 tentang Pedoman Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Rumah Sakit

Menteri Lingkungan Hidup Republik Indonesia, 2008, Peraturan Menteri Lingkungan Hidup Nomor 03 Tahun 2008 tentang Tata Cara Pemberian Simbol dan Label Bahan Berbahaya dan Beracun

Menteri Pekerjaan Umum, 2008, Peraturan Menteri Pekerjaan Umum No 26 thn 2008 tentang Persyaratan Teknis Sistem Proteksi Kebakaranpada Bangunan, Gedung dan Lingkungan

Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2010, Peraturan Menteri Kesehatan No 492 tahun 2010 tentang Persyaratan Kualitas air minum

Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2010, Peraturan Menteri Kesehatan No 1087, tahun 2010 tentang Standar Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit

Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2014, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit

Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2015, Peraturan Menteri Kesehatan No 54 thn 2015 tentang Pengujian dan Kalibrasi Alat Kesehatan

Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2016, Peraturan Menteri Kesehatan No 4 tahun 2016 tentang Penggunaan Gas Medik Dan Vakum Medik Pada Fasilitas

Pelayanan Kesehatan

Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2016, Peraturan Menteri Kesehatan No 19 tahun 2016 tentang Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu

Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2016, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2016 tentang Persyaratan Teknis Bangunan dan Prasarana Rumah Sakit

Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2016, Peraturan Menteri Kesehatan No. 56 tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Penyakit Akibat Kerja

Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2016, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 Tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit.

Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2017, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien

Departemen Kesehatan, 2009, Pedoman perencanaan dan penyiagaan bencana bagi Rumah Sakit