



Komisi Akreditasi Rumah Sakit

INSTRUMEN AKREDITASI RUMAH SAKIT

STANDAR AKREDITASI VERSI 2012

Edisi – 1, tahun 2012

KOMISI AKREDITASI RUMAH SAKIT
JAKARTA - 2012



KATA PENGANTAR
KETUA KOMISI AKREDITASI RUMAH SAKIT
(Dr. dr. Sutoto, M.Kes)



Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmatnya, instrumen akreditasi versi standar akreditasi 2012 telah selesai disusun dan dapat dipergunakan sebagai acuan untuk persiapan maupun survei akreditasi.

Berbeda dengan instrumen akreditasi versi 2007 yang menggunakan skoring 0 sampai dengan 5, pada instrumen versi 2012 ini skoring yang digunakan adalah 0, 5 dan 10. Rumah sakit mendapat skor = 10 bila 80 % standar telah dipenuhi, skor = 5 bila 20 – 79 % standar terpenuhi dan skor = 0 bila pemenuhan standar kurang dari 20 %. Pada survei akreditasi versi 2012 ini, pemenuhan standar tidak hanya dilihat dari kelengkapan dokumen, tetapi juga implementasi dari standar akreditasi yang akan dinilai dengan menggunakan metodologi telusur.

Pada instrumen akreditasi ini diuraikan sasaran telusur yaitu pasien/keluarga, pimpinan/staf rumah sakit yang akan dilakukan wawancara oleh surveiur dan materi telusur yaitu merupakan pokok bahasan pada waktu wawancara tersebut. Di dalam instrumen juga dijelaskan dokumen yang harus dilengkapi oleh rumah sakit yaitu acuan-acuan (Peraturan maupun pedoman perumahsakit), regulasi yang harus dibuat oleh rumah sakit dan dokumen implementasinya. Dengan melakukan wawancara, observasi pelayanan dan membaca regulasi yang sudah dibuat oleh rumah sakit dan dokumen implementasinya maka surveiur akan membuat skoring 0, 5 atau 10 berdasarkan kepatuhan rumah sakit dalam melaksanakan standar. Instrumen akreditasi ini akan di evaluasi secara berkala dan akan di perbaiki bila ada hal-hal yang sudah tidak sesuai lagi, sesuai dengan perkembangan akreditasi rumah sakit di Indonesia.

Kami mengucapkan terima kasih kepada Tim Penyusun buku Instrumen ini dan semoga instrumen akreditasi standar akreditasi versi 2012 dapat membantu rumah sakit maupun surveiur dalam proses pelaksanaan akreditasi rumah sakit di Indonesia.

Jakarta, Desember 2012

Ketua Komisi Akreditasi Rumah Sakit

Dr dr Sutoto, M.Kes.

DAFTAR ISI

BAB	STANDAR AKREDITASI	HALAMAN
I.	KELOMPOK STANDAR PELAYANAN BERFOKUS PADA PASIEN	5
BAB 1.	AKES KE PELAYANAN DAN KONTINUITAS PELAYANAN (APK)	6
BAB 2.	HAK PASIEN DAN KELUARGA (HPK)	32
BAB 3.	ASESMEN PASIEN (AP)	60
BAB 4.	PELAYANAN PASIEN (PP)	104
BAB 5.	PELAYANAN ANESTESI DAN BEDAH (PAB)	127
BAB 6.	MANAJEMEN PENGGUNAAN OBAT (MPO)	142
BAB 7.	PENDIDIKAN PASIEN DAN KELUARGA (PPK)	166
II.	KELOMPOK STANDAR MANAJEMEN RUMAH SAKIT	174
BAB 1.	PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP)	175
BAB 2.	PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)	202
BAB 3.	TATA KELOLA, KEPEMIMPINAN DAN PENGARAHAN (TKP)	226
BAB 4.	MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN (MFK)	254
BAB 5.	KUALIFIKASI DAN PENDIDIKAN STAF (KPS)	281
BAB 6.	MANAJEMEN KOMUNIKASI DAN INFORMASI (MKI)	310

III. SASARAN KESELAMATAN PASIEN	335
SASARAN I KETEPATAN IDENTIFIKASI PASIEN	336
SASARAN II PENINGKATAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF	337
SASARAN III PENINGKATAN KEAMANAN OBAT YANG PERLU DI WASPADAI	338
SASARAN IV KEPASTIAN TEPAT LOKASI, TEPAT PROSEDUR, TEPAT PASIEN OPERASI	340
SASARAN V PENGURANGAN RISIKO INFEKSI TERKAIT PELAYANAN KESEHATAN	341
SASARAN VI PENGURANGAN RISIKO PASIEN JATUH	342
 IV. SASARAN MILENIUM DEVELOPMENT GOALS	 344
SASARAN I PENURUNAN ANGKA KEMATIAN BAYI DAN PENINGKATAN KESEHATAN IBU	345
SASARAN II PENURUNAN ANGKA KESAKITAN HIV/AIDS	347
SASARAN III PENURUNAN ANGKA KESAKITAN TB.	348

TIM PENYUSUN

1. **Dr. dr. Sutoto, M.Kes** (Ketua KARS)
2. **dr. Djoti Atmodjo, Sp.A, MARS** (Wakil Ketua KARS)
3. **dr. Luwiharsih, M.Sc** (Kepala Bidang Pendidikan dan Pelatihan KARS)
4. **dr. Nico A. Lumenta, K.Nefro, MM** (Kepala Bidang Akreditasi KARS)
5. **dr. H. Muki Reksoprodjo, Sp.OG** (Kepala Bidang Penelitian dan Pengembangan KARS)
6. **dr. Koesno Martoatmodjo, Sp.A, MM** (Kepala Bidang Komunikasi, Data dan Informasi KARS)
7. **Dra. Masaah Amatyah S, M.Kes** (Kepala Sekretariat KARS)
8. **dr. H. Mgs. Johan T. Saleh, M.Sc** (Koordinator Surveior KARS)

I. KELOMPOK STANDAR PELAYANAN BERFOKUS PADA PASIEN

BAB I. AKSES KE PELAYANAN & KONTINUITAS PELAYANAN

STANDAR, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN				$\geq 80\%$ Terpenuhi 20-79% Terpenuhi sebagian $< 20\%$ Tidak terpenuhi
ADMISI KE RUMAH SAKIT				
<p>Standar APK.1.</p> <p>Pasien diterima sebagai pasien rawat inap atau terdaftar untuk pelayanan rawat jalan berdasarkan pada kebutuhan pelayanan kesehatan mereka yang telah diidentifikasi dan pada misi serta sumber daya rumah sakit yang ada.</p>				
<p>Maksud dan Tujuan APK.1.</p> <p>Menyesuaikan kebutuhan pasien dengan misi dan sumber daya rumah sakit tergantung pada keterangan yang didapat tentang kebutuhan pasien dan kondisinya lewat skrining pada kontak pertama.</p> <p>Skrining dilaksanakan melalui kriteria triase, evaluasi visual atau pengamatan, pemeriksaan fisik atau hasil dari pemeriksaan fisik, psikologik, laboratorium klinik atau diagnostik imaging sebelumnya.</p> <p>Skrining dapat terjadi disumber rujukan, pada saat pasien ditransportasi emergensi atau apabila pasien tiba di rumah sakit. Hal ini sangat penting bahwa keputusan untuk mengobati, mengirim atau merujuk hanya dibuat setelah ada hasil skrining dan evaluasi.</p> <p>Hanya rumah sakit yang mempunyai kemampuan menyediakan pelayanan yang dibutuhkan dan konsisten dengan misinya dapat dipertimbangkan untuk menerima pasien rawat inap atau pasien rawat jalan.</p> <p>Apabila rumah sakit memerlukan data tes skrining atau evaluasi sebelum penerimaan dan pendaftaran ditetapkan dalam kebijakan tertulis.</p>				
Elemen Penilaian APK.1.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Skrining dilakukan pada kontak pertama didalam atau di luar rumah sakit.	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan Rumah Sakit Staf Keperawatan Staf Laboratorium dan Pemeriksaan 	Pelaksanaan skrining pada kontak pertama di dalam atau di luar rumah sakit	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> Kebijakan/ panduan/ prosedur skrining pasien Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> Rekam medis
2. Berdasarkan hasil skrining ditentukan apakah kebutuhan pasien sesuai dengan misi dan sumber daya rumah sakit. (lihat juga TKP 3.2, EP.2)	<ul style="list-style-type: none"> Penunjang Tim Dokter dan Dokter Gigi Pasien 	Penentuan apakah kebutuhan pasien sesuai misi dan sumber daya rumah sakit	0 5 10	

3. Pasien hanya diterima apabila rumah sakit dapat menyediakan pelayanan yang dibutuhkan pasien rawat inap dan rawat jalan yang tepat.		Penerimaan pasien dilakukan bila n rumah sakit mampu menyediakan pelayanan yang dibutuhkan pasien	0 5 10	
4. Ada suatu proses untuk melengkapi hasil tes diagnostik dan tanggung jawab untuk menetapkan apakah pasien diterima, dipindahkan/ transfer atau di rujuk.		Proses melengkapi skrining dengan hasil tes diagnostik dan tanggung jawab untuk membuat keputusan pasien diterima atau dirujuk	0 5 10	
5. Ada kebijakan yang menetapkan bahwa skrining dan tes diagnosa yang mana merupakan standar sebelum penerimaan pasien.		Adanya regulasi tentang standar pelaksanaan skrining dan tes diagnosis yang diperlukan sebelum penerimaan pasien	0 5 10	
6. Pasien tidak dirawat, dipindahkan atau dirujuk sebelum diperoleh hasil tes yang dibutuhkan tersedia.		Pelaksanaan tindakan tidak merawat atau memindahkan atau merujuk pasien sebelum hasil tes yang dibutuhkan tersedia	0 5 10	

Standar APK 1.1.

Rumah sakit menetapkan standar prosedur operasional untuk penerimaan pasien rawat inap dan untuk pendaftaran rawat jalan.

Maksud dan tujuan APK 1.1.

Proses admisi pasien rawat inap ke rumah sakit untuk pelayanan dan untuk pendaftaran pelayanan rawat jalan distandarisir lewat kebijakan dan prosedur tertulis. Staf yang bertanggungjawab untuk proses tersebut mengenal dan sudah biasa melaksanakan prosedur tersebut. Kebijakan dan standar prosedur operasional mengatur :

- Pendaftaran rawat jalan atau proses admisi rawat inap
- Admisi langsung dari pelayanan gawat darurat ke unit rawat inap
- Proses dalam menahan pasien untuk keperluan observasi

Kebijakan juga harus mengatur bagaimana mengelola pasien bila fasilitas rawat inap terbatas atau sama sekali tidak ada tempat tidur yang tersedia untuk merawat pasien di unit yang tepat. (lihat juga PP.1, EP.1)

Elemen Penilaian APK 1.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Proses pendaftaran pasien rawat jalan distandarisir.	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan Rumah Sakit • Kepala dan staf unit rekam medis • Kepala dan staf unit gawat darurat 	Proses pendaftaran pasien rawat jalan dan pelaksanaan proses sesuai standar	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan/ panduan/ prosedur pendaftaran pasien

2. Proses admisi pasien rawat inap distandardisir. (lihat juga TKP.6.1, EP.3)	<ul style="list-style-type: none"> • Staf medis • Pasien 	Proses admisi pasien rawat inap dan pelaksanaan proses sesuai standar	0 5 10	rawat jalan dan penerimaan pasien rawat inap <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prosedur penahanan pasien untuk observasi ▪ Prosedur penanganan pasien bila tidak tersedia tempat tidur pada unit yang dituju
3. Ada proses penerimaan pasien emergensi ke unit rawat inap.		Proses penerimaan pasien emergensi ke rawat inap dan pelaksanaan proses sesuai standar	0 5 10	
4. Ada proses untuk menahan pasien untuk observasi.		Proses penahanan pasien untuk observasi dan pelaksanaan proses sesuai standar	0 5 10	
5. Ada proses penanganan pasien bila tidak tersedia tempat tidur pada unit yang dituju maupun diseluruh rumah sakit.		Proses penanganan pasien bila tempat tidur tidak tersedia dan pelaksanaan proses sesuai standar di seluruh rumah sakit	0 5 10	
6. Kebijakan dan prosedur tertulis mendukung proses penerimaan pasien rawat inap dan pendaftaran pasien rawat jalan.		Kebijakan dan prosedur tertulis tentang proses penerimaan pasien rawat inap dan rawat jalan	0 5 10	
7. Petugas memahami ketentuan dan prosedur tersebut serta melaksanakannya.		Sosialisasi dan edukasi kepada seluruh petugas terkait tentang ketentuan prosedur dan pelaksanaannya	0 5 10	

Standar APK 1.1.1.

Pasien dengan kebutuhan darurat, mendesak, atau segera diberikan prioritas untuk asesmen dan pengobatan.

Maksud dan tujuan APK 1.1.1.

Pasien dengan dengan kebutuhan darurat, mendesak, atau segera emergensi, diidentifikasi dengan proses triase berbasis bukti. Bila telah diidentifikasi sebagai keadaan dengan kebutuhan darurat, mendesak, atau segera (seperti infeksi melalui udara/airborne), pasien ini sesegera mungkin diperiksa dan mendapat asuhan. Pasien-pasien tersebut didahulukan diperiksa dokter sebelum pasien yang lain, mendapat pelayanan diagnostik sesegera mungkin dan diberikan pengobatan sesuai dengan kebutuhan. Proses triase dapat termasuk kriteria berbasis fisiologik, bila mungkin dan tepat. Rumah sakit melatih staf untuk menentukan pasien yang membutuhkan asuhan segera dan bagaimana memberikan prioritas asuhan.

Pasien harus distabilkan terlebih dahulu sebelum dirujuk yaitu bila rumah sakit tidak dapat menyediakan kebutuhan pasien dengan kondisi emergensi dan pasien memerlukan rujukan ke pelayanan yang kemampuannya lebih tinggi.

Elemen penilaian APK 1.1.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit menggunakan proses triase berbasis bukti untuk memprioritaskan pasien sesuai dengan kegawatannya.	Tim Dokter dan Dokter Gigi Kepala Unit dan Staf Keperawatan Pasien	Pelaksanaan proses triase berbasis bukti untuk memprioritaskan pasien sesuai dengan kegawatannya	0 5 10	Regulasi RS : ▪ Kebijakan/ panduan/ prosedur TRIAGE ▪ Kriteria transfer/rujukan Dokumen implemntasi : ▪ Rekam medis ▪ Sertifikasi pelatihan TRIAGE
2. Staf dilatih menggunakan kriteria ini.		Pelatihan staf terkait tentang penggunaan kriteria triase berbasis bukti	0 5 10	
3. Pasien diprioritaskan atas dasar urgensi kebutuhannya.		Pelaksanaan penanganan pasien sesuai prioritas urgensi kebutuhannya	0 5 10	
4. Pasien emergensi diperiksa dan distabilisasi sesuai kemampuan rumah sakit dulu sebelum ditransfer. (lihat APK.4,EP 1,2,5 dan APK.4.2, EP 3,4)		Pemeriksaan dan stabilisasi pasien emergensi sesuai kemampuan rumah sakit sebelum pasien ditransfer	0 5 10	
Standar APK 1.1.2 Kebutuhan pasien akan pelayanan preventif, paliatif, kuratif dan rehabilitatif diprioritaskan berdasarkan kondisi pasien pada waktu proses admisi sebagai pasien rawat inap.				
Maksud dan tujuan APK 1.1.2 Apabila pasien dipertimbangkan diterima sebagai pasien rawat inap rumah sakit, pemeriksaan skrining membantu staf / karyawan untuk memutuskan apakah pasien membutuhkan pelayanan preventif, paliatif, kuratif dan rehabilitatif dan memilih pelayanan yang paling tepat sesuai dengan urgensinya.				

Elemen penilaian APK 1.1.2.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Ada pemeriksaan skrining utk membantu staf mengetahui kebutuhan pasien.	Tim Dokter dan Dokter Gigi Staf Keperawatan Staf Laboratorium dan Pemeriksaan Penunjang Pasien	Pelaksanaan skrining untuk membantu staf mengetahui kebutuhan pasien	0 5 10	Regulasi RS : ▪ Kebijakan/ panduan/ prosedur skrining pasien menetapkan kebutuhan pelayanannya
2. Pemilihan jenis pelayanan atau unit pelayanan sesuai kebutuhan berdasar atas hasil pemeriksaan skrining.		Pemilihan pelayanan sesuai kebutuhan berdasarkan hasil skrining	0 5 10	
3. Kebutuhan pasien yang berkenaan dengan pelayanan preventif, kuratif, rehabilitatif dan paliatif diprioritaskan.		Penentuan prioritas kebutuhan pasien terkait pelayanan preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif	0 5 10	

Standar APK 1.1.3.

Rumah sakit memperhatikan kebutuhan klinik pasien pada waktu menunggu atau penundaan untuk pelayanan diagnosis dan pengobatan .

Maksud dan tujuan APK 1.1.3

Pasien diberi informasi apabila diketahui adanya waktu menunggu yang lama untuk pelayanan diagnostik dan pengobatan atau dalam mendapatkan rencana pelayanan yang membutuhkan penempatan di daftar tunggu. Pasien diberi informasi tentang alasan penundaan dan menunggu serta diberi informasi alternatif yang tersedia. Persyaratan ini berlaku untuk pelayanan pasien rawat inap atau pasien rawat jalan dan pelayanan diagnostik dan tidak perlu diberikan apabila hanya menunggu sebentar karena dokter datang terlambat. Untuk beberapa pelayanan seperti onkologi atau transplantasi, penundaan dapat disesuaikan dengan norma nasional untuk pelayanan tersebut, sehingga memang berbeda dari keterlambatan pada pelayanan diagnostik.

Elemen penilaian APK 1.1.3.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pasien rawat inap dan pasien rawat jalan diberikan informasi apabila akan terjadi penundaan pelayanan atau pengobatan.	Pimpinan Rumah Sakit Staf Admisi Rawat Inap dan Rawat Jalan Tim Dokter dan Dokter Gigi	Pemberian informasi kepada pasien bila akan terjadi penundaan pelayanan atau pengobatan	0 5 10	Regulasi RS : ▪ Kebijakan/ panduan penundaan pelayanan atau pengobatan ▪ Prosedur pemberian informasi
2. Pasien diberi informasi alasan penundaan atau menunggu dan memberikan informasi tentang alternatif yang tersedia sesuai dengan keperluan klinik mereka.		Pemberian informasi kepada pasien tentang alasan penundaan dan tentang alternatif yang tersedia sesuai keperluan klinik pasien	0 5 10	

3. Informasi di dokumentasikan didalam rekam medis.		Pencatatan informasi dalam rekam medis pasien	0 5 10	Dokumen implementasi : ▪ Rekam medis
4. Kebijakan dan prosedur tertulis mendukung pelaksanaan secara konsisten.		Penyusunan kebijakan dan prosedur tertulis yang mendukung pelaksanaan pemberian informasi secara konsisten	0 5 10	

Standar APK 1.2.

Pada admisi rawat inap, pasien dan keluarganya mendapat penjelasan tentang pelayanan yang ditawarkan, hasil yang diharapkan dan perkiraan biaya dari pelayanan tersebut.

Maksud dan tujuan APK 1.2.

Pada waktu proses penerimaan, pasien dan keluarganya mendapatkan penjelasan yang cukup untuk membuat keputusan berkenaan dengan pelayanan yang dianjurkan. Penjelasan mencakup tentang pelayanan yang dianjurkan, hasil pelayanan yang diharapkan dan perkiraan biaya dari pelayanan tersebut. Penjelasan diberikan kepada pasien dan keluarganya atau pembuat keputusan baik untuk pasien atas jaminan atau biaya pribadi. Apabila situasi keuangannya terbatas untuk biaya pelayanan, rumah sakit mencari jalan keluar untuk mengatasinya, penjelasan tersebut dapat dalam bentuk tertulis atau lisan dan dicatat di rekam medis pasien.

Elemen penilaian APK 1.2.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pasien dan keluarganya diberikan informasi pada waktu admisi (lihat juga MKI.2 pada Maksud dan Tujuan).	Staf Admisi Rawat Inap dan Rawat Jalan Tim Dokter dan Dokter Gigi Tim Medical Information Staf Keperawatan Pasien	Pemberian informasi kepada pasien dan keluarganya saat admisi	0 5 10	Regulasi RS : ▪ Kebijakan/ panduan komunikasi yang efektif dalam pemberian edukasi dan informasi ▪ Prosedur pemberian informasi tentang : ○ pelayanan yang dianjurkan ○ hasil pelayanan yang diharapkan ○ perkiraan biaya
2. Penjelasan meliputi informasi tentang pelayanan yang ditawarkan (lihat juga MKI.2, EP 1 dan 2).		Pemberian informasi kepada pasien dan keluarganya tentang pelayanan yang ditawarkan	0 5 10	
3. Penjelasan meliputi informasi tentang hasil pelayanan yang diharapkan.		Pemberian informasi kepada pasien dan keluarganya tentang hasil pelayanan yang diharapkan	0 5 10	

4. Penjelasan meliputi informasi tentang perkiraan biaya kepada pasien dan keluarganya.		Pemberian informasi kepada pasien dan keluarganya tentang estimasi biaya	0 5 10	Dokumen implementasi : ▪ rekam medis ▪ website/ brosur/ leaflet
5. Penjelasan cukup bagi pasien dan keluarganya untuk membuat keputusan yang benar (lihat juga AP.4.1, EP 3).		Pemberian informasi yang memadai bagi pasien dan keluarganya untuk mengambil keputusan secara benar	0 5 10	

Standar APK 1.3.

Rumah sakit berusaha mengurangi kendala fisik, bahasa dan budaya serta penghalang lainnya dalam memberikan pelayanan.

Maksud dan tujuan APK 1.3.

Rumah sakit sering melayani berbagai populasi masyarakat. Mungkin pasiennya tua, cacat fisik, bicara dengan berbagai bahasa dan dialek, budaya yang berbeda atau ada penghalang lainnya yang membuat proses pemberian dan penerimaan pelayanan menjadi sulit. Rumah sakit sudah mengidentifikasi kesulitan tersebut dan telah melaksanakan proses untuk mengurangi dan menghilangkan rintangan tersebut pada saat penerimaan. Rumah sakit juga berusaha untuk mengurangi dampak dari rintangan tersebut dalam memberikan pelayanan.

Elemen penilaian APK 1.3.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pimpinan dan staf rumah sakit mengidentifikasi hambatan yang ada dipopulasi pasiennya.	Pimpinan Rumah Sakit Staf Admisi Rawat Inap dan Rawat Jalan	Identifikasi hambatan yang ada pada pasien. Dapat berupa daftar	0 5 10	Regulasi RS : ▪ kebijakan RS dalam mengidentifikasi hambatan dalam populasi pasiennya ▪ Prosedur mengatasi, membatasi, mengurangi hambatan Dokumen implementasi : ▪ Data cakupan RS
2. Ada prosedur untuk mengatasi atau membatasi hambatan pada waktu pasien mencari pelayanan.	Tim Dokter dan Dokter Gigi Tim Medical Information Staf Keperawatan Pasien	Adanya Prosedur dan implementasinya mengatasi atau membatasi hambatan saat pasien mencari pelayanan	0 5 10	
3. Ada prosedur untuk mengurangi dampak dari hambatan dalam memberikan pelayanan.		Adanya Prosedur dan implementasinya mengurangi dampak dari hambatan dalam memberikan pelayanan	0 5 10	
4. Prosedur ini telah dilaksanakan.		Implementasi prosedur tersebut di atas	0 5 10	

Standar APK 1.4.

Penerimaan atau transfer pasien ke dan dari unit pelayanan intensif atau pelayanan khusus ditentukan dengan kriteria yang telah ditetapkan.

Maksud dan tujuan APK 1.4.

Unit atau pelayanan yang menyediakan pelayanan intensif seperti unit pelayanan intensif pasca operasi atau yang menyediakan pelayanan spesialis seperti pelayanan pasien luka bakar atau transplantasi organ umumnya mahal dan biasanya tempat dan stafnya terbatas. Demikian pula departemen/unit emergensi yang dilengkapi dengan tempat tidur untuk observasi dan unit penelitian klinik harus melakukan seleksi pasien secara tepat. Setiap pelayanan harus membuat dan menetapkan kriteria bagi pasien yang akan diterimanya. Staf yang tepat dari emergensi, pelayanan intensif dan pelayanan khusus berpartisipasi dalam mengembangkan kriteria. Kriteria tersebut dipergunakan untuk memberikan izin masuk secara langsung ke unit pelayanan, misalkan pasien langsung dari pelayanan emergensi. Kriteria juga dipergunakan untuk menetapkan transfer pasien dari unit pelayanan ke tingkat pelayanan yang lain baik didalam maupun keluar rumah sakit. Kriteria juga dipergunakan untuk menetapkan apabila pasien tidak memerlukan pelayanan yang lama dan dapat ditransfer ke tingkat pelayanan yang lain.

Apabila rumah sakit mengadakan penelitian atau menyediakan pelayanan atau program khusus, maka admisi atau transfer pasien kedalam program tersebut harus melalui kriteria atau protokol. Kegiatan admisi dan transfer pasien dalam program tersebut didokumentasikan di rekam medis termasuk kondisi pasien sesuai kriteria atau protokol.

Elemen penilaian APK 1.4.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit telah menetapkan kriteria masuk atau pindah dari pelayanan intensif dan atau pelayanan khusus termasuk penelitian dan program sesuai dengan kebutuhan pasien.	Pimpinan Rumah Sakit Staf Admisi Rawat Inap dan Rawat Jalan Tim Dokter dan Dokter Gigi Staf Keperawatan	Kriteria masuk atau pindah dari pelayanan intensif atau pelayanan khusus termasuk penelitian dan program yang sesuai dengan kebutuhan pasien	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> Kebijakan/ panduan/ prosedur transfer pasien Kriteria masuk & keluar pelayanan intensif Dokumen implementasi : <ul style="list-style-type: none"> Proses penyusunan kriteria Rekam medis Sertifikasi pelatihan transfer
2. Kriteria berdasar fisiologi dan tepat.		Isi kriteria tepat dan didasarkan pada fisiologi	0 5 10	
3. Staf yang tepat ikut sertakan dalam pengembangan kriteria.		Pengembangan kriteria dengan mengikutsertakan staf yang tepat / kompeten	0 5 10	
4. Staf dilatih untuk melaksanakan kriteria.		Pelatihan staf untuk melaksanakan kriteria	0 5 10	

5. Rekam medis pasien yang diterima masuk ke unit yang menyediakan pelayanan spesialis atau intensif berisi bukti-bukti yang memenuhi kriteria yang tepat untuk pelayanan yang dibutuhkan.		Pemeriksaan rekam medis pasien yang diterima masuk unit pelayanan spesialis atau intensif, juga wawancara, mengenai bukti-bukti yang memenuhi kriteria yang tepat untuk pelayanan yang dibutuhkan	0 5 10	
6. Rekam medis pasien yang dipindahkan atau keluar dari unit yang menyediakan pelayanan intensif / spesialistik berisi bukti-bukti bahwa pasien tidak memenuhi kriteria untuk berada di unit tersebut.		Pemeriksaan rekam medis pasien yang dipindahkan atau keluar dari unit pelayanan spesialis atau intensif, juga wawancara, mengenai bukti-bukti yang menyatakan pasien tidak lagi memenuhi kriteria berada di unit tersebut	0 5 10	

KONTINUITAS PELAYANAN

Standar APK.2.

Rumah sakit mendisain dan melaksanakan proses untuk menyediakan pelayanan-pelayanan pasien yang berkelanjutan didalam rumah sakit dan berkoordinasi dengan para tenaga medis.

Maksud dan tujuan APK.2.

Pada keseluruhan perpindahan pasien di rumah sakit, dimulai dari admisi sampai dengan kepulangan atau kepindahan, dapat melibatkan berbagai departemen dan pelayanan serta berbagai praktisi kesehatan untuk pemberian asuhan.

Dalam seluruh fase pelayanan, kebutuhan pasien disesuaikan dengan sumber daya yang tersedia di dalam rumah sakit dan bila perlu di luar rumah sakit. Hal tersebut biasanya dilakukan dengan menggunakan kriteria yang telah ditetapkan atau kebijakan yang menentukan kelayakan transfer di dalam rumah sakit. (lihat juga APK.1.4 sehubungan dengan kriteria admisi pasien ke atau dari unit intensif dan spesialistik).

Untuk mewujudkan asuhan pasien yang berkesinambungan (seamless), rumah sakit memerlukan disain dan melaksanakan proses pelayanan yang berkelanjutan dan koordinasi di antara para dokter, perawat dan tenaga kesehatan lain yang berada di :

- pelayanan emergensi dan pendaftaran pasien rawat inap;
- pelayanan diagnostik dan pelayanan pengobatan;
- pelayanan non bedah tindakan bedah;
- program pelayanan rawat jalan;
- rumah sakit lain dan pelayanan kesehatan lainnya.

Pimpinan dari berbagai pelayanan bekerjasama membuat disain proses pelayanan dan melaksanakannya. Proses didukung dengan kriteria pindah rawat yang jelas, kebijakan, prosedur atau pedoman. Rumah sakit menetapkan individu yang bertanggung jawab untuk mengkoordinasikan pelayanan. Individu tersebut dapat mengkoordinasikan seluruh pelayanan pasien, (seperti antar departemen) atau dapat bertanggungjawab untuk mengkoordinasikan pelayanan pasien secara individual (Contoh : case manager).

Elemen penilaian APK.2.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pimpinan pelayanan menetapkan disain dan melaksanakan proses yang mendukung kontinuitas pelayanan dan koordinasi pelayanan yang meliputi semua yang tercantum dalam maksud dan tujuan di atas.	Pimpinan Rumah Sakit Tim Dokter dan Dokter Gigi Staf Keperawatan Staf Laboratorium dan Pemeriksaan Penunjang	Adanya desain/pola dan pelaksanaan proses yang mendukung kontinuitas pelayanan dan koordinasi pelayanan meliputi semua yang tercantum di atas	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none">▪ Kebijakan/ panduan/ prosedur transfer pasien▪ Kriteria transfer Dokumen implementasi : <ul style="list-style-type: none">▪ Rekam medis
2. Kriteria dan kebijakan yang telah ditetapkan menentukan tata cara transfer pasien yang tepat di rumah sakit.	Tim Customer Service, atau yang terkait Pasien	Adanya kriteria dan kebijakan tentang tata cara transfer pasien yang tepat di rumah sakit	0 5 10	
3. Kesiambungan dan koordinasi terbukti terlaksana yang meliputi seluruh fase pelayanan pasien.		Implementasi koordinasi dan pelaksanaan secara berkesinambungan meliputi seluruh fase pelayanan pasien	0 5 10	
4. Kesiambungan dan koordinasi terbukti dirasakan oleh pasien (lihat juga HPK 2, EP 1 dan HPK 2.1, EP 2)		Umpan balik / keterangan dari pasien dan keluarganya	0 5 10	
Standar APK.2.1 <p>Dalam semua fase pelayanan, ada staf yang berkompeten sebagai orang yang bertanggung jawab terhadap pelayanan pasien.</p>				
Maksud dan tujuan APK.2.1 <p>Untuk mempertahankan kontinuitas pelayanan selama pasien tinggal di rumah sakit, staf yang bertanggung jawab secara umum terhadap pelayanan pasien atau pada fase pelayanan tertentu diketahui dengan jelas. Staf yang dimaksud dapat seorang dokter (DPJP - Dokter Penanggung Jawab Pelayanan) atau staf lain yang mampu. Staf yang bertanggung jawab tersebut tercantum didalam status pasien atau dengan cara lain dikenalkan kepada semua staf rumah sakit. Staf yang bertanggung jawab tersebut menyiapkan dokumentasi tentang rencana pelayanan pasien. Staf tersebut mengatur pelayanan pasien selama seluruh waktu rawat inap, akan meningkatkan kontinuitas pelayanan, koordinasi, kepuasan pasien, kualitas pelayanan dan hasil yang diharapkan, sehingga sangat diperlukan apalagi bagi pasien-pasien kompleks tertentu dan pasien lain yang ditentukan. Staf yang dimaksud dan tujuan akan memerlukan kerjasama dan komunikasi dengan pemberi pelayanan kesehatan yang lain. Dalam waktu liburan, ada kebijakan rumah sakit yang mengatur proses transfer tanggung jawab pasien dari satu ke orang lain. Dalam kebijakan ditetapkan konsultan, dokter on call, dokter pengganti (locum tenens) atau individu lain, yang bertanggung jawab dan melaksanakannya, serta mendokumentasikan penugasannya. Apabila pasien pindah dari satu fase pelayanan ke fase selanjutnya, staf yang bertanggung jawab terhadap pelayanan pasien dapat berubah atau tetap.</p>				

Elemen penilaian APK.2.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Staf yang bertanggung jawab untuk koordinasi pelayanan selama pasien dirawat diketahui dan tersedia dalam seluruh fase asuhan rawat inap (lihat juga PP 2.1, EP 5 tentang tanggung jawab dokter dan HPK 6.1 EP 2)	Pimpinan Rumah Sakit Tim Dokter dan Dokter Gigi Staf Keperawatan Staf Farmasi Staf Rehabilitasi Medik Staf Gizi	Adanya staf untuk koordinasi pelayanan selama pasien dirawat	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan/ panduan/ prosedur transfer pasien ▪ Panduan/Prosedur koordinasi pelayanan, tentang pelayanan DPJP, UTW ▪ Medical staff bylaws Dokumen implementasi : Rekam Medis
2. Staf tersebut kompeten menerima tanggung jawab untuk melaksanakan pelayanan pasien.	Staf Laboratorium dan Pemeriksaan Penunjang Pasien	Kompetensi staf terkait dalam pelayanan pasien, a.l. melalui pelatihan	0 5 10	
3. Staf tersebut dikenal oleh seluruh staf rumah sakit.		Regulasi ttg pengenalan staf terkait	0 5 10	
4. Staf melengkapi dokumen rencana pelayanan pasien didalam status.		Regulasi dan implementasi, melengkapi dokumen rencana pelayanan pasien dalam status pasien	0 5 10	
5. Perpindahan tanggung jawab pelayanan pasien dari satu individu ke individu yang lain dijabarkan dalam kebijakan rumah sakit.		Regulasi tentang perpindahan tanggung jawab pelayanan pasien dari staf yang satu ke staf yang lain	0 5 10	

PEMULANGAN PASIEN, RUJUKAN DAN TINDAK LANJUT

Standar APK.3.

Ada kebijakan untuk rujuk dan memulangkan pasien.

Maksud dan tujuan APK.3.

Merujuk pasien ke praktisi kesehatan lain di luar rumah sakit atau ke rumah sakit lain, memulangkan pasien ke rumah atau ke tempat keluarga harus berdasarkan kondisi kesehatan pasien dan kebutuhan akan kelanjutan pelayanan. DPJP yang bertanggung jawab atas pelayanan pasien tersebut, harus menentukan kesiapan pasien untuk dipulangkan berdasarkan kebijakan. Kriteria dapat juga digunakan untuk menentukan pasien siap dipulangkan. Kebutuhan pelayanan berkelanjutan dapat berarti rujukan ke dokter spesialis, terapis rehabilitasi atau kebutuhan pelayanan preventif yang dilaksanakan di rumah oleh keluarga. Proses yang terorganisir dibutuhkan untuk memastikan bahwa kebutuhan pelayanan berkelanjutan ditangani oleh ahli yang tepat di luar rumah sakit dan apabila diperlukan proses ini dapat mencakup merujuk pasien ke rumah sakit lain. Bila ada indikasi, rumah sakit dapat membuat rencana kontinuitas pelayanan yang diperlukan pasien sedini mungkin. Keluarga pasien dilibatkan dalam perencanaan proses pemulangan yang terbaik atau sesuai kebutuhan pasien.

Ada kebijakan dan prosedur tetap bila rumah sakit mengizinkan pasien meninggalkan rumah sakit dalam satu waktu tertentu untuk hal tertentu, seperti cuti.

Elemen penilaian APK.3.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Merujuk atau memulangkan pasien berdasarkan atas status kesehatan dan kebutuhan pelayanan selanjutnya. (lihat juga AP.1.10, EP 1, AP.1.11, EP 1, TKP 6.1, EP 3)	Pimpinan Rumah Sakit Tim Dokter dan Dokter Gigi Staf Keperawatan Pasien	Proses merujuk atau memulangkan pasien berdasarkan status kesehatan dan kebutuhan pelayanan selanjutnya	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> Kebijakan/ panduan/ prosedur pemulangan pasien, termasuk cuti <i>Discharge Planning List</i> Dokumen implementasi : Rekam Medis
2. Ada ketentuan atau kriteria bagi pasien yang siap untuk dipulangkan.		Kriteria pasien yang siap dipulangkan	0 5 10	
3. Apabila diperlukan, perencanaan untuk merujuk dan memulangkan pasien dapat diproses lebih awal dan apabila perlu mengikut sertakan keluarga (lihat juga AP.1.11, EP 2; AP.2, EP 2 dan HPK.2, EP 1).		Regulasi dan implementasi, merujuk dan memulangkan pasien mengikutsertakan keluarga dan bisa dilakukan lebih awal jika diperlukan	0 5 10	

4. Pasien dirujuk dan dipulangkan berdasarkan atas kebutuhannya (lihat juga AP.1.10, EP 2; AP.1.11, EP 2 dan AP.2, EP 2).		Proses merujuk dan memulangkan pasien berdasarkan kebutuhannya	0 5 10	
5. Kebijakan rumah sakit mengatur proses pasien yang diperbolehkan meninggalkan rumah sakit, sementara dalam proses rencana pengobatan dengan izin yang disetujui untuk waktu tertentu.		Kebijakan yang mengatur rencana / izin pemulangan pasien, sementara masih dalam asuhan	0 5 10	

Standar APK.3.1

Rumah sakit bekerjasama dengan para praktisi kesehatan dan badan di luar rumah sakit untuk memastikan bahwa rujukan dilakukan pada waktu yang tepat.

Maksud dan tujuan APK.3.1

Rujukan tepat waktu ke praktisi kesehatan luar, rumah sakit lain harus ada perencanaan untuk memenuhi kebutuhan pasien yang berkelanjutan. Rumah sakit mengenal praktisi kesehatan yang ada di komunitas/lingkungannya dan membangun hubungan yang bersifat formal maupun informal.

Bila pasien datang dari komunitas yang berbeda, rumah sakit berusaha membuat rujukan ke individu yang kompeten atau sarana pelayanan kesehatan yang ada di komunitas dari mana pasien berasal.

Selain itu pada waktu pulang mungkin pasien membutuhkan pelayanan penunjang dan pelayanan medis seperti pelayanan sosial, nutrisi, finansial, psikologi dan pelayanan penunjang lainnya. Ketersediaan pelayanan penunjang ini, dalam skala yang luas, akan menentukan kebutuhan pelayanan medis berkelanjutan. Perencanaan pemulangan pasien juga termasuk jenis pelayanan penunjang yang tersedia, yang dibutuhkan pasien.

Elemen penilaian APK.3.1.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rencana pemulangan pasien mempertimbangkan pelayanan penunjang dan kelanjutan pelayanan medis.	Pimpinan Rumah Sakit Tim Dokter dan Dokter Gigi Staf Keperawatan	Perencanaan pemulangan pasien dilakukan dengan mempertimbangkan pelayanan penunjang dan kelanjutan pelayanan medis	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none">▪ Kebijakan/ panduan/ prosedur rujukan▪ Kriteria rujukan ke RS lain Dokumen implementasi : <ul style="list-style-type: none">▪ Rekam medis▪ MoU
2. Rumah sakit mengidentifikasi organisasi dan individu penyedia pelayanan kesehatan di lingkungannya yang sangat berhubungan dengan pelayanan yang ada di rumah sakit serta populasi pasien (lihat juga PPK.3, EP 2).		Identifikasi organisasi dan individu penyedia layanan kesehatan di lingkungannya yang berkaitan dengan pasien dan pelayanan yang ada di rumah sakit	0 5 10	
3. Apabila memungkinkan rujukan keluar rumah sakit ditujukan kepada individu secara spesifik dan badan dari mana pasien berasal.		Proses merujuk keluar rumah sakit ditujukan kepada individu atau badan secara spesifik bila memungkinkan	0 5 10	
4. Apabila memungkinkan rujukan dibuat untuk pelayanan penunjang.		Proses merujuk dilakukan untuk pelayanan penunjang bila memungkinkan	0 5 10	
Standar APK.3.2. Rekam medis pasien berisi salinan resume pelayanan medis pasien pulang.				
Maksud dan tujuan APK.3.2. Resume asuhan pasien dibuat oleh DPJP sebelum pasien pulang dari rumah sakit. Salinan resume pasien pulang ditempatkan dalam rekam medis dan sebuah salinan diberikan kepada pasien atau keluarganya, bila diatur dalam kebijakan rumah sakit atau kebiasaan umum sesuai peraturan perundang-undangan. Salinan resume pelayanan tersebut diberikan kepada praktisi kesehatan yang akan bertanggung jawab untuk pelayanan berkelanjutan bagi pasien atau tindak lanjutnya.				

Elemen penilaian APK.3.2.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Resume pasien pulang dibuat oleh DPJP sebelum pasien pulang.	Pimpinan Rumah Sakit Tim Dokter dan Dokter Gigi Staf Keperawatan	Pembuatan resume pasien pulang oleh DPJP sebelum pasien pulang	0 5 10	Regulasi RS : ▪ Kebijakan yang menetapkan bahwa resume asuhan pasien dibuat oleh DPJP sebelum pasien pulang dari rumah sakit Dokumen implementasi : ▪ Rekam medis
2. Resume berisi pula instruksi untuk tindak lanjut.		Pembuatan resume mencantumkan instruksi tindak lanjut	0 5 10	
3. Salinan ringkasan pelayanan pasien didokumentasikan dalam rekam medis.		Pendokumentasian salinan ringkasan pelayanan pasien dalam rekam medis pasien	0 5 10	
4. Salinan resume pasien pulang diberikan juga kepada pasien		Pemberian salinan resume pasien pulang kepada pasien atau keluarganya	0 5 10	
5. Salinan resume pasien pulang diberikan kepada praktisi kesehatan perujuk		Pemberian salinan resume pasien pulang kepada praktisi kesehatan yang kepadanya pasien dirujuk	0 5 10	
6. Kebijakan dan prosedur menetapkan kapan resume pasien pulang harus dilengkapi dan dimasukkan ke rekam medis pasien.		Adanya kebijakan dan prosedur, dan implementasinya, tentang kapan resume pasien pulang harus dilengkapi dan dimasukkan ke rekam medis pasien	0 5 10	
Standar APK.3.2.1. Resume pasien pulang lengkap.				
Maksud dan tujuan APK.3.2.1 Resume pelayanan pasien pulang menggambarkan tindakan yang dilakukan selama pasien tinggal di rumah sakit. Resume dapat dipergunakan oleh praktisi kesehatan yang bertanggung jawab untuk pelayanan selanjutnya dan termasuk : a. Alasan masuk rumah sakit. b. Penemuan kelainan fisik dan lainnya yang penting. c. Prosedur diagnosis dan pengobatan yang telah dilakukan. d. Pemberian medikamentosa dan pemberian obat waktu pulang. e. Status/kondisi pasien waktu pulang.				

f. Instruksi follow-up / tindak lanjut.

Elemen penilaian APK.3.2.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Resume pasien pulang berisi alasan pasien di rawat, diagnosis dan penyakit penyertanya.	Tim Dokter dan Dokter Gigi Staf Keperawatan	Pembuatan resume pasien pulang mencantumkan alasan pasien dirawat, diagnosis, dan penyakit penyertanya	0 5 10	Regulasi RS : ▪ Kebijakan yang menetapkan resume pasien berisi : a. Alasan masuk rumah sakit. b. Penemuan kelainan fisik dan lainnya yang penting. c. Prosedur diagnosis dan pengobatan yang telah dilakukan. d. Pemberian medikamentosa dan pemberian obat waktu pulang. e. Status/kondisi pasien waktu pulang. f. Instruksi follow-up / tindak lanjut.
2. Resume pasien pulang berisi temuan fisik dan hal lain yang penting.		Pembuatan resume pasien pulang mencantumkan temuan fisik dan hal lain yang penting	0 5 10	
3. Resume pasien pulang berisi prosedur diagnostik dan terapeetik yang telah dilakukan.		Pembuatan resume pasien pulang mencantumkan prosedur diagnostik dan terapeutik yang telah dilakukan	0 5 10	
4. Resume pasien pulang berisi medika mentosa termasuk obat waktu pulang.		Pembuatan resume pasien pulang mencantumkan medikamentosa termasuk obat waktu pulang	0 5 10	
5. Resume pasien pulang berisi keadaan /status pasien pada saat pulang.		Pembuatan resume pasien pulang mencantumkan keadaan/status pasien pada saat pulang	0 5 10	
6. Resume pasien pulang berisi instruksi untuk tindak lanjut/kontrol.		Pembuatan resume pasien pulang mencantumkan instruksi untuk tindak lanjut atau kontrol	0 5 10	
Standar APK.3.3. Rekam medis pasien rawat jalan yang mendapat pelayanan lanjutan berisi resume semua diagnosis yang penting, alergi terhadap obat, medika mentosa yang sedang diberikan dan segala sesuatu yang berkenaan dengan prosedur pembedahan dan perawatan/ hospitalisasi di rumah sakit.				

Maksud dan tujuan APK.3.3.

Apabila rumah sakit menyediakan pelayanan lanjutan dan pengobatan untuk pasien rawat jalan di luar jam kerja, mungkin akan terjadi akumulasi nomor diagnosis, pemberian medika mentosa dan pengembangan riwayat penyakit dan penemuan kelainan fisik. Hal ini penting untuk menjaga resume dari keadaan pasien terkini. Resume mencakup :

- Diagnosis yang penting
- Alergi terhadap obat
- Medika mentosa yang sekarang
- Prosedur bedah yang lalu
- Riwayat perawatan yang lalu

Rumah sakit harus menentukan format dan isi dari resume dan pelayanan lanjutan mana yang akan dimulai. Rumah sakit juga menentukan apa yang masuk dalam resume, bagaimana resume pelayanan di jaga kelangsungannya dan siapa yang menjaga.

Elemen penilaian APK.3.3.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit mengidentifikasi pelayanan lanjutan pasien yang mana dalam resume yang pertama dilaksanakan.	Pimpinan Rumah Sakit Tim Dokter dan Dokter Gigi Staf Unit Rekam Medis	Dalam resume yang pertama ada identifikasi pelayanan lanjutan mana dilaksanakan	0 5 10	Regulasi RS : Prosedur pembuatan resume pd pelayanan RJ Format dan Isi Resume pelayanan RJ Dokumen impementasi : rekam medis
2. Rumah sakit mengidentifikasi bagaimana resume pelayanan di jaga kelangsungannya dan siapa yang menjaga.		Identifikasi bagaimana resume pelayanan dijaga kelangsungannya dan siapa yang menjaga	0 5 10	
3. Rumah sakit telah menetapkan format dan isi dari resume pelayanan.		Penetapan format dan isi resume pelayanan	0 5 10	
4. Rumah sakit menentukan apa yang dimaksud dengan resume saat ini.		Penentuan tentang apa yang dimaksud dengan resume saat ini/periode terakhir	0 5 10	
5. Rekam medis pasien berisi daftar secara lengkap daftar resume sesuai kebijakan.		Pengecekan apakah rekam medis berisi daftar resume secara lengkap sesuai kebijakan	0 5 10	

Standar APK.3.4.

Pasien dan keluarga yang tepat, diberikan pengertian tentang instruksi tindak lanjut.

Maksud dan tujuan APK.3.4.

Untuk pasien yang tidak langsung dirujuk ke rumah sakit lain instruksi yang jelas dimana dan bagaimana menerima pelayanan lanjutan adalah sangat penting untuk mendapatkan hasil yang optimal sesuai dengan yang dibutuhkan.

Instruksi mencakup nama dan lokasi untuk pelayanan lanjutan, kapan kembali ke rumah sakit untuk kontrol dan kapan pelayanan yang mendesak harus didapatkan. Keluarga diikutsertakan dalam proses apabila pasien kurang dapat mengerti dan mengikuti instruksi. Keluarga juga diikutsertakan apabila mereka berperan dalam proses pemberian pelayanan lanjutan.

Rumah sakit memberikan instruksi kepada pasien dan keluarganya yang tepat dengan cara sederhana dan gampang dimengerti. Instruksi diberikan dalam bentuk tertulis yang sangat mudah dimengerti pasien.

Elemen penilaian APK.3.4.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Instruksi untuk tindak lanjut diberikan dalam bentuk dan cara yang mudah dimengerti pasien dan keluarganya.	Tim Dokter dan Dokter Gigi Tim Medical Information Staf Keperawatan	Pemberian instruksi tindak lanjut dalam bentuk dan cara yang mudah dimengerti pasien dan keluarganya	0 5 10	Regulasi RS : ▪ Kebijakan/ panduan/ prosedur rujukan pasien Dokumen impementasi : rekam medis
2. Instruksi mencakup kapan kembali untuk pelayanan tindak lanjut.	Pasien	Pemberian instruksi pada pasien dan keluarganya tentang kapan kembali untuk pelayanan tindak lanjut	0 5 10	
3. Instruksi mencakup kapan mendapatkan pelayanan yang mendesak.		Pemberian instruksi pada pasien dan keluarganya tentang kapan dan bagaimana mendapatkan pelayanan yang mendesak	0 5 10	
4. Keluarga diberikan instruksi untuk pelayanan bila diperlukan berkenaan dengan kondisi pasien.		Pemberian instruksi kepada keluarga pasien untuk pelayanan terkait kondisi pasien	0 5 10	

Standar APK.3.5

Rumah sakit mempunyai proses untuk penatalaksanaan dan tindak lanjut bagi pasien yang pulang karena menolak nasehat medis.

Maksud dan tujuan APK.3.5.

Apabila pasien rawat inap atau pasien rawat jalan memilih pulang karena menolak nasehat medis, ada risiko berkenaan dengan pengobatan yang tidak adekuat yang dapat berakibat cacat permanen atau kematian. Rumah sakit perlu mengerti alasan kenapa pasien menolak nasehat medis sehingga dapat berkomunikasi secara lebih baik dengan mereka. Apabila pasien mempunyai keluarga dokter, maka untuk mengurangi risiko, rumah sakit dapat memberitahukan dokter tersebut. Proses dilaksanakan sesuai dengan hukum dan peraturan yang berlaku.

Elemen penilaian APK.3.5	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Ada proses untuk penatalaksanaan dan tindak lanjut bagi pasien rawat inap dan pasien rawat jalan yang pulang karena menolak nasehat medis (lihat juga HPK.2, EP.1) dan HPK.2.2, Maksud dan Tujuan).	Pimpinan Rumah Sakit Tim Dokter dan Dokter Gigi Staf Keperawatan	Penyusunan proses penatalaksanaan dan tindak lanjut bagi pasien rawat inap dan rawat jalan yang pulang paksa atau menolak nasihat medis	0 5 10	Regulasi RS : ▪ Regulasi tentang penolakan pelayanan atau pengobatan Dokumen impementasi : rekam medis
2. Apabila diketahui ada Dokter keluarga, kepadanya diberitahu (lihat juga HPK 2.2, EP 1 dan 2).		Pemberitahuan kepada Dokter keluarga	0 5 10	
3. Proses dilaksanakan sesuai dengan hukum dan peraturan yang berlaku.		Pelaksanaan proses sesuai hukum dan peraturan yang berlaku	0 5 10	

PERPINDAHAN / RUJUKAN PASIEN**Standar APK.4.**

Pasien dirujuk ke rumah sakit lain berdasarkan atas kondisi dan kebutuhan pelayanan lanjutan.

Maksud dan tujuan APK.4.

Merujuk pasien ke rumah sakit lain berdasarkan atas kondisi pasien dan kebutuhan akan kontinuitas pelayanan. Proses rujukan mungkin dilakukan sebagai tanggapan atas kebutuhan pasien untuk konsultasi dan pengobatan spesialis, pelayanan darurat atau pelayanan intensif ringan seperti pelayanan sub akut atau rehabilitasi jangka panjang (lihat juga APK.1.1.1, EP 4). Proses rujukan dibutuhkan untuk memastikan bahwa rumah sakit luar dapat memenuhi kebutuhan pasien. Proses ke rumah sakit tersebut mencakup :

- Bagaimana tanggung jawab diserahkan antar praktisi atau antar rumah sakit.
- Kriteria kapan transfer pasien dilakukan sesuai kebutuhan pasien.
- Siapa yang bertanggung jawab terhadap pasien selama transfer.
- Apa alkes yang diperlukan untuk proses transfer
- Apa yang harus dilakukan apabila transfer ke penyedia pelayanan lain, tidak memungkinkan.

Elemen penilaian APK.4.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rujukan pasien berdasarkan atas kebutuhan pasien untuk pelayanan berkelanjutan (lihat juga APK.1.1.1, EP 4 dan TKP.6.1, EP 3).	Tim Dokter dan Dokter Gigi Staf Keperawatan Staf Ambulans	Proses merujuk pasien berdasarkan kebutuhan pasien untuk pelayanan berkelanjutan	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none">▪ Kebijakan/ panduan/ prosedur rujukan pasien, termasuk Penanggung jawab pelayanan rujukan, transportasi rujukan Dokumen implementasi : <ul style="list-style-type: none">▪ MoU rujukan▪ Rekam medis
2. Proses rujukan mencakup pengalihan tanggung jawab ke rumah sakit yang menerima (lihat juga APK.1.1.1, EP 4).		Proses merujuk mencakup pengalihan tanggung jawab ke rumah sakit yang menerima	0 5 10	
3. Proses rujukan menunjuk orang / siapa yang bertanggung jawab selama proses rujukan serta perbekalan dan peralatan apa yang dibutuhkan selama transportasi (lihat juga TKP.6.1, EP 3)		Proses merujuk menunjuk orang atau badan yang bertanggung jawab selama proses rujukan serta peralatan yang dibutuhkan selama transportasi	0 5 10	

4. Proses rujukan menjelaskan situasi dimana rujukan tidak mungkin dilaksanakan (lihat juga TKP.6.1, EP 3).		Proses merujuk menjelaskan situasi dimana rujukan tidak mungkin dilaksanakan	0 5 10	
5. Pasien dirujuk secara tepat ke rumah sakit penerima (lihat juga APK.1.1.1, EP 4).		Proses merujuk pasien dilakukan secara tepat ke rumah sakit penerima	0 5 10	

Standar APK.4.1.

Rumah sakit menentukan bahwa rumah sakit penerima dapat memenuhi kebutuhan pasien akan kontinuitas pelayanan.

Maksud dan tujuan APK.4.1.

Apabila merujuk pasien ke rumah sakit lain, rumah sakit pengirim harus menentukan bahwa rumah sakit penerima dapat menyediakan pelayanan yang dibutuhkan pasien dan mempunyai kapasitas untuk menampung pasien tersebut. Penentuan ini biasanya dibuat sebelumnya dan kesediaan menerima pasien dan persyaratan transfer dijelaskan di dalam dokumen yang resmi. Penentuan sejak awal memastikan bahwa pasien akan mendapatkan kontinuitas pelayanan yang dibutuhkannya.

Elemen penilaian APK.4.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit yang merujuk menentukan bahwa rumah sakit penerima dapat menyediakan kebutuhan pasien yang akan dirujuk .	Pimpinan Rumah Sakit Tim Dokter dan Dokter Gigi	Proses merujuk menentukan bahwa rumah sakit penerima dapat menyediakan kebutuhan pasien yang akan dirujuk. Adanya daftar RS untuk rujukan, masing-masing dengan kemampuan/unggulannya	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> Kebijakan/ panduan/ prosedur rujukan pasien Dokumen implementasi : <ul style="list-style-type: none"> Daftar RS dengan pelayanannya MoU rujukan
2. Kerjasama yang resmi atau tidak resmi dibuat dengan rumah sakit penerima terutama apabila pasien sering dirujuk ke rumah sakit penerima (lihat juga TKP.3.3.1, Maksud dan Tujuan).		Penjalinan kerjasama resmi/tidak resmi dengan rumah sakit penerima yang kepadanya pasien sering dirujuk	0 5 10	

Standar APK.4.2.

Rumah sakit penerima diberi resume tertulis mengenai kondisi klinis pasien dan tindakan-tindakan yang telah dilakukan oleh rumah sakit pengirim.

Maksud dan tujuan APK.4.2.

Untuk memastikan kontinuitas pelayanan, informasi mengenai kondisi pasien dikirim ke rumah sakit bersama pasien. Selain mengenai resume pelayanan pasien pulang atau resume klinis lainnya secara tertulis diberikan kepada rumah sakit penerima bersama pasiennya. Resume tersebut mencakup kondisi klinis pasien, prosedur dan pemeriksaan yang telah dilakukan dan kebutuhan pelayanan pasien lebih lanjut.

Elemen penilaian APK.4.2.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Informasi kondisi klinis pasien atau resume klinis pasien dikirim ke rumah sakit bersama pasien.	Tim Dokter dan Dokter Gigi Staf Keperawatan Staf Ambulans	Pengiriman informasi kondisi klinis atau resume pasien bersama pasien	0 5 10	Regulasi RS : ▪ Regulasi tentang transfer inter hospital Dokumen implementasi : ▪ Rekam medis
2. Resume klinis mencakup status pasien.		Pembuatan resume klinis mencakup status pasien	0 5 10	
3. Resume klinis termasuk prosedur dan tindakan-tindakan lain yang telah dilakukan (lihat juga APK.1.1.1, EP 4).		Pembuatan resume klinis mencakup prosedur dan tindakan lain yang telah dilakukan	0 5 10	
4. Resume klinis termasuk kebutuhan pasien akan pelayanan lebih lanjut (lihat juga APK.1.1.1, EP 4).		Pembuatan resume klinis mencakup kebutuhan pasien akan pelayanan lebih lanjut	0 5 10	

Standar APK.4.3.

Selama proses rujukan pasien secara langsung, staf yang mampu terus memonitor kondisi pasien.

Maksud dan tujuan APK.4.3.

Merujuk pasien secara langsung ke rumah sakit lain dapat merupakan proses yang singkat dengan pasien yang sadar dan dapat berbicara, atau merujuk pasien koma yang membutuhkan pengawasan keperawatan atau medis yang terus menerus. Pada kedua kasus tersebut pasien perlu dimonitor, namun kompetensi staf yang melakukan tugas berbeda. Kompetensi staf yang mendampingi selama transfer ditentukan oleh kondisi pasien.

Elemen penilaian APK.4.3.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Selama proses rujukan secara langsung semua pasien selalu dimonitor.	Tim Dokter dan Dokter Gigi Staf Keperawatan	Proses monitoring pasien selama proses rujukan	0 5 10	Regulasi RS : ▪ Kebijakan/ panduan/ prosedur rujukan pasien, termasuk pendamping, UTW-nya Dokumentasi implementasi : ▪ Rekam medis
2. Kompetensi staf yang melakukan monitor sesuai dengan kondisi pasien.		Regulasi tentang kompetensi staf yang melakukan monitor agar disesuaikan dengan kondisi pasien, a.l. melalui pelatihan	0 5 10	
Standar APK.4.4.				
Proses rujukan didokumentasikan di dalam rekam medis pasien.				
Maksud dan tujuan APK.4.4.				
Dokumentasi rujukan pasien ke rumah sakit lain harus ada di dalam rekam medis pasien. Dokumentasi tersebut mencakup nama rumah sakit dan nama staf yang menyetujui penerimaan pasien, alasan rujukan, kondisi spesifik berkenaan dengan transfer pasien (seperti kapan tempat tersedia di rumah sakit penerima, atau kondisi pasien), juga perubahan kondisi pasien selama rujukan (misalnya pasien meninggal atau memerlukan resusitasi). Dokumentasi lain yang diperlukan sesuai dengan kebijakan rumah sakit (misalnya tanda tangan perawat atau dokter yang menerima, nama staf yang memonitor pasien selama rujukan) juga dicatat pada rekam medis.				
Elemen penilaian APK.4.4.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Di rekam medis pasien yang pindah dicatat nama rumah sakit tujuan dan nama staf yang menyetujui penerimaan pasien.	Tim Dokter dan Dokter Gigi Staf Keperawatan	Pencatatan dalam rekam medis pasien yang pindah tentang nama rumah sakit tujuan dan nama staf yang menyetujui penerimaan pasien	0 5 10	Dokumen implementasi : ▪ Rekam medis
2. Di rekam medis pasien yang pindah dicatat hal-hal lain yang diperlukan sesuai dengan kebijakan rumah sakit yang merujuk.		Pencatatan dalam rekam medis pasien yang pindah tentang hal-hal lain yang diperlukan sesuai dengan kebijakan rumah sakit yang merujuk	0 5 10	

3. Di rekam medis pasien yang dirujuk dicatat alasan rujukan.		Pencatatan alasan rujukan dalam rekam medis pasien	0 5 10	
4. Di rekam medis pasien yang dirujuk dicatat kondisi khusus sehubungan dengan proses rujukan.		Pencatatan dalam rekam medis pasien tentang kondisi khusus sehubungan dengan proses rujukan	0 5 10	
5. Di rekam medis pasien yang dirujuk dicatat segala perubahan dari kondisi pasien selama proses rujukan.		Pencatatan dalam rekam medis pasien tentang segala perubahan dari kondisi pasien selama proses rujukan	0 5 10	

TRANSPORTASI

Standar APK.5.

Kegiatan proses rujukan, dan pemulangan pasien rawat inap atau rawat jalan, termasuk perencanaan untuk kebutuhan transportasi pasien.

Maksud dan tujuan APK.5.

Proses untuk merujuk, dan memulangkan pasien mencakup kriteria akan jenis transportasi yang dibutuhkan pasien. Jenis transportasi bervariasi, mungkin dengan ambulans atau kendaraan lain milik rumah sakit, kendaraan milik keluarga atau teman. Kendaraan yang dipilih tergantung kepada kondisi pasien.

Bila kendaraan transportasi milik rumah sakit, harus sesuai dengan hukum dan peraturan yang berlaku berkenaan dengan pengoperasian, kondisi dan pemeliharaan. Rumah sakit mengidentifikasi situasi transportasi yang mempunyai risiko terkena infeksi dan menerapkan strategi untuk mengurangi risiko tersebut (lihat juga Bab PPI yang harus memenuhi standar pengendalian infeksi agar dapat digunakan). Kebutuhan medikamentosa dan perbekalan lainnya di dalam kendaraan didasarkan kondisi pasiennya.

Sebagai contoh : mengantar pasien Geriatri pulang dari pelayanan rawat jalan sangat berbeda dengan kebutuhan pasien yang dirujuk ke rumah sakit lain karena infeksi berat atau luka bakar.

Bila rumah sakit mengadakan kontrak untuk pelayanan transportasi, rumah sakit harus yakin bahwa kontraktor mempunyai standar untuk pasien dan keamanan kendaraan.

Dalam semua kasus, rumah sakit mengadakan evaluasi terhadap kualitas dan keamanan pelayanan transportasi termasuk penerimaan, evakuasi dan respons terhadap keluhan tentang penyediaan atau pengaturan transportasi.

Elemen penilaian APK.5.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Terdapat penilaian terhadap kebutuhan transportasi apabila pasien dirujuk ke pusat pelayanan yang lain, ditransfer ke penyedia pelayanan yang lain atau siap pulang dari rawat inap atau kunjungan rawat jalan.	Tim Dokter dan Dokter Gigi Staf Keperawatan Staf Ambulans, Staf Pool kendaraan Tim Customer Service	Penilaian terhadap kebutuhan transportasi apabila pasien dirujuk ke pusat pelayanan yang lain, ditransfer ke penyedia pelayanan yang lain atau siap pulang dari rawat inap atau kunjungan rawat jalan	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> Regulasi tentang transportasi rujukan, pemulangan Dokumen implementasi : <ul style="list-style-type: none"> Bukti pemeliharaan transportasi MoU
2. Transportasi disediakan atau diatur sesuai dengan kebutuhan dan status pasien.		Penyediaan dan pengaturan transportasi sesuai dengan kebutuhan dan status pasien	0 5 10	
3. Kendaraan transportasi milik rumah sakit memenuhi hukum dan peraturan yang berlaku berkenaan dengan pengoperasian, kondisi dan pemeliharaan kendaraan.		Pengadaan kendaraan transportasi rumah sakit yang memenuhi hukum dan peraturan yang berlaku berkenaan dengan pengoperasian, kondisi dan pemeliharaan kendaraan	0 5 10	
4. Pelayanan transportasi dengan kontrak disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit dalam hal kualitas dan keamanan transportasi (lihat juga TKP.3.3.1, Maksud dan Tujuan).		Pelayanan transportasi dengan kontrak disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit dalam hal kualitas dan keamanan	0 5 10	
5. Semua kendaraan yang dipergunakan untuk transportasi, baik kontrak maupun milik rumah sakit, dilengkapi dengan peralatan yang memadai, perbekalan dan medikamentosa sesuai dengan kebutuhan pasien yang dibawa.		Proses melengkapi semua kendaraan untuk transportasi, baik kontrak maupun milik rumah sakit dengan peralatan yang memadai, perbekalan dan medikamentosa sesuai dengan kebutuhan pasien yang dibawa	0 5 10	
6. Ada proses untuk memonitor kualitas dan keamanan transportasi yang disediakan atau dikelola rumah sakit, termasuk proses menanggapi keluhan (lihat juga TKP.3.3.1, Maksud dan Tujuan).		Monitor kualitas dan keamanan transportasi yang disediakan atau dikelola rumah sakit termasuk proses menanggapi keluhan	0 5 10	

BAB 2. HAK PASIEN DAN KELUARGA

STANDAR, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN			≥80% Terpenuhi 20-79% Terpenuhi sebagian < 20% Tidak terpenuhi	
Standar HPK.1. Rumah sakit bertanggung jawab untuk memberikan proses yang mendukung hak pasien dan keluarganya selama dalam pelayanan.				
Maksud HPK.1. Pimpinan rumah sakit terutama bertanggung jawab bagaimana cara pemberian pelayanan kepada pasien. Sebab itu pimpinan harus mengetahui dan mengerti hak pasien dan keluarganya, serta tanggung jawab rumah sakit sesuai dengan undang-undang dan peraturan yang berlaku. Kemudian pimpinan mengarahkan untuk memastikan agar seluruh staf bertanggungjawab melindungi hak tersebut. Untuk melindungi secara efektif dan mengedepankan hak pasien, pimpinan bekerja sama dan berusaha memahami tanggungjawab mereka dalam hubungannya dengan komunitas yang dilayani rumah sakit. Rumah sakit menghormati hak pasien dan dalam beberapa situasi hak istimewa keluarga pasien, untuk menentukan informasi apa saja yang berhubungan dengan pelayanan yang boleh disampaikan kepada keluarga atau pihak lain, dalam situasi tertentu. Misalnya, pasien mungkin tidak mau diagnosisnya diketahui keluarga. Hak pasien dan keluarga merupakan elemen dasar dari semua kontak di rumah sakit, stafnya, serta pasien dan keluarganya. Sebab itu, kebijakan dan prosedur ditetapkan dan dilaksanakan untuk menjamin bahwa semua staf mengetahui dan memberi respon terhadap isu hak pasien dan keluarga, ketika mereka melayani pasien. Rumah sakit menggunakan pola kerjasama dalam menyusun kebijakan dan prosedur dan bila mungkin, mengikutsertakan pasien dan keluarga dalam proses.				
Elemen Penilaian HPK.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Para pemimpin rumah sakit bekerjasama untuk melindungi dan mengedepankan hak pasien dan keluarga.	• Pimpinan RS • Kepala unit pelayanan • Staf pelaksana pelayanan	• Regulasi RS dan pelaksanaan tentang hak pasien dan keluarga	0 5 10	Acuan : • UU 44/2009 tentang RS Regulasi RS :
2. Para pemimpin rumah sakit memahami hak pasien dan keluarga sesuai dengan undang-undang dan peraturan dan dalam hubungannya dengan komunitas yang dilayaninya (lihat juga TKP.6, EP 1).		• Pemahaman pimpinan RS tentang hak pasien dan keluarga sesuai peraturan perundang-undangan	0 5 10	• Regulasi tentang hak pasien dan keluarga

3. Rumah sakit menghormati hak pasien, dan dalam beberapa situasi hak dari keluarganya, untuk mendapatkan hak istimewa dalam menentukan informasi apa saja yang berhubungan dengan pelayanan yang boleh disampaikan kepada keluarga atau pihak lain, dalam situasi tertentu.		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan yang berkaitan dengan hak pasien, yang dalam kondisi tertentu informasi apa yang dapat disampaikan kepada keluarga atau pihak lain 	0 5 10	
4. Staf memahami kebijakan dan prosedur yang berkaitan dengan hak pasien dan dapat menjelaskan tanggung jawab mereka dalam melindungi hak pasien.		<ul style="list-style-type: none"> • Pemahaman staf pelayanan atas hak pasien 	0 5 10	
5. Kebijakan dan prosedur mengarahkan dan mendukung hak pasien dan keluarga dalam pelayanan rumah sakit.		<ul style="list-style-type: none"> • Regulasi RS yang berkaitan dengan hak pasien dan keluarga 	0 5 10	
Standar HPK.1.1 Pelayanan dilaksanakan dengan penuh perhatian dan menghormati nilai-nilai pribadi dan kepercayaan pasien.				
Standar HPK.1.1.1. Rumah sakit mempunyai proses untuk berespon terhadap permintaan pasien dan keluarganya untuk pelayanan rohaniwan atau sejenisnya berkenaan dengan agama dan kepercayaan pasien.				
Maksud HPK.1.1 dan HPK.1.1.1 Setiap pasien memiliki budaya dan kepercayaan masing-masing dan membawanya kedalam proses pelayanan. Beberapa nilai dan kepercayaan yang ada pada pasien sering bersumber dari budaya dan agama. Terdapat pula nilai dan kepercayaan yang sumbernya dari pasien saja. Semua pasien didorong untuk mengekspresikan kepercayaan mereka dengan tetap menghargai kepercayaan pihak lain. Oleh karena itu keteguhan memegang nilai dan kepercayaan dapat mempengaruhi bentuknya pola pelayanan dan cara pasien merespon. Sehingga setiap praktisi pelayanan kesehatan harus berusaha memahami asuhan dan pelayanan yang diberikan dalam konteks nilai-nilai dan kepercayaan pasien. Apabila pasien atau keluarganya ingin bicara dengan seseorang berkenaan dengan kebutuhan keagamaan dan rohaninya, rumah sakit memiliki prosedur untuk melayani hal permintaan tersebut. Proses tersebut dapat dilaksanakan melalui staf bidang kerohanian, dari sumber lokal atau sumber rujukan keluarga. Proses merespon dapat lebih rumit, misalnya, rumah sakit atau negara tidak mengakui sumber agama atau kepercayaan tertentu yang justru diminta.				

Elemen Penilaian HPK.1.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Terdapat proses untuk mengidentifikasi dan menghormati nilai-nilai dan kepercayaan pasien dan bila mungkin, juga keluarganya (lihat juga PPK.3.1, EP 1 dan PP.7, EP 1) .	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Kepala unit pelayanan• Staf pelaksana pelayanan	<ul style="list-style-type: none">• Proses identifikasi yang menyangkut juga agama dan kepercayaan pasien	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none">▪ Panduan Pelayanan Kerohanian▪ SPO pelayanan kerohanian▪ Formulir permintaan pelayanan kerohanian
2. Staf mempraktekan proses tersebut dan memberikan pelayanan yang menghormati nilai dan kepercayaan pasien.		<ul style="list-style-type: none">• Proses staf pelayanan menyediakan pelayanan kerohanian sesuai permintaan pasien atau keluarga	0 5 10	
Elemen Penilaian HPK 1.1.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit mempunyai proses untuk merespon permintaan yang bersifat rutin atau kompleks yang berkenaan dengan agama atau dukungan spiritual.	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Kepala unit pelayanan• Staf pelaksana pelayanan	<ul style="list-style-type: none">• Prosedur bila pasien atau keluarga memerlukan pelayanan kerohanian (keagamaan atau spiritual)	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none">▪ Panduan Pelayanan Kerohanian▪ SPO pelayanan kerohanian▪ Formulir permintaan pelayanan kerohanian
2. Rumah sakit merespon permintaan untuk keperluan dukungan agama dan spiritual pasien.		<ul style="list-style-type: none">• Bukti bahwa RS telah memberikan pelayanan kerohanian (keagamaan atau spiritual)	0 5 10	
Standar HPK.1.2				
Pelayanan menghormati kebutuhan privasi pasien				
Maksud HPK.1.2				
Privasi pasien penting, khususnya pada waktu wawancara klinis, pemeriksaan, prosedur / tindakan, pengobatan, dan transportasi . Pasien mungkin menghendaki privasi dari staf lain, dari pasien yang lain, bahkan dari keluarganya. Mungkin mereka juga tidak bersedia difoto, direkam atau berpartisipasi dalam wawancara survei akreditasi. Meskipun ada beberapa cara pendekatan yang umum dalam menyediakan privasi bagi semua pasien, setiap individu pasien dapat mempunyai harapan privasi tambahan atau yang berbeda dan kebutuhan berkenaan dengan situasi, harapan dan kebutuhan ini dapat berubah dari waktu ke waktu. Jadi, ketika staf memberikan pelayanan kepada pasien, mereka perlu menanyakan kebutuhan dan harapan pasien terhadap privasi dalam kaitan dengan asuhan atau pelayanan. Komunikasi antara staf dan pasien membangun kepercayaan dan komunikasi terbuka dan tidak perlu didokumentasi.				

Elemen Penilaian HPK.1.2	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Staf mengidentifikasi harapan dan kebutuhan privasi selama pelayanan dan pengobatan.	• Pimpinan RS • Kepala unit pelayanan • Staf pelaksana pelayanan	• Prosedur bila pasien memerlukan privasi	0 5 10	Regulasi RS : ▪ Kebijakan/Panduan/SPO pelayanan sesuai kebutuhan privasi pasien
2. Keinginan pasien untuk privasi dihormati pada setiap wawancara klinis, pemeriksaan, prosedur/pengobatan dan transportasi		• Pelaksanaan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemberian terapi dan transportasi yang memperhatikan privasi pasien	0 5 10	
Standar HPK.1.3				
Rumah sakit mengambil langkah untuk melindungi barang milik pasien dari pencurian atau kehilangan.				
Maksud HPK.1.3				
Rumah sakit mengkomunikasikan tanggung jawabnya, bila ada, terhadap barang-barang milik pasien kepada pasien dan keluarganya. Ketika rumah sakit mengambil tanggung jawab untuk beberapa atau semua barang milik pribadi pasien yang dibawa ke rumah sakit, ada proses mencatat nilai barang tersebut dan memastikan barang tersebut tidak akan hilang atau dicuri. Proses ini berlaku bagi barang milik pasien emergensi, pasien bedah rawat sehari, pasien rawat inap dan pasien yang tidak mampu mengamankan barang miliknya dan mereka yang tidak mampu membuat keputusan mengenai barang pribadinya.				
Elemen Penilaian HPK.1.3	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit telah menentukan tingkat tanggung jawabnya terhadap milik pasien	• Pimpinan RS • Kepala unit pelayanan • Kepala unit pengamanan • Staf pelaksana pelayanan	• Ketentuan RS tentang tanggung jawab terhadap barang milik pasien	0 5 10	Regulasi RS : ▪ Ketentuan RS tentang upaya perlindungan harta milik pasien
2. Pasien memperoleh informasi tentang tanggung jawab rumah sakit dalam melindungi barang milik pribadi.		• Penyampaian informasi tentang tanggung jawab RS terhadap barang milik pasien	0 5 10	
3. Barang milik pasien dilindungi apabila rumah sakit mengambil alih tanggung jawab atau apabila pasien tidak dapat melaksanakan tanggung jawab.	• Staf pelaksana pengamanan	• Proses perlindungan barang milik pasien pada saat pasien tidak mampu bertanggung jawab atas barang miliknya	0 5 10	

Standar HPK.1.4

Pasien dilindungi dari kekerasan fisik

Maksud HPK.1.4

Rumah sakit bertanggung jawab melindungi pasien dari kekerasan fisik yang tiba-tiba oleh pengunjung, pasien lain dan staf rumah sakit. Tanggung jawab ini terutama bagi bayi, anak-anak, manula dan lainnya yang tidak mampu melindungi dirinya atau memberi tanda minta bantuan. Rumah sakit berupaya mencegah kekerasan yang bersifat tiba-tiba melalui prosedur investigasi pada setiap orang yang tidak memiliki identifikasi, monitoring lokasi yang terpencil atau terisolasi dari rumah sakit dan secara cepat bereaksi terhadap pasien yang berada dalam bahaya kekerasan.

Elemen Penilaian HPK.1.4	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit mempunyai proses untuk melindungi pasien dari kekerasan fisik	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala unit pelayanan • Kepala unit pengamanan • Staf pelaksana pelayanan • Staf pelaksana pengamanan 	<ul style="list-style-type: none"> • Cara RS untuk melindungi pasien dari kekerasan fisik 	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan/Panduan/SPO perlindungan terhadap kekerasan fisik Dokumen implementasi : Daftar pengunjung RS
2. Bayi, anak-anak, manula dan lainnya yang kurang / tidak mampu melindungi dirinya sendiri menjadi perhatian dalam proses ini.		<ul style="list-style-type: none"> • Cara RS untuk melindungi terutama bayi, anak, manula dan pasien yang tidak mampu melindungi dirinya sendiri 	0 5 10	
3. Individu yang tidak memiliki identitas diperiksa		<ul style="list-style-type: none"> • Penggunaan identitas pengunjung RS dan mekanisme pengawasannya 	0 5 10	
4. Lokasi terpencil atau terisolasi di monitor		<ul style="list-style-type: none"> • Pengawasan terhadap lokasi pelayanan yang terpencil atau terisolasi 	0 5 10	

Standar HPK.1.5

Anak-anak, individu yang cacat, manula dan lainnya yang berisiko mendapatkan perlindungan yang layak.

Maksud HPK.1.5

Rumah sakit mengidentifikasi kelompok pasien yang mudah diserang dan yang berisiko dan menetapkan proses untuk melindungi hak dari kelompok pasien tersebut. Kelompok pasien yang berisiko dan tanggung jawab rumah sakit dapat dicantumkan dalam undang-undang atau peraturan. Staf rumah sakit memahami tanggung jawabnya dalam proses ini. Sedikitnya anak-anak, pasien yang cacat, manula dan populasi pasien yang lain juga berisiko dilindungi. Pasien koma dan mereka dengan gangguan mental dan emosional, bila ada, juga termasuk perlindungan tersebut. Selain dari soal terhadap kekerasan fisik, perlindungan meluas juga untuk masalah keselamatan pasien, seperti perlindungan dari penyiksaan, kelalaian asuhan, tidak dilaksanakannya pelayanan atau bantuan dalam kejadian kebakaran.

Elemen Penilaian HPK.1.5	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit mengidentifikasi kelompok yang berisiko (lihat juga PP.3.1 s/d PP.3.9).	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala unit pelayanan • Kepala unit pengamanan 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi RS terhadap kelompok yang berisiko 	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Panduan perlindungan terhadap kekerasan fisik ▪ SPO perlindungan terhadap kekerasan fisik Dokumen implementasi : Daftar kelompok yang berisiko
2. Anak-anak, individu yang cacat, lanjut usia dan kelompok lain diidentifikasi rumah sakit untuk dilindungi (lihat juga PP.3.8).	<ul style="list-style-type: none"> • Staf pelaksana pelayanan • Staf pelaksana pengamanan 	<ul style="list-style-type: none"> • Kelompok yang dilindungi RS meliputi anak-anak, individu yang cacat, lansia dan kelompok lainnya 	0 5 10	
3. Staf memahami tanggung jawab mereka dalam proses perlindungan.		<ul style="list-style-type: none"> • Tanggung jawab staf dalam memberikan perlindungan 	0 5 10	

Standar HPK.1.6

Informasi tentang pasien adalah rahasia

Maksud HPK.1.6

Informasi medis dan kesehatan lainnya, bila didokumentasikan dan dikumpulkan, menjadi penting untuk memahami pasien dan kebutuhannya serta untuk memberikan asuhan dan pelayanan. Informasi tersebut dapat dalam bentuk tulisan di kertas atau elektronik atau kombinasi. Rumah sakit menghormati informasi tersebut sebagai hal yang bersifat rahasia dan telah menetapkan kebijakan dan prosedur untuk melindungi informasi tersebut dari kehilangan dan penyalahgunaan. Kebijakan dan prosedur tercermin dalam pembukaan informasi memenuhi undang-undang dan peraturan.

Informasi medis dan kesehatan lainnya, bila didokumentasikan dan dikumpulkan, adalah penting untuk memahami pasien dan kebutuhannya serta untuk memberikan asuhan dan pelayanan. Informasi tersebut dapat dalam bentuk tulisan di kertas atau rekaman elektronik atau kombinasi. Rumah sakit menghormati informasi tersebut sebagai hal yang bersifat rahasia dan telah menerapkan kebijakan dan prosedur untuk melindungi informasi tersebut dari kehilangan dan penyalahgunaan. Kebijakan dan prosedur tercermin dalam pelepasan informasi sebagaimana diatur dalam undang-undang dan peraturan.

Staf menghormati kerahasiaan pasien dengan tidak memasang/memampang informasi rahasia pada pintu kamar pasien, di nurse station dan tidak membicarakannya di tempat umum. Staf mengetahui undang-undang dan peraturan tentang tata kelola kerahasiaan informasi dan memberitahukan pasien tentang bagaimana rumah sakit menghormati kerahasiaan informasi. Pasien juga diberitahu tentang kapan dan pada situasi bagaimana informasi tersebut dapat dilepas dan bagaimana meminta izin untuk itu.

Rumah sakit mempunyai kebijakan tentang akses pasien terhadap informasi kesehatannya dan proses mendapatkan akses bila diizinkan (lihat juga MKI.10, EP 2 dan MKI.16, Maksud dan Tujuan).

Rumah sakit memiliki kebijakan tentang akses pasien terhadap informasi kesehatannya dan proses mendapat akses bila diizinkan.

Elemen Penilaian HPK.1.6	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pasien diinformasikan tentang kerahasiaan informasi dan tentang pembukaan dan kerahasiaan informasi mengenai pasien dalam undang-undang dan peraturan	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala unit rekam medis • Pelaksana pelayanan rekam medis 	<ul style="list-style-type: none"> • Penjelasan ke pasien tentang rahasia kedokteran dan proses untuk membuka rahasia kedokteran sesuai ketentuan dalam peraturan perundang-undangan 	0 5 10	Acuan: <ul style="list-style-type: none"> • UU 29/2004 tentang Praktik Kedokteran • UU 36/2009 tentang Kesehatan • UU 44/2009 tentang Rumah sakit • PP 10/1966 tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Regulasi tentang perlindungan terhadap kerahasiaan informasi pasien
2. Pasien diminta persetujuannya untuk membuka informasi yang tidak tercakup dalam undang-undang dan peraturan.		<ul style="list-style-type: none"> • Permintaan persetujuan pasien untuk membuka informasi yang bukan merupakan rahasia kedokteran 	0 5 10	
3. Rumah sakit menghormati kerahasiaan informasi kesehatan pasien.		<ul style="list-style-type: none"> • Upaya RS untuk menjaga kerahasiaan informasi kesehatan pasien 	0 5 10	

Standar HPK.2

Rumah sakit mendukung hak pasien dan keluarga berpartisipasi dalam proses pelayanan.

Maksud HPK.2

Pasien dan keluarga berpartisipasi dalam proses pelayanan melalui pembuatan keputusan tentang pelayanan, bertanya tentang pelayanan, dan bahkan menolak prosedur diagnostik dan pengobatan. Rumah sakit mendukung dan meningkatkan keterlibatan pasien dan keluarganya dalam semua aspek pelayanan dengan mengembangkan dan mengimplementasikan kebijakan dan prosedur yang terkait. Kebijakan dan prosedur mengenai hak pasien untuk mencari second opinion / pendapat kedua tanpa takut untuk berkompromi dalam hal pelayanan, baik di dalam maupun diluar rumah sakit. Semua staf dilatih untuk pelaksanaan kebijakan dan prosedur dalam peran mereka mendukung hak pasien dan keluarganya untuk berpartisipasi dalam proses pelayanan.

Elemen Penilaian HPK.2	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung dan mendorong keterlibatan pasien dan keluarganya dalam proses pelayanan (lihat juga APK.2, EP 4; APK.3.5, EP 1; PP.7.1, EP 5; PPK.2, EP 5; PPK.5, EP 2; HPK.2 dan APK.3, EP 3)	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • DPJP • Staf keperawatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Cara yang dilakukan untuk dapat mendorong keterlibatan pasien dan keluarganya dalam proses pelayanan 	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan/Panduan/SPO komunikasi efektif untuk mendorong keterlibatan pasien dan keluarganya dalam proses pelayanan ▪ Kebijakan/Panduan/SPO cara memperoleh second opinion di dalam atau di luar RS Dokumen implementasi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bukti pelaksanaan pelatihan ▪ Sertifikasi pelatihan staf tentang komunikasi pemberian informasi dan edukasi yang efektif
2. Kebijakan dan prosedur tentang hak pasien bertujuan untuk tidak menimbulkan rasa takut untuk mencari second opinion dan kompromi dalam pelayanan mereka baik didalam maupun diluar rumah sakit		<ul style="list-style-type: none"> • Cara yang dilakukan agar pasien dan keluarganya tidak ragu untuk mendapatkan second opinion, serta kompromi dalam pelayanan, baik di dalam maupun di luar rumah sakit 	0 5 10	
3. Staf diberikan pelatihan dalam pelaksanaan kebijakan dan prosedur serta peran mereka dalam mendukung partisipasi pasien dan keluarganya dalam proses asuhan.		<ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan yang dilaksanakan agar staf RS mampu mendukung partisipasi pasien dan keluarganya dalam proses asuhan 	0 5 10	

Standar HPK.2.1

Rumah sakit memberitahu pasien dan keluarga, dengan cara dan bahasa yang dapat dimengerti tentang proses bagaimana mereka akan diberitahu tentang kondisi medis dan diagnosis pasti, bagaimana mereka akan dijelaskan tentang rencana pelayanan dan pengobatan dan bagaimana mereka dapat berpartisipasi dalam keputusan pelayanan, bila mereka memintanya.

Maksud HPK.2.1.

Untuk partisipasi pasien dan keluarga, mereka membutuhkan informasi dasar tentang kondisi medis yang ditemukan dalam asesmen, termasuk diagnosis pasti bila diminta, dan usulan pelayanan dan pengobatan. Pasien dan keluarganya memahami kapan mereka akan diberitahu informasi ini dan siapa yang bertanggung jawab memberitahu mereka. Pasien dan keluarganya memahami bentuk keputusan yang harus dibuat tentang pelayanannya dan bagaimana berpartisipasi dalam membuat keputusan tersebut. Sebagai tambahan, pasien dan keluarga perlu memahami proses di rumah sakit dalam mendapatkan persetujuan dan pelayanan, tes, prosedur dan pengobatan yang mana yang perlu diminta persetujuan.

Meskipun ada beberapa pasien yang tidak mau diberitahu tentang diagnosis pasti atau berpartisipasi dalam keputusan tentang pelayanannya, mereka diberi kesempatan dan dapat memilih berpartisipasi melalui keluarganya, teman atau wakil yang dapat mengambil keputusan (lihat juga PPK.5, EP 3).

Elemen Penilaian HPK.2.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pasien dan keluarganya memahami bagaimana dan kapan mereka akan dijelaskan tentang kondisi medis dan diagnosis pasti, bila perlu (lihat juga AP.4.1, EP 2 dan PPK.2 EP 6).	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • DPJP • Staf keperawatan • Pasien dan/keluarganya 	<ul style="list-style-type: none"> • Penjelasan yang disampaikan agar pasien dan keluarganya mengetahui kapan akan dijelaskan tentang kondisi medis dan diagnosis pasti 	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan/Panduan/SPO tentang penjelasan hak pasien dalam pelayanan ▪ Kebijakan/Panduan/SPO tentang panduan persetujuan tindakan kedokteran Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Formulir pemberian edukasi ▪ Formulir persetujuan / penolakan tindakan kedokteran
2. Pasien dan keluarganya memahami bagaimana dan kapan mereka akan dijelaskan tentang rencana pelayanan dan pengobatannya (lihat juga AP.4.1, EP 3 dan APK.2, EP 4).		<ul style="list-style-type: none"> • Penjelasan yang disampaikan agar pasien dan keluarganya mengetahui kapan akan dijelaskan tentang rencana pelayanan dan pengobatannya 	0 5 10	
3. Pasien dan keluarganya memahami kapan persetujuan akan diminta dan proses bagaimana cara memberikannya (lihat juga PPK.2, EP 4).		<ul style="list-style-type: none"> • Penjelasan yang disampaikan agar pasien dan keluarganya mengetahui bagaimana proses untuk mendapatkan persetujuan 	0 5 10	
4. Pasien dan keluarganya memahami hak mereka untuk berpartisipasi dalam keputusan pelayanannya, bila mereka menghendakinya (Lihat juga HPK.2, EP 1; AP.4.1, EP 3; PP.7.1, EP 5; APK.3, EP 3 dan PPK.2, EP 7).		<ul style="list-style-type: none"> • Penjelasan yang disampaikan agar pasien dan keluarganya mengetahui haknya untuk berpartisipasi dalam keputusan pelayanannya 	0 5 10	

Standar HPK.2.1.1

Rumah sakit memberitahu pasien dan keluarganya tentang bagaimana mereka akan dijelaskan tentang hasil pelayanan dan pengobatan, termasuk hasil yang tidak diharapkan dan siapa yang akan memberitahukan.

Maksud HPK.2.1.1

Selama dalam proses pelayanan, pasien, bila perlu, keluarganya, mempunyai hak untuk diberitahu mengenai hasil dari rencana pelayanan dan pengobatan. Juga penting bahwa mereka diberitahu tentang kejadian tidak diharapkan dari pelayanan dan pengobatan, seperti kejadian tidak terantisipasi pada operasi atau obat yang diresepkan atau pengobatan lain. Harus jelas kepada pasien bagaimana mereka akan diberitahu dan siapa yang akan memberitahu tentang hasil yang diharapkan dan yang tidak diharapkan.

Elemen Penilaian HPK.2.1.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pasien dan keluarganya memahami bagaimana mereka akan diberitahu dan siapa yang akan memberitahu mereka tentang hasil dari pelayanan dan pengobatan (lihat juga PP.2.4, EP 1)	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • DPJP • Staf keperawatan • Pasien dan/keluarganya 	<ul style="list-style-type: none"> • Penjelasan yang disampaikan agar pasien dan keluarganya mengetahui siapa yang menjelaskan tentang hasil pelayanan dan pengobatan 	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan/Panduan/SPO tentang penjelasan hak pasien dalam pelayanan
2. Pasien dan keluarganya memahami bagaimana mereka akan diberitahu dan siapa yang akan memberitahu mereka tentang hasil yang tidak diantisipasi dari pelayanan dan pengobatan (lihat juga PP.2.4, EP 2).		<ul style="list-style-type: none"> • Penjelasan yang disampaikan agar pasien dan keluarganya mengetahui siapa yang menjelaskan tentang hasil pelayanan dan pengobatan yang tidak terduga 	0 5 10	Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Materi penjelasan ▪ Formulir pemberian penjelasan/edukasi

Standar HPK.2.2

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

Maksud HPK.2.2

Pasien atau mereka yang membuat keputusan atas nama pasien, dapat memutuskan untuk tidak melanjutkan pelayanan atau pengobatan yang direncanakan atau 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 dan keluarganya diberitahu tentang alternatif pelayanan dan pengobatan (lihat

juga APK.3.5, EP 1).

Elemen Penilaian HPK.2.2.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit memberitahukan pasien dan keluarganya tentang hak mereka untuk menolak atau tidak melanjutkan pengobatan (lihat juga APK.3.5, EP 2).	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• DPJP• Staf keperawatan• Pasien dan/keluarganya	<ul style="list-style-type: none">• Penjelasan yang disampaikan agar pasien dan keluarganya mengetahui tentang hak mereka untuk menolak atau tidak melanjutkan pengobatan	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none">▪ Kebijakan/Panduan/SPO tentang penjelasan hak pasien dalam pelayanan Dokumen: <ul style="list-style-type: none">▪ Formulir penolakan pengobatan
2. Rumah sakit memberitahukan pasien dan keluarganya tentang konsekuensi dari keputusan mereka (lihat juga APK.3.5, EP 2).		<ul style="list-style-type: none">• Penjelasan yang disampaikan agar pasien dan keluarganya mengetahui tentang konsekuensi dari keputusan mereka	0 5 10	
3. Rumah sakit memberitahukan pasien dan keluarganya tentang tanggung jawab mereka berkaitan dengan keputusan tersebut.		<ul style="list-style-type: none">• Penjelasan yang disampaikan agar pasien dan keluarganya mengetahui tentang tanggung jawab mereka terkait dengan keputusan tersebut	0 5 10	
4. Rumah sakit memberitahukan pasien dan keluarganya tentang tersedianya alternatif pelayanan dan pengobatan.		<ul style="list-style-type: none">• Penjelasan yang disampaikan agar pasien dan keluarganya mengetahui tersedianya alternatif pelayanan dan pengobatan	0 5 10	
Standar HPK.2.3				
Rumah sakit menghormati keinginan dan pilihan pasien menolak pelayanan resusitasi atau menolak atau memberhentikan pengobatan bantuan hidup dasar.				

Maksud HPK.2.3

Keputusan menolak pelayanan resusitasi atau tidak melanjutkan atau menolak pengobatan bantuan hidup dasar merupakan keputusan yang paling sulit yang dihadapi pasien, keluarga, profesional pelayanan kesehatan dan rumah sakit. Tidak ada satupun proses yang dapat mengantisipasi semua situasi dimana keputusan perlu dibuat. Karena itu, penting bagi rumah sakit untuk mengembangkan kerangka kerja untuk pembuatan keputusan yang sulit tersebut. Kerangka kerja :

- Membantu rumah sakit mengidentifikasi posisinya pada masalah ini
- Memastikan bahwa posisi rumah sakit memenuhi norma agama dan budaya dan kepada syarat hukum dan peraturan, khususnya tentang persyaratan hukum untuk resusitasi tidak konsisten dengan permintaan pasien
- Mencari jalan keluar apabila keputusan tersebut berubah sewaktu pelayanan sedang berjalan.
- Memandu profesional kesehatan melalui isu etika dan hukum dalam melaksanakan permintaan pasien tersebut.

Untuk memastikan bahwa proses pengambilan keputusan tentang pelaksanaan keinginan pasien dilakukan secara konsisten, rumah sakit mengembangkan kebijakan dan prosedur melalui suatu proses yang melibatkan banyak profesional dan sudut pandang. Kebijakan dan prosedur mengidentifikasi garis akuntabilitas dan tanggungjawab dan bagaimana proses didokumentasikan dalam rekam medis pasien.

Elemen Penilaian HPK.2.3.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit telah menetapkan posisinya pada saat pasien menolak pelayanan resusitasi dan membatalkan atau mundur dari pengobatan bantuan hidup dasar.	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua Komdik • Staf medis/DPJP • Staf keperawatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Regulasi RS tentang penolakan resusitasi (DNR) atau pelayanan bantuan hidup dasar 	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Panduan penolakan resusitasi (DNR) ▪ SPO penolakan resusitasi ▪ Formulir penolakan resusitasi
2. Posisi rumah sakit sesuai dengan norma agama dan budaya masyarakat, persyaratan hukum dan peraturan.		<ul style="list-style-type: none"> • Pertimbangan dari aspek agama, norma dan budaya masyarakat atas regulasi RS tentang DNR 	0 5 10	

Standar HPK.2.4

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

Maksud HPK.2.4

Nyeri merupakan bagian yang umum dari pengalaman pasien, dan nyeri yang tidak berkurang menimbulkan dampak yang tidak diharapkan kepada pasien secara fisik maupun psikologis. Respon pasien terhadap nyeri seringkali berada dalam konteks norma sosial dan tradisi keagamaan. Jadi, pasien didorong dan didukung melaporkan rasa nyeri.

Proses pelayanan rumah sakit mengakui dan menggambarkan hak pasien dalam asesmen dan manajemen nyeri yang sesuai (lihat juga PP.6).				
Elemen Penilaian HPK.2.4.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit menghormati dan mendukung hak pasien dengan cara asesmen manajemen nyeri yang sesuai (lihat juga PP.7.1, EP 1).	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Staf medis/DPJP• Staf keperawatan	<ul style="list-style-type: none">• Panduan dan pelaksanaan manajemen nyeri	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none">▪ Panduan manajemen nyeri▪ SPO asesmen nyeri▪ SPO pelayanan kedokteran tentang manajemen nyeri
2. Staf rumah sakit memahami pengaruh pribadi, budaya dan sosial pada hak pasien untuk melaporkan rasa nyeri, serta pemeriksaan dan pengelolaan nyeri secara akurat.	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Staf medis/DPJP• Staf keperawatan	<ul style="list-style-type: none">• Bagaimana pelaksanaan manajemen nyeri dapat disesuaikan dengan kepribadian, budaya dan sosial pasien sehingga pemeriksaan dan pengelolaan nyeri bisa akurat	0 5 10	
Standar HPK.2.5.				
Rumah sakit mendukung hak pasien untuk mendapat pelayanan yang menghargai dan penuh kasih sayang pada akhir kehidupannya.				
Maksud HPK.2.5				
Pasien yang sedang menghadapi kematian mempunyai kebutuhan yang unik untuk untuk 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 (lihat juga AP.1.7, dan PP. 6); respon terhadap aspek psikologis, sosial, emosional, agama dan budaya pasien dan keluarganya (lihat juga HPK.1.1; HPK.1.1.1 dan HPK.1.2) serta keterlibatannya dalam keputusan pelayanan.				
Elemen Penilaian HPK.2.5.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		

1. Rumah sakit mengetahui bahwa pasien yang menghadapi kematian mempunyai kebutuhan yang unik.	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Staf medis/DPJP • Staf keperawatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan RS untuk pasien terminal 	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Panduan pelayanan pasien tahap terminal ▪ SPO pelayanan pasien tahap terminal Dokumentasi pelayanan dalam rekam medis
2. Staf rumah sakit menghargai hak pasien yang sedang menghadapi kematian, memiliki kebutuhan yang unik dan dinyatakan dalam proses asuhan.		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan pelayanan pasien terminal sesuai kebutuhan masing-masing pasien 	0 5 10	

Standar HPK.3

Rumah sakit memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarganya mengenai proses menerima dan bertindak terhadap keluhan, konflik dan perbedaan pendapat tentang pelayanan pasien dan hak pasien untuk berpartisipasi dalam proses ini.

Maksud HPK.3

Pasien mempunyai hak untuk menyampaikan keluhan tentang pelayanan mereka, dan keluhan tersebut ditelaah, bila mungkin, diselesaikan. Juga, keputusan mengenai pelayanan kadang-kadang menimbulkan pertanyaan, konflik, atau dilema lain bagi rumah sakit dan pasien, keluarga atau pembuat keputusan lainnya. Dilema ini dapat timbul dari masalah akses, pengobatan atau pemulangan pasien. Dilema tersebut sulit diselesaikan jika menyangkut, misalnya masalah penolakan pelayanan resusitasi atau pengobatan bantuan hidup dasar.

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

Elemen Penilaian HPK.3	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pasien diberitahu tentang proses menyampaikan keluhan, konflik atau perbedaan pendapat.	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Para manajer terkait pelayanan RS • Manajer pelayanan pelanggan • Staf medis/DPJP • Staf keperawatan • Staf pelayanan pelanggan 	<ul style="list-style-type: none"> • Proses penyampaian informasi tentang proses untuk menyampaikan komplain atau keluhan kepada pasien/keluarga 	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Panduan penyelesaian komplain, keluhan, konflik atau perbedaan pendapat pasien dan keluarga ▪ SPO penyelesaian komplain, keluhan, konflik atau perbedaan pendapat
2. Keluhan, konflik dan perbedaan pendapat diselidiki rumah sakit		<ul style="list-style-type: none"> • Proses investigasi terhadap komplain, keluhan, konflik dan perbedaan pendapat 	0 5 10	
3. Keluhan, konflik, dan perbedaan pendapat yang timbul dalam proses pelayanan ditelaah rumah sakit		<ul style="list-style-type: none"> • Proses analisis dan telaah terhadap hasil investigasi 	0 5 10	Dokumen implementasi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bukti pemberitahuan proses komplain atau keluhan ▪ Bukti analisis dan telaah
4. Pasien dan bila perlu keluarga ikut serta dalam proses penyelesaian		<ul style="list-style-type: none"> • Proses untuk menyertakan pasien dan keluarga dalam penyelesaian komplain, 	0 5	

		keluhan, konflik dan perbedaan pendapat	10	▪ Laporan penyelesaian komplain, keluhan, konflik atau perbedaan pendapat	
5. Kebijakan dan prosedur mendukung konsistensi pelayanan.		• Bagaimana seluruh proses tersebut tidak mempengaruhi konsistensi pelayanan	0 5 10		
Standar HPK.4					
Staf rumah sakit dididik tentang peran mereka dalam mengidentifikasi nilai-nilai dan kepercayaan pasien dan melindungi hak pasien.					
Maksud HPK.4					
Rumah sakit mendidik semua staf tentang hak pasien dan keluarganya. Pendidikan menyadarkan bahwa staf dapat mempunyai nilai-nilai dan kepercayaan yang berbeda dari pasien yang mereka layani. Pendidikan tersebut termasuk bagaimana setiap staf ikut serta dalam mengidentifikasi nilai-nilai dan kepercayaan pasien serta bagaimana staf menghormati nilai-nilai dan kepercayaan tersebut dalam proses asuhan.Rumah sakit mendidik semua staf tentang hak pasien dan keluarganya. Pendidikan menyadarkan bahwa staf dapat mempunyai nilai-nilai dan kepercayaan yang berbeda dari pasien yang mereka layani. Pendidikan tersebut termasuk bagaimana setiap staf ikut serta dalam mengidentifikasi nilai-nilai dan kepercayaan pasien serta bagaimana staf menghormati nilai-nilai dan kepercayaan tersebut dalam proses asuhan.					
Elemen Penilaian HPK.4	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN	
	SASARAN	MATERI			
1. Staf memahami peran mereka dalam mengidentifikasi nilai-nilai dan kepercayaan pasien maupun keluarganya serta bagaimana nilai dan kepercayaan tersebut dihormati di dalam proses asuhan.	• Pimpinan RS • Kepala/Ketua unit pelayanan pasien • Staf pelayanan pasien • Staf keperawatan	• Pelaksanaan identifikasi nilai-nilai dan kepercayaan pasien/keluarga dan penerapannya dalam pelayanan	0 5 10	Regulasi RS: • Kebijakan/Panduan/SPO tentang identifikasi nilai-nilai dan kepercayaan pasien dalam pelayanan	
2. Staff memahami peran mereka dalam melindungi hak pasien dan keluarga.		• Bagaimana peran staf dalam melindungi hak pasien dan keluarga	0 5 10		
Standar HPK.5					
Setiap pasien dijelaskan mengenai hak mereka dengan cara dan bahasa yang dapat mereka pahami.					

Maksud HPK.5

Masuk sebagai pasien rawat inap atau terdaftar sebagai pasien rawat jalan di rumah sakit dapat membuat pasien takut dan bingung sehingga mereka sulit bertindak berdasarkan hak dan memahami tanggung jawab mereka dalam proses asuhan. Oleh karena itu, rumah sakit menyediakan pernyataan tertulis tentang hak dan tanggung jawab pasien dan keluarganya yang diberikan kepada pasien pada saat masuk rawat inap atau rawat jalan dan tersedia pada setiap kunjungan atau selama dirawat. Misalnya, pernyataan tersebut dapat dipampang di rumah sakit.

Pernyataan ini disesuaikan dengan umur, pemahaman, dan bahasa pasien. Bila komunikasi tertulis tidak efektif atau tidak sesuai, pasien dan keluarganya diberi penjelasan tentang hak dan tanggung jawab mereka dengan bahasa dan cara yang dapat mereka pahami (lihat juga MKI.3, EP 1 dan 2).

Elemen Penilaian HPK.5	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Informasi secara tertulis tentang hak dan tanggung jawab pasien diberikan kepada setiap pasien .	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Kepala/Ketua unit pelayanan pasien Staf pelayanan pasien Staf keperawatan 	<ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan pemberian informasi tertulis tentang hak dan tanggung jawab pasien 	0 5 10	Acuan: <ul style="list-style-type: none"> UU 29/2004 tentang Praktik Kedokteran UU 44/2009 tentang Rumah Sakit Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> Kebijakan/Panduan/SPO tentang pemberian informasi hak dan tanggung jawab pasien Formulir hak dan tanggung jawab pasien
2. Pernyataan tentang hak dan tanggung jawab pasien juga ditempel atau bisa diperoleh dari staf rumah sakit pada setiap saat.		<ul style="list-style-type: none"> Penyediaan informasi tentang hak dan tanggung jawab pasien 	0 5 10	
3. Rumah sakit mempunyai prosedur untuk menjelaskan kepada pasien tentang hak dan tanggung jawabnya bila komunikasi secara tertulis tidak efektif dan tidak sesuai.		<ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan pemberian informasi tentang hak dan tanggung jawab pasien 	0 5 10	

INFORMED CONSENT**Standar HPK.6**

Pernyataan persetujuan (Informed Consent) dari pasien didapat melalui suatu proses yang ditetapkan rumah sakit dan dilaksanakan oleh staf yang terlatih, dalam bahasa yang dipahami pasien.

Maksud HPK.6

Salah satu cara melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan tentang pelayanan kepadanya adalah memperoleh *informed consent*. Untuk mendapat persetujuan, pasien harus diberikan penjelasan tentang hal yang berhubungan dengan pelayanan yang telah direncanakan, terkait dengan keputusan persetujuan tersebut. *Informed consent* dapat diperoleh pada berbagai waktu dalam proses pelayanan. Misalnya, ketika pasien masuk rawat inap dan sebelum suatu tindakan atau pengobatan tertentu yang berisiko tinggi. Proses meminta persetujuan jelas ditetapkan rumah sakit dalam kebijakan dan prosedur, yang mengacu kepada undang-undang dan peraturan yang berlaku. Pasien dan keluarga dijelaskan tentang tes, prosedur / tindakan, dan pengobatan mana yang memerlukan persetujuan dan bagaimana mereka dapat memberikan persetujuan (misalnya, diberikan secara lisan, dengan menandatangani formulir persetujuan, atau dengan cara lain). Pasien dan keluarga memahami siapa yang dapat, memberikan persetujuan selain pasien. Staf yang ditugaskan telah dilatih untuk memberikan penjelasan kepada pasien dan mendokumentasikan persetujuan tersebut (lihat juga HPK.8, Maksud dan Tujuan).

Elemen Penilaian HPK.6	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit telah menjabarkan dengan jelas proses informed consent dalam kebijakan dan prosedur.	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua kelompok staf medis • Staf medis • Staf keperawatan 	• Regulasi tentang persetujuan tindakan kedokteran	0 5 10	Acuan: <ul style="list-style-type: none"> • UU 29/2004 tentang Praktik Kedokteran • UU 44/2009 tentang Rumah Sakit • PMK 290/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran • Manual Persetujuan Tindakan Kedokteran, KKI, 2006 Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan/Panduan/SPO persetujuan tindakan kedokteran ▪ Daftar tindakan yang memerlukan persetujuan tertulis Dokumen <i>informed consent</i> Formulir persetujuan/ penolakan
2. Staf yang ditunjuk dilatih untuk melaksanakan kebijakan dan prosedur tersebut.		• Penetapan staf yang memberikan <i>informed consent</i> dan diberikan pelatihan untuk itu	0 5 10	
3. Pasien memberikan informed consent sesuai dengan kebijakan dan prosedur.		• Proses pasien atau keluarga menyetujui atau menolak tindakan kedokteran	0 5 10	

Standar HPK.6.1

Pasien dan keluarganya menerima penjelasan yang memadai tentang penyakit, saran pengobatan, dan para pemberi pelayanan, sehingga mereka dapat membuat keputusan tentang pelayanan.

Maksud HPK.6.1

Staf menerangkan dengan jelas tentang usulan pengobatan atau tindakan kepada pasien dan bila perlu kepada keluarga. Penjelasan yang diberikan meliputi :

- Kondisi pasien
- Usulan pengobatan
- Nama individu yang memberikan pengobatan
- Potensi manfaat dan kekurangannya
- Kemungkinan alternatif
- Kemungkinan keberhasilan
- Kemungkinan timbulnya masalah selama masa pemulihan
- Kemungkinan yang terjadi apabila tidak diobati.

Staf juga memberikan pasien nama dokter atau para praktisi lain yang bertanggung jawab langsung terhadap pelayanan pasien atau siapa yang berwenang melakukan prosedur atau pengobatan. Seringkali, pasien mempunyai pertanyaan tentang para praktisi utama yang melayani, berapa lama sudah bekerja di rumah sakit dan sejenisnya. Rumah sakit perlu mempunyai prosedur untuk merespon bila pasien minta informasi tambahan tentang praktisi utama yang melayani mereka.

Elemen Penilaian HPK.6.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pasien diberikan penjelasan dan rencana pengobatannya dari elemen a s/d h	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Ketua kelompok staf medis Staf medis Staf keperawatan 	<ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan pemberian penjelasan dan rencana pengobatan 	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> Kebijakan/Panduan/SPO tentang pemberian informasi termasuk rencana pengobatan Kebijakan/Panduan/SPO tentang penetapan DPJP Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> Formulir pemberian informasi Formulir penetapan DPJP
2. Pasien mengenal identitas para dokter dan praktisi yang lain yang bertanggung jawab melayani mereka. (lihat juga APK.2.1, EP 1)		<ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan penetapan DPJP sehingga pasien mengenali dokter yang bertanggung jawab dalam pelayanan kesehatan dirinya 	0 5 10	
3. Ada proses untuk menanggapi permintaan tambahan informasi dari pasien tentang tanggung jawab praktisi untuk pelayanannya.		<ul style="list-style-type: none"> Penyediaan informasi yang diperlukan pasien atau keluarga 	0 5 10	

Standar HPK.6.2

Rumah sakit menetapkan suatu proses, dalam konteks undang-undang dan budaya yang ada, tentang orang lain yang dapat memberikan persetujuan.

Maksud HPK.6.2

Informed consent untuk pelayanan kadang-kadang membutuhkan orang lain selain pasien itu sendiri (atau bersama-sama dengan pasien) dilibatkan dalam pengambilan keputusan tentang asuhan pasien tersebut. Hal ini terjadi terutama bila pasien tidak mempunyai kapasitas mental atau fisik untuk mengambil keputusan, bila budaya atau kebiasaan memerlukan orang lain yang memutuskan, atau bila pasiennya adalah seorang anak. Bila pasien tidak mampu mengambil keputusan tentang asuhannya, maka diidentifikasi seorang wakil yang memutuskan. Bila orang lain selain pasien yang memberikan persetujuan, maka orang tersebut dicatat dalam rekam medis pasien.

Elemen Penilaian HPK.6.2	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit mempunyai prosedur untuk <i>informed consent</i> yang diberikan oleh orang lain	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua kelompok staf medis • Staf medis • Staf keperawatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan bila persetujuan tindakan kedokteran diberikan oleh orang lain 	0 5 10	Acuan: <ul style="list-style-type: none"> • PMK 290/2008 tentang persetujuan tindakan kedokteran • Keputusan Dirjen Yanmed HK.00.06.3.5.1866 tentang Pedoman Persetujuan Tindakan Medik (Informed Consent), 1999 Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan/Panduan/SPO tentang persetujuan tindakan kedokteran Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Formulir persetujuan/penolakan tindakan kedokteran
2. Prosedur tersebut sesuai dengan undang-undang, budaya dan adat istiadat.		<ul style="list-style-type: none"> • Dasar penyusunan panduan persetujuan tindakan kedokteran 	0 5 10	
3. Orang lain selain pasien yang memberikan persetujuan dicatat dalam rekam medis pasien.		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan dokumentasi persetujuan tindakan kedokteran 	0 5 10	

Standar HPK.6.3

Persetujuan umum untuk pengobatan, bila didapat pada waktu pasien masuk sebagai pasien rawat inap atau terdaftar pertama kali sebagai pasien rawat jalan, harus jelas dalam cakupan dan batas- batasnya.

Maksud HPK.6.3

Banyak rumah sakit memperoleh / menerapkan persetujuan umum (daripada persetujuan khusus) untuk pengobatan pada saat pasien diterima sebagai pasien rawat inap di rumah sakit atau saat pasien di daftar untuk pertama kali sebagai pasien rawat jalan. Bila dengan cara persetujuan umum, pasien diberi penjelasan tentang lingkup dari persetujuan umum, seperti tes dan pengobatan mana yang termasuk dalam persetujuan umum tersebut.

Pasien juga diberi informasi tentang tes dan pengobatan mana memerlukan persetujuan (informed consent) secara tersendiri. Persetujuan umum tersebut juga mencantumkan bila ada mahasiswa dan trainees lain terlibat dalam proses pelayanan. Rumah sakit menetapkan bagaimana suatu persetujuan umum didokumentasikan di dalam rekam medis pasien.

Elemen Penilaian HPK.6.3	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pasien dan keluarganya diberi penjelasan tentang lingkup dari persetujuan umum, apabila cara ini dipakai oleh rumah sakit.	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala unit rekam medis • Kepala unit pelayanan pelanggan 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan untuk mendapat persetujuan umum dan penjelasan lingkup persetujuannya 	0 5 10	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> • Kebijakan/Panduan/SPO tentang penjelasan dan persetujuan umum
2. Rumah sakit telah menetapkan bagaimana persetujuan umum, bila dipakai, didokumentasikan di dalam rekam medis pasien		<ul style="list-style-type: none"> • Ketentuan tentang persetujuan umum yang didokumentasikan dalam rekam medis pasien 	0 5 10	Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> • Formulir persetujuan umum

Standar HPK.6.4

Informed consent diperoleh sebelum operasi, anestesi, penggunaan darah atau produk darah dan tindakan serta pengobatan lain yang berisiko tinggi.

Maksud HPK.6.4

Bila rencana pelayanan termasuk operasi atau prosedur invasif, anestesia (termasuk sedasi yang moderat dan dalam), penggunaan darah atau produk darah, tindakan dan pengobatan lain yang berisiko tinggi, diperlukan persetujuan yang tersendiri. Proses persetujuan ini memberikan penjelasan seperti yang telah diidentifikasi pada HPK 6.1 dan mencatat identitas orang yang memberikan penjelasan.

Elemen Penilaian HPK.6.4	SASARAN	MATERI	SKOR	DOKUMEN
1. Persetujuan didapat sebelum operasi atau prosedur invasif (lihat juga PAB.7.1, Maksud dan Tujuan).	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Ketua kelompok staf medis• Kepala unit kamar operasi• Kepala unit rawat inap• Staf medis• Staf keperawatan	<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan untuk mendapatkan persetujuan tindakan kedokteran untuk operasi dan tindakan invasif	0 5 10	<p>Acuan:</p> <ul style="list-style-type: none">• PMK 290/2008 tentang persetujuan tindakan kedokteran• Keputusan Dirjen Yanmed HK.00.06.3.5.1866 tentang Pedoman Persetujuan Tindakan Medik (Informed Consent), 1999 <p>Regulasi RS :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Kebijakan/Panduan/SPO tentang persetujuan tindakan kedokteran <p>Dokumen:</p> <p>Formulir persetujuan/penolakan tindakan kedokteran</p>
2. Persetujuan didapat sebelum anestesia (termasuk sedasi yang moderat dan dalam) (lihat juga PAB.5.1, Maksud dan Tujuan dan EP 1)		<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan untuk mendapatkan persetujuan tindakan kedokteran untuk anestesi	0 5 10	
3. Persetujuan didapat sebelum penggunaan darah atau produk darah		<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan untuk mendapatkan persetujuan tindakan kedokteran untuk pemberian transfusi darah	0 5 10	
4. Persetujuan didapat sebelum pelaksanaan tindakan dan pengobatan yang berisiko tinggi.		<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan untuk mendapatkan persetujuan tindakan kedokteran untuk tindakan dan pengobatan yang berisiko tinggi	0 5 10	
5. Identitas petugas yang memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarganya dicatat di dalam rekam medis pasien (lihat juga HPK.8, EP 2).		<ul style="list-style-type: none">• Ketentuan yang berwenang memberi penjelasan dalam proses informed consent	0 5 10	
6. Persetujuan didokumentasikan di rekam medis pasien disertai tanda tangan atau catatan dari persetujuan lisan (lihat juga HPK.8, EP 2).		<ul style="list-style-type: none">• Dokumentasi penjelasan dan persetujuan tindakan kedokteran	0 5 10	
Standar HPK.6.4.1				
Rumah sakit membuat daftar semua kategori dan jenis pengobatan dan prosedur yang memerlukan informed consent yang khusus.				
Maksud HPK.6.4.1				
Tidak semua prosedur dan pengobatan membutuhkan persetujuan yang khusus dan terpisah. Masing-masing rumah sakit menentukan tindakan berisiko tinggi, cenderung bermasalah atau tindakan dan pengobatan lain yang mernbutuhkan persetujuan. Rumah sakit membuat daftar tindakan dan pengobatan ini dan mendidik staf untuk memastikan bahwa prosedur untuk mendapatkan persetujuan dilaksanakan dengan konsisten. Daftar ini disusun dan dikembangkan atas kerjasama dokter dan profesional lain yang memberikan pengobatan atau melakukan tindakan. Daftar tersebut termasuk tindakan dan pengobatan untuk pasien rawat jalan dan rawat inap.				

Elemen Penilaian HPK.6.4.1	SASARAN	MATERI	SKOR	DOKUMEN
1. Rumah sakit telah menyusun daftar tindakan dan pengobatan yang memerlukan persetujuan terpisah	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua kelompok staf medis 	<ul style="list-style-type: none"> • Penyusunan daftar tindakan dan pengobatan yang memerlukan persetujuan pasien atau keluarga 	0 5 10	<ul style="list-style-type: none"> • Daftar tindakan dan pengobatan yang memerlukan persetujuan pasien atau keluarga
2. Daftar tersebut dikembangkan atas kerjasama dokter dan profesional lain yang memberikan pengobatan dan melakukan tindakan.	<ul style="list-style-type: none"> • Staf medis • Staf keperawatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Proses penyusunan daftar tindakan dan pengobatan yang memerlukan persetujuan pasien atau keluarga 	0 5 10	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentasi rapat pembahasan daftar tersebut
PENELITIAN				
Standar HPK.7 <p>Rumah sakit memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarganya tentang bagaimana cara mendapatkan akses ke penelitian klinik, pemeriksaan/investigasi atau <i>clinical trial</i> yang melibatkan manusia sebagai subjek.</p>				
Maksud HPK.7 <p>Rumah sakit yang melakukan penelitian, pemeriksaan/investigasi atau <i>clinical trial</i> yang melibatkan manusia sebagai subjek menyediakan keterangan kepada pasien dan keluarganya tentang bagaimana cara mendapatkan akses ke aktivitas tersebut bila relevan dengan kebutuhan pengobatannya. Bila pasien diminta untuk berpartisipasi, mereka memerlukan penjelasan yang dapat dijadikan dasar bagi keputusan mereka. Informasi tersebut meliputi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manfaat yang diharapkan - Potensi ketidak nyamanan dan risiko. - Alternatif yang dapat menolong mereka - Prosedur yang harus diikuti. <p>Pasien diberikan penjelasan bahwa mereka dapat menolak untuk berpartisipasi atau mengundurkan diri dan penolakan atau pengunduran diri tersebut tidak akan menutup akses mereka terhadap pelayanan rumah sakit. Rumah sakit mempunyai kebijakan dan prosedur informasi tentang hal ini kepada pasien dan keluarga.</p>				

Elemen Penilaian HPK.7	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pasien dan keluarganya yang tepat diidentifikasi dan diberi informasi tentang bagaimana cara mendapatkan akses ke penelitian, pemeriksaan atau <i>clinical trial</i> yang relevan dengan kebutuhan pengobatan mereka.	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Ketua kelompok staf medis• Staf medis	<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan pemberian informasi bila pasien/keluarga mau turut serta dalam penelitian yang relevan dengan kebutuhan pengobatan pasien	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none">▪ Kebijakan/Panduan/SPO tentang pemberian informasi termasuk mendapatkan hasil penelitian yang menyangkut pengobatan pasien Dokumen: <ul style="list-style-type: none">▪ Formulir pemberian informasi▪ Formulir persetujuan mengikuti penelitian
2. Pasien yang diminta untuk berpartisipasi diberikan penjelasan tentang manfaat yang diharapkan.		<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan pemberian penjelasan tentang manfaat yang diharapkan kepada pasien yang disertakan dalam penelitian	0 5 10	
3. Pasien yang diminta untuk berpartisipasi diberikan penjelasan tentang potensi ketidak nyamanan dan risiko		<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan pemberian penjelasan tentang potensi ketidak nyamanan dan risiko penelitian	0 5 10	
4. Pasien yang diminta untuk berpartisipasi diberi penjelasan tentang alternatif lainnya yang dapat menolong mereka.		<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan pemberian penjelasan tentang alternatif lain	0 5 10	
5. Pasien yang diminta untuk berpartisipasi diberikan penjelasan tentang prosedur yang harus diikuti.		<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan pemberian penjelasan tentang prosedur yang harus diikuti	0 5 10	
6. Pasien diyakinkan bahwa penolakan berpartisipasi dan pengunduran diri dari partisipasi tidak mempengaruhi akses terhadap pelayanan rumah sakit.		<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan pemberian penjelasan tentang bahwa bila pasien menolak atau mundur dari penelitian, tidak mempengaruhi pelayanannya	0 5 10	
7. Kebijakan dan prosedur mengarahkan informasi dan proses pengambilan keputusan		<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan tentang proses pengambilan keputusan setelah pemberian informasi	0 5 10	
Standar HPK.7.1				
Rumah sakit memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarganya tentang bagaimana pasien yang berpartisipasi dalam penelitian klinis, pemeriksaan klinis atau percobaan klinis mendapatkan perlindungan.				

Maksud HPK.7.1

Rumah sakit yang melaksanakan penelitian, pemeriksaan/investigasi, *clinical trial* melibatkan manusia sebagai subjek memahami bahwa tanggung jawab utama adalah kesehatan dan kesejahteraan pasien.

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

- Menelaah protokol penelitian
- Menimbang risiko relatif dan manfaat bagi para peserta
- Mendapatkan surat persetujuan dari para peserta
- Mengundurkan diri dari keikutsertaan

Informasi ini dikomunikasikan ke pasien dan keluarga untuk membantu pengambilan keputusan terkait partisipasi

Elemen Penilaian HPK.7.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pasien dan keluarganya diberikan penjelasan tentang prosedur rumah sakit untuk menelaah protokol penelitian.	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua kelompok staf medis • Staf medis 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan pemberian penjelasan kepada pasien dan keluarganya tentang protokol penelitian 	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan/Panduan/SPO tentang menyertakan pasien dalam suatu penelitian, pemeriksaan/ investigasi atau clinical trial Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> • Formulir persetujuan/ penolakan
2. Pasien dan keluarganya diberikan penjelasan tentang prosedur rumah sakit untuk menimbang manfaat dan risiko bagi peserta.		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan pemberian penjelasan kepada pasien dan keluarganya tentang manfaat dan risiko bagi peserta penelitian 	0 5 10	
3. Pasien dan keluarganya diberikan penjelasan tentang prosedur rumah sakit untuk mendapatkan persetujuan.		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan pemberian penjelasan kepada pasien dan keluarganya tentang pemberian persetujuan ikut penelitian 	0 5 10	
4. Pasien dan keluarganya diberikan penjelasan tentang prosedur rumah sakit untuk mengundurkan diri dari keikutsertaan.		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan pemberian penjelasan kepada pasien dan keluarganya tentang kalau mengundurkan diri dari keikutsertaan penelitian 	0 5 10	

Standar HPK.8

Informed Consent diperoleh sebelum pasien berpartisipasi dalam penelitian klinis, pemeriksaan / investigasi klinis, dan percobaan klinis.

Maksud HPK.8

Bila pasien dan keluarganya memutuskan berpartisipasi dalam penelitian klinis, pemeriksaan klinis atau clinical trial, informed consent harus memberikan informed consent. Informasi yang diberikan pada saat mengambil keputusan ikut berpartisipasi mendasari informed consent (lihat juga HPK.6, Maksud dan Tujuan). Petugas yang memberikan penjelasan dan mendapatkan persetujuan dicatat dalam rekam medis pasien.

Elemen Penilaian HPK.8	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. <i>Informed consent</i> diperoleh saat pasien memutuskan ikut serta dalam penelitian klinis, pemeriksaan atau <i>clinical trial</i> .	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua kelompok staf medis • Staf medis 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan pemberian persetujuan keikutsertaan pasien dalam penelitian klinis 	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan/Panduan/SPO tentang keikutsertaan pasien dalam penelitian klinis Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokumen informasi ▪ Formulir persetujuan/ penolakan keikutsertaan dalam penelitian klinis
2. Keputusan persetujuan didokumentasikan, diberi tanggal dan berdasarkan atas penjelasan yang diidentifikasi dalam HPK 6.4, Elemen Penilaian 5 dan 6.		<ul style="list-style-type: none"> • Proses dokumentasi yang lengkap atas persetujuan keikutsertaan dalam penelitian 	0 5 10	
3. Identitas petugas yang memberikan penjelasan untuk mendapatkan persetujuan dicatat dalam rekam medis pasien		<ul style="list-style-type: none"> • Proses pencatatan identitas petugas yang memberikan penjelasan ke dalam rekam medis 	0 5 10	
4. Persetujuan didokumentasikan dalam rekam medis pasien disertai tandatangan atau catatan persetujuan lisan.		<ul style="list-style-type: none"> • Pendokumentasian persetujuan dalam rekam medis pasien 	0 5 10	

Standar HPK.9

Rumah sakit mempunyai sebuah komite atau mekanisme lain untuk melakukan pengawasan atas semua penelitian di rumah sakit tersebut yang melibatkan manusia sebagai subjeknya.

Maksud HPK.9

Bila rumah sakit melakukan penelitian klinis, investigasi atau trial yang melibatkan manusia sebagai subjeknya, maka ditetapkan sebuah komite atau suatu mekanisme lain melakukan pengawasan atas seluruh kegiatan tersebut. Rumah sakit membuat pernyataan tentang maksud pengawasan kegiatan tersebut. Pengawasan kegiatan tersebut termasuk penelaahan prosedur seluruh protokol penelitian, prosedur menimbang risiko relatif dan manfaat bagi subjek, prosedur yang terkait dengan kerahasiaan dan keamanan atas informasi penelitian.

Elemen Penilaian HPK.9	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit mempunyai sebuah komite atau mekanisme lain untuk mengawasi seluruh kegiatan penelitian di rumah sakit.	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Ketua komite/panitia etik penelitian• Anggota komite/panitia etik penelitian	<ul style="list-style-type: none">• Pembentukan komite/panitia etik penelitian yang mengawasi seluruh kegiatan penelitian di rumah sakit	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none">▪ Keputusan penetapan komite /panitia etik penelitian▪ Kebijakan, Pedoman pengorganisasian dan pedoman pelayanan komite etik penelitian▪ Program kerja komite etik penelitian
2. Rumah sakit mengembangkan suatu pernyataan jelas mengenai maksud untuk pengawasan kegiatan.		<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan pengawasan kegiatan penelitian	0 5 10	
3. Kegiatan pengawasan mencakup penelaahan prosedur		<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan pengawasan kegiatan penelitian yang mencakup prosedur	0 5 10	
4. Kegiatan pengawasan mencakup prosedur untuk menimbang risiko relatif dan manfaat bagi subjek.		<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan pengawasan kegiatan penelitian yang mencakup prosedur untuk mempertimbangkan risiko dan manfaat bagi pasien	0 5 10	
5. Kegiatan pengawasan mencakup prosedur menjaga kerahasiaan dan keamanan informasi penelitian.		<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan pengawasan kegiatan penelitian yang mencakup prosedur menjaga kerahasiaan dan keamanan informasi penelitian	0 5 10	
DONASI ORGAN				
Standar HPK.10				
Rumah sakit memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarganya tentang bagaimana memilih untuk menyumbangkan organ dan jaringan tubuh lainnya.				
Maksud HPK.10				
Rumah sakit mendukung pilihan pasien dan keluarganya untuk menyumbangkan organ dan jaringan tubuh lainnya untuk penelitian atau transplantasi. Informasi disediakan pada proses donasi dan jika rumah sakit merupakan tempat untuk mendapatkannya, bagi masyarakat, regional atau nasional.				

Elemen Penilaian HPK.10	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit mendukung pilihan pasien dan keluarganya untuk menyumbangkan organ tubuh dan jaringan tubuh lainnya.	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua komite/panitia donasi organ • Anggota komite/panitia donasi organ 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan bila pasien dan keluarganya menetapkan untuk menyumbangkan organ tubuh dan jaringan tubuh lainnya 	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan/Panduan/SPO pelayanan donasi / transplantasi organ
2. Rumah sakit menyediakan informasi untuk mendukung pilihan tersebut.		<ul style="list-style-type: none"> • Penyediaan informasi bagi pasien dan keluarganya yang berniat menyumbangkan organ tubuh dan jaringan tubuh lainnya 	0 5 10	Dokumen informasi tentang tata cara untuk menyumbang organ tubuh dan jaringan tubuh lainnya
Standar HPK.11 Rumah sakit menyediakan pengawasan terhadap pengambilan dan transplatasi organ dan jaringan.				
Maksud HPK.11 Kebijakan dan prosedur dikembangkan sebagai panduan dari proses mendapatkan dan mendonasi dan transplantasi. Kebijakan tersebut harus konsisten dengan undang-undang dan peraturan yang berlaku dan menghargai keyakinan dan budaya yang dianut masyarakat. Staf rumah sakit dilatih dalam pelaksanaan kebijakan dan prosedur untuk mendukung pilihan pasien dan keluarganya. Staf rumah sakit juga dilatih dalam perhatian dan isu kontemporer yang berkaitan dengan donasi organ dan ketersediaan organ, seperti informasi tentang kekurangan organ dan jaringan, jual beli organ manusia dipasar gelap, pengambilan jaringan tubuh tanpa persetujuan dari narapidana yang dihukum mati dan dari pasien yang meninggal. Rumah sakit bekerjasama dengan organisasi lain dan badan dalam masyarakat yang bertanggung jawab terhadap semua sebagian proses mendapatkan transplantasi, bank organ, transportasi atau proses transplantasi.				
Elemen Penilaian HPK.11	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Kebijakan dan prosedur yang menjadi acuan dalam proses mendapatkan dan mendonasi.	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua komite/panitia donasi organ • Anggota komite/panitia donasi organ 	<ul style="list-style-type: none"> • Regulasi rumah sakit tentang cara mendapatkan donor dan mendonasi organ 	0 5 10	Acuan: <ul style="list-style-type: none"> • UU 36/2009 tentang Kesehatan
2. Kebijakan dan prosedur yang menjadi acuan dalam proses transplantasi.		<ul style="list-style-type: none"> • Regulasi tentang transplantasi 	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan/Panduan/SPO tentang donasi/ transplantasi organ
3. Staf dilatih untuk kebijakan dan prosedur tersebut.		<ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan staf agar memahami regulasi tentang transplantasi 	0 5 10	Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Formulir persetujuan/penolakan donor/

4. Staf dilatih mengenai isu dan perhatian tentang donasi organ dan ketersediaan transplan.		<ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan staf agar memahami isu dan perhatian tentang donasi organ dan ketersediaan transplan 	0 5 10	transplantasi ▪ Kerjasama dengan lembaga kemasyarakatan
5. Rumah sakit mendapat persetujuan dari donor hidup.		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan mendapat persetujuan dari donor hidup 	0 5 10	
6. Rumah sakit bekerjasama dengan organisasi yang relevan dan badan di masyarakat untuk menghormati dan menerapkan pilihan untuk mendonasi.		<ul style="list-style-type: none"> • Kerjasama rumah sakit dengan lembaga kemasyarakatan untuk menghormati dan menerapkan pilihan untuk mendonasi 	0 5 10	

BAB 3. ASESMEN PASIEN (AP)

STANDAR, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN			>/= 80% Terpenuhi 20-79% Terpenuhi sebagian < 20% Tidak terpenuhi	
Standar AP.1				
Semua pasien yang dilayani rumah sakit harus diidentifikasi kebutuhan pelayanannya melalui suatu proses asesmen yang baku.				
Maksud dan tujuan AP.1				
Ketika pasien diterima di rumah sakit untuk pelayanan/pengobatan rawat inap atau rawat jalan, perlu dilakukan asesmen lengkap untuk menetapkan alasan kenapa pasien perlu datang berobat ke rumah sakit. Pada tahap ini, rumah sakit membutuhkan informasi khusus dan prosedur untuk mendapat informasi, tergantung pada kebutuhan pasien dan jenis pelayanan yang harus diberikan (contoh rawat inap atau rawat jalan). Kebijakan dan prosedur rumah sakit menetapkan bagaimana proses ini berjalan dan informasi apa yang harus dikumpulkan dan didokumentasikan (lihat juga APK.1, Maksud dan Tujuan).				
Elemen Penilaian AP.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Kebijakan dan prosedur rumah sakit menegaskan asesmen informasi yang harus diperoleh dari pasien rawat inap.	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Kepala Unit Rawat Jalan• Kepala Unit Rawat Inap• Pelaksana keperawatan	<ul style="list-style-type: none">• Kebijakan dan prosedur asesmen informasi dan informasi yang harus tersedia untuk pasien rawat inap, dan implementasinya	0 5 10	Acuan: PMK 269/Menkes/Per/III/2008 Regulasi RS: Kebijakan/Pedoman/Panduan/SPO tentang Asesmen Pasien, termasuk Informasi Pasien Rawat Jalan dan Rawat Inap yang harus diperoleh Dokumen: Hasil asesmen pada rekam medis
2. Kebijakan dan prosedur rumah sakit menegaskan asesmen informasi yang harus diperoleh dari pasien rawat jalan.		<ul style="list-style-type: none">• Kebijakan dan prosedur asesmen informasi dan informasi yang harus tersedia untuk pasien rawat jalan, dan implementasinya	0 5 10	
3. Kebijakan rumah sakit mengidentifikasi tentang informasi yang harus didokumentasi untuk asesmen.		<ul style="list-style-type: none">• Ketentuan RS tentang informasi yang didokumentasikan untuk asesmen	0 5 10	

Standar AP.1.1

Rumah sakit telah menetapkan isi minimal asesmen berdasarkan undang-undang, peraturan dan standar profesi.

Maksud dan tujuan AP.1.1

Agar asesmen kebutuhan pasien konsisten, rumah sakit menetapkan dalam kebijakan, isi minimal dari asesmen yang harus dilaksanakan oleh dokter, perawat dan staf disiplin klinis lainnya. Asesmen dilaksanakan oleh setiap disiplin dalam lingkup praktek/profesi, perizinan, undang-undang dan peraturan terkait atau sertifikasi. Hanya mereka yang kompeten yang melaksanakan asesmen. Setiap formulir asesmen yang digunakan mencerminkan kebijakan ini. Rumah sakit menetapkan aktivitas asesmen pada pelayanan pasien rawat inap maupun rawat jalan. Rumah sakit menetapkan elemen yang umum untuk semua asesmen dan menetapkan perbedaan, bila mungkin, dalam lingkup asesmen pelayanan medis umum dan asesmen pelayanan medis spesialis. Asesmen yang ditetapkan dalam kebijakan dapat dilengkapi oleh lebih dari satu orang yang kompeten, dan dalam waktu yang berbeda. Semua isi asesmen harus tersedia apabila pengobatan dimulai.

Elemen Penilaian AP.1.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Isi minimal asesmen ditetapkan oleh setiap disiplin klinis yang melakukan asesmen dan merinci elemen yang dibutuhkan pada riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik (lihat juga PAB.3, EP 3 dan PAB.4, EP 1).	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala Unit Rawat Jalan • Kepala Unit Rawat Inap • Kepala Unit Rekam Medis • Dokter • Pelaksana keperawatan • Pelaksana Rekam Medis 	• Penetapan isi minimal asesmen oleh setiap disiplin klinis	0 5 10	Acuan: <ul style="list-style-type: none"> • PMK 269/Menkes/Per/III/2008 • KMK tentang standar profesi Regulasi RS: Kebijakan/Pedoman/Panduan/SPO tentang Pelayanan Rekam Medis, tentang asesmen pasien, kredensialing, pemberian kewenangan
2. Hanya mereka yang kompeten sesuai perizinan, undang-undang dan peraturan yang berlaku dan sertifikasi dapat melakukan asesmen.		• Penetapan tenaga kesehatan yang dapat melakukan asesmen	0 5 10	
3. Isi minimal dari asesmen pasien rawat inap ditetapkan dalam kebijakan (lihat juga AP.1.2, EP 1).		• Penetapan isi minimal asesmen untuk pasien rawat inap	0 5 10	
4. Isi minimal dari asesmen pasien rawat jalan ditetapkan dalam kebijakan.		• Penetapan isi minimal asesmen untuk pasien rawat jalan	0 5 10	

Standar AP.1.2

Asesmen awal setiap pasien meliputi evaluasi faktor fisik, psikologis, sosial dan ekonomi, termasuk pemeriksaan fisik dan riwayat kesehatan.

Maksud dan tujuan AP.1.2

Asesmen awal dari seorang pasien, rawat jalan atau rawat inap, sangat penting untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien dan untuk memulai proses pelayanan. Asesmen awal memberikan informasi untuk :

- Memahami pelayanan apa yang dicari pasien
- Memilih jenis pelayanan yang terbaik bagi pasien
- Menetapkan diagnosis awal
- Memahami respon pasien terhadap pengobatan sebelumnya

Untuk mendapat informasi ini, asesmen awal termasuk evaluasi kondisi medis pasien melalui pemeriksaan fisik dan riwayat kesehatannya. Asesmen psikologis menetapkan status emosional pasien (contoh: pasien depresi, ketakutan atau agresif dan potensial menyakiti diri sendiri atau orang lain). Pengumpulan informasi sosial pasien tidak dimaksud untuk mengelompokkan pasien. Tetapi, konteks sosial, budaya, keluarga, dan ekonomi pasien merupakan faktor penting yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap penyakit dan pengobatan. Keluarga dapat sangat menolong dalam asesmen untuk perihal tersebut dan untuk memahami keinginan dan preferensi pasien dalam proses asesmen ini. Faktor ekonomis dinilai sebagai bagian dari asesmen sosial atau dinilai secara terpisah bila pasien dan keluarganya yang bertanggung jawab terhadap seluruh atau sebagian dari biaya selama dirawat atau waktu pemulangan pasien. Berbagai staf kompeten dapat terlibat dalam proses asesmen pasien. Faktor terpenting adalah bahwa asesmen lengkap dan tersedia (lihat juga MKI.7, EP 2) bagi mereka yang merawat pasien (lihat juga AP.1.7, EP 1, perihal asesmen nyeri).

Elemen Asesmen AP.1.2	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Semua pasien rawat inap dan rawat jalan mendapat assesmen awal yang termasuk riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan dalam kebijakan rumah sakit (lihat juga AP.1.1, EP 3) .	Telusur individu: <ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Kepala Unit Rawat Jalan• Kepala Unit Rawat Inap• Kepala Unit Rekam Medis• Pelaksana medis• Pelaksana keperawatan• Pelaksana Rekam Medis	Pelaksanaan asesmen awal pasien rawat inap dan rawat jalan termasuk: <ul style="list-style-type: none">• Riwayat kesehatan• Pemeriksaan fisik	0 5 10	Acuan: PMK 269/Menkes/Per/III/2008 Regulasi RS: Kebijakan/Pedoman/Panduan/SPO tentang Pelayanan Rekam Medis, , tentang Asesmen Pasien Dokumen: <ul style="list-style-type: none">• Rekam medis rawat jalan• Rekam medis rawat inap
2. Setiap pasien mendapat asesmen psikologis awal yang sesuai dengan kebutuhannya.		<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan asesmen psikologis	0 5 10	
3. Setiap pasien mendapat asesmen sosial dan ekonomis awal sesuai kebutuhannya.		<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan asesmen sosial ekonomi	0 5 10	
4. Asesmen awal menghasilkan suatu diagnosis awal.		<ul style="list-style-type: none">• Penetapan diagnosis berdasarkan asesmen	0 5 10	

Standar AP.1.3

Kebutuhan pelayanan medis dan keperawatan ditetapkan berdasarkan asesmen awal dan dicatat pada catatan klinisnya.

Standar AP.1.3.1

Asesmen awal medis dan keperawatan pada pasien emergensi harus didasarkan atas kebutuhan dan keadaannya.

Maksud dan tujuan AP.1.3 dan AP.1.3.1

Hasil utama asesmen awal pasien adalah untuk memahami kebutuhan pelayanan medis dan pelayanan keperawatan sehingga pelayanan dan pengobatan dapat dimulai. Untuk mencapai ini, rumah sakit menetapkan isi minimal dari asesmen awal medis dan keperawatan serta asesmen lain (lihat juga AP.1.1), kerangka waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan asesmen (lihat juga AP.1.4) dan persyaratan dokumentasi asesmen (lihat juga AP.1.1). Selain asesmen medis dan keperawatan adalah penting untuk inisiasi pelayanan, kemungkinan diperlukan asesmen tambahan dari praktisi pelayanan kesehatan lain termasuk asesmen khusus dan asesmen individual (lihat juga AP.1.7). Semua asesmen ini harus terintegrasi (lihat juga AP.4) dan kebutuhan pelayanan yang paling urgen harus diidentifikasi (lihat juga AP.4.1).

Pada keadaan gawat darurat, asesmen awal medis dan keperawatan, dapat dibatasi pada kebutuhan dan kondisi yang nyata. Juga apabila tidak ada waktu untuk mencatat riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik yang lengkap dari seorang pasien gawat darurat yang perlu dioperasi, dibuat catatan pada diagnosis praoperatif sebelum tindakan dilaksanakan.

Elemen Penilaian AP.1.3	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Kebutuhan medis pasien ditetapkan melalui asesmen awal. Riwayat kesehatan terdokumentasi, juga pemeriksaan fisik dan asesmen lain yang dilaksanakan berdasarkan kebutuhan pasien yang teridentifikasi.	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala Unit Rawat Jalan • Kepala Unit Rawat Inap • Kepala Unit Rekam Medis • Pelaksana medis • Pelaksana keperawatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan asesmen awal meliputi riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik dan asesmen lain yang terdokumentasi, untuk menetapkan kebutuhan medis pasien 	0 5 10	Acuan: UU 29 2004 tentang Praktik Kedokteran PMK 269/Menkes/Per/III/2008 Regulasi RS: Kebijakan/Pedoman/Panduan/SPO tentang Pelayanan Rekam Medis, , tentang Asesmen Pasien : Medis, Keperawatan Dokumen: • Rekam medis rawat jalan
2. Kebutuhan keperawatan pasien ditetapkan melalui asesmen keperawatan yang didokumentasi, asesmen medis, dan asesmen lain yang dilaksanakan berdasarkan kebutuhan pasien.		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan asesmen keperawatan yang terdokumentasi, untuk menetapkan kebutuhan keperawatan pasien, serta asesmen lain sesuai kebutuhan pasien 	0 5 10	
3. Kebutuhan medis yang teridentifikasi dicatat dalam rekam medis.		<ul style="list-style-type: none"> • Pencatatan kebutuhan medis dalam rekam medis 	0 5 10	

4. Kebutuhan keperawatan yang teridentifikasi dicatat dalam rekam medis.		• Pencatatan kebutuhan keperawatan dalam rekam medis	0 5 10	• Rekam medis rawat inap
5. Kebijakan dan prosedur mendukung praktik yang konsisten dalam semua bidang.		• Regulasi terkait semua uraian di atas	0 5 10	
Elemen Penilaian AP.1.3.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Untuk pasien gawat darurat, asesmen medis berdasarkan kebutuhan dan kondisinya.	<ul style="list-style-type: none"> • Kepala Inst Gawat Darurat • Pelaksana medis dan keperawatan IGD 	• Pelaksanaan asesmen medis untuk pasien gawat darurat	0 5 10	Acuan: PMK 269/Menkes/Per/III/2008 Regulasi RS: Kebijakan/Pedoman/Panduan/SPO tentang Pelayanan Rekam Medis, tentang Asesmen Pasien Gawat Darurat, Operasi Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> • Rekam medis gawat darurat
2. Untuk pasien gawat darurat, asesmen keperawatan berdasarkan kebutuhan dan kondisinya.		• Pelaksanaan asesmen keperawatan untuk pasien gawat darurat	0 5 10	
3. Apabila operasi dilakukan, maka sedikitnya ada catatan ringkas dan diagnosis pra-operasi dicatat sebelum tindakan.		• Untuk pasien yang operasi ada catatan ringkas dan diagnosis pra-operasi	0 5 10	

Standar AP.1.4

Asesmen harus selesai dalam kerangka waktu yang ditetapkan rumah sakit.

Maksud dan tujuan AP.1.4

Untuk memulai pengobatan yang benar dan sesegera mungkin, asesmen awal harus diselesaikan secepat mungkin. Rumah sakit menetapkan kerangka waktu untuk menyelesaikan asesmen, khususnya asesmen medis dan keperawatan. Kerangka waktu yang akurat tergantung atas beberapa faktor, termasuk tipe pasien yang dilayani rumah sakit, kompleksitas dan durasi/lamanya pelayanan serta dinamika lingkungan pelayanan. Dengan pertimbangan ini, maka rumah sakit dapat menetapkan kerangka waktu asesmen yang berbeda untuk masing-masing unit kerja dan pelayanan.

Bila asesmen sebagian atau seluruhnya dilaksanakan diluar rumah sakit (misalnya, dipraktek dokter bedah), maka temuan dinilai ulang dan atau diverifikasi pada saat masuk sebagai pasien rawat inap sesuai waktu antara asesmen di luar dengan masuk rawat inap (lihat juga AP.1.4.1) dan sifat temuan yang penting, sesuai dengan kompleksitas pasien, rencana pelayanan dan pengobatan (misalnya, penilaian ulang mengkonfirmasi kejelasan diagnosis dan setiap rencana tindakan atau pengobatan; adanya hasil foto radiologi yang diperlukan untuk operasi, adanya perubahan pada kondisi pasien, seperti pengendalian gula darah dan identifikasi hasil laboratorium yang penting dan perlu diperiksa ulang).

Elemen Penilaian AP.1.4	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Kerangka waktu yang benar untuk melaksanakan asesmen harus ditetapkan untuk semua jenis dan tempat pelayanan.	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan rumah sakit Ketua kelompok staf medis Pelaksana medis Pelaksana keperawatan 	<ul style="list-style-type: none"> Penetapan kerangka waktu pelaksanaan asesmen pada semua pelayanan 	0 5 10	Kebijakan/Pedoman/Panduan/SPO tentang Asesmen Pasien
2. Asesmen diselesaikan dalam kerangka waktu yang ditetapkan rumah sakit.		<ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan asesmen sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan rumah sakit 	0 5 10	Dokumen: Rekam medis
3. Temuan dari semua asesmen diluar rumah sakit harus dinilai ulang dan diverifikasi pada saat pasien masuk rawat inap (lihat juga AP.1.4.1) untuk memperbarui atau mengulang bagian-bagian dari asesmen medis yang sudah lebih dari 30 hari; lihat juga MKI.1.6, EP 1).		<ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan asesmen ulang untuk pasien rawat inap 	0 5 10	

Standar AP.1.4.1

Asesmen awal medis dan keperawatan harus lengkap dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap atau lebih cepat tergantung kondisi pasien atau sesuai kebijakan rumah sakit.

Maksud dan tujuan AP.1.4.1

Asesmen awal medis dan keperawatan harus lengkap dalam waktu 24 jam sesudah pasien masuk rawat inap dan tersedia untuk digunakan bagi mereka yang memberikan pelayanan kepada pasien. Bila kondisi pasien mengharuskan, maka asesmen awal medis dan keperawatan dilaksanakan dan tersedia lebih dini/cepat. Jadi, untuk pasien gawat darurat, asesmen harus segera dilakukan dan kebijakan dapat menetapkan bahwa kelompok pasien tertentu harus dinilai lebih cepat dari 24 jam.

Bila asesmen medis awal dilaksanakan di ruang praktek pribadi dokter atau diluar rumah sakit sebelum dirawat di rumah sakit, maka hal ini harus terjadi sebelum 30 hari. Apabila waktu 30 hari terlampaui maka riwayat kesehatan harus diperbaharui dan pemeriksaan fisik diulangi. Untuk asesmen medis yang dilakukan dalam waktu 30 hari sebelum dirawat inap, maka setiap perubahan penting dari kondisi pasien harus dicatat sejak asesmen atau pada waktu admisi. Proses memperbaharui dan atau pemeriksaan ulang ini dapat dilakukan seseorang yang kompeten (lihat juga AP.4, Maksud dan Tujuan).

Elemen Penilaian 1.4.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Asesmen awal medis dilaksanakan dalam 24 jam pertama sejak rawat inap atau lebih dini/cepat sesuai kondisi pasien atau kebijakan rumah sakit.	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan rumah sakit Ketua kelompok dan staf medis Kepala unit/kepala ruang dan pelaksana keperawatan 	<ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan asesmen medis awal dilaksanakan dalam 24 jam pertama sejak rawat inap atau lebih cepat 	0 5 10	Kebijakan/Pedoman/Panduan/SPOT tentang Asesmen Pasien Dokumen: Rekam medis
2. Asesmen awal keperawatan dilaksanakan dalam 24 jam pertama sejak rawat inap atau lebih cepat sesuai kondisi pasien atau kebijakan rumah sakit.		<ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan asesmen keperawatan awal dilaksanakan dalam 24 jam pertama sejak rawat inap atau lebih cepat 	0 5 10	
3. Asesmen awal medis yang dilakukan sebelum pasien di rawat inap, atau sebelum tindakan pada rawat jalan di rumah sakit, tidak boleh lebih dari 30 hari, atau riwayat medis telah diperbaharui dan pemeriksaan fisik telah diulangi.		<ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan asesmen awal medis yang dilakukan sebelum pasien di rawat inap, atau sebelum tindakan pada rawat jalan di rumah sakit, yang tidak boleh lebih dari 30 hari, atau riwayat medis telah diperbaharui dan pemeriksaan fisik telah diulangi 	0 5 10	

4. Untuk asesmen kurang dari 30 hari, setiap perubahan kondisi pasien yang signifikan, sejak asesmen dicatat dalam rekam medis pasien pada saat masuk rawat inap.		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan pencatatan perubahan kondisi pasien yang signifikan untuk asesmen yang dilakukan kurang dari 30 hari, pada saat pasien masuk rawat inap 	0 5 10	
---	--	---	--------------	--

Standar AP.1.5

Temuan pada asesmen didokumentasikan dalam rekam medis pasien dan siap tersedia bagi para penanggung jawab asuhan pasien.

Maksud dan tujuan AP.1.5

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 lain yang berarti, 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. Secara khusus, asesmen medis dan keperawatan terdokumentasi dalam waktu 24 jam setelah penerimaan sebagai pasien rawat inap. Hal ini tidak menghalangi penempatan tambahan hasil asesmen yang lebih detail pada lokasi lain yang terpisah dalam rekam medis pasien, sepanjang tetap mudah diakses bagi mereka yang melayani pasien.

Elemen Penilaian AP.1.5	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Temuan pada asesmen dicatat dalam rekam medis pasien (lihat juga MKI.1.9.1, EP 1).	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan rumah sakit • Ketua kelompok dan staf medis • Kepala unit/kepala ruang dan pelaksana keperawatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan pencatatan temuan dari asesmen pada rekam medis 	0 5 10	Kebijakan/Pedoman/Panduan/SPO tentang Pelayanan Rekam Medis, tentang Asesmen Pasien, tentang pencatatan pada lokasi tertentu (Catatan Terintegrasi) Dokumen: Rekam medis
2. Mereka yang memberi pelayanan kepada pasien dapat menemukan dan mencari kembali hasil asesmen di rekam medis pasien atau di lokasi tertentu yang lain yang mudah diakses dan terstandar (lihat juga MKI.1.7, EP 2).		<ul style="list-style-type: none"> • Kemudahan dalam menemukan kembali hasil asesmen di rekam medis oleh mereka yang memberikan pelayanan kepada pasien 	0 5 10	
3. Asesmen medis dicatat dalam rekam medis pasien dalam waktu 24 jam setelah pasien di rawat inap.		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan asesmen medis yang dicatat dalam rekam medis dalam waktu 24 jam setelah pasien di rawat inap 	0 5 10	
4. Asesmen keperawatan dicatat dalam rekam medis pasien dalam waktu 24 jam setelah pasien dirawat inap.		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan asesmen keperawatan yang dicatat dalam rekam medis dalam waktu 24 jam setelah pasien di rawat inap 	0 5 10	

Standar AP.1.5.1				
Asesmen medis awal harus didokumentasikan sebelum tindakan anestesi atau bedah.				
Maksud dan tujuan AP.1.5.1				
Hasil asesmen medis dan setiap pemeriksaan diagnostik dicatat dalam rekam medis pasien sebelum tindakan anestesi atau bedah.				
Elemen Penilaian AP.1.5.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Kepada pasien yang direncanakan operasi, dilaksanakan asesmen medis sebelum operasi (lihat juga PAB.7, EP 1 dan 2).	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan rumah sakit• Ketua kelompok dan staf medis• Kepala unit/kepala ruang unit kerja terkait	<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan asesmen medis sebelum operasi bagi pasien yang direncanakan operasi	0 5 10	Kebijakan/Pedoman/Panduan/SPO tentang Asesmen Pasien, termasuk pasien akan dioperasi
2. Asesmen medis pasien bedah dicatat sebelum operasi.		<ul style="list-style-type: none">• Hasil asesmen medis dicatat dalam rekam medis sebelum operasi dimulai	0 5 10	
Standar AP.1.6				
Pasien di skrining untuk status gizi dan kebutuhan fungsional serta dikonsul untuk asesmen lebih lanjut dan pengobatan apabila dibutuhkan.				
Maksud dan tujuan AP.1.6				
Informasi yang didapat pada asesmen awal medis dan atau keperawatan, melalui penerapan kriteria skrining/penyaringan, dapat memberi indikasi bahwa pasien membutuhkan asesmen lebih lanjut / lebih mendalam tentang status gizi atau status fungsional, termasuk asesmen risiko jatuh. Asesmen lebih mendalam ini mungkin penting untuk mengidentifikasi pasien yang membutuhkan intervensi nutrisi, dan pasien yang membutuhkan pelayanan rehabilitasi medis atau pelayanan lain terkait dengan kemampuan fungsi yang independen atau pada kondisi potensial yang terbaik.				
Cara yang paling efektif untuk mengidentifikasi pasien dengan kebutuhan gizi atau fungsional adalah melalui kriteria skrining. Contoh, formulir asesmen awal keperawatan dapat memuat kriteria ini. Pada setiap kasus kriteria skrining dikembangkan oleh staf yang kompeten yang mampu melakukan asesmen lanjutan, dan bila perlu, membuat persyaratan pengobatan pasien. Contoh, kriteria skrining untuk risiko nutrisi dapat dikembangkan oleh perawat yang akan menerapkan kriteria tersebut, ahli gizi yang akan menyediakan intervensi diet yang direkomendasikan dan nutrisisionis yang mampu mengintegrasikan kebutuhan nutrisi dengan kebutuhan lain dari pasien.				

Elemen Penilaian 1.6	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Staf yang kompeten (<i>qualified</i>) mengembangkan kriteria untuk mengidentifikasi pasien yang memerlukan asesmen nutrisi lebih lanjut.	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan rumah sakit• Ketua kelompok dan staf medis• Kepala unit/kepala ruang unit kerja terkait• Pelaksana keperawatan	<ul style="list-style-type: none">• Kriteria risiko masalah nutrisi• Penyusunan kriteria oleh staf yang kompeten• Pelaksanaan asesmen nutrisi lebih lanjut	0 5 10	Regulasi RS: Kebijakan/Panduan/SPO tentang asesmen pasien, asesmen lanjut : nutrisi, fungsional Dokumen: <ul style="list-style-type: none">• Hasil asesmen di rekam medis• Bukti konsultasi
2. Pasien diskriming untuk risiko nutrisi sebagai bagian dari asesmen awal.		<ul style="list-style-type: none">• Penetapan risiko nutrisi sebagai hasil asesmen awal	0 5 10	
3. Pasien dengan risiko masalah nutrisi menurut kriteria akan mendapat asesmen gizi.		<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan asesmen gizi untuk pasien dengan risiko nutrisi	0 5 10	
4. Staf yang kompeten mengembangkan kriteria untuk mengidentifikasi pasien yang memerlukan asesmen fungsional lebih lanjut (lihat juga Sasaran Keselamatan Pasien VI, EP 1, terkait asesmen risiko jatuh).		<ul style="list-style-type: none">• Penyusunan kriteria oleh staf yang kompeten• Pelaksanaan asesmen fungsional lebih lanjut oleh staf yang kompeten	0 5 10	
5. Pasien disaring untuk menilai kebutuhan asesmen fungsional lebih lanjut sebagai bagian dari asesmen awal (lihat juga Sasaran Keselamatan Pasien VI, EP 2).		<ul style="list-style-type: none">• Penetapan risiko fungsional sebagai hasil asesmen awal	0 5 10	
6. Pasien yang memerlukan asesmen fungsional sesuai kriteria dikonsul untuk asesmen tersebut.		<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan asesmen fungsional untuk pasien dengan risiko fungsional	0 5 10	
Standar AP.1.7 Semua pasien rawat inap dan rawat jalan di skringing untuk rasa sakit dan dilakukan asesmen apabila ada rasa nyerinya.				

Maksud dan tujuan AP.1.7

Pada saat asesmen awal dan asesmen ulang, prosedur skrining dilakukan untuk mengidentifikasi pasien dengan rasa sakit, pasien dapat diobati di rumah sakit atau dirujuk untuk pengobatan. Lingkup pengobatan berdasarkan pelayanan yang tersedia di rumah sakit.

Bila pasien diobati di rumah sakit, dilaksanakan asesmen yang lebih komprehensif. Asesmen disesuaikan dengan umur pasien dan mengukur intensitas dan kualitas rasa nyeri, seperti karakter rasa nyeri, frekuensi, lokasi dan durasi. Asesmen ini dicatat sedemikian rupa agar memfasilitasi /memudahkan asesmen ulang yang reguler dan follow up sesuai kriteria yang dikembangkan oleh rumah sakit dan kebutuhan pasien.

Elemen Penilaian 1.7	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Pasien di skrining untuk rasa sakit (lihat juga PP.6, EP 1).	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan rumah sakit • Ketua kelompok dan staf medis • Kepala unit/kepala ruang unit kerja terkait • Pelaksana keperawatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan asesmen nyeri 	0 5 10	Regulasi RS: Kebijakan/Panduan/SPO tentang asesmen nyeri Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> • Hasil asesmen dan tindak lanjutnya di rekam medis • Bukti konsultasi
2. Apabila diidentifikasi ada rasa sakit pada asesmen awal, pasien dirujuk atau rumah sakit melakukan asesmen lebih mendalam, sesuai dengan umur pasien, dan pengukuran intensitas dan kualitas nyeri seperti karakter, kekerapan/frekuensi, lokasi dan lamanya.		<ul style="list-style-type: none"> • Tindak lanjut atas hasil asesmen nyeri 	0 5 10	
3. Asesmen dicatat sedemikian sehingga memfasilitasi asesmen ulangan yang teratur dan tindak lanjut sesuai kriteria yang dikembangkan oleh rumah sakit dan kebutuhan pasien.		<ul style="list-style-type: none"> • Hasil asesmen nyeri dicatat dalam rekam medis beserta tindak lanjutnya 	0 5 10	

Standar AP.1.8

Rumah sakit melaksanakan asesmen awal individual untuk populasi tertentu yang dilayani rumah sakit.

Maksud dan tujuan AP.1.8

Asesmen awal dari tipe-tipe pasien atau populasi pasien tertentu memerlukan modifikasi proses asesmen. Modifikasi ini didasarkan atas karakteristik yang unik atau menentukan setiap populasi pasien. Setiap rumah sakit mengidentifikasi kelompok pasien khusus dan memodifikasi proses asesmen untuk memenuhi kebutuhan khusus ini. Secara khusus, apabila rumah sakit, melayani satu atau lebih pasien atau populasi dengan kebutuhan khusus seperti daftar di bawah ini, maka rumah sakit melakukan asesmen individual untuk :

- Anak-anak
- Dewasa Muda
- Lanjut usia yang lemah
- Sakit terminal
- Pasien dengan rasa nyeri yang kronis dan intens
- Wanita dalam proses melahirkan
- Wanita dalam proses terminasi kehamilan
- Pasien dengan kelainan emosional atau gangguan jiwa
- Pasien diduga ketergantungan obat atau alkohol
- Korban kekerasan atau terlantar
- Pasien dengan infeksi atau penyakit menular
- Pasien yang mendapatkan kemoterapi atau radiasi
- Pasien yang daya imunnya direndahkan

Asesmen pasien yang diduga ketergantungan obat dan atau alkohol dan asesmen pasien korban kekerasan dan yang terlantar, dipengaruhi oleh budaya dari populasi dimana pasien berada. Asesmen disini tidak dimaksudkan untuk penemuan kasus secara proaktif. Tetapi asesmen pasien tersebut merupakan respons terhadap kebutuhan dan kondisi yang dapat diterima oleh budaya dan diperlakukan konfidensial.

Proses asesmen dimodifikasi agar konsisten dengan undang-undang dan peraturan dan standar profesi terkait dengan populasi dan situasi demikian dengan melibatkan keluarga bila perlu.

Elemen Penilaian 1.9	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Rumah Sakit menetapkan kriteria tertulis tentang asesmen tambahan, khusus atau lebih mendalam perlu dilaksanakan	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan rumah sakit• Ketua kelompok dan staf medis• Kepala unit/kepala ruang unit kerja terkait• Pelaksana keperawatan	<ul style="list-style-type: none">• Penetapan dan pelaksanaan asesmen tambahan	0 5 10	Regulasi RS: Kebijakan/Panduan/SPO tentang asesmen tambahan/khusus
2. Proses asesmen untuk populasi pasien dengan kebutuhan khususnya dimodifikasi secara tepat sehingga mencerminkan kebutuhan pasien		<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan modifikasi asesmen untuk pasien dengan kebutuhan khusus sesuai dengan kebutuhan pasien	0 5 10	Dokumen: <ul style="list-style-type: none">• Hasil asesmen dan tindak lanjutnya di rekam medis

Standar AP.1.9

Kepada pasien yang akan meninggal dan keluarganya, dilakukan asesmen dan asesmen ulang sesuai kebutuhan individual mereka

Maksud dan tujuan AP.1.9

Asesmen dan asesmen ulang perlu dilaksanakan secara individual untuk memenuhi kebutuhan pasien dan keluarga apabila pasien mendekati kematian. Asesmen dan asesmen ulang, sesuai kondisi pasien, harus mengevaluasi :

- Gejala seperti mau muntah dari kesulitan pernapasan
- Faktor-faktor yang meningkatkan dan membangkitkan gejala fisik
- Manajemen gejala saat ini dan hasil respon pasien
- Orientasi spritual pasien dan keluarga dan kalau perlu keterlibatan kelompok agama
- Urusan dan kebutuhan spiritual pasien dan keluarga, seperti putus asa, penderitaan, rasa bersalah atau pengampunan
- Status psikososial pasien dan keluarga seperti hubungan keluarga, lingkungan rumah yang memadai apabila diperlukan perawatan di rumah, cara mengatasi dan reaksi pasien dan keluarga atas penyakit pasien
- Kebutuhan dukungan atau kelonggaran pelayanan (*respite services*) bagi pasien, keluarga dan pemberi pelayanan lain
- Kebutuhan akan alternatif atau tingkat pelayanan lain
- Faktor risiko bagi yang ditinggalkan dalam hal cara mengatasi dan potensi reaksi patologis atas kesedihan.

Elemen Penilaian 1.9	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Pasien yang akan meninggal dan keluarganya dilakukan asesmen dan asesmen ulang untuk elemen a s/d i dalam Maksud dan Tujuan sesuai kebutuhan mereka yang diidentifikasi.	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan rumah sakit Ketua kelompok dan staf medis Kepala unit/kepala ruang unit kerja terkait Pelaksana keperawatan 	<ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan asesmen bagi pasien yang akan meninggal 	0 5 10	Regulasi RS: Kebijakan/Panduan/SPO tentang asesmen pasien terminal Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> Hasil asesmen dan tindak lanjutnya di rekam medis
2. Temuan dalam asesmen mengarahkan pelayanan yang diberikan (lihat juga AP.2, EP 2)		<ul style="list-style-type: none"> Pelayanan yang diberikan sesuai dengan hasil asesmen 	0 5 10	
3. Temuan dalam asesmen didokumentasikan dalam rekam medis pasien		<ul style="list-style-type: none"> Hasil asesmen dicatat dalam rekam medis 	0 5 10	

Standar AP.1.10

Asesmen awal termasuk penetapan kebutuhan untuk tambahan asesmen khusus.

Maksud dan tujuan AP.1.10

Proses asesmen awal dapat mengidentifikasi kebutuhan akan asesmen lain seperti untuk gigi, pendengaran, mata dan seterusnya. Rumah sakit merujuk pasien untuk asesmen tsb apabila pelayanan ini tersedia di rumah sakit atau dilingkungannya.

Elemen Penilaian 1.10	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Bila teridentifikasi kebutuhan tambahan asesmen khusus, pasien dirujuk didalam atau keluar rumah sakit (lihat juga APK.3, EP 1)	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan rumah sakit Ketua kelompok dan staf medis Kepala unit/kepala ruang unit kerja terkait 	<ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan rujukan bila teridentifikasi adanya kebutuhan tambahan asesmen khusus 	0 5 10	Regulasi RS: Kebijakan/Panduan/SPO tentang asesmen pasien
2. Asesmen khusus yang dilakukan didalam rumah sakit dilengkapi dan dicatat dalam rekam medis pasien	<ul style="list-style-type: none"> Pelaksana keperawatan 	<ul style="list-style-type: none"> Pencatatan hasil asesmen khusus di dalam rekam medis 	0 5 10	Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> Hasil asesmen khusus dan tindak lanjutnya di rekam medis

Standar AP.1.11

Asesmen awal termasuk menentukan kebutuhan rencana pemulangan pasien (*discharge*)

Maksud dan tujuan AP.1.11

Kontinuitas pelayanan mempersyaratkan persiapan dan pertimbangan khusus untuk beberapa pasien tertentu seperti rencana pemulangan pasien. Rumah sakit mengembangkan mekanisme seperti daftar kriteria untuk mengidentifikasi pasien, yang rencana pemulangannya kritis, antara lain karena umur, kesulitan mobilitas /gerak, kebutuhan pelayanan medis dan keperawatan berkelanjutan atau bantuan dalam aktivitas hidup sehari-hari. Karena perencanaan proses pemulangan pasien dapat membutuhkan waktu agak lama, maka proses asesmen dan perencanaan dapat dimulai segera setelah pasien diterima sebagai pasien rawat inap.

Elemen Penilaian 1.11	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Ada proses untuk identifikasi pasien yang rencana pemulangannya kritis (<i>discharge</i>) (lihat juga APK.3, EP 2)	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan rumah sakit Ketua kelompok dan staf medis Kepala unit/kepala ruang unit kerja terkait 	<ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan identifikasi pasien yang pemulangannya kritis 	0 5 10	Regulasi RS: Kebijakan/Panduan/SPO tentang rencana pemulangan pasien
2. Rencana pemulangan bagi pasien seperti ini dimulai segera setelah pasien diterima sebagai pasien rawat inap (lihat juga APK 3, EP 4).	<ul style="list-style-type: none"> Pelaksana keperawatan 	<ul style="list-style-type: none"> Bukti rencana pemulangan yang dimulai sejak penerimaan pasien rawat inap 	0 5 10	Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> Hasil identifikasi dan rencana pemulangan di rekam medis

Standar AP.2

Semua pasien dilakukan asesmen ulang pada interval tertentu atas dasar kondisi dan pengobatan untuk menetapkan respons terhadap pengobatan dan untuk merencanakan pengobatan atau untuk pemulangan pasien.

Maksud dan tujuan AP.2

Asesmen ulang oleh para praktisi pelayanan kesehatan adalah kunci untuk memahami apakah keputusan pelayanan sudah tepat dan efektif. Pasien dilakukan asesmen ulang selama proses pelayanan pada interval tertentu berdasarkan kebutuhan dan rencana pelayanan atau sesuai kebijakan dan prosedur rumah sakit. Hasil asesmen ulang dicatat dalam rekam medis pasien untuk informasi dan digunakan oleh semua staf yang memberi pelayanan (lihat juga MKI.19.1, EP 5).

Asesmen ulang oleh dokter terintegrasi dalam proses asuhan pasien yang sedang berlangsung. Dokter melakukan asesmen pasien gawat darurat setiap hari, termasuk akhir minggu, dan bila sudah ada perubahan yang signifikan pada kondisi pasien.

Asesmen ulang dilaksanakan dan hasilnya dicatat dalam rekam medis pasien :

- Pada interval yang reguler selama pelayanan (contoh, secara periodik perawat mencatat tanda-tanda vital sesuai kebutuhan berdasarkan kondisi pasien).
- Setiap hari oleh dokter pada pasien akut atau lebih jarang sesuai kebijakan rumah sakit.
- Sebagai respons terhadap perubahan kondisi pasien yang signifikan.
- Bila diagnosis pasien telah berubah dan kebutuhan asuhan memerlukan perubahan rencana.
- Untuk menetapkan apakah obat-obatan dan pengobatan lain telah berhasil dan pasien dapat dipindahkan atau dipulangkan.

Elemen Penilaian AP.2	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Pasien dilakukan asesmen ulang untuk menentukan respons mereka terhadap pengobatan (lihat juga PAB.5.3, EP 1 dan 2; PAB.7.3, EP 1 dan 2; MPO.7, EP 1; dan PP.5, EP 3).	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan rumah sakit • Ketua kelompok dan staf medis • Kepala unit/kepala ruang unit kerja terkait • Pelaksana keperawatan 	Pelaksanaan asesmen ulang untuk menentukan respons pasien terhadap pengobatan	0 5 10	Kebijakan/Pedoman/Panduan/SPO tentang Asesmen Pasien Dokumen: Rekam medis
2. Pasien dilakukan asesmen ulang untuk perencanaan pengobatan lanjutan atau pemulangan pasien (lihat juga APK.3, EP 2 dan 3; PP.7.1, EP 2; PAB.5.3, EP 1 dan 2; dan AP.1.9, EP 2).		Pelaksanaan asesmen ulang untuk perencanaan pengobatan lanjutan atau pemulangan pasien	0 5 10	

3. Pasien dilakukan asesmen ulang dalam interval sesuai dengan kondisi pasien dan bilamana terjadi perubahan yang signifikan pada kondisi mereka, rencana asuhan, kebutuhan individual atau sesuai kebijakan dan prosedur rumah sakit (lihat juga PAB.3, EP 1 dan PAB.5.3, EP 1) .		Pelaksanaan asesmen ulang dalam interval sesuai dengan kondisi pasien dan bilamana terjadi perubahan yang signifikan pada kondisi mereka, rencana asuhan, kebutuhan individual atau sesuai kebijakan dan prosedur rumah sakit	0 5 10	
4. Dokter melakukan asesmen ulang sekurang-kurangnya setiap hari, termasuk akhir minggu, selama fase akut dari perawatan dan pengobatannya.		Pelaksanaan asesmen ulang oleh dokter sekurang-kurangnya setiap hari, termasuk akhir minggu, selama fase akut dari perawatan dan pengobatannya.	0 5 10	
5. Untuk pasien nonakut, kebijakan rumah sakit menetapkan keadaan, dan tipe pasien atau populasi pasien, dimana asesmen oleh dokter bisa kurang dari sekali sehari dan menetapkan interval minimum untuk jadwal asesmen ulang bagi kasus seperti ini.		Regulasi rumah sakit bahwa untuk pasien nonakut, ditetapkan bahwa keadaan, tipe pasien atau populasi pasien, asesmen oleh dokter bisa kurang dari sekali sehari dan menetapkan interval minimum untuk jadwal asesmen ulang bagi kasus seperti ini	0 5 10	
6. Asesmen ulang didokumentasikan dalam rekam medis pasien.		Bukti pelaksanaan asesmen ulang didokumentasikan dalam rekam medis pasien	0 5 10	
Standar AP.3 Staf yang kompeten melaksanakan asesmen dan asesmen ulang.				
Maksud dan tujuan AP.3 Asesmen dan asesmen ulang pasien adalah proses yang penting yang membutuhkan pendidikan khusus, pelatihan, pengetahuan dan ketrampilan. Jadi, untuk setiap jenis asesmen, ditetapkan individu yang kompeten untuk melaksanakan asesmen dan tanggung jawabnya dibuat tertulis. Secara khusus, mereka yang kompeten untuk melakukan asesmen gawat darurat atau dan asesmen terhadap kebutuhan pelayanan keperawatan harus diidentifikasi dengan jelas. Asesmen dilaksanakan oleh setiap disiplin dalam lingkup prakteknya, perizinan, undang-undang dan peraturan yang berlaku atau sertifikasi.				

Elemen Penilaian AP.3	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Petugas yang kompeten yang melakukan asesmen pasien dan asesmen ulang ditetapkan oleh rumah sakit.	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan rumah sakit• Ketua kelompok dan staf medis• Kepala unit/kepala ruang unit kerja terkait• Pelaksana keperawatan	Penetapan rumah sakit tentang petugas yang kompeten untuk melakukan asesmen pasien dan asesmen ulang	0 5 10	Kebijakan/Pedoman/Panduan/SPO tentang asesmen pasien, kredensialing, pemberian kewenangan Dokumen: Uraian tugas wewenang Rekam medis
2. Hanya mereka yang diizinkan dengan lisensi, sesuai undang-undang dan peraturan yang berlaku, atau sertifikasi, yang dapat melakukan asesmen.		Penetapan bahwa hanya mereka yang diizinkan dengan lisensi, sesuai undang-undang dan peraturan yang berlaku, atau sertifikasi, yang dapat melakukan asesmen.	0 5 10	
3. Asesmen gawat darurat dilaksanakan oleh petugas yang kompeten.		Pelaksanaan asesmen gawat darurat oleh petugas yang kompeten	0 5 10	
4. Asesmen keperawatan dilaksanakan oleh mereka yang kompeten.		Pelaksanaan asesmen keperawatan oleh mereka yang kompeten	0 5 10	
5. Mereka yang kompeten melaksanakan asesmen dan asesmen ulang terhadap pasien, dan tanggung jawabnya ditetapkan secara tertulis (lihat juga KPS.1.1, EP 1 dan 2 dan KPS.10, EP 1).		Pelaksanaan bahwa mereka yang kompeten melaksanakan asesmen dan asesmen ulang terhadap pasien, dan tanggung jawabnya ditetapkan secara tertulis	0 5 10	
Standar AP.4 Staf medis, keperawatan dan staf lain yang bertanggung jawab atas pelayanan pasien, bekerja sama dalam menganalisis dan mengintegrasikan asesmen pasien.				
Standar AP.4.1 Kebutuhan pelayanan paling urgenatau penting di identifikasi.				

Maksud dan tujuan AP.4 dan AP.4.1

Pasien mungkin menjalani banyak jenis asesmen diluar dan didalam rumah sakit oleh berbagai unit kerja dan berbagai pelayanan. Akibatnya, terdapat berbagai informasi, hasil tes dan data lain di rekam medis pasien (lihat juga AP.1.4.1, Maksud dan Tujuan). Manfaatnya akan besar bagi pasien, apabila staf yang bertanggung jawab atas pasien bekerja sama menganalisis temuan pada asesmen dan mengkombinasikan informasi dalam suatu gambaran komprehensif dari kondisi pasien. Dari kerja sama ini, kebutuhan pasien diidentifikasi, ditetapkan urutan kepentingannya, dan dibuat keputusan pelayanan. Integrasi dari temuan ini akan memfasilitasi koordinasi pemberian pelayanan (lihat juga PP.2). Proses kerja sama adalah sederhana dan informal bila kebutuhan pasien tidak kompleks. Pada pasien dengan kebutuhan yang kompleks kebutuhannya yang tidak jelas, mungkin diperlukan pertemuan formal tim pengobatan, rapat kasus dan ronde pasien. Pasien, keluarga dan orang lain yang membuat keputusan atas nama pasien dapat di ikutsertakan dalam proses pengambilan keputusan, bila perlu.

Elemen Penilaian AP.4	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Data dan informasi asesmen pasien dianalisis dan diintegrasikan (lihat juga PP.1, EP 1).	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan rumah sakit• Ketua kelompok dan staf medis• Kepala unit/kepala ruang unit kerja terkait• Pelaksana keperawatan	Pelaksanaan bahwa data dan informasi asesmen pasien dianalisis dan diintegrasikan	0 5 10	Kebijakan/Pedoman/Panduan/SPO tentang Pelayanan Rekam Medis, tentang Asesmen Pasien, tentang Asesmen terintegrasi, tentang pencatatan pada lokasi tertentu (Catatan Terintegrasi) Dokumen: Rekam medis
2. Mereka yang bertanggung jawab atas pelayanan pasien diikutsertakan dalam proses.		Mereka yang bertanggung jawab atas pelayanan pasien diikutsertakan dalam proses	0 5 10	

Elemen Penilaian AP.4.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Kebutuhan pasien disusun skala prioritasnya berdasarkan hasil asesmen.	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan rumah sakit • Ketua kelompok dan staf medis • Kepala unit/kepala ruang unit kerja terkait • Pelaksana keperawatan 	Kebutuhan pasien disusun skala prioritasnya berdasarkan hasil asesmen	0 5 10	Kebijakan/Pedoman/Panduan/SPO tentang Pelayanan Rekam Medis, tentang Asesmen Pasien, tentang Asesmen terintegrasi, Penetapan prioritas asuhan, tentang pencatatan pada lokasi tertentu (Catatan Terintegrasi), tentang pemberian informasi hasil-rencana asuhan. Dokumen: Rekam medis
2. Pasien dan keluarga diberi informasi tentang hasil dari proses asesmen dan setiap diagnosis yang telah ditetapkan apabila diperlukan (lihat juga HPK.2.1, EP 1).		Pasien dan keluarga diberi informasi tentang hasil dari proses asesmen dan setiap diagnosis yang telah ditetapkan apabila diperlukan	0 5 10	
3. Pasien dan keluarganya diberi informasi tentang rencana pelayanan dan pengobatan dan diikutsertakan dalam keputusan tentang prioritas kebutuhan yang perlu dipenuhi (lihat juga HPK.2.1, EP 2 dan 4 dan APK.1.2, EP 5).		Pelaksanaan pemberian informasi kepada pasien dan keluarganya tentang rencana pelayanan dan pengobatan, dan diikutsertakan dalam keputusan tentang prioritas kebutuhan yang perlu dipenuhi	0 5 10	
PELAYANAN LABORATORIUM				
Standar AP.5 Ada pelayanan laboratorium untuk memenuhi kebutuhan pasien dan semua jenis pemeriksaan sesuai dengan standar nasional, undang-undang dan peraturan.				
Maksud dan tujuan AP.5 Rumah sakit mempunyai sistem untuk memberikan pelayanan laboratorium, termasuk pelayanan patologi klinik, yang dibutuhkan pasien rumah sakit, pelayanan klinis yang diberikan, dan kebutuhan para pemberi pelayanan. Pelayanan laboratorium diorganisir dan diberikan sesuai standar nasional, undang-undang dan peraturan yang berlaku. Pelayanan laboratorium, termasuk yang diperlukan untuk gawat darurat, dapat diberikan di dalam lingkungan rumah sakit, atau dengan melakukan kerjasama dengan pihak lain, atau keduanya. Pelayanan laboratorium harus tersedia di luar jam kerja untuk gawat darurat. Pelayanan dari luar rumah sakit harus mudah dicapai pasien. Rumah sakit menyeleksi pelayanan laboratorium diluar rumah sakit berdasarkan rekomendasi direktur atau staf yang bertanggung jawab atas pelayanan laboratorium. Pelayanan laboratorium diluar rumah sakit harus memenuhi undang-undang dan peraturan serta mempunyai reputasi akurasi/ketelitian dan pelayanan tepat waktu. Pasien diberi informasi apabila pelayanan laboratorium diluar rumah sakit tersebut dimiliki oleh dokter yang merujuk.				

Elemen Penilaian AP.5	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Pelayanan laboratorium harus memenuhi standar, nasional, undang-undang dan peraturan.	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Kepala unit/pelayanan laboratorium Pelaksana laboratorium 	<ul style="list-style-type: none"> Pelayanan laboratorium harus memenuhi standar, nasional, undang-undang dan peraturan. 	0 5 10	Acuan: Pedoman Praktik Laboratorium Kesehatan Yang Benar, Depkes, 2008 Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> Kebijakan/Pedoman/SPO pelayanan laboratorium, pelayanan laboratorium luar Program laboratorium Dokumen: Sertifikat mutu MoU dengan laboratorium diluar rumah sakit
2. Pelayanan laboratorium yang adekuat, teratur dan nyaman tersedia untuk memenuhi kebutuhan		<ul style="list-style-type: none"> Tersedia pelayanan laboratorium yang adekuat, teratur dan nyaman untuk memenuhi kebutuhan 	0 5 10	
3. Pelayanan laboratorium untuk gawat darurat tersedia, termasuk diluar jam kerja.		<ul style="list-style-type: none"> Pelayanan laboratorium untuk gawat darurat tersedia selama 24 jam 	0 5 10	
4. Pelayanan laboratorium diluar rumah sakit dipilih berdasarkan reputasi yang baik dan yang memenuhi undang-undang dan peraturan.		<ul style="list-style-type: none"> Pemilihan pelayanan laboratorium diluar rumah sakit berdasarkan reputasi yang baik dan yang memenuhi undang-undang dan peraturan. 	0 5 10	
5. Pasien diberi tahu bila ada hubungan antara dokter yang merujuk dengan pelayanan laboratorium diluar rumah sakit (lihat juga TKP.6.1, EP 1).		<ul style="list-style-type: none"> Pemberitahuan kepada pasien bahwa ada hubungan antara dokter yang merujuk dengan pelayanan laboratorium diluar rumah sakit (sebagai pemilik) 	0 5 10	

Standar AP.5.1

Ada program keamanan (*safety*) di Laboratorium, dijalankan dan didokumentasikan.

Maksud dan tujuan AP.5.1

Ada program keamanan yang aktif di laboratorium dengan tingkatan sesuai dengan risiko dan kemungkinan bahaya dalam laboratorium. Program ini mengatur praktek keamanan dan langkah-langkah pencegahan bagi staf laboratorium, staf lain dan pasien apabila berada di laboratorium. Program laboratorium ini di koordinasi oleh manajemen program keamanan / keselamatan rumah sakit.

Program keamanan laboratorium termasuk :

- Kebijakan dan prosedur tertulis yang mendukung pemenuhan standar dan peraturan.
- Kebijakan dan prosedur tertulis untuk penanganan dan pembuangan bahan infeksius dan berbahaya (lihat juga MFK.5, EP 2 dan PPI.7.2, EP 1 dan 2).
- Tersedianya peralatan keamanan sesuai praktek di laboratorium dan untuk bahaya yang dihadapi.
- Orientasi bagi semua staf laboratorium untuk prosedur dan praktek keamanan kerja.
- Pendidikan (*in service education*) untuk prosedur-prosedur baru dan pengenalan bahan berbahaya yang baru dikenali/diperoleh.

Elemen Penilaian AP.5.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Ada program keselamatan/keamanan laboratorium yang mengatur risiko keselamatan yang potensial di laboratorium dan di area lain yang mendapat pelayanan laboratorium (lihat juga MFK.4 dan MFK.5).	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala unit/pelayanan laboratorium • Pelaksana laboratorium 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan program keselamatan/keamanan laboratorium yang mengatur risiko keselamatan yang potensial di laboratorium dan di area lain yang mendapat pelayanan laboratorium 	0 5 10	Acuan: <ul style="list-style-type: none"> • KMK 432/Menkes/SK/IV/2007 tentang Pedoman Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) di Rumah Sakit • KMK 1087/Menkes/SK/VIII/2010 tentang Standar Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit • Pedoman Praktik Laboratorium Kesehatan Yang Benar, Depkes, 2008 Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> • Kebijakan/Pedoman/SPO pelayanan laboratorium
2. Program ini adalah bagian dari program manajemen keselamatan / keamanan rumah sakit dan melaporkan ke struktural manajemen keselamatan tersebut, sekurang-kurangnya setahun sekali atau bila terjadi insiden keselamatan (lihat juga MFK.4, EP 2).		<ul style="list-style-type: none"> • Program keselamatan/keamanan laboratorium merupakan bagian dari program manajemen keselamatan / keamanan rumah sakit, dan dilaporkan sekurang-kurangnya setahun sekali atau bila terjadi insiden keselamatan 	0 5 10	
3. Ada kebijakan dan prosedur tertulis tentang penanganan dan pembuangan bahan berbahaya (lihat juga MFK.5, EP 2).		<ul style="list-style-type: none"> • Ada regulasi dan pelaksanaan tentang penanganan dan pembuangan bahan berbahaya (B3) 	0 5 10	

4. Identifikasi risiko keselamatan dijabarkan melalui proses yang spesifik dan atau peralatan untuk mengurangi risiko keselamatan (lihat juga MFK. 5, EP 5).		<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan identifikasi risiko keselamatan yang dijabarkan melalui proses yang spesifik dan atau adanya peralatan untuk mengurangi risiko keselamatan	0 5 10	<ul style="list-style-type: none">• Program Keselamatan/Keamanan laboratorium• Kebijakan/Panduan/SPO tentang B3 dan APD• Kebijaka/Panduan/SPO tentang K3RS
5. Staf laboratorium diberikan orientasi untuk prosedur dan praktik keselamatan/keamanan kerja (lihat juga MFK.11, EP 1; TKP.5.4, EP 1 dan 2; TKP.6.1, EP 1).		<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan orientasi untuk staf laboratorium tentang prosedur dan praktik keselamatan/keamanan kerja	0 5 10	Dokumen: Pelaksanaan pelatihan
6. Staf laboratorium mendapat pelatihan-pendidikan untuk prosedur baru dan penggunaan bahan berbahaya yang baru (lihat juga KPS.8, EP 3 dan 4).		<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan pelatihan untuk staf laboratorium tentang prosedur baru dan penggunaan bahan berbahaya (B3) yang baru	0 5 10	
Standar AP.5.2				
Staf yang benar-benar kompeten dan berpengalaman melaksanakan tes dan membuat interpretasi hasil-hasil.				
Maksud dan tujuan AP.5.2				
Rumah sakit menetapkan staf laboratorium yang melaksanakan tes, termasuk yang disetujui melaksanakan tes skrining di ruang rawat (<i>bedside</i>) dan staf yang mengarahkan atau mensupervisi staf pelaksana pemeriksaan. Staf supervisor dan staf teknis mendapat latihan secara baik dan adekuat, berpengalaman, punya keterampilan dan diorientasikan pada pekerjaannya. Staf teknis diberikan tugas, sesuai dengan latihan dan pengalamannya. Sebagai tambahan, ada cukup jumlah staf untuk melaksanakan tes cito dan tersedia staf secukupnya selama seluruh jam pelayanan dan untuk gawat darurat.				

Elemen Penilaian AP.5.2	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Para petugas yang melaksanakan tes dan mereka yang mengarahkan atau mensupervisi tes ditetapkan.	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Kepala unit/pelayanan laboratorium• Pelaksana laboratorium	<ul style="list-style-type: none">• Penetapan petugas yang melaksanakan pemeriksaan laboratorium, dan staf yang mengarahkan atau mensupervisi pelaksanaan pemeriksaan laboratorium	0 5 10	Acuan: KMK 370 tahun 2007 tentang standar profesi ahli tehnologi laboratorium kesehatan
2. Ada staf yang kompeten dan cukup berpengalaman melaksanakan tes (lihat juga KPS.4, EP 1).		<ul style="list-style-type: none">• Staf yang melaksanakan pemeriksaan laboratorium memiliki kompetensi dan cukup berpengalaman	0 5 10	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none">• Pedoman pengorganisasian laboratorium (pola ketenagaan)• Kebijakan/Pedoman/Panduan/SP O tentang kompetensi,kredensialing, pemberian kewenangan
3. Ada staf yang kompeten dan cukup berpengalaman melakukan interpretasi hasil tes (lihat juga KPS.4, EP 1).		<ul style="list-style-type: none">• Ada staf yang kompeten dan cukup berpengalaman melakukan interpretasi hasil tes (lihat juga KPS.4, EP 1).	0 5 10	
4. Tersedia jumlah staf yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan pasien.		<ul style="list-style-type: none">• Tersedia jumlah staf yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan pasien.	0 5 10	
5. Staf supervisor kompeten (<i>qualified</i>) dan berpengalaman.		<ul style="list-style-type: none">• Staf yang ditunjuk sebagai supervisor memiliki kompetensi(<i>qualified</i>) dan cukup berpengalaman.	0 5 10	Dokumen: Sertifikat kompetensi

Standar AP.5.3

Hasil pemeriksaan laboratorium tersedia / selesai dalam waktu sesuai ketetapan rumah sakit.

Maksud dan tujuan AP.5.3

Rumah sakit menetapkan jangka waktu yang dibutuhkan untuk melaporkan hasil tes laboratorium. Hasil dilaporkan dalam kerangka waktu berdasarkan kebutuhan pasien, pelayanan yang ditawarkan, dan kebutuhan staf klinis. Pemeriksaan pada gawat darurat dan diluar jam kerja serta pada akhir minggu termasuk dalam ketentuan ini. Hasil pemeriksaan yang urgen,, seperti dari unit gawat darurat, kamar bedah dan unit pelayanan intensif, diberikan perhatian khusus dalam proses pengukuran mutu. Sebagai tambahan, bila pelayanan laboratorium dilakukan bekerja sama dengan pihak luar rumah sakit, laporan hasil pemeriksaan juga harus tepat waktu sesuai dengan kebijakan yang ditetapkan rumah sakit atau yang tercantum dalam kontrak (lihat juga AP.5.3.1).

Elemen Penilaian AP.5.3	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Rumah sakit menetapkan waktu yang diharapkan untuk laporan hasil pemeriksaan.	• Pimpinan RS • Kepala unit/pelayanan laboratorium • Pelaksana laboratorium	• Penetapan waktu selesainya laporan hasil pemeriksaan.	0 5 10	Regulasi RS: • Program mutu pelayanan laboratorium • Kebijakan/Pedoman/SPO pelayanan laboratorium
2. Ketepatan waktu melaporkan hasil pemeriksaan yang urgen / gawat darurat diukur.		• Pemantauan ketepatan waktu laporan hasil pemeriksaan yang urgen / gawat darurat	0 5 10	
3. Hasil laboratorium dilaporkan dalam kerangka waktu guna memenuhi kebutuhan pasien (lihat juga PAB.7, EP 1).		• Hasil laboratorium selesai dalam kerangka waktu yang ditetapkan untuk memenuhi kebutuhan pasien	0 5 10	Dokumen: Laporan hasil
Standar AP.5.3.1. Ada prosedur melaporkan hasil tes diagnostik yang kritis				
Maksud dan tujuan AP.5.3.1. Pelaporan dari tes diagnostik yang kritis adalah bagian dari pokok persoalan keselamatan pasien. Hasil tes 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 praktisi kesehatan mewaspadaikan hasil kritis dari tes diagnostik dan bagaimana staf mendokumentasikan komunikasi ini (lihat juga Sasaran Keselamatan Pasien 2, EP 2 dan 4, dan AP.5.3). Proses ini dikembangkan rumah sakit untuk pengelolaan hasil kritis dari tes diagnostik untuk menyediakan pedoman bagi para praktisi untuk meminta dan menerima hasil tes pada keadaan gawat darurat. Prosedur ini meliputi juga penetapan tes kritis dan ambang nilai kritis bagi setiap tipe tes, oleh siapa dan kepada siapa hasil tes kritis harus dilaporkan, dan menetapkan metode monitoring yang memenuhi ketentuan.				
Elemen Penilaian AP.5.3.1.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Metode kolaboratif digunakan untuk mengembangkan prosedur untuk pelaporan hasil yang kritis dari pemeriksaan diagnostik	• Pimpinan RS • Kepala unit/pelayanan laboratorium • Pelaksana laboratorium	• Pelaksanaan metode kolaboratif terhadap pemberian hasil yang kritis dari pemeriksaan diagnostik	0 5 10	Regulasi RS: Program mutu pelayanan laboratorium Prosedur tentang Hasil kritis

2. Prosedur ini menetapkan nilai ambang kritis untuk setiap tes		<ul style="list-style-type: none"> • Penetapan nilai ambang kritis (normal) untuk setiap pemeriksaan laboratorium 	0 5 10	Dokumen: Laporan Hasil
3. Prosedur menetapkan oleh siapa dan kepada siapa hasil yang kritis dari pemeriksaan diagnostik harus dilaporkan		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan pelaporan hasil yang kritis dari pemeriksaan diagnostik sebelum diserahkan 	0 5 10	
4. Prosedur menetapkan apa yang dicatat didalam rekam medis pasien		<ul style="list-style-type: none"> • Ketentuan tentang hal-hal yang dicatat didalam rekam medis pasien 	0 5 10	
5. Proses dimonitor agar pemenuhan ketentuan dan dimodifikasi berdasarkan hasil monitoring		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan monitoring terhadap implementasi ketentuan yang ada, dan adanya revisi prosedur berdasarkan hasil evaluasi 	0 5 10	

Standar AP.5.4

Semua peralatan untuk pemeriksaan laboratorium diperiksa secara teratur, ada upaya pemeliharaan, dan kalibrasi, dan ada pencatatan terus menerus untuk kegiatan tsb.

Maksud dan tujuan AP.5.4

Staf laboratorium bekerja untuk memastikan bahwa semua peralatan berfungsi baik, termasuk peralatan yang digunakan untuk pemeriksaan di ruangan, berfungsi pada tingkat yang dapat diterima, dan aman bagi para operator. Program pengelolaan peralatan laboratorium meliputi :

- Seleksi dan pengadaan peralatan.
- Identifikasi dan Inventarisasi peralatan.
- Asesmen penggunaan peralatan melalui inspeksi, tes, kalibrasi dan pemeliharaan.
- Monitoring dan melaksanakan catatan bahaya di peralatan, penarikan peralatan, insiden yang harus dilaporkan, problem dan kegagalan-kegagalan.
- Mendokumentasikan program pengelolaan.

Frekuensi tes, pemeliharaan, dan kalibrasi berhubungan dengan penggunaan peralatan laboratorium dan pencatatan riwayat pemakaian.

Elemen Penilaian AP.5.4	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Ada program pengelolaan peralatan laboratorium dan bukti pelaksanaan (lihat juga MFK.8, EP 1).	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala unit / pelayanan laboratorium • Pelaksana laboratorium 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan program pengelolaan peralatan laboratorium dan bukti pelaksanaannya 	0 5 10	Acuan: Pedoman Operasional dan Pemeliharaan Peralatan Kesehatan, Depkes, 2001

2. Program termasuk proses seleksi dan pengadaan alat.		<ul style="list-style-type: none">• Program termasuk proses seleksi dan pengadaan alat.	0 5 10	Regulasi Program Pemeliharaan Alat Dokumen: Bukti proses pengelolaan peralatan Bukti pemeliharaan berkala Bukti kalibrasi
3. Program termasuk proses inventarisasi alat (lihat juga MFK.8, EP 2).		<ul style="list-style-type: none">• Program termasuk proses inventarisasi alat	0 5 10	
4. Program termasuk inspeksi dan alat pengetesan (lihat juga MFK.8, EP 3) .		<ul style="list-style-type: none">• Program termasuk inspeksi dan alat pengetesan	0 5 10	
5. Program termasuk kalibrasi dan pemeliharaan alat (lihat juga MFK.8, EP 4) .		<ul style="list-style-type: none">• Program termasuk kalibrasi dan pemeliharaan alat	0 5 10	
6. Program termasuk monitoring dan tindak lanjut (lihat juga MFK.8, EP 5) .		<ul style="list-style-type: none">• Program termasuk monitoring dan tindak lanjut	0 5 10	
7. Semua tes, pemeliharaan dan kalibrasi alat didokumentasi secara adekuat (lihat juga MFK.8.1, EP 1)		<ul style="list-style-type: none">• Semua tes, pemeliharaan dan kalibrasi alat didokumentasi secara adekuat	0 5 10	
Standar AP.5.5 Reagensia esensial dan bahan lain yang diperlukan sehari-hari selalu tersedia dan dievaluasi untuk memastikan akurasi dan presisi hasil.				
Maksud dan tujuan AP.5.5 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 di simpan dan didistribusikan sesuai prosedur yang ditetapkan. Evaluasi periodik semua reagensia untuk memastikan akurasi dan presisi hasil pemeriksaan. Pedoman tertulis memastikan pemberian label yang lengkap dan akurat untuk reagensia dan larutan dan akurasi serta presisi dari hasil.				

Elemen Penilaian AP.5.5	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Ditetapkan reagensia esensial dan bahan lain (lihat juga MFK.5, EP 1).	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Kepala unit/pelayanan laboratorium• Pelaksana laboratorium	<ul style="list-style-type: none">• Penetapan reagensia esensial dan bahan lain	0 5 10	Regulasi RS: Pedoman pelayanan farmasi (tentang pengelolaan reagensia) Dokumen: Daftar reagensia Laporan stok dan proses pengadaan reagensia
2. Reagensia esensial dan bahan lain tersedia, dan ada proses untuk menyatakan kapan reagen tidak tersedia.		<ul style="list-style-type: none">• Reagensia esensial dan bahan lain tersedia, dan ada proses untuk menyatakan kapan reagen tidak tersedia.	0 5 10	
3. Semua reagensia disimpan dan didistribusi sesuai pedoman dari pembuatnya atau instruksi pada kemasannya (lihat juga MFK.5, EP 2).		<ul style="list-style-type: none">• Penyimpanan dan distribusi semua reagensia sesuai pedoman dari distribusi atau instruksi pada kemasannya	0 5 10	
4. Laboratorium telah memiliki pedoman tertulis dan mengikutinya untuk mengevaluasi semua reagensia agar memberikan hasil yang akurat dan presisi.		<ul style="list-style-type: none">• Adanya regulasi dan pelaksanaannya, serta valuasi semua reagensia agar memberikan hasil yang akurat dan presisi	0 5 10	
5. Semua reagensia dan larutan diberi label secara lengkap dan akurat (lihat juga MFK.5, EP 7).		<ul style="list-style-type: none">• Semua reagensia dan larutan diberi label secara lengkap dan akurat	0 5 10	
Standar AP.5.6 Prosedur untuk pengambilan spesimen, identifikasi, penanganan, pengiriman yang aman, dan pembuangan spesimen dipatuhi.				
Maksud dan Tujuan AP.5.6 Prosedur dikembangkan dan diterapkan untuk : <ul style="list-style-type: none">- Permintaan pemeriksaan- Pengambilan dan identifikasi spesimen- Pengiriman, penyimpanan dan pengawetan spesimen.- Penerimaan, pencatatan dan penelusuran (<i>tracking</i>) spesimen. Prosedur ini dicermati untuk pengiriman spesimen untuk pemeriksaan ke laboratorium diluar rumah sakit.				

Elemen Penilaian AP.5.6	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Prosedur memandu permintaan pemeriksaan.	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Kepala unit/pelayanan laboratorium• Pelaksana laboratorium	<ul style="list-style-type: none">• Adanya prosedur permintaan pemeriksaan.	0 5 10	Regulasi RS: Kebijakan/Pedoman/SPO pelayanan laboratorium
2. Prosedur memandu pengambilan dan identifikasi spesimen.		<ul style="list-style-type: none">• Adanya prosedur pengambilan dan identifikasi spesimen.	0 5 10	
3. Prosedur memandu pengiriman, penyimpanan dan pengawetan spesimen.		<ul style="list-style-type: none">• Adanya prosedur pengiriman, penyimpanan dan pengawetan spesimen.	0 5 10	
4. Prosedur memandu penerimaan dan <i>tracking</i> spesimen.		<ul style="list-style-type: none">• Adanya prosedur penerimaan dan <i>tracking</i> spesimen.	0 5 10	
5. Prosedur dilaksanakan.		<ul style="list-style-type: none">• Semua prosedur dilaksanakan.	0 5 10	
6. Prosedur diperhatikan untuk pemeriksaan dilakukan di laboratorium di luar rumah sakit.		<ul style="list-style-type: none">• Prosedur diperhatikan untuk pemeriksaan yang dilakukan di laboratorium di luar rumah sakit.	0 5 10	
Standar AP.5.7 Ditetapkan nilai normal dan rentang nilai yang digunakan untuk interpretasi dan pelaporan hasil laboratorium klinis.				
Maksud dan Tujuan AP.5.7 Laboratorium menetapkan nilai/rentang nilai rujukan normal untuk setiap tes yang dilaksanakan. Rentang nilai harus tercantum dalam catatan klinis, sebagai bagian dari laporan atau dalam dokumen terpisah dengan daftar yang baru dari nilai-nilai yang ditetapkan kepala laboratorium. Rentang nilai harus dilengkapi bila pemeriksaan dilaksanakan laboratorium luar. Rujukan nilai ini disesuaikan dengan geografi dan demografi rumah sakit dan selalu harus dievaluasi dan direvisi apabila metode pemeriksaan berubah.				

Elemen Penilaian AP.5.7	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Laboratorium telah menetapkan nilai/rentang nilai rujukan untuk setiap pemeriksaan yang dilaksanakan.	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Kepala unit/pelayanan laboratorium• Pelaksana laboratorium	<ul style="list-style-type: none">• Penetapan nilai/rentang nilai rujukan untuk setiap pemeriksaan yang dilaksanakan.	0 5 10	Regulasi RS: Kebijakan/Pedoman/SPO pelayanan laboratorium Dokumen: Hasil pemeriksaan laboratorium
2. Rentang-nilai rujukan ini harus disertakan dalam catatan klinis pada waktu hasil pemeriksaan dilaporkan.		<ul style="list-style-type: none">• Rentang-nilai rujukan ini harus disertakan dalam catatan klinis pada waktu hasil pemeriksaan dilaporkan.	0 5 10	
3. Rentang-nilai dilengkapi bila pemeriksaan dilaksanakan laboratorium luar.		<ul style="list-style-type: none">• Rentang-nilai dilengkapi bila pemeriksaan dilaksanakan laboratorium luar.	0 5 10	
4. Rentang-nilai sesuai dengan geografi dan demografi rumah sakit.		<ul style="list-style-type: none">• Rentang-nilai sesuai dengan geografi dan demografi rumah sakit.	0 5 10	
5. Rentang-nilai dievaluasi dan direvisi berkala seperlunya.		<ul style="list-style-type: none">• Rentang-nilai dievaluasi dan direvisi berkala seperlunya.	0 5 10	
Standar AP.5.8 Seorang yang kompeten bertanggung jawab untuk mengelola pelayanan laboratorium klinik atau pelayanan laboratorium patologi.				
Maksud dan Tujuan AP.5.8 Pelayanan laboratorium klinik dipimpin/diarahkan oleh seorang yang kompeten berdasarkan pelatihan, keahlian, dan pengalaman, sesuai dengan undang-undang dan peraturan yang berlaku. Individu ini memikul tanggung jawab profesional atas fasilitas laboratorium dan pelayanan di laboratorium dan pemeriksaan yang dilaksanakan diluar laboratorium seperti pada pemeriksaan di ruang perawatan (<i>point of care testing</i>). Pengawasan atas pelayanan diluar laboratorium termasuk memastikan terlaksananya kebijakan rumah sakit dan prakteknya, seperti a.l. pelatihan dan manajemen suplai, dan bukan supervisi sehari-hari atas kegiatan tersebut. Pengawasan harian adalah tanggung jawab dari para pimpinan departemen atau unit dimana pemeriksaan dilaksanakan. Bila individu ini memberikan konsultasi klinis atau pendapat medis, maka beliau harus seorang dokter, sedapatnya ahli patologi. Pelayanan laboratorium spesialisik dan subspesialistik harus dibawah pengawasan seorang yang benar-benar kompeten. Tanggung jawab kepala laboratorium termasuk : <ul style="list-style-type: none">- Mengembangkan, menerapkan, dan menjaga terlaksananya kebijakan dan prosedur.- Pengawasan administratif.- Menjaga terlaksananya setiap program kontrol mutu yang penting.- Memberi rekomendasi pelayanan kepada laboratorium luar.				

Elemen Penilaian AP.5.8	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Pelayanan laboratorium klinis dan laboratorium lain di seluruh rumah sakit, ada dalam pengarahan dan pengawasan dari satu orang atau lebih yang kompeten (lihat juga TPK.5, EP 1).	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Kepala unit/pelayanan laboratorium• Pelaksana laboratorium	<ul style="list-style-type: none">• Penunjukan staf rumah sakit yang kompeten yang melaksanakan pengarahan dan pengawasan pelayanan laboratorium klinis dan laboratorium lain di seluruh rumah sakit	0 5 10	Regulasi RS: Kebijakan/Pedoman/SPO pelayanan laboratorium, termasuk pengorganisasiannya Dokumen: SK Kepala Pelayanan Laboratorium, PenunjukanBukti pelaksanaan
2. Tanggung jawab untuk mengembangkan, menerapkan, dan menjaga terlaksananya (<i>maintaining</i>) kebijakan dan prosedur, ditetapkan dan dilaksanakan.		<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan pemeliharaan dan pengembangan ketentuan dan prosedur,	0 5 10	
3. Tanggung jawab pengawasan administrasi ditetapkan dan dilaksanakan.		<ul style="list-style-type: none">• Penetapan dan pelaksanaan tanggung jawab pengawasan administrasi	0 5 10	
4. Tanggung jawab untuk menjaga terlaksananya program kontrol mutu ditetapkan dan dilaksanakan.		<ul style="list-style-type: none">• Penetapan dan pelaksanaan tanggung jawab untuk menjaga terlaksananya program kontrol mutu	0 5 10	
5. Tanggung jawab untuk merekomendasi laboratorium rujukan ditetapkan dan dilaksanakan (lihat juga TPK.3.3, EP 4, dan TKP.3.3.1, EP 2).		<ul style="list-style-type: none">• Penetapan dan pelaksanaan tanggung jawab untuk merekomendasi laboratorium rujukan	0 5 10	
6. Tanggung jawab untuk memonitor dan mereview semua pelayanan laboratorium di dalam dan diluar laboratorium ditetapkan dan dilaksanakan (lihat juga TPK.3.3, EP 1 dan 3, dan TKP.3.3.1, EP 1).		<ul style="list-style-type: none">• Penetapan dan pelaksanaan tanggung jawab untuk memonitor dan mereview semua pelayanan laboratorium di dalam dan diluar laboratorium	0 5 10	
Standar AP.5.9 Ada prosedur kontrol mutu, dilaksanakan dan didokumentasikan.				
Standar AP.5.9.1 Ada proses tes kecakapan/keahlian (<i>proficiency</i>).				

Maksud dan tujuan AP.5.9 dan AP.5.9.1

Sistem kontrol mutu yang baik, penting untuk memberikan pelayanan laboratorium patologi dan laboratorium klinis yang unggul.

Prosedur kontrol mutu termasuk :

- Validasi metode tes untuk akurasi, presisi, rentang yang dapat dilaporkan.
- Surveilans harian atas hasil oleh staf laboratorium yang kompeten.
- Langkah koreksi yang cepat bila dijumpai ada kekurangan.
- Pengetesan reagensia (lihat juga AP.5.5).
- Dokumentasi dari hasil dan langkah-langkah koreksi.

Tes keahlian menunjukkan bagaimana baiknya hasil laboratorium individual dibandingkan dengan laboratorium lain yang menggunakan metode yang sama. Tes ini dapat mengidentifikasi masalah kinerja yang tidak ditemukan melalui mekanisme pengawasan intern. Jadi, laboratorium berpartisipasi dalam program tes tentang keahlian yang diakui, bila ada. Bila program tersebut tidak ada, sebagai alternatif, maka laboratorium mengadakan pertukaran spesimen dengan laboratorium di rumah sakit lain untuk maksud dan tujuan perbandingan hasil pemeriksaan. Laboratorium memelihara catatan kumulatif dari partisipasi dalam proses tes keahlian. Tes keahlian atau alternatifnya dilaksanakan untuk semua program laboratorium spesialisik bila ada.

Elemen Penilaian AP.5.9	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Ada program kontrol mutu untuk laboratorium klinis	<ul style="list-style-type: none">Pimpinan RSKepala unit/pelayanan laboratoriumPelaksana laboratorium	<ul style="list-style-type: none">Ada program kontrol mutu untuk laboratorium klinis	0 5 10	Regulasi RS: Program mutu laboratorium
2. Program termasuk validasi metode tes		<ul style="list-style-type: none">Program termasuk validasi metode tes	0 5 10	Dokumen: Bukti pelaksanaan program
3. Program termasuk surveilans harian atas hasil tes		<ul style="list-style-type: none">Program termasuk surveilans harian atas hasil tes	0 5 10	
4. Program termasuk koreksi cepat untuk kekurangan		<ul style="list-style-type: none">Program termasuk koreksi cepat untuk kekurangan	0 5 10	
5. Program termasuk dokumentasi hasil dan tindakan koreksi		<ul style="list-style-type: none">Program termasuk dokumentasi hasil dan tindakan koreksi	0 5 10	
6. Elemen-elemen program a) s/d e) tersebut diatas ditetapkan dalam Maksud dan Tujuan dan dilaksanakan.		<ul style="list-style-type: none">Elemen-elemen program a) s/d e) tersebut diatas ditetapkan dalam Maksud dan Tujuan dan dilaksanakan.	0 5 10	

Elemen Penilaian AP.5.9.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Laboratorium ikut serta dalam program tes keahlian, atau alternatifnya untuk semua pelayanan dan tes laboratorium spesialistik.	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS unit/pelayanan laboratorium• Pelaksana laboratorium	<ul style="list-style-type: none">• Laboratorium ikut serta dalam program pemeliharaan mutu eksternal untuk semua pelayanan dan tes laboratorium spesialistik.	0 5 10	Dokumen: Bukti PMI dan PME laboratorium
2. Catatan kumulatif dari keikutsertaan dipelihara.		<ul style="list-style-type: none">• Catatan kumulatif dari keikutsertaan dipelihara.	0 5 10	
Standar AP.5.10				
Rumah sakit secara teratur mereview hasil kontrol mutu untuk semua pelayanan oleh laboratorium luar.				
Maksud dan tujuan AP.5.10				
Bila rumah sakit memakai pelayanan laboratorium luar, maka secara teratur menerima laporan dan mereview kontrol mutu dari pelayanan laboratorium luar tersebut. Individu yang kompeten mereview hasil kontrol mutu.				
Elemen Penilaian AP.5.10	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Frekuensi dan tipe data kontrol mutu dari laboratorium luar ditetapkan oleh rumah sakit	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS unit/pelayanan laboratorium• Pelaksana laboratorium	<ul style="list-style-type: none">• Ada penetapan frekuensi dan tipe data kontrol mutu dari laboratorium luar oleh rumah sakit	0 5 10	Dokumen: <ul style="list-style-type: none">• SK penunjukan Labortorium luar• MoU dengan laboratorium luar/lain• Prosedur pelaksanaan kontrol mutu• Laporan tentang pelaksanaan kontrol mutu
2. Staf yang kompeten bertanggungjawab atas kontrol mutu laboratorium atau seorang yang kompeten ditunjuk untuk mereview hasil kontrol mutu dari sumber luar rumah sakit		<ul style="list-style-type: none">• Penunjukan staf yang kompeten yang bertanggungjawab atas kontrol mutu laboratorium atau untuk mereview hasil kontrol mutu dari sumber luar rumah sakit	0 5 10	
3. Staf yang bertanggungjawab atau orang kompeten yang ditunjuk melakukan langkah-langkah atas dasar hasil kontrol mutu		<ul style="list-style-type: none">• Penunjukan staf yang bertanggungjawab atau orang kompeten yang melakukan tindak lanjut atas dasar hasil kontrol mutu	0 5 10	

4. Laporan tahunan data kontrol mutu dari laboratorium luar rumah sakit diserahkan kepada pimpinan untuk digunakan dalam memfasilitasi manajemen kontrak dan pembaharuan kontrak.		<ul style="list-style-type: none"> Laporan tahunan data kontrol mutu dari laboratorium luar rumah sakit diserahkan kepada pimpinan untuk digunakan dalam memfasilitasi manajemen kontrak dan pembaharuan kontrak. 	0 5 10	
Standar AP. 5.11 Rumah sakit mempunyai akses dengan ahli dalam bidang diagnostik spesialisik bila diperlukan.				
Maksud dan tujuan AP. 5.11 Rumah sakit mampu menetapkan dan berhubungan dengan ahli dalam bidang diagnostik spesialisik seperti parasitologi, virologi, atau toksikologi bila diperlukan. Rumah sakit memiliki daftar nama ahli tersebut.				
Elemen Penilaian AP.5.11	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Daftar nama ahli untuk diagnostik spesialisik dijaga/dipertahankan	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Kepala unit/pelayanan laboratorium 	<ul style="list-style-type: none"> Penetapan nama ahli untuk diagnostik spesialisik 	0 5 10	Dokumen: Penetapan dokter spesialis di rumah sakit, Surat penugasan klinis
2. Ahli dalam bidang diagnostik spesialisik dihubungi bila diperlukan.	<ul style="list-style-type: none"> Pelaksana laboratorium 	<ul style="list-style-type: none"> Ahli dalam bidang diagnostik spesialisik dihubungi bila diperlukan. 	0 5 10	

PELAYANAN RADIOLOGI DAN DIAGNOSTIK IMAJING

Standar AP.6

Ada pelayanan radiologi dan pelayanan diagnostik imaging untuk memenuhi kebutuhan pasien, dan semua pelayanan memenuhi standar nasional, perundang-undangan dan peraturan yang berlaku.

Standar AP.6.1

Pelayanan radiologi dan pelayanan diagnostik imaging disediakan rumah sakit atau tersedia di luar rumah sakit melalui pengaturan dengan pihak luar.

Maksud dan tujuan AP.6 dan AP.6.1

Rumah sakit mempunyai sistem untuk penyediaan pelayanan radiologi dan pelayanan diagnostik imaging yang diperlukan populasi pasiennya, untuk pelayanan klinis yang ditawarkan dan kebutuhan staf medis. Pelayanan radiologi dan pelayanan diagnostik imaging sesuai dengan standar nasional, undang-undang dan peraturan yang berlaku. Pelayanan radiologi dan pelayanan diagnostik imaging, termasuk untuk pelayanan gawat darurat, dapat disediakan di rumah sakit, disediakan pihak luar rumah sakit dengan perjanjian, atau keduanya. Pelayanan radiologi tersebut dan pelayanan diagnostik imaging tersedia juga diluar jam kerja untuk gawat darurat. Pelayanan diluar rumah sakit harus dapat dicapai dengan mudah oleh pasien dan laporan hasil pemeriksaan diterima dalam waktu sedemikian sehingga menunjang asuhan berkelanjutan (continuity of care). Pemilihan pelayanan diluar tersebut berdasarkan rekomendasi dari direktur atau seseorang yang bertanggung jawab untuk pelayanan radiologi atau pelayanan diagnostik imaging. Pelayanan radiologi dan diagnostik imaging diluar rumah sakit tersebut memenuhi undang-undang dan peraturan yang berlaku dan mempunyai rekam jejak pelayanan yang akurat dan tepat-waktu. Pasien harus diberi tahu apabila rumah sakit menggunakan pelayanan diluar rumah sakit yang dimiliki oleh dokter yang merujuk.

Elemen Penilaian AP.6	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Pelayanan radiologi dan diagnostik imaging memenuhi standar nasional, undang-undang dan peraturan yang berlaku.	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Kepala unit/pelayanan radiologi dan diagnostik imaging• Pelaksana radiologi	<ul style="list-style-type: none">• Pelayanan radiologi dan diagnostik imaging memenuhi standar nasional, undang-undang dan peraturan yang berlaku.	0 5 10	Acuan: KMK 1012/Menkes/SK/XII/2008 tentang Standar Pelayanan Radiologi Diagnostik di Sarana Pelayanan Kesehatan Regulasi RS: Kebijakan/Pedoman/SPO pelayanan radiologi dan diagnostik imaging
2. Ada pelayanan radiologi dan diagnostik imaging yang adekuat, teratur, dan nyaman untuk memenuhi kebutuhan pasien.		<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan pelayanan radiologi dan diagnostik imaging yang adekuat, teratur, dan nyaman untuk memenuhi kebutuhan pasien.	0 5 10	

3. Ada pelayanan radiologi dan diagnostik imaging untuk gawat darurat diluar jam kerja.		• Pelaksanaan pelayanan radiologi dan diagnostik imaging untuk gawat darurat 24 jam	0 5 10	
Elemen Penilaian AP.6.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Pelayanan diluar rumah sakit dipilih berdasarkan rekomendasi direktur dan memiliki rekam jejak kinerja yang baik tentang tepat-waktu dan memenuhi undang-undang dan peraturan yang berlaku.	• Pimpinan RS • Kepala unit/pelayanan radiologi dan diagnostik imaging • Pelaksana radiologi	• Penetapan pelayanan diluar rumah sakit dipilih berdasarkan rekomendasi direktur dan memiliki rekam jejak kinerja yang baik tentang tepat-waktu dan memenuhi undang-undang dan peraturan yang berlaku.	0 5 10	Regulasi RS: Kebijakan/Pedoman/SPO pelayanan radiologi Dokumen: MoU dengan pelayanan radiologi di luar rumah sakit
2. Pasien diberi tahu tentang hubungan dokter yang merujuk dan pelayanan diluar rumah sakit tersebut untuk pelayanan radiologi dan diagnostik imaging (lihat juga TKP.6.1, EP 1).		• Pasien diberi tahu tentang hubungan dokter yang merujuk dan pelayanan diluar rumah sakit yang dimiliki dokter untuk pelayanan radiologi dan diagnostik imaging	0 5 10	
Standar AP.6.2				
Ada program pengamanan radiasi, dilaksanakan dan didokumentasi.				
Maksud dan tujuan AP.6.2				
Rumah sakit memiliki suatu program aktif dalam keamanan radiasi yang meliputi semua komponen pelayanan radiologi dan diagnostik imaging termasuk pelayanan onkologi radiasi dan laboratorium kateterisasi jantung. Program keamanan radiologi mencerminkan antisipasi risiko dan bahaya yang dihadapi. Program mengatur praktek yang aman dan langkah pencegahan bahaya untuk staf radiologi dan diagnostik imaging, karyawan lain, dan pasien. Program ini dikoordinasi dengan program keselamatan seluruh rumah sakit. Program pengelolaan keamanan radiasi termasuk :				
<ul style="list-style-type: none">- Kebijakan dan prosedur tertulis yang menunjang kesesuaian dengan standar, undang-undang dan peraturan yang berlaku.- Kebijakan dan prosedur tertulis untuk penanganan dan pembuangan bahan infeksius dan berbahaya.- Ketersediaan alat pelindung diri yang sesuai dengan praktek dan antisipasi bahaya yang dihadapi.- Ada orientasi bagi staf radiologi dan diagnostik imaging untuk prosedur dan praktek keselamatan kerja.- Ada pendidikan/pelatihan <i>inhouse</i> untuk prosedur baru atau adanya bahan berbahaya yang baru diketahui dan digunakan.				

Elemen Penilaian AP.6.2	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Ada program keamanan radiasi yang mengatur risiko keamanan dan antisipasi bahaya yang bisa terjadi di dalam atau di luar unit kerja (lihat juga MFK.4 dan MFK.5).	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala unit/pelayanan radiologi dan diagnostik imaging • Pelaksana radiologi 	<ul style="list-style-type: none"> • Ada program keamanan radiasi yang mengatur risiko keamanan dan antisipasi bahaya yang bisa terjadi di dalam atau di luar unit kerja 	0 5 10	Acuan: <ul style="list-style-type: none"> • KMK 432/Menkes/SK/IV/2007 tentang Pedoman Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) di Rumah Sakit • KMK 1087/Menkes/SK/VIII/2010 tentang Standar Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> • Kebijakan/Pedoman/SPO pelayanan Radiologi dan diagnostik imaging • Program Keselamatan/Keamanan Radiologi dan diagnostik imaging • Kebijakan/Panduan/SPO tentang B3 dan APD • Kebijaka/Panduan/SPO tentang K3RS Dokumen: Pelaksanaan pelatihan
2. Program keamanan merupakan bagian dari program pengelolaan keamanan rumah sakit, melapor kepada bagian keamanan rumah sakit sekurang-kurangnya sekali setahun dan bila ada kejadian (lihat juga MFK.4, EP 2)		<ul style="list-style-type: none"> • Program keamanan merupakan bagian dari program K3 rumah sakit, dan dilaporkan sekurang-kurangnya sekali setahun dan bila ada kejadian/insiden 	0 5 10	
3. Kebijakan dan prosedur tertulis yang mengatur dan memenuhi standar terkait, undang-undang dan peraturan yang berlaku.		<ul style="list-style-type: none"> • Adanya regulasi RS yang mengatur dan memenuhi standar terkait, undang-undang dan peraturan yang berlaku. 	0 5 10	
4. Kebijakan dan prosedur tertulis yang mengatur penanganan dan pembuangan bahan infeksius dan berbahaya (lihat juga MFK.5, EP 2 dan 4).		<ul style="list-style-type: none"> • Adanya regulasi RS yang mengatur penanganan dan pembuangan bahan infeksius dan berbahaya (B3) 	0 5 10	
5. Risiko keamanan radiasi yang diidentifikasi diimbangi dengan prosedur atau peralatan khusus untuk mengurangi risiko (seperti apron timah, badge radiasi dan yang sejenis) (lihat juga MFK.5, EP 5)		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan pengamanan radiasi yang dengan prosedur atau peralatan khusus untuk mengurangi risiko (seperti apron timah, badge radiasi dan yang sejenis) 	0 5 10	
6. Staf radiologi dan diagnostik imaging diberi orientasi tentang prosedur dan praktek keselamatan (lihat juga MFK.11, EP 1, dan TKP.5.4, EP 1 dan 2).		<ul style="list-style-type: none"> • Staf radiologi dan diagnostik imaging telah diberi orientasi dan pelatihan tentang prosedur dan praktik keselamatan 	0 5 10	
7. Staf radiologi dan diagnostik imaging mendapat pendidikan untuk prosedur baru dan bahan berbahaya (lihat juga KPS.8, EP 3 dan 4).		<ul style="list-style-type: none"> • Staf radiologi dan diagnostik imaging mendapat pelatihan untuk prosedur baru dan bahan berbahaya 	0 5 10	

Standar AP.6.3

Staf yang kompeten dengan pengalaman memadai, melaksanakan pemeriksaan diagnostik imaging, menginterpretasi hasil, dan melaporkan hasil pemeriksaan.

Maksud dan tujuan AP.6.3

Rumah sakit menetapkan anggota staf radiologi dan diagnostik imaging mana yang melaksanakan pemeriksaan diagnostik, siapa yang boleh melaksanakan pemeriksaan di ruangan/bedside, siapa yang kompeten menginterpretasi hasil atau memverifikasi dan membuat laporan hasil, dan siapa yang mengarahkan dan mensupervisi proses tersebut. Staf supervisor dan staf teknis mendapat latihan yang baik dan memadai, berpengalaman, dan ketrampilan yang cukup dan berorientasi ke pekerjaannya. Staf teknis diberi tugas sesuai dengan latihan dan pengalamannya. Sebagai tambahan, ada cukup jumlah staf untuk melakukan pemeriksaan, menginterpretasi, dan melaporkan hasil secepatnya dan pengadaan staf untuk seluruh jam pelayanan serta pelayanan kasus gawat darurat.

Elemen Penilaian AP.6.3	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Ada penetapan staf yang melakukan pemeriksaan diagnostik dan imaging, atau yang mengarahkan atau yang mensupervisi.	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala unit / pelayanan radiologi dan diagnostik imaging • Pelaksana radiologi 	• Ada penetapan staf yang melakukan pemeriksaan diagnostik dan imaging, atau yang mengarahkan atau yang mensupervisi.	0 5 10	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> • Pedoman pengorganisasian radiologi dan diagnostik imaging (pola ketenagaan) • Kebijakan/Pedoman/Panduan/SP tentang kompetensi, kredensialing, pemberian kewenangan • SK penunjukan Dokumen: Sertifikat kompetensi
2. Staf yang kompeten dan pengalaman yang memadai melaksanakan pemeriksaan diagnostik dan imaging (lihat juga KPS.4, EP 1).		• Adanya staf yang kompeten dan pengalaman yang memadai melaksanakan pemeriksaan diagnostik dan imaging	0 5 10	
3. Staf yang kompeten dan pengalaman yang memadai menginterpretasi hasil pemeriksaan (lihat juga KPS.4, EP 1).		• Adanya staf medis yang kompeten dan pengalaman yang memadai menginterpretasi hasil pemeriksaan	0 5 10	
4. Staf yang kompeten yang memadai, memverifikasi dan membuat laporan hasil pemeriksaan		• Adanya staf yang kompeten yang memadai, memverifikasi dan membuat laporan hasil pemeriksaan	0 5 10	
5. Tersedia staf dalam jumlah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan pasien (lihat juga TKP.5.2, EP 3 dan KPS.6, EP 3)		• Tersedia staf dalam jumlah yang adekuat (sesuai pola ketenagaan) untuk memenuhi kebutuhan pelayanan pasien	0 5 10	
6. Staf supervisor yang kompeten dan berpengalaman yang memadai.		• Adanya penunjukan staf sebagai supervisor yang kompeten dan berpengalaman yang memadai.	0 5 10	

Standar AP.6.4

Hasil pemeriksaan radiologi dan diagnostik imaging tersedia tepat waktu sesuai ketentuan rumah sakit.

Maksud dan tujuan AP.6.4

Rumah sakit menetapkan jangka waktu pelaporan hasil pemeriksaan radiologi diagnostik dan diagnostik imaging. Hasil yang dilaporkan dalam kerangka waktu didasarkan pada kebutuhan pasien, pelayanan yang ditawarkan, dan kebutuhan staf klinis. Kebutuhan tes untuk pelayanan gawat darurat, pemeriksaan diluar jam kerja serta akhir minggu termasuk dalam ketentuan ini. Hasil pemeriksaan radiologi yang cito seperti pada pemeriksaan pasien dari IGD, kamar bedah dan ICU harus diberi perhatian khusus dalam proses pengukuran mutu. Hasil pemeriksaan radiologi dan diagnostik imaging yang dilaksanakan dengan kontrak pelayanan oleh pihak diluar rumah sakit dilaporkan sesuai dengan kebijakan rumah sakit atau ketentuan dalam kontrak.

Elemen Penilaian AP.6.4	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Rumah sakit menetapkan tentang harapan waktu pelaporan hasil pemeriksaan.	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala unit/pelayanan radiologi dan diagnostik imaging • Pelaksana radiologi 	• Penetapan waktu selesainya laporan hasil pemeriksaan	0 5 10	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> • Program mutu pelayanan radiologi dan diagnostik imaging • Kebijakan/Pedoman/SPO pelayanan Radiologi dan diagnostik imaging Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> • Hasil pemeriksaan radiologi dan diagnostik imaging • Evaluasi ketepatan waktu
2. Ketepatan waktu pelaporan hasil pemeriksaan kasus \neq cito di ukur.		• Evaluasi ketepatan waktu pelaporan hasil pemeriksaan kasus \neq cito	0 5 10	
3. Hasil pemeriksaan radiologi dan diagnostik imaging dilaporkan dalam kerangka waktu untuk memenuhi kebutuhan pasien (lihat juga PAB.7, EP 1).		• Hasil pemeriksaan radiologi dan diagnostik imaging dilaporkan sesuai waktu yang ditetapkan untuk memenuhi kebutuhan pasien	0 5 10	

Standar AP.6.5

Semua peralatan yang digunakan untuk pemeriksaan radiologi dan diagnostik imaging diperiksa, dirawat dan di kalibrasi secara teratur, dan disertai catatan memadai yang dipelihara dengan baik.

Maksud dan tujuan AP.6.5

Staf radiologi dan diagnostik imaging bekerja untuk menjamin bahwa semua peralatan berfungsi dengan baik pada tingkatan yang dapat diterima dan aman bagi para operator. Program pengelolaan peralatan radiologi dan diagnostik imaging berisi :

- Pemilihan dan pengadaan peralatan
- Identifikasi dan inventarisasi peralatan.
- Asesmen penggunaan peralatan melalui inspeksi, testing, kalibrasi, perawatan.
- Monitoring dan bertindak terhadap laporan peralatan bila ada peringatan bahaya, penarikan kembali, laporan insiden, masalah dan kegagalan.
- Mendokumentasi program pengelolaan

Frekuensi testing, perawatan, dan kalibrasi berhubungan dengan pemakaian peralatan dan riwayat pelayanannya didokumentasi /dicatat (lihat juga MFK.8, Maksud dan Tujuan).

Elemen Penilaian AP.6.5	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Ada program pengelolaan peralatan radiologi dan diagnostik imaging dan dilaksanakan (lihat juga MFK.8, EP 1)	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala unit/pelayanan radiologi dan diagnostik imaging • Pelaksana radiologi 	• Ada program dan pelaksanaan pengelolaan peralatan radiologi dan diagnostik imaging	0 5 10	Acuan : Pedoman Operasional dan Pemeliharaan Peralatan Kesehatan, Depkes, 2001 Regulasi Program Pemeliharaan Alat Dokumen: Bukti proses pengelolaan peralatan Bukti pemeliharaan berkala Bukti kalibrasi Hasil monitoring dan evaluasi
2. Program termasuk pemilihan dan pengadaan peralatan		• Program termasuk pemilihan dan pengadaan peralatan	0 5 10	
3. Program termasuk inventarisasi peralatan (lihat juga MFK.8, EP 2)		• Program termasuk inventarisasi peralatan	0 5 10	
4. Program termasuk inspeksi dan testing peralatan (lihat juga MFK.8, EP 3)		• Program termasuk inspeksi dan testing peralatan	0 5 10	
5. Program termasuk kalibrasi dan perawatan peralatan (lihat juga MFK.8, EP 4)		• Program termasuk kalibrasi dan perawatan peralatan	0 5 10	
6. Program termasuk monitoring dan tindak lanjut (lihat juga MFK.8, EP 5)		• Program termasuk monitoring dan tindak lanjut	0 5 10	
7. Ada dokumentasi yang adekuat untuk semua testing, perawatan dan kalibrasi peralatan (lihat juga MFK.8.1, EP 1)		• Ada dokumentasi yang adekuat untuk semua testing, perawatan dan kalibrasi peralatan	0 5 10	

Standar AP.6.6

Film X-ray dan perbekalan lain tersedia secara teratur.

Maksud dan tujuan AP.6.6

Rumah sakit telah menetapkan film, reagensia dan perbekalan lain yang diperlukan untuk pelayanan radiologi dan diagnostik imaging kepada pasien secara teratur. Proses untuk memesan atau menjamin tersedianya film, reagensia dan perbekalan penting lain berlangsung efektif. Semua perbekalan disimpan dan distribusi sesuai prosedur yang ditetapkan yang memasukkan juga rekomendasi perusahaan pembuat. Evaluasi periodik dari reagen sesuai rekomendasi pembuat menjamin akurasi dan presisi hasil pemeriksaan (lihat juga AP.6.8, Maksud dan Tujuan) .

Elemen Penilaian AP.6.6	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. X-ray film, reagensia dan semua perbekalan penting ditetapkan (lihat juga MFK.5, EP 1).	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala unit/pelayanan radiologidan diagnostik imaging • Pelaksana radiologi 	• Adanya penetapan X-ray film, reagensia dan semua perbekalan penting	0 5 10	Regulasi Pedoman pelayanan farmasi (tentang pengelolaan perbekalan radiologi) Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> • Daftar perbekalan • Daftar perbekalan farmasi untuk pelayanan radiologi • Hasil monitoring dan evaluasi • Laporan stok dan proses pengadaan perbekalan
2. X-ray film, reagensia dan perbekalan penting lain tersedia.		• Ketersediaan X-ray film, reagensia dan perbekalan penting lain	0 5 10	
3. Semua perbekalan di simpan dan didistribusi sesuai dengan pedoman (lihat juga MFK.5, EP 2).		• Pelaksanaan penyimpanan dan distribusi semua perbekalan sesuai dengan regulasi rumah sakit	0 5 10	
4. Semua perbekalan dievaluasi secara periodik untuk akurasi dan hasilnya.		• Pelaksanaan evaluasi secara periodik semua perbekalan untuk menilai akurasi dan hasilnya	0 5 10	
5. Semua perbekalan diberi label secara lengkap dan akurat (lihat juga MFK.5, EP 7).		• Pelaksanaan pemberian label untuk semua perbekalan secara lengkap dan akurat	0 5 10	

Standar AP.6.7

Individu yang kompeten bertanggungjawab untuk mengelola pelayanan radiologi dan diagnostik imaging.

Maksud dan tujuan AP.6.7

Pelayanan radiologi dan diagnostik imaging yang berada di lingkungan rumah sakit dipimpin oleh seorang yang kompeten sesuai dengan pelatihan yang terdokumentasi, keahlian, dan pengalaman, sesuai undang-undang dan peraturan yang berlaku. Individu ini secara profesional bertanggung jawab atas fasilitas dan pelayanan radiologi dan diagnostik imaging. Bila individu ini memberikan konsultasi klinis atau pendapat medis maka dia harus seorang dokter, sedapat mungkin seorang spesialis radiologi. Bila ada pelayanan radioterapi atau pelayanan khusus lain, harus dipimpin seorang yang kompeten.

Tanggung jawab pimpinan radiologi dan diagnostik Imaging termasuk:

- Mengembangkan, melaksanakan, mempertahankan kebijakan dan prosedur.
- Pengawasan administrasi
- Mempertahankan (*maintaining*) setiap program kontrol mutu yang perlu
- Memberikan rekomendasi pelayanan radiologi dan diagnostik imaging diluar
- Memonitor dan mereview semua pelayanan radiologi dan diagnostik imaging.

Elemen Penilaian AP.6.7	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Pelayanan radiologi dan diagnostik Imaging dibawah pimpinan seorang atau lebih individu yang kompeten (lihat juga TKP.5, EP 1).	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala unit/pelayanan radiologi dan diagnostik imaging • Pelaksana radiologi 	• Adanya pimpinan unit pelayanan radiologi dan diagnostik Imaging yang kompeten	0 5 10	Regulasi RS: Kebijakan/Pedoman/SPO pelayanan pelayanan radiologi dan diagnostik imaging, termasuk pengorganisasiannya Dokumen: SK Kepala Pelayanan radiologi dan diagnostik imaging PenunjukanBukti pelaksanaan
2. Tanggung jawab untuk mengembangkan, melaksanakan, mempertahankan kebijakan dan prosedur ditetapkan dan dilaksanakan.		• Ada ketentuan tertulis yang dilaksanakan untuk mengembangkan, melaksanakan, mempertahankan pelayanan	0 5 10	
3. Tanggung jawab untuk pengawasan administrasi ditetapkan dan dilaksanakan.		• Kepala unit bertanggung jawab untuk pengawasan administrasi, dan dilaksanakan dengan baik	0 5 10	
4. Tanggung jawab untuk mempertahankan program kontrol mutu ditetapkan dan dilaksanakan.		• Kepala unit bertanggung jawab untuk mempertahankan program kontrol mutu dan dilaksanakan dengan baik	0 5 10	

5. Tanggung jawab untuk memberikan rekomendasi pelayanan radiologi dan diagnostik imajing diluar ditetapkan dan dilaksanakan (lihat juga TKP.3.3, EP 4).		<ul style="list-style-type: none"> Kepala unit bertanggung jawab untuk memberikan rekomendasi dan menetapkan pelayanan radiologi dan diagnostik imajing diluar, dan dilaksanakan dengan baik 	0 5 10	
6. Tanggung jawab untuk memantau dan mereview semua pelayanan radiologi dan pelayanan diagnostik imajing ditetapkan dan dilaksanakan (lihat juga TKP.3.3, EP 1).		<ul style="list-style-type: none"> Kepala unit bertanggung jawab untuk memantau dan mereview semua pelayanan radiologi dan pelayanan diagnostik imajing 	0 5 10	

Standar AP.6.8

Ada prosedur kontrol mutu, dilaksanakan dan didokumentasikan.

Maksud dan tujuan AP.6.8

Sistem kontrol mutu yang baik adalah penting untuk dapat memberikan pelayanan radiologi dan diagnostik imajing yang unggul.

Prosedur kontrol mutu termasuk:

- Validasi metode tes yang digunakan untuk akurasi dan presisi
- Pengawasan harian hasil pemeriksaan imajing oleh staf radiologi yang kompeten
- Langkah perbaikan cepat bila ditemukan kekurangan (*deficiency*) teridentifikasi..
- Pengetesan reagensia dan larutan (lihat juga AP.6.6)

Elemen Penilaian AP.6.8	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Ada program kontrol mutu untuk pelayanan radiologi dan diagnostik imajing, dan dilaksanakan.	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Kepala unit/pelayanan radiologi dan diagnostik imajing Pelaksana radiologi 	<ul style="list-style-type: none"> Ada program kontrol mutu untuk pelayanan radiologi dan diagnostik imajing, dan dilaksanakan 	0 5 10	Regulasi RS: Program mutu pelayanan radiologi dan diagnostik imajing
2. Program kontrol mutu termasuk validasi metode tes.		<ul style="list-style-type: none"> Program kontrol mutu termasuk validasi metode tes. 	0 5 10	Dokumen: Bukti pelaksanaan program
3. Program kontrol mutu termasuk pengawasan harian hasil pemeriksaan imajing.		<ul style="list-style-type: none"> Program kontrol mutu termasuk pengawasan harian hasil pemeriksaan imajing. 	0 5 10	

4. Program kontrol mutu termasuk perbaikan cepat bila ditemukan kekurangan.		• Program kontrol mutu termasuk perbaikan cepat bila ditemukan kekurangan.	0 5 10	
5. Program kontrol mutu termasuk pengetesan reagensia dan larutan.		• Program kontrol mutu termasuk pengetesan reagensia dan larutan.	0 5 10	
6. Program kontrol mutu termasuk pendokumentasian hasil dan langkah-langkah perbaikan.		• Program kontrol mutu termasuk pendokumentasian hasil dan langkah-langkah perbaikan.	0 5 10	

Standar AP.6.9

Rumah sakit secara teratur mereview hasil kontrol mutu untuk semua pelayanan diagnostik diluar rumah sakit.

Maksud dan tujuan AP.6.9

Apabila rumah sakit menggunakan pelayanan radiologi dan diagnostik imaging di luar rumah sakit, maka rumah sakit secara teratur menerima dan mereview hasil kontrol mutunya. Seorang yang kompeten mereview hasil kontrol mutu tsb. Apabila kontrol mutu diagnostik imaging di luar rumah sakit sulit didapat, pimpinan mengembangkan alternatif lain untuk pengawasan mutu.

Elemen Penilaian AP.6.9	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Frekuensi dan jenis data kontrol mutu dari unit kerja radiologi diluar rumah sakit ditetapkan oleh rumah sakit	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Kepala unit/pelayanan radiologi dan diagnostik imaging Pelaksana radiologi 	• Ada penetapan frekuensi dan tipe data kontrol mutu dari hasil pemeriksaan radiologidi luar rumah sakit oleh rumah sakit	0 5 10	Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> SK penunjukan pelayanan radiologi dan diagnostik imaging luar Laporan tentang pelaksanaan kontrol mutu MoU dengan pelayanan radiologi dan diagnostik imagingluar Prosedur pelaksanaan kontrol mutu Laporan tentang pelaksanaan kontrol mutu
2. Staf yang kompeten bertanggungjawab atas kontrol mutu atau individu yang kompeten ditunjuk untuk menilai hasil kontrol mutu unit radiologi di luar rumah sakit.		• Penunjukan staf yang kompeten yang bertanggungjawab atas kontrol mutu hasil pemeriksaan radiologi atau untuk mereview hasil kontrol mutu dari sumber luar rumah sakit	0 5 10	
3. Staf yang bertanggungjawab atau individu yang kompeten ditunjuk, melakukan tindakan berdasarkan hasil kontrol mutu		• Penunjukan staf yang bertanggungjawab atau orang kompeten yang melakukan tindak lanjut atas dasar hasil kontrol mutu	0 5 10	

4. Laporan tahunan data kontrol mutu dari unit radiologi luar rumah sakit diserahkan kepada pimpinan untuk digunakan dalam membuat perjanjian kerjasama atau pembaharuan perjanjian.		<ul style="list-style-type: none"> Laporan tahunan data kontrol mutu dari laboratorium luar rumah sakit diserahkan kepada pimpinan untuk digunakan dalam memfasilitasi manajemen kontrak dan pembaharuan kontrak. 	0 5 10	
Standar AP.6.10 Rumah sakit mempunyai akses dengan para ahli dalam bidang diagnostik spesialisik apabila diperlukan.				
Maksud dan tujuan AP.6.10 Rumah sakit dapat menetapkan dan berhubungan dengan para ahli dalam bidang diagnostik spesialisik seperti ahli fisika radiasi, spesialis radiologi onkologi atau kedokteran nuklir, bila perlu. Rumah sakit memelihara daftar nama ahli-ahli tersebut.				
Elemen Penilaian AP.6.10	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Rumah sakit memelihara daftar para ahli dalam bidang diagnostik spesialisik.	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Kepala unit/pelayanan radiologi dan diagnostik imaging Pelaksana radiologi 	<ul style="list-style-type: none"> Ada daftar dokter spesialis dalam bidang diagnostik spesialisik 	0 5 10	Dokumen: Penetapan dokter spesialis di rumah sakit, Surat penugasan klinis
2. Rumah sakit dapat menghubungi para ahli dalam bidang diagnostik spesialisik bila perlu.		<ul style="list-style-type: none"> Prosedur untuk menghubungi dokter spesialis tersebut bila diperlukan 	0 5 10	

BAB 4. PELAYANAN PASIEN

STANDAR, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN			≥80% Terpenuhi 20-79% Terpenuhi sebagian < 20% Tidak terpenuhi	
PEMBERIAN PELAYANAN UNTUK SEMUA PASIEN				
Standar PP.1				
Kebijakan dan prosedur dan undang-undang dan peraturan yang berlaku mengarahkan asuhan yang seragam bagi semua pasien.				
Maksud dan tujuan PP.1				
<p>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 mengkoordinasi pelayanan pasien. Secara khusus, pelayanan yang diberikan kepada populasi pasien yang sama pada berbagai unit kerja, dipandu oleh kebijakan dan prosedur 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. Kebijakan dan prosedur tersebut harus sesuai dengan undang-undang dan peraturan yang berlaku yang membentuk proses pelayanan pasien dan dikembangkan secara kolaboratif. Asuhan pasien yang seragam terefleksi sebagai berikut dalam :</p> <p>a) Akses untuk asuhan dan pengobatan, yang memadai, tidak tergantung atas kemampuan pasien untuk membayar atau sumber pembiayaan.</p> <p>b) Akses untuk asuhan dan pengobatan, serta yang memadai, yang diberikan oleh praktisi yang kompeten tidak tergantung atas hari-hari tertentu atau waktu tertentu.</p> <p>c) Ketepatan (<i>acuity</i>) mengenali kondisi pasien menentukan alokasi sumber daya untuk memenuhi kebutuhan pasien.</p> <p>d) Tingkat asuhan yang diberikan kepada pasien (misalnya pelayanan anestesia) sama di seluruh rumah sakit.</p> <p>e) Pasien dengan kebutuhan asuhan keperawatan yang sama menerima asuhan keperawatan yang setingkat diseluruh rumah sakit.</p> <p>Asuhan pasien yang seragam menghasilkan penggunaan sumber daya yang efisien dan sehingga mendapatkan evaluasi hasil (<i>outcome</i>) yang sama untuk asuhan di seluruh rumah sakit.</p>				
Elemen Penilaian PP.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Para pimpinan rumah sakit bersepakat untuk memberikan proses pelayanan yang seragam (lihat juga APK.1.1; AP.4, EP 1; dan PAB.2, EP 1)	<ul style="list-style-type: none">Pimpinan Rumah Sakit	Penyusunan Panduan Pelayanan Pasien	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none">Kebijakan, Panduan, Prosedur, tentang asuhan pasien yang seragam di seluruh rumah sakitKompetensi /kewenangan/UTW PPK dalam pelayanan
2. Kebijakan dan prosedur memandu pemberian pelayanan yang seragam sesuai dengan undang-undang dan peraturan terkait.	<ul style="list-style-type: none">Kepala Unit, Dokter, Perawat, PPK lain yang memberikan asuhan asienKepala Unit & Staf Pelayanan	Penyusunan kebijakan atau prosedur tentang keseragaman pemberian pelayanan sesuai peraturan atau undang-undang	0 5 10	

3. Pemberian pelayanan yang seragam memenuhi Maksud dan Tujuan ad a) s/d ad e) tersebut diatas (lihat juga PAB.3, EP 1).	Interpretatif (Laboratorium, Radiologi, dan Pemeriksaan Penunjang lainnya) <ul style="list-style-type: none"> • Kepala Unit & Staf Farmasi • Kepala Komite/Tim & Staf Mutu - Keselamatan Pasien • Kepala Unit & Staf Gizi • Pasien/keluarga 	Pelaksanaan atau implementasi panduan pelayanan pasien	0 5 10	
--	---	--	--------------	--

Standar PP.2

Ada prosedur untuk mengintegrasikan dan mengkoordinasikan asuhan yang diberikan kepada setiap pasien.

Maksud dan tujuan PP.2

Proses asuhan pasien bersifat dinamis dan melibatkan banyak praktisi pelayanan kesehatan dan dapat melibatkan berbagai unit kerja dan pelayanan. Pengintegrasian dan koordinasi aktivitas asuhan pasien menjadi tujuan agar menghasilkan proses asuhan yang efisien, penggunaan yang lebih efektif sumber daya manusia dan sumber daya lain, dan kemungkinan hasil asuhan pasien yang lebih baik. Jadi para pimpinan menggunakan perangkat dan teknik agar dapat mengintegrasikan dan mengkoordinasi lebih baik asuhan pasien. (Contoh asuhan secara tim, ronde pasien multi departemen, kombinasi bentuk perencanaan asuhan, rekam medis pasien terintegrasi, manager kasus/*case manager*) (lihat juga AP.4, Maksud dan Tujuan).

Rekam medis pasien memfasilitasi dan menggambarkan integrasi dan koordinasi asuhan. Khususnya, setiap catatan observasi dan pengobatan praktisi pelayanan. Demikian juga, setiap hasil atau kesimpulan dari rapat tim atau diskusi pasien dicatat dalam rekam medis pasien (lihat juga PP.5, EP 2).

Elemen Penilaian PP.2	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rencana pelayanan diintegrasikan dan dikoordinasikan diantara berbagai unit kerja dan pelayanan (lihat juga APK.2, EP 3)	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan Rumah Sakit • Manajemen Unit, Dokter, Perawat, PPK lain yang memberikan asuhan pasien • Pasien 	Koordinasi antar unit tim kerja dan pelayanan terkait di rumah sakit	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan, Panduan, Prosedur mengenai pengintegrasian dan koordinasi aktivitas asuhan pasien ▪ Kebijakan/Pedoman/Panduan/SPO tentang Rekam Medis
2. Pelaksanaan pelayanan terintegrasikan dan terkoordinasikan antar unit kerja, departemen dan pelayanan		Pelaksanaan terintegrasi antar unit kerja, departemen, dan pelayanan di rumah sakit	0 5 10	
3. Hasil atau kesimpulan rapat dari tim asuhan atau diskusi lain tentang kolaborasi dicatat dalam rekam medis pasien.		Pencatatan kolaborasi hasil atau kesimpulan rapat dari tim asuhan dalam rekam medis pasien	0 5 10	

				Dokumen implementasi : ▪ Pengkajian dokter, perawat dan praktisi kesehatan lainnya dalam rekam medis : a.l. Catatan Terintegrasi.
Standar PP.2.1 Asuhan kepada pasien direncanakan dan tertulis di rekam medis pasien.				
Maksud dan tujuan PP.2.1 <p>Perencanaan yang teliti diperlukan untuk proses asuhan pasien agar mendapat hasil yang optimal. Proses perencanaan menggunakan data dan asesmen awal pasien dan asesmen ulang periodik untuk menetapkan dan menyusun prioritas pengobatan, prosedur, asuhan keperawatan, dan asuhan lain untuk memenuhi kebutuhan pasien. Pasien dan keluarga diikuti sertakan dalam proses perencanaan. Rencana asuhan dicantumkan dalam rekam medis pasien. Rencana asuhan dikembangkan dalam waktu 24 jam setelah pasien diterima di rawat inap. Berdasarkan asesmen ulang pasien oleh praktisi pelayanan kesehatan, maka rencana diperbaharui sesuai dengan perubahan kondisi pasien.</p> <p>Rencana asuhan untuk seorang pasien harus terkait dengan kebutuhannya. Kebutuhan ini mungkin berubah sebagai akibat perbaikan klinis, informasi baru dari asesmen ulang yang rutin (contoh, hasil laboratorium atau radiografi yang abnormal), atau karena perubahan keadaan pasien yang tiba-tiba (contoh, penurunan kesadaran). Bila kebutuhan berubah, rencana asuhan pasien pun berubah. Perubahan ditulis dalam rekam medis sebagai catatan pada rencana awal, perbaikan atau sasaran asuhan yang baru, atau dapat menjadi suatu rencana yang baru.</p> <p>Catatan : satu rencana asuhan tunggal dan terintegrasi yang mengukur pencapaian sasaran yang diharapkan setiap disiplin, lebih baik daripada rencana terpisah oleh masing-masing praktisi pelayanan. Rencana pelayanan untuk setiap pasien harus mencerminkan tujuan yang bersifat individual, obyektif dan sasaran asuhan yang realistis untuk memungkinkan asesmen ulang dan revisi rencana pelayanan.</p>				
Elemen Penilaian PP. 2.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Asuhan untuk setiap pasien direncanakan oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP), perawat dan pemberi pelayanan kesehatan lain dalam waktu 24 jam sesudah pasien masuk rawat inap.	<ul style="list-style-type: none"> Dokter, Perawat, PPK lain yang memberikan asuhan pasien Pasien 	Perencanaan asuhan untuk setiap pasien oleh DPJP, perawat, dan pemberi layanan kesehatan lain dalam 24 jam sesudah pasien dirawat inap	0 5 10	Regulasi Pemberian asuhan pasien Dokumen implemetasi : Penjabaran dgn pola SOAP (Subjektif, Objektif, Asesmen, Plan)di rekam medis Kebijakan/Pedoman/Panduan/
2. Rencana asuhan pasien harus individual dan berdasarkan data asesmen awal pasien.		Penyusunan rencana asuhan secara individual dan berdasarkan data awal pasien	0 5 10	

3. Rencana asuhan dicatat dalam rekam medis dalam bentuk kemajuan terukur pencapaian sasaran.		Rencana asuhan menggunakan sasaran terukur, dicatat dalam rekam medis	0 5 10	SPO tentang Rekam Medis
4. Kemajuan yang diantisipasi dicatat atau direvisi sesuai kebutuhan; berdasarkan hasil asesmen ulang atas pasien oleh praktisi pelayanan kesehatan.		Pencatatan atau revisi kemajuan berdasarkan hasil asesmen ulang pasien	0 5 10	
5. Rencana asuhan untuk tiap pasien direview dan di verifikasi oleh DPJP dengan mencatat kemajuannya (lihat juga APK.2, EP 1).		Review atau evaluasi dan verifikasi rencana asuhan untuk tiap pasien oleh DPJP dan pencatatan kemajuannya	0 5 10	
6. Rencana asuhan disediakan (lihat juga PP.2.3, Maksud dan Tujuan).		Penyediaan rencana asuhan	0 5 10	
7. Asuhan yang diberikan kepada setiap pasien dicatat dalam rekam medis pasien oleh pemberi pelayanan (lihat juga PAB.5.2, EP 1; PAB.7.2, Maksud dan Tujuan, dan PP.2.3, EP 1).		Pencatatan asuhan untuk tiap pasien dalam rekam medis	0 5 10	
Standar PP.2.2				
Mereka yang diizinkan memberikan perintah / <i>order</i> menuliskan perintah ini dalam rekam medis pasien di lokasi yang seragam.				
Maksud dan tujuan PP.2.2				
<p>Aktivitas asuhan pasien termasuk pemberian perintah, (misalnya, untuk pemeriksaan laboratorium, pemberian obat, pelayanan keperawatan dan terapi nutrisi). Prosedur diagnostik, operasi dan prosedur lain diperintahkan oleh mereka yang kompeten untuk hal tersebut. Perintah ini harus mudah diakses untuk dapat dilaksanakan tepat waktu. Penempatan perintah pada suatu lembar umum atau lokasi yang seragam di rekam medis pasien membantu terlaksananya perintah. Perintah tertulis membantu staf untuk mengerti kekhususan perintah, kapan harus dilaksanakan dan siapa yang harus melaksanakan. Perintah dapat ditulis pada suatu lembar perintah yang kemudian dimasukkan ke rekam medis pasien secara periodik atau pada waktu pemulangan pasien-</p> <p>Setiap rumah sakit memutuskan :</p> <ul style="list-style-type: none">- Perintah mana yang harus tertulis daripada lisan;- Permintaan pemeriksaan diagnostik imaging dan pemeriksaan laboratorium klinik termasuk indikasi klinis/ rasional;- Tiap pengecualian di pelayanan khusus seperti IGD dan Unit Pelayanan Intesif;- Siapa yang diizinkan menuliskan perintah;- dilokasi mana perintah tersebut dicatat dalam rekam medis pasien.				

Elemen Penilaian PP.2.2	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Perintah harus tertulis bila diperlukan, dan mengikuti kebijakan rumah sakit; (lihat juga MPO.4, EP 1)	Pimpinan Rumah Sakit Dokter, Perawat, PPK lain yang memberikan asuhan pasien	Penulisan perintah atau permintaan pemeriksaan atau terapi (sesuai kebijakan rumah sakit)	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan yang menetapkan tentang : <ul style="list-style-type: none"> ○ Pemberian asuhan pasien; ○ Permintaan pemeriksaan diagnostik imaging dan pemeriksaan laboratorium klinik termasuk indikasi klinis/ rasional; ○ Tiap pengecualian di pelayanan khusus seperti IGD dan Unit Pelayanan Intesif; ○ Kompetensi/kewenangan PPK yg menuliskan perintah; ○ dilokasi mana perintah tersebut dicatat dalam rekam medis pasien, a.l. Catatan Terintegrasi Dokumen implementasi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rekam medis ▪ Formulir permintaan pemeriksaan
2. Permintaan pemeriksaan diagnostik imaging dan laboratorium klinis harus menyertakan indikasi klinis dan alasan pemeriksaan yang rasional agar mendapatkan interpretasi yg diperlukan.		Penulisan permintaan laboratorium dan pemeriksaan penunjang mencantumkan alasan dan indikasi klinis	0 5 10	
3. Hanya mereka yang berwenang boleh menuliskan perintah.		Penulisan permintaan dilakukan hanya oleh petugas yang berwenang	0 5 10	
4. Permintaan tertulis di lokasi yang seragam di rekam medis pasien.		Penulisan permintaan di lokasi yang seragam dalam rekam medis pasien	0 5 10	

Standar PP.2.3

Prosedur yang dilaksanakan harus dicatat dalam rekam medis pasien.

Maksud dan tujuan PP. 2.3

Tindakan diagnostik dan tindakan lain yang dilakukan dan hasilnya, dicatat dalam rekam medis pasien. Tindakan tersebut termasuk endoskopi, kateterisasi jantung serta tindakan invasif lain dan tindakan diagnostik non invasif dan prosedur terapi (untuk prosedur operasi, lihat PAB.7.2, EP 2, dan PP.2.1, EP 1).

Elemen Penilaian PP.2.3	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Tindakan yang sudah dilakukan harus ditulis dalam rekam medis pasien (lihat juga PP.2.1, EP 7).	Dokter, Perawat, PPK lain yang memberikan asuhan pasien	Pencatatan tindakan dalam rekam medis pasien	0 5 10	Kebijakan/Pedoman/Panduan/S PO tentang tindakan / prosedur invasif dan non invasif Dokumen implementasi : ▪ Rekam medis
2. Hasil tindakan yang dilakukan dicatat dalam rekam medis pasien.		Pencatatan hasil tindakan dalam rekam medis pasien	0 5 10	

Standar PP.2.4

Pasien dan keluarga diberi tahu tentang hasil asuhan dan pengobatan termasuk kejadian tidak diharapkan.

Maksud dan tujuan PP.2.4

Asuhan dan proses pengobatan merupakan siklus terusan dari asesmen dan asesmen ulang, perencanaan dan pemberian asuhan, dan asesmen hasil. Pasien dan keluarga diberitahukan tentang hasil dari proses asesmen, tentang perencanaan asuhan dan pengobatan dan diikutsertakan dalam pengambilan keputusan. Jadi untuk melengkapi siklus informasi dengan pasien, mereka perlu diberitahu tentang hasil asuhan dan pengobatan, termasuk informasi tentang hasil asuhan yang tidak diharapkan.

Elemen Penilaian PP.2.4	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pasien dan keluarga diberi informasi tentang hasil asuhan dan pengobatan (lihat juga HPK.2.1.1, EP 1).	Dokter, Perawat, PPK lain yang memberikan asuhan pasien Pasien dan keluarganya	Penyampaian informasi tentang hasil asuhan dan pengobatan kepada pasien dan keluarganya	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Panduan Komunikasi pemberian informasi dan edukasi yang efektif ▪ SPO pemberian informasi ▪ Panduan tentang Insiden Keselamatan Pasien ▪ Formulir pemberian informasi
2. Pasien dan keluarga diberi informasi tentang hasil asuhan dan pengobatan yang tidak diharapkan (lihat juga HPK.2.1.1, EP 2).		Penyampaian informasi tentang hasil yang tidak diharapkan kepada pasien dan keluarganya	0 5 10	

PELAYANAN PASIEN RISIKO TINGGI DAN PENYEDIAAN PELAYANAN RISIKO TINGGI

Standar PP.3

Kebijakan dan prosedur mengarahkan asuhan pasien risiko tinggi dan ketentuan pelayanan risiko tinggi.

Maksud dan tujuan PP.3.

Rumah sakit memberi pelayanan bagi berbagai variasi pasien dengan berbagai variasi kebutuhan pelayanan kesehatan. Beberapa pasien yang digolongkan risiko-tinggi karena umur, kondisi, atau kebutuhan yang bersifat kritis. Anak dan lanjut usia umumnya dimasukkan dalam kelompok ini karena mereka sering tidak dapat menyampaikan pendapatnya, tidak mengerti proses asuhan dan tidak dapat ikut memberi keputusan tentang asuhannya. Demikian pula, pasien yang ketakutan, bingung atau koma tidak mampu memahami proses asuhan bila asuhan harus diberikan secara cepat dan efisien.

Rumah sakit juga menyediakan berbagai variasi pelayanan, sebagian termasuk yang berisiko tinggi karena memerlukan peralatan yang kompleks, yang diperlukan untuk pengobatan penyakit yang mengancam jiwa (pasien dialisis), sifat pengobatan (penggunaan darah atau produk darah), potensi yang membahayakan pasien atau efek toksik dari obat berisiko tinggi (misalnya kemoterapi).

Kebijakan dan prosedur merupakan alat yang sangat penting bagi staf untuk memahami pasien tersebut dan pelayanannya dan memberi respon yang cermat, kompeten dan dengan cara yang seragam. Pimpinan bertanggung jawab untuk :

- Mengidentifikasi pasien dan pelayanan yang dianggap berisiko tinggi di rumah sakit;
- Menggunakan proses kerjasama (kolaborasi) untuk mengembangkan kebijakan dan prosedur yang sesuai;
- Melaksanakan pelatihan staf dalam mengimplementasikan kebijakan dan prosedur.

Pasien dan pelayanan yang diidentifikasi di PP.3.1. s/d PP.3.9., apabila ada di dalam rumah sakit maka dimasukkan dalam proses. Tambahan pasien dan pelayanan juga diperhitungkan bila terwakili dalam populasi pasien dan pelayanan.

Rumah sakit dapat pula melakukan identifikasi risiko sampingan sebagai akibat dari suatu prosedur atau rencana asuhan (contoh, perlunya pencegahan trombotik vena dalam, ulkus dekubitus dan jatuh). Bila ada risiko tersebut, maka dapat dicegah dengan cara melakukan pelatihan staf dan mengembangkan kebijakan dan prosedur yang sesuai (lihat juga HPK.1.5, EP 1 dan 2).

Elemen Penilaian PP.3	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pimpinan rumah sakit telah mengidentifikasi pasien dan pelayanan risiko tinggi.	Pimpinan Rumah Sakit Dokter, Perawat, PPK lain yang memberikan asuhan pasien Pasien	Identifikasi pasien dan pelayanan risiko tinggi	0 5 10	Regulasi RS : ▪ Kebijakan/ panduan/ prosedur pelayanan pasien risiko tinggi ▪ Kebijakan/ panduan/ prosedur pemberian pelayanan risiko tinggi
2. Pimpinan rumah sakit mengembangkan kebijakan dan prosedur yang dapat dilaksanakan.		Pengembangan kebijakan dan prosedur untuk pasien dan pelayanan risiko tinggi	0 5 10	

3. Staf sudah dilatih dan menggunakan kebijakan dan prosedur untuk mengarahkan asuhan.		Pelatihan staf terkait tentang asuhan berdasarkan kebijakan dan prosedur yang sudah ditetapkan	0 5 10	Dokumen implementasi : ▪ Daftar pasien dan pelayanan yg berisiko tinggi ▪ Sertifikasi/bukti pelatihan PPK
Standar PP.3.1 Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelayanan kasus emergensi				
Standar PP.3.2 Kebijakan dan prosedur mengarahkan penanganan pelayanan resusitasi di seluruh unit rumah sakit				
Standar PP.3.3 Kebijakan dan prosedur mengarahkan penanganan, penggunaan, dan pemberian darah dan komponen darah.				
Standar PP.3.4 Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelayanan pasien yang menggunakan peralatan bantu hidup dasar atau yang koma.				
Standar PP.3.5 Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelayanan pasien dengan penyakit menular dan mereka yang daya tahannya direndahkan.				
Standar PP.3.6 Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelayanan pasien dialisis (cuci darah)				
Standar PP.3.7 Kebijakan dan prosedur mengarahkan penggunaan alat penghalang (<i>restraint</i>) dan asuhan pasien yang diberi penghalang.				
Standar PP.3.8 Kebijakan dan prosedur mengarahkan asuhan pasien usia lanjut, mereka yang cacat, anak-anak dan populasi yang berisiko disiksa.				

Standar PP.3.9

Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelayanan pada pasien yang mendapat kemoterapi atau terapi risiko tinggi.

Maksud dan tujuan PP.3.1 s/d PP.3.9

Kebijakan dan prosedur 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:

- bagaimana perencanaan dibuat, termasuk identifikasi perbedaan pasien dewasa dan anak-anak atau keadaan khusus lain.
- dokumentasi yang diperlukan oleh pelayanan secara tim untuk bekerja dan berkomunikasi secara efektif.
- pertimbangan persetujuan khusus bila diperlukan.
- persyaratan pemantauan pasien
- kompetensi atau ketrampilan yang khusus dari staf yang terlibat dalam proses asuhan.
- ketersediaan dan penggunaan peralatan khusus.

Pedoman klinis dan *clinical pathway* seringkali berguna dalam menyusun kebijakan dan prosedur dan dapat dimasukkan kedalamnya (lihat juga HPK.1.4, EP 2; HPK.1.5, EP 1 dan 2, dan AP.1.7).

Catatan : untuk standar PP.3.1 s/d PP.3.9, elemen a. s/d f Maksud dan Tujuan harus tercermin dalam kebijakan dan prosedur yang disyaratkan.

Elemen Penilaian PP.3.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Asuhan pasien gawat darurat diarahkan oleh kebijakan dan prosedur yang sesuai.	Tim Dokter dan Dokter Gigi Staf Keperawatan Pasien	Pelaksanaan asuhan pasien gawat darurat sesuai kebijakan dan prosedur	0 5 10	Regulasi RS : ▪ Kebijakan/ panduan/ prosedur pelayanan pasien gawat darurat Dokumen implementasi : ▪ Rekam medis ▪ Sertifikasi/bukti pelatihan PPK
2. Pasien menerima asuhan yang konsisten dengan kebijakan dan prosedur.			0 5 10	

Elemen Penilaian PP.3.2	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Tata laksana pelayanan resusitasi yang seragam diseluruh rumah sakit diarahkan oleh kebijakan dan prosedur yang sesuai.	Dokter, Perawat, PPK lain yang memberikan asuhan pasien Pasien	Penatalaksanaan resusitasi yang seragam sesuai kebijakan dan prosedur di seluruh rumah sakit	0	Regulasi RS : ▪ Kebijakan/ panduan/ prosedur pelayanan resusitasi Dokumen implementasi : ▪ Rekam medis
2. Resusitasi diberikan sesuai dengan kebijakan dan prosedur.			5	
			10	
Elemen Penilaian PP.3.3	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Penanganan, penggunaan, dan pemberian darah dan produk darah diarahkan oleh kebijakan dan prosedur yang sesuai.	Dokter, Perawat, PPK lain yang memberikan asuhan pasien Staf Laboratorium Pasien	Penanganan, penggunaan, dan pemberian darah dan produk darah sesuai kebijakan dan prosedur	0	Regulasi RS : ▪ Kebijakan/ panduan/ prosedur penanganan, penggunaan, dan pemberian darah dan komponen darah. Dokumen implementasi : ▪ Rekam medis ▪ Sertifikasi/bukti pelatihan PPK
2. Darah dan produk darah diberikan sesuai kebijakan dan prosedur.			5	
			10	

Elemen Penilaian PP.3.4	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Asuhan pasien koma diarahkan oleh kebijakan dan prosedur yang sesuai.	Dokter, Perawat, PPK lain yang memberikan asuhan pasien Pasien/keluarga	Pemberian asuhan untuk pasien koma sesuai kebijakan dan prosedur	0	Regulasi RS : ▪ Kebijakan/ Panduan/ prosedur pelayanan pasien tahap terminal
2. Asuhan pasien dengan alat bantu hidup diarahkan oleh kebijakan dan prosedur yang sesuai.		Pemberian asuhan untuk pasien dengan alat bantu hidup sesuai kebijakan dan prosedur	5	
			10	

3. Pasien koma dan yang dengan alat bantu hidup menerima asuhan sesuai kebijakan dan prosedur.			0 5 10	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan/ panduan/ prosedur pelayanan pasien dengan alat bantu hidup Dokumen implementasi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rekam medis ▪ Sertifikasi/bukti pelatihan PPK
Elemen Penilaian 3.5	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Asuhan pasien dengan penyakit menular diarahkan oleh kebijakan dan prosedur yang sesuai.	Manajemen unit Dokter, Perawat, PPK lain yang memberikan asuhan pasien Pasien	Pemberian asuhan untuk pasien dengan penyakit menular sesuai kebijakan dan prosedur	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan/ Panduan/ prosedur pelayanan pasien dengan penyakit menular ▪ Kebijakan/ Panduan/ prosedur pelayanan pasien immuno-suppressed Dokumen implementasi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rekam medis ▪ Sertifikasi/bukti pelatihan PPK
2. Asuhan pasien <i>immuno-suppressed</i> diarahkan oleh kebijakan dan prosedur yang sesuai.		Pemberian asuhan untuk pasien immuno-suppressed sesuai kebijakan dan prosedur	0 5 10	
3. Pasien <i>immuno-suppressed</i> dan pasien dengan penyakit menular menerima asuhan sesuai kebijakan dan prosedur.			0 5 10	

Elemen Penilaian PP.3.6	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Asuhan pasien dialisis diarahkan oleh kebijakan dan prosedur yang sesuai.	Manajemen unit Dokter, Perawat, PPK lain yang memberikan asuhan pasien Pasien	Pemberian asuhan untuk pasien dialisis sesuai kebijakan dan prosedur	0	Regulasi RS : ▪ Kebijakan/ Panduan/ prosedur pelayanan dialisis
2. Pasien dialisis menerima asuhan sesuai kebijakan dan prosedur.			5	
			10	
			0	Dokumen implementasi : ▪ Rekam medis ▪ Sertifikasi/bukti pelatihan PPK
			5	
			10	
Elemen Penilaian PP.3.7	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Penggunaan alat penghalang(<i>restraint</i>) diarahkan oleh kebijakan dan prosedur yang sesuai.	Dokter, Perawat, PPK lain yang memberikan asuhan pasien Pasien	Penggunaan alat penghalang /pengikat sesuai kebijakan dan prosedur	0	Regulasi RS : ▪ Kebijakan/ Panduan/ prosedur pelayanan pasien dengan alat penghalang/ pengikat (<i>restraint</i>)
2. Pasien dengan alat penghalang menerima asuhan sesuai kebijakan dan prosedur.			5	
			10	Dokumen implementasi : ▪ Rekam medis
			0	
			5	
			10	
Elemen Penilaian PP.3.8	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Asuhan pasien yang rentan, lanjut usia dengan ketergantungan bantuan diarahkan oleh kebijakan dan prosedur yang sesuai.	Dokter, Perawat, PPK lain yang memberikan asuhan pasien Termasuk Staf Rehabilitasi Medik Pasien	Pemberian asuhan untuk pasien yang rentan dan lanjut usia dengan ketergantungan sesuai kebijakan dan prosedur	0	Regulasi RS : ▪ Kebijakan/ Panduan/ prosedur pelayanan pasien rentan, lanjut usia, anak-anak dengan ketergantungan bantuan dan risiko kekerasan.
2. Pasien yang rentan, lanjut usia yang tidak mandiri menerima asuhan sesuai kebijakan dan prosedur.			5	
			10	Dokumen implementasi : ▪ Rekam medis ▪ Sertifikasi/bukti pelatihan PPK
			0	
			5	
			10	
3. Asuhan pasien anak dan anak dengan ketergantungan bantuan diarahkan oleh kebijakan dan prosedur yang sesuai.		Pemberian asuhan untuk pasien anak dan anak dengan ketergantungan sesuai kebijakan	0	
			5	
			10	

4. Anak-anak dan anak dengan ketergantungan menerima asuhan sesuai kebijakan dan prosedur.		dan prosedur	0 5 10	
5. Populasi pasien dengan risiko kekerasan harus diidentifikasi dan asuhannya diarahkan oleh kebijakan dan prosedur yang sesuai.		Identifikasi pasien dengan risiko kekerasan dan pemberian asuhan untuk pasien dengan risiko kekerasan sesuai kebijakan dan prosedur	0 5 10	
6. Populasi pasien yang teridentifikasi dengan risiko kekerasan menerima asuhan sesuai kebijakan dan prosedur.			0 5 10	
Elemen Penilaian PP.3.9	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pelayanan pasien yang mendapat kemoterapi atau pengobatan risiko tinggi lain diarahkan oleh kebijakan dan prosedur yang sesuai.	Tim Dokter Staf Keperawatan Staf Rehabilitasi Medik Pasien	Pemberian asuhan untuk pasien yang mendapat kemoterapi atau pengobatan risiko tinggi lain sesuai kebijakan dan prosedur	0 5 10	Regulasi RS : ▪ Kebijakan/ Panduan/ prosedur pelayanan pasien kemoterapi ▪ Sertifikasi/bukti pelatihan PPK
2. Pasien yang mendapat kemoterapi atau pengobatan risiko tinggi lain menerima pelayanan sesuai kebijakan dan prosedur.			0 5 10	

MAKANAN DAN TERAPI NUTRISI				
Standar PP.4 Pilihan berbagai variasi makanan yang sesuai dengan status gizi pasien dan konsisten dengan asuhan klinisnya tersedia secara reguler.				
Maksud dan tujuan PP.4 Makanan dan nutrisi yang memadai penting bagi kondisi kesehatan dan proses pemulihan pasien. Makanan yang sesuai dengan umur pasien, budaya pasien dan preferensi diet, rencana pelayanan, harus tersedia secara rutin. Pasien berpartisipasi dalam perencanaan dan seleksi makanan, dan keluarga pasien dapat, bila sesuai, berpartisipasi dalam menyediakan makanan, konsisten dengan budaya, agama, dan tradisi dan praktek lain. Berdasarkan asesmen kebutuhan pasien dan rencana asuhan, DPJP atau pemberi pelayanan lainnya yang kompeten memesan makanan atau nutrien lain yang sesuai bagi pasien. Bila keluarga pasien atau pihak lain menyediakan makanan pasien, mereka diberikan edukasi tentang makanan yang dilarang / kontra indikasi dengan kebutuhan dan rencana pelayanan, termasuk informasi tentang interaksi obat dengan makanan. Bila mungkin, pasien ditawarkan berbagai macam makanan yang konsisten dengan status gizinya.				
Elemen Penilaian PP.4	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Makanan atau nutrisi yang sesuai untuk pasien, tersedia secara reguler	Tim Dokter dan Dokter Gigi Staf Gizi Staf Keperawatan Pasien	Penyediaan makanan atau nutrisi yang sesuai untuk pasien secara reguler	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan/ Panduan/ prosedur pelayanan gizi ▪ SPO pemberian edukasi ▪ Formulir pemberian edukasi
2. Sebelum memberi makan pasien, semua pasien rawat inap telah memesan makanan dan dicatat.		Pemesanan dan pencatatan makanan untuk pasien rawat inap sebelum pemberian makanan	0 5 10	
3. Pesanan didasarkan atas status gizi dan kebutuhan pasien		Pemesanan makanan berdasarkan status gizi dan kebutuhan pasien	0 5 10	
4. Ada bermacam variasi pilihan makanan bagi pasien konsisten dengan kondisi dan pelayanannya		Pemilihan variasi makanan secara konsisten dengan kondisi pasien dan pelayanannya	0 5 10	Dokumen implementasi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Daftar menu makanan pasien rawat inap ▪ Pengkajian status gizi dalam rekam medis
5. Bila keluarga menyediakan makanan, mereka diberikan edukasi tentang pembatasan diet pasien		Pemberian edukasi tentang batasan diet pasien kepada keluarga pasien bila mereka menyediakan makanan untuk pasien	0 5 10	

Standar PP.4.1

Penyiapan makanan, penanganan, penyimpanan dan distribusinya, aman dan memenuhi undang-undang, peraturan dan praktek terkini yang berlaku.

Maksud dan tujuan PP.4.1

Penyiapan makanan, penyimpanan dan distribusi harus dimonitor untuk memastikan keamanan dan sesuai dengan undang-undang, peraturan dan praktek terkini yang dapat diterima. Penyiapan makanan dan penyimpanan mengurangi risiko kontaminasi dan pembusukan. Makanan didistribusikan kepada pasien pada waktu yang telah ditetapkan. Makanan dan produk nutrisi termasuk produk nutrisi enteral, harus tersedia untuk memenuhi kebutuhan khusus pasien.

Elemen Penilaian PP.4.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Makanan disiapkan dengan cara mengurangi risiko kontaminasi dan pembusukan	Staf Gizi	Penyiapan makanan dengan meminimalkan risiko kontaminasi dan pembusukan	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan/ Pedoman pelayanan gizi ▪ Prosedur penyiapan makanan ▪ Prosedur penyimpanan makanan ▪ Prosedur penyaluran makanan Dokumen implementasi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Laporan proses/kegiatan ▪ Jadwal pemberian makanan
2. Makanan disimpan dengan cara mengurangi risiko kontaminasi dan pembusukan		Penyimpanan makanan dengan meminimalkan risiko kontaminasi dan pembusukan	0 5 10	
3. Produk nutrisi enteral disimpan sesuai rekomendasi pabrik		Penyimpanan produk nutrisi enteral sesuai rekomendasi pabrik	0 5 10	
4. Distribusi makanan secara tepat waktu, dan memenuhi permintaan khusus		Pendistribusian makanan secara tepat waktu dan memenuhi permintaan khusus	0 5 10	
5. Praktek pelaksanaan memenuhi peraturan dan perundangan yang berlaku		Pelaksanaan praktik sesuai peraturan dan perundangan yang berlaku	0 5 10	

Standar PP.5

Pasien yang berisiko nutrisi mendapat terapi gizi.

Maksud dan tujuan PP.5

Pada asesmen awal, pasien diperiksa / ditapis untuk mengidentifikasi adanya risiko nutrisi. Pasien ini akan dikonsulkan ke nutrisisionis untuk asesmen lebih lanjut. Bila ternyata ada risiko nutrisi, dibuat rencana terapi gizi. Tingkat kemajuan pasien dimonitor dan dicatat dalam rekam medisnya. Dokter, perawat dan ahli diet dan kalau perlu keluarga pasien, bekerjasama merencanakan dan memberikan terapi gizi.

Elemen Penilaian PP.5	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pasien dengan risiko nutrisi mendapat terapi nutrisi.	Staf Gizi Staf Keperawatan Tim Dokter dan Dokter Gigi Pasien	Pemberian terapi nutrisi kepada pasien dengan risiko nutrisi	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan/ Panduan pelayanan gizi ▪ Prosedur perencanaan terapi nutrisi ▪ Prosedur pemberian terapi nutrisi ▪ Prosedur memonitor terapi nutrisi
2. Ada proses yang menyeluruh untuk merencanakan, memberikan dan memonitor terapi nutrisi (lihat juga PP.2, Maksud dan Tujuan).		Proses menyeluruh meliputi perencanaan, pemberian, dan monitoring/evaluasi terapi nutrisi	0 5 10	
3. Respon pasien terhadap terapi nutrisi dimonitor (lihat juga AP.2, EP 1).		Monitor/evaluasi respons pasien terhadap terapi nutrisi	0 5 10	
4. Respon pasien terhadap terapi gizi dicatat dalam rekam medisnya (lihat juga MKI.19.1, EP 5).		Pencatatan dalam rekam medis pasien tentang respons pasien terhadap terapi gizi	0 5 10	Dokumen implementasi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pengkajian status gizi dalam rekam medis

PENGELOLAAN PELAYANAN RASA NYERI				
Standar PP.6 Pasien dibantu dalam pengelolaan rasa nyeri.				
Maksud dan tujuan PP.6 Rasa nyeri dapat merupakan pengalaman umum seorang pasien; nyeri yang tidak teratasi mengakibatkan efek tidak diharapkan secara fisik dan psikologis. Hak pasien untuk mendapatkan asesmen dan pengelolaan nyeri dihargai dan dibantu (lihat juga HPK.2.5, Maksud dan Tujuan). Berdasarkan lingkup pelayanan yang disediakan, rumah sakit memiliki proses untuk asesmen dan pengelolaan rasa nyeri yang sesuai, termasuk : a) Identifikasi pasien yang nyeri pada waktu asesmen awal dan asesmen ulang. b) Menyediakan pengelolaan nyeri sesuai pedoman dan protokol. c) Komunikasi dengan dan mendidik pasien dan keluarga tentang pengelolaan nyeri dan gejala dalam konteks pribadi, budaya dan kepercayaan agama masing-masing (lihat juga HPK.1.1, EP 1). d) Mendidik para praktisi pelayanan kesehatan tentang asesmen dan pengelolaan nyeri (lihat juga HPK.2.4).				
Elemen Penilaian PP.6	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Berdasarkan lingkup pelayanan yang diberikan, rumah sakit mempunyai prosedur untuk identifikasi pasien yang kesakitan (lihat juga AP.1.7, EP 1, dan AP.1.8.2, EP 1).	Pimpinan Rumah Sakit Tim Dokter dan Dokter Gigi Staf Keperawatan Tim Penatalaksanaan Nyeri Pasien	Penyusunan prosedur identifikasi pasien yang kesakitan/ berisiko mengalami nyeri	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> Kebijakan/ panduan/ prosedur manajemen nyeri Dokumen implementasi : <ul style="list-style-type: none"> Pengkajian nyeri dalam rekam medis Dokumen pelatihan
2. Pasien yang kesakitan mendapat asuhan sesuai pedoman Manajemen nyeri		Pemberian asuhan untuk pasien yang mengalami nyeri sesuai pedoman manajemen nyeri	0 5 10	
3. Berdasarkan lingkup pelayanan yang diberikan, rumah sakit menjalankan proses untuk berkomunikasi dan mendidik pasien dan keluarga tentang rasa sakit (lihat juga PPK.4, EP 4).		Komunikasi dan edukasi pasien dan keluarganya tentang rasa nyeri	0 5 10	
4. Berdasarkan lingkup pelayanan yang diberikan, rumah sakit menjalankan proses mendidik staf tentang rasa sakit (lihat juga KPS.3, EP 1).		Edukasi dan pelatihan staf rumah sakit yang terkait tentang rasa nyeri	0 5 10	

PELAYANAN PADA TAHAP TERMINAL (AKHIR HIDUP)

Pasien yang menuju akhir hidupnya, dan keluarganya, memerlukan asuhan yang terfokus akan kebutuhan mereka yang unik. Pasien dalam tahap terminal dapat mengalami gejala yang berhubungan dengan proses penyakit atau terapi kuratif atau memerlukan bantuan yang berhubungan dengan masalah-masalah psikososial, spiritual dan budaya yang berkaitan dengan kematian dan proses kematian. Keluarga dan pemberi pelayanan dapat diberikan kelonggaran dalam melayani anggota keluarga pasien yang sakit terminal atau membantu meringankan rasa sedih dan kehilangan.

Tujuan rumah sakit untuk memberikan asuhan pada akhir kehidupan harus mempertimbangkan tempat asuhan atau pelayanan yang diberikan (seperti *hospice* atau unit asuhan palliatif), tipe pelayanan yang diberikan dan kelompok pasien yang dilayani. Rumah sakit mengembangkan proses untuk mengelola pelayanan akhir hidup. Proses tersebut adalah :

- memastikan bahwa gejala-gejalanya akan dilakukan asesmen dan dikelola secara tepat.
- memastikan bahwa pasien dengan penyakit terminal dilayani dengan hormat dan respek.
- melakukan asesmen keadaan pasien sesering mungkin sesuai kebutuhan untuk mengidentifikasi gejala-gejala.
- merencanakan pendekatan preventif dan terapeutik dalam mengelola gejala-gejala.
- mendidik pasien dan staf tentang pengelolaan gejala-gejala.

Standar PP.7

Rumah sakit memberi pelayanan akhir kehidupan.

Maksud dan tujuan PP.7

Pasien yang dalam proses kematian mempunyai kebutuhan khusus untuk dilayani dengan penuh hormat dan kasih. Untuk mencapai ini semua staf harus sadar akan uniknya kebutuhan pasien dalam keadaan akhir kehidupannya. Perhatian terhadap kenyamanan dan martabat pasien mengarahkan semua aspek asuhan selama stadium akhir hidup. Asuhan akhir kehidupan yang diberikan rumah sakit termasuk :

- a) pemberian pengobatan yang sesuai dengan gejala dan keinginan pasien dan keluarga;
- b) menyampaikan isu yang sensitif seperti autopsi dan donasi organ;
- c) menghormati nilai yang dianut pasien, agama dan preferensi budaya;
- d) mengikutsertakan pasien dan keluarganya dalam semua aspek pelayanan;
- e) memberi respon pada masalah-masalah psikologis, emosional, spiritual dan budaya dari pasien dan keluarganya.

Untuk mencapai tujuan ini semua staf harus menyadari akan kebutuhan pasien yang unik pada akhir hidupnya (lihat juga HPK.2.5, Maksud dan Tujuan). Rumah sakit mengevaluasi mutu asuhan akhir-kehidupan, berdasarkan evaluasi (serta persepsi) keluarga dan staf, terhadap asuhan yang diberikan.

Elemen Penilaian PP.7	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Semua staf memahami kebutuhan pasien yang unik pada akhir kehidupan.	Dokter, Perawat, PPK lain yang memberikan asuhan pasien Staf lain dilingkungan pasien Pasien, keluarga	Edukasi atau sosialisasi staf tentang kebutuhan pasien yang unik pada akhir kehidupan	0 5 10	Regulasi RS : ▪ Kebijakan/ Panduan/ prosedur pelayanan pasien tahap terminal yang memuat : - Asesmen pasien - memastikan bahwa gejala-gejalanya akan dilakukan asesmen dan dikelola secara tepat. - memastikan bahwa pasien dengan penyakit terminal dilayani dengan hormat dan respek. - melakukan asesmen keadaan pasien sesering mungkin sesuai kebutuhan untuk mengidentifikasi gejala-gejala. - merencanakan pendekatan preventif dan terapeutik dalam mengelola gejala-gejala. - menyampaikan isu yang sensitif seperti autopsi dan donasi organ - menghormati nilai yang dianut pasien, agama dan preferensi budaya - mengikutsertakan pasien dan keluarganya dalam semua aspek pelayanan;
2. Rumah sakit membuat pelayanan tahap terminal sesuai dengan kebutuhan pasien yang akan meninggal (termasuk melakukan evaluasi elemen a sampai dengan e diatas).		Penyusunan panduan pelayanan tahap terminal sesuai dengan kebutuhan pasien yang akan meninggal	0 5 10	
3. Kualitas asuhan akhir kehidupan dievaluasi oleh staf dan keluarga pasien.		Evaluasi tentang kualitas pemberian asuhan akhir kehidupan oleh staf rumah sakit dan keluarga pasien	0 5 10	

				<ul style="list-style-type: none"> - memberi respon pada masalah-masalah psikologis, emosional, spiritual dan budaya dari pasien dan keluarganya. - mendidik staf tentang pengelolaan gejala-gejala. <p>Dokumen implementasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rekam medis
<p>Standar PP.7.1</p> <p>Asuhan pasien dalam proses kematian harus meningkatkan kenyamanan dan kehormatannya.</p>				
<p>Maksud dan tujuan PP.7.1</p> <p>Rumah sakit memastikan pemberian asuhan yang tepat bagi mereka yang kesakitan atau dalam proses kematian dengan cara :</p> <ul style="list-style-type: none"> - melakukan intervensi untuk mengurangi rasa nyeri dan gejala primer atau sekunder - mencegah gejala-gejala dan komplikasi sejauh yang dapat diupayakan - melakukan intervensi dalam masalah psikososial, emosional dan spiritual dari pasien dan keluarga, menghadapi kematian dan kesedihan - melakukan intervensi dalam masalah keagamaan dan budaya pasien dan keluarga - mengikutsertakan pasien dan keluarga dalam keputusan terhadap asuhan 				

Elemen Penilaian PP.7.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Intervensi dilakukan untuk mengatasi rasa nyeri dan gejala primer atau sekunder (lihat juga HPK.2.4, EP 1)	Dokter, Perawat, PPK lain yang memberikan asuhan pasien Staf lain dilingkungan pasien Pasien, keluarga	Pemberian intervensi kepada pasien untuk mengatasi rasa nyeri dan gejala primer atau sekunder	0 5 10	Regulasi RS : ▪ Kebijakan/ Panduan/ prosedur pelayanan pasien tahap terminal yang memuat : - Asesmen pasien - memastikan bahwa gejala-gejalanya akan dilakukan asesmen dan dikelola secara tepat. - memastikan bahwa pasien dengan penyakit terminal dilayani dengan hormat dan respek. - melakukan asesmen keadaan pasien sesering mungkin sesuai kebutuhan untuk mengidentifikasi gejala-gejala. - merencanakan pendekatan preventif dan terapeutik dalam mengelola gejala-gejala. - menyampaikan isu yang sensitif seperti autopsi dan donasi organ - menghormati nilai yang dianut pasien,
2. Sedapat mungkin dilakukan upaya mencegah terjadinya gejala dan komplikasi (lihat juga AP.2, EP 2)		Pencegahan terjadinya gejala dan komplikasi terkait intervensi nyeri pada pasien	0 5 10	
3. Intervensi yang ditujukan kepada pasien dan keluarga meliputi aspek psikososial, emosional dan kebutuhan spiritual pasien dan keluarga dalam hal menghadapi kematian dan kesedihan		Pemberian intervensi pada pasien dan keluarganya meliputi aspek psikososial, emosional, dan kebutuhan spiritual pasien beserta keluarga dalam menghadapi kematian dan kesedihan	0 5 10	
4. Intervensi yang ditujukan kepada pasien dan keluarga didasarkan pada agama/kepercayaan dan budaya		Pemberian intervensi pada pasien dan keluarga berdasarkan agama, kepercayaan, dan budaya pasien serta keluarganya	0 5 10	
5. Pasien dan keluarga terlibat dalam mengambil keputusan terhadap asuhan (lihat juga HPK.2, EP 1, dan HPK.2.1, EP 4)		Pengambilan keputusan terhadap pemberian asuhan dilakukan dengan melibatkan pasien dan keluarganya	0 5 10	

				<p>agama dan preferensi budaya</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengikutsertakan pasien dan keluarganya dalam semua aspek pelayanan; - memberi respon pada masalah-masalah psikologis, emosional, spiritual dan budaya dari pasien dan keluarganya. - mendidik staf tentang pengelolaan gejala-gejala. <p>Dokumen implementasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rekam medis
--	--	--	--	---

BAB 5. PELAYANAN BEDAH DAN ANESTESI

STANDAR, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN			<div>>/= 80% Terpenuhi</div> <div>20-79% Terpenuhi sebagian</div> <div>< 20% Tidak terpenuhi</div>	
ORGANISASI DAN MANAJEMEN				
Standar PAB.1.				
Tersedia pelayanan anestesi (termasuk sedasi moderat dan dalam) untuk memenuhi kebutuhan pasien, dan semua pelayanan tersebut memenuhi standar di rumah sakit, standar nasional, undang-undang dan peraturan serta standar profesional.				
Maksud dan tujuan PAB.1				
Rumah sakit mempunyai sistem untuk menyediakan pelayanan anestesi (termasuk sedasi moderat dan dalam) yang dibutuhkan pasien, yang dibutuhkan dalam pelayanan klinis yang ditawarkan dan kebutuhan para praktisi pelayanan kesehatan. Pelayanan anestesi (termasuk sedasi yang moderat dan dalam) memenuhi standar di rumah sakit, nasional, juga undang-undang dan peraturan yang berlaku.				
Pelayanan anestesi, termasuk sedasi moderat dan dalam serta pelayanan untuk kedaruratan, dapat diberikan di dalam rumah sakit, atau dengan kerjasama/persetujuan dengan organisasi lain, atau keduanya. Pelayanan anestesi (termasuk sedasi moderat dan dalam) juga tersedia di luar jam kerja untuk keperluan kedaruratan.				
Setiap penggunaan anestesia dari sumber luar didasarkan atas rekomendasi direktur dan orang lain yang bertanggung jawab terhadap pelayanan anestesi. Sumber luar memenuhi undang-undang dan peraturan yang berlaku serta dengan mutu yang dapat diterima maupun keselamatan pasien yang memadai.				
Elemen Penilaian PAB.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pelayanan anestesi (termasuk sedasi moderat dan dalam) memenuhi standar di rumah sakit, nasional, undang-undang dan peraturan yang berlaku	<div><div>Pimpinan RS</div><div>PPK (Pemberi Pelayanan Kesehatan) yang memberikan pelayanan anestesi, sedasi-moderat, sedasi-dalam</div><div>Tim Anestesi dari luar</div><div>Pasien</div></div>	Regulasi tentang pelayanan anestesi yang sesuai dengan peraturan yang berlaku	<div>0</div> <div>5</div> <div>10</div>	<div>Acuan:</div> <div><div>PMK 519/Menkes/Per/III/2011 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Anesthesiologi dan Terapi Intensif di RS</div></div>
2. Pelayanan anestesi yang adekuat, reguler dan nyaman (termasuk sedasi moderat dan dalam), tersedia untuk memenuhi kebutuhan pasien		Implementasi dari regulasi tersebut	<div>0</div> <div>5</div> <div>10</div>	<div>Regulasi</div>

3. Pelayanan anestesi (termasuk sedasi moderat dan dalam) tersedia untuk keadaan darurat di luar jam kerja		Implementasi pelayanan anestesi utk emergensi di luar jam kerja	0 5 10	<ul style="list-style-type: none"> Regulasi tentang pelayanan anestesi di RS
4. Sumber dari luar rumah sakit diseleksi berdasarkan rekomendasi direktur, suatu rekor/catatan kinerja yang akseptabel, serta dapat memenuhi undang-undang serta peraturan yang berlaku.		Implementasi penyeleksian sumber dari luar RS berdasarkan rekomendasi direktur	0 5 10	Dokumen : <ul style="list-style-type: none"> Daftar pelayanan anestesi, sedasi moderat/dalam Daftar sumber anestesi dari luar RS berdasarkan rekomendasi direktur/kepala/PJ Pelayanan Anestesi

Standar PAB.2.

Seorang individu yang kompeten (*qualified*) bertanggung jawab untuk pengelolaan pelayanan anestesi (termasuk sedasi moderat dan dalam)

Maksud dan tujuan PAB.2

Pelayanan anestesi (termasuk sedasi moderat dan dalam) dibawah kepemimpinan satu orang atau lebih yang kompeten, melalui pelatihan bersertifikat, keahlian dan pengalaman, konsisten dengan undang-undang dan peraturan yang berlaku. Orang ini memiliki tanggungjawab profesional untuk pelayanan anestesi tersebut. Tanggung jawab meliputi :

- Pengembangan, implementasi dan memelihara/menegakkan (*maintaining*) kebijakan dan prosedur
- Pengawasan administratif
- Memelihara/mempertahankan program pengendalian mutu yang penting
- Merekomendasikan sumber luar untuk pelayanan anestesi (termasuk sedasi moderat dan dalam)
- Memantau dan menelaah seluruh pelayanan anestesi (termasuk sedasi moderat dan dalam)

Elemen Penilaian PAB.2	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pelayanan anestesi (termasuk sedasi moderat dan dalam) harus seragam pada seluruh pelayanan di rumah sakit (lihat juga PP.1, EP 1)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pimpinan RS ▪ Penanggung-jawab/Kepala Pelayanan anestesi ▪ Pasien 	Implementasi pelayanan anestesi yang seragam di RS	0 5 10	Regulasi pelayanan anestesi Kebijakan, Panduan, Prosedur, tentang asuhan pasien yang seragam di seluruh rumah sakit UTW Kepala/PJ Pelayanan Anestesi Dokumen : Rekam medis
2. Pelayanan anestesi (termasuk sedasi moderat dan dalam) berada dibawah kepemimpinan satu orang atau lebih yang kompeten (lihat juga TKP 5)		Persyaratan ketua tim anestesi	0 5 10	
3. Tanggung jawab yang meliputi pengembangan, implementasi dan memelihara/menegakkan kebijakan serta prosedur yang ditetapkan dan dilaksanakan		Implementasi dari uraian tugas ketua tim tersebut	0 5 10	
4. Tanggung jawab untuk memelihara/mempertahankan program pengendalian mutu yang ditetapkan dan dilaksanakan		Implementasi dari uraian tugas ketua tim tersebut	0 5 10	
5. Tanggung jawab dalam merekomendasikan sumber luar untuk pelayanan anestesi (termasuk sedasi moderat dan dalam) yang ditetapkan dan dilaksanakan (lihat juga TKP.3.3, EP 1)		Implementasi dari uraian tugas ketua tim tersebut	0 5 10	
6. Tanggung jawab untuk memantau dan menelaah seluruh pelayanan anestesi (termasuk sedasi moderat dan dalam) yang ditetapkan dan dilaksanakan		Implementasi dari uraian tugas ketua tim tersebut	0 5 10	

PELAYANAN SEDASI

Standar PAB.3

Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelayanan pasien untuk sedasi moderat dan dalam

Maksud dan tujuan PAB.3

Sedasi, secara khusus, sedasi yang moderat maupun dalam, menghadapi risiko kepada pasien, karenanya perlu dilengkapi dengan definisi, kebijakan serta prosedur yang jelas. Derajat sedasi terjadi dalam suatu kontinum, seorang pasien dapat bergerak dari satu derajat tertentu menuju derajat yang lain, berdasarkan medikasi yang diberikan, rute dan dosisnya. Pertimbangan penting mencakup kemampuan pasien untuk mempertahankan refleks protektif; saluran pernafasan yang paten-independen-berkesinambungan; dan mampu berespon terhadap stimulasi fisik atau instruksi lisan.

Kebijakan dan prosedur sedasi memuat :

- penyusunan rencana termasuk identifikasi perbedaan antara populasi dewasa dan anak atau pertimbangan khusus lainnya;
- dokumentasi yang diperlukan tim pelayanan untuk dapat bekerja dan berkomunikasi secara efektif;
- persyaratan persetujuan (*consent*) khusus, bila diperlukan;
- frekuensi dan jenis monitoring pasien yang diperlukan;
- kualifikasi atau ketrampilan khusus para staf yang terlibat dalam proses sedasi; dan
- ketersediaan dan penggunaan peralatan spesialistik.

Hal lain yang juga penting adalah kualifikasi para dokter, dokter gigi atau semua individu yang kompeten yang bertanggung jawab atas pasien yang menerima sedasi moderat maupun dalam. Setiap petugas harus kompeten dalam :

- teknik berbagai modus sedasi;
- monitoring yang tepat;
- respons terhadap komplikasi;
- penggunaan zat-zat *reversal*; dan
- sekurang-kurangnya bantuan hidup dasar.

Petugas yang kompeten yang bertanggung jawab menjalankan suatu asesmen prasedasi terhadap pasien untuk memastikan bahwa perencanaan sedasi dan tingkatannya adalah tepat bagi pasien. Kebijakan rumah sakit menjabarkan ruang lingkup dan isi dari asesmen ini.

Sebagai tambahan bagi para dokter atau dokter gigi, seorang petugas yang kompeten dan bertanggung jawab atas pelaksanaan monitoring berkesinambungan (tidak terinterupsi) atas parameter fisiologis pasien, dan membantu tindakan suportif atau resusitasi. Kualifikasi petugas yang melaksanakan monitoring, dan monitoring peralatan serta suplai nya adalah sama seperti pada pemberian sedasi di unit/tempat yang lain di rumah sakit, misalnya dalam kamar operasi dan dalam klinik rawat jalan gigi. Sehingga terpelihara tingkatan mutu pelayanan yang sama (lihat juga PP.1, EP 3, dan TKP.3.2.1, EP 3).

Elemen Penilaian PAB.3.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Kebijakan dan prosedur yang tepat, menyebutkan sedikitnya elemen a) sampai dengan f) tersebut diatas, mengarahkan pelayanan pasien untuk menjalani sedasi moderat dan dalam (lihat juga AP.2, EP 3; PP.1, EP 3; dan MPO.4, EP 1).	PPK sedasi Pasien	Implementasi terhadap regulasi yang memuat sedikitnya a) sampai f)	0 5 10	Regulasi <ul style="list-style-type: none"> • Panduan pelayanan anestesi (termasuk sedasi moderat/dalam) Dokumen : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Keterlibatan PPK dlm penyusunan kebijakan, prosedur ▪ Daftar PPK sedasi ▪ Surat kompetensi/kewenangan para PPK terkait ▪ Asesmen prasedasi dalam rekam medis pasien ▪ Hasil pemantauan pasien selama sedasi ▪ Kriteria untuk pemulihan dari sedasi
2. Petugas yang kompeten yang diidentifikasi di PAB.2 berpartisipasi dalam pengembangan kebijakan dan prosedur.		Implementasi ketua tim anestesi dalam pengembangan regulasi pelayanan anestesi	0 5 10	
3. Harus ada asesmen prasedasi, sesuai kebijakan rumah sakit, untuk mengevaluasi risiko dan ketepatan sedasi bagi pasien (lihat juga AP.1.1, EP 1).		Implementasi asesmen prasedasi sesuai regulasi pelayanan	0 5 10	
4. Petugas yang kompeten, dan yang bertanggung jawab untuk sedasi, harus memenuhi kualifikasi sekurang-kurangnya untuk elemen g) sampai dengan k) tersebut di Maksud dan Tujuan		Persyaratan tim anestesi	0 5 10	
5. Seorang petugas yang kompeten memonitor pasien selama sedasi dan mencatat semua pemantauan.		Implementasi dari tim tersebut dalam memonitor pasien selama sedasi	0 5 10	
6. Dibuat dan didokumentasi kriteria untuk pemulihan dan <i>discharge</i> dari sedasi.		Pendokumentasian kriteria pemulihan dan pemulangan dari sedasi	0 5 10	
7. Sedasi moderat dan dalam diberikan sesuai kebijakan rumah sakit		Implementasi sedasi moderat dan dalam	0 5 10	

PELAYANAN ANESTESI				
Standar PAB.4 Petugas yang kompeten menyelenggarakan asesmen pra anestesi dan asesmen pra induksi.				
Maksud dan tujuan PAB.4 Berhubung anestesi membawa risiko tinggi, maka pemberiannya harus direncanakan dengan seksama. Asesmen pra anestesi pasien merupakan basis untuk perencanaan tersebut dan untuk penggunaan analgesia pasca operatif. Asesmen pra anestesi memberikan informasi yang diperlukan bagi : <ul style="list-style-type: none"> - Pemilihan pelayanan anestesi dan merencanakan anestesi; - Pemberian layanan anestesi yang aman dan tepat; dan - Penafsiran temuan pada monitoring pasien. Seorang spesialis anestesi atau petugas lain yang kompeten menjalankan asesmen pra anestesi. Proses asesmen pra anestesi dijalankan beberapa waktu sebelum rawat inap atau sebelum tindakan pembedahan atau sesaat sebelum operasi, seperti pada pasien emergensi atau obstetri Asesmen pra induksi terpisah dari asesmen pra anestesi, karena fokusnya pada stabilitas fisiologis dan kesiapan pasien untuk anestesi dan terjadi sesaat sebelum induksi anestesi. Bila anestesi yang harus diberikan secara darurat, asesmen pra anestesi dan asesmen pra induksi dapat segera dilaksanakan secara berurutan atau secara serempak, tetapi masing-masing didokumentasikan sendiri.				
Elemen Penilaian PAB.4	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Asesmen pra anestesi dikerjakan pada setiap pasien (lihat juga AP.1.1, EP 1)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PPK anestesi ▪ Pasien 	Implementasi asesmen praanestesi	0 5 10	Regulasi pelayanan anestesi Dokumen : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Daftar PPK anestesi, kompetensi/kewenangan ▪ Bukti pencatatan asesmen praanestesi dan pra induksi dalam rekam medis
2. Asesmen pra induksi dilaksanakan untuk re- evaluasi pasien segera sebelum induksi anestesi, sesaat sebelum diberikan induksi anestesi		Implementasi asesmen pra induksi	0 5 10	
3. Kedua asesmen dikerjakan oleh petugas yang kompeten untuk melakukannya		Persyaratan petugas yang boleh melakukan pelayanan tersebut	0 5 10	
4. Kedua asesmen didokumentasikan dalam rekam medis		Pendokumentasian dalam rekam medis	0 5 10	

Standar PAB.5

Pelayanan anestesi pada setiap pasien direncanakan dan didokumentasikan di rekam medis pasien

Maksud dan tujuan PAB.5

Pelayanan anestesi direncanakan secara seksama dan didokumentasikan dalam catatan anestesi. Perencanaan mempertimbangkan informasi dari asesmen pasien lain dan mengidentifikasi anestesi yang akan digunakan, termasuk metode pemberiannya, pemberian medikasi dan cairan lain, serta prosedur monitoring dalam mengantisipasi pelayanan pasca anestesi.

Elemen Penilaian PAB.5	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pelayanan anestesi setiap pasien direncanakan	<ul style="list-style-type: none"> PPK anestesi Pasien 	Implementasi perencanaan pelayanan anestesi di tiap pasien	0 5 10	Regulasi pelayanan anestesi Dokumen : <ul style="list-style-type: none"> Bukti pencatatan perencanaan pelayanan anestesi dalam rekam medis
2. Rencana tersebut didokumentasikan		Pendokumentasian pelayanan tersebut	0 5 10	

Standar PAB.5.1

Risiko, manfaat dan alternatif didiskusikan dengan pasien dan keluarganya atau mereka yang membuat keputusan bagi pasien.

Maksud dan tujuan dari PAB.5.1

Proses perencanaan anestesi mencakup mengedukasi pasien, keluarganya, atau pembuat keputusan atas risiko, manfaat dan alternatif yang berhubungan dengan perencanaan anestesi dan analgesia pasca operatif. Diskusi ini terjadi sebagai bagian dari proses untuk memperoleh persetujuan anestesi (termasuk sedasi moderat dan dalam) sebagaimana disyaratkan dalam HPK.6.4, EP 2. Seorang anesthesiolog atau petugas yang kompeten memberikan edukasi ini.

Elemen Penilaian PAB.5.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pasien, keluarga dan pengambil keputusan diberi pendidikan tentang risiko, manfaat dan alternatif anestesi (lihat juga HPK.6.4, EP 2).	<ul style="list-style-type: none">Ketua dan anggota tim anestesiPasien dan atau keluarga	Implementasi pemberian edukasi informed consent tentang risiko, manfaat dan alternatif anestesi	0 5 10	Regulasi pemberian informasi dan persetujuan tindakan kedokteran Dokumen : <ul style="list-style-type: none">Kompetensi/kewenangan PPK anestesi,Materi edukasiFormulir persetujuan/ penolakan tindakan
2. Antestesiolog atau petugas lain yang kompeten memberikan edukasi tersebut		Persyaratan pemberi edukasi/ informed consent tersebut	0 5 10	
Standar PAB.5.2				
Anestesi yang digunakan dan tehnik anestesi ditulis di rekam medis pasien				
Maksud dan tujuan PAB.5.2				
Anestesi yang digunakan dan teknik anestesi ditulis di rekam medis anestesi pasien				
Elemen Penilaian PAB.5.2	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Anestesi yang digunakan dituliskan dalam rekam medis pasien (lihat juga PP.2.1, EP 7, dan MKI.19.1, EP 4)	<ul style="list-style-type: none">PPK anestesiPasien	Implementasi pencatatan obat anestesi yang digunakan dalam rekam medis	0 5 10	Regulasi pelayanan anestesi Dokumen : <ul style="list-style-type: none">Rekam medis pasien
2. Teknik anestesi yang digunakan dituliskan dalam rekam medis anestesi pasien		Implementasi pencatatan teknik anestesi yang digunakan dalam rekam medis	0 5 10	
3. Dokter spesialis Anestesi dan atau perawat anestesi dan asisten anestesi di catat di rekam medis anestesi pasien.		Implementasi pencatatan tim anestesi yang terlibat dalam rekam medis	0 5 10	
Standar PAB.5.3				
Selama pemberian anestesi, status fisiologis setiap pasien terus menerus dimonitor dan dituliskan dalam rekam medis pasien				

Maksud dan tujuan PAB.5.3

Monitoring fisiologis memberikan informasi yang dapat diandalkan tentang status pasien selama pemberian anestesi (umum, spinal dan regional) dan periode pemulihan. Metode monitoring tergantung pada status pra anestesi pasien, anestesi yang dipilih dan kompleksitas dari pembedahan atau prosedur lain yang dikerjakan selama anestesi. Namun demikian, dalam semua kasus, proses monitoring dilakukan terus menerus dan hasilnya dituliskan ke dalam rekam medis pasien.

Elemen Penilaian PAB.5.3	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Kebijakan dan prosedur mengatur frekuensi minimum dan tipe monitoring selama tindakan anestesi dan polanya seragam untuk pasien yang serupa yang menerima tindakan anestesi yang sama waktu pemberian anestesi (lihat juga AP.2, EP 1 – 3)	<ul style="list-style-type: none"> PPK anestesi 	Implementasi regulasi pemantauan selama pemberian anestesi	0 5 10	Regulasi pemberian anestesi Dokumen : <ul style="list-style-type: none"> Bukti hasil pemantauan status fisiologis pasien selama pemberian anestesi dalam rekam medis
2. Status fisiologis dimonitor secara terus menerus selama pemberian anestesi, sesuai kebijakan dan prosedur (lihat juga AP.2, EP 1 dan 2)		Implementasi pemantauan status fisiologis pasien selama pemberian anestesi	0 5 10	
3. Hasil monitoring dituliskan ke dalam rekam medis anestesi pasien (lihat juga MKI.19.1, EP 4)		Pendokumentasian hasil pemantauan dalam rekam medis	0 5 10	

Standar PAB.6

Setiap status post anestesi pasien dimonitor dan didokumentasikan dan pasien dipindahkan dari ruang pemulihan oleh petugas yang kompeten atau dengan menggunakan kriteria baku.

Maksud dan tujuan PAB.6

Monitoring selama anestesi adalah dasar dari monitoring selama periode pemulihan pasca anestesi. Pengumpulan data secara sistematis dan analisis data yang berlangsung terhadap kondisi pasien yang dalam pemulihan, mendukung keputusan untuk memindahkan pasien ke *setting* pelayanan lain dengan pelayanan yang kurang intensif. Pencatatan data monitoring merupakan dokumentasi untuk mendukung keputusan untuk memindahkan pasien.

Memindahkan dari ruang pulih pasca anestesi atau menghentikan monitoring pemulihan, memakai salah satu cara alternatif berikut ini :

- Pasien dipindahkan (atau menghentikan monitoring pemulihan) oleh seorang anestesilog yang kompeten penuh atau petugas lain yang diberi otorisasi oleh petugas yang bertanggung jawab untuk mengelola pelayanan anestesi
- Pasien dipindahkan (atau menghentikan monitoring pemulihan) oleh seorang perawat atau seorang petugas yang setaraf dan kompetensinya sesuai dengan kriteria pasca anestesi yang dikembangkan oleh pimpinan rumah sakit dan bukti pemenuhan kriteria didokumentasikan dalam rekam medis pasien
- Pasien dipindahkan ke suatu unit yang telah ditetapkan sebagai tempat yang mampu memberikan pelayanan pasca anestesi atau pasca sedasi terhadap pasien tertentu, antara lain seperti pada unit pelayanan intensif kardiovaskuler atau unit pelayanan intensif bedah saraf.

Waktu tiba dan pemindahan dari ruang pulih (atau menghentikan monitoring pemulihan) dicatat.

Elemen Penilaian PAB.6	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pasien dimonitor sesuai kebijakan selama periode pemulihan pasca anestesi (lihat juga AP.2, EP 3)	<ul style="list-style-type: none"> PPK anestesi, pelayanan ruang pulih Pasien 	Implementasi pemantauan selama pemulihan	0 5 10	Regulasi pelayanan anestesi, monitoring pasca anestesi Dokumen : <ul style="list-style-type: none"> Daftar PPK pelayanan ruang pulih Hasil pemantauan selama di ruang pemulihan dalam rekam medis Kriteria pemindahan pasien dari unit pasca anestesi/ruang pulih
2. Temuan selama monitoring dimasukkan ke dalam rekam medis pasien, baik dicatat atau secara elektronik (lihat juga MKI.19.1, EP 4)		Pendokumentasian hasil temuan selama dalam pemantauan	0 5 10	
3. Pasien dipindahkan dari unit pasca anestesi (atau monitoring pemulihan dihentikan) sesuai dengan alternatif yang diuraikan dalam a) s/d c) Maksud dan Tujuan		Implementasi pemindahan pasien dari unit pasca anestesi sesuai alternatif yang diuraikan dalam a) samapai c)	0 5 10	
4. Waktu dimulai dan diakhirinya pemulihan dicatat dalam rekam medis pasien		Pendokumentasian waktu dimulai dan diakhirinya pemulihan	0 5 10	

PELAYANAN BEDAH				
Standar PAB.7 Setiap asuhan bedah pasien direncanakan dan didokumentasikan berdasarkan hasil asesmen.				
Maksud dan tujuan PAB.7 Karena pembedahan membawa risiko dengan tingkatan yang tinggi, maka penggunaannya haruslah direncanakan secara seksama. Asesmen pasien adalah dasar untuk memilih prosedur pembedahan yang tepat. Asesmen memberikan informasi penting terhadap <ul style="list-style-type: none"> - Pemilihan prosedur yang tepat dan waktu yang optimal; - Melaksanakan prosedur secara aman; dan - Menginterpretasi temuan dalam monitoring pasien Pemilihan prosedur tergantung pada riwayat pasien, status fisik, dan data diagnostik termasuk risiko dan manfaat prosedur bagi pasien. Pemilihan prosedur mempertimbangkan informasi dari asesmen saat masuk rawat inap, tes diagnostik, dan sumber lain yang tersedia. Proses asesmen dijalankan dalam kerangka waktu dipersingkat bilamana pasien secara darurat membutuhkan pembedahan. Asuhan bedah yang direncanakan bagi pasien didokumentasikan dalam status pasien, termasuk diagnosis pra operatif. Nama dari prosedur bedah saja tidak bisa untuk menegaskan suatu diagnosis.				
Elemen Penilaian PAB.7	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Sebelum pelaksanaan tindakan, dokter yang bertanggungjawab mendokumentasikan informasi asesmen yang digunakan untuk mengembangkan dan mendukung tindakan invasif yang direncanakan (lihat juga AP.1.5.1, EP 1; AP.5.3, EP 3 dan AP.6.4, EP 3)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokter pelayanan bedah / DPJP Bedah ▪ Pasien 	Implementasi dari pendokumentasian informasi asesmen pasien	0 5 10	Regulasi pelayanan bedah Dokumen : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kewenangan klinis ▪ Asesmen pra operasi dalam rekam medis
2. Setiap asuhan bedah pasien direncanakan berdasarkan informasi asesmen		Implementasi rencana asuhan bedah sesuai informasi asesmen	0 5 10	
3. Sebelum tindakan, diagnosis pra operatif dan rencana tindakan didokumentasikan dalam rekam medis pasien oleh dokter yang bertanggungjawab (lihat juga AP.1.5.1, EP 1, dan MKI.19.1, EP 3)		Pendokumentasian diagnosis pra operatif dan rencana tindakan dalam rekam medis	0 5 10	

Standar PAB.7.1

Risiko, manfaat, dan alternatif didiskusikan dengan pasien dan keluarganya atau orang yang berwenang membuat keputusan bagi pasien.

Maksud dan tujuan PAB.7.1

Pasien dan keluarganya atau para pembuat keputusan menerima informasi yang adekuat untuk berpartisipasi dalam keputusan pemberian asuhan dan memberikan persetujuan (*informed consent*) yang diperlukan dalam HPK.6.4. Informasi termasuk :

- Risiko dari prosedur yang direncanakan;
- Manfaat prosedur yang direncanakan;
- Komplikasi yang potensial terjadi; dan
- Alternatif tindakan bedah dan nonbedah yang tersedia untuk mengobati pasien.

Sebagai tambahan, bila darah atau produk darah mungkin dibutuhkan, informasi tentang risiko dan alternatif didiskusikan. Dokter bedah yang bersangkutan atau petugas yang kompeten lain memberikan informasi ini.

Elemen Penilaian PAB.7.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pasien, keluarga dan pembuat keputusan diedukasi tentang risiko, manfaat, komplikasi yang potensial serta alternatif yang berhubungan dengan prosedur bedah yang direncanakan (lihat juga HPK.6.4, EP 1).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DPJP Bedah ▪ Pasien dan keluarga 	Implementasi pemberian informed consent pada pasien, keluarga dan pembuat keputusan tentang risiko, manfaat, komplikasi dan alternatif terkait prosedur bedah yang direncanakan	0 5 10	Acuan : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manual Konsil Kedokteran Indonesia tentang persetujuan tindakan kedokteran Regulasi tentang komunikasi yang efektif dalam pemberian edukasi dan informasi Dokumen : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Formulir informed consent ▪ Formulir persetujuan/ penolakan tindakan kedokteran
2. Edukasi mencakup kebutuhan untuk, risiko dan manfaat dari, maupun alternatif terhadap darah dan produk darah yang digunakan		Implementasi pemberian informed consent juga mencakup kebutuhan, risiko, manfaat maupun alternatif darah dan produk darah yang digunakan	0 5 10	
3. Dokter bedah atau petugas lain yang kompeten memberikan edukasi (lihat juga HPK.6.1, EP 2)		Implementasi pemberian informed consent oleh dokter bedah	0 5 10	

Standar PAB.7.2

Ada laporan operasi atau catatan operasi singkat dalam rekam medis pasien untuk keperluan pelayanan berkesinambungan.

Maksud dan tujuan PAB.7.2

Pelayanan pasca bedah tergantung pada kejadian dan temuan dalam tindakan bedah. Jadi, status pasien termasuk diagnosis pasca bedah, deskripsi dari prosedur bedah dan temuan-temuan (termasuk spesimen bedah yang dikirim untuk pemeriksaan) dan nama ahli bedah dan asisten bedah. Guna mendukung suatu kontinuum dari pelayanan suportif pasca bedah, catatan laporan operasi tersedia sebelum pasien meninggalkan ruang pulih pasca anestesi (lihat juga PP.2.1, EP 7, dan AP.5.3, EP 3).

Sebelum pasien meninggalkan lokasi pemulihan pasca anestesi, suatu catatan singkat tindakan bedah bisa digunakan sebagai pengganti laporan tertulis tindakan bedah. Laporan tertulis tindakan bedah atau catatan singkat operasi tersebut minimum memuat :

- a) diagnosa pasca operasi;
- b) nama dokter bedah dan asisten-asisten;
- c) nama prosedur;
- d) spesimen bedah untuk pemeriksaan;
- e) catatan spesifik komplikasi atau tidak adanya komplikasi selama operasi, termasuk jumlah kehilangan darah; dan
- f) tanggal, waktu, dan tandatangan dokter yang bertanggung jawab.

Elemen Penilaian PAB.7.2	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Laporan tertulis operasi atau ringkasan catatan operasi termasuk sekurang-kurangnya ad a) s/d f) tersebut dari Maksud dan Tujuan.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ahli bedah/ DPJP ▪ Perawat bedah 	Implementasi pencatatan laporan operasi yang sekurang-kurangnya memuat a) sampai f)	0 5 10	Prosedur bedah dan tentang laporannya Dokumen : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Laporan operasi dalam rekam medis pasien
2. Laporan tertulis operasi, atau ringkasan catatan operasi dalam rekam medis pasien, tersedia sebelum pasien meninggalkan lokasi pemulihan pasca anestesi (lihat juga PP.2.3, Maksud dan Tujuan)		Implementasi pencatatan laporan operasi tersebut dalam rekam medis pasien tersedia sebelum pasien meninggalkan ruang pemulihan	0 5 10	

Standar PAB.7.3

Status fisiologis setiap pasien dimonitor terus menerus selama dan segera setelah pembedahan dan dituliskan dalam status pasien

Catatan : Hal ini akan dinilai bila tindakannya dilakukan dengan anestesi lokal tanpa anestesi umum atau regional maupun sedasi.

Maksud dan tujuan PAB.7.3

Status fisiologis pasien dimonitor selama pembedahan dan segera sesudahnya. Monitoring yang tepat mengenai kondisi pasien dan prosedur yang dijalankan. Hasil monitoring memicu keputusan kunci intraoperatif termasuk keputusan pasca bedah seperti kembali ke pembedahan, pemindahan ke tingkat asuhan yang lain, atau dipulangkan. Informasi monitoring menjadi pedoman pelayanan medis dan keperawatan serta mengidentifikasi kebutuhan pelayanan diagnostik maupun pelayanan lain. Temuan monitoring dimasukkan ke dalam status pasien. Persyaratan ini berhubungan dengan persyaratan yang sama bagi monitoring fisiologis selama anestesi (lihat juga PAB.5.3).

Elemen Penilaian PAB.7.3	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Status fisiologis pasien dimonitor secara terus menerus selama pembedahan (lihat juga AP.2, EP 1)	<ul style="list-style-type: none"> Ahli bedah/ DPJP Perawat bedah 	Implementasi pemantauan status fisiologis pasien selama pembedahan	0 5 10	Prosedur monitoring pasca bedah Dokumen : <ul style="list-style-type: none"> Bukti pemantauan status fisiologis pasien selama pembedahan dalam rekam medis
2. Temuan dimasukkan ke dalam status pasien (lihat juga AP.2, EP 1, dan MKI.19.1, EP 4)		Pendokumentasian hasil pemantauan dalam rekam medis pasien	0 5 10	

Standar PAB.7.4

Asuhan pasien setelah pembedahan direncanakan dan didokumentasikan

Maksud dan tujuan PAB.7.4

Asuhan medis dan perawatan pasca bedah setiap pasien perlu dibedakan. Oleh karenanya, penting untuk merencanakan asuhan tersebut, termasuk tingkatan asuhan, serta tempat (*setting*) asuhan, pemantauan tindak lanjut atau pengobatan dan kebutuhan obat. Perencanaan asuhan pasca bedah dapat dimulai sebelum pembedahan berdasarkan asesmen kondisi dan kebutuhan pasien. Asuhan yang direncanakan didokumentasikan dalam status pasien untuk memastikan kelanjutan pelayanan selama periode pemulihan atau rehabilitasi.

Elemen Penilaian PAB.7.4	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Setiap asuhan pasca bedah yang segera pada pasien direncanakan dan termasuk asuhan medis, keperawatan, dan yang lainnya sesuai kebutuhan pasien.	<ul style="list-style-type: none"> Ahli bedah/ DPJP terkait Perawat terkait Pasien 	Implementasi asuhan pasca bedah termasuk asuhan medis, keperawatan dan yang lainnya sesuai kebutuhan pasien.	0 5 10	Regulasi pelayanan bedah Dokumen : <ul style="list-style-type: none"> Bukti rencana asuhan pasca bedah dalam

2. Rencana pasca bedah didokumentasikan di dalam rekam medis pasien oleh ahli bedah yang bertanggung jawab / DPJP atau diverifikasi oleh DPJP yang bersangkutan dengan ikut menanda tangani (<i>co-signature</i>) pada rencana yang didokumentasikan oleh seorang yang mewakili DPJP.		Pendokumentasian rencana asuhan pasca bedah oleh ahli bedah/ DPJP atau seseorang yang mewakili DPJP	0 5 10	rekam medis
3. Rencana asuhan keperawatan pasca bedah didokumentasikan pada rekam medis pasien.		Pendokumentasian rencana keperawatan pasca bedah	0 5 10	
4. Bila ada kebutuhan pasien itu, maka rencana asuhan pasca bedah oleh pihak lain didokumentasikan dalam rekam medis pasien.		Implementasi pendokumentasian dalam rekam medis pasien tersebut.	0 5 10	
5. Rencana pelayanan didokumentasikan pada rekam medis pasien dalam 24 jam tindakan bedah.		Pendokumentasian dalam rekam medis pasien dalam 24 jam tindakan bedah	0 5 10	
6. Rencana pelayanan dilaksanakan.		Implementasi rencana asuhan tersebut	0 5 10	

BAB 6. MANAJEMEN PENGGUNAAN OBAT

STANDAR, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN	>/= 80% Terpenuhi 20-79% Terpenuhi sebagian < 20% Tidak terpenuhi
ORGANISASI DAN MANAJEMEN	
Standar MPO.1 Penggunaan obat di rumah sakit sesuai dengan undang-undang, dan peraturan yang berlaku dan diorganisir untuk memenuhi kebutuhan pasien.	
Maksud dan tujuan MPO.1 Obat, sebagai suatu sumber penting dalam pelayanan pasien, harus diorganisir secara efektif dan efisien. Manajemen obat bukan hanya tanggung jawab dari pelayanan farmasi tetapi juga dari para manajer dan praktisi asuhan klinis. Pengaturan pembagian tanggung jawab tergantung pada struktur organisasi dan <i>staffing</i> . Pada saat apoteker tidak hadir, obat-obat bisa dikelola oleh setiap unit klinis tergantung kebijakan rumah sakit. Pada kasus lain, dimana terdapat suatu sentral farmasi yang besar, bagian farmasi dapat mengorganisir dan mengendalikan obat yang diberlakukan diseluruh rumah sakit. Manajemen obat yang efektif mencakup semua bagian dalam rumah sakit, unit rawat inap, rawat jalan maupun unit khusus. Undang-undang dan peraturan yang berlaku dimasukkan ke dalam struktur organisasi dan operasional sistem manajemen obat di rumah sakit. Untuk memastikan manajemen dan penggunaan obat yang efektif, rumah sakit memberlakukan suatu sistem <i>review</i> sekurang-kurangnya sekali setahun. Review tahunan mengumpulkan semua informasi dan pengalaman yang berhubungan dengan manajemen pengobatan. Informasi dan pengalaman termasuk, contoh sebagai berikut : <ul style="list-style-type: none"> • Beberapa baik sistem itu berjalan sehubungan dengan <ul style="list-style-type: none"> - seleksi dan pengadaan obat - penyimpanan - pemesanan/peresepan dan pencatatan (<i>transcribe</i>) - persiapan (<i>preparing</i>) dan penyaluran (<i>dispensing</i>) - pemberian dan pemantauan • Monitoring sebagai hasil perubahan di dalam formularium (<i>formulary</i>), seperti penambahan obat • Monitoring kesalahan obat (<i>medication error</i>) dan KNC (<i>near misses</i>) • Setiap edukasi perlu diidentifikasi • Pertimbangan untuk praktek berbasis bukti yang baru Tinjauan ulang (<i>review</i>) membuat rumah sakit memahami kebutuhan dan prioritas perbaikan sistem berkelanjutan dalam hal mutu dan keamanan penggunaan obat.	

Elemen Penilaian MPO.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Ada perencanaan atau kebijakan atau dokumen lain yang mengidentifikasi bagaimana penggunaan obat diorganisir dan dikelola di seluruh rumah sakit	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan Rumah Sakit • Kepala Unit Farmasi • Tim dokter dan dokter gigi • Staf Farmasi • Staf Keperawatan 	• Panduan/kebijakan pengorganisasian dan pengelolaan penggunaan obat di rumah sakit	0 5 10	Acuan: <ul style="list-style-type: none"> • UU 44/2009 tentang Rumah Sakit • KMK 1197/2004 tentang Standar Pelayanan Farmasi Rumah Sakit Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan pelayanan farmasi lengkap ▪ Pedoman pengorganisasian farmasi, struktur organisasi, uraian tugas masing-masing staf Dokumen Implementasi: <ul style="list-style-type: none"> • Formularium rumah sakit & info obat di unit pelayanan • Bukti review system manajemen obat
2. Semua penataan pelayanan dan petugas yang mengelola proses obat dilibatkan dalam struktur organisasi		• Struktur organisasi terkait dalam pengelolaan proses obat	0 5 10	
3. Kebijakan mengarahkan semua tahapan manajemen obat dan penggunaan obat dalam rumah sakit		• Kebijakan atau regulasi pengarahannya semua tahap manajemen dan penggunaan obat dalam rumah sakit	0 5 10	
4. Sekurang-kurangnya ada satu <i>review</i> atas sistem manajemen obat yang didokumentasikan selama 12 bulan terakhir		• Pelaksanaan <i>review</i> (monitoring dan evaluasi) atas (dokumentasi) sistem manajemen obat per tahun	0 5 10	
5. Pelayanan farmasi dan penggunaan obat sesuai dengan undang-undang dan peraturan yang berlaku		• Pelaksanaan pelayanan farmasi dan penggunaan obat sesuai UU dan peraturan yang berlaku	0 5 10	
6. Sumber informasi obat yang tepat selalu tersedia bagi semua yang terlibat dalam penggunaan obat.		• Pengadaan informasi (lisan dan tertulis) di setiap tempat penggunaan obat	0 5 10	

Standar MPO.1.1

Seorang ahli farmasi berizin, teknisi atau profesional lain yang terlatih mensupervisi pelayanan farmasi atau kefarmasian (*pharmaceutical*).

Maksud dan tujuan MPO.1.1

Seorang petugas yang kompeten secara langsung mensupervisi aktivitas pelayanan farmasi atau kefarmasian. Petugas ini mempunyai izin, sertifikat dan terlatih. Supervisi meliputi semua proses yang dijabarkan dalam MPO.2 sampai dengan MPO.5 dan partisipasi dalam MPO.7 sampai dengan MPO.7.1.

Elemen Penilaian MPO.1.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Seorang petugas yang mempunyai izin, sertifikat dan terlatih mensupervisi semua aktivitas (lihat juga GLD.5, EP 1)	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Kepala Unit Farmasi 	Pengangkatan seorang petugas bersertifikasi untuk mensupervisi semua aktivitas pelayanan farmasi	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> Pedoman pengorganisasian farmasi (uraian jabatan supervisor) SK pengangkatan supervisor (STRA dan SIPA lengkap) Dokumen Implementasi <ul style="list-style-type: none"> Catatan supervisi
2. Petugas tersebut memberikan supervisi terhadap proses yang diuraikan dalam MPO.2 sampai dengan MPO.5.		Pelaksanaan supervisi terhadap proses pelayanan farmasi	0 5 10	

SELEKSI DAN PENGADAAN

Standar MPO.2

Obat dengan cara seleksi yang benar, digunakan untuk persepakan atau pemesanan, ada di stok atau siap tersedia.

Maksud dan tujuan MPO.2

Setiap rumah sakit harus menetapkan obat mana yang harus tersedia untuk diresepkan dan dipesan oleh praktisi pelayanan kesehatan. Keputusan ini didasarkan pada misi rumah sakit, kebutuhan pasien, dan jenis pelayanan yang disiapkan. Rumah sakit mengembangkan suatu daftar (formularium) dari semua obat yang ada di stok atau sudah tersedia, dari sumber luar. Dalam beberapa kasus, undang-undang atau peraturan bisa menentukan obat dalam daftar atau sumber obat tersebut. Pemilihan obat adalah suatu proses kerja sama /kolaboratif yang mempertimbangkan baik kebutuhan dan keselamatan pasien maupun kondisi ekonomisnya. Kadang-kadang terjadi kehabisan obat karena terlambatnya pengiriman, kurangnya stok nasional atau sebab lain yang tidak diantisipasi dalam pengendalian inventaris yang normal. Ada suatu proses untuk mengingatkan para pembuat resep tentang kekurangan obat tersebut dan saran substitusinya.

Elemen Penilaian MPO.2	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Ada daftar obat yang dalam stok obat rumah sakit atau siap tersedia dari sumber luar.	<ul style="list-style-type: none">• Kepala Unit Farmasi• Staf Farmasi• Tim dokter dan dokter gigi	Daftar obat dalam stok obat rumah sakit atau yang siap tersedia dari sumber luar	0 5 10	Regulasi : <ul style="list-style-type: none">▪ Memiliki Formularium RS▪ Prosedur tentang penanganan bila terjadi ketidaktersediaan stok obat di RS
2. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan daftar tersebut (kecuali ditetapkan oleh peraturan atau otoritas di luar rumah sakit)		Proses revisi daftar obat secara berkala sesuai perkembangan terbaru	0 5 10	
3. Ada proses yang disusun untuk menghadapi bilamana obat tidak tersedia, berikut pemberitahuan kepada pembuat resep serta saran substitusinya.		SPO ketidaktersediaan obat dan pemberitahuan kepada dokter pembuat resep serta saran substitusinya	0 5 10	Dokumen implementasi : <ul style="list-style-type: none">▪ Formularium dan Daftar stok obat RS▪ Bukti Rapt PFT dalam menyusun Formularium▪ MoU dengan pemasok obat

Standar MPO.2.1

Ada metode untuk mengawasi daftar obat yang tersedia dan penggunaan obat di rumah sakit

Maksud dan tujuan MPO.2.1

Rumah sakit mempunyai metode, seperti penunjukan komite, untuk menjaga dan memonitor daftar obat serta penggunaan obat di rumah sakit. Mereka yang dilibatkan dalam pengamatan daftar termasuk para praktisi pelayanan kesehatan juga diikuti-sertakan dalam proses pemesanan, penyaluran, pemberian dan monitoring obat. Keputusan untuk menambah atau mengurangi obat dari daftar mempunyai panduan kriteria yang meliputi indikasi penggunaan, efektivitas, risiko dan biaya. Ada proses atau mekanisme untuk memonitor respons pasien terhadap obat yang baru ditambahkan. Contohnya, bilamana keputusan diambil untuk menambahkan dalam daftar suatu jenis obat atau suatu kelas obat, ada proses untuk memonitor ketepatan dari indikasi, bagaimana obat itu diresepkan (misalnya, dosis atau route pemberian) dan setiap KTD yang tidak diantisipasi atau kondisi yang berhubungan dengan obat baru selama periode pengenalan.

Daftar itu ditelaah kembali sekurang-kurangnya setahun sekali berdasarkan informasi safety dan informasi efektivitas yang muncul dan informasi tentang penggunaan serta KTD. Dalam hubungan dengan manajemen obat secara menyeluruh ada kebutuhan untuk memastikan bahwa obat terlindungi dari kehilangan atau pencurian baik dari farmasi atau dari setiap lokasi yang lain dimana obat disimpan atau disalurkan.

Elemen Penilaian MPO.2.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Ada metode untuk mengawasi penggunaan obat dalam rumah sakit	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala Unit Farmasi • Staf Farmasi • Panitia farmasi dan terapi 	Metode pengawasan penggunaan obat dalam rumah sakit	0 5 10	Regulasi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan pengawasan penggunaan obat dan pengamanan obat ▪ SK pembentukan PFT ▪ Pedoman pelayanan farmasi tentang : pengawasan dan distribusi obat di RS Dokumen implementasi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kriteria menambah dan mengurangi obat dalam formularium ▪ Form usulan obat baru ▪ Form monitoring penggunaan obat baru dan KTD ▪ Proses revisi
2. Obat dilindungi terhadap kehilangan atau pencurian di seluruh rumah sakit		Sistem pengamanan atau perlindungan terhadap kehilangan atau pencurian di seluruh rumah sakit	0 5 10	
3. Para praktisi pelayanan kesehatan dilibatkan dalam proses pemesanan, penyaluran, pemberian dan proses monitoring pasien, juga diikuti-sertakan dalam mengevaluasi dan menjaga daftar obat		Sosialisasi dan pelibatan tentang proses pemesanan, penyaluran, pemberian, dan proses monitorin pasien, evaluasi dan menjaga daftar obat	0 5 10	
4. Keputusan untuk menambah atau mengurangi obat dari daftar dipandu dengan kriteria		Surat keputusan jika ada penambahan atau pengurangan obat dari daftar beserta kriterianya	0 5 10	
5. Bila ada obat yang baru ditambahkan dalam daftar, ada proses atau mekanisme untuk memonitor bagaimana obat digunakan dan KTD yang tidak diantisipasi		Monitoring bagaimana sekiranya ada penambahan obat baru dan KTD yang tidak diantisipasi	0 5 10	

6. Daftar ditelaah sekurang-kurangnya setahun sekali berdasarkan atas informasi tentang safety dan efektivitas.		Review dan evaluasi tahunan atas daftar obat rumah sakit berdasarkan informasi tentang safety dan efektivitas	0 5 10	formularium (minimal setahun sekali) dan Notulen rapat	
Standar MPO.2.2					
Rumah sakit dapat segera memperoleh obat yang tidak ada dalam stok atau yang normal tersedia di rumah sakit atau sewaktu-waktu bilamana farmasi tutup					
Maksud dan tujuan MPO.2.2					
Adakalanya obat tidak ada dalam stok atau siap tersedia saat dibutuhkan. Ada proses untuk memberi persetujuan untuk pengadaan obat tersebut. Juga, ada saat dimana obat dibutuhkan pada malam hari, atau bila farmasi tutup atau persediaan obat terkunci. Setiap rumah sakit membutuhkan suatu perencanaan untuk kejadian demikian dan mengedukasi staf tentang prosedur yang harus dijalankan bila peristiwa tersebut terjadi (lihat juga TKP.3.2.1, EP 2).					
Elemen Penilaian MPO.2.2	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN	
	SASARAN	MATERI			
	1. Ada proses untuk persetujuan dan pengadaan obat yang dibutuhkan tapi tidak ada dalam stok atau yang secara normal tersedia di rumah sakit (lihat juga TKP.3.2.1, EP 1).	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Kepala Unit Farmasi• Staf Farmasi	SPO alur proses persetujuan dan pengadaan obat yang dibutuhkan tetapi tidak tersedia atau tidak termasuk dalam daftar obat rumah sakit	0 5 10	Regulasi : Regulasi <ul style="list-style-type: none">▪ SPO bila persediaan obat/stokkosong▪ SPO bila farmasi tutup/persediaan obat terkunci
	2. Ada proses untuk mendapatkan obat pada saat dimana farmasi tutup atau persediaan obat terkunci (lihat juga TKP.3.2.1, EP 2).		SPO alur proses mendapatkan obat saat farmasi tutup atau persediaan obat terkunci	0 5 10	
3. Staf memahami proses	Sosialisasi SPO kepada seluruh staf terkait		0 5 10		
PENYIMPANAN					
Standar MPO.3					
Obat disimpan dengan baik dan aman.					

Maksud dan tujuan MPO.3

Obat bisa disimpan dalam tempat penyimpanan, di dalam pelayanan farmasi atau kefarmasian, atau di unit asuhan pasien pada unit-unit farmasi atau di *nurse station* dalam unit klinis. Standar MPO.1 menyiapkan mekanisme pengawasan bagi semua lokasi dimana obat disimpan. Dalam semua lokasi tempat obat disimpan, hal berikut ini adalah jelas :

- Obat disimpan dalam kondisi yang sesuai untuk stabilitas produk;
- Bahan yang terkontrol (*controlled substances*) dilaporkan secara akurat sesuai undang-undang dan peraturan yang berlaku
- Obat-obatan dan bahan kimia yang digunakan untuk mempersiapkan obat diberi label secara akurat menyebutkan isi, tanggal kadaluwarsa dan peringatan;
- Elektrolit pekat konsentrat tidak disimpan di unit asuhan kecuali merupakan kebutuhan klinis yang penting dan bila disimpan dalam unit asuhan dilengkapi dengan pengaman untuk mencegah penatalaksanaan yang kurang hati-hati (diberi nilai pada Sasaran Keselamatan Pasien III, EP 1 dan 2).
- Seluruh tempat penyimpanan obat diinspeksi secara periodik sesuai kebijakan rumah sakit untuk memastikan obat disimpan secara benar; dan
- Kebijakan rumah sakit menjabarkan cara identifikasi dan penyimpanan obat yang dibawa oleh pasien

Elemen Penilaian MPO.3	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
Setiap elemen a) sampai dengan f) tersebut dalam Maksud dan Tujuan dinilai/skor secara terpisah, karena mewakili area-area yang kritis dan berisiko tinggi.				Regulasi :
1. Obat disimpan dalam kondisi yang sesuai bagi stabilitas produk.	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Kepala Unit Farmasi Staf Farmasi 	Penyimpanan obat dalam kondisi yang sesuai bagi stabilitas produk	0 5 10	<ul style="list-style-type: none"> Pedoman penyimpanan obat lengkap untuk masing masing area penyimpanan Kebijakan pelabelan obat obat dan bahan kimia yang digunakan menyiapkan obat Kebijakan pelaporan obat dari unit
2. Bahan yang terkontrol dilaporkan secara akurat sesuai undang-undang dan peraturan yang berlaku		Pelaporan secara akurat tentang bahan yang terkontrol sesuai undang-undang dan peraturan yang berlaku	0 5 10	
3. Obat-obatan dan bahan kimia yang digunakan untuk menyiapkan obat diberi label secara akurat menyebutkan isi, tanggal kadaluwarsa dan peringatan		Pelabelan secara akurat terhadap obat-obatan dan bahan kimia yang digunakan untuk menyiapkan obat, dengan menyebutkan isi, tanggal kadaluwarsa, dan peringatan	0 5 10	
4. Seluruh tempat penyimpanan obat diinspeksi secara berkala sesuai kebijakan rumah sakit untuk memastikan obat disimpan secara benar;		Inspeksi secara berkala sesuai kebijakan rumah sakit terhadap tempat penyimpanan obat untuk memastikan obat disimpan secara benar	0 5 10	
				Dokumen implementasi : <ul style="list-style-type: none"> Laporan narkotik & psikotropik Bukti pelabelan obat dan bahan kimia yang digunakan menyiapkan obat Dokumen/catatan inspeksi berkala

5. Kebijakan rumah sakit menjabarkan cara identifikasi dan penyimpanan obat yang dibawa oleh pasien		Kebijakan atau regulasi rumah sakit tentang cara identifikasi dan penyimpanan obat yang dibawa oleh pasien	0 5 10	▪ Formulir rekonsiliasi obat
Standar MPO.3.1				
Kebijakan rumah sakit mendukung penyimpanan yang tepat bagi obat-obatan/medications dan produk nutrisi yang tersedia				
Maksud dan tujuan MPO.3.1				
Ada beberapa jenis obat yang karena risikonya tinggi (obat-obatan radioaktif), lingkungan yang tidak biasa (dibawa oleh pasien), kemungkinan untuk penyalahgunaan (<i>abuse,misuse</i>), misal obat sample dan obat emergency atau sifat yang khusus (produk nutrisi), perlu didukung oleh kebijakan sebagai pedoman untuk penyimpanan dan pengendalian dalam penggunaannya. Kebijakan mengatur proses penerimaan, identifikasi pengobatan/medication dan bila perlu, cara penyimpanan dan setiap distribusi.				
Elemen Penilaian MPO.3.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Kebijakan rumah sakit menjabarkan cara penyimpanan yang tepat bagi produk nutrisi	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Kepala Unit Farmasi• Staf Farmasi	Kebijakan rumah sakit tentang cara penyimpanan yang tepat bagi produk nutrisi	0 5 10	Regulasi : <ul style="list-style-type: none">▪ Pedoman pelayanan tentang penyimpanan produk nutrisi, radioaktif dan obat sample▪ SPO penyimpanan produk nutrisi,▪ SPO penyimpanan radioaktif▪ SPO penyimpanan obat sampel
2. Kebijakan rumah sakit menjabarkan cara penyimpanan obat radioaktif, untuk keperluan investigasi dan sejenisnya		Kebijakan rumah sakit tentang cara penyimpanan obat radioaktif untuk keperluan investigasi dan sejenisnya	0 5 10	
3. Kebijakan rumah sakit menjabarkan cara obat sampel disimpan dan dikendalikan		Kebijakan rumah sakit tentang cara penyimpanan dan pengendalian sampel obat	0 5 10	
4. Semua penyimpanan sesuai dengan kebijakan rumah sakit.		Monitoring dan evaluasi berkala tentang penyimpanan obat harus sesuai dengan kebijakan rumah sakit	0 5 10	
Standar MPO.3.2				
Obat-obatan emergensi tersedia, dimonitor dan aman bilamana disimpan di luar farmasi.				

Maksud dan tujuan MPO.3.2

Bila terjadi kegawatdaruratan pasien, akses cepat terhadap obat emergensi yang tepat adalah sangat penting/ kritis. Setiap rumah sakit merencanakan lokasi obat emergensi dan obat yang harus disuplai ke lokasi tersebut. Contoh, bahan untuk pemulihan anestesi berada di kamar operasi. Lemari, meja troli, tas atau kotak emergensi dapat digunakan untuk keperluan ini. Untuk memastikan akses ke obat emergensi bilamana diperlukan, rumah sakit menyusun suatu prosedur untuk mencegah penyalahgunaan, pencurian atau kehilangan terhadap obat dimaksud. Prosedur ini memastikan bahwa obat diganti bilamana digunakan, rusak atau kadaluwarsa. Jadi rumah sakit memahami keseimbangan antara akses kesiapan dan keamanan dari tempat penyimpanan obat emergensi.

Elemen Penilaian MPO.3.2	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Obat emergensi tersedia pada unit-unit dimana akan diperlukan atau dapat terakses segera dalam rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan yang bersifat emergensi (lihat juga TKP.3.2.1, EP 1, dan MPO.2.2, EP 1)	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala Unit Farmasi • Staf Farmasi • Panitia farmasi dan terapi 	Penyediaan obat-obat emergensi pada unit-unit dimana diperlukan atau yang bisa segera diakses di dalam rumah sakit untuk kebutuhan emergensi	0 5 10	Regulasi <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan penyimpanan obat emergensi, standar obat emergensi di masing-masing unit. ▪ SPO penyimpanan obat emergensi di masing-masing unit ▪ SPO penggantian obat emergensi yang rusak atau kadaluarsa Dokumen Implementasi: <ul style="list-style-type: none"> • Catatan supervise/penggantian obat emergensi
2. Kebijakan rumah sakit menetapkan bagaimana obat emergensi disimpan, dijaga dan dilindungi dari kehilangan atau pencurian		Kebijakan atau regulasi rumah sakit tentang penyimpanan, penjagaan, dan perlindungan obat emergensi dari kehilangan atau pencurian	0 5 10	
3. Obat emergensi dimonitor dan diganti secara tepat waktu sesuai kebijakan rumah sakit setelah digunakan atau bila kadaluwarsa atau rusak		Monitor dan penggantian obat emergensi yang kadaluwarsa atau rusak secara tepat waktu	0 5 10	

Standar MPO.3.3

Rumah sakit mempunyai sistem penarikan (*recall*) obat

Maksud dan tujuan MPO3.3

Rumah sakit mempunyai proses untuk mengidentifikasi, menarik kembali dan mengembalikan atau memusnahkan dengan cara yang aman dan benar obat-obatan yang ditarik kembali oleh pabrik atau supplier. Ada kebijakan atau prosedur yang mengatur setiap penggunaan atau pemusnahan dari obat yang diketahui kadaluwarsa atau ketinggalan jaman (*outdated*).

Elemen Penilaian MPO.3.3	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Ada sistem penarikan obat	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala Unit Farmasi • Staf Farmasi 	SPO penarikan obat	0 5 10	Regulasi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan penarikan obat ▪ Kebijakan pengelolaan obat kadaluarsa ▪ Pedoman / prosedur pelayanan tentang penarikan obat, pengelolaan obat kadaluarsa dan pemusnahan obat Dokumen Implementasi <ul style="list-style-type: none"> • Berita acara pemusnahan obat
2. Kebijakan dan prosedur mengatur setiap penggunaan obat yang diketahui kadaluarsa atau ketinggalan jaman		Kebijakan atau regulasi tentang penggunaan obat yang kadaluarsa atau ketinggalan zaman	0 5 10	
3. Kebijakan dan prosedur mengatur pemusnahan obat yang diketahui kadaluarsa atau ketinggalan jaman		Kebijakan atau regulasi tentang pemusnahan obat yang kadaluarsa atau ketinggalan zaman	0 5 10	
4. Kebijakan dan prosedur diimplementasikan/dilaksanakan		Pelaksanaan sosialisasi pengimplementasian kebijakan dan SPO, berita acara pemusnahan obat	0 5 10	

PEMESANAN DAN PENCATATAN (<i>ordering & transcribing</i>)				
Standar MPO.4 Peresepan, pemesanan, dan pencatatan diarahkan oleh kebijakan dan prosedur				
Maksud dan tujuan MPO.4 Peresepan, pemesanan dan pencatatan yang aman diarahkan oleh kebijakan dan prosedur rumah sakit. Para staf medis, perawatan, farmasi dan administratif berkolaborasi untuk mengembangkan dan memonitor kebijakan dan prosedur. Staf yang terkait dilatih untuk praktek penulisan resep, pemesanan dan pencatatan yang benar. Karena peresepan obat yang tidak terbaca atau pemesanan yang mengacaukan keselamatan pasien bisa menunda pengobatan, maka kebijakan rumah sakit mengatur tindakan untuk mengurangi tidak terbacanya resep. Ada daftar dari semua obat terkini dicatat dalam status pasien dan tersedia di farmasi, keperawatan dan dokter. Rumah sakit menetapkan suatu prosedur untuk membandingkan daftar obat pasien yang diminum sebelum masuk rawat inap terhadap order pertama obat.				
Elemen Penilaian MPO.4	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Kebijakan dan prosedur di rumah sakit mengarahkan peresepan, pemesanan dan pencatatan obat yang aman di rumah sakit (lihat juga PP.2.2, EP 1; AP.3, EP 1, dan Sasaran Keselamatan Pasien II, EP 1)	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan Rumah Sakit • Kepala Unit Farmasi • Staf Farmasi • Tim dokter dan dokter gigi • Staf Keperawatan 	Kebijakan atau regulasi tentang peresepan, pemesanan, dan pencatatan obat yang aman di rumah sakit	0 5 10	Regulasi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan tentang : Peresepan Pemesanan obat Pencatatan obat • SPO bila resep tak terbaca/tak jelas • SPO telaah rekonsiliasi obat Dokumen implementasi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapat Panitia Farmasi dalam menyusun/mengembangkan Kebijakan dan SPO ▪ Pelatihan staf dalam penulisan resep, pemesanan obat,
2. Kebijakan dan prosedur mengatur tindakan yang terkait dengan penulisan resep dan pemesanan yang tidak terbaca		Kebijakan atau regulasi tentang tindakan terkait dengan penulisan resep dan pemesanan yang tidak terbaca	0 5 10	
3. Adanya proses kerjasama untuk mengembangkan kebijakan dan prosedur		Rapat PFT pengembangan kebijakan dan SPO	0 5 10	
4. Staf yang terkait terlatih secara benar untuk praktek-praktek penulisan resep, pemesanan dan pencatatan		Pelatihan staf terkait untuk praktik penulisan resep, pemesanan, dan pencatatan	0 5 10	

5. Rekam medis pasien memuat daftar obat yang sedang dipakai sebelum dirawat inap dan informasi ini tersedia di farmasi dan para praktisi pelayanan kesehatan		Sosialisasi pada tim dokter tentang keharusan mencantumkan daftar obat yang sedang dikonsumsi pasien (sebelum dirawat inap di rumah sakit) dalam rekam medis dan catatan di bagian farmasi	0 5 10	pencatatan obat ■ Formulir rekonsiliasi obat
6. Order pertama obat dibandingkan dengan daftar obat sebelum masuk rawat inap, sesuai prosedur yang ditetapkan rumah sakit		Aturan bagi staf farmasi untuk membandingkan permintaan pertama obat dengan daftar obat sebelum pasien dirawat inap sesuai prosedur rumah sakit	0 5 10	

Standar MPO.4.1

Rumah sakit menjabarkan elemen-elemen dari suatu pemesanan atau penulisan resep yang lengkap serta jenis pemesanan yang akseptabel untuk digunakan

Maksud dan tujuan MPO.4.1

Untuk mengurangi variasi dan meningkatkan keselamatan pasien, rumah sakit menjabarkan dalam kebijakan elemen yang bisa diterima /akseptabel dari suatu pemesanan atau penulisan resep yang lengkap. Elemen-elemen yang diatur dalam kebijakan termasuk sekurang-kurangnya :

- Data yang penting untuk mengidentifikasi pasien secara akurat
- Elemen-elemen dari pemesanan atau penulisan resep
- Bilamana nama generik atau nama dagang adalah akseptabel atau diperlukan
- Bilamana indikasi untuk penggunaan diperlukan pada suatu PRN (*pro re nata*, atau “bila perlu”) atau pesanan obat yang lain.
- Sikap hati-hati atau prosedur yang khusus untuk pemesanan obat dengan nama yang nama-obat-rupa–ucapan-mirip/’NORUM’ (*look-alike, sound-alike*)
- Tindakan yang harus diambil bila pemesanan obat tidak lengkap, tidak terbaca atau tidak jelas
- Jenis pemesanan tambahan yang diijinkan seperti pada pesanan dan setiap elemen yang dibutuhkan dalam pesanan yang emergensi, dalam daftar tunggu (*standing*), *automatic stop* dan seterusnya.
- Pesanan obat secara verbal atau melalui telpon dan proses untuk verifikasi pesanan yang demikian (lihat juga Sasaran Keselamatan Pasien II, EP 1)
- Jenis pesanan yang berdasarkan berat, seperti untuk kelompok pasien anak

Jadi, standar ini menata harapan seluruh rumah sakit dalam pemesanan obat. Kebijakan yang diimplementasikan akan tercermin dalam pesanan yang lengkap. yang dicatat dalam status pasien, di farmasi atau di unit penyalur yang kemudian menerima informasi yang dibutuhkan untuk penyaluran dan pemberian obat berdasarkan pesanan yang lengkap.

Elemen Penilaian MPO.4.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
Elemen a) sampai dengan i) tersebut dalam Maksud dan Tujuan dinilai/skor secara bersama karena merepresentasikan kebijakan rumah sakit tentang pesanan yang lengkap.				Regulasi : ▪ Kebijakan penulisan resep memuat 9 elemen
1. Pesanan obat atau penulisan resep yang akseptabel dijabarkan dan sekurang-kurangnya elemen a) sampai dengan i) diatur dalam kebijakan	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Kepala Unit Farmasi• Staf Farmasi	Kebijakan atau regulasi tentang penulisan resep dokter dan dokter gigi yang memuat minimal elemen a) sampai dengan i)	0 5 10	Dokumen implementasi : ▪ Resep sesuai kebijakan
2. Pesanan obat atau penulisan resep lengkap sesuai kebijakan rumah sakit		Sosialisasi kepada staf farmasi, seluruh dokter dan dokter gigi rumah sakit mengenai kebijakan atau regulasi tersebut	0 5 10	
Standar MPO.4.2				
Rumah sakit mengidentifikasi petugas yang kompeten yang diijinkan untuk menuliskan resep atau memesan obat-obatan.				
Maksud dan tujuan dari MPO.4.2				
Seleksi obat untuk mengobati pasien membutuhkan pengetahuan dan pengalaman yang spesifik. Setiap rumah sakit bertanggung jawab untuk mengidentifikasi petugas yang berpengetahuan dan berpengalaman yang disyaratkan dan yang juga diijinkan dengan lisensi, sertifikasi, hukum, atau peraturan untuk menuliskan resep atau memesan obat-obatan. Suatu rumah sakit dapat menentukan batas-batas untuk penulisan resep maupun pemesanan oleh perseorangan, misalnya untuk bahan yang dikendalikan, bahan-bahan kemoterapi, atau radioaktif serta obat investigatif. Petugas-petugas yang diperkenankan untuk penulisan resep dan pemesanan obat dikenal oleh bagian pelayanan farmasi atau orang-orang lain yang mengeluarkan obat. Dalam situasi emergensi, rumah sakit mengidentifikasi setiap petugas tambahan yang diijinkan untuk penulisan resep atau pemesanan obat.				
Elemen Penilaian MPO.4.2	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Hanya orang yang diijinkan oleh rumah sakit dan badan pemberi lisensi terkait, undang-undang dan peraturan dapat menuliskan resep atau memesan obat	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Kepala Unit Farmasi• Staf Farmasi• Staf medis	Kebijakan atau regulasi mengenai orang yang diizinkan oleh rumah sakit dan badan pemberi lisensi terkait, undang-undang, atau peraturan untuk dapat menuliskan resep atau memesan obat	0 5 10	Regulasi : ▪ Kebijakan penulisan resep umum sesuai ketentuan perundang-undangan

2. Ada proses untuk menetapkan batas bagi petugas, bila perlu, untuk praktek penulisan resep atau pemesanan obat (lihat juga KPS.10, EP 1)		Peraturan yang menetapkan batasan bagi petugas (bila perlu) untuk penulisan resep atau pemesanan obat	0 5 10	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan batasan penulisan resep khusus (misal obat kemoterapi, radioaktif, narkotika/psikotropika, dll) ▪ SK direktur tentang yang berhak menuliskan resep serta daftar orangnya dan siapa yang berhak menulis resep khusus serta daftar orang juga daftar orang yang berhak memesan obat dan alkes
3. Petugas-petugas yang diijinkan untuk menuliskan resep dan memesan obat dikenal oleh unit pelayanan farmasi atau orang lain yang mengeluarkan obat-obat		Identifikasi petugas yang menulis resep dan memesan obat oleh staf farmasi atau orang lain yang mengeluarkan obat	0 5 10	

Standar MPO.4.3

Obat-obatan yang diresepkan dan diberikan dicatat dalam rekam medis pasien

Maksud dan tujuan dari MPO.4.3

Pencatatan setiap pasien yang menerima obat, rekam medisnya berisi daftar obat yang diresepkan atau dipesan untuk pasien beserta dosis dan berapa kali obat diberikan. Termasuk pula obat yang diberikan “bila perlu”. Bila informasi ini dicatat pada lembar obat yang terpisah, maka lembar tersebut diselipkan dalam rekam medis pasien saat dipulangkan atau dipindahkan.

Elemen Penilaian MPO.4.3	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Obat yang diresepkan atau dipesan dicatat untuk setiap pasien	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala Unit Farmasi • Staf Farmasi 	Pencatatan obat yang diresepkan atau dipesan untuk setiap pasien	0 5 10	Regulasi: <ul style="list-style-type: none"> • SPO Penyertaan formulir pencatatan obat dalam status pasien saat pasien dipindahkan/ dipulangkan
2. Pemberian obat dicatat untuk setiap dosis		Pencatatan dosis untuk setiap pemberian obat	0 5 10	

3. Informasi obat disimpan dalam rekam medis pasien atau diselipkan kedalam status pasien saat pemulangan atau dipindahkan		Penyimpanan informasi obat dalam rekam medis pasien atau status pasien saat pemulangan atau pemindahan	0 5 10	Dokumen implementasi : ▪ Formulir pencatatan pemberian obat memuat nama obat dan dosis serta mencakup Informasi obat (misal “bila perlu”)
--	--	--	--------------	--

PERSIAPAN DAN PENYALURAN (*dispensing*)

Standar MPO.5

Obat dipersiapkan dan dikeluarkan dalam lingkungan yang aman dan bersih

Maksud dan tujuan MPO.5

Pelayanan farmasi atau kefarmasian menyiapkan dan mengeluarkan obat dalam lingkungan yang bersih dan aman sesuai undang-undang, peraturan dan standar praktek profesional. Rumah sakit mengidentifikasi standar praktek bagi lingkungan penyiapan dan penyaluran obat yang aman dan bersih. Obat yang disimpan dan dikeluarkan dari area di luar farmasi (misalnya unit pelayanan pasien, harus memenuhi langkah-langkah yang sama dalam hal keamanan dan kebersihan). Staf yang mempersiapkan produk campuran yang steril (seperti i.v. dan epidural) dilatih dalam prinsip-prinsip teknik aseptik. Demikian pula, tersedia lubang angin yang bertudung dan digunakan bilamana dibutuhkan untuk praktek profesional (misalnya mencampur obat cytotoxic).

Elemen Penilaian MPO.5	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Obat dipersiapkan dan disalurkan dalam area yang bersih dan aman dengan peralatan dan suplai yang memadai (lihat juga PPI.7, EP 1 dan 2)	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala Unit Farmasi • Staf Farmasi 	Persiapan dan penyaluran obat dilakukan dalam area yang bersih dan aman dengan peralatan dan suplai yang memadai	0 5 10	Regulasi : ▪ Pedoman/ prosedur pelayanan tentang penyiapan dan penyaluran obat dan produk steril Dokumen Implementasi ▪ Sertifikat pelatihan teknik aseptik untuk petugas terkait
2. Persiapan dan penyaluran obat harus memenuhi undang-undang, peraturan dan standar praktek profesional		Persiapan dan penyaluran obat dilakukan sesuai undang-undang, peraturan, dan standar praktik profesional	0 5 10	
3. Staf yang menyiapkan produk steril dilatih dalam hal teknik aseptik		Pelatihan teknik aseptik kepada staf yang menyiapkan produk steril	0 5 10	

Standar MPO.5.1

Resep atau pesanan obat ditelaah ketepatannya

Maksud dan tujuan MPO.5.1

Farmasist berlisensi, teknisi berlisensi, atau profesional yang terlatih menelaah ketepatan setiap resep atau pesanan obat, obat yang baru saja diresepkan atau dipesan, atau bilamana kedapatan adanya perubahan dosis atau faktor penting yang lain. Rumah sakit menjabarkan informasi pasien yang spesifik apa saja yang dibutuhkan untuk penelaahan yang efektif terhadap pemesanan obat atau penulisan resep. Hal ini dilakukan sebelum penyaluran obat atau pemberian obat bila obat disalurkan dari lokasi diluar farmasi. Bila timbul pertanyaan, petugas yang meresepkan atau memesan obat segera dihubungi.

Proses untuk menelaah suatu pesanan obat atau resep termasuk evaluasi oleh profesional yang terlatih terhadap :

- a) Ketepatan dari obat, dosis, frekuensi dan route pemberian;
- b) Duplikasi terapi;
- c) Alergi atau reaksi sensitivitas yang sesungguhnya maupun yang potensial;
- d) Interaksi yang sesungguhnya maupun potensial antara obat dengan obat-obatan lain atau makanan;
- e) Variasi dari kriteria penggunaan yang ditentukan rumah sakit;
- f) Berat badan pasien dan informasi fisiologis lain dari pasien; dan
- g) Kontra indikasi yang lain

Mereka yang menelaah pesanan obat atau resep memang kompeten untuk melakukannya baik atas dasar pendidikan maupun latihan, sesuai dengan kewenangan atau telah membuktikan kompetensinya dalam proses review. Sebagai tambahan, penelaahan ketepatan ini tidak perlu pada keadaan darurat atau bila dokter pemesan hadir untuk pemesanan, pemberian dan monitoring pasien (misal di Kamar Bedah atau di IGD) atau dalam tindakan radiologi intervensional atau diagnostik imaging dimana obat merupakan bagian dari prosedur.

Untuk memfasilitasi penelaahan, ada catatan (profil) dari semua obat yang diberikan kepada seorang pasien kecuali pengobatan emergensi dan yang diberikan sebagai bagian dari prosedur.

Bila menggunakan program komputer untuk melakukan cross-check obat atau interaksi obat dan alergi obat, software harus di-update sesuai jadwal yang tepat.

Elemen Penilaian MPO.5.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit menjabarkan informasi spesifik pasien apa yang dibutuhkan untuk proses penelaahan yang efektif (lihat juga MKI.4, EP 1 dan 3)	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala Unit Farmasi • Staf Farmasi 	Penjabaran informasi spesifik pasien apa yang dibutuhkan untuk proses penelaahan yang efektif	0 5 10	Regulasi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan yang menetapkan kriteria informasi spesifik

2. Terlepas dari adanya perkecualian yang ditetapkan pada Maksud dan Tujuan, setiap resep atau pesanan obat ditelaah ketepatannya sebelum dilakukan penyaluran dan pemberian serta meliputi elemen a) sampai dengan g) tersebut dalam Maksud dan Tujuan. Jadi, setiap resep atau pesanan obat dievaluasi untuk ditelaah ketepatannya		Proses penelaahan ketepatan resep atau pesanan obat sebelum dilakukan penyaluran dan pemberian obat	0 5 10	<p>pasien apa yang dibutuhkan untuk penelaahan resep yang efektif dan kriteria telaah resep/pemesanan</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ SPO Penelaahan ketepatan resep sebelum pemberian (minimal 7 elemen) ▪ SPO menghubungi petugas bila tulisan resep/pesanan tak jelas/timbul pertanyaan ▪ Panduan telaah interaksi obat (bila belum memiliki <i>soft-ware drug interaction</i>)
3. Ada proses untuk menghubungi petugas yang menuliskan resep atau memesan obat bila timbul pertanyaan		Proses menghubungi petugas yang menulis resep atau memesan obat bila ada pertanyaan	0 5 10	
4. Petugas yang diijinkan untuk menelaah pesanan obat atau resep dinilai kompetensinya untuk tugas ini		Evaluasi kompetensi petugas yang melakukan penelaahan resep atau pemesanan obat	0 5 10	
5. Penelaahan difasilitasi dengan catatan (profil) dari semua pasien yang menerima obat		Pencatatan (profil) dari setiap pasien yang menerima obat untuk memfasilitasi penelaahan	0 5 10	<p>Dokumen implementasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Uji kompetensi petugas penelaah resep ▪ Penetapan <i>software</i> komputer untuk interaksi obat dan alergi serta ketentuan untuk <i>up-dating</i> ▪ Form telaah resep/pesanan obat ▪ Bukti –bukti telaah resep/pesanan obat
6. Bila digunakan software komputer, untuk meng-cross-check obat, untuk interaksi obat dan alergi, harus di-update secara berkala		Update komputer secara berkala bila untuk meng-cross-check obat memakai software komputer	0 5 10	

Standar MPO.5.2

Digunakan suatu sistem untuk menyalurkan obat dengan dosis yang tepat, dan kepada pasien yang tepat di saat yang tepat

Maksud dan tujuan MPO.5.2

Rumah sakit menyalurkan obat melalui pengisian formulir yang paling sederhana untuk memperkecil kemungkinan terjadinya kesalahan dalam pendistribusian dan pemberian. Ketika suatu obat dikeluarkan dari kemasannya yang asli atau disiapkan dan disalurkan dalam bentuk / wadah (*container*) yang berbeda – dan tidak segera diberikan – obat harus diberi label dengan nama obat, dosis/konsentrasi obat, tanggal penyiapan dan tanggal kadaluwarsa. Farmasi sentral dan titik distribusi obat yang lain di seluruh rumah sakit menggunakan sistem yang sama. Sistem menunjang pengeluaran obat secara akurat dan tepat waktu.

Elemen yang bisa diukur dari MPO.5.2	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Ada sistem yang seragam di rumah sakit dalam penyaluran dan pendistribusian obat	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala Unit Farmasi • Staf Farmasi 	Pembuatan/penyusunan sistem yang seragam di rumah sakit dalam penyaluran dan pendistribusian obat	0 5 10	Regulasi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan penyaluran dan pendistribusian obat seragam ▪ Kebijakan pemberian label untuk obat yang dikeluarkan dari wadah asli Dokumen implementasi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bukti pengecekan keakurasian penyaluran obat dan tepat waktu ▪ Laporan indikator mutu dan ketepatan waktu pelayanan
2. Setelah disiapkan, obat diberi label secara tepat, dengan nama obat, dosis/ konsentrasi, tanggal penyiapan, tanggal kadaluwarsa, dan nama pasien		Pelabelan obat secara tepat, dengan nama obat, dosis/konsentrasi, tanggal penyiapan, tanggal kadaluwarsa, dan nama pasien setelah obat disiapkan	0 5 10	
3. Obat disalurkan dengan bentuk yang-paling-siap-diberikan		Penyaluran obat dalam bentuk yang paling siap diberikan	0 5 10	
4. Sistem mendukung penyaluran obat secara akurat		Pembuatan sistem yang mendukung penyaluran obat secara akurat	0 5 10	
5. Sistem mendukung penyaluran obat tepat waktu		Pembuatan sistem yang mendukung penyaluran obat secara tepat waktu	0 5 10	

PEMBERIAN (Administration)				
Standar MPO.6				
Rumah sakit mengidentifikasi petugas yang kompeten yang diijinkan untuk memberikan obat				
Maksud dan tujuan MPO.6				
Pemberian obat untuk mengobati seorang pasien membutuhkan pengetahuan dan pengalaman yang spesifik. Setiap rumah sakit bertanggung jawab untuk mengidentifikasi petugas dengan pengetahuan dan pengalaman sesuai persyaratan dan yang juga diijinkan berdasarkan lisensi, sertifikasi, undang-undang atau peraturan untuk pemberian obat. Suatu rumah sakit bisa membuat batasan bagi petugas dalam pemberian obat, seperti bahan yang diawasi atau radioaktif dan obat investigatif. Dalam situasi emergensi, rumah sakit mengidentifikasi setiap petugas tambahan yang diijinkan untuk memberikan obat.				
Elemen Penilaian MPO.6	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit mengidentifikasi petugas, melalui uraian jabatannya atau proses pemberian kewenangan, mendapatkan otorisasi untuk memberikan obat	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Kepala Unit Farmasi• Staf Farmasi• Kepala unit rawat inap• Staf pelaksana keperawatan	Identifikasi petugas yang kompeten atau berwenang untuk memberikan obat	0 5 10	Regulasi : <ul style="list-style-type: none">▪ Kebijakan yang menetapkan staf yang berwenang memberikan obat▪ Pedoman pengorganisasian yang memuat uraian jabatan Dokumen implementasi : <ul style="list-style-type: none">▪ STR dan SIP dari orang yang diberi kewenangan memberikan obat
2. Hanya mereka yang mempunyai ijin dari rumah sakit dan pemberi lisensi yang terkait, undang-undang dan peraturan bisa memberikan obat		Identifikasi izin atau wewenang atau lisensi yang dimiliki oleh petugas yang memberikan obat	0 5 10	
3. Ada proses untuk menetapkan batasan, bila perlu, terhadap pemberian obat oleh petugas		Penetapan batasan (bila perlu) terhadap pemberian obat oleh petugas	0 5 10	
Standar MPO.6.1				
Pemberian obat termasuk proses untuk memverifikasi apakah obat sudah betul berdasarkan pesanan obat				

Maksud dan tujuan MPO.6.1

Pemberian obat yang aman termasuk verifikasi terhadap :

- Obat dengan resep atau pesanan;
- Waktu dan frekuensi pemberian dengan resep atau pesanan;
- Jumlah dosis dengan resep atau pesanan;
- Route pemberian dengan resep atau pesanan; dan
- Identitas pasien (diberi skor pada Sasaran Keselamatan Pasien I, EP 3).

Rumah sakit menjabarkan proses verifikasi yang digunakan untuk pemberian obat-obatan.

Bila obat dipersiapkan dan disalurkan di unit pelayanan pasien, maka proses telaah ketepatan seperti diuraikan dalam MPO.5.1 harus juga dijalankan oleh seorang petugas yang kompeten.

Elemen Penilaian MPO.6.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Obat diverifikasi berdasarkan resep atau pesanan	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Kepala Unit Farmasi Staf Farmasi Kepala unit rawat inap Staf pelaksana keperawatan 	Verifikasi jenis obat berdasarkan resep atau pesanan	0 5 10	Regulasi : <ul style="list-style-type: none"> Kebijakan waktu tunggu pelayanan obat Pedoman/ prosedur verifikasi pesanan obat berdasarkan jumlah, dosis dan rute pemberian Dokumen implementasi : <ul style="list-style-type: none"> Rekam medis
2. Jumlah dosis obat di verifikasi dengan resep atau pesanan obat		Verifikasi jumlah dan dosis obat berdasarkan resep atau pesanan	0 5 10	
3. Route pemberian di verifikasi dengan resep atau pesanan obat		Verifikasi rute pemberian obat berdasarkan resep atau pesanan obat	0 5 10	
4. Obat diberikan secara tepat waktu		Pemberian obat secara tepat waktu	0 5 10	
5. Obat diberikan sebagaimana diresepkan dan dicatat dalam status pasien		Pemberian obat sesuai yang diresepkan dan pencatatannya dalam status pasien	0 5 10	

Standar MPO.6.2

Kebijakan dan prosedur mengatur obat yang dibawa ke dalam rumah sakit oleh pasien yang menggunakan obat sendiri (*self-administration*) maupun obat contoh (*sample*)

Maksud dan tujuan MPO.6.2

Mengawasi penggunaan obat di rumah sakit memerlukan suatu pemahaman terhadap sumber dan penggunaan obat yang tidak diresepkan atau dipesan di rumah sakit. Obat yang dibawa ke dalam rumah sakit oleh pasien atau keluarganya diketahui oleh DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pelayanan) dan dicatat di status pasien. Penggunaan obat oleh pasien / pengobatan sendiri, baik yang dibawa ke dalam rumah sakit atau yang diresepkan atau dipesan di rumah sakit, diketahui DPJP dan dicatat dalam status pasien. Rumah sakit mengendalikan ketersediaan dan penggunaan sampel obat.

Elemen Penilaian MPO.6.2	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Kebijakan dan prosedur diimplementasikan untuk mengatur penggunaan obat sendiri oleh pasien	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala Unit Farmasi • Staf Farmasi • Kepala unit rawat inap • Staf pelaksana keperawatan 	Pembuatan, sosialisasi, dan implementasi kebijakan yang mengatur penggunaan obat sendiri oleh pasien	0 5 10	Regulasi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan pelayanan yang memuat pengelolaan obat yang dibawa pasien ke RS untuk penggunaan sendiri, ketersediaan dan penggunaan obat sampel Dokumen Implementasi <ul style="list-style-type: none"> ▪ Form Rekonsiliasi obat yang dibawa pasien
2. Kebijakan dan prosedur diimplementasikan untuk mengatur pendokumentasian dan pengelolaan setiap obat yang dibawa ke dalam rumah sakit untuk atau oleh pasien		Pembuatan, sosialisasi, dan implementasi kebijakan yang mengatur pendokumentasian dan pengelolaan obat yang dibawa ke dalam rumah sakit untuk atau oleh pasien	0 5 10	
3. Kebijakan dan prosedur diimplementasikan untuk mengatur ketersediaan dan penggunaan sampel obat		Pembuatan, sosialisasi, dan implementasi kebijakan yang mengatur ketersediaan dan penggunaan sampel obat	0 5 10	

PEMANTAUAN (<i>Monitoring</i>)				
Standar MPO.7				
Efek obat terhadap pasien dimonitor				
Maksud dan tujuan MPO.7				
<p>Pasien, dokternya, perawat dan praktisi pelayanan kesehatan lainnya bekerja bersama untuk memantau pasien yang mendapat obat. Tujuan monitoring adalah untuk mengevaluasi efek pengobatan terhadap gejala pasien atau penyakitnya, demikian juga hitung darah, fungsi ginjal, fungsi hati dan monitoring lain untuk obat yang selektif, dan untuk mengevaluasi pasien terhadap KTD. Berdasarkan monitoring, dosis atau jenis obat dapat disesuaikan, bila perlu. Sudah seharusnya memonitor secara ketat respons pasien terhadap dosis pertama obat yang baru diberikan kepada pasien. Monitoring demikian dimaksudkan untuk mengidentifikasi respons terapeutik yang diantisipasi maupun reaksi alergi, interaksi obat yang tidak diantisipasi, adanya perubahan dalam keseimbangan pasien yang akan meningkatkan risiko jatuh dan lain-lain.</p> <p>Memonitor efek obat termasuk mengobservasi dan mendokumentasikan setiap KTD. Rumah sakit mempunyai kebijakan yang mengidentifikasi semua KTD yang harus dicatat dan yang harus dilaporkan. Rumah sakit membangun suatu mekanisme pelaporan dari KTD bila perlu dan kerangka waktu untuk pelaporan.</p>				
Elemen Penilaian MPO.7	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Efek pengobatan terhadap pasien dimonitor, termasuk efek yang tidak diharapkan (<i>adverse effect</i>) (lihat juga AP.2, EP 1)	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala Unit Farmasi • Staf Farmasi • Kepala unit rawat inap • Staf pelaksana keperawatan 	Monitor efek pengobatan terhadap pasien termasuk efek yang tidak diharapkan	0 5 10	Regulasi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Panduan pasien safety dalam MPO yang menetapkan : <ul style="list-style-type: none"> ○ Monitoring efek pengobatan termasuk Efek obat yang tidak diharapkan (<i>adverse effect</i>) ○ Efek obat yang tidak diharapkan (<i>adverse effect</i>) dimasukkan sebagai IKP (Insiden Keselamatan Pasien) ○ IKP dicatat dalam
2. Proses monitoring dilakukan secara kolaboratif		Kerjasama dalam melakukan monitoring(dokter, perawat, farmasis)	0 5 10	
3. Rumah sakit mempunyai kebijakan yang mengidentifikasi efek yang tidak diharapkan yang harus dicatat dalam status pasien dan yang harus dilaporkan ke rumah sakit (lihat juga PMKP.6, EP 3)		Penyusunan kebijakan untuk identifikasi dan pencatatan efek pengobatan termasuk efek obat yang tidak diharapkan di dalam status pasien serta pelaporannya kepada rumah sakit	0 5 10	
4. Efek yang tidak diharapkan didokumentasikan dalam status pasien sebagaimana diharuskan oleh kebijakan		Pendokumentasian efek obat yang tidak diharapkan ke dalam status pasien dilakukan sesuai dengan kebijakan	0 5 10	
5. Efek yang tidak diharapkan dilaporkan dalam kerangka waktu yang ditetapkan oleh kebijakan		Pelaporan efek obat yang tidak diharapkan dalam jangka waktu yang ditetapkan oleh kebijakan	0 5 10	

				rekam medis <ul style="list-style-type: none"> o Pelaporan IKP/KTD sesuai ketentuan yang berlaku Dokumen implementasi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rekam medis ▪ Laporan IKP/KTD
--	--	--	--	---

Standar MPO.7.1

Kesalahan obat (*medication errors*) dilaporkan melalui proses dan dalam kerangka waktu yang ditetapkan oleh rumah sakit

Maksud dan tujuan MPO.7.1

Rumah sakit mempunyai proses untuk mengidentifikasi dan melaporkan kesalahan obat dan KNC (*near misses*). Proses termasuk mendefinisikan suatu kesalahan obat dan KNC, menggunakan format pelaporan yang distandardisir, dan mengedukasi staf tentang proses dan pentingnya pelaporan. Definisi-definisi dan proses-proses dikembangkan melalui proses kerjasama yang mengikut sertakan semua yang terlibat di berbagai langkah dalam manajemen obat. Proses pelaporan adalah bagian dari program mutu dan program keselamatan pasien rumah sakit. Laporan-laporan diarahkan kepada seorang petugas atau lebih, yang akuntabel untuk mengambil tindakan (lihat juga PMKP.7) Program memusatkan pada pencegahan kesalahan obat melalui pemahaman jenis kesalahan yang terjadi di rumah sakit maupun di rumah sakit lain dan mengapa sampai terjadi KNC. Perbaikan dalam proses pengobatan dan pelatihan staf digunakan untuk mencegah kesalahan di kemudian hari. Unit farmasi mengambil bagian dalam pelatihan staf yang demikian.

Elemen Penilaian MPO.7.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Kesalahan obat dan KNC ditetapkan melalui proses kerjasama (lihat juga PMKP.6, EP 4, dan PMKP.7, EP 1)	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala Unit Farmasi • Staf Farmasi • Kepala unit rawat inap • Staf pelaksana keperawatan 	Kerja sama dalam penyusunan pedoman tentang kesalahan obat dan KNC	0 5 10	Regulasi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pedoman pengorganisasian panitia keselamatan pasien RS ▪ SK panitia keselamatan pasien → siapa yang bertanggung jawab melaporkan IKP/<i>medication error</i>
2. Kesalahan obat dan KNC dilaporkan tepat waktu menggunakan prosedur baku (lihat juga PMKP.7, EP 2)		Pelaporan tentang kesalahan obat dan KNC secara tepat waktu menggunakan prosedur baku	0 5 10	
3. Mereka yang bertanggungjawab mengambil tindakan untuk pelaporan diidentifikasi		Identifikasi petugas yang melakukan dan yang melaporkan kejadian kesalahan obat dan KNC	0 5 10	

4. Rumah sakit menggunakan informasi pelaporan kesalahan obat dan KNC untuk memperbaiki proses penggunaan obat (lihat juga PMKP.7, EP 3)		Perbaiki proses penggunaan obat berdasarkan evaluasi, informasi, dan pelaporan kejadian kesalahan obat dan KNC	0 5 10	<p>Dokumen implementasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Laporan <i>Medication Error</i> dan KNC (tepat waktu, sesuai prosedur, siapa yg bertanggung jawab) ▪ Laporan IKP ▪ Analisis (<i>Root Cause Analysis</i>) terhadap <i>medication error</i> dan KNC sampai kepada perbaikan proses
--	--	--	--------------	--

BAB 7. PENDIDIKAN PASIEN & KELUARGA

STANDAR, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% Terpenuhi	20-79% Terpenuhi sebagian	< 20% Tidak terpenuhi
Standar PPK. 1						
Rumah sakit menyediakan pendidikan untuk menunjang partisipasi pasien dan keluarga dalam pengambilan keputusan dan proses pelayanan.						
Maksud dan tujuan PPK. 1						
Rumah sakit mendidik pasien dan keluarganya, sehingga mereka mendapat pengetahuan dan ketrampilan untuk berpartisipasi dalam proses dan pengambilan keputusan asuhan pasien. Setiap rumah sakit mengembangkan/memasukkan pendidikan ke dalam proses asuhan berbasis misi, jenis pelayanan yang diberikan dan populasi pasien. Pendidikan direncanakan untuk menjamin bahwa setiap pasien diberikan pendidikan sesuai kebutuhannya. Rumah sakit menetapkan bagaimana mengorganisasikan sumber daya pendidikan secara efektif dan efisien. Oleh karena itu, rumah sakit perlu menetapkan koordinator pendidikan atau komite pendidikan, menciptakan pelayanan pendidikan, mengatur penugasan seluruh staf yang memberikan pendidikan secara terkoordinasi.						
Elemen Penilaian PPK.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN		
	SASARAN	MATERI				
1. Rumah sakit merencanakan pendidikan konsisten dengan misi, jenis pelayanan dan populasi pasien.	• Pimpinan RS • Kepala/Ketua unit kerja yang mengelola edukasi kepada pasien dan keluarganya/PKRS • Pelaksana edukasi (tenaga medis, keperawatan, farmasi, gizi dsb.)	• Pengorganisasian unit kerja yang mengelola edukasi/PKRS	0 5 10	Acuan: UU 36/2009 Tentang Kesehatan KMK 1426/Menkes/SK/XII/2006		
2. Tersedia mekanisme atau struktur pendidikan yang memadai di seluruh rumah sakit		• Renstra dan RKA yang mendukung terselenggaranya edukasi kepada pasien dan keluarga	0 5 10	Regulasi RS: • Penetapan unit kerja yang mengelola edukasi dan informasi/PKRS • Pedoman pengorganisasian dan pelayanan unit kerja tersebut/PKRS • RKA Rumah Sakit • Program kerja unit kerja/PKRS		
3. Struktur dan sumber daya pendidikan diorganisasikan secara efektif		• Pelaksanaan edukasi kepada pasien dan keluarga sesuai dengan program kerja unit kerja/PKRS	0 5 10			
Standar PPK.2						
Dilakukan asesmen kebutuhan pendidikan masing-masing pasien dan dicatat di rekam medisnya.						

Maksud dan tujuan PPK. 2

Pendidikan berfokus pada pengetahuan dan ketrampilan spesifik yang dibutuhkan pasien dan keluarga dalam pengambilan keputusan, berpartisipasi dalam asuhan dan asuhan berkelanjutan di rumah. Hal tersebut diatas berbeda dengan alur informasi pada umumnya antara staf dan pasien yang bersifat informatif tapi bukan bersifat pendidikan seperti lazimnya.

Untuk memahami kebutuhan masing-masing pasien dan keluarganya, tersedia proses asesmen untuk mengidentifikasi jenis pembedahan, prosedur invasif lainnya dan rencana pengobatan, kebutuhan perawat pendamping dan kebutuhan asuhan berkelanjutan di rumah setelah pasien pulang. Asesmen ini memungkinkan para pemberi asuhan merencanakan dan memberikan pendidikan sesuai kebutuhan.

Pendidikan oleh staf rumah sakit diberikan kepada pasien dan keluarganya untuk membantu keputusan dalam proses asuhan. Pendidikan 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, 7 memberikan obat, dan tindakan pengobatan), mereka perlu diberi pendidikan.

Ketika kebutuhan pendidikan teridentifikasi, dicatat di rekam medis. Hal ini akan membantu semua petugas pemberi pelayanan berpartisipasi dalam proses pendidikan. Setiap rumah sakit hendaknya menetapkan lokasi dan format asesmen pendidikan, perencanaan dan pemberian informasi dalam rekam medis pasien.

Elemen Penilaian PPK. 2	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Dilakukan asesmen kebutuhan pendidikan pasien dan keluarga	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Pimpinan keperawatan • DPJP • Dokter ruangan (kalau ada) • Pelaksana pelayanan keperawatan, farmasi, gizi dsb. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan asesmen untuk mengetahui kebutuhan edukasi pasien dan keluarga 	0 5 10	Acuan: UU 29/2004 Tentang Praktik Kedokteran UU 36/2009 Tentang Kesehatan UU 44/2009 Tentang Rumah Sakit PMK 269/Menkes/Per/III/2008 PMK 290/Menkes/Per/III/2008
2. Hasil asesmen kebutuhan pendidikan dicatat di rekam medis pasien.		<ul style="list-style-type: none"> • Pencatatan hasil asesmen oleh seluruh staf terkait 	0 5 10	
3. Tersedia sistem pencatatan pendidikan pasien yang seragam oleh seluruh staf		<ul style="list-style-type: none"> • Sistem pencatatan pelaksanaan edukasi oleh seluruh staf 	0 5 10	
4. Ketika informed consent dipersyaratkan, pasien dan keluarga belajar tentang proses memberikan informed consent (lihat juga HPK.2.1, EP 3, dan MKI.3, EP 1 dan 2).		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan informed consent dan proses pengambilan keputusan oleh pasien dan atau keluarga 	0 5 10	
5. Pasien dan keluarga belajar tentang bagaimana berpartisipasi dalam pengambilan keputusan terkait pelayanannya (lihat juga HPK.2, EP 1).		<ul style="list-style-type: none"> • Proses pengambilan keputusan pasien dan keluarga terkait dengan pelayanannya 	0 5 10	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> • Kebijakan/Panduan/SPO Panduan Pemberian Informasi & Edukasi

6. Pasien dan keluarga belajar tentang kondisi kesehatannya dan diagnosis pasti (lihat juga HPK.2.1, EP 1).		<ul style="list-style-type: none">• Pemahaman pasien dan keluarga atas kondisi kesehatan dan diagnosis pasti	0 5 10	yang memuat : a. Langkah awal asesmen pasien & keluarga b. Cara penyampaian informasi & edukasi yang efektif c. Cara verifikasi bahwa pasien dan keluarga menerima dan memahami pendidikan yang diberikan. <ul style="list-style-type: none">• Kebijakan/Panduan/SPO persetujuan tindakan kedokteran (informed consent)
7. Pasien dan keluarga belajar tentang hak mereka untuk berpartisipasi pada proses pelayanan (lihat juga HPK.2.1, Ep 4).		<ul style="list-style-type: none">• Pasien dan keluarga memahami haknya untuk berpartisipasi pada proses pelayanan	0 5 10	
Standar PPK. 2.1. Dilakukan asesmen kemampuan dan kemauan belajar pasien dan keluarga				
Maksud dan tujuan PPK 2.1. Pengetahuan dan ketrampilan yang menjadi kekuatan dan kekurangan diidentifikasi dan digunakan untuk membuat perencanaan pendidikan. Ada banyak variabel menentukan apakah pasien dan keluarga mau dan mampu untuk belajar. Jadi, untuk merencanakan pendidikan maka rumah sakit harus melakukan asesmen : a) keyakinan dan nilai-nilai pasien dan keluarga; b) kemampuan membaca, tingkat pendidikan dan bahasa yang digunakan; c) hambatan emosional dan motivasi; d) keterbatasan fisik dan kognitif; e) kesediaan pasien untuk menerima informasi.				

Ø Elemen Penilaian PPK. 2.1.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pasien dan keluarga dilakukan asesmen atas elemen : a) sampai dengan e) dalam Maksud dan Tujuan (lihat juga HPK.1.1, EP 1).	<ul style="list-style-type: none">• DPJP• Dokter ruangan (kalau ada)• Pelaksana pelayanan keperawatan, farmasi, gizi dsb.	<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan asesmen a) sampai dengan e) untuk membuat rencana edukasi	0 5 10	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none">• Kebijakan/Pedoman/SPO Pelayanan Rekam Medis yang memuat pencatatan asesmen a) sampai dengan e)• Kebijakan/Panduan/SPO Panduan Pemberian Informasi & Edukasi
2. Temuan asesmen digunakan untuk membuat rencana pendidikan.		<ul style="list-style-type: none">• Perencanaan edukasi atas hasil asesmen	0 5 10	
3. Temuan asesmen didokumentasikan dalam rekam medis pasien		<ul style="list-style-type: none">• Pendokumentasian hasil asesmen dalam rekam medis	0 5 10	

Standar PPK. 3

Pendidikan dan pelatihan membantu pemenuhan kebutuhan kesehatan berkelanjutan dari pasien.

Maksud dan tujuan PPK. 3

Pasien sering membutuhkan pelayanan tindak lanjut guna memenuhi kebutuhan kesehatan berkelanjutan atau untuk mencapai sasaran kesehatan mereka. Informasi kesehatan umum diberikan oleh rumah sakit, atau oleh sumber di komunitas, dapat dimasukkan bila membuat resume kegiatan harian setelah pasien pulang, praktik pencegahan yang relevan dengan kondisi pasien atau sasaran kesehatannya, serta informasi untuk mengatasi penyakit atau kecacatannya yang relevan dengan kondisi pasien.

Rumah sakit mengidentifikasi sumber–sumber pendidikan dan pelatihan yang tersedia di komunitas. Khususnya organisasi di komunitas yang memberikan dukungan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, serta bila memungkinkan menjalin kerjasama berkelanjutan.

Elemen Penilaian PPK.3	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pasien dan keluarga mendapatkan pendidikan dan pelatihan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan berkelanjutan atau mencapai sasaran kesehatannya (lihat juga MKI.3, EP. 1 & 2).	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Pimpinan keperawatan• DPJP• Dokter ruangan (kalau ada)• Pelaksana pelayanan keperawatan, farmasi, gizi dsb.	<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan pemberian edukasi untuk memenuhi kebutuhan sesuai kebutuhan pasien	0 5 10	Regulasi RS: Kebijakan/Panduan/SPO Panduan Pemberian Informasi & Edukasi
2. Rumah sakit mengidentifikasi dan menjalin kerjasama dengan sumber–sumber yang ada di komunitas yang mendukung promosi kesehatan berkelanjutan dan pendidikan untuk		<ul style="list-style-type: none">• Kerjasama dengan pihak lain bila diperlukan, dalam upaya mendukung kebutuhan pasien dan sebagai upaya PKRS di komunitas	0 5 10	

<p>pengecahan penyakit (lihat juga APK.3.1, EP 2, dan TKP.3.1, EP 1).</p>				
<p>3. Bila kondisi pasien mengindikasikan, pasien dirujuk ke sumber-sumber yang tersedia di komunitas (lihat juga TKP.3.1, EP 2).</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Bila diperlukan pasien dapat dirujuk ke sumber-sumber yang tersedia di komunitas 	<p>0 5 10</p>	
<p>Standar PPK.4</p> <p>Pendidikan pasien dan keluarga termasuk topik-topik berikut ini, terkait dengan pelayanan pasien : penggunaan obat yang aman, penggunaan peralatan medis yang aman, potensi interaksi antara obat dengan makanan, pedoman nutrisi, manajemen nyeri dan teknik-teknik rehabilitasi.</p>				
<p>Maksud dan tujuan PPK.4</p> <p>Rumah sakit secara rutin memberikan pendidikan pada area yang berisiko tinggi bagi pasien. Pendidikan mendukung pengembalian fungsi pada level sebelumnya dan memelihara kesehatan secara optimal.</p> <p>Rumah sakit menggunakan materi dan proses pendidikan pasien yang standar, paling sedikit pada topik-topik di bawah ini :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penggunaan obat-obatan yang didapat pasien secara efektif dan aman (bukan hanya obat yang dibawa pulang), termasuk potensi efek samping obat. - Penggunaan peralatan medis secara efektif dan aman - Potensi interaksi antara obat yang diresepkan dengan obat lainnya (termasuk OTC/<i>over the counter</i>), serta makanan. - Diet dan nutrisi - Manajemen nyeri, dan - Teknik-teknik rehabilitasi 				

Elemen Penilaian PPK. 4	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Terkait dengan pelayanan yang diberikan, pasien dan keluarga dididik tentang penggunaan seluruh obat-obatan secara efektif dan aman, serta tentang potensi efek samping obat, pencegahan terhadap potensi interaksi obat dengan obat OTC dan atau makanan.	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Pimpinan keperawatan• DPJP• Dokter ruangan (kalau ada)• Pelaksana pelayanan keperawatan, farmasi, gizi dsb.	Pelaksanaan pemberian edukasi yang meliputi: <ul style="list-style-type: none">• Penggunaan obat-obatan secara efektif dan aman, serta tentang potensi efek samping obat, pencegahan terhadap potensi interaksi obat dengan obat OTC dan atau makanan	0 5 10	Regulasi RS: Kebijakan/Panduan/SPO Panduan Pemberian Informasi & Edukasi Materi edukasi
2. Terkait dengan pelayanan yang diberikan, pasien dan keluarga dididik tentang keamanan dan efektivitas penggunaan peralatan medis.		<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan pemberian edukasi tentang keamanan dan efektivitas penggunaan peralatan medis	0 5 10	
3. Terkait dengan pelayanan yang diberikan, pasien dan keluarga dididik tentang diet dan nutrisi yang benar.		<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan pemberian edukasi tentang diet dan nutrisi yang benar	0 5 10	
4. Terkait dengan pelayanan yang diberikan, pasien dan keluarga dididik manajemen nyeri (lihat juga PP.6, EP 3).		<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan pemberian edukasi tentang manajemen nyeri	0 5 10	
5. Terkait dengan pelayanan yang diberikan, pasien dan keluarga dididik tentang teknik rehabilitasi,		<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan pemberian edukasi tentang teknik rehabilitasi	0 5 10	
Standar PPK. 5				
Metode pendidikan mempertimbangkan nilai-nilai dan pilihan pasien dan keluarga, dan memperkenankan interaksi yang memadai antara pasien, keluarga dan staf agar terjadi pembelajaran.				
Maksud dan tujuan PPK. 5				
Pembelajaran akan terlaksana apabila memperhatikan metode yang digunakan untuk mendidik pasien dan keluarga. Memahami pasien dan keluarga akan membantu rumah sakit memilih pendidik dan metode pendidikan yang konsisten dengan nilai-nilai dan pilihan pasien dan keluarganya, serta mengidentifikasi peran keluarga dan metode pemberian instruksi.				

Pasien dan keluarga didorong untuk berpartisipasi dalam proses pelayanan dengan memberi kesempatan untuk memberi pendapat dan mengajukan pertanyaan kepada staf untuk meyakinkan pemahaman yang benar dan mengantisipasi partisipasi. Staf mengakui peran penting pasien dalam pemberian pelayanan yang aman, asuhan berkualitas tinggi. Kesempatan berinteraksi dengan staf, pasien, dan keluarga mengijinkan umpan balik untuk menjamin bahwa informasi dipahami, bermanfaat, dan dapat digunakan. Rumah sakit memutuskan kapan dan bagaimana pendidikan secara verbal diperkuat dengan materi secara tertulis untuk meningkatkan pemahaman dan memberikan rujukan (referensi) pendidikan di masa yang akan datang.

Elemen Penilaian PPK. 5	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Ada proses untuk memverifikasi bahwa, pasien dan keluarga menerima dan memahami pendidikan yang diberikan (lihat juga MKI.3, EP 1 dan 2).	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Pimpinan keperawatan • DPJP • Dokter ruangan (kalau ada) • Pelaksana pelayanan keperawatan, farmasi, gizi dsb. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proses verifikasi bahwa pasien dan keluarga memahami materi edukasi yang diberikan 	0 5 10	Regulasi RS: Kebijakan/Panduan/SPO Panduan Pemberian Informasi & Edukasi Materi edukasi
2. Mereka yang memberikan pendidikan perlu mendorong pasien dan keluarganya untuk bertanya dan memberi pendapat sebagai peserta aktif (lihat juga HPK.2, EP 1)		<ul style="list-style-type: none"> • Teknis untuk mendorong pasien dan keluarga untuk bertanya dan memberi pendapat sebagai peserta aktif 	0 5 10	
3. Informasi verbal perlu diperkuat dengan materi secara tertulis yang terkait dengan kebutuhan pasien dan konsisten dengan pilihan pembelajaran pasien dan keluarganya (lihat juga HPK.2.1, Maksud dan Tujuan, dan MKI.3)		<ul style="list-style-type: none"> • Materi tertulis sebagai pelengkap edukasi dan informasi yang disampaikan 	0 5 10	

Standar PPK. 6

Tenaga kesehatan profesional yang memberi pelayanan pasien berkolaborasi dalam memberikan pendidikan.

Maksud dan tujuan PPK. 6

Ketika tenaga kesehatan profesional yang memberi asuhan memahami kontribusinya masing-masing dalam pemberian pendidikan pasien, maka mereka bisa berkolaborasi lebih efektif. Kolaborasi, pada gilirannya dapat membantu menjamin bahwa informasi yang diterima pasien dan keluarga adalah komprehensif, konsisten, dan seefektif mungkin. Kolaborasi berdasarkan kebutuhan pasien dan karenanya mungkin tidak selalu diperlukan. Pengetahuan tentang subjek yang diberikan, waktu yang tersedia adekuat, dan kemampuan berkomunikasi secara efektif adalah pertimbangan penting dalam pendidikan yang efektif.

Elemen Penilaian PPK. 6	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Bila ada indikasi, pendidikan pasien dan keluarga diberikan secara kolaboratif	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Pimpinan keperawatan • DPJP • Dokter ruangan (kalau ada) • Pelaksana pelayanan keperawatan, farmasi, gizi dsb. 	• Kapan edukasi kolaboratif diberikan	0 5 10	Regulasi RS: Kebijakan/Panduan/SPO Panduan Pemberian Informasi & Edukasi Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> • Materi edukasi kolaboratif • Sertifikat kompetensi • Bukti pemberian edukasi
2. Mereka yang memberikan pendidikan harus memiliki pengetahuan yang cukup tentang subjek yang diberikan.		• Persyaratan dan kompetensi staf RS yang boleh memberikan edukasi	0 5 10	
3. Mereka yang memberikan pendidikan harus menyediakan waktu yang adekuat.		• Waktu yang disediakan untuk pemberian edukasi	0 5 10	
4. Mereka yang memberikan pendidikan harus mempunyai ketrampilan berkomunikasi (lihat juga PAB.5.1, EP 2)		• Kompetensi petugas yang memberikan edukasi	0 5 10	

II. KELOMPOK STANDAR MANAJEMEN RUMAH SAKIT

BAB 1. PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

STANDAR, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN			≥ 80% Terpenuhi 20-79% Terpenuhi sebagian < 20% Tidak terpenuhi	
KEPEMIMPINAN DAN PERENCANAAN				
Standar PMKP.1				
Mereka yang bertanggung jawab memimpin dan menjalankan rumah sakit berpartisipasi dalam perencanaan dan evaluasi keberhasilan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.				
Maksud dan Tujuan PMKP.1				
Kepemimpinan dan perencanaan adalah esensial, jika sebuah rumah sakit memulai dan melaksanakan peningkatan mutu dan mengurangi risiko terhadap pasien dan staf. Kepemimpinan dan perencanaan datang dari pemilik rumah sakit (<i>governing body</i>) bersama-sama dengan pengelola sehari-hari kegiatan klinik dan manajemen. Bersama-sama mereka adalah representasi dari kepemimpinan rumah sakit. Pimpinan bertanggung jawab menjamin komitmen, pendekatan kearah peningkatan mutu dan keselamatan pasien, program manajemen serta adanya kealpaan (<i>oversight</i>). Pimpinan menghadirkan rencana peningkatan mutu dan keselamatan pasien melalui visi dan dukungannya yang akan berwujud menjadi budaya organisasi rumah sakit. Pimpinan bertanggung jawab penuh terhadap peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Jadi, pimpinan menyetujui rencana peningkatan mutu dan keselamatan pasien dan secara reguler menerima laporan tentang pelaksanaan program perbaikan mutu dan keselamatan pasien.				
Elemen Penilaian PMKP.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pimpinan rumah sakit berpartisipasi dalam menyusun rencana peningkatan mutu dan keselamatan pasien	• Pimpinan RS • Ketua dan anggota Komite/Tim/Panitia Mutu dan Keselamatan Pasien	• Pelaksanaan partisipasi pimpinan rumah sakit dalam menyusun rencana peningkatan mutu dan keselamatan pasien	0 5 10	Acuan: • Pedoman Upaya Peningkatan Mutu Rumah Sakit, Depkes, 1994 • Panduan Keselamatan Pasien • Sistem Pencatatan dan Pelaporan Insiden Keselamatan pasien-PERSI
2. Pimpinan rumah sakit berpartisipasi dalam menetapkan keseluruhan proses atau mekanisme dari program peningkatan mutu dan keselamatan pasien		• Pelaksanaan partisipasi pimpinan rumah sakit dalam menetapkan keseluruhan proses atau mekanisme dari program peningkatan mutu dan keselamatan pasien	0 5 10	

3. Pimpinan melaporkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada pemilik rumah sakit		<ul style="list-style-type: none">Laporan Pimpinan RS tentang program peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada pemilik rumah sakit	0 5 10	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none">Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSKetentuan perencanaan, pelaksanaan, monitoring/pengawasan, pelaporan program peningkatan mutu dan Keselamatan Pasien Dokumen: <ul style="list-style-type: none">Notulen rapat Komite/Panitia MutuLaporan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien
4. Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dilaporkan oleh pimpinan rumah sakit kepada pengelola (governance)		<ul style="list-style-type: none">Laporan Pimpinan RS tentang program peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada Pemerintah	0 5 10	
Standar PMKP.1.1. Pimpinan rumah sakit berkolaborasi dalam melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.				
Maksud dan Tujuan PMKP 1.1. Pimpinan rumah sakit mempunyai peranan kunci untuk memastikan rencana mutu dan keselamatan membentuk budaya organisasi rumah sakt dan memberi dampak pada setiap aspek kegiatan. Rencana ini membutuhkan kolaborasi dan komitmen melalui pendekatan multidisiplin. Pimpinan memastikan bahwa program meliputi : <ul style="list-style-type: none">peran sistem rancang dan rancang ulang dalam proses peningkatan;pendekatan multidisiplin dengan semua bagian/departemen dan unit kerja pelayanan di rumah sakit dimasukkan dalam program;Koordinasi antara berbagai unit kerja rumah sakit terkait dengan mutu dan keselamatan, seperti pengendalian mutu di laboratorium klinis, program manajemen risiko, program manajemen risiko fasilitas, kantor keselamatan pasien atau kantor dan program lainnya. Program inklusif tentang perbaikan hasil dari pasien, dibutuhkan karena pasien menerima asuhan dari banyak bagian/departemen, dan pelayanan dan / atau satuan kerja pelayanan dan berbagai kategori staf klinis;Pendekatan sistemik dalam hal aplikasi proses dan pengetahuan yang seragam dalam melaksanakan semua kegiatan peningkatan dan keselamatan pasien.				

Elemen Penilaian PMKP.1.1.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pimpinan berpartisipasi dalam melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.(lihat juga TKP.3.4, EP 2; KPS.11, EP 1; KPS.14, EP 1, dan KPS.17, EP 1).	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua dan anggota Panitia Mutu dan Keselamatan Pasien • Kepala unit kerja 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementasi partisipasi pimpinan RRS dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien 	0 5 10	<p>Acuan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PMK 1691/2011 tentang Keselamatan Pasien RS • Pedoman Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan RS, Depkes 1994 • Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety), Depkes 2008 <p>Regulasi RS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan pasien. <p>Dokumen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laporan indikator mutu dan insiden keselamatan pasien • Sensus harian • Notulen rapat
2. Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien meliputi seluruh organisasi		<ul style="list-style-type: none"> • Program PMKP ada di seluruh unit di RS (ada sasaran mutu di setiap unit kerja) 	0 5 10	
3. Program menangani sistem dari organisasi, peranan rancangan sistem, rancang ulang dari peningkatan mutu dan keselamatan pasien		<ul style="list-style-type: none"> • Isi program PMKP 	0 5 10	
4. Program menangani koordinasi dari semua komponen dari kegiatan pengukuran mutu dan pengendalian (lihat juga TKP.3.4, EP 2, dan TPI.10, EP 1)		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaporan indikator mutu dari semua unit/ departemen 	0 5 10	
5. Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien menerapkan pendekatan sistematis		<ul style="list-style-type: none"> • Penerapan pendekatan sistemik dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (Isi Program PMKP) 	0 5 10	

Standar PMKP.1.2

Pimpinan menetapkan proses yang dijadikan prioritas untuk dilakukan evaluasi dan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang harus dilaksanakan.

Maksud dan Tujuan PMKP.1.2

Tanggung jawab utama dari pimpinan adalah menetapkan prioritas. Rumah sakit secara tipikal mempunyai lebih banyak kesempatan untuk pengukuran dan peningkatan dari pada membereskan/menyelesaikan urusan sumber daya manusia atau yang lain. Oleh karena itu, pimpinan fokus pada penilaian mutu dan kegiatan peningkatan rumah sakit. Pimpinan memberikan prioritas pada proses-proses utama yang kritikal, risiko tinggi, cenderung bermasalah yang langsung terkait dengan mutu asuhan dan keamanan lingkungan. Pimpinan memasukkan Sasaran Keselamatan Pasien (lihat juga Kelompok III Sasaran Keselamatan Pasien). Pimpinan menggunakan data dan informasi yang tersedia untuk melakukan identifikasi area prioritas.

Elemen Penilaian PMKP.1.2.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pimpinan menetapkan prioritas rumah sakit dalam kegiatan evaluasi	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Ketua dan anggota Panitia Mutu dan Keselamatan Pasien 	<ul style="list-style-type: none"> Prioritas kegiatan evaluasi yang ditetapkan Pimpinan RS 	0 5 10	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan pasien Penetapan prioritas kegiatan yang di evaluasi
2. Pimpinan menetapkan prioritas rumah sakit dalam kegiatan peningkatan dan keselamatan pasien	<ul style="list-style-type: none"> Kepala unit kerja Seluruh staf RS/pekerja dalam lingkungan RS terkait sasaran keselamatan pasien 	<ul style="list-style-type: none"> Prioritas peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang ditetapkan Pimpinan RS 	0 5 10	
3. Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien di tetapkan sebagai salah satu prioritas		<ul style="list-style-type: none"> Penerapan sasaran keselamatan pasien ditetapkan Pimpinan RS sebagai salah satu prioritas 	0 5 10	Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> Bukti evaluasi Bukti sasaran keselamatan pasien merupakan prioritas

Standar PMKP.1.3.

Pimpinan memberikan bantuan teknologi dan dukungan lainnya untuk mendukung program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Maksud dan Tujuan PMKP.1.3.

Pengukuran fungsi klinis dan fungsi manajemen di rumah sakit menghasilkan akumulasi data dan informasi. Memahami seberapa baik kemampuan rumah sakit, tergantung dari analisis data dan informasi yang terkumpul dan membandingkannya dengan rumah sakit lain. Pada rumah sakit besar dan kompleks sifatnya dibutuhkan teknologi dan/atau staf yang punya pengalaman mengelola data. Pimpinan rumah sakit memahami prioritas pengukuran dan perbaikan sebagai dukungan yang penting. dan Mereka memberikan dukungan secara konsisten sesuai sumber daya rumah sakit dan peningkatan mutu.

Elemen Penilaian PMKP.1.3.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pimpinan memahami teknologi dan unsur bantuan lain yang dibutuhkan untuk menelusuri dan membandingkan hasil dari evaluasi	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua dan anggota Panitia Mutu dan Keselamatan Pasien • Kepala unit kerja 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan bantuan teknologi atau lainnya oleh pimpinan RS untuk menelusuri dan membandingkan hasil dari evaluasi 	0 5 10	Observasi : Ada software/program untuk melakukan analisa data hasil evaluasi Dokumen : Ada anggaran untuk pengadaan komputer, software untuk sistem manajemen informasi program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.:
2. Untuk menelusuri dan membandingkan hasil dari evaluasi ini, pimpinan menyediakan teknologi dan dukungan sesuai dengan sumber daya yang ada		<ul style="list-style-type: none"> • Bantuan tersebut sesuai dengan sumber daya yang ada di rumah sakit 	0 5 10	

Standar PMKP.1.4.

Peningkatan mutu dan keselamatan pasien di informasikan ke staf.

Maksud dan Tujuan PMKP.1.4.

Penyebaran informasi tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien adalah penting. Komunikasi dilakukan secara reguler melalui media yang efektif seperti buletin, papan pengumuman, rapat staf, dan melalui kegiatan unit kerja SDM. Informasi dapat mencakup soal proyek baru atau proyek yang baru diselesaikan, kemajuan mencapai Sasaran keselamatan pasien internasional, hasil analisis dari kejadian sentinel atau KTD lainnya, riset terkini atau program percontohan (*benchmarkprogram*)

Elemen Penilaian PMKP.1.4.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Informasi tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien di sampaikan kepada staf	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua dan anggota panitia mutu dan keselamatan pasien 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan penyampaian informasi tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada staf 	0 5 10	Dokumen : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan mekanisme penyampaian informasi ▪ Bukti informasi yang disampaikan
2. Komunikasi dilakukan secara reguler melalui saluran yang efektif. (lihat juga TKP.1.6, EP 2).		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan komunikasi secara reguler melalui saluran yang efektif 	0 5 10	
3. Komunikasi dilakukan termasuk kemajuan dalam hal mematuhi sasaran keselamatan pasien		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan komunikasi dilakukan termasuk kemajuan dalam hal mematuhi sasaran keselamatan pasien 	0 5 10	

Standar PMKP.1.5.

Staf diberi pelatihan untuk ikut serta dalam program.

Maksud dan Tujuan PMKP.1.5.

Partisipasi dalam pengumpulan data, analisis, perencanaan dan pelaksanaan peningkatan mutu dan keselamatan pasien memerlukan pengetahuan dan ketrampilan yang kebanyakan staf tidak mempunyainya atau tidak menggunakannya secara rutin. Mereka harus diberi pelatihan sesuai dengan peran dalam program yang direncanakan jika mereka diminta untuk berpartisipasi dalam melaksanakan kegiatan program. Perlu dilakukan penyesuaian kegiatan rutin dari staf agar tersedia cukup waktu bagi mereka untuk berpartisipasi secara penuh dalam kegiatan pelatihan dan perbaikan sebagai bagian dari tugas rutin sehari-hari. Rumah sakit mengidentifikasi dan menyediakan pelatih terampil untuk pendidikan dan pelatihan ini.

Elemen Penilaian PMKP.1.5.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Diadakan pelatihan bagi staf sesuai dengan peranan mereka dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Manajer SDM • Kepala unit diklat • Ketua dan anggota panitia mutu dan keselamatan pasien 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan pelatihan bagi staf sesuai dengan peranan mereka dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien 	0 5 10	Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> • Program pelatihan • Bukti pelatihan • Materi pelatihan • Kualifikasi pelatih
2. Seorang individu yang berpengetahuan luas memberikan pelatihan		<ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan dilakukan oleh seorang individu yang berpengetahuan luas 	0 5 10	
3. Staf berpartisipasi dalam pelatihan sebagai bagian dari pekerjaan rutin mereka		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan pelatihan staf sesuai dengan pekerjaan rutin mereka 	0 5 10	

RANCANGAN PROSES KLINIK DAN MANAJEMEN

Standar PMKP.2.

Rumah sakit membuat rancangan baru dan melakukan modifikasi dari sistem dan proses sesuai prinsip peningkatan mutu.

Maksud dan Tujuan PMKP.2.

Seringkali sebuah rumah sakit mempunyai kesempatan untuk merancang proses baru atau melakukan perubahan proses yang sudah ada. Proses baru atau modifikasinya menggunakan unsur berasal dari sumber pihak berwenang, termasuk undang-undang dan peraturan. Termasuk dalam sumber yang berasal dari pihak berwenang ini adalah pedoman pelayanan klinik, standar nasional, norma dan informasi lain yang tersedia.

Rancangan proses baru atau modifikasinya juga dapat diperoleh dari pengalaman lain yang diperoleh dari praktek klinik yang dianggap baik/lebih baik/sangat baik. Rumah sakit mengadakan evaluasi dari praktek ini dan kemudian mengkajinya dan menggunakannya.

Bilamana proses atau pelayanan dirancang dengan baik, akan menghasilkan berbagai informasi. Rancangan proses yang baik adalah :

- a. Konsisten dengan misi dan rencana organisasi
- b. Memenuhi kebutuhan pasien, masyarakat, staf dan lainnya
- c. Menggunakan pedoman praktek terkini, standar pelayanan medik, kepustakaan ilmiah dan lain informasi berdasarkan rancangan praktek klinik
- d. Sesuai dengan praktek business yang sehat
- e. Relevan dengan informasi dari manajemen risiko
- f. Berdasarkan pengetahuan dan keterampilan yang ada di rumah sakit.
- g. Berdasarkan praktek klinik yang baik/lebih baik/sangat baik dari rumah sakit lain
- h. Menggunakan informasi dari kegiatan peningkatan mutu terkait
- i. Mengintegrasikan dan menggabungkan berbagai proses dan sistem

Apabila sebuah organisasi merancang proses baru, akan dipilih indikator dari proses baru tersebut. Pada waktu sebuah organisasi melaksanakan proses, maka data akan dikumpulkan untuk mengetahui apakah proses berjalan sesuai yang diharapkan.

Elemen Penilaian PMKP.2.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Prinsip peningkatan mutu dan alat ukur dari program diterapkan pada rancangan proses baru atau yang dimodifikasi	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Ketua dan anggota panitia mutu dan keselamatan pasien	<ul style="list-style-type: none">• Adanya rancangan proses yang baru atau yang dimodifikasi terhadap peningkatan mutu dan alat ukur program	0 5 10	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none">• Panduan/Manual Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Dokumen: <ul style="list-style-type: none">• Evaluasi dan revisi yang dibuat• Penetapan indikator• Data yang dianalisis
2. Elemen dalam Maksud dan Tujuan dari huruf a s/d i digunakan apabila relevan dengan proses yang dirancang atau yang dimodifikasi		<ul style="list-style-type: none">• Penggunaan elemen dalam Maksud dan Tujuan dari huruf a s/d i dalam proses yang dirancang atau yang dimodifikasi	0 5 10	
3. Dipilih indikator untuk mengevaluasi apakah pelaksanaan rancangan proses baru atau rancangan ulang proses telah berjalan baik.		<ul style="list-style-type: none">• Pemilihan indikator untuk melaksanakan evaluasi	0 5 10	
4. Data sebagai indikator digunakan untuk mengukur proses yang sedang berjalan		<ul style="list-style-type: none">• Tersedianya data sebagai indikator yang digunakan untuk mengukur proses yang sedang berjalan	0 5 10	
Standar PMKP.2.1. Pedoman praktek klinik dan clinical pathway dan atau protokol klinis digunakan untuk pedoman dalam memberikan asuhan klinik				
Maksud dan Tujuan PMKP.2.1 Sasaran dari rumah sakit adalah : <ul style="list-style-type: none">- Standarisasi dari proses asuhan klinik- Mengurangi risiko didalam proses asuhan klinik, terutama hal-hal yang terkait dengan tahap pengambilan keputusan, dan- Memberikan asuhan klinik tepat waktu, efektif dengan menggunakan sumber daya secara efisien- Secara konsisten menghasilkan mutu pelayanan tinggi melalui cara-cara "evidence-based" Berbagai rumah sakit menggunakan berbagai alat untuk mencapai sasaran ini. Sebagai contoh, penyedia asuhan pelayanan menetapkan proses asuhan klinik dan membuat keputusan berdasarkan bukti ilmiah yang ada (evidence based). Pedoman praktek klinik merupakan alat efektif dalam upaya memahami dan menerapkan ilmu pengetahuan terbaik pada waktu menegakkan diagnosis atau kondisi. Sebagai tambahan, penyedia pelayanan menetapkan standarisasi dari proses pelayanan. Asuhan klinik adalah alat bermanfaat untuk memastikan adanya integrasi dan koordinasi dari pelayanan dengan menggunakan sumber daya secara efisien.				

Pedoman praktek klinik, clinical care pathways dan protokol klinik adalah relevan dengan populasi dari pasien dan misinya adalah :

- Dipilih dari yang dianggap cocok dengan pelayanan dalam organisasi dan pasien (termasuk dalam proses ini adalah bila saat ini ada pedoman nasional yang wajib)
- Dipilih berdasarkan ilmu dan penerapannya
- Disesuaikan jika perlu dengan teknologi, obat, sumber daya lain di organisasi atau dari norma profesional secara nasional
- Disetujui secara formal dan resmi
- Diterapkan dan di monitor agar digunakan secara konsisten dan efektif
- Didukung oleh staf terlatih melaksanakan pedoman atau pathways, dan
- Diperbaharui secara berkala berdasarkan bukti dan hasil evaluasi dari proses dan hasil (outcomes)

Organisasi rumah sakit diharapkan dapat melaksanakan kegiatan dibawah ini setiap tahun :

- Pimpinan melaksanakan proses memilih paling sedikit 5 area prioritas dengan fokus seperti diagnosis pasien, prosedur, populasi atau penyakit, dimana panduan (guidelines), pathways dan protokol dapat mempengaruhi mutu keselamatan pasien dan memperkecil variasi dari hasil yang tidak diharapkan.
- Dipenuhinya identifikasi prioritas di area yang dijadikan fokus dari proses a) sampai h).

Elemen Penilaian PMKP.2.1.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Setiap tahun pimpinan menentukan paling sedikit lima area prioritas dengan fokus penggunaan pedoman klinis, <i>clinical pathways</i> dan/atau protokol klinis	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Ketua dan anggota panitia mutu dan keselamatan pasien 	<ul style="list-style-type: none"> Penetapan paling sedikit 5 area prioritas oleh pimpinan RS dengan fokus penggunaan pedoman praktik klinis, <i>clinical pathways</i> dan/atau protokol klinis 	0 5 10	Acuan: <ul style="list-style-type: none"> PMK 1438/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran
2. Rumah sakit dalam melaksanakan pedoman praktek klinis, <i>clinical pathways</i> dan/atau protokol klinis melaksanakan proses a) sampai h) dalam Maksud dan Tujuan		<ul style="list-style-type: none"> Penetapan pedoman praktik klinis, <i>clinical pathways</i> dan/atau protokol klinis dilaksanakan sesuai proses a) sampai h) dalam Maksud dan Tujuan 	0 5 10	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> Pedoman Klinis, Clinical Pathway, Protokol/SPO
3. Rumah sakit melaksanakan pedoman klinis dan <i>clinical pathways</i> atau protokol klinis di setiap area prioritas yang ditetapkan		<ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan pedoman praktik klinis dan <i>clinical pathways</i> atau protokol klinis di setiap area prioritas yang ditetapkan 	0 5 10	Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> Bukti implementasi clinical pathway di rekam medis Bukti telah dilakukan audit implementasi clinical pathway
4. Pimpinan klinis dapat menunjukkan bagaimana penggunaan pedoman klinis, clinical pathways dan atau protokol klinis telah mengurangi adanya variasi dari proses dan hasil (outcomes)		<ul style="list-style-type: none"> Bukti bahwa penggunaan pedoman praktik klinis, clinical pathways dan atau protokol klinis telah mengurangi adanya variasi dari proses dan hasil (outcomes) 	0 5 10	

PEMILIHAN INDIKATOR DAN PENGUMPULAN DATA
<p>Standar PMKP.3.</p> <p>Pimpinan rumah sakit menetapkan indikator kunci untuk monitor struktur, proses dan hasil (outcome) dari rencana peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.</p>
<p>Standar PMKP.3.1</p> <p>Pimpinan rumah sakit menetapkan indikator kunci untuk menilai setiap dari struktur, proses dan hasil setiap upaya klinik.</p>
<p>Standar PMKP.3.2.</p> <p>Pimpinan rumah sakit menetapkan indikator kunci untuk menilai setiap dari struktur, proses dan outcome manajemen.</p>
<p>Standar PMKP.3.3.</p> <p>Pimpinan rumah sakit menetapkan indikator kunci untuk menilai setiap dari sasaran keselamatan pasien internasional</p>
<p>Maksud dan Tujuan PMKP.3. sampai PMKP. 3.3.</p> <p>Peningkatan mutu dan keselamatan pasien dilakukan berdasarkan tersedianya data. Penggunaan data secara efektif dapat dilakukan berdasarkan evidence-based praktek klinik dan evidence-based praktek manajemen.</p> <p>Berhubung sebagian besar rumah sakit mempunyai sumber daya terbatas, maka rumah sakit ini tidak dapat mengumpulkan data untuk menilai semua hal yang diinginkan. Jadi, rumah sakit harus memilih proses dan hasil (outcome) praktek klinik dan manajemen yang harus <i>dinilai (diukur)</i> dengan mengacu pada misi rumah sakit, kebutuhan pasien dan jenis pelayanan. Penilaian sering terfokus pada proses yang berimplikasi risiko tinggi, diberikan dalam volume besar atau cenderung menimbulkan masalah. Pimpinan rumah sakit bertanggung jawab menentukan pilihan terakhir dari indikator kunci yang digunakan dalam kegiatan peningkatan mutu.</p> <p>Pemilihan indikator yang terkait dengan area klinik yang penting meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asesmen terhadap area klinik 2. Pelayanan laboratorium 3. Pelayanan radiologi dan diagnostic imaging 4. Prosedur bedah 5. Penggunaan antibiotika dan obat lainnya 6. Kesalahan medis (medication error) dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC) 7. Anestesi dan penggunaan sedasi 8. Penggunaan darah dan produk darah 9. Ketersediaan, isi dan penggunaan catatan medik 10. Pencegahan dan kontrol infeksi, surveilans dan pelaporan 11. Riset klinik

Paling sedikit 5 penilaian terhadap upaya klinik harus dipilih dari indikator yang ditetapkan.

Indikator yang dipilih terkait dengan upaya manajemen meliputi :

- a. Pengadaan rutin peralatan kesehatan dan obat untuk memenuhi kebutuhan pasien
- b. Pelaporan yang diwajibkan oleh peraturan perundang-undangan
- c. Manajemen risiko
- d. Manajemen penggunaan sumber daya
- e. Harapan dan kepuasan pasien dan keluarga
- f. Harapan dan kepuasan staf
- g. Demografi pasien dan diagnosis klinik
- h. Manajemen keuangan dan
- i. Pencegahan dan pengendalian dari kejadian yang dapat menimbulkan masalah bagi keselamatan pasien, keluarga pasien dan staf

Pimpinan rumah sakit bertanggung jawab memilih target dari kegiatan yang akan dinilai. Pimpinan menetapkan :

- Proses, prosedur dan hasil (outcome) yang akan dinilai
- Ketersediaan dari “ilmu pengetahuan”(science) dan “bukti” (evidence) untuk mendukung penilaian
- Bagaimana penilaian dilakukan
- Bagaimana penilaian diserasikan dengan rencana menyeluruh dari peningkatan mutu dan keselamatan pasien, dan
- Jadwal dan frekuensi dari penilaian

Langkah paling penting adalah melakukan identifikasi dari prosedur, proses dan hasil (outcome) dari hal-hal yang akan dinilai. Penilaian harus terfokus pada, seperti risiko yang ada di proses, prosedur pada waktu melakukan upaya dengan volume tinggi. Sebagai contoh, rumah sakit dapat memilih menilai prosedur bedah tertentu (contohnya, perbaikan bibir sumbing) atau kelompok bedah tertentu (contoh, bedah ortopedi).

Selanjutnya, rumah sakit misalnya ingin menilai prosedur bedah bibir sumbing atau menilai prosedur pemasangan protesis pada bedah pinggul (hip surgery). Frekuensi pengumpulan data dikaitkan dengan berapa sering proses tertentu dilakukan. Data semua kasus atau sample dari kasus yang dibutuhkan untuk menunjang kesimpulan dan rekomendasi dikumpulkan. Indikator baru dipilih jika indikator yang sudah ada tidak lagi bermanfaat untuk melakukan analisis terhadap proses, prosedur atau hasil (outcome).

Jadi, rumah sakit harus mempunyai rekam jejak (track of record) dari kontinuitas penilaian di area area yang diidentifikasi. Untuk melakukan penilaian terhadap proses, rumah sakit harus menetapkan bagaimana kegiatannya, seberapa sering mengumpulkan data ini di-integrasikan kedalam kegiatan pekerjaan sehari-hari.

Penilaian juga bermanfaat untuk lebih memahami hal-hal yang berada di dalam area yang sedang dipelajari. Seperti halnya, melakukan analisis terhadap data yang dijadikan indikator. (periksa PMKP 4 sampai PMKP 4.2). Yang selanjutnya akan memudahkan untuk mengetahui efektivitas dari strategi peningkatan mutu. Pengiriman data dari penilaian ini ke KARS bersifat sukarela. Kewajiban mengirim data mungkin berlangsung permulaan tahun 2012 atau sesudahnya.

Elemen Penilaian PMKP.3.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pimpinan rumah sakit menetapkan area sasaran untuk penilaian dan peningkatan-	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Ketua dan anggota panitia mutu 	<ul style="list-style-type: none"> Area yang ditetapkan Pimpinan rumah sakit untuk penilaian dan peningkatan mutu- 	0 5 10	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Panduan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Sistem Pencatatan dan Pelaporan Indikator Mutu Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> Data indikator mutu Laporan
2. Penilaian merupakan bagian dari program peningkatan mutu dan keselamatan pasien		<ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan penilaian yang merupakan bagian dari program peningkatan mutu dan keselamatan pasien 	0 5 10	
3. Hasil penilaian disampaikan kepada pihak terkait dalam mekanisme pengawasan dan secara berkala kepada pimpinan dan pemilik rumah sakit sesuai struktur rumah sakit yang berlaku.		<ul style="list-style-type: none"> Hasil penilaian disampaikan kepada pihak terkait dalam mekanisme pengawasan dan secara berkala kepada pimpinan dan pemilik rumah sakit sesuai struktur rumah sakit yang berlaku. 	0 5 10	
Elemen Penilaian PMKP.3.1.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pimpinan klinis menetapkan indikator kunci untuk setiap area klinis yang disebut di 1) sampai 11) di Maksud dan Tujuan.	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Ketua dan anggota panitia mutu Kepala unit kerja 	<ul style="list-style-type: none"> Indikator yang ditetapkan untuk setiap area klinis yang disebut di 1) sampai 11) di Maksud dan Tujuan. 	0 5 10	Regulasi : <ul style="list-style-type: none"> Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Panduan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Sistem Pencatatan dan Pelaporan Indikator Mutu Profil/Kamus Indikator Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> Data indikator mutu
2. Paling sedikit 5 dari 11 indikator klinis harus dipilih.		<ul style="list-style-type: none"> Paling sedikit ada 5 indikator yang harus ditetapkan dari 11 indikator klinis. 	0 5 10	
3. Pimpinan rumah sakit memperhatikan muatan "ilmu" (<i>science</i>) dan 'bukti' (<i>evidence</i>) untuk mendukung setiap indikator yang dipilih.		<ul style="list-style-type: none"> Adanya muatan "ilmu" (<i>science</i>) dan 'bukti' (<i>evidence</i>) untuk mendukung setiap indikator yang dipilih. 	0 5 10	
4. Penilaian mencakup struktur, proses dan hasil (outcome)		<ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan penilaian mencakup struktur, proses dan hasil (outcome) 	0 5 10	
5. Cakupan, metodologi dan frekuensi ditetapkan untuk setiap indikator		<ul style="list-style-type: none"> Penetapan cakupan, metodologi dan frekuensi untuk setiap indikator 	0 5 10	

6. Data penilaian klinis dikumpulkan dan digunakan untuk melakukan evaluasi terhadap efektivitas dari peningkatan		<ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan evaluasi terhadap data penilaian klinis untuk melakukan evaluasi terhadap efektivitas dari upaya peningkatan mutu 	0 5 10	<ul style="list-style-type: none"> Hasil evaluasi dan tindak lanjut
Elemen Penilaian PMKP.3.2.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pimpinan manajemen menetapkan indikator kunci untuk setiap area manajerial yang diuraikan di a) sampai i) dari Maksud dan Tujuan.	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Ketua dan anggota panitia mutu dan keselamatan pasien Kepala unit kerja 	<ul style="list-style-type: none"> indikator kunci yang ditetapkan untuk setiap area manajerial yang diuraikan di a) sampai i) dari Maksud dan Tujuan. 	0 5 10	Regulasi : <ul style="list-style-type: none"> Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Panduan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Sistem Pencatatan dan Pelaporan Indikator Mutu Profil/Kamus Indikator Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> Data indikator mutu Hasil evaluasi dan tindak lanjut
2. Pimpinan menggunakan landasan "ilmu" dan "bukti" (evidence) untuk mendukung masing-masing indikator yang dipilih		<ul style="list-style-type: none"> Landasan "ilmu" dan "bukti" (evidence) untuk mendukung masing-masing indikator yang dipilih 	0 5 10	
3. Penilaian meliputi struktur, proses dan hasil (outcome)		<ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan penilaian mencakup struktur, proses dan hasil (outcome) 	0 5 10	
4. Cakupan, metodologi dan frekuensi ditetapkan untuk setiap penilaian		<ul style="list-style-type: none"> Penetapan cakupan, metodologi dan frekuensi untuk setiap indikator 	0 5 10	
5. Data penilaian manajerial dikumpulkan dan digunakan untuk mengevaluasi efektivitas dari peningkatan		<ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan evaluasi terhadap data penilaian manajerial untuk melakukan evaluasi terhadap efektivitas dari upaya peningkatan mutu 	0 5 10	

Elemen Penilaian PMKP. 3.3.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pimpinan manajerial dan klinis menetapkan indikator kunci untuk menilai setiap Sasaran Keselamatan Pasien.	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Ketua dan anggota panitia keselamatan pasien Kepala unit kerja 	<ul style="list-style-type: none"> indikator kunci yang ditetapkan pimpinan manajerial dan klinis untuk menilai setiap Sasaran Keselamatan Pasien 	0 5 10	Regulasi <ul style="list-style-type: none"> Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit
2. Penilaian Sasaran Keselamatan Pasien termasuk area-area yang ditetapkan di Sasaran Keselamatan Pasien I sampai VI		<ul style="list-style-type: none"> Penilaian Sasaran Keselamatan Pasien termasuk area-area yang ditetapkan di Sasaran Keselamatan Pasien I sampai VI 	0 5 10	<ul style="list-style-type: none"> Panduan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Sistem Pencatatan dan Pelaporan Indikator Mutu
3. Data penilaian digunakan untuk menilai efektivitas dari peningkatan		<ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan penggunaan data penilaian untuk menilai efektivitas dari peningkatan 	0 5 10	<ul style="list-style-type: none"> Profil/Kamus Indikator <p>Dokumen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Data indikator mutu Hasil evaluasi dan tindak lanjut

VALIDASI DAN ANALISIS DARI INDIKATOR PENILAIAN

Standar PMKP.4.

Orang dengan pengalaman, pengetahuan dan keterampilan cukup mengumpulkan dan menganalisis data secara sistematis.

Maksud dan Tujuan PMKP.4.

Untuk membuat kesimpulan dan membuat keputusan, data harus dikumpulkan, dianalisis dan diubah menjadi informasi yang berguna. Melakukan analisis data melibatkan orang yang paham tentang manajemen informasi, terampil dalam mengumpulkan data dan mahir menggunakan metoda statistik. Analisis data melibatkan mereka yang diberi tanggungjawab terhadap proses atau hasil dari yang diukur. Mereka adalah klinikus atau manajer atau kombinasi keduanya. Jadi, analisis data memberikan umpan balik dari manajemen informasi untuk membantu mereka membuat keputusan dalam perbaikan mutu klinik dan manajemen.

Memahami statistik berguna untuk melakukan analisis data, terutama dalam hal membuat interpretasi dari penyimpangan dan lalu memutuskan dimana perbaikan dilakukan. Tabel, grafik atau tabel Pareto adalah contoh yang berguna untuk memahami kecenderungan dan penyimpangan di pelayanan kesehatan.

Elemen Penilaian PMKP.4.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Data dikumpulkan, dianalisis dan diubah menjadi informasi	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Ketua dan anggota panitia mutu dan keselamatan pasien• Kepala unit kerja	<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan analisis terhadap data yang dikumpulkan, dan diubah menjadi informasi	0 5 10	Regulasi : <ul style="list-style-type: none">• Sistem pencatatan dan pelaporan indikator (termasuk analisa dan validasi data)• Sistem Pencatatan dan Pelaporan insiden keselamatan Pasien Dokumen: <ul style="list-style-type: none">• Data indikator mutu, analisis dan tindak lanjutnya• Laporan kegiatan dari Komite PMKP ke Direktur RS
2. Orang yang mempunyai pengalaman klinis atau manajerial, pengetahuan dan keterampilan terlibat dalam proses		<ul style="list-style-type: none">• Keterlibatan personil yang mempunyai pengalaman klinis atau manajerial, pengetahuan dan keterampilan dalam proses	0 5 10	
3. Metoda dan tehnik-tehnik statistik digunakan dalam melakukan analisis dari proses, bila sesuai.		<ul style="list-style-type: none">• Metoda dan tehnik-tehnik statistik yang digunakan dalam melakukan analisis dari proses	0 5 10	
4. Hasil analisis dilaporkan kepada mereka yang bertanggung jawab untuk melakukan tindak lanjut (lihat juga TKP.3.4, EP 2)		<ul style="list-style-type: none">• Pelaporan hasil analisis kepada mereka yang bertanggung jawab untuk melakukan tindak lanjut	0 5 10	
Standar PMKP.4.1 <p>Frekuensi dari analisis data disesuaikan dengan proses yang sedang dikaji dan sesuai dengan ketentuan rumah sakit.</p>				
Maksud dan Tujuan PMKP.4.1. <p>Rumah sakit menetapkan seberapa sering data dikumpulkan dan di analisis. Frekuensi ini tergantung dari kegiatan dari area yang dikaji, prioritas yang ditetapkan oleh rumah sakit. Sebagai contoh, pengendalian mutu laboratorium klinik dapat di analisis setiap minggu untuk memenuhi ketentuan undang-undang yang ada atau data pasien di analisis setiap bulan. Jadi, pengumpulan data setiap waktu tertentu dapat menjadikan rumah nsakit mampu menilai stabilitas dari proses dan prediksi dari outcome dibandingkan dengan harapannya.</p>				

Elemen Penilaian PMKP.4.1.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Frekuensi melakukan analisis data disesuaikan dengan proses yang sedang dikaji	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Ketua dan anggota panitia mutu dan keselamatan pasien Kepala unit kerja 	<ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan analisis data sesuai dengan proses yang sedang dikaji 	0 5 10	Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> Data indikator mutu Hasil evaluasi berkala
2. Frekuensi dari analisis data sesuai dengan ketentuan rumah sakit		<ul style="list-style-type: none"> Penetapan rumah sakit tentang frekuensi pelaksanaan analisis data 	0 5 10	

Standar PMKP.4.2.

Analisis dari proses dilakukan dengan membandingkan secara internal, membandingkan dengan rumah sakit lain, membandingkan dengan standar dan membandingkan dengan praktek yang ada.

Maksud dan Tujuan PMKP.4.2.

Sasaran dari analisis data agar dapat dilakukan perbandingan dari organisasi melalui 4 jalan :

1. Dengan diri sendiri dalam waktu tertentu, seperti dari bulan ke bulan atau satu tahun ke tahun berikutnya.
2. Dengan rumah sakit lain yang sama seperti menggunakan data base
3. Dengan standar, seperti ditetapkan oleh badan akreditasi, ikatan profesional atau menggunakan ketentuan yang ditetapkan dalam undang-undang atau peraturan.
4. Dengan praktek-praktek yang diakui di kepustakaan

Perbandingan ini membantu rumah sakit memahami sumber dan sifat perubahan yang tidak dikehendaki dan membantu fokus pada upaya perbaikan.

Elemen Penilaian PMKP.4.2.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Perbandingan dilakukan dari waktu ke waktu didalam rumah sakit	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Ketua dan anggota panitia mutu dan keselamatan pasien Kepala unit kerja 	<ul style="list-style-type: none"> Analisis dilakukan dengan membuat perbandingan waktu ke waktu didalam rumah sakit 	0 5 10	Dokumen : <ul style="list-style-type: none"> Hasil analisis evaluasi
2. Perbandingan dilakukan dengan rumah sakit lain yang sejenis, bila ada kesempatan		<ul style="list-style-type: none"> Analisis dilakukan dengan membuat perbandingan dengan rumah sakit lain yang sejenis/setara 	0 5 10	
3. Perbandingan dilakukan dengan standar, bila memungkinkan		<ul style="list-style-type: none"> Melaksanakan perbandingan dengan standar, bila memungkinkan 	0 5 10	

4. Perbandingan dilakukan dengan praktik yang baik		<ul style="list-style-type: none"> Perbandingan dilakukan dengan carayang baik dan benar 	0 5 10	
--	--	---	--------------	--

Standar PMKP.5.

Rumah sakit menggunakan proses internal untuk melakukan validasi data

Maksud dan Tujuan PMKP.5.

Program peningkatan mutu dianggap valid jika sesuai data yang dikumpulkan. Evaluasi terpercaya jadi merupakan inti dari semua program peningkatan mutu. Untuk memastikan bahwa data yang benar, bermanfaat telah dikumpulkan, validasi data secara internal harus ada.

Validasi data menjadi sangat penting dalam hal :

- Evaluasi baru yang dilakukan (terutama evaluasi terhadap upaya klinik yang tujuannya untuk menolong rumah sakit melakukan evaluasi terhadap proses dan outcome dari upaya klinik penting)
- Agar diketahui publik, data dimuat di web site rumah sakit atau dengan cara lain
- Evaluasi yang digunakan diganti, seperti cara pengumpulan data di ubah atau abstraksi dari data berubah
- Data yang berasal dari evaluasi yang ada berubah tanpa ada penjelasan
- Sumber data berubah, seperti kalau sebagian dari rekam medis pasien digantikan dengan format elektronik sehingga sumber data sekarang menjadi kertas dan elektronik
- Subyek dari pengumpulan data berubah, seperti perubahan rata-rata umur pasien, angka kesakitan, perubahan protokol riset, aplikasi pedoman praktek klinik atau teknologi dan metodologi pengobatan baru dilaksanakan.

Validasi data adalah alat penting untuk memahami mutu dari data dan penting untuk menetapkan tingkat kepercayaan (confidence level) dari pengambil keputusan terhadap data itu sendiri. Validasi data menjadi salah satu langkah dalam proses menetapkan prioritas evaluasi, memilih apa yang harus di evaluasi, memilih dan mengkaji indikator, mengumpulkan data, validasi data dan menggunakan data untuk peningkatan mutu.

Elemen penting dari validasi data yang terpercaya mencakup sebagai berikut :

- a. Mengumpulkan data kembali oleh orang kedua yang tidak terlibat dalam pengumpulan data sebelumnya
- b. Menggunklan sample statistik sah dari catatan, kasus dan data lain. Sample 100 % hanya dibutuhkan jika jumlah pencatatan, kasus atau data lainnya sangat kecil jumlahnya.
- c. Membandingkan data asli dengan data yang dikumpulkan kembali
- d. Kalkulasi akurasi dengan membagi jumlah elemen data yang ditemukan dengan total jumlah data elemen dikalikan dengan 100. Untuk benchmark yang baik akurasi levelnya 90 %.
- e. Jika data yang diketemukan ternyata tidak sama, tidak diketahui sebabnya (seperti data tidak jelas definisinya) dan tidak dilakukan koreksi
- f. Koleksi sample baru setelah semua tindakan koreksi dilakukan untuk memastikan tindakan menghasilkan tingkat yang diharapkan

Elemen Penilaian PMKP.5.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit mengintegrasikan kegiatan validasi data kedalam proses manajemen mutu dan proses peningkatan.	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua dan anggota panitia mutu dan keselamatan pasien • Kepala unit kerja 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan pengintegrasian kegiatan validasi data kedalam proses manajemen mutu dan proses peningkatan 	0 5 10	Regulasi : SPO validasi data Dokumen : <ul style="list-style-type: none"> • Hasil validasi data
2. Rumah sakit punya proses validasi data secara internal yang memasukkan hal-hal yang dimuat di huruf a) sampai f) dari Maksud dan tujuan.		<ul style="list-style-type: none"> • Ada proses validasi data secara internal yang memasukkan hal-hal yang dimuat di huruf a) sampai f) dari Maksud dan tujuan. 	0 5 10	
3. Proses validasi data memuat paling sedikit indikator yang dipilih seperti yang diharuskan di PMKP.3.1.		<ul style="list-style-type: none"> • Proses validasi data yang dilaksanakan, memuat paling sedikit indikator yang dipilih seperti yang diharuskan di PMKP.3.1. 	0 5 10	

Standar PMKP.5.1.

Pimpinan rumah sakit menjamin bahwa data yang dipublikasikan atau ditempatkan di web site dapat dipercaya.

Maksud dan Tujuan PMKP.5.1.

Jika pimpinan rumah sakit mempublikasikan data dari hasil (outcome) upaya klinik, keselamatan pasien atau tentang hal-hal lainnya, maka pimpinan rumah sakit mempunyai tanggung jawab secara etik bahwa pimpinan rumah sakit telah memberi informasi akurat dan tepercaya. Pimpinan rumah sakit bertanggung jawab untuk memastikan bahwa data yang disampaikan adalah data akurat dan dapat dipercaya. Jaminan ini dapat diberikan melalui proses validasi data secara internal yang dapat dinilai secara independen oleh pihak ketiga.

Elemen Penilaian PMKP.5.1.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pimpinan rumah sakit bertanggung jawab bahwa data yang disampaikan ke publik dapat di pertanggungjawabkan dari segi mutu dan hasilnya (outcome).	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua dan anggota panitia mutu dan keselamatan pasien 	<ul style="list-style-type: none"> • Ditunjukkan bahwa data yang disampaikan ke publik dapat di pertanggungjawabkan oleh Piminan rumah sakit dari segi mutu dan hasilnya (outcome). 	0 5 10	Regulasi : SPO validasi data (data yang akan disampaikan ke publik) Dokumen : <ul style="list-style-type: none"> • Hasil validasi data • Data yang disampaikan kepada publik
2. Data yang disampaikan kepada publik telah dievaluasi dari segi validitas dan reliabilitasnya.		<ul style="list-style-type: none"> • Bukti bahwa data yang disampaikan kepada publik telah dievaluasi dari segi validitas dan reliabilitasnya. 	0 5 10	

Standar PMKP.6.

Rumah sakit menggunakan proses untuk melakukan identifikasi dan pengelolaan kejadian sentinel.

Maksud dan Tujuan PMKP.6.

Setiap rumah sakit menetapkan definisi operasional dari kejadian sentinel yang meliputi :

- Kematian yang tidak diduga dan tidak terkait dengan perjalanan penyakit pasien atau kondisi yang mendasari penyakitnya (contoh, bunuh diri)
- Kehilangan fungsi yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit pasien atau kondisi yang mendasari penyakitnya
- Salah tempat, salah prosedur, salah pasien bedah dan
- Bayi yang diculik atau bayi yang diserahkan kepada orang yang bukan orang tuanya

Definisi sentinel yang ditetapkan rumah sakit meliputi a) sampai d) diatas dan mungkin juga meliputi kejadian lain yang ditetapkan oleh peraturan per-undang-undangan atau kejadian yang dipandang oleh rumah sakit pantas dimasukkan kedalam daftar kejadian sentinel.

Bagi semua kejadian sentinel yang sesuai dengan definisi dilakukan evaluasi dengan cara melakukan RCA. Jika RCA menghasilkan bahwa perbaikan sistem atau tindakan dapat mencegah dan mengurangi risiko dari kejadian sentinel terulang kembali, maka rumah sakitharus melakukan rancangan kembali dari proses atau mengambli tindakan-tindakan yang sudah diperbaiki. Sangat penting diperhatikan bahwa "kejadian sentinel tidak selalu terkait dengan kesalahan atau kecenderungan pada sesuatu kasus mediko-legal

Elemen Penilaian PMKP.6.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pimpinan rumah sakit menetapkan definisi kejadian sentinel yang meliputi paling sedikit a) sampai d) yang dimuat di Maksud dan Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Ketua dan anggota panitia keselamatan pasien 	<ul style="list-style-type: none"> Penetapan definisi kejadian sentinel oleh Pimpinan rumah sakit, yang meliputi paling sedikit a) sampai d) yang dimuat di Maksud dan Tujuan 	0 5 10	Regulasi : Definisi sentinel Sistem pencatatan dan pelaporan insiden keselamatan pasien. Panduan pelaksanaan Root Cause Analysis Dokumen : <ul style="list-style-type: none"> Hasil Root Cause Analysis mengenai adanya Insiden Keselamatan Pasien Tindak lanjut atas hasil RCA
2. Rumah sakit melakukan analisis akar masalah 'RCA' terhadap semua kejadian sentinel yang terjadi dalam batas waktu tertentu yang ditetapkan pimpinan rumah sakit		<ul style="list-style-type: none"> Hasil analisis akar masalah 'RCA' terhadap semua kejadian sentinel yang terjadi dalam batas waktu tertentu yang ditetapkan pimpinan rumah sakit 	0 5 10	
3. Kejadian dianalisis bila terjadi		<ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan analisis bila terjadi insiden 	0 5 10	
4. Pimpinan rumah sakit mengambil tindakan berdasarkan hasil RCA		<ul style="list-style-type: none"> Tindak lanjut Pimpinan rumah sakit berdasarkan hasil RCA 	0 5 10	

Standar PMKP.7.

Dilakukan analisis jika data menunjukkan adanya variasi dan kecenderungan dari KTD

Maksud dan Tujuan PMKP.7.

Jika rumah sakit menemukan atau mencurigai adanya perubahan yang tidak diinginkan dari apa yang diharapkan, maka dilakukan analisis intensif untuk menentukan dimana yang paling tepat dilakukan perbaikan.

Secara khusus, analisis intensif dimulai jika tingkat, pola atau kecenderungan berbeda secara signifikan dengan :

- Apa yang diharapkan
- Rumah sakit lain
- Standar yang ditetapkan

Jika ditemukan atau diduga adanya perubahan dari apa yang diharapkan segera dilakukan analisis data secara intensif untuk menentukan dimana paling baik untuk melakukan perbaikan. Secara khusus, analisis secara intensif dilakukan jika tingkat, pola atau kecenderungan menyimpang signifikan dari :

- Apa yang menjadi harapan
- Organisasi lain
- Standar yang diakui

Analisis dilakukan terhadap hal-hal berikut :

- a) Semua reaksi transfusi yang terjadi di rumah sakit
- b) Semua kejadian kesalahan obat, jika terjadi sesuai definisi yang ditetapkan rumah sakit
- c) Semua kesalahan medis (*medical error*) yang signifikan jika terjadi sesuai dengan definisi rumah sakit
- d) Kejadian tidak diharapkan (KTD) atau pola kejadian yang tidak diharapkan dalam keadaan sedasi atau selama dilakukan anestesi
- e) Kejadian lain, seperti ledakan infeksi mendadak (*infection outbreak*)

Elemen Penilaian PMKP.7.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Analisis secara intensif terhadap data dilakukan jika terjadi penyimpangan tingkatan, pola atau kecenderungan dari KTD	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua dan anggota panitia keselamatan pasien 	• Pelaksanaan analisis secara intensif terhadap data saat terjadi KTD	0 5 10	Regulasi : Penetapan KTD yang harus di analisa Sistem pencatatan dan pelaporan insiden keselamatan pasien Dokumen : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hasil analisis KTD dan laporannya
2. Semua reaksi transfusi, jika terjadi di rumah sakit, dianalisis		• Analisis yang dilakukan bila terjadi reaksi transfusi	0 5 10	
3. Semua reaksi obat tidak diharapkan yang serius, jika terjadi sesuai definisi yang ditetapkan rumah sakit, dianalisis (lihat juga MPO.7, EP 3)		• Analisis yang dilakukan terhadap semua reaksi obat yang tidak diharapkan yang serius, sesuai definisi yang ditetapkan rumah sakit	0 5 10	

4. Semua kesalahan medis (<i>medical error</i>) yang signifikan dianalisis (lihat juga MPO.7.1, EP 1)		<ul style="list-style-type: none"> Analisis yang dilakukan terhadap semua kesalahan medis (<i>medical error</i>) yang signifikan 	0 5 10	
5. Semua ketidakcocokan (<i>discrepancy</i>) antara diagnosis pra dan pasca operasi dianalisis		<ul style="list-style-type: none"> Analisis yang dilakukan terhadap semua ketidakcocokan (<i>discrepancy</i>) antara diagnosis pra dan pasca operasi 	0 5 10	
6. KTD atau pola KTD selama sedasi moderat atau dalam dan anestesi dianalisis		<ul style="list-style-type: none"> Analisis yang dilakukan terhadap KTD atau pola KTD selama sedasi moderat atau dalam dan anestesi 	0 5 10	
7. Kejadian lainnya yang ditetapkan oleh rumah sakit dianalisis		<ul style="list-style-type: none"> Analisis yang dilakukan terhadap kejadian lainnya yang ditetapkan oleh rumah sakit 	0 5 10	

Standar PMKP.8.

Rumah sakit menetapkan proses untuk melakukan identifikasi dan analisis KNC

Maksud dan Tujuan PMKP.8.

Rumah sakit mengumpulkan data dan informasi sebagai upaya proaktif manakala diketahui kemungkinan terjadi KNC dalam rangka mencegah kemungkinan itu betul terjadi. Pertama, rumah sakit menetapkan definisi dan jenis KNC yang harus dilaporkan. Kedua, sistem pelaporan digunakan untuk melakukan analisis dan mempelajari perubahan proses apa yang diperlukan untuk diubah agar KNC dapat dikurangi atau dihilangkan.

Elemen Penilaian PMKP.8.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit menetapkan definisi KNC	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua dan anggota panitia keselamatan pasien 	<ul style="list-style-type: none"> • Penetapan rumah sakit tentang definisi KNC 	0 5 10	Acuan: <ul style="list-style-type: none"> • PMK 1691/2011 tentang Keselamatan Pasien RS • Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety), Depkes 2008 Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> • Sistem pencatatan dan pelaporan insiden keselamatan pasien • Definisi KNC Dokumen : <ul style="list-style-type: none"> • Laporan KNC • Hasil analisis dan tindak lanjutnya
2. Rumah sakit menetapkan jenis kejadian yang harus dilaporkan sebagai KNC (lihat juga MPO.7.1, untuk KNC obat/medikasi)		<ul style="list-style-type: none"> • Penetapan rumah sakit tentang jenis kejadian yang harus dilaporkan sebagai KNC 	0 5 10	
3. Rumah sakit menetapkan proses untuk melakukan pelaporan KNC. (lihat juga MPO.7.1, untuk KNC obat/medikasi)		<ul style="list-style-type: none"> • Penetapan rumah sakit tentang proses untuk melakukan pelaporan KNC 	0 5 10	
4. Data dianalisis dan tindakan diambil untuk mengurangi KNC (lihat juga MPO.7.1, EP 3)		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan analisis data dan tindakan yang diambil untuk mengurangi KNC 	0 5 10	

MENCAPAI DAN MEMPERTAHAKAN PENINGKATAN**Standar PMKP.9.**

Perbaikan mutu dan keselamatan pasien tercapai dan dipertahankan.

Maksud dan Tujuan PMKP. 9.

Hasil analisis data digunakan rumah sakit untuk melakukan identifikasi perbaikan atau mengurangi (atau mencegah KTD). Pelaporan data secara rutin atau data yang diperoleh dari hasil asesmen secara intensif akan dapat menjadi dasar perbaikan apa yang perlu direncanakan termasuk prioritasnya. Secara khusus perbaikan direncanakan sesuai area perbaikan yang ditetapkan pimpinan.

Elemen Penilaian PMKP. 9.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit membuat rencana dan melaksanakan peningkatan mutu dan keselamatan pasien	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Ketua dan anggota panitia mutu dan keselamatan pasien	<ul style="list-style-type: none">• Program dan melaksanakan peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang direncanakan rumah sakit	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none">• Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Dokumen : <ul style="list-style-type: none">• Laporan bulanan dan analisis peningkatan mutu dan keselamatan pasien• Bukti-bukti perbaikan• Tindak lanjut dan hasilnya
2. Rumah sakit menggunakan proses yang konsisten untuk melakukan identifikasi area prioritas untuk perbaikan sebagaimana yang ditetapkan pimpinan		<ul style="list-style-type: none">• Adanya proses yang konsisten untuk melakukan identifikasi area prioritas untuk perbaikan sebagaimana yang ditetapkan pimpinan	0 5 10	
3. Rumah sakit mendokumentasikan perbaikan yang dicapai dan mempertahankannya.		<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan pendokumentasian perbaikan yang dicapai dan upaya mempertahankannya.	0 5 10	

Standar PMKP.10.

Prioritas perbaikan mutu dan keselamatan pasien dilakukan di area perbaikan yang ditetapkan pimpinan.

Maksud dan Tujuan PMKP.10.

Rumah sakit menggunakan sumber daya dan individu, kelompok disiplin ilmu dan departemen yang terkait dengan proses atau kegiatan di area perbaikan. Tanggung jawab perencanaan dan pelaksanaan perbaikan dibebankan pada individu atau tim, pelatihan diberikan jika dibutuhkan, manajemen informasi dan sumber daya lain juga disediakan. Begitu rencana ditetapkan, data dikumpulkan dalam masa percobaan untuk mengetahui apakah perubahan yang direncanakan betul terjadi. Untuk memastikan bahwa perbaikan dapat dipertahankan, data dikumpulkan untuk digunakan sebagai alat ukur. Secara efektif, perubahan yang terjadi ditetapkan dalam prosedur standar dan pelatihan staf diadakan jika dibutuhkan. Rumah sakit membuat dokumen tentang hal-hal yang diperbaiki berikut pencapaiannya sebagai bagian dari manajemen mutu dan program peningkatan.

Elemen Penilaian PMKP.10.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Area yang ditetapkan pimpinan rumah sakit dimasukkan kedalam kegiatan peningkatan (lihat juga PMKP.3, EP 1)	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Ketua dan anggota panitia mutu 	<ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan kegiatan peningkatan mutu dengan memasukkan area yang ditetapkan pimpinan rumah sakit 	0 5 10	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> Program peningkatan mutu pelayanan rumah sakit SK Panitia Mutu RS Dokumen : <ul style="list-style-type: none"> Laporan pelaksanaan kegiatan upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit Bukti-bukti perbaikan/perubahan Hasil analisis
2. Sumber daya manusia atau lainnya yang dibutuhkan untuk melaksanakan peningkatan disediakan atau diberikan.		<ul style="list-style-type: none"> Penyediaan sumber daya manusia atau lainnya yang dibutuhkan untuk melaksanakan peningkatan mutu 	0 5 10	
3. Perubahan-perubahan direncanakan dan diuji		<ul style="list-style-type: none"> Perencanaan dan pengujian terhadap perubahan-perubahan yang akan dilaksanakan 	0 5 10	
4. Dilaksanakan perubahan yang menghasilkan peningkatan		<ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan perubahan yang menghasilkan peningkatan 	0 5 10	
5. Tersedia data yang menunjukkan bahwa peningkatan tercapai secara efektif dan langgeng		<ul style="list-style-type: none"> Adanya data yang menunjukkan bahwa peningkatan tercapai secara efektif dan langgeng 	0 5 10	

6. Dibuat perubahan kebijakan yang diperlukan untuk merencanakan, untuk melaksanakan pelaksanaan yang sudah dicapai, dan mempertahankannya		<ul style="list-style-type: none"> Penyusunan perubahan kebijakan yang diperlukan untuk merencanakan, untuk melaksanakan pelaksanaan yang sudah dicapai, dan mempertahankannya 	0 5 10	
7. Perubahan yang berhasil dilakukan, didokumentasikan		<ul style="list-style-type: none"> Pendokumentasian perubahan yang berhasil dilakukan 	0 5 10	

Standar PMKP.11.

Program manajemen risiko digunakan untuk melakukan identifikasi dan mengurangi KTD yang tidak diharapkan terjadi dan mengurangi risiko terhadap keselamatan pasien dan staf.

Maksud dan Tujuan PMKP.11.

Rumah sakit perlu menggunakan pendekatan proaktif melaksanakan manajemen risiko. Satu cara melakukannya secara formal yang meliputi komponen :

- a) Identifikasi dari risiko
- b) Menetapkan prioritas risiko
- c) Pelaporan tentang risiko
- d) Manajemen risiko
- e) Penyelidikan KTD, dan
- f) Manajemen dari hal lain yang terkait

Unsur penting dari manajemen risiko adalah analisis dari risiko, seperti sebuah proses melakukan evaluasi terhadap KNC dan proses risiko tinggi lainnya yang dapat berubah dan berakibat terjadinya kejadian sentinel. Satu alat yang dapat digunakan melakukan analisis dari akibat suatu kejadian yang berujung pada risiko tinggi adalah FMEA (failure mode and effect analysis). Rumah sakit dapat juga melakukan identifikasi dan menggunakan alat serupa untuk melakukan identifikasi dan mengurangi risiko, seperti analisis terhadap bahaya. Proses mengurangi risiko dilakukan paling sedikit satu kali dalam satu tahun dan dibuat dokumentasinya.

Elemen Penilaian PMKP.11.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pimpinan rumah sakit menerapkan kerangka acuan manajemen risiko yang meliputi a) sampai f) yang dimuat di Maksud dan Tujuan.	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Ketua dan anggota panitia mutu dan keselamatan pasien 	<ul style="list-style-type: none"> Kerangka acuan yang ditetapkan Pimpinan rumah sakit tentang manajemen risiko yang meliputi a) sampai f) yang dimuat di Maksud dan Tujuan. 	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> Program manajemen risiko Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> Analisis FMEA dan tindak lanjutnya Analisa risk manajemen
2. Paling sedikit setiap tahun rumah sakit melaksanakan dan mendokumentasikan penggunaan alat pengurangan-proaktif-terhadap-risiko dalam salah satu prioritas proses risiko		<ul style="list-style-type: none"> Adanya pendokumentasian paling sedikit setiap tahun terhadap penggunaan alat pengurangan-proaktif-terhadap-risiko dalam salah satu prioritas proses risiko 	0 5 10	
3. Berdasarkan analisis, pimpinan rumah sakit membuat rancang ulang dari proses yang mengandung risiko tinggi.		<ul style="list-style-type: none"> Rancangan ulang yang ditetapkan Pimpinan rumah sakit berdasarkan hasil analisis, untuk proses yang mengandung risiko tinggi. 	0 5 10	

BAB 2. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

STANDAR, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN			<div>≥ 80% Terpenuhi</div> <div>20-79% Terpenuhi sebagian</div> <div>< 20% Tidak terpenuhi</div>	
PROGRAM KEPEMIMPINAN DAN KOORDINASI				
Standar PPI.1.				
Satu atau lebih individu mengawasi seluruh kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi. Individu tersebut kompeten dalam praktek pencegahan dan pengendalian infeksi yang diperolehnya melalui pendidikan, pelatihan, pengalaman atau sertifikasi				
Maksud dan Tujuan PPI.1.				
Program pencegahan dan pengendalian infeksi mempunyai pengawasan yang memadai sesuai dengan ukuran rumah sakit, tingkat risiko, kompleksitas kegiatan dan ruang lingkup program. Satu atau lebih individu, bertugas purna waktu atau paruh waktu, memberikan pengawasan sebagai bagian dari tanggung jawab atau uraian tugas yang ditetapkan. Kualifikasi petugas tergantung dari kegiatan yang mereka kerjakan dan dapat diperoleh melalui : <div>- pendidikan;</div> <div>- pelatihan;</div> <div>- pengalaman;</div> <div>- sertifikasi atau lisensi</div>				
Elemen Penilaian PPI.1	Telusur		SKOR	DOKUMEN
	Sasaran	Materi		
1. Satu atau lebih individu mengawasi program pencegahan dan pengendalian infeksi	• Pimpinan RS • Kepala/Ketua unit kerja yang terkait PPI • Anggota Komite/panitia PPI	• Pembentukan Komite/panitia PPI, pengorganisasian, operasional, program kerja, pelaksanaannya	0 5 10	Acuan: <div>• Pedoman Manajerial Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di RS dan Fasilitas Kesehatan Lainnya, Depkes, 2007</div> <div>• Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di RS dan Fasilitas Kesehatan Lainnya, Depkes – Perdalim – JHPIEGO, 2007</div> Regulasi RS: <div>• SK Komite/panitia PPI</div> <div>• SK IPCN & IPCLN</div> <div>• Program kerja IPCN</div>
2. Kualifikasi Individu yang kompeten sesuai ukuran rumah sakit, tingkat risiko, ruang lingkup program dan kompleksitasnya.		• Kualifikasi Ketua dan anggota Komite/panitia PPI	0 5 10	
3. Individu yang menjalankan tanggung jawab pengawasan sebagaimana ditugaskan atau yang tertulis dalam uraian tugas		• Uraian tugas Ketua dan anggota Komite/panitia PPI	0 5 10	

Standar PPI.2.

Ada penetapan mekanisme koordinasi untuk seluruh kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi yang melibatkan dokter, perawat dan tenaga lainnya sesuai ukuran dan kompleksitas rumah sakit.

Maksud dan Tujuan PPI.2

Kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi menjangkau ke dalam setiap bagian dari pelayanan rumah sakit dan melibatkan individu di berbagai unit dan pelayanan. (Sebagai contoh, unit pelayanan klinis, pemeliharaan sarana, pelayanan makanan/katering, urusan rumah tangga, laboratorium, farmasi dan pelayanan sterilisasi). Ada penetapan mekanisme untuk melakukan koordinasi seluruh program. Mekanisme tersebut mungkin merupakan suatu kelompok kerja kecil, komite, satuan tugas atau mekanisme lainnya. Tanggung jawab termasuk, misalnya menyusun kriteria yang mendefinisikan infeksi dan terkait pelayanan kesehatan, membuat metode pengumpulan data (*surveillance*), menetapkan strategi untuk mengatur pencegahan infeksi dan pengendalian risiko, dan proses pelaporan. Koordinasi termasuk komunikasi dengan seluruh bagian/unit dari rumah sakit untuk menjamin bahwa program adalah berkelanjutan dan proaktif.

Apapun mekanisme yang dipilih oleh rumah sakit untuk melakukan koordinasi program pencegahan dan pengendalian infeksi, dokter dan perawat terwakili dan dilibatkan bersama para profesional pencegahan dan pengendalian infeksi (*infection control professionals*). Tenaga lainnya bisa termasuk sesuai ukuran dan kompleksitas rumah sakit (misalnya : epidemiologist, pakar pengumpul data, ahli statistik, manajer unit sterilisasi sentral, microbiologist, farmasist/apoteker, urusan rumah tangga, pelayanan lingkungan atau sarana, supervisor kamar operasi).

Elemen Penilaian PPI.2.	Telusur		Skor	DOKUMEN
	Sasaran	Materi		
1. Ada penetapan mekanisme untuk koordinasi program pencegahan dan pengendalian infeksi.	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala/Ketua unit kerja yang terkait PPI • Anggota Komite/panitia PPI • Pelaksana pelayanan yang terkait dengan program PPI (dokter, keperawatan, sanitasi, rumah tangga, petugas linen dan laundry, dsb) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan tata hubungan kerja Komite/panitia PPI dengan seluruh unit kerja terkait 	0 5 10	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> • Pedoman pengorganisasian Komite/panitia PPI (khususnya tentang Tata Hubungan Kerja) • Pedoman pelayananan/operasional Komite/panitia PPI Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> • Notulen rapat • Bukti dokumentasi lainnya, misalnya surat menyurat
2. Koordinasi kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi melibatkan dokter		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan koordinasi kegiatan PPI dengan dokter 	0 5 10	
3. Koordinasi kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi melibatkan perawat		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan koordinasi kegiatan PPI dengan perawat 	0 5 10	
4. Koordinasi kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi melibatkan profesional pencegahan dan pengendalian infeksi		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan koordinasi kegiatan PPI dengan profesional bidang PPI 	0 5 10	

5. Koordinasi kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi melibatkan urusan rumah tangga (<i>housekeeping</i>)		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan koordinasi kegiatan PPI dengan pihak urusan rumah tangga 	0 5 10	
6. Koordinasi kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi melibatkan tenaga lainnya sesuai ukuran dan kompleksitas rumah sakit.		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan koordinasi kegiatan PPI dengan pihak/tenaga lainnya 	0 5 10	

Standar PPI.3.

Program pencegahan dan pengendalian infeksi berdasarkan ilmu pengetahuan terkini, pedoman praktek yang akseptabel sesuai dengan peraturan dan perundangan yang berlaku, dan standar sanitasi dan kebersihan.

Maksud dan Tujuan PPI 3.

Informasi adalah sangat penting dalam program pencegahan dan pengendalian infeksi. Acuan keilmuan terkini dibutuhkan untuk pemahaman dan penerapan surveilans yang efektif. Acuan dapat berasal dari dalam dan luar negeri, seperti WHO mempublikasikan pedoman cuci tangan (*hand hygiene*) dan pedoman lainnya. Pedoman memberikan informasi tentang praktik pencegahan dan infeksi terkait dengan pelayanan klinis dan pelayanan penunjang. Peraturan dan perundang-undangan yang berlaku mendefinisikan elemen dari program dasar, respons atas outbreak penyakit infeksi dan setiap pelaporan yang dipersyaratkan.

Elemen Penilaian PPI.3.	Telusur		SKOR	DOKUMEN
	Sasaran	Materi		
1. Program pencegahan dan pengendalian infeksi berdasarkan ilmu pengetahuan terkini	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua Komite/panitia PPI • Anggota Komite/panitia PPI • Pelaksana pelayanan yang terkait dengan program PPI 	<ul style="list-style-type: none"> • Penyusunan program PPI yang mengacu pada ilmu pengetahuan terkini 	0 5 10	Acuan: <ul style="list-style-type: none"> • Kepmenkes 1204/Menkes/SK/X/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit • Kepmenkes 875/Menkes/SK/VIII/2001 tentang Penyusunan Upaya Pengelolaan Lingkungan dan Upaya Pemantauan Lingkungan • Kepmenkes 876/Menkes/SK/VIII/2001 tentang Pedoman Teknis Analisis Dampak Kesehatan Lingkungan • Pedoman Sanitasi Rumah Sakit di Indonesia, Depkes, 2000
2. Program pencegahan dan pengendalian infeksi berdasarkan pedoman praktik yang diakui		<ul style="list-style-type: none"> • Penyusunan program PPI berdasarkan regulasi nasional 	0 5 10	
3. Program pencegahan dan pengendalian infeksi berdasarkan peraturan dan perundangan yang berlaku		<ul style="list-style-type: none"> • Program PPI di RS 	0 5 10	
4. Program pencegahan dan pengendalian infeksi berdasarkan standar sanitasi dan kebersihan dari badan-badan nasional atau lokal.		<ul style="list-style-type: none"> • Program PPI berdasarkan standar sanitasi nasional 	0 5 10	

			<ul style="list-style-type: none"> • Pedoman Pengendalian Infeksi Nosokomial Di RS, Depkes, 2001 • Pedoman Pelayanan Pusat Sterilisasi (CSSD) di RS, Depkes, 2002 • Pedoman Manajemen Linen di RS, Depkes, 2004 • Pedoman Pelaksanaan Kewaspadaan Universal di Pelayanan Kesehatan, Depkes, Cetakan II, 2005 • Pedoman Instalasi Pusat Sterilisasi di Rumah Sakit, Depkes, 2009 <p>Regulasi RS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Program PPI
--	--	--	--

Standar PPI.4.

Pimpinan rumah sakit menyediakan sumber daya yang cukup untuk mendukung program pencegahan dan pengendalian infeksi.

Maksud dan Tujuan PPI.4.

Program pencegahan dan pengendalian infeksi membutuhkan staf yang cukup untuk mencapai tujuan program dan kebutuhan rumah sakit, sebagaimana ditetapkan oleh badan/mechanisme pengawasan dan disetujui oleh pimpinan rumah sakit.

Sebagai tambahan, program pencegahan dan pengendalian infeksi membutuhkan sumber daya yang dapat memberikan edukasi kepada semua staf dan penyediaan, seperti alkohol *hand rubs* untuk *hand hygiene*. Pimpinan rumah sakit menjamin bahwa program mempunyai sumber daya yang cukup untuk menjalankan program secara efektif.

Sistem manajemen informasi adalah sumber penting untuk mendukung penelusuran risiko, angka-angka dan kecenderungan dalam infeksi terkait pelayanan kesehatan. Fungsi manajemen informasi mendukung analisis dan interpretasi data serta penyajian temuan-temuan. Sebagai tambahan, data dan informasi program pencegahan dan pengendalian infeksi dikelola bersama program manajemen dan peningkatan mutu rumah sakit.

Elemen Penilaian PPI.4.	Telusur		SKOR	DOKUMEN
	Sasaran	Materi		
1. Pimpinan rumah sakit menunjuk staf yang cukup untuk program pencegahan dan pengendalian infeksi.	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua Komite/panitia PPI • Anggota Komite/panitia PPI 	• Pola ketenagaan Komite/panitia PPI	0 5 10	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> • Pedoman pengorganisasian Komite/panitia PPI (pola ketenagaan) • RKA RS Adanya SIRS untuk program PPI (bisa secara manual atau elektronik)
2. Pimpinan rumah sakit mengalokasikan sumber daya yang cukup untuk program pencegahan dan pengendalian infeksi		• Penganggaran program PPI	0 5 10	
3. Ada sistem manajemen informasi untuk mendukung program pencegahan dan pengendalian infeksi		• Dukungan SIRS untuk program PPI	0 5 10	

FOKUS DARI PROGRAM				
<p>Standar PPI.5.</p> <p>Rumah sakit menyusun dan menerapkan program yang komprehensif untuk mengurangi risiko dari infeksi terkait pelayanan kesehatan pada pasien dan tenaga pelayanan kesehatan.</p>				
<p>Maksud dan Tujuan PPI.5.</p> <p>Agar program pencegahan dan pengendalian infeksi efektif, harus komprehensif, menjangkau pasien dan tenaga kesehatan. Program dikendalikan dengan suatu yang mengidentifikasi dan mengatur masalah-masalah infeksi yang secara epidemiologis penting untuk rumah sakit. Sebagai tambahan, program dan perencanaan agar sesuai dengan ukuran, lokasi geografis, pelayanan dan pasien rumah sakit. Program termasuk sistem untuk mengidentifikasi infeksi dan menginvestigasi outbreak dari penyakit infeksi. Kebijakan dan prosedur merupakan acuan program. Asesmen risiko secara periodik dan penyusunan sasaran menurunkan risiko mengarahkan program tersebut.</p>				
Elemen Penilaian PPI.5.	Telusur		SKOR	DOKUMEN
	Sasaran	Materi		
1. Ada program komprehensif dan rencana menurunkan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan pada pasien	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua Komite/panitia PPI • Anggota Komite/panitia PPI • Pelaksana pelayanan yang terkait dengan program PPI 	Program kerja Komite/panitia PPI, yang meliputi:	0 5 10	Acuan: <ul style="list-style-type: none"> • Pedoman Manajerial Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di RS dan Fasilitas Kesehatan Lainnya, Depkes, 2007
2. Ada program komprehensif dan rencana menurunkan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan pada tenaga kesehatan. (lihat juga KPS.8.4)		<ul style="list-style-type: none"> • Upaya menurunkan risiko infeksi pada pelayanan pasien • Upaya menurunkan risiko infeksi pada tenaga kesehatan 	0 5 10	
3. Program termasuk kegiatan <i>surveillance</i> yang sistematis dan proaktif untuk menentukan angka infeksi biasa (endemik)		<ul style="list-style-type: none"> • Kegiatan <i>surveillance</i> untuk mendapatkan angka infeksi 	0 5 10	Regulasi RS: Program PPI
4. Program termasuk sistem investigasi outbreak dari penyakit infeksi (lihat juga Sasaran Keselamatan Pasien 5, EP 1).		<ul style="list-style-type: none"> • Sistem investigasi pada outbreak penyakit infeksi 	0 5 10	
5. Program diarahkan oleh peraturan dan prosedur yang berlaku		<ul style="list-style-type: none"> • Regulasi RS dalam penyusunan program kerja Komite/panitia PPI 	0 5 10	

6. Tujuan penurunan risiko dan sasaran terukur dibuat dan direview secara teratur.		• Monitoring dan evaluasi angka infeksi	0 5 10	
7. Program sesuai dengan ukuran, lokasi geografis, pelayanan dan pasien rumah sakit.		• Kegiatan sesuai dengan besarnya RS, lokasi geografis RS, macam pelayanan RS dan pola penyakit	0 5 10	

Standar PPI 5.1

Seluruh area pasien, staf dan pengunjung rumah sakit dimasukkan dalam program pencegahan dan pengendalian infeksi.

Maksud dan Tujuan PPI 5.1.

Infeksi dapat masuk ke rumah sakit melalui pasien, keluarga, staf, tenaga sukarela, pengunjung, dan individu lainnya, seperti para petugas suplai. Sehingga seluruh area rumah sakit dimana individu-individu ini berada harus dimasukkan dalam program surveillance infeksi, pencegahan dan pengendalian.

Elemen Penilaian PPI 5.1.	Telusur		SKOR	DOKUMEN
	Sasaran	Materi		
1. Semua area pelayanan pasien di rumah sakit dimasukkan dalam program pencegahan dan pengendalian infeksi	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua Komite/panitia PPI • Anggota Komite/panitia PPI • Kepala unit kerja dan Pelaksana pelayanan yang terkait dengan program PPI 	• Program PPI pada semua unit kerja pelayanan pasien	0 5 10	<ul style="list-style-type: none"> • Program PPI • Bukti pelaksanaan
2. Semua area staf di rumah sakit dimasukkan dalam program pencegahan dan pengendalian infeksi		• Program PPI untuk staf RS dalam upaya PPI	0 5 10	
3. Semua area pengunjung di rumah sakit dimasukkan dalam program pencegahan dan pengendalian infeksi		• Program PPI untuk pengunjung RS dalam upaya PPI	0 5 10	

Standar PPI 6.

Rumah sakit menggunakan pendekatan berdasar risiko dalam menentukan fokus dari program pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit adalah pencegahan, pengendalian dan pengurangan infeksi terkait pelayanan kesehatan.

Maksud dan Tujuan PPI 6.

Setiap rumah sakit harus mengidentifikasi secara epidemiologis infeksi penting, tempat infeksi dan alat-alat terkait, prosedur, dan praktek-praktek yang memberikan fokus dari upaya pencegahan dan penurunan risiko dan insiden infeksi terkait pelayanan kesehatan. Pendekatan berdasarkan risiko membantu rumah sakit mengidentifikasi praktek/kegiatan dan infeksi yang seharusnya menjadi fokus programnya. Pendekatan berdasarkan risiko menggunakan surveilans sebagai komponen penting untuk pengumpulan dan analisis data yang mengarahkan asesmen risiko.

Rumah sakit mengumpulkan dan mengevaluasi data dan tempat infeksi yang relevan sebagai berikut :

- Saluran pernafasan, seperti : prosedur dan peralatan terkait dengan intubasi, dukungan ventilasi mekanis, tracheostomy dan lain sebagainya.
- Saluran kencing, seperti : prosedur invasif dan peralatan terkait dengan indwelling urinary kateter, sistem drainase urin dan lain sebagainya
- Peralatan intravaskuler invasif, seperti insersi dan pelayanan kateter vena sentral, saluran vena periferi dan lain sebagainya
- Lokasi operasi, seperti pelayanan dan tipe pembalut luka dan prosedur aseptik terkait
- Penyakit dan organisme yang signifikan secara epidemiologis, *multi drug resistant organism*, virulensi infeksi yang tinggi.
- Muncul dan pemunculan ulang (*emerging atau reemerging*) infeksi di masyarakat.

Elemen Penilaian PPI 6.	Telusur		SKOR	DOKUMEN
	Sasaran	Materi		
1. Rumah sakit telah menetapkan fokus program melalui pengumpulan data yang ada di Maksud dan Tujuan a) sampai f)	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Ketua Komite/panitia PPI Anggota Komite/panitia PPI 	<ul style="list-style-type: none"> Data infeksi RS meliputi a) s/d f) 	0 5 10	Regulasi RS Ketentuan surveillance Dokumen pelaksanaan
2. Data yang dikumpulkan a) sampai f) dievaluasi/dianalisis.		<ul style="list-style-type: none"> Analisis data 	0 5 10	<ul style="list-style-type: none"> Laporan Komite/panitia PPI Data surveillance, hasil analisis dan rekomendasi
3. Berdasarkan evaluasi/analisis data, maka diambil tindakan memfokus atau memfokus ulang program pencegahan dan pengendalian infeksi.		<ul style="list-style-type: none"> Tindakan atas hasil analisis dalam upaya PPI 	0 5 10	<ul style="list-style-type: none"> Tindak lanjut hasil analisis dan rekomendasi Hasil asesmen risiko infeksi pada setiap unit kerja pelayanan
4. Rumah sakit melakukan asesmen terhadap risiko paling sedikit setiap tahun dan hasil asesmen		<ul style="list-style-type: none"> Asesmen risiko infeksi pada pelayanan RS, minimal setahun sekali 	0 5 10	

didokumentasikan.				
Standar PPI 7. Rumah sakit mengidentifikasi prosedur dan proses terkait dengan risiko infeksi dan mengimplementasi strategi untuk menurunkan risiko infeksi.				
Maksud dan Tujuan PPI 7. Rumah sakit dalam melakukan asesmen dan melayani pasien menggunakan banyak proses yang sederhana maupun yang kompleks, masing-masing terkait dengan tingkat risiko infeksi untuk pasien dan staf. Maka penting bagi rumah sakit untuk memonitor dan mereview proses tersebut, dan sesuai kelayakan, mengimplementasi kebijakan, prosedur, edukasi dan kegiatan lainnya yang diperlukan untuk menurunkan risiko infeksi.				
Elemen Penilaian PPI 7.	Telusur		SKOR	DOKUMEN
	Sasaran	Materi		
1. Rumah sakit telah mengidentifikasi proses terkait dengan risiko infeksi (lihat juga MPO.5, EP 1)	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua Komite/panitia PPI • Anggota Komite/panitia PPI 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi terhadap proses pelayanan yang berisiko infeksi 	0 5 10	<ul style="list-style-type: none"> • Bukti telah dilakukan assessemen risiko (ICRA) • Notulen rapat • Laporan Komite/panitia PPI • Surat usulan
2. Rumah sakit telah mengimplementasi strategi penurunan risiko infeksi pada seluruh proses (lihat juga MPO.5, EP 1)		<ul style="list-style-type: none"> • Upaya yang dilakukan untuk menurunkan risiko infeksi pada seluruh proses pelayanan 	0 5 10	
3. Rumah sakit mengidentifikasi risiko mana (lihat juga PPI. 7.1 sampai dengan PPI.7.5) yang membutuhkan kebijakan dan atau prosedur, edukasi staf, perubahan praktik dan kegiatan lainnya untuk mendukung penurunan risiko		<ul style="list-style-type: none"> • Hasil kajian dan rekomendasi untuk diterbitkannya regulasi, pelatihan untuk staf RS, serta perubahan prosedur dalam upaya menurunkan risiko infeksi 	0 5 10	

Standar PPI 7.1.

Rumah sakit menurunkan risiko infeksi dengan menjamin pembersihan peralatan dan sterilisasi yang memadai serta manajemen laundry dan linen yang benar.

Maksud dan Tujuan PPI 7.1.

Risiko infeksi dapat diminimalisasi dengan proses-proses pembersihan, disinfeksi, dan sterilisasi yang benar, misalnya pembersihan dan disinfeksi dari alat endoskopi dan sterilisasi perbekalan operasi serta peralatan invasif atau non-invasif untuk pelayanan pasien. Pembersihan, disinfeksi dan sterilisasi dilakukan di area sterilisasi sentral atau area lainnya dalam rumah sakit dengan pengawasan yang tepat di klinik endoskopi. Metode pembersihan, disinfeksi dan sterilisasi menjaga standar yang sama dimanapun dilaksanakan di rumah sakit. Juga manajemen laundry dan linen yang tepat dapat menghasilkan penurunan kontaminasi dari linen bersih dan risiko infeksi bagi staf akibat laundry dan linen yang kotor.

Ø Elemen Penilaian PPI 7.1.	Telusur		SKOR	DOKUMEN
	Sasaran	Materi		
1. Pembersihan peralatan dan metode sterilisasi di pelayanan sterilisasi sentral sesuai dengan tipe peralatan	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua Komite/panitia PPI • Anggota Komite/panitia PPI • Kepala unit sterilisasi • Kepala unit linen dan laundry • Pelaksana unit sterilisasi • Pelaksana unit linen dan laundry • Pelaksana pelayanan pengguna alat steril 	• Cara pembersihan peralatan dan metode sterilisasi di RS	0 5 10	Acuan: <ul style="list-style-type: none"> • Pedoman Instalasi Pusat Sterilisasi di Rumah Sakit, Depkes, 2009 • Pedoman Manajemen Linen di Rumah Sakit, Depkes, 2004 Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> • Pedoman dan SPO pelayanan/operasional Unit Sterilisasi • Pedoman dan SPO pelayanan/operasional Unit Linen dan Laundry Dokumen : Hasil monitoring dan evaluasi, pembersihan dan sterilisasi
2. Metode pembersihan peralatan, disinfeksi dan sterilisasi dilaksanakan diluar pelayanan sterilisasi sentral harus sesuai dengan tipe peralatan		• Pelaksanaan pembersihan peralatan, disinfeksi dan sterilisasi yang dilaksanakan di luar Unit Sterilisasi	0 5 10	
3. Manajemen laundry dan linen yang tepat sesuai untuk meminimalisasi risiko bagi staf dan pasien.		• Penyelenggaraan linen dan laundry di RS	0 5 10	
4. Ada proses koordinasi pengawasan yang menjamin bahwa semua metode pembersihan, disinfeksi dan sterilisasi sama di seluruh rumah sakit.		• Monitoring dan evaluasi terhadap proses pembersihan peralatan, disinfeksi dan sterilisasi di seluruh RS	0 5 10	

Standar PPI 7.1.1

Ada kebijakan dan prosedur untuk mengidentifikasi proses pengelolaan perbekalan yang kadaluarsa dan menetapkan kondisi untuk penggunaan ulang (*reuse*) dari alat sekali pakai (*single-use*) bila peraturan dan perundangan mengijinkan.

Maksud dan tujuan PPI 7.1.1.

Pada umumnya peralatan/bahan medis (cairan infus, kateter, benang dan yang sejenis) tercetak tanggal kadaluwarsanya. Bila tanggal kadaluwarsa pada bahan-bahan ini telah terlewati, pabrik tidak menjamin sterilitas, keamanan atau stabilitas dari item tersebut. Beberapa bahan memuat pernyataan yang mengindikasikan bahwa isinya adalah steril sepanjang kemasan utuh. Kebijakan menetapkan proses untuk menjamin penanaman yang benar atas persediaan yang kadaluwarsa.

Sebagai tambahan, peralatan sekali pakai (*single-use*) mungkin bisa di *reuse* dalam keadaan khusus. Ada dua risiko terkait *single-use* dan *reuse* peralatan sekali pakai. Ada peningkatan risiko infeksi, dan ada risiko bahwa performa peralatan tersebut mungkin tidak adekuat atau tidak memuaskan setelah diproses ulang. Bila alat *single-use* di *reuse* maka ada kebijakan di rumah sakit yang mengarahkan *reuse*. Kebijakan konsisten dengan peraturan dan perundangan nasional dan standar profesi termasuk identifikasi terhadap:

- peralatan dan bahan/material yang tidak pernah bisa di *reuse*;
- jumlah maksimum *reuse* khususnya untuk setiap peralatan dan bahan/material yang di *reuse*;
- tipe pemakaian dan keretakan, antara lain yang mengindikasikan bahwa peralatan tidak bisa di *reuse*;
- proses pembersihan untuk setiap peralatan yang dimulai segera sesudah digunakan dan diikuti dengan protokol yang jelas; dan
- proses untuk pengumpulan, analisis, dan penggunaan dari data pencegahan dan pengendalian infeksi yang terkait dengan peralatan dan material yang di *reuse*

Elemen Penilaian PPI. 7.1.1.	Telusur		SKOR	DOKUMEN
	Sasaran	Materi		
1. Ada kebijakan dan prosedur yang konsisten dengan peraturan dan perundangan di tingkat nasional dan ada standar profesi yang mengidentifikasi proses pengelolaan peralatan yang kadaluwarsa	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Ketua Komite/panitia PPI Anggota Komite/panitia PPI Kepala unit sterilisasi Pelaksana unit sterilisasi Pelaksana pelayanan pengguna alat steril Pelaksana pelayanan yang menggunakan peralatan re-use 	<ul style="list-style-type: none"> Regulasi RS tentang pengawasan peralatan kadaluwarsa 	0 5 10	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> Kebijakan dan SPO tentang pengawasan peralatan kadaluwarsa Kebijakan dan SPO tentang pemakaian ulang (re-use) peralatan dan material
2. Untuk peralatan dan material <i>single-use</i> yang di <i>reuse</i> , ada kebijakan termasuk untuk item a) sampai e) di Maksud dan Tujuan.		<ul style="list-style-type: none"> Regulasi RS tentang pengaturan peralatan dan material yang dilakukan re-use 	0 5 10	Dokumen monitoring dan evaluasi Dokumen hasil pemeriksaan kuman
3. Kebijakan telah dilaksanakan / diimplementasikan		<ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan kedua regulasi tersebut 	0 5 10	
4. Kebijakan telah di monitor.		<ul style="list-style-type: none"> Monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan regulasi tersebut 	0 5 10	

Standar PPI 7.2

Rumah sakit menurunkan risiko infeksi dengan pembuangan sampah yang tepat

Maksud dan Tujuan PPI 7.2

Rumah sakit memproduksi banyak sampah setiap hari. Seringkali sampah tersebut adalah atau kemungkinan infeksius. Jadi pembuangan sampah yang benar berkontribusi terhadap penurunan risiko infeksi di rumah sakit. Hal ini nyata pada pembuangan cairan tubuh dan bahan-bahan yang terkontaminasi cairan tubuh, pembuangan darah dan komponen darah, serta sampah dari kamar mayat dan area bedah mayat (*post mortem*).

Elemen Penilaian PPI 7.2.	Telusur		SKOR	DOKUMEN
	Sasaran	Materi		
1. Pembuangan sampah infeksius dan cairan tubuh dikelola untuk meminimalisasi risiko penularan. (lihat juga AP.5.1, Maksud dan Tujuan)	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua Komite/panitia PPI • Anggota Komite/panitia PPI • Kepala unit sanitasi • Pelaksana unit sanitasi • Pelaksana pelayanan kamar jenazah 	• Pengelolaan sampah infeksius dan cairan tubuh	0 5 10	Acuan: <ul style="list-style-type: none"> • Pedoman Sanitasi Rumah Sakit di Indonesia, Depkes, 2000 • Pedoman penatalaksanaan pengelolaan limbah padat dan limbah cair di rumah sakit, Depkes, 2006 • Standar Kamar Jenazah, Depkes, 2004
2. Penanganan dan pembuangan darah dan komponen darah dikelola untuk meminimalisasi risiko penularan. (lihat juga AP.5.1, Maksud dan Tujuan)		• Pengelolaan darah dan komponen darah	0 5 10	
3. Area kamar mayat dan post mortem untuk meminimalisasi risiko penularan.		• Pengelolaan jenazah dan kamar jenazah	0 5 10	

Standar PPI 7.3. Rumah sakit mempunyai kebijakan dan prosedur pembuangan benda tajam dan jarum				
Maksud dan Tujuan PPI 7.3. Pembuangan benda tajam dan jarum yang tidak benar menjadi tantangan besar bagi keselamatan staf. Rumah sakit memastikan bahwa kebijakan diterapkan. Dan mengatur secara adekuat semua langkah dalam proses, mulai dari jenis dan penggunaan wadah, pembuangan wadah, dan surveilans atas pembuangan. Memastikan semua fasilitas untuk melaksanakan tersedia dan tepat serta ada surveilans/audit proses pembuangan.				
Elemen penilaian PPI 7.3.	Telusur		SKOR	DOKUMEN
	sasaran	Materi		
1. Benda tajam dan jarum dikumpulkan pada wadah yang khusus yang tidak dapat tembus (<i>puncture proof</i>) dan tidak direuse.	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua Komite/panitia PPI • Anggota Komite/panitia PPI • Kepala unit sanitasi • Pelaksana unit sanitasi/petugas kebersihan 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan pengumpulan limbah medis berupa benda tajam dan jarum 	0 5 10	Acuan: <ul style="list-style-type: none"> • Pedoman Sanitasi Rumah Sakit di Indonesia, Depkes, 2000 • Pedoman penatalaksanaan pengelolaan limbah padat dan limbah cair di rumah sakit, Depkes, 2006 Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> • Ketentuan pengelolaan limbah RS khususnya untuk benda tajam dan jarum
2. Rumah sakit membuang benda tajam dan jarum secara aman atau bekerja sama dengan sumber-sumber yang kompeten untuk menjamin bahwa wadah benda tajam dibuang di tempat pembuangan khusus untuk sampah berbahaya atau sebagaimana ditentukan oleh peraturan perundang-undangan.		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan pembuangan / pemusnahan limbah medis berupa benda tajam dan jarum 	0 5 10	
3. Pembuangan benda tajam dan jarum konsisten dengan kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit.		<ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi terhadap seluruh proses pelaksanaan pengelolaan limbah medis berupa benda tajam dan jarum 	0 5 10	

Standar PPI 7.4.

Rumah sakit mengurangi risiko infeksi di fasilitas yang terkait dengan kegiatan pelayanan makanan dan pengendalian mekanik dan permesinan.

Maksud dan Tujuan PPI 7.4.

Pengontrolan engineering/*Engineering control*, seperti sistem ventilasi positif, tudung biologis (*biological hoods*), di laboratorium, thermostat pada unit pendingin dan pemanas air yang dipergunakan untuk sterilisasi peralatan makan dan dapur, adalah contoh pentingnya peran standar lingkungan dan pengendalian dalam berkontribusi untuk sanitasi yang baik dan mengurangi risiko infeksi di rumah sakit

Elemen Penilaian PPI 7.4	Telusur		SKOR	DOKUMEN
	Sasaran	Materi		
1. Sanitasi dapur dan penyiapan makanan ditangani dengan baik untuk meminimalisasi risiko infeksi	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua Komite/panitia PPI • Anggota Komite/panitia PPI • Kepala unit sanitasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan sanitasi dapur dan proses penyiapan makanan dengan upaya meminimalkan risiko kontaminasi/infeksi 	0 5 10	<p>Acuan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pedoman Sanitasi Rumah Sakit di Indonesia, Depkes, 2000 • Pedoman Manajerial Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di RS dan Fasilitas Kesehatan Lainnya, Depkes, 2007 • Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di RS dan Fasilitas Kesehatan Lainnya, Depkes – Perdalim – JHPIEGO, 2007 • Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit, Depkes 2003 <p>Regulasi RS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketentuan persiapan makanan • Ketentuan pengontrolan fasilitas
2. Pengontrolan engineering/ <i>Engineering control</i> diterapkan untuk meminimalisasi risiko infeksi di area yang tepat di rumah sakit	<ul style="list-style-type: none"> • Kepala unit gizi/dapur • Pelaksana unit sanitasi/petugas kebersihan • Pelaksana pelayanan gizi RS 	<ul style="list-style-type: none"> • Proses pengontrolan terhadap fasilitas yang digunakan untuk pengolahan makanan sehingga dapat mengurangi risiko kontaminasi/infeksi 	0 5 10	

Standar PPI 7.5.

Rumah sakit mengurangi risiko infeksi di fasilitas selama demolisi/pembongkaran, pembangunan dan renovasi.

Maksud dan Tujuan PPI 7.5.

Bila merencanakan pembongkaran, pembangunan, atau renovasi, rumah sakit menggunakan kriteria yang mengatur dampak dari renovasi atau pembangunan baru terhadap persyaratan kualitas udara, pencegahan dan pengendalian infeksi, persyaratan utilisasi, kebisingan, getaran dan prosedur emergensi (kedaruratan).

Elemen Penilaian PPI 7.5.	Telusur		SKOR	DOKUMEN
	Sasaran	Materi		
1. Rumah sakit menggunakan kriteria risiko untuk menilai dampak renovasi atau pembangunan (konstruksi) baru.	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua Komite/panitia PPI • Anggota Komite/panitia PPI • Ketua Komite/panitia K3 	<ul style="list-style-type: none"> • Penetapan kriteria risiko akibat dampak renovasi atau pekerjaan pembangunan (konstruksi) baru 	0 5 10	<p>Acuan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kepmenkes 1335/Menkes/SK/X/2002 tentang Standar Operasional Pengambilan dan Pengukuran Sampel Kualitas Udara Ruang Rumah Sakit <p>Regulasi RS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Panduan kriteria risiko akibat dampak renovasi atau pekerjaan pembangunan (konstruksi) baru • Penetapan pemantauan kualitas udara <p>Dokumen</p> <p>Hasil pelaksanaan pemantauan kualitas udara akibat dampak renovasi.</p>
2. Risiko dan dampak renovasi atau konstruksi terhadap kualitas udara dan kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi dinilai dan dikelola.	<ul style="list-style-type: none"> • Kepala unit peneliharaan sarana RS • Penanggungjawab sanitasi RS 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan pemantauan kualitas udara akibat dampak renovasi atau pekerjaan pembangunan, serta kegiatan sebagai upaya PPI 	0 5 10	

PROSEDUR ISOLASI

Standar PPI.8

Rumah sakit menyediakan penghalang untuk pencegahan (*barrier precaution*) dan prosedur isolasi yang melindungi pasien, pengunjung dan staf terhadap penyakit menular dan melindungi dari infeksi pasien yang *immunosuppressed*, sehingga rentan terhadap infeksi nosokomial.

Maksud dan Tujuan PPI.8

Rumah sakit membuat kebijakan dan prosedur tentang isolasi dan prosedur penghalang (*barrier*) di rumah sakit. Hal ini berdasarkan cara penularan penyakit dan mengatur pasien yang mungkin infeksius atau yang *immunosuppressed*, juga arus masuk pasien dalam jumlah besar dengan infeksi yang menular.

Kewaspadaan *airborne* adalah perlu untuk mencegah transmisi bahan infeksius yang dapat bertahan di udara dalam waktu yang lama. Penempatan pasien dengan *airborne* infeksi yang paling bisa adalah di ruangan tekanan negatif. Bila struktur bangunan tidak dapat segera mengadakan ruangan tekanan negatif, rumah sakit bisa mensirkulasi udara melalui sistem filtrasi HEPA (*a high-efficiency particulate air*) dengan paling sedikit 12 kali pertukaran udara per jam.

Kebijakan dan prosedur harus mengatur rencana menangani pasien dengan infeksi *airborne* dalam jangka waktu singkat ketika ruangan bertekanan negatif atau sistem filtrasi HEPA tidak tersedia. Prosedur isolasi juga mengatur untuk proteksi staf dan pengunjung, lingkungan pasien dan pembersihan ruangan selama pasien dirawat dan setelah pasien pulang.

Elemen Penilaian PPI.8	Telusur		SKOR	DOKUMEN
	Sasaran	Materi		
1. Pasien yang sudah diketahui atau diduga infeksi menular harus di isolasi sesuai kebijakan rumah sakit dan pedoman yang direkomendasikan.	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Ketua Komite/panitia PPI• Anggota Komite/panitia PPI• Pimpinan keperawatan• Pelaksana keperawatan	• Penyelenggaraan perawatan isolasi	0 5 10	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none">• Ketentuan tentang perawatan pasien penyakit menular
2. Kebijakan dan prosedur mengatur pemisahan antara pasien dengan penyakit menular, dari pasien lain yang berisiko tinggi, yang rentan karena <i>immunosuppressed</i> atau sebab lain dan staf.		• Pengaturan perawatan yang terpisah antara pasien penyakit menular dengan pasien lain yang mempunyai risiko tinggi, yang rentan akibat imunosupresi atau sebab lain, termasuk staf RS	0 5 10	Dokumen : Bukti edukasi staf
3. Kebijakan dan prosedur mengatur bagaimana cara mengelola pasien dengan infeksi <i>airborne</i> untuk jangka waktu pendek ketika ruangan bertekanan negatif tidak tersedia		• Pengelolaan pasien dengan infeksi <i>airborne</i> pada saat ruang bertekanan negatif sedang tidak tersedia	0 5 10	

4. Rumah sakit mempunyai strategi untuk berurusan dengan arus pasien dengan penyakit yang menular		• Pengaturan alur pasien dengan penyakit penular	0 5 10	
5. Ruangan bertekanan negatif tersedia dan di monitor secara rutin untuk pasien infeksius yang membutuhkan isolasi untuk infeksi <i>airborne</i> ; bila ruangan bertekanan negatif tidak segera tersedia, ruangan dengan sistem filtrasi HEPA yang diakui bisa digunakan.		• Ketersediaan ruang bertekanan negatif dan mekanisme pengawasannya, dan penyediaan ruang pengganti saat ruang bertekanan negatif tidak tersedia	0 5 10	
6. Staf dididik tentang pengelolaan pasien infeksius		• Pelatihan staf yang melayani pasien infeksius	0 5 10	

v TEKNIK PENGAMANAN DAN HAND HYGIENE

Standar PPI.9.

Sarung tangan, masker, proteksi mata dan peralatan proteksi lainnya, sabun dan desinfektan tersedia dan digunakan secara benar bila diperlukan.

Maksud dan Tujuan PPI 9.

Hand hygiene, teknik barrier dan bahan-bahan disinfeksi merupakan instrumen mendasar bagi pencegahan dan pengendalian infeksi yang benar. Rumah sakit mengidentifikasi situasi dimana masker, pelindung mata, gaun atau sarung tangan diperlukan dan melakukan pelatihan penggunaannya secara tepat dan benar. Sabun, desinfektan dan handuk atau pengering lainnya tersedia di lokasi dimana prosedur cuci tangan dan disinfektan dipersyaratkan. Pedoman hand hygiene (pedoman penggunaan dinilai di SKP.5, EP 2) diadopsi oleh rumah sakit dan ditempel di area yang tepat, dan staf diedukasi untuk prosedur-prosedur yang benar tentang cuci tangan, disinfeksi tangan atau disinfeksi permukaan.

Elemen Penilaian PPI 9.	Telusur		SKOR	DOKUMEN
	Sasaran	Materi		
1. Rumah sakit mengidentifikasi situasi dimana sarung tangan dan atau masker atau pelindung mata dibutuhkan	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua Komite/panitia PPI • Anggota Komite/panitia PPI • Pimpinan keperawatan • Pelaksana keperawatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Penetapan area penggunaan APD 	0 5 10	Acuan: <ul style="list-style-type: none"> • PMK 1691/2011 tentang Keselamatan Pasien RS • A Guide to the Implementation of the WHO <ultimodel Hand Hygiene Improvement Strategy, 2009 Regulasi RS: Kebijakan/Panduan/SPO tentang: <ul style="list-style-type: none"> • Area yang menggunakan APD • Prosedur pemakaian APD • Area yang harus cuci tangan, disinfeksi tangan atau disinfeksi permukaan • Prosedur cuci tangan dan disinfeksi Dokumen : Hasil pemantauan cuci tangan (complianceny)
2. Sarung tangan dan atau masker atau pelindung mata digunakan secara tepat dan benar		<ul style="list-style-type: none"> • Prosedur pemakaian APD 	0 5 10	
3. Rumah sakit mengidentifikasi situasi mana diperlukan prosedur cuci tangan, disinfeksi tangan atau disinfeksi permukaan.		<ul style="list-style-type: none"> • Penetapan area cuci tangan, disinfeksi tangan atau disinfeksi permukaan 	0 5 10	
4. Prosedur cuci tangan dan desinfeksi digunakan secara benar di seluruh area tersebut		<ul style="list-style-type: none"> • Prosedur cuci tangan dan disinfeksi dan implementasinya 	0 5 10	
5. Rumah sakit mengadopsi pedoman hand hygiene dari sumber yang berwenang		<ul style="list-style-type: none"> • Sumber/referensi yang digunakan sebagai acuan panduan hand hygiene 	0 5 10	

INTEGRASI PROGRAM DENGAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
Standar PPI.10 Proses pengendalian dan pencegahan infeksi diintegrasikan dengan keseluruhan program rumah sakit dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien
Standar PPI 10.1. Rumah sakit menelusuri risiko infeksi, infeksi dan kecenderungan infeksi terkait pelayanan kesehatan
Standar PPI 10.2. Peningkatan mutu termasuk penggunaan indikator/pengukuran yang berhubungan dengan masalah infeksi yang secara epidemiologis penting bagi rumah sakit.
Standar PPI 10.3. Rumah sakit menggunakan informasi risiko, angka dan kecenderungan untuk menyusun atau memodifikasi proses untuk menurunkan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan ke level yang serendah mungkin.
Standar PPI 10.4. Rumah sakit membandingkan angka kejadian infeksi rumah sakit, dengan rumah sakit lain melalui perbandingan data dasar/ <i>databases</i> .
Standar PPI 10.5. Hasil monitoring pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit, secara berkala disampaikan kepada pimpinan dan staf
Standar PPI 10.6 Rumah sakit melaporkan informasi tentang infeksi ke pihak luar, Kementerian Kesehatan atau Dinas Kesehatan

Maksud dan Tujuan PPI.10 sampai dengan PPI 10.6

Proses pencegahan dan pengendalian infeksi dirancang untuk menurunkan risiko infeksi bagi pasien, staf dan orang-orang lainnya. Untuk mencapai tujuan ini, rumah sakit harus secara proaktif mengidentifikasi dan menelusuri alur risiko, angka dan kecenderungan infeksi rumah sakit. Rumah sakit menggunakan informasi indikator untuk meningkatkan kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi dan mengurangi angka infeksi yang terkait pelayanan kesehatan ke level yang serendah mungkin. Rumah sakit dapat menggunakan data indikator (*measurement data*) dan informasi sebaik-baiknya dengan memahami angka dan kecenderungan serupa di rumah sakit lain dan kontribusi data ke dalam data dasar terkait infeksi.

Elemen Penilaian PPI.10.	Telusur		SKOR	DOKUMEN
	Sasaran	Materi		
1. Kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi diintegrasikan ke dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit (lihat juga PMKP.1.1, EP)	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua Komite/panitia PPI • Ketua Komite/panitia Mutu • Ketua Komite/panitia Keselamatan Pasien 	<ul style="list-style-type: none"> • Program peningkatan mutu RS dan keselamatan pasien terkait dengan PPI 	0 5 10	Acuan: <ul style="list-style-type: none"> • Pedoman Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit, Depkes, 1994 • PMK 1691/2011 tentang Keselamatan Pasien RS • Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety), Depkes 2008 Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> • Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan pasien • Program PPI • SPO monitoring/pengawasan dari program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
2. Kepemimpinan dari program pencegahan dan pengendalian infeksi termasuk dalam mekanisme pengawasan dari program mutu dan keselamatan pasien rumah sakit	<ul style="list-style-type: none"> • Anggota Komite/panitia PPI • Anggota Komite/panitia Mutu • Anggota Komite/panitia Keselamatan Pasien 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoring dan evaluasi pelaksanaan PPI dalam program peningkatan mutu RS dan keselamatan pasien 	0 5 10	

Ø Elemen Penilaian PPI 10.1.	Telusur		SKOR	DOKUMEN
	Sasaran	Materi		
1. Risiko infeksi terkait dengan pelayanan kesehatan ditelusuri	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua Komite/panitia PPI • Anggota Komite/panitia PPI 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi risiko infeksi terkait dengan pelayanan kesehatan 	0 5 10	<ul style="list-style-type: none"> • Data pemantauan angka infeksi termasuk indikator angka infeksi • Notulen rapat pembahasan • Laporan Komite/panitia PPI
2. Angka infeksi terkait dengan pelayanan kesehatan ditelusuri		<ul style="list-style-type: none"> • Indikator angka infeksi terkait dengan pelayanan kesehatan 	0 5 10	
3. Kecenderungan infeksi terkait dengan pelayanan kesehatan ditelusuri		<ul style="list-style-type: none"> • Analisis data angka infeksi untuk menilai kecenderungan (trend) infeksi terkait dengan pelayanan kesehatan 	0 5 10	
Ø Elemen Penilaian PPI 10.2.	Telusur		SKOR	DOKUMEN
	Sasaran	Materi		
1. Kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi diukur.	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua Komite/panitia PPI • Anggota Komite/panitia PPI 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan PPI 	0 5 10	<ul style="list-style-type: none"> • Hasil monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan PPI • Hasil analisis epidemiologi
2. Pengukuran tersebut mengidentifikasi infeksi penting secara epidemiologis		<ul style="list-style-type: none"> • Analisis epidemiologi kejadian infeksi 	0 5 10	
Ø Elemen Penilaian PPI 10.3.	Telusur		SKOR	DOKUMEN
	Sasaran	Materi		
1. Proses di tata ulang berdasarkan risiko, angka dan kecenderungan data dan informasi	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua Komite/panitia PPI • Anggota Komite/panitia PPI 	<ul style="list-style-type: none"> • Tindak lanjut hasil analisis berdasarkan risiko, data dan kecenderungan (trend) 	0 5 10	<ul style="list-style-type: none"> • Perubahan regulasi berdasarkan hasil analisis
2. Proses di tata ulang untuk menurunkan risiko infeksi ke level serendah mungkin		<ul style="list-style-type: none"> • Upaya menurunkan risiko infeksi 	0 5 10	

Ø Elemen Penilaian PPI 10.4.	Telusur		SKOR	DOKUMEN
	Sasaran	Materi		
1. Angka infeksi terkait pelayanan kesehatan dibandingkan dengan angka-angka di rumah sakit lain melalui komparasi data dasar (lihat juga PMKP.4.2, EP 2 dan MKI.20.2, EP 3)	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua Komite/panitia PPI • Anggota Komite/panitia PPI 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan komparasi angka infeksi RS dengan RS lain 	0 5 10	<ul style="list-style-type: none"> • Bukti data RS lain • Bukti data acuan • Hasil analisis
2. Rumah sakit membandingkan angka yang ada dengan praktik terbaik dan bukti ilmiah		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan komparasi angka infeksi RS dengan acuan terbaik 	0 5 10	
Ø Elemen Penilaian PPI 10.5.	Telusur		SKOR	DOKUMEN
	Sasaran	Materi		
1. Hasil pengukuran dikomunikasikan kepada staf medis	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua Komite/panitia PPI • Anggota Komite/panitia PPI 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan komunikasi hasil pengukuran kepada staf medis 	0 5 10	<ul style="list-style-type: none"> • Bukti komunikasi, misalnya dalam forum rapat • Dokumen laporan Komite/panitia PPI kepada manajemen RS
2. Hasil pengukuran dikomunikasikan kepada staf perawat		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan komunikasi hasil pengukuran kepada staf keperawatan 	0 5 10	
3. Hasil pengukuran dikomunikasikan kepada manajemen		<ul style="list-style-type: none"> • Laporan hasil pengukuran kepada manajemen 	0 5 10	
Ø Elemen Penilaian PPI 10.6.	Telusur		SKOR	DOKUMEN
	Sasaran	Materi		
1. Hasil program pencegahan dan pengendalian infeksi dilaporkan kepada Kementerian Kesehatan atau Dinas Kesehatan sesuai ketentuan (lihat juga MKI.20.1, EP 1)	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua Komite/panitia PPI • Anggota Komite/panitia PPI 	<ul style="list-style-type: none"> • Laporan pelaksanaan program PPI ke Kemkes atau Dinas Kesehatan sesuai ketentuan yang berlaku 	0 5 10	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumen laporan kepada Kemkes atau Dinas Kesehatan • Bukti tindak lanjut atas laporan
2. Rumah sakit melakukan tindak lanjut yang benar terhadap laporan dari Kementerian Kesehatan atau Dinas Kesehatan		<ul style="list-style-type: none"> • Tindak lanjut terhadap laporan yang disampaikan 	0 5 10	

v PENDIDIKAN STAF TENTANG PROGRAM

Standar PPI 11.

Rumah sakit memberikan pendidikan tentang praktik pencegahan dan pengendalian infeksi kepada staf, dokter, pasien dan keluarga serta pemberi layanan lainnya ketika ada indikasi keterlibatan mereka dalam pelayanan.

Maksud dan Tujuan PPI 11.

Agar rumah sakit mempunyai program pencegahan dan pengendalian infeksi yang efektif, maka rumah sakit harus mendidik anggota staf tentang program saat mereka mulai bekerja di rumah sakit dan secara berkala serta berkelanjutan. Program edukasi ini termasuk untuk staf profesional, para staf klinis dan staf pendukung non klinis, bahkan pasien dan keluarganya, termasuk para pedagang serta pengunjung lainnya. Pasien dan keluarganya didorong untuk berpartisipasi dalam implementasi dan penggunaan praktek-praktek pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit.

Edukasi diberikan sebagai bagian dari orientasi semua staf baru dan dilakukan penyegaran secara berkala, atau sekurang-kurangnya pada saat ada perubahan dalam kebijakan, prosedur dan praktek-praktek pengendalian infeksi. Edukasi juga meliputi temuan dan kecenderungan yang didapat dari kegiatan pengukuran. (lihat juga KPS.7)

Elemen Penilaian PPI.11	Telusur		SKOR	DOKUMEN
	Sasaran	Materi		
1. Rumah sakit mengembangkan program pencegahan dan pengendalian infeksi yang mengikut sertakan seluruh staf dan profesional lain, pasien dan keluarga.	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua Komite/panitia PPI • Anggota Komite/panitia PPI 	<ul style="list-style-type: none"> • Program PPI yang melibatkan seluruh staf RS, pasien dan keluarga 	0 5 10	<ul style="list-style-type: none"> • Program kerja PPI/Program diklat tentang PPI • Program pendidikan pasien dan keluarga • Bukti implementasi pelatihan dan edukasi
2. Rumah sakit memberikan pendidikan tentang pencegahan dan pengendalian infeksi kepada seluruh staf dan profesional lain.		<ul style="list-style-type: none"> • Program pelatihan PPI kepada seluruh staf RS 	0 5 10	
3. Rumah sakit memberikan pendidikan tentang pencegahan dan pengendalian infeksi kepada pasien dan keluarga.		<ul style="list-style-type: none"> • Program edukasi PPI kepada pasien dan keluarga 	0 5 10	

4. Semua staf diberi pendidikan tentang kebijakan, prosedur, dan praktek-praktek program pencegahan dan pengendalian (lihat juga KPS.7 dan TKP.5.4)		<ul style="list-style-type: none"> • Program pelatihan yang meliputi regulasi dan implementasi program PPI 	0 5 10	
5. Edukasi staf secara periodik diberikan sebagai respon terhadap kecenderungan yang signifikan dalam data infeksi.		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan edukasi kepada staf RS sebagai tindak lanjut dari analisis kecenderungan (trend) data infeksi 	0 5 10	

BAB 3. TATA KELOLA, KEPEMIMPINAN DAN PENGARAHAN

STANDAR, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN			<div>≥ 80% Terpenuhi</div> <div>20-79% Terpenuhi sebagian</div> <div>< 20% Tidak terpenuhi</div>	
TATA KELOLA				
Standar TKP. 1				
Tanggung jawab dan akuntabilitas (badan-) pengelola digambarkan di dalam peraturan internal (bylaws), kebijakan dan prosedur, atau dokumen serupa yang menjadi pedoman bagaimana tanggung jawab dan akuntabilitas dilaksanakan				
Maksud dan Tujuan TKP.1				
Ada badan (misalnya, Kementerian Kesehatan), pemilik, atau kelompok individu yang dikenal (misalnya suatu badan/dewan atau badan pengelola / <i>governing body</i>) yang bertanggung jawab untuk mengawasi operasional rumah sakit dan bertanggung jawab untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang bermutu bagi komunitasnya atau bagi penduduk yang membutuhkan pelayanan. Tanggung jawab dan akuntabilitas badan tersebut diuraikan dalam sebuah dokumen yang mengidentifikasi bagaimana hal-hal tersebut harus dilaksanakan. Juga diuraikan bagaimana badan pengelola (<i>governing</i>) dan kinerja para manajer rumah sakit dievaluasi berdasarkan kriteria yang spesifik rumah sakit. Struktur tata kelola dan manajemen rumah sakit ditampilkan atau digambarkan dalam bagan rumah sakit atau dokumen lain yang menunjukkan garis-garis kewenangan dan akuntabilitasnya. Individu yang ditampilkan di bagan diidentifikasi dengan jabatan atau nama.				
Elemen Penilaian TKP. 1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Struktur organisasi pengelola dan tata kelola (SOTK) diuraikan dalam dokumen tertulis, dan mereka yang bertanggung jawab untuk memimpin/mengendalikan dan mengelola diidentifikasi dengan jabatan atau nama	▪ Pimpinan RS	• Adanya penetapan struktur organisasi pengelola dan tata kelola (SOTK).	0 5 10	Regulasi RS: • Pengorganisasian rumah sakit • Hospital Bylaws • SK pengangkatan Dokumentasi : ▪ Bukti evaluasi kinerja
2. Tanggung jawab dan akuntabilitas (badan-) pengelola dimuat dalam dokumen tersebut		• Adanya penetapan tanggungjawab dan akuntabilitas pengelola	0 5 10	
3. Dokumen tersebut menjelaskan bagaimana kinerja badan pengelola dan para manajer dievaluasi dengan		• Pendokumentasian evaluasi kinerja pengelola dan para manajer.	0 5 10	

kriteria yang terkait.				
4. Ada dokumentasi penilaian kinerja tahunan terhadap tata kelola/pengelolaan (badan pengelola) pimpinan.		<ul style="list-style-type: none"> • Pendokumentasian penilaian kinerja tahunan terhadap tata kelola pimpinan 	0 5 10	
Standar TKP 1.1. Mereka yang bertanggung jawab atas tata kelola, memberikan persetujuan atas misi rumah sakit dan mengumumkannya kepada masyarakat				
Standar TKP 1.2. Mereka yang bertanggung jawab atas tata kelola, memberikan persetujuan atas kebijakan dan rencana untuk menjalankan rumah sakit				
Standar TKP 1.3. Mereka yang bertanggung jawab atas tata kelola, memberikan persetujuan atas anggaran belanja dan alokasi sumber daya yang dibutuhkan untuk mencapai misi rumah sakit				
Standar TKP 1.4. Mereka yang bertanggung jawab atas tata kelola, menetapkan para manajer senior atau direktur rumah sakit				
Standar TKP 1.5. Mereka yang bertanggung jawab atas tata kelola, memberikan persetujuan atas rencana rumah sakit dalam mutu dan keselamatan pasien serta secara teratur menerima dan menindaklanjuti laporan tentang program mutu dan keselamatan pasien.				

Maksud dan Tujuan TKP.1.1. sampai TKP 1.5.

Jabatan atau kedudukan dalam struktur tata kelola (*governance*) tidaklah penting. Yang penting adalah tanggung jawab yang harus dilaksanakan agar rumah sakit mempunyai kepemimpinan yang jelas, dijalankan secara efisien, dan memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu. Tanggung jawab ini terutama pada tingkat pemberian persetujuan dan meliputi :

- memberikan persetujuan atas misi rumah sakit (lihat juga APK.1, EP 2)
- memberikan persetujuan (atau menjabarkan persetujuan kewenangan/*authority* bila ada pendelegasian) atas berbagai strategi rumah sakit, rencana manajemen, kebijakan dan prosedur yang dibutuhkan untuk menjalankan rumah sakit sehari-hari
- memberikan persetujuan atas partisipasi rumah sakit dalam pendidikan para profesional kesehatan dan dalam penelitian serta pengawasan mutu atas program tersebut
- memberikan persetujuan atas atau menyediakan anggaran dan sumber daya untuk menjalankan rumah sakit
- menetapkan atau menyetujui atas penetapan manajer senior atau direktur rumah sakit

Mengidentifikasi orang dalam satu bagan organisasi tunggal tidak menjamin komunikasi dan kerja sama yang baik diantara mereka yang mengendalikan (*govern*) dengan mereka yang mengelola (*manage*) rumah sakit. Hal ini sangat benar apabila struktur tata kelola terpisah dari struktur rumah sakit, misalnya pemilik berada jauh atau adalah otoritas kesehatan nasional atau regional. Dengan demikian, mereka yang bertanggung jawab atas tata kelola mengembangkan sebuah proses untuk melakukan komunikasi dan kerja sama dengan manajer rumah sakit dalam rangka mencapai misi dan perencanaan rumah sakit.

Elemen Penilaian TKP 1.1.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Mereka yang bertanggung jawab atas tata kelola, memberikan persetujuan atas misi rumah sakit	▪ Pimpinan RS	• Implementasi pemberian persetujuan misi rumah sakit	0 5 10	Regulasi : Ketentuan di Hospital bylaws, <ul style="list-style-type: none">- Yang menyetujui visi dan misi rumah sakit- Yang melakukan review berkala- Yang mengumumkan visi & misi ke publik.- Dokumentasi : <ul style="list-style-type: none">▪ SK Misi rumah sakit▪ Dokumen review berkala
2. Mereka yang bertanggung jawab atas tata kelola, menjamin adanya review berkala terhadap misi rumah sakit		• Pelaksanaan review berkala terhadap misi rumah sakit	0 5 10	
3. Mereka yang bertanggung jawab atas tata kelola, mengumumkan misi rumah sakit ke publik.		• Pelaksanaan mengumumkan misi RS ke publik	0 5 10	

Elemen Penilaian TKP 1.2.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Mereka yang bertanggung jawab atas tata kelola, memberikan persetujuan atas rencana strategik dan rencana manajemen rumah sakit, maupun kebijakan dan prosedur operasional	▪ Pimpinan RS	• Implementasi persetujuan renstra dan rencana anggaran tahunan, serta regulasi RS	0 5 10	Regulasi RS Ketentuan di Hospital by:laws : - Yang menyetujui renstra - Yang menyetujui rencana tahunan - Yang menyetujui kebijakan dan prosedur - Yang menyetujui pendidikan para profesional kesehatan serta penelitian, kemudian memberikan pengawasan terhadap mutu program. Dokumen ▪ SK pemilik ttg renstra & RKA ▪ SK pendelegasian kewenangan ▪ Hospital By Laws ▪ Regulasi rumah sakit untuk operasional rumah sakit
2. Bila kewenangan untuk memberikan persetujuan didelegasikan, maka hal ini dijabarkan dalam kebijakan dan prosedur tentang tata kelola		• Adanya ketentuan tentang pendelegasian kewenangan	0 5 10	
3. Mereka yang bertanggung jawab atas tata kelola, memberikan persetujuan atas strategi rumah sakit dan program yang terkait dengan pendidikan para profesional kesehatan serta penelitian, kemudian memberikan pengawasan terhadap mutu program.		• Implementasi program yang terkait dengan pendidikan para profesional kesehatan serta penelitian	0 5 10	
Elemen Penilaian TKP 1.3.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Mereka yang bertanggung jawab atas tata kelola, memberikan persetujuan atas modal (<i>capital</i>) dan anggaran operasional rumah sakit	• Pimpinan RS	• Adanya RKA yang telah disetujui oleh yang berwenang	0 5 10	Regulasi RS: Ketentuan di hospital bylaws : - Yang memberikan persetujuan atas anggaran modal dan operasional rumah sakit - Yang mengalokasikan sumber daya Dokumen ▪ RKA
2. Mereka yang bertanggung jawab atas tata kelola, mengalokasikan sumber daya yang dibutuhkan untuk mencapai misi rumah sakit		• Tersedianya sumber daya yang dibutuhkan dalam RKA untuk mencapai misi rumah sakit	0 5 10	

Elemen Penilaian TKP 1.4.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Mereka yang bertanggung jawab atas tata kelola, menetapkan manajer senior rumah sakit	• Pimpinan RS	• Penetapan pimpinan dan manajer RS	0 5 10	Regulasi RS : Ketentuan di hospital by laws ; <ul style="list-style-type: none">- Yang menetapkan Direktur rumah sakit- Evaluasi kinerja Direktur Dokumen <ul style="list-style-type: none">▪ SK penetapan direktur dan pejabat struktural lainnya▪ Dokumen penilaian kinerja▪ Laporan bulanan & rapat evaluasi
2. Mereka yang bertanggung jawab atas tata kelola, melakukan evaluasi kinerja dari manajer senior rumah sakit		• Pelaksanaan eveluasi kinerja pimpinan dan para manajer	0 5 10	
3. Evaluasi terhadap manajer senior dilaksanakan paling sedikit setahun sekali		• Pelaksanaan evaluasi paling sedikit setahun sekali	0 5 10	
Elemen Penilaian TKP 1.5.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Mereka yang bertanggung jawab atas tata kelola, memberikan persetujuan atas rencana rumah sakit untuk mutu dan keselamatan pasien. (lihat juga PMKP.1, Maksud dan Tujuan)	• Pimpinan RS	• Adanya penetapan program mutu dan keselamatan pasien	0 5 10	Acuan: <ul style="list-style-type: none">• Pedoman upaya peningkatan mutu RS, Depkes, 1994• Pedoman Nasional Keselamatan Pasien RS, Depkes, 2008• PMK 1691/2011 tentang Keselamatan Pasien RS Regulasi RS: Kebijakan/pedoman/SPO tentang perencanaan, monitoring, pelaporan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien Dokumentasi : <ul style="list-style-type: none">▪ Laporan bulanan dan tindak lanjutnya
2. Mereka yang bertanggung jawab atas tata kelola, secara teratur menerima dan menindaklanjuti laporan tentang program mutu dan keselamatan pasien. (lihat juga PMKP.1.4, EP 2)		• Tersedianya laporan pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien serta tindak lanjutnya	0 5 10	
KEPEMIMPINAN RUMAH SAKIT				

Standar TKP.2

Seorang manajer senior atau direktur bertanggung jawab untuk menjalankan rumah sakit dan mematuhi undang-undang dan peraturan yang berlaku.

Maksud TKP.2

Kepemimpinan yang efektif sangat penting untuk sebuah rumah sakit agar dapat beroperasi secara efisien dan memenuhi misinya. Kepemimpinan adalah apa yang diberikan oleh orang-orang secara bersama-sama maupun individual bagi rumah sakit dan dapat dilaksanakan oleh sejumlah orang.

Manajer senior atau direktur tersebut bertanggung jawab atas keseluruhan jalannya rumah sakit sehari-hari. Hal ini meliputi pengadaan dan inventarisasi (*inventory*) perbekalan (*supplies*) penting, pemeliharaan fasilitas fisik, manajemen keuangan, manajemen mutu dan tanggung jawab lainnya. Pendidikan dan pengalaman dari individu sesuai dengan persyaratan di dalam uraian jabatan. Manajer senior atau direktur tersebut bekerja sama dengan para manajer lainnya di rumah sakit untuk menentukan misi rumah sakit dan merencanakan kebijakan, prosedur serta pelayanan klinis yang terkait dengan misi tersebut. Begitu disetujui oleh badan pengelola (*governing body*), manajer senior atau direktur bertanggung jawab untuk melaksanakan semua kebijakan dan menjamin bahwa semua kebijakan itu dipatuhi oleh staf rumah sakit.

Manajer senior atau direktur bertanggung jawab atas :

- kepatuhan terhadap undang-undang dan peraturan yang berlaku;
- respon terhadap setiap laporan dari lembaga pengawasan dan regulator;
- berbagai proses untuk mengelola dan mengawasi/mengendalikan sumber daya manusia, sumber daya finansial dan sumber daya lainnya.

Elemen Penilaian TKP.2	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pendidikan dan pengalaman manajer senior sesuai dengan persyaratan di dalam uraian jabatan	• Pimpinan RS	• Persyaratan pendidikan dan pengalaman pimpinan RS/manajer senior	0 5 10	Regulasi : Persyaratan Direktur RS Uraian tugas Direktur
2. Manajer senior atau direktur mengelola operasional rumah sakit sehari-hari, termasuk tanggung jawab yang digambarkan dalam uraian jabatan.		• Implementasi pengelolaan operasional RS oleh manajer senior atau direktur sesuai uraian jabatan	0 5 10	Dokumentasi : ▪ Persyaratan jabatan dan dokumen pendukung ▪ Laporan bulanan kpd dewan pengawas ▪ Hasil inspeksi dan rekomendasi
3. Manajer senior atau direktur merekomendasikan kebijakan-kebijakan kepada badan pengelola / dewan pengawas		• IPenyampaian rekomendasi dari manajer senior atau direktur kepada badan pengelola/dewan pengawas tentang kebijakan-kebijakan yang diperlukan	0 5 10	

4. Manajer senior atau direktur menjamin kepatuhan terhadap kebijakan yang telah disetujui		<ul style="list-style-type: none"> Implementasi kepatuhan terhadap semua ketentuan yang telah ditetapkan 	0 5 10	
5. Manajer senior atau Direktur menjamin kepatuhan terhadap undang-undang dan peraturan yang berlaku (lihat juga APK.6, EP 1 dan 2)		<ul style="list-style-type: none"> Regulasi rumah sakit ditetapkan dengan mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku 	0 5 10	
6. Manajer senior atau Direktur menanggapi/merespon setiap laporan dari lembaga pengawas dan regulator		<ul style="list-style-type: none"> Tindak lanjut atas hasil laporan dari pengawas dan regulator 	0 5 10	

Standar TKP.3

Para pimpinan rumah sakit ditetapkan dan secara kolektif bertanggung jawab untuk menentukan misi rumah sakit dan membuat rencana dan kebijakan yang dibutuhkan untuk memenuhi misi tersebut.

Maksud TKP.3

Para pimpinan rumah sakit berasal dari berbagai sumber. Badan pengelola menetapkan manajer senior atau direktur. Manajer senior atau direktur menetapkan manajer lainnya. Para pimpinan dapat menduduki jabatan formal misalnya sebagai Direktur Medis atau Direktur Keperawatan, atau diakui secara informal karena kesenioran, reputasi atau kontribusi mereka kepada rumah sakit. Penting bagi semua pimpinan rumah sakit diakui dan dilibatkan dalam proses penentuan misi rumah sakit. Berdasar atas misi tersebut, para pimpinan bekerja sama mengembangkan berbagai rencana dan kebijakan yang dibutuhkan untuk mencapai misi. Bila kerangka misi dan kebijakan ditentukan oleh pemilik atau lembaga diluar rumah sakit, maka pimpinan bekerja sama dalam menjalankan misi dan kebijakan. (lihat juga APK.1, EP 2 dan 3)

Elemen Penilaian TKP.3	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Para pimpinan rumah sakit diperkenalkan secara formal atau informal	• Pimpinan RS	Implementasi pengenalan para pimpinan RS	0 5 10	Dokumentasi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ SK pengangkatan ▪ Dokumen bukti proses penetapan misi RS ▪ Bukti pelaksanaan rapat koordinasi
2. Para pimpinan secara kolektif bertanggung jawab untuk menentukan misi rumah sakit		Implementasi penentuan misi RS	0 5 10	
3. Para pimpinan secara kolektif bertanggung jawab untuk menyusun dan menetapkan berbagai kebijakan dan prosedur yang diperlukan untuk menjalankan misi		Implementasi penyusunan dan penetapan regulasi RS	0 5 10	
4. Para pimpinan bekerja sama menjalankan misi rumah sakit dan menjamin kebijakan dan prosedur dipatuhi.		Implementasi misi dan regulasi RS tersebut	0 5 10	

Standar TKP. 3.1.

Para pemimpin rumah sakit bersama dengan pemuka masyarakat dan pimpinan organisasi lain merencanakan pelayanan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat.

Maksud dan Tujuan TKP. 3.1.

Sebuah misi rumah sakit pada umumnya menggambarkan kebutuhan penduduk dalam masyarakat. Demikian juga, rumah sakit rujukan dan spesialisasi mendasarkan misi mereka pada kebutuhan pasien dalam wilayah geografik atau wilayah politik yang lebih luas.

Kebutuhan pasien atau masyarakat biasanya berubah seiring dengan waktu dan dengan demikian organisasi pelayanan kesehatan perlu melibatkan masyarakat dalam perencanaan strategik dan operasionalnya. Rumah sakit melakukan hal ini dengan cara minta pendapat atau masukan dari individu atau kelompok masyarakat, misalnya melalui kelompok atau satuan tugas penasehat.

Oleh karena itu, penting bagi para pimpinan rumah sakit untuk bertemu dan merencanakan dengan tokoh masyarakat yang terdandang dan para pimpinan organisasi pelayanan kesehatan lain di masyarakat (seperti, klinik, apotik, pelayanan ambulans dll). Para pimpinan ini merencanakan suatu masyarakat yang lebih sehat dan bahwa mereka punya tanggung jawab dan dampak kepada komunitas, walaupun tanpa adanya perencanaan tersebut (lihat juga MKI.1, EP 3).

Elemen Penilaian TKP. 3.1.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pimpinan rumah sakit bertemu dengan tokoh masyarakat untuk mengembangkan dan memperbaiki rencana stratejik dan operasional guna menampung kebutuhan masyarakat	• Pimpinan RS	Implementasi pengembangan dan perbaikan rencana strategi dan operasional dengan tokoh masyarakat	0 5 10	Dokumentasi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pertemuan dengan tokoh masyarakat untuk membahas depkes ▪ Pertemuan perkumpulan-perkumpulan di rumah sakit. Misal perkumpulan diabet, ▪ Rapat dan notulen rapat koordinasi dgn pemangku kepentingan ▪ Dokumen pelaksanaan, surat tugas
2. Pimpinan rumah sakit bersama dengan pimpinan organisasi pelayanan kesehatan lain menyusun rencana bagi masyarakat (lihat juga PPK.3, EP 2 dan 3)		Implementasi penyusunan rencana bagi masyarakat bersama pimpinan organisasi pelayanan kesehatan lain	0 5 10	
3. Pimpinan rumah sakit meminta masukan dari individu atau kelompok pemangku kepentingan dalam masyarakat sebagai bagian dari rencana stratejik dan operasional		Implementasi kerjasama dengan individu atau kelompok pemangku kepentingan dalam rencana stratejik dan operasional	0 5 10	
4. Rumah sakit berpartisipasi dalam pendidikan masyarakat tentang promosi kesehatan dan pencegahan penyakit		Implementasi promosi kesehatan dan pencegahan penyakit	0 5 10	

Standar TKP.3.2.

Pimpinan melakukan identifikasi dan merencanakan jenis pelayanan klinis yang perlu untuk memenuhi kebutuhan pasien yang dilayani rumah sakit.

Maksud dan Tujuan TKP.3.2.

Pelayanan klinis direncanakan dan dirancang untuk menjawab kebutuhan populasi pasien. Rencana-rencana rumah sakit menjabarkan asuhan dan pelayanan yang diberikan sesuai dengan misinya. Pimpinan dari berbagai departemen/unit dan pelayanan klinis di rumah sakit menetapkan pelayanan diagnostik, terapeutik, rehabilitatif dan lainnya yang penting bagi masyarakat. Pimpinan juga menentukan cakupan dan intensitas dari berbagai pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit secara langsung atau tidak langsung.

Pelayanan yang direncanakan menggambarkan arah strategik dari rumah sakit dan dari sudut pandang pasien yang dilayani. Bila rumah sakit menggunakan apa yang dianggap sebagai teknologi "eksperimental" dan atau menggunakan bahan farmasi dalam prosedur asuhan pasien (yaitu, teknologi atau peralatan/bahan yang dianggap "eksperimental" baik secara nasional maupun internasional), harus ada proses untuk mengkaji dan menyetujui penggunaan tersebut. Adalah penting bahwa persetujuan itu diberikan sebelum penggunaannya dalam asuhan pasien. Keputusan diambil jika perlu persetujuan khusus dari pasien.

Elemen Penilaian TKP.3.2.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Perencanaan rumah sakit menjabarkan asuhan dan pelayanan yang harus disediakan	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS 	Pendokumentasian perencanaan jenis asuhan dan pelayanan	0 5 10	Regulasi : Penetapan jenis pelayanan yang ada di rumah sakit Kebijakan kajian untuk alat atau bahan obat baru, Dokumentasi : <ul style="list-style-type: none"> Renstra Profil RS dan brosur RS serta dokumen bukti Rapat koordinasi dan laporan bulanan
2. Asuhan dan pelayanan yang ditawarkan harus konsisten dengan misi rumah sakit (lihat juga APK.1, EP 2)		Implementasi asuhan dan pelayanan yang konsisten di RS	0 5 10	
3. Pimpinan menentukan jenis asuhan dan pelayanan yang harus disediakan oleh rumah sakit		Implementasi renstra RS tentang jenis asuhan dan pelayanan	0 5 10	
4. Pimpinan menggunakan proses untuk melakukan kajian dan menyetujui, sebelum digunakan dalam asuhan pasien, prosedur, teknologi, peralatan (sediaan) farmasi yang dianggap masih dalam tahap uji coba.		Implementasi pengkajian dan persetujuan penggunaan teknologi/ peralatan eksperimental	0 5 10	

Standar TKP. 3.2.1.

Peralatan, perbekalan (*supplies*), dan obat digunakan sesuai dengan rekomendasi organisasi profesi atau oleh sumber lain yang berwenang.

Maksud dan Tujuan TKP.3.2.1.

Risiko dalam proses asuhan klinis akan dikurangi secara bermakna bila alat yang digunakan berfungsi baik untuk memberikan pelayanan yang direncanakan. Hal ini hanya berlaku untuk area klinik seperti anestesi, radiologi, *diagnostic imaging*, kardiologi, *radiation oncology* dan pelayanan lain yang berisiko tinggi, bila diberikan. Perbekalan dan obat yang memadai juga tersedia dan sesuai dengan penggunaan yang direncanakan maupun situasi darurat. Setiap rumah sakit memahami tentang alat, perbekalan dan obat yang harus ada/disyaratkan atau direkomendasikan, untuk memberikan pelayanan terencana bagi populasi pasiennya. Rekomendasi, peralatan, perbekalan, dan obat dapat berasal dari lembaga pemerintah, organisasi profesi anestesi nasional atau internasional, atau dari sumber lain yang berwenang.

Elemen Penilaian TKP.3.2.1.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit menggunakan rekomendasi dari berbagai organisasi profesi dan sumber lain yang berwenang untuk menentukan, peralatan dan perbekalan yang dibutuhkan dalam pelayanan yang terencana (lihat juga MPO.2.2, EP 1)	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS 	Implementasi penggunaan alat dan perbekalan sesuai rekomendasi yang berwenang	0 5 10	Regulasi Kebijakan seleksi, perencanaan, pengadaan obat dan peralatan habis pakai Dokumentasi : <ul style="list-style-type: none"> Bukti dokumen pengadaan fasilitas RS Daftar alat dan obat standar Daftar mutasi alat dan obat.
2. Diperoleh peralatan, perbekalan dan obat (lihat juga MPO.2.2, EP 2)		Implementasi pengadaan alat dan perbekalan tersebut	0 5 10	
3. Digunakan peralatan, perbekalan dan obat (lihat juga PAB.3, Maksud dan Tujuan dan PAB.3, EP 1)		Implementasi penggunaan alat dan perbekalan tersebut	0 5 10	

Standar TKP.3.3.

Pimpinan bertanggung jawab terhadap kontrak kerja pelayanan klinis dan manajemen

Maksud dan Tujuan TKP.3.3.

Rumah sakit sering mempunyai pilihan untuk memberikan pelayanan klinis dan manajemen secara langsung atau mengatur pelayanan tersebut melalui pelayanan rujukan, konsultasi, mekanisme kontrak kerja atau melalui perjanjian lain. Pelayanan ini rentangnya dari pelayanan radiologi dan *diagnostic imaging* sampai pelayanan akuntansi keuangan dan kerumahtanggaan (*housekeeping*), makanan atau linen. Pimpinan rumah sakit menggambarkan secara tertulis, sifat dan cakupan dari pelayanan yang disediakan melalui perjanjian kontrak.

Pada semua kasus, ada tanggung jawab pimpinan atas kontrak kerja seperti itu atau perjanjian lainnya untuk menjamin bahwa pelayanan tersebut memenuhi kebutuhan pasien dan menjadi bagian dari kegiatan manajemen mutu dan kegiatan peningkatan rumah sakit. Pimpinan klinis berpartisipasi dalam seleksi kontrak klinis dan bertanggung jawab untuk kontrak klinis. Pimpinan manajemen berpartisipasi dalam seleksi terhadap kontrak manajemen dan bertanggung jawab atas kontrak manajemen tersebut.

Elemen Penilaian TKP.3.3.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Ada proses untuk pertanggungjawaban kepemimpinan atas kontrak (lihat juga AP.5.8, EP 6; AP.6.7, EP 6; AP.6.9; dan PAB.2, EP 5)	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS 	Implementasi seleksi kontrak kerja pelayanan klinis dan manajemen	0 5 10	Regulasi : Kebijakan/SPO pemilihan, penetapan dan monitoring kontrak.manajerial dan kontrak klinis Kebijakan mengakhiri kontrak Dokumentasi : <ul style="list-style-type: none"> Bukti kontrak Dokumen kontrak yg berkaitan dgn pelayanan pasien Dokumen kontrak terkait pelayanan klinis Bukti kontrak baru shg menjamin kontinuitas pelayanan
2. Rumah sakit mempunyai gambaran tertulis dari sifat dan cakupan pelayanan yang diberikan melalui perjanjian kontrak		Pendokumentasian kontrak kerja	0 5 10	
3. Pelayanan diberikan berdasar kontrak dan perjanjian lainnya sesuai kebutuhan pasien.(lihat juga AP.5.8, EP 6, dan AP.6.7, EP 6)		Implementasi kontrak kerja tersebut	0 5 10	
4. Pimpinan klinis berpartisipasi dalam seleksi dari kontrak klinis dan bertanggungjawab atas kontrak klinis. (lihat juga AP.5.8, EP 5, dan AP.6.7, EP 5)		Implementasi seleksi dari kontrak klinis	0 5 10	
5. Pimpinan manajemen berpartisipasi dalam seleksi manajemen kontrak dan bertanggung jawab atas kontrak manajemen		Implementasi seleksi manajemen kontrak	0 5 10	

6. Bila kontrak dinegosiasi kembali atau diakhiri, rumah sakit menjaga kontinuitas pelayanan pasien.		Implementasi kontinuitas pelayanan meskipun kontrak diakhiri	0 5 10	
Standar TKP.3.3.1.				
Kontrak dan perjanjian lainnya dimasukkan sebagai bagian dari program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit.				
Maksud dan Tujuan TKP.3.3.1.				
Mutu dan keamanan dari pelayanan pasien membutuhkan evaluasi atas seluruh pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit atau disediakan melalui kontrak. Sehingga, rumah sakit perlu menerima, menganalisa dan mengambil tindakan atas informasi mutu dari sumber luar. Kontrak dengan sumber luar dalam pelayanan termasuk harapan atas mutu dan keselamatan pasien serta data yang harus diberikan kepada rumah sakit, baik frekuensi maupun formatnya. Para manajer departemen menerima dan melakukan tindakan atas laporan mutu dari badan yang dikontrak dan menjamin bahwa laporan diintegrasikan ke dalam proses pengukuran mutu rumah sakit. (lihat juga APK.4.1, EP 2, dan APK.5, EP 4 dan 6)				
Elemen Penilaian TKP.3.3.1.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Kontrak dan perjanjian lainnya dievaluasi, terkait sifat kontrak, sebagai bagian dari program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit. (lihat juga AP.5.8, EP 6)	• Pimpinan RS	Implementasi evaluasi kontrak kerja terkait program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit	0 5 10	Regulasi : Kebijakan monitoring klinik Dokumentasi : <ul style="list-style-type: none">Survei kepuasanDokumen kontrak dan evaluasi kinerja
2. Pimpinan klinis dan manajerial terkait berpartisipasi dalam program peningkatan mutu dalam analisis informasi mutu dan keselamatan yang berasal dari kontrak dengan pihak luar. (lihat juga AP.5.8, EP 5)		Implementasi evaluasi kontrak kerja dengan pihak luar terkait program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit	0 5 10	
3. Bila pelayanan yang dikontrakkan tidak memenuhi harapan mutu dan keselamatan, diambil tindakan.		Tindak lanjut hasil analisis dari kontrak kerja tersebut	0 5 10	
Standar TKP 3.3.2.				
Para praktisi independen yang bukan pegawai rumah sakit harus memiliki kredensial yang benar untuk pelayanan yang diberikan kepada pasien rumah sakit				

Maksud dan Tujuan 3.3.2

Rumah sakit bisa membuat kontrak dengan atau mengatur pelayanan dari dokter, dokter gigi dan para praktisi independen lainnya diluar rumah sakit atau mengatur mereka datang ke rumah sakit untuk memberikan pelayanan. Pada beberapa kasus, individu dapat ditempatkan di luar rumah sakit, di luar wilayah, bahkan di luar negeri. Pelayanan yang diberikan bisa termasuk *telemedicine* atau teleradiologi. Bila pelayanan yang diberikan menentukan pemilihan pelayanan atau rangkaian pelayanan kepada pasien, para praktisi harus menjalani proses kredensialing dan pemberian kewenangan (*privileging*) oleh rumah sakit.

Elemen Penilaian 3.3.2.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pimpinan rumah sakit menetapkan pelayanan yang akan diberikan oleh praktisi independen diluar rumah sakit	• Pimpinan RS	Implementasi penetapan pelayanan pelayanan yang akan diberikan oleh praktisi independen diluar rumah sakit	0 5 10	Regulasi SK Dir yang menetapkan jenis pelayanan apa saja yang dirujuk Kredensialing pelaksana Praktik mandiri yang menerima konsul dari RS Dokumentasi : <ul style="list-style-type: none">▪ Daftar dokter kerja sama▪ Kontrak kerja▪ Dokumen kredensial▪ Audit kinerja
2. Seluruh pelayanan diagnostik, konsultasi dan pengobatan diberikan oleh praktisi independen diluar rumah sakit, termasuk <i>telemedicine</i> , teleradiologi dan interpretasi dari diagnostik lain, seperti EKG, EEG, EMG dan sejenis, diberi kewenangan oleh rumah sakit untuk memberikan pelayanan tersebut. (lihat juga KPS.9 dan KPS.10)		Implementasi pemberian kewenangan praktisi independen diluar rumah sakit dalam memberikan pelayanan	0 5 10	
3. Praktisi independen yang memberikan pelayanan pasien di dalam rumah sakit tetapi mereka bukan pegawai atau anggota staf klinis yang dikredensial dan diberikan kewenangan yang dipersyaratkan di KPS.9 sampai KPS.10		Implementasi pemberian kewenangan sesuai yang dipersyaratkan	0 5 10	
4. Mutu pelayanan oleh praktisi independen di luar rumah sakit dimonitor sebagai komponen dari program peningkatan mutu rumah sakit.		Implementasi monitoring kinerja praktisi independen tersebut	0 5 10	

Standar TKP.3.4.

Pimpinan medis, keperawatan dan pimpinan lainnya sudah mendapat pendidikan dalam konsep peningkatan mutu

Maksud dan Tujuan TKP. 3.4.

Tujuan utama rumah sakit adalah untuk memberikan asuhan pasien dan bekerja untuk meningkatkan hasil/outcome asuhan pasien dari waktu ke waktu dengan cara menerapkan prinsip peningkatan mutu. Dengan demikian, pimpinan medis, keperawatan dan pimpinan lainnya dari sebuah rumah sakit perlu :

- mendapat pendidikan dalam atau terbiasa dengan (familiar) konsep dan metode peningkatan mutu;
- secara pribadi berpartisipasi dalam proses peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- memastikan bahwa peningkatan mutu klinis termasuk kesempatan untuk pengukuran kinerja profesional (lihat juga PMKP.4)

Elemen Penilaian TKP.3.4.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pimpinan medis, keperawatan dan pimpinan lainnya sudah mendapat pendidikan atau sudah terbiasa dengan konsep dan metode peningkatan mutu	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Manajer keperawatan 	Implementasi pelatihan manajemen mutu	0 5 10	Regulasi - Program diklat
2. Pimpinan medis, keperawatan dan pimpinan lainnya berpartisipasi dalam proses yang terkait dengan peningkatan mutu dan keselamatan pasien (lihat juga PMKP.1.1, EP 1 dan PMKP.4, EP 4)		Implementasi partisipasi dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien	0 5 10	Dokumentasi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bukti pelatihan manajemen mutu ▪ Laporan bulanan ▪ Bukti dokumen penilaian kinerja profesional
3. Kinerja para profesional diukur sebagai bagian dari peningkatan kinerja klinis. (lihat juga KPS.11, KPS.14, dan KPS.17)		Implementasi penilaian kinerja profesional	0 5 10	

Standar TKP.3.5.

Pimpinan rumah sakit menjamin tersedianya program yang seragam untuk melaksanakan rekrutmen, retensi, pengembangan dan pendidikan berkelanjutan bagi semua staf

Maksud dan Tujuan TKP.3.5.

Kemampuan rumah sakit untuk melayani pasien terkait langsung dengan kemampuannya menarik dan mempertahankan staf yang bermutu dan kompeten. Pimpinan mengakui bahwa daripada rekrutmen, maka mempertahankan (retensi) staf memberikan manfaat jangka panjang yang lebih besar. Retensi meningkat jika pimpinan mendukung peningkatan kemampuan staf melalui pendidikan berkelanjutan. Dengan demikian, pimpinan berkolaborasi dalam merencanakan dan melaksanakan program dan proses yang seragam terkait dengan rekrutmen, retensi, pengembangan dan pendidikan berkelanjutan untuk setiap jenis/kategori staf. Program rekrutmen rumah sakit mempertimbangkan pedoman yang dipublikasikan seperti dari World Health Organization (WHO), *International Council of Nurses* dan *World Medical Association*.

Elemen Penilaian TKP.3.5.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Ada proses terencana untuk melakukan rekrutmen staf (lihat juga KPS.2, EP 1);	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Staf terkait 	Implementasi regulasi penerimaan staf	0 5 10	Regulasi RS tentang penerimaan staf Dokumentasi : <ul style="list-style-type: none"> SK penunjukan sertifikt pelatihan Program pelatihan seluruh unit
2. Ada proses terencana untuk retensi staf;		Implementasi regulasi untuk retensi staf	0 5 10	
3. Ada proses terencana untuk pengembangan diri dan pendidikan berkelanjutan bagi staf (lihat juga KPS.8);		Implementasi pelatihan staf	0 5 10	
4. Perencanaan dilakukan dengan bekerja sama dan melibatkan semua departemen dan pelayanan di rumah sakit		Implementasi pelatihan seluruh unit kerja di RS	0 5 10	

Standar TKP.4

Pimpinan medis, keperawatan dan pimpinan pelayanan klinis lainnya merencanakan dan melaksanakan struktur organisasi yang efektif untuk mendukung tanggung jawab dan kewenangan mereka.

Maksud dan Tujuan TKP.4.

Pimpinan medis, keperawatan dan pimpinan pelayanan klinik lainnya memiliki tanggung jawab khusus terhadap pasien dan rumah sakit. Pimpinan ini :

- mendukung adanya komunikasi yang baik diantara para profesional;
- bekerja sama merencanakan dan mengembangkan kebijakan yang mengarahkan pelayanan klinis;
- memberikan praktek etis profesi mereka;
- mengawasi mutu asuhan pasien

Pimpinan staf medis dan keperawatan menciptakan struktur organisasi yang sesuai dan efektif untuk menjalankan tanggung jawab ini. Struktur organisasi ini dan proses terkait yang digunakan untuk melaksanakan tanggung jawab dapat memberikan staf profesional tunggal yang terdiri dari dokter, perawat dan lainnya atau struktur staf medis dan keperawatan yang terpisah. Struktur yang dipilih tersebut dapat diatur dengan Peraturan Internal (Bylaws), peraturan perundang-undangan atau dapat diatur secara informal. Secara umum struktur yang dipilih :

- meliputi semua staf klinis yang terkait;
- sesuai dengan kepemilikan, misi dan struktur rumah sakit;
- sesuai dengan kompleksitas dan jumlah staf profesional rumah sakit;
- efektif dalam melaksanakan tanggung jawab yang dicantumkan diatas.

Elemen Penilaian TKP.4.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Ada struktur organisasi yang efektif yang digunakan oleh pimpinan medis, keperawatan dan pimpinan lainnya untuk melaksanakan tanggung jawab dan kewenangan mereka	• Pimpinan RS	Struktur organisasi RS dan unit kerja	0 5 10	Dokumentasi : ▪ Struktur Organisasi RS dan unit kerja
2. Struktur sesuai dengan besaran dan kompleksitas rumah sakit		Struktur tersebut sesuai dengan kompleksitas RS	0 5 10	
3. Struktur organisasi dan tata laksananya mendukung adanya komunikasi antar profesi		Implementasi dukungan komunikasi antar profesi	0 5 10	

4. Struktur organisasi dan tata laksana yang mendukung perencanaan klinik dan pengembangan kebijakan		Implementasi perencanaan klinik dan pengembangan kebijakan	0 5 10	
5. Struktur organisasi dan tata laksana yang mendukung pengawasan atas berbagai isu etika profesi		Implementasi pengawasan isu etika profesi	0 5 10	
6. Struktur organisasi dan tata laksana yang mendukung pengawasan atas mutu pelayanan klinik		Implementasi pengawasan mutu pelayanan klinik	0 5 10	

PENGATURAN				
Standar TKP.5.				
Satu atau lebih individu yang kompeten mengatur tiap departemen / unit atau pelayanan di rumah sakit				
Maksud dan Tujuan TKP.5				
Asuhan klinis, hasil pasien (<i>patient outcomes</i>) dan manajemen pelayanan kesehatan secara keseluruhan adalah seperti yang tampak dalam kegiatan asuhan klinis dan manajemen yang ada di setiap departemen atau pelayanan. Kinerja dari departemen atau pelayanan yang baik membutuhkan kepemimpinan yang jelas dari individu yang kompeten. Dalam departemen atau pelayanan yang lebih besar, kepemimpinan dapat dipisah. Dalam hal ini, tanggung jawab dari setiap peran ditetapkan secara tertulis (lihat juga APK.6.1, EP 1; PAB.2, EP 2; AP.5.9 terkait pimpinan pelayanan laboratorium klinis; AP.6.7 terkait pimpinan pelayanan radiologi dan <i>diagnostic imaging</i> ; MPO.1.1 terkait pimpinan dari pelayanan farmasi atau kefarmasian; dan PAB.2 terkait pelayanan anestesi).				
Elemen Penilaian TKP.5.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Setiap departemen/unit atau pelayanan di rumah sakit dipimpin oleh seorang dengan pelatihan, pendidikan, dan pengalaman yang setara dengan pelayanan yang diberikan. (lihat juga AP.5.8, EP1; AP.6.7, EP 1; dan MPO.1.1, EP 1)	• Pimpinan RS	Persyaratan jabatan	0 5 10	Regulasi RS tentang persyaratan jabatan Regulasi RS tentang uraian jabatan Dokumentasi : <ul style="list-style-type: none">Sertifikasi dan dokumen pendukung
2. Bila lebih dari satu orang memberikan arahan/petunjuk, maka tanggung jawab masing-masing dijabarkan secara tertulis.		Pendokumentasian uraian jabatan	0 5 10	
Standar TKP.5.1.				
Pimpinan dari setiap departemen klinis melakukan identifikasi secara tertulis tentang pelayanan yang diberikan oleh departemennya.				

Standar TKP.5.1.1.

Pelayanan dikoordinasikan dan diintegrasikan di dalam departemen atau pelayanan, maupun dengan departemen dan pelayanan lain.

Maksud dan Tujuan TKP.5.1. dan TKP.5.1.1.

Pimpinan dari departemen klinis rumah sakit bekerja sama untuk menetapkan format dan isi yang seragam dari dokumen perencanaan departemen yang spesifik. Secara umum, dokumen yang disiapkan oleh masing-masing departemen klinis menetapkan tujuan, maupun mengidentifikasi pelayanan saat ini dan yang direncanakan. Kebijakan dan prosedur di departemen mencerminkan tujuan dan pelayanan departemen, maupun pengetahuan, keterampilan, dan ketersediaan staf yang dibutuhkan untuk melakukan asesmen dan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan pasien.

Pelayanan klinis yang diberikan kepada pasien dikoordinasikan dan diintegrasikan kedalam setiap unit pelayanan. Sebagai contoh, ada integrasi antara pelayanan medis dan keperawatan. Selain itu, setiap departemen atau pelayanan mengkoordinasikan dan mengintegrasikan pelayanannya dengan departemen dan pelayanan yang lain. Duplikasi pelayanan yang tidak perlu, dihindari atau dihilangkan agar menghemat sumber daya.

Elemen Penilaian TKP.5.1.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pimpinan departemen atau pelayanan memilih dan menggunakan format dan isi yang seragam untuk dokumen perencanaan	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS 	Implementasi keseragaman pendokumentasian program kerja tiap unit	0 5 10	Regulasi Kebijakan dan prosedur Formulir usuan obat, bahan habis pakai, peralatan, agar seragam Dokumentasi : <ul style="list-style-type: none"> Program kerja tiap unit RKA Pelatihan penerapan dalam SPO Pelayanan
2. Dokumen departemen atau pelayanan menguraikan tentang pelayanan saat ini dan yang direncanakan yang diberikan oleh setiap departemen atau pelayanan		Isi dokumen tersebut menguraikan pelayanan saat ini dan yang direncanakan	0 5 10	
3. Kebijakan dan prosedur dari setiap departemen atau pelayanan mengarahkan pemberian pelayanan yang ditetapkan		Implementasi regulasi tiap unit kerja	0 5 10	
4. Kebijakan dan prosedur dari setiap departemen atau pelayanan mengatur pengetahuan dan keterampilan staf yang diperlukan untuk melakukan asesmen dan memenuhi kebutuhan pasien.		Implementasi pelatihan staf	0 5 10	

Elemen Penilaian TKP.5.1.1.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Ada koordinasi dan integrasi pelayanan di setiap departemen atau pelayanan	• Pimpinan RS	Implementasi pengkoordinasian pelayanan tiap departemen atau pelayanan	0 5 10	Dokumentasi : <ul style="list-style-type: none">▪ Rapat rutin▪ Rapat koordinasi
2. Ada koordinasi dan integrasi pelayanan dengan departemen dan pelayanan lain.		Implementasi pengkoordinasian pelayanan antar departemen atau pelayanan lain	0 5 10	
Standar TKP.5.2.				
Pimpinan merekomendasikan ruangan, peralatan, staf, dan sumber daya lain yang dibutuhkan oleh departemen atau pelayanan				
Maksud TKP.5.2.				
Setiap pimpinan departemen menyampaikan kebutuhan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya kepada manajer senior rumah sakit. Hal ini membantu dalam menjamin bahwa staf, ruangan, peralatan dan sumber daya lain tersedia secara memadai untuk memenuhi kebutuhan pasien setiap saat. Walaupun para pimpinan membuat rekomendasi tentang kebutuhan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya, kebutuhan kadang-kadang berubah atau tidak sepenuhnya dipenuhi. Jadi, pimpinan punya proses untuk menanggapi kekurangan sumber daya ini untuk menjamin pelayanan yang aman dan efektif bagi semua pasien.				
Elemen Penilaian TKP.5.2.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pimpinan merekomendasikan ruangan yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan	• Pimpinan RS	Implmentasi standar fasilitas dalam pelayanan	0 5 10	• Regulasi RS tentang standar fasilitas • Regulasi RS tentang standar ketenagaan
2. Pimpinan merekomendasikan kebutuhan peralatan yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan		Implementasi pengadaan peralatan medis yang dibutuhkan dalam pelayanan	0 5 10	
3. Pimpinan merekomendasikan jumlah dan kualifikasi staf yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan (lihat juga AP.6.3, EP 5)		Implementasi penyediaan sumber daya manusia yang memberikan pelayanan	0 5 10	

4. Pimpinan merekomendasikan sumber daya khusus lainnya yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan		Implementasi penyediaan sumber daya khusus yang memberikan pelayanan	0 5 10	
5. Pimpinan memiliki sebuah proses untuk menjawab kekurangan sumber daya.		Tindak lanjut kekurangan sumber daya	0 5 10	

Standar TKP.5.3.

Pimpinan merekomendasikan kriteria untuk menseleksi staf profesional di departemen atau pelayanan dan memilih atau merekomendasikan orang-orang yang memenuhi kriteria tersebut.

Maksud dan Tujuan TKP.5.3.

Pimpinan mempertimbangkan pelayanan yang dibeikan dan direncanakan oleh departemen atau pelayanan serta pendidikan, ketrampilan, pengetahuan dan pengalaman dari staf profesional departemen yang memberikan pelayanan tersebut. Pimpinan menyusun kriteria yang mencerminkan pertimbangan ini dan kemudian memilih staf. Para pemimpin juga bisa bekerja sama dengan departemen sumber daya manusia atau departemen lain dalam proses seleksi berdasarkan rekomendasi pimpinan.

Elemen Penilaian TKP.5.3.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pimpinan mengembangkan kriteria yang terkait dengan pendidikan, keterampilan, pengetahuan dan pengalaman yang dibutuhkan staf profesional departemen	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS 	Persyaratan jabatan di unit kerja	0 5 10	Dokumentasi : <ul style="list-style-type: none"> Dokumen persyaratan jabatan di tiap unit kerja
2. Pimpinan menggunakan kriteria tersebut pada waktu melakukan seleksi staf atau merekomendasikan staf profesional		Implementasi seleksi staf berdasar persyaratan tersebut	0 5 10	

Standar TKP.5.4

Pimpinan memberikan orientasi dan pelatihan bagi semua staf yang bertugas dan bertanggung jawab di departemen atau di pelayanan dimana mereka ditugaskan.

Maksud dan Tujuan TKP.5.4.

Pimpinan menjamin bahwa semua staf di departemen atau di pelayanan memahami tanggung jawab mereka dan menyusun orientasi dan pelatihan untuk pegawai baru. Orientasi itu meliputi misi rumah sakit, misi departemen atau pelayanan, cakupan pelayanan yang diberikan, kebijakan dan prosedur terkait dengan pemberian pelayanan. Misalnya, semua staf memahami tentang prosedur pencegahan dan pengendalian infeksi dan prosedur di rumah sakit dan di dalam departemen atau pelayanan. Jika ada kebijakan atau prosedur baru atau yang direvisi diterapkan, maka staf diberi pelatihan. (lihat juga KPS.7, AP.5.1, EP 5; AP.6.2, EP 6; PPI.11, EP4)

Elemen Penilaian TKP.5.4.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pimpinan menetapkan program orientasi bagi staf departemen yang didokumentasikan. (lihat juga KPS.7; AP.5.1, EP 5, dan AP.6.2, EP 6)	• Pimpinan RS	Pendokumentasian orientasi staf	0 5 10	Dokumentasi : ▪ Pelaksanaan orientasi ▪ Program Orientasi
2. Semua staf departemen telah selesai menjalani program tersebut. (lihat juga KPS.7; AP.5.1, EP 5; dan AP.6.2, EP 6)		Implementasi orientasi tersebut	0 5 10	

Standar TKP.5.5.

Pimpinan melakukan evaluasi kinerja departemen atau pelayanan dan kinerja stafnya.

Maksud dan Tujuan TKP.5.5.

Salah satu tanggung jawab terpenting dari seorang pimpinan departemen atau pelayanan adalah melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit di departemen tersebut. Seleksi tingkat pengukuran di departemen atau pelayanan dipengaruhi oleh :

- a. prioritas rumah sakit dalam hal pengukuran dan peningkatan terkait dengan departemen atau pelayanan;
- b. evaluasi terhadap pelayanan yang diberikan melalui berbagai sumber termasuk survei dan keluhan pasien;
- c. kebutuhan untuk memahami efisiensi dan efektivitas biaya (*cost effectiveness*) dari pelayanan yang diberikan;
- d. evaluasi atas pelayanan yang diberikan menurut penetapan kontrak. (lihat juga TKP.3.3)

Pimpinan 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 departemen atau pelayanan, tetapi juga penting untuk program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit. (lihat juga PAB.2, EP 7)

Elemen Penilaian TKP.5.5.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pimpinan melaksanakan pengukuran mutu (<i>qualitymeasures</i>) yang mengatur pelayanan yang diberikan dalam departemen atau pelayanan termasuk kriteria a) sampai d) di Maksud dan Tujuan yang sesuai dengan departemen pelayanan tersebut	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS 	Implementasi evaluasi mutu dalam pelayanan	0 5 10	Dokumentasi : <ul style="list-style-type: none"> Program kerja Laporan bulanan ttg indikator mutu Analisis terhadap capaian indikator mutu Tindak lanjut atas hasil analisis Laporan bulanan
2. Pimpinan melaksanakan pengukuran mutu terkait dengan kinerja staf dalam menjalankan tanggung jawab mereka di departemen atau pelayanan		Implementasi evaluasi kinerja staf RS	0 5 10	
3. Pimpinan melaksanakan program pengendalian mutu apabila dibutuhkan		Implementasi program pengendalian mutu	0 5 10	

4. Pimpinan departemen atau pelayanan diberikan data dan informasi yang dibutuhkan untuk mengelola dan meningkatkan asuhan dan pelayanan		Tindak lanjut atas hasil capaian indikator mutu	0 5 10	
5. Kegiatan pengukuran dan peningkatan mutu di departemen dan di pelayanan dilaporkan secara berkala dalam mekanisme pengawasan mutu di rumah sakit.		Implementasi pelaporan tentang indikator mutu	0 5 10	

ETIKA ORGANISASI
<p>Standar TKP.6.</p> <p>Rumah sakit menetapkan kerangka kerja untuk manajemen etis yang menjamin bahwa asuhan pasien diberikan didalam norma-norma bisnis, finansial, etis, dan hukum yang melindungi pasien dan hak mereka.</p>
<p>Standar TKP.6.1.</p> <p>Kerangka kerja rumah sakit untuk manajemen etis tersebut meliputi pemasaran, admisi /penerimaan pasien rawat inap (<i>admission</i>), pemindahan pasien (<i>transfer</i>), pemulangan pasien (<i>discharge</i>) dan pemberitahuan (<i>disclosure</i>) tentang kepemilikan serta konflik bisnis maupun profesional yang bukan kepentingan pasien.</p>
<p>Standar TKP. 6.2.</p> <p>Kerangka kerja rumah sakit untuk manajemen etis mendukung pengambilan keputusan secara etis di dalam pelayanan klinis dan pelayanan nonklinis.</p>
<p>Maksud dan Tujuan TKP. 6. Sampai TKP. 6.2.</p> <p>Sebuah rumah sakit memiliki tanggung jawab etis dan hukum terhadap pasien dan masyarakatnya. Pimpinan memahami tanggung jawab ini seperti yang mereka terapkan dalam kegiatan bisnis dan klinis rumah sakit tersebut. Tindakan-tindakan rumah sakit terkait insentif finansial/keuangan harus persis sama dengan nilai-nilai dan etika rumah sakit. Pimpinan membuat dokumen yang memberi pedoman untuk memberikan kerangka kerja yang konsisten dalam melaksanakan tanggung jawab ini. Waktu menyusun kerangka kerja ini, pimpinan rumah sakit memasukkan norma-norma nasional dan internasional terkait hak asasi manusia dan etika profesi. Organisasi rumah sakit berjalan dalam kerangka kerja ini untuk :</p> <ul style="list-style-type: none"> · memberitahukan kepemilikan dan setiap konflik kepentingan; · menggambarkan secara jujur pelayanan kepada pasien; · menetapkan kebijakan yang jelas tentang admisi/penerimaan rawat inap, transfer dan pemulangan pasien; · menagih secara akurat biaya pelayanan; dan · menyelesaikan konflik apabila penetapan insentif finansial dan pembayaran mungkin merugikan asuhan pasien <p>Kerangka kerja itu juga mendukung staf profesional rumah sakit dan pasien apabila dihadapkan pada dilema etis dalam asuhan pasien, misalnya keputusan tentang donor dan transplantasi; ketidaksepakatan antara pasien dengan keluarganya, dan antar pasien dengan praktisi kesehatan mereka, mengeai keputusan tentang asuhan, dan ketidak sepakatan antar profesi. Dukungan ini siap tersedia.</p>

Elemen Penilaian TKP. 6.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pimpinan rumah sakit menetapkan norma-norma etis dan hukum yang melindungi pasien dan hak mereka. (lihat juga HPK.1, EP 1 dan 2)	• Pimpinan RS	• Penetapan tentang perlindungan dan hak pasien	0 5 10	Dokumentasi : ▪ SK Panitia etika RS ▪ Program kerja Panitia Etika RS
2. Pimpinan menyusun kerangka kerja untuk mengelola etika rumah sakit		• Penetapan program kerja untuk mengelola etika rumah sakit	0 5 10	
3. Pimpinan mempertimbangkan norma etis nasional dan internasional dalam mengembangkan kerangka kerja kode etik rumah sakit		• Pimpinan mempertimbangkan norma etika nasional dan internasional dalam mengembangkan etika rumah sakit	0 5 10	
Elemen Penilaian TKP. 6.1.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit memberitahukan kepemilikan dari rumah sakit. (lihat juga AP.5.1, EP 5, dan AP.6.1. EP 2)	• Pimpinan RS	Pelaksanaan pemberitahuan kepemilikan RS	0 5 10	Dokumentasi : ▪ SK ijin RS ▪ Dokumen informasi pelayanan RS / Profil RS ▪ SK tarif RS ▪ Rincian tagihan kepada pasien
2. Rumah sakit menjelaskan secara jujur pelayanan bagi pasien		Pelaksanaan pemberian pelayanan yang jujur kepada pasien	0 5 10	
3. Rumah sakit menetapkan kebijakan tentang penerimaan, transfer dan pemulangan pasien (lihat juga APK.1.1, EP 2; APK.3, EP 1, dan APK.4, EP 1-4)		Penetapan regulasi RS tentang penerimaan, transfer dan pemulangan pasien	0 5 10	
4. Rumah sakit secara teliti membuat penagihan atas pelayanannya		Pelaksanaan penagihan biaya pelayanan yang teliti	0 5 10	
5. Rumah sakit memberitahukan, mengevaluasi dan menyelesaikan konflik apabila insentif finansial dan pembayaran merugikan asuhan pasien		Tindak lanjut bila terdapat konflik insentif finansial yang merugikan asuhan pasien	0 5 10	

Elemen Penilaian TKP. 6.2.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Kerangka kerja rumah sakit untuk manajemen etis mendukung hal-hal yang dikonfrontasi/diharapkan pada dilema etis dalam asuhan pasien	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS 	Adanya program kerja panitia etik RS dan sub komite etik dan disiplin pada masalah pelanggaran etik dalam asuhan pasien	0 5 10	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> Etika rumah sakit SK Panitia Etik Rumah Sakit SK Komite Medik Dokumentasi : <ul style="list-style-type: none"> Program kerja Panitia Etik Rumah Sakit Program kerja Sub Komite Etik dan Disiplin Notulen rapat Laporan
2. Kerangka kerja rumah sakit untuk manajemen etis mendukung hal-hal yang dikonfrontasikan pada dilema etis dalam pelayanan nonklinis		Adanya program kerja panitia etik RS dan sub komite etik dan disiplin pada masalah pelanggaran etik dalam pelayanan non klinis	0 5 10	
3. Dukungan ini siap tersedia		Implementasi dukungan tersebut	0 5 10	
4. Kerangka kerja rumah sakit memperlengkapi pelaporan yang aman bagi masalah etis dan hukum / legal		Adanya pendokumentasian laporan yang aman masalah etis dan hukum/ legal	0 5 10	

BAB 4. MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN

STANDAR, MAKSUD DAN TUJUAN DAN ELEMEN PENILAIAN				
KEPEMIMPINAN DAN PERENCANAAN				
Standar MFK 1 Rumah sakit mematuhi peraturan perundang-undangan yang berlaku dan ketentuan tentang pemeriksaan fasilitas				
Maksud dan Tujuan MFK 1 Pertimbangan pertama untuk setiap fasilitas fisik adalah peraturan perundangan dan ketentuan lainnya yang terkait dengan fasilitas tersebut. Beberapa ketentuan mungkin berbeda tergantung pada umur dan lokasi fasilitas serta faktor lainnya. Misalnya, banyak ketentuan (<i>codes</i>) konstruksi bangunan dan keselamatan kebakaran, seperti sistem sprinkler, berlaku hanya pada konstruksi baru. Para pimpinan organisasi, termasuk pimpinan rumah sakit dan manajemen senior, bertanggung jawab untuk : <ul style="list-style-type: none"> ▪ mengetahui peraturan nasional dan daerah, peraturan dan persyaratan lainnya yang berlaku terhadap fasilitas rumah sakit; ▪ mengimplementasikan ketentuan yang berlaku atau ketentuan alternatif lain yang disetujui; ▪ perencanaan dan penganggaran untuk pengembangan dan penggantian yang perlu sesuai hasil identifikasi data monitoring atau untuk memenuhi ketentuan yang berlaku dan kemudian untuk menunjukkan kemajuan dalam upaya memenuhi perencanaan. (lihat juga MFK.4.2) Bila rumah sakit sudah dinyatakan tidak memenuhi ketentuan yang berlaku, para pimpinan bertanggung jawab untuk membuat perencanaan agar dapat memenuhi ketentuan dalam kurun waktu yang ditentukan.				
Elemen penilaian MFK 1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pimpinan rumah sakit dan mereka yang bertanggung jawab atas pengelolaan fasilitas mengetahui peraturan perundang-undangan dan ketentuan lainnya yang berlaku terhadap fasilitas rumah sakit.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pimpinan RS ▪ Ketua dan staf Panitia K3 ▪ Ketua unit pemeliharaan sarana 	Peraturan perundang-undangan fasilitas RS	0 5 10	Acuan : Peraturan dan perundangan yang terkait dengan keselamatan dan keamanan fasilitas Dokumen : ▪ Dokumen ijin lift, boiler,
2. Pimpinan menerapkan ketentuan yang berlaku atau ketentuan alternatif yang disetujui		Penerapan ketentuan tersebut di RS	0 5 10	

3. Pimpinan memastikan rumah sakit memenuhi kondisi seperti hasil laporan terhadap fasilitas atau catatan pemeriksaan yang dilakukan oleh otoritas setempat		Kesesuaian hasil laporan atau hasil pemeriksaan fasilitas RS oleh petugas yang berwenang	0 5 10	genset, incenerator, ijin RS, dll <ul style="list-style-type: none"> Hasil laporan pemeriksaan fasilitas oleh Disnaker, Dinkes, Kemkes Tindak lanjut dari rekomendasi laporan.
Standar MFK 2 Rumah sakit menyusun dan menjaga rencana tertulis yang menggambarkan proses untuk mengelola risiko terhadap pasien, keluarga, pengunjung dan staf				
Maksud dan Tujuan MFK 2 Untuk mengelola risiko di lingkungan dimana pasien dirawat dan staf bekerja memerlukan perencanaan. Rumah sakit menyusun satu rencana induk atau rencana tahunan yang meliputi : <ol style="list-style-type: none"> Keselamatan dan Keamanan Keselamatan---Suatu tingkatan keadaan tertentu dimana gedung, halaman/ground dan peralatan rumah sakit tidak menimbulkan bahaya atau risiko bagi pasien, staf dan pengunjung Keamanan----Proteksi dari kehilangan, pengrusakan dan kerusakan, atau akses serta penggunaan oleh mereka yang tidak berwenang Bahan berbahaya-----penanganan, penyimpanan dan penggunaan bahan radioaktif dan bahan berbahaya lainnya harus dikendalikan dan limbah bahan berbahaya dibuang secara aman. Manajemen emergensi----tanggapan terhadap wabah, bencana dan keadaan emergensi direncanakan dan efektif Pengamanan kebakaran----Properti dan penghuninya dilindungi dari kebakaran dan asap. Peralatan medis---peralatan dipilih, dipelihara dan digunakan sedemikian rupa untuk mengurangi risiko. Sistem utilitas----listrik, air dan sistem pendukung lainnya dipelihara untuk meminimalkan risiko kegagalan pengoperasian Rencana tersebut ditulis dan di <i>up to date</i> yang merefleksikan keadaan sekarang atau keadaan terkini dalam lingkungan rumah sakit. Ada proses untuk mereview dan meng- <i>update</i>				

Elemen Penilaian MFK 2	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Ada rencana tertulis yang mencakup a) sampai f) Maksud dan Tujuan	▪ Pimpinan RS ▪ Ketua dan anggota Panitia K3 ▪ Staf RS	Adanya pedoman/panduan untuk penanggulangan bencana, K3, dan pemeliharaan fasilitas RS	0 5 10	Dokumen : ▪ Program MFK RS atau rencana induk MFK Dokumen implementasi • Bukti pelaksanaan kegiatan • Bukti evaluasi/update program/rencana induk
2. Rencana tersebut terkini atau di <i>update</i>		Proses pemutakhiran pedoman/panduan tersebut	0 5 10	
3. Rencana tersebut dilaksanakan sepenuhnya		Impementasi terhadap pedoman/panduan yang dibuat	0 5 10	
4. Rumah sakit memiliki proses evaluasi periodik dan update rencana tahunan		Proses evaluasi secara teratur terhadap pedoman/panduan tersebut	0 5 10	
Standar MFK 3				
Seorang atau lebih individu yang kompeten mengawasi perencanaan dan pelaksanaan program untuk mengelola risiko di lingkungan pelayanan				
Standar MFK 3.1				
Program monitoring yang menyediakan data insiden, cedera dan kejadian lainnya yang mendukung perencanaan dan pengurangan risi ko lebih lanjut.				
Maksud dan Tujuan MFK 3 sampai MFK 3.1.				
Program manajemen risiko fasilitas/lingkungan, baik dalam rumah sakit besar maupun kecil, perlu menugaskan seorang atau lebih untuk memimpin dan mengawasi. Di rumah sakit kecil, satu orang bisa ditugaskan paruh waktu. Di rumah sakit yang lebih besar bisa ditugaskan beberapa teknisi atau petugas dengan pelatihan khusus. Apapun penugasannya, semua aspek dari program harus dikelola dengan efektif dan konsisten secara terus-menerus.				
Program pengawasan meliputi :				
a. merencanakan semua aspek dari program;				
b. melaksanakan program;				
c. mendidik staf;				
d. memonitor dan melakukan uji coba program;				
e. melakukan evaluasi dan revisi program secara berkala;				
f. memberikan laporan tahunan ke badan pengelola tentang pencapaian program				
g. menyelenggarakan pengorganisasian dan pengeleloaan secara konsisten dan terus-menerus				

Berdasar ukuran dan kompleksitas rumah sakit, dapat dibentuk komite risiko fasilitas/lingkungan dan diberi tanggung jawab mengawasi pelaksanaan dan kesinambungan program Monitoring seluruh aspek dari program dan memberikan data yang berharga dalam rangka perbaikan program dan untuk mengurangi lebih lanjut risiko di rumah sakit.

Elemen Penilaian MFK 3	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Program pengawasan dan pengarahan dapat ditugaskan kepada satu orang atau lebih.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pimpinan RS ▪ Kepala unit pemeliharaan sarana ▪ Ketua dan anggota Panitia K3 ▪ Tenaga pengawas 	Pelaksanaan pengawasan dan pengarahan manajemen risiko fasilitas/ lingkungan RS	0 5 10	Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Program pengawasan manajemen risiko fasilitas RS ▪ Sertifikasi kompetensi ▪ Laporan kerja
2. Kompetensi petugas tersebut berdasarkan atas pengalaman atau pelatihan		Persyaratan petugas yang boleh melakukan pengawasan dan pengarahan	0 5 10	
3. Petugas tersebut merencanakan dan melaksanakan program meliputi elemen a) sampai g) Maksud dan Tujuan.		Rencana kerja dari petugas pengawas	0 5 10	
Elemen Penilaian MFK 3.1.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Ada program untuk memonitor semua aspek dari program manajemen risiko fasilitas/lingkungan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pimpinan RS ▪ Kepala unit pemeliharaan sarana ▪ Ketua dan anggota Panitia K3 ▪ Tenaga pengawas 	Tersedianya program monitoring terhadap manajemen risiko fasilitas/lingkungan	0 5 10	Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Program monitoring manajemen risiko ▪ Data hasil pemantauan program manajemen risiko fasilitas/lingkungan ▪ RTL dari hasil monitoring
2. Data monitoring digunakan untuk mengembangkan/meningkatkan program		Data pemantauannya	0 5 10	

KESELAMATAN DAN KEAMANAN
Standar MFK 4 Rumah sakit merencanakan dan melaksanakan program untuk memberikan keselamatan dan keamanan lingkungan fisik
Standar MFK 4.1. Rumah sakit melakukan pemeriksaan seluruh gedung pelayanan pasien dan mempunyai rencana untuk mengurangi risiko yang nyata serta menyediakan fasilitas fisik yang aman bagi pasien, keluarga, staf dan penunjang
Standar MFK 4.2. Rumah sakit merencanakan dan menganggarkan untuk meningkatkan atau mengganti sistem, bangunan atau komponen berdasarkan hasil inspeksi terhadap fasilitas dan tetap mematuhi peraturan perundangan
Maksud dan Tujuan MFK 4 sampai MFK 4.2. <p>Pimpinan rumah sakit menggunakan seluruh sumber daya yang ada untuk menyediakan fasilitas yang aman, efektif dan efisien (lihat juga AP.5.1, EP 1 dan AP.6.2, EP 1). Pencegahan dan perencanaan penting untuk menciptakan fasilitas pelayanan pasien yang aman dan mendukung. Untuk merencanakan secara efektif, rumah sakit harus menyadari akan seluruh risiko yang ada pada fasilitas. Ini meliputi keselamatan, seperti keamanan kebakaran, maupun risiko keamanan. Tujuannya adalah untuk mencegah kecelakaan dan cedera, menjaga kondisi bagi keselamatan dan keamanan pasien, keluarga, staf dan pengunjung; serta mengurangi dan mengendalikan bahaya dan risiko. Ini khususnya penting selama masa pembangunan atau renovasi. Sebagai tambahan, untuk menjamin keamanan, semua staf, pengunjung, <i>vendor</i>/pedagang dan lainnya di rumah sakit diidentifikasi dan diberi tanda pengenalan (<i>badge</i>) yang sementara atau tetap atau langkah identifikasi lain, juga seluruh area yang seharusnya aman, seperti ruang perawatan bayi baru lahir, yang aman dan dipantau.</p> <p>Ini dapat dilakukan dengan menyusun suatu Rencana Perbaikan Fasilitas (<i>Facility Improvement Plan</i>) dengan inspeksi yang komprehensif terhadap fasilitas, mencatat semua perabot yang tajam atau rusak yang dapat menyebabkan cedera, sampai lokasi dimana tidak ada jalan penyelamatan bila terjadi kebakaran atau tidak ada cara memonitor area yang aman. Pemeriksaan berkala ini didokumentasikan untuk membantu rumah sakit merencanakan dan melaksanakan peningkatan dan anggaran perbaikan dan penggantian fasilitas dalam rencana jangka lebih panjang.</p> <p>Kemudian, dengan memahami risiko yang ada di fasilitas fisik rumah sakit, maka rumah sakit dapat menyusun rencana yang proaktif untuk mengurangi risiko tersebut terhadap pasien, keluarga, staf dan pengunjung. Rencana tersebut dapat meliputi hal-hal seperti memasang kamera keamanan (<i>security camera</i>) di area terpencil, mengganti fenerotor emergensi, mengganti pintu kebakaran dan sejenisnya. Rencana ini meliputi keselamatan dan keamanan.</p>

Elemen Penilaian MFK 4	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit mempunyai program untuk memberikan keselamatan dan keamanan bagi fasilitas fisik, termasuk memonitor dan mengamankan area yang diidentifikasi sebagai risiko keamanan.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pimpinan RS ▪ Kepala unit pemeliharaan sarana ▪ Ketua dan anggota Panitia K3 ▪ Tenaga pengawas ▪ Staf RS terkait 	Program keselamatan dan keamanan fasilitas fisik termasuk memonitor dan mengamankan area yang diidentifikasi sebagai risiko keamanan.	0 5 10	<p>Acuan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kepmen PU 10/2000 ▪ Permen PU 24/2008 <p>Regulasi RS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan/pedoman/panduan/SPO keselamatan dan keamanan fasilitas fisik ▪ Program keselamatan dan keamanan fasilitas fisik ▪ Monitoring unit independen untuk menilai kepatuhan terhadap program MFK <p>Dokumen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Laporan kejadian cedera ▪ Pelaksanaan pengamanan pada masa pembangunan dan renovasi ▪ MoU dengan penyewahan RS
2. Program tersebut memastikan bahwa semua staf, pengunjung dan pedagang/ <i>vendor</i> dapat diidentifikasi, dan semua area yang berisiko keamanannya dimonitor dan dijaga keamanannya (lihat juga AP.5.1, EP 2, dan AP.6.2, EP 1)		Pelaksanaan pemberian identitas kepada staf, pengunjung, vendor dan area berisiko	0 5 10	
3. Program tersebut efektif untuk mencegah cedera dan mempertahankan kondisi aman bagi pasien, keluarga, staf dan pengunjung. (lihat juga SKP.6, EP 1)		Kejadian cedera pada pasien, keluarga, staf dan pengunjung	0 5 10	
4. Program meliputi keselamatan dan keamanan selama masa pembangunan dan renovasi		Program keselamatan dan keamanan selama masa pembangunan dan renovasi	0 5 10	
5. Pimpinan memanfaatkan sumber daya sesuai rencana yang disetujui		Pemanfaatan fasilitas pengamanan oleh pimpinan RS	0 5 10	
6. Bila terdapat badan independen dalam fasilitas pelayanan pasien akan disurvei, rumah sakit memastikan bahwa badan tersebut mematuhi program keselamatan.		Semua pihak yang berada di area RS mematuhi ketentuan program keselamatan	0 5 10	

Elemen Penilaian MFK 4.1.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit mempunyai hasil pemeriksaan fasilitas fisik terkini dan akurat yang didokumentasikan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pimpinan RS ▪ Kepala unit pemeliharaan sarana ▪ Ketua dan anggota Panitia K3 ▪ Tenaga pengawas ▪ Staf RS terkait 	Pendokumentasian hasil pemeriksaan fasilitas fisik terkini dan akurat	0 5 10	Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hasil pemeriksaan fasilitas ▪ Tindak lanjut atas hasil pemeriksaan ▪ Hasil evaluasi pelaksanaan tindak lanjut.
2. Rumah sakit mempunyai rencana mengurangi risiko yang nyata berdasarkan pemeriksaan tersebut		Tindak lanjut atas temuan dalam pemeriksaan fisik untuk mengurangi risiko	0 5 10	
3. Rumah sakit memperlihatkan kemajuan dalam melaksanakan rencananya.		Evaluasi terhadap upaya mengurangi risiko	0 5 10	
Elemen Penilaian MFK 4.2.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit menyusun rencana dan anggaran yang memenuhi peraturan perundangan dan ketentuan lain	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pimpinan RS ▪ 	Rencana kerja dan anggaran fasilitas RS sesuai peraturan yang berlaku	0 5 10	Regulasi tentang fasilitas RS Dokumen : Anggaran untuk perbaikan
2. Rumah sakit menyusun rencana dan anggaran untuk meningkatkan atau mengganti sistem, bangunan, atau komponen yang diperlukan agar fasilitas tetap dapat beroperasi secara aman dan efektif. (lihat juga APK.6.1, EP 5)		Implementasi dari RKA tersebut	0 5 10	

BAHAN BERBAHAYA				
Standar MFK 5 Rumah sakit mempunyai rencana tentang inventaris, penanganan, penyimpanan dan penggunaan bahan berbahaya serta pengendalian dan pembuangan bahan dan limbah berbahaya.				
Maksud dan Tujuan MFK 5 Rumah sakit mengidentifikasi dan mengendalikan secara aman bahan dan limbah berbahaya (lihat juga AP.5.1, EP 1, dan AP.6 EP 1) sesuai rencana. Bahan berbahaya dan limbahnya tersebut meliputi bahan kimia, bahan kemoterapi, bahan dan limbah radioaktif, gas dan uap berbahaya serta limbah medis dan infeksius lain sesuai ketentuan. Rencana menetapkan proses untuk : <ul style="list-style-type: none"> - inventarisasi bahan dan limbah berbahaya; - penanganan, penyimpanan dan penggunaan bahan berbahaya; - pelaporan dan investigasi dari tumpahan, paparan (<i>exposure</i>) dan insiden lainnya; - pembuangan limbah berbahaya yang benar; - peralatan dan prosedur perlindungan yang benar pada saat penggunaan, ada tumpahan (<i>spill</i>) atau paparan (<i>exposure</i>); - pendokumentasian, meliputi setiap izin dan perizinan/lisensi atau ketentuan persyaratan lainnya; 				
Elemen Penilaian MFK 5	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit mengidentifikasi bahan dan limbah berbahaya dan mempunyai daftar terbaru/mutakhir dari bahan berbahaya tersebut di rumah sakit. (lihat juga AP.5.5, EP 1, dan AP.6.6, EP 1)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pimpinan RS ▪ Ketua dan anggota Panitia K3 ▪ Staf RS terkait 	Proses identifikasi bahan dan limbah berbahaya dan daftar terbaru dari bahan dan limbah berbahaya tersebut	0 5 10	Regulasi RS • Regulasi RS tentang bahan dan limbah berbahaya serta penggunaan APD (perencanaan, pengadaan, penyimpanan, distribusi, paparan B-3) • Monitoring unit independen untuk menilai kepatuhan terhadap program MFK
2. Rencana untuk penanganan, penyimpanan dan penggunaan yang aman disusun dan diimplementasikan/diterapkan (lihat juga AP.5.1, Maksud dan Tujuan, dan EP 3; AP.5.5, EP 3; AP.6.2, EP 4; dan AP.6.6, EP 3)		Implementasi dari hasil identifikasi tersebut	0 5 10	
3. Rencana untuk pelaporan dan investigasi dari tumpahan, paparan (<i>exposure</i>) dan insiden lainnya disusun dan diterapkan.		Implementasi sistem pelaporan dan investigasi dari tumpahan, paparan (<i>exposure</i>) dan insiden lainnya	0 5 10	

4. Rencana untuk penanganan limbah yang benar di dalam rumah sakit dan pembuangan limbah berbahaya secara aman dan sesuai ketentuan hukum disusun dan diterapkan. (lihat juga AP.6.2, EP 4)		Implementasi dari regulasi RS tentang bahan dan limbah berbahaya	0 5 10	Dokumen implementasi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Daftar dan lokasi bahan limbah berbahaya terbaru di RS ▪ MSDS ▪ Hasil investigasi dari tumpahan, paparan dan insiden lainnya ▪ MoU dengan penyewahan RS
5. Rencana untuk alat dan prosedur perlindungan yang benar dalam penggunaan, ada tumpahan dan paparan disusun dan diterapkan. (lihat juga AP.5.1, EP 4; AP.6.2, EP 5; dan AP.6.6, EP 5)		Implementasi dari penggunaan APD jika terdapat tumpahan dan paparan dari bahan dan limbah berbahaya	0 5 10	
6. Rencana untuk mendokumentasikan persyaratan, meliputi setiap izin, lisensi, atau ketentuan persyaratan lainnya disusun dan diterapkan.		Dokumen persyaratan staf yang diperbolehkan mengelola bahan dan limbah berbahaya	0 5 10	
7. Rencana untuk pemasangan label pada bahan dan limbah berbahaya disusun dan diterapkan. (lihat juga AP.5.5, EP 5; dan AP.6.6, EP 5)		Implementasi pemasangan label pada bahan dan limbah berbahaya.	0 5 10	
8. Bila terdapat unit independen dalam fasilitas pelayanan pasien yang akan disurvei, rumah sakit memastikan bahwa unit tersebut mematuhi rencana penanganan bahan berbahaya.		Semua pihak yang ada di RS mematuhi rencana penanganan bahan berbahaya	0 5 10	

KESIAPAN MENGHADAPI BENCANA

Standar MFK 6

Rumah Sakit menyusun dan memelihara rencana manajemen kedaruratan dan program menganggapi bila terjadi kedaruratan komunitas demikian, wabah dan bencana alam atau bencana lainnya.

Standar MFK 6.1.

Rumah sakit melakukan uji coba/simulasi penanganan/menanggapi kedaruratan, wabah dan bencana.

Maksud dan Tujuan MFK 6 - MFK 6.1

Kedaruratan komunitas, wabah dan bencana mungkin terjadi di rumah sakit, seperti kerusakan pada area/ruang rawat pasien akibat gempa atau wabah flu yang menyebabkan staf tidak dapat masuk kerja. Untuk menanggapi secara efektif, rumah sakit membuat rencana dan program penanganan kedaruratan seperti itu. Rencana tersebut berisikan proses untuk:

- a. menetapkan jenis, kemungkinan dan konsekuensi dari bahaya, ancaman dan kejadian;
- b. menetapkan peran rumah sakit dalam kejadian tersebut;
- c. strategi komunikasi pada kejadian;
- d. pengelolaan sumber daya pada waktu kejadian, termasuk sumber daya alternatif;
- e. pengelolaan kegiatan klinis pada waktu kejadian, termasuk alternatif tempat pelayanan;
- f. identifikasi dan penugasan peran dan tanggung jawab staf pada waktu kejadian
- g. proses untuk mengelola keadaan darurat/kedaruratan bila terjadi pertentangan antara tanggung jawab staf secara pribadi dengan tanggung jawab rumah sakit dalam hal penugasan staf untuk pelayanan pasien

Rencana kesiapan menghadapi bencana diujicoba melalui :

- ujicoba tahunan seluruh rencana penanggulangan bencana baik secara internal maupun sebagai bagian dan dilakukan bersama dengan masyarakat; atau
- ujicoba sepanjang tahun terhadap elemen kritis dari c) sampai dengan g) dari rencana tersebut.

Bila rumah sakit mengalami bencana secara nyata, mengaktifasi rencana yang ada, dan setelah itu diberi pengarahan yang tepat, dan situasi ini digambarkan setara dengan uji coba tahunan.

Elemen Penilaian MFK 6	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit harus mengidentifikasi kemungkinan terjadinya bencana internal dan eksternal, seperti keadaan darurat dalam masyarakat, wabah dan bencana alam atau bencana lainnya, serta terjadinya kejadian wabah yang menimbulkan terjadinya risiko yang signifikan.	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Ketua dan anggota Panitia K3 Staf RS terkait 	Proses identifikasi bencana internal dan eksternal di RS	0 5 10	Regulasi: <ul style="list-style-type: none"> Pedoman penanggulangan kebakaran, kewaspadaan bencana dan evakuasi Monitoring unit independen untuk menilai kepatuhan terhadap program MFK Dokumen : <ul style="list-style-type: none"> Pelatihan penanggulangan kebakaran, kewaspadaan bencana dan evakuasi
2. Rumah sakit merencanakan untuk menangani kemungkinan bencana, meliputi item a) sampai g) di atas		Implementasi penanggulangan bencana hasil proses identifikasi tersebut	0 5 10	
Elemen Penilaian MFK 6.1.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Seluruh rencana diujicoba secara tahunan atau sekurang-kurangnya elemen kritis dari c) sampai g) dari rencana	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Staf RS Penyewa lahan RS 	Implementasi ujicoba penanggulangan kedaruratan komunitas sekurang-kurangnya c) sampai g)	0 5 10	Dokumen : <ul style="list-style-type: none"> Program penanggulangan kebakaran, kewaspadaan bencana dan evakuasi Posttest Sertifikasi MoU dengan penyewa lahan RS
2. Pada akhir setiap uji coba, dilakukan tanya-jawab (<i>debriefing</i>) mengenai ujicoba yang dilakukan		Hasil tanya jawab/posttest dari ujicoba tersebut	0 5 10	
3. Bila terdapat badan independen dalam fasilitas pelayanan pasien yang akan disurvei, rumah sakit memastikan bahwa unit tersebut mematuhi rencana kesiapan menghadapi bencana.		Semua pihak yang ada di RS mematuhi rencana kesiapan menghadapi bencana	0 5 10	

PENGAMANAN KEBAKARAN
<p>Standar MFK 7</p> <p>Rumah sakit merencanakan dan melaksanakan program untuk memastikan bahwa seluruh penghuni di rumah sakit aman dari kebakaran, asap atau kedaruratan lainnya.</p>
<p>Standar MFK 7.1.</p> <p>Perencanaan meliputi pencegahan, deteksi dini, penghentian/pemadaman (<i>suppression</i>), meredakan dan jalur evakuasi aman (<i>safe exit</i>) dari fasilitas sebagai respon terhadap kedaruratan akibat kebakaran atau bukan kebakaran.</p>
<p>Standar MFK 7.2.</p> <p>Rumah sakit secara teratur melakukan uji coba rencana pengamanan kebakaran dan asap, meliputi setiap peralatan yang terkait untuk deteksi dini dan penghentian (<i>suppression</i>) dan mendokumentasikan hasilnya.</p>

Maksud dan Tujuan MFK 7 sampai MFK 7.2

Kebakaran adalah risiko yang selalu ada di rumah sakit. Karenanya, setiap rumah sakit perlu merencanakan bagaimana menjamin penghuni rumah sakit tetap aman sekalipun terjadi kebakaran atau ada asap. Rumah sakit merencanakan secara khusus :

- pencegahan kebakaran melalui pengurangan risiko kebakaran, seperti penyimpanan dan penanganan secara aman bahan mudah terbakar, termasuk gas medik, seperti oksigen;
- bahaya yang terkait dengan setiap pembangunan di dalam atau berdekatan dengan bangunan yang dihuni pasien;
- jalan keluar yang aman dan tidak terhalang bila terjadi kebakaran;
- sistem peringatan dini, sistem deteksi dini, seperti, deteksi asap (*smoke detector*), alarm kebakaran, dan patroli kebakaran; dan
- mekanisme penghentian/supresi (*suppression*) seperti selang air, supresan kimia (*chemical suppressants*) atau sistem penyemburan (*sprinkler*).

Tindakan ini, bila digabungkan akan memberi waktu yang cukup bagi pasien, keluarga, staf dan pengunjung untuk menyelamatkan diri dari kebakaran dan asap. Tindakan ini tanpa memandang umur, ukuran atau konstruksi dari fasilitas. Contohnya, fasilitas berbahan batu bata satu tingkat akan menggunakan metode yang berbeda dengan fasilitas kayu yang besar dan bertingkat.

Rencana pengamanan kebakaran rumah sakit mengidentifikasi :

- frekuensi pemeriksaan, uji coba dan pemeliharaan sistem perlindungan dan pengamanan kebakaran, sesuai ketentuan;
- rencana evakuasi yang aman dari fasilitas bila terjadi kebakaran atau ada asap;
- proses untuk melakukan uji coba semua bagian dari rencana, dalam jangka waktu 12 bulan;
- pendidikan yang perlu bagi staf untuk dapat melindungi secara efektif dan mengevakuasi pasien bila terjadi kedaruratan, dan ;
- partisipasi semua staf dalam uji coba pengamanan kebakaran sekurang-kurangnya setahun sekali.

Sebuah ujicoba rencana dapat dilakukan dengan beberapa cara. Sebagai contoh, rumah sakit dapat menetapkan "*fire marshal*" /perwira kebakaran untuk setiap unit dan dia ditugasi untuk menanyai staf secara acak tentang apa yang akan mereka lakukan jika kebakaran terjadi pada unit mereka. Staf dapat diberi pertanyaan spesifik, seperti "Dimana letak katup penutup oksigen? Jika anda harus menutup katup oksigen, bagaimana cara Anda merawat/mengasuh pasien yang membutuhkan oksigen? Di mana letak alat pemadam api pada unit anda? Bagaimana anda melaporkan kejadian kebakaran? Bagaimana anda melindungi pasien selama terjadinya kebakaran? Bila anda harus mengevakuasi pasien, prosesnya bagaimana?. Staf seharusnya dapat merespon dengan tepat pertanyaan tersebut. Bila tidak, hal ini harus didokumentasikan dan dikembangkan suatu rencana reedukasi. *Fire marshal* harus selalu membuat catatan tentang siapa saja yang berpartisipasi. Rumah sakit dapat juga mengembangkan tes tertulis untuk staf yang terkait dengan pengamanan kebakaran sebagai bagian dari uji coba rencana.

Seluruh pemeriksaan, uji coba dan pemeliharaan didokumentasikan.

Elemen Penilaian MFK 7	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit merencanakan program untuk memastikan seluruh penghuni rumah sakit aman dari kebakaran, asap atau kedaruratan lain yang bukan kebakaran.	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Ketua dan anggota Panitia K3 Staf terkait 	Program K3 pengamanan kebakaran, asap atau kedaruratan lain yang bukan kebakaran	0 5 10	<ul style="list-style-type: none"> Regulasi tentang penanggulangan kebakaran Monitoring unit independen untuk menilai kepatuhan terhadap program MFK Dokumen : <ul style="list-style-type: none"> Program K3 Laporan kegiatan Sertifikasi MoU dengan penyewaan lahan RS
2. Program dilaksanakan secara terus-menerus dan komprehensif untuk memastikan bahwa seluruh ruang rawat pasien dan tempat kerja staf termasuk dalam program.		Implementasi program K3 tersebut oleh semua pihak yang ada di RS	0 5 10	
3. Bila terdapat badan independen di fasilitas pelayanan pasien yang akan disurvei, rumah sakit memastikan bahwa badan tersebut mematuhi rencana pengamanan kebakaran.		Semua pihak yang ada di RS mematuhi rencana pengamanan kebakaran	0 5 10	
Elemen Penilaian MFK 7.1.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Program termasuk pengurangan risiko kebakaran;	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Ketua dan anggota Panitia K3 	Program pengurangan risiko kebakaran	0 5 10	Dokumen : Program Pengamanan kebakaran dan evakuasi
2. Program termasuk asesmen risiko kebakaran saat ada pembangunan di atau berdekatan dengan fasilitas;		Program asesmen risiko kebakaran terhadap pembangunan di atau berdekatan dengan fasilitas	0 5 10	
3. Program termasuk deteksi dini kebakaran dan asap;		Program deteksi dini kebakaran dan asap	0 5 10	
4. Program termasuk meredakan kebakaran dan pengendalian (<i>containment</i>) asap.		Program meredakan kebakaran dan pengendalian (<i>containment</i>) asap	0 5 10	

5. Program termasuk evakuasi/ jalan keluar yang aman dari fasilitas bila terjadi kedaruratan akibat kebakaran dan kedaruratan bukan kebakaran.		Program evakuasi/ jalan keluar bila terjadi kedaruratan akibat kebakaran dan kedaruratan bukan kebakaran	0 5 10	
Elemen Penilaian MFK 7.2.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Sistem deteksi kebakaran dan pemadaman diinspeksi dan diuji coba, serta dipelihara, yang frekuensinya ditetapkan oleh rumah sakit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pimpinan RS ▪ Ketua dan anggota Panitia K3 ▪ Staf RS 	Implementasi uji coba dan pemeliharaan sistem deteksi kebakaran dan pemadaman	0 5 10	Regulasi tentang pemeliharaan sistem deteksi kebakaran dan pemadaman
2. Staf dilatih untuk berpartisipasi dalam perencanaan pengamanan kebakaran dan asap (lihat juga MFK.11.1, EP1)		Program pelatihan staf dalam pengamanan kebakaran	0 5 10	Dokumen : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Daftar sistem deteksi kebakaran dan alat pemadaman ▪ Bukti ujicoba dan pemeliharaan sistem deteksi serta alat pemadam ▪ Sertifikasi pelatihan pemadaman dan evakuasi
3. Semua staf berpartisipasi sekurang-kurangnya setahun sekali dalam rencana pengamanan kebakaran dan asap. (Lihat juga MFK 11.1, EP 1).		Program pelatihan staf tersebut dilakukan sekurang-kurangnya setahun sekali	0 5 10	
4. Staf dapat memeragakan cara membawa pasien ke tempat aman.		Implementasi evakuasi pasien	0 5 10	
5. Pemeriksaan, uji coba dan pemeliharaan peralatan dan sistem didokumentasikan.		Pendokumentasian ujicoba dan pemeliharaan sistem deteksi dan pemadaman	0 5 10	

Standar MFK 7.3.

Rumah sakit menyusun dan mengimplementasikan kebijakan pelarangan merokok.

Maksud dan Tujuan MFK 7.3.

Rumah Sakit menyusun dan mengimplementasikan kebijakan pelarangan merokok, yang :

- Berlaku bagi seluruh pasien, keluarga, staf dan pengunjung;
- Melarang merokok di lingkungan rumah sakit

Kebijakan rumah sakit tentang merokok menetapkan pengecualian bagi pasien yang karena alasan medis atau psikiatri mengizinkan pasien merokok. Bila pengecualian tersebut diberikan maka pasien tersebut hanya merokok di tempat yang ditentukan, jauh dari pasien lainnya.

Elemen Penilaian MFK 7.3.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit membuat kebijakan dan/atau prosedur untuk melarang merokok.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pimpinan RS ▪ Staf RS 	Peraturan larangan merokok	0 5 10	Acuan : Instruksi Menkes RI No. 84/Menkes/Inst/II/2002 tentang Kawasan Tanpa Rokok di Tempat Kerja dan Sarana Kesehatan Regulasi tentang larangan merokok
2. Kebijakan dan/atau prosedur tersebut berlaku bagi pasien, keluarga, pengunjung dan staf.		Sasaran peraturan tersebut	0 5 10	
3. Kebijakan dan/atau prosedur tersebut telah dimplementasikan		Implementasi peraturan tersebut	0 5 10	

PERALATAN MEDIS				
Standar MFK 8				
Rumah sakit merencanakan dan mengimplementasikan program untuk pemeriksaan, uji coba dan pemeliharaan peralatan medis dan mendokumentasikan hasilnya.				
Standar MFK 8.1.				
Rumah sakit mengumpulkan data hasil monitoring terhadap program manajemen peralatan medis. Data tersebut digunakan dalam menyusun rencana kebutuhan jangka panjang rumah sakit untuk peningkatan dan penggantian peralatan.				
Maksud dan Tujuan MFK 8 dan MFK 8.1.				
<p>Untuk menjamin ketersediaan dan berfungsi/laik pakainya peralatan medis, rumah sakit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - melakukan inventarisasi peralatan medis; - melakukan pemeriksaan peralatan medis secara teratur; - melakukan uji coba peralatan medis sesuai dengan penggunaan dan ketentuannya; - melaksanakan pemeliharaan preventif. <p>Staf yang kompeten memberikan pelayanan ini. Peralatan diperiksa dan diuji coba sejak masih baru dan seterusnya, sesuai umur dan penggunaan peralatan tersebut atau sesuai instruksi pabrik. Pemeriksaan, hasil uji coba dan setiap kali pemeliharaan didokumentasikan. Ini membantu memastikan kelangsungan proses pemeliharaan dan membantu bila menyusun rencana permodalan untuk penggantian, perbaikan/peningkatan (<i>upgrade</i>), dan perubahan lain. (lihat juga AP.6.5, Maksud dan Tujuan)</p>				
Elemen Penilaian MFK 8	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Peralatan medis di seluruh rumah sakit dikelola sesuai rencana. (lihat juga AP.5.4, EP 1, dan AP.6.5, EP 1)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pimpinan RS ▪ Ketua dan anggota unit pemeliharaan sarana RS 	Program pengadaan dan pemeliharaan peralatan medis	0 5 10	Rencana Kerja dan Anggaran alat medis
2. Ada daftar inventaris untuk seluruh peralatan medis. (lihat juga AP.5.4, EP 3, dan AP.6.5, EP 4)		Daftar inventaris peralatan medis	0 5 10	Dokumen : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Daftar inventaris peralatan medis ▪ Bukti pemeliharaan dan kalibrasi alat medis ▪ Bukti ujicoba alat
3. Peralatan medis diinspeksi secara teratur. (lihat juga AP.5.4, EP 4, dan AP.6.5, EP 4)		Implementasi pemeliharaan dan kalibrasi alat	0 5 10	

4. Peralatan medis diuji coba sejak baru dan sesuai umur, penggunaan dan rekomendasi pabrik (lihat juga AP.5.4, EP 5, dan AP.6.5, EP 5)		Implementasi ujicoba alat sesuai penggunaannya dan rekomendasi pabrik	0 5 10	▪ Surat tugas/ sertifikasi petugas pemeliharaan alat
5. Ada program pemeliharaan preventif (lihat juga AP.5.4, EP 6, dan AP.6.5, EP 6)		Program pemeliharaan preventif	0 5 10	
6. Tenaga yang kompeten memberikan pelayanan ini.		Persyaratan tenaga pemeliharaan peralatan medis.	0 5 10	
Elemen Penilaian MFK 8.1.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Data hasil monitoring dikumpulkan dan didokumentasikan untuk program manajemen peralatan medis. (lihat juga AP.5.4, EP 7, dan AP.6.5, EP 7)		Data hasil pemantauan pemeliharaan peralatan medis	0 5 10	Regulasi tentang pemeliharaan alat
2. Data hasil monitoring digunakan untuk keperluan perencanaan dan perbaikan		Tindak lanjut dari hasil pemantauan tersebut	0 5 10	Dokumen implementasi : ▪ Bukti pemeliharaan dan kalibrasi alat ▪ Hasil pemeliharaan dan kalibrasi
Standar MFK 8.2				
Rumah sakit mempunyai sistem penarikan kembali produk/peralatan				
Maksud dan Tujuan MFK 8.2.				
Rumah sakit mempunyai proses identifikasi, penarikan dan pengembalian atau pemusnahan produk dan peralatan medis yang ditarik kembali oleh pabrik atau suplaier. Ada kebijakan atau prosedur yang mengatur penggunaan setiap produk atau peralatan yang ditarik kembali (<i>under recall</i>).				

Elemen Penilaian MFK 8.2.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Ada sistem penarikan kembali produk/peralatan di rumah sakit	▪ Pimpinan RS	Sistem penarikan produk/alat	0 5 10	Regulasi tentang penarikan kembali produk/peralatan RS
2. Kebijakan atau prosedur yang mengatur penggunaan setiap produk dan peralatan yang dalam proses penarikan kembali.		Kebijakan atau prosedur penarikan kembali	0 5 10	Dokumen : ▪ Bukti penarikan produk/alat
3. Kebijakan dan prosedur tersebut diimplementasikan.		Implementasi dari kebijakan atau prosedur tersebut	0 5 10	
SISTEM UTILITI (SISTEM PENDUKUNG)				
Standar MFK 9				
Air minum dan listrik tersedia 24 jam sehari, tujuh hari seminggu, melalui sumber reguler atau alternatif, untuk memenuhi kebutuhan utama asuhan pasien.				
Maksud dan Tujuan MFK 9				
Asuhan pasien di rumah sakit, baik yang rutin maupun urgen, tersedia 24 jam, setiap hari dalam seminggu. Karenanya, sumber air minum dan listrik harus tersedia tanpa putus untuk memenuhi kebutuhan esensial asuhan pasien. Dapat menggunakan sumber reguler atau alternatif.				
Elemen Penilaian MFK 9	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Air minum tersedia 24 jam sehari, tujuh hari seminggu	▪ Pimpinan RS ▪ Ketua dan anggota unit pemeliharaan sarana RS	Implementasi ketersediaan air minum 24 jam	0 5 10	
2. Listrik tersedia 24 jam sehari, tujuh hari seminggu		Implementasi ketersediaan listrik 24 jam	0 5 10	

Standar MFK 9.1.

Rumah sakit memiliki proses emergensi untuk melindungi penghuni rumah sakit dari kejadian terganggunya, terkontaminasi atau kegagalan sistem pengadaan air minum dan listrik

Standar MFK 9.2.

Rumah sakit melakukan uji coba sistem emergensi dari air minum dan listrik secara teratur sesuai dengan sistem dan hasilnya didokumentasikan.

Maksud dan Tujuan MFK 9.1. dan MFK 9.2.

Setiap rumah sakit memiliki peralatan medis dan sistem pendukung/*utility* yang berbeda tergantung misi, kebutuhan pasien dan sumber daya yang ada. Tanpa memperhatikan jenis sistem dan tingkat sumber daya, rumah sakit wajib melindungi pasien dan staf dalam keadaan emergensi, seperti kegagalan dan gangguan sistem, atau kontaminasi.

Untuk menghadapi keadaan emergensi tersebut, rumah sakit :

- mengidentifikasi peralatan, sistem dan tempat yang potensial menimbulkan risiko tertinggi terhadap pasien dan staf (sebagai contoh, mengidentifikasi area yang memerlukan pencahayaan, pendinginan, alat pendukung hidup */life support*, dan air bersih untuk membersihkan dan mensterilkan perbekalan);
- melakukan asesmen dan meminimisasi risiko dari kegagalan sistem pendukung di tempat-tempat tersebut;
- merencanakan sumber darurat listrik dan air bersih untuk tempat tersebut dan kebutuhannya;
- melakukan uji coba ketersediaan dan keandalan sumber darurat listrik dan air;
- mendokumentasikan hasil uji coba;
- memastikan bahwa pengujian alternatif sumber air dan listrik dilakukan minimal/sekurang-kurangnya setiap tahun atau lebih sering jika diharuskan oleh peraturan perundangan atau oleh kondisi sumber listrik dan air;

Kondisi sumber listrik dan air yang mengharuskan peningkatan frekuensi pengujian meliputi:

- o perbaikan berulang dari sistem air
- o seringnya kontaminasi terhadap sumber air;
- o jaringan listrik yang tidak bisa diandalkan; dan
- o padamnya listrik yang tak terduga dan berulang.

Elemen Penilaian MFK 9.1.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit mengidentifikasi area dan pelayanan yang berisiko paling tinggi bila terjadi kegagalan listrik atau air minum terkontaminasi atau terganggu.	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Ketua dan anggota unit pemeliharaan sarana RS 	Proses identifikasi area berisiko tinggi bila terjadi gangguan listrik atau air minum	0 5 10	Regulasi tentang pengadaan sumber listrik dan air minum serta sumber alternatifnya.
2. Rumah sakit berusaha untuk mengurangi risiko bila hal itu terjadi.		Pencegahan terjadinya gangguan listrik atau air minum	0 5 10	Dokumen : <ul style="list-style-type: none"> Daftar area berisiko tinggi bila terjadi gangguan listrik atau air minum Daftar sumber alternatif listrik atau air minum
3. Rumah sakit merencanakan sumber listrik dan air minum alternatif dalam keadaan emergensi.		Sumber alternatif listrik atau air minum	0 5 10	
Elemen Penilaian MFK 9.2.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit melakukan uji coba sumber air minum alternatif sekurangnya setahun sekali atau lebih sering bila diharuskan oleh peraturan perundangan yang berlaku atau oleh kondisi sumber air	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Ketua dan anggota unit pemeliharaan sarana RS 	Implementasi ujicoba sumber alternatif air minum	0 5 10	Dokumen : <ul style="list-style-type: none"> Daftar sumber alternatif air minum dan listrik Bukti ujicoba sumber alternatif air minum dan listrik Data hasil ujicoba
2. Rumah sakit mendokumentasi hasil uji coba tersebut		Pendokumentasian hasil uji coba	0 5 10	
3. Rumah sakit melakukan uji coba sumber listrik alternatif sekurangnya setahun sekali atau lebih sering bila diharuskan oleh peraturan perundangan yang berlaku atau oleh kondisi sumber listrik.		Implementasi ujicoba sumber alternatif listrik	0 5 10	
4. Rumah sakit mendokumentasi hasil uji coba tersebut		Pendokumentasian hasil uji coba	0 5 10	

Standar MFK 10

Sistem listrik, limbah, ventilasi, gas medis dan sistem kunci lainnya secara teratur diperiksa, dipelihara, dan bila perlu ditingkatkan

Standar MFK 10.1.

Petugas atau otoritas yang ditetapkan memonitor mutu air secara teratur.

Standar MFK 10.2.

Rumah sakit mengumpulkan data hasil monitoring program manajemen sistem utiliti/pendukung. Data tersebut digunakan untuk merencanakan kebutuhan jangka panjang rumah sakit untuk peningkatan atau penggantian sistem utiliti/pendukung.

Maksud dan Tujuan MFK 10 sampai MFK 10.2.

Pengoperasian sistem pendukung dan sistem kunci lainnya di rumah sakit secara aman, efektif dan efisien perlu/esensial bagi keselamatan pasien, keluarga, staf dan pengunjung serta untuk memenuhi kebutuhan asuhan pasien. Sebagai contoh, kontaminasi limbah di area persiapan makanan, ventilasi yang tidak adekuat di laboratorium klinis, penyimpanan tabung oksigen yang tidak aman, kebocoran pipa oksigen dan kabel listrik bertegangan berjumbai dan kesemuanya bisa menimbulkan bahaya. Untuk menghindari ini dan bahaya lainnya, rumah sakit mempunyai proses sistem pemeriksaan yang teratur dan melakukan pencegahan dan pemeliharaan lainnya. Selama uji coba, perhatian ditujukan pada komponen kritis (sebagai contoh, *switches dan relays*) dari sistem tersebut. Sumber listrik emergensi dan cadangan diuji coba dalam lingkungan yang direncanakan dan mensimulasikan beban aktual yang dibutuhkan. Peningkatan dilakukan sesuai kebutuhan, misalnya penambahan pelayanan listrik di area yang punya peralatan baru.

Kualitas air bisa berubah secara mendadak karena banyak sebab, beberapa mungkin di luar rumah sakit, seperti putusnya pipa penyaluran /supply ke rumah sakit atau adanya kontaminasi di sumber air kota. Kualitas air juga merupakan faktor kritis dalam proses asuhan klinis, seperti pada *chronic renal dialysis*. Karenanya, rumah sakit menyusun proses pemantauan kualitas air secara teratur, meliputi pemeriksaan biologis/*biological* air yang digunakan untuk hemodialisis. Frekuensi pemantauan dilaksanakan sebagian berdasarkan pengalaman dengan masalah kualitas air. Pemantauan dapat dilakukan oleh staf yang ditunjuk oleh rumah sakit, seperti staf dari laboratorium klinis atau oleh otoritas kesehatan masyarakat atau penilik air dari luar rumah sakit yang dinilai kompeten untuk menjalankan pemeriksaan ini. Menjadi tanggung jawab rumah sakit untuk memastikan bahwa pemeriksaan dilakukan secara lengkap sesuai ketentuan.

Pemantauan sistem yang esensial /penting membantu rumah sakit mencegah terjadinya masalah dan menyediakan informasi yang diperlukan untuk membuat keputusan dalam perbaikan sistem dan dalam merencanakan peningkatan atau penggantian sistem utiliti/pendukung. Data hasil monitoring didokumentasikan.

Elemen Penilaian MFK 10	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit mengidentifikasi sistem pendukung, gas medis, ventilasi dan sistem kunci lainnya.	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Ketua dan anggota unit pemeliharaan sarana 	Proses identifikasi sistem pendukung, gas medis, ventilasi dan sistem kunci di RS	0 5 10	Regulasi RS tentang pemeliharaan sistem pendukung, gas medis, ventilasi dan sistem kunci Dokumen : <ul style="list-style-type: none"> Daftar sistem pendukung, gas medis, ventilasi dan sistem kunci yang ada di RS Hasil pemeriksaan Bukti pemeliharaan Bukti ujicoba
2. Sistem kunci diperiksa secara teratur		Proses pemeriksaan sistem kunci	0 5 10	
3. Sistem kunci diuji coba secara teratur		Proses ujicoba sistem kunci	0 5 10	
4. Sistem kunci dipelihara secara teratur		Proses pemeliharaan sistem kunci	0 5 10	
5. Sistem kunci ditingkatkan bila perlu		Tindak lanjut dari hasil pemeriksaan	0 5 10	
Elemen Penilaian MFK 10.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Kualitas air dimonitor secara teratur		Pemantauan kualitas air	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> Pengadaan air bersih Pemantauan air bersih
2. Air yang digunakan untuk hemodialisis/ <i>chronic renal dialysis</i> diperiksa secara teratur.		Pemantauan air di ruang hemodialisa	0 5 10	

Elemen Penilaian MFK 10.2.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Data hasil monitoring dikumpulkan dan didokumentasikan untuk program manajemen pendukung/utiliti medis.	Tenaga pengawas sistem pendukung/ utiliti medis	Pendokumentasian hasil pemantauan sistem pendukung/ utiliti	0 5 10	Dokumen : ▪ Data hasil pemantauan sistem pendukung/utiliti
2. Data hasil monitoring digunakan untuk tujuan perencanaan dan peningkatan.		Tindak lanjut hasil pemantauan	0 5 10	

PENDIDIKAN STAF
Standar MFK 11 Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan bagi seluruh staf tentang peran mereka dalam menyediakan fasilitas asuhan pasien yang aman dan efektif.
Standar MFK 11.1 Staf rumah sakit diberi pelatihan dan pengetahuan tentang peran mereka dalam rencana rumah sakit untuk pengamanan kebakaran, keamanan, bahan berbahaya dan kedaruratan.
Standar MFK 11.2. Staf rumah sakit terlatih untuk mengoperasikan dan memelihara peralatan medis dan sistem utiliti
Standar MFK 11.3 Secara berkala rumah sakit melakukan tes pengetahuan staf melalui peragaan, simulasi dan metode lain yang cocok. Tes ini didokumentasikan.

Maksud dan Tujuan MFK 11 sampai MFK 11.3.

Staf rumah sakit adalah sumber utama yang kontak dengan pasien, keluarga dan pengunjung. Karenanya, mereka butuh pendidikan dan pelatihan agar dapat melakukan perannya dalam melakukan identifikasi dan mengurangi risiko, melindungi orang lain dan dirinya sendiri, serta menciptakan fasilitas yang aman (*safe and secure*) (lihat juga MFK.7.2, EP 3) Setiap rumah sakit harus menentukan jenis dan tingkatan pelatihan bagi stafnya dan mendokumentasikan program pendidikan dan pelatihan. Program dapat meliputi instruksi kelompok, materi pendidikan tercetak, komponen orientasi bagi staf baru, atau mekanisme lainnya yang memenuhi kebutuhan rumah sakit. Program dimaksud meliputi instruksi tentang proses pelaporan risiko yang potensial, pelaporan insiden dan cedera, serta penanganan bahan berbahaya dan bahan lainnya yang mungkin menimbulkan risiko bagi dirinya atau bagi orang lain.

Staf yang bertanggung jawab untuk mengoperasikan peralatan medis mendapat pelatihan khusus. Pelatihan dapat dilakukan oleh rumah sakit, pabrik peralatan medis tersebut, atau sumber lainnya yang berpengetahuan banyak.

Rumah sakit merencanakan program yang dirancang untuk melakukan tes berkala atas pengetahuan staf tentang prosedur kedaruratan, meliputi prosedur pengamanan kebakaran, tanggapan terhadap bahaya, seperti tumpahan bahan berbahaya; dan tumpahannya, dan penggunaan peralatan medis yang mungkin menimbulkan risiko pada pasien dan staf. Pengetahuan dapat dites melalui berbagai cara, seperti peragaan perorangan atau kelompok; pementasan simulasi seperti wabah yang timbul di masyarakat, penggunaan tes tertulis atau komputer; atau cara lain yang cocok dengan pengetahuan yang dites. Rumah sakit mendokumentasikan siapa saja yang dites dan hasilnya.

Elemen Penilaian MFK 11	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Untuk setiap komponen dari program manajemen fasilitas dan keselamatan rumah sakit, ada pendidikan yang direncanakan untuk memastikan staf dari semua shift dapat menjalankan tanggung jawab mereka secara efektif. (lihat juga AP.5.1, EP 5, dan AP.6.2, EP 6)	<ul style="list-style-type: none">▪ Pimpinan RS▪ Staf RS▪ Penyewa lahan RS	Program pelatihan staf RS tentang manajemen fasilitas dan keselamatan	0 5 10	Rencana Kerja dan Anggaran Dokumen : <ul style="list-style-type: none">▪ Program manajemen fasilitas dan keselamatan▪ Daftar hadir▪ Pre/ post test▪ Sertifikasi
2. Pendidikan meliputi pengunjung, pedagang/ <i>vendor</i> , pekerja kontrak dan lainnya yang diidentifikasi rumah sakit serta stafnya yang bekerja dalam beberapa shift.		Semua pihak yang ada di RS mengikuti pelatihan tersebut	0 5 10	

Elemen Penilaian MFK 11.1.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Staf dapat menjelaskan dan/atau memperagakan peran mereka dalam menghadapi kebakaran.	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Staf RS 	Implementasi dalam penanggulangan kebakaran	0 5 10	Regulasi RS tentang pengamanan kebakaran, keamanan, bahan berbahaya dan kedaruratan
2. Staf dapat menjelaskan dan/atau memperagakan tindakan untuk menghilangkan, mengurangi/meminimalisir atau melaporkan tentang keselamatan, keamanan dan risiko lainnya.		Implementasi dalam menghilangkan, mengurangi/meminimalisir atau melaporkan tentang keselamatan, keamanan dan risiko lainnya.	0 5 10	
3. Staf dapat menjelaskan dan/atau memperagakan tindakan, kewaspadaan, prosedur dan partisipasi dalam penyimpanan, penanganan dan pembuangan limbah gas medis, bahan dan limbah berbahaya dan yang berkaitan dengan kedaruratan.		Implementasi dalam penyimpanan, penanganan dan pembuangan limbah gas medis, bahan dan limbah berbahaya dan yang berkaitan dengan kedaruratan	0 5 10	
4. Staf dapat menjelaskan dan/atau memperagakan prosedur dan peran mereka dalam penanganan kedaruratan dan bencana internal atau eksternal (<i>community</i>).		Implementasi dalam penanganan kedaruratan dan bencana internal atau eksternal (<i>community</i>).	0 5 10	
Elemen Penilaian MFK 11.2.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Staf dilatih untuk mengoperasikan peralatan medis dan sistem utiliti sesuai ketentuan pekerjaannya.	<ul style="list-style-type: none"> Staf RS terkait 	Program pelatihan staf dalam mengoperasikan peralatan medis dan sistem utiliti	0 5 10	Regulasi RS tentang pengoperasian peralatan medis dan sistem utiliti Dokumen implementasi : <ul style="list-style-type: none"> Program pelatihan Sertifikasi
2. Staf dilatih untuk memelihara peralatan medis dan sistem utiliti sesuai ketentuan pekerjaannya.		Program pelatihan staf dalam pemeliharaan peralatan medis dan sistem utiliti	0 5 10	

Elemen Penilaian MFK 11.3.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pengetahuan staf dites berdasarkan perannya dalam memelihara fasilitas yang aman dan efektif.	<ul style="list-style-type: none"> Ketua dan anggota Panitia K3 Ketua dan anggota unit pemeliharaan sarana 	Uraian tugas Ketua dan anggota Panitia K3 dan Ketua serta anggota unit pemeliharaan fasilitas RS	0 5 10	Regulasi yang memuat uraian tugas ketua dan anggota Panitia K3 serta unit pemeliharaan fasilitas RS
2. Pelatihan dan testing staf didokumentasikan dengan mencatat siapa yang dilatih dan dites, serta hasilnya.		Pendokumentasian pelatihan pemeliharaan fasilitas RS	0 5 10	Dokumen implementasi : <ul style="list-style-type: none"> Program K3 tentang pelatihan pemeliharaan fasilitas RS Pre/post test Sertifikasi

BAB 5. KUALIFIKASI DAN PENDIDIKAN STAF

STANDAR, MAKSUD DAN TUJUAN , ELEMEN PENILAIAN				
PERENCANAAN				
Standar KPS 1 Rumah sakit menetapkan pendidikan, ketrampilan, pengetahuan dan persyaratan lain bagi seluruh staf.				
Maksud dan Tujuan KPS 1 Pimpinan rumah sakit menetapkan persyaratan khusus bagi posisi staf. Mereka menetapkan tingkat pendidikan, ketrampilan, pengetahuan dan persyaratan lain yang diperlukan sebagai bagian dari upaya memproyeksikan susunan staf untuk memenuhi kebutuhan pasien. Pimpinan mempertimbangkan faktor berikut ini dalam memproyeksikan/mengestimasi kebutuhan staf : <ul style="list-style-type: none"> - Misi rumah sakit - Perpaduan antara pasien yang dilayani oleh rumah sakit dengan kompleksitas serta kepelikan kebutuhan mereka - Jenis pelayanan yang disediakan oleh rumah sakit - Teknologi yang digunakan oleh rumah sakit dalam asuhan pasien. Rumah sakit mematuhi peraturan perundangan yang berlaku yang menetapkan tingkat pendidikan, ketrampilan, atau persyaratan lainnya bagi staf atau dalam menetapkan jumlah staf atau perpaduan staf bagi rumah sakit. Pimpinan menggunakan misi rumah sakit dan kebutuhan pasien sebagai persyaratan tambahan terhadap peraturan perundangan yang berlaku.				
Elemen Penilaian KPS 1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Misi rumah sakit, keragaman pasien, pelayanan, dan teknologi yang digunakan dalam perencanaan	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Manajer SDM • Kepala unit kerja 	<ul style="list-style-type: none"> • Proses perencanaan SDM dalam pola ketenagaan 	0 5 10	Acuan: <ul style="list-style-type: none"> • KMK 81/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan • KMK tentang standar profesi tenaga kesehatan • Pedoman unit Regulasi RS: Pola ketenagaan RS
2. Pendidikan, keterampilan dan pengetahuan yang diperlukan untuk semua staf.		<ul style="list-style-type: none"> • Persyaratan jabatan untuk masing-masing jabatan dalam pola ketenagaan 	0 5 10	
3. Peraturan perundangan dan ketentuan yang berlaku dicakup dalam perencanaan.		<ul style="list-style-type: none"> • Penetapan pola ketenagaan mengacu dan sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku 	0 5 10	

Ø **Standar KPS 1.1.**

Tanggung jawab setiap staf dideskripsikan/ditetapkan dalam uraian tugas yang mutakhir.

Ø **Maksud dan Tujuan KPS 1.1.**

Masing-masing staf yang tidak memiliki izin praktik mandiri mempunyai tanggung jawab yang ditentukan dalam uraian tugas mutakhirnya. Uraian tugas adalah dasar penugasan mereka, dasar orientasi terhadap pekerjaan mereka dan dasar evaluasi tentang seberapa baik mereka melaksanakan tanggungjawab tugasnya.

Uraian tugas juga dibutuhkan bagi profesional kesehatan ketika :

- Seseorang yang utamanya menjalankan tugas manajerial, seperti manajer departemen/unit kerja atau memiliki tugas ganda, di bidang klinis dan manajerial, dengan tanggung jawab manajerial yang ditetapkan di dalam uraian tugas;
- Seseorang yang memiliki beberapa tanggung jawab klinis, dimana dia tidak diberi kewenangan untuk berpraktik mandiri, sama seperti seorang praktisi mandiri yang sedang belajar tugas baru atau keterampilan baru (kewenangan dalam KPS.10 sebagai alternatif);
- Seseorang yang sedang dalam program pendidikan dan dibawah supervisi, dan program akademis menetapkan, untuk setiap tahap atau tingkat pelatihan, apa yang dapat dilakukan secara mandiri dan apa yang harus dibawah supervisi. Dalam hal ini, deskripsi program dapat berfungsi sebagai uraian tugas; dan
- Seseorang mendapat izin sementara untuk memberikan pelayanan di rumah sakit. (Pemberian kewenangan di KPS.10, sebagai alternatif)

Bila rumah sakit menggunakan uraian tugas nasional atau generik (contoh, uraian tugas bagi “perawat”), maka perlu untuk menambah jenis uraian tugas dengan tanggungjawab tugas yang spesifik sesuai jenis perawat, (misalnya, perawat perawatan intensif, perawat pediatri atau perawat kamar bedah dan sebagainya).

Untuk mereka yang diberi izin praktik mandiri sesuai, undang-undang, ada proses untuk melakukan identifikasi dan otorisasi agar individu dapat praktik berdasarkan pendidikan, pelatihan dan pengalaman. Proses ini ditetapkan di KPS.9 untuk staf medis dan di KPS.12 untuk perawat.

Ketentuan standar ini berlaku bagi seluruh tipe staf yang perlu uraian tugas (misalnya, purna waktu, paruh waktu, karyawan, sukarelawan atau sementara).

Ø Elemen Penilaian KPS 1.1.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Setiap anggota staf yang tidak diizinkan praktik mandiri punya uraian tugasnya sendiri. (lihat juga AP.3, EP 5)	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Manajer SDM Kepala unit kerja Staf pelaksana 	<ul style="list-style-type: none"> Uraian tugas masing-masing staf RS 	0 5 10	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> Pedoman pengorganisasian rumah sakit dan unit kerja
2. Mereka yang termasuk pada a) sampai d) di Maksud dan Tujuan, ketika berada di rumah sakit, punya uraian tugas sesuai dengan aktifitas dan tanggung jawab mereka atau sudah diberi kewenangan sebagai alternatif. (lihat juga AP.3, EP 5)		<ul style="list-style-type: none"> Uraian tugas mereka yang termasuk kategori a) sampai dengan d) 	0 5 10	
3. Uraian tugas mutakhir sesuai kebijakan rumah sakit.		<ul style="list-style-type: none"> Uraian tugas semua jajaran dan staf RS 	0 5 10	

Ø Standar KPS 2

Pimpinan rumah sakit mengembangkan dan mengimplementasikan proses untuk rekrutmen, evaluasi dan penetapan staf serta prosedur terkait lainnya yang ditetapkan oleh rumah sakit.

Maksud dan Tujuan KPS 2

Rumah sakit menyediakan proses yang efisien, terkoordinasi, atau terpusat untuk :

- penerimaan/rekrutmen individu untuk posisi/jabatan yang tersedia;
- penilaian/evaluasi pelatihan, keterampilan dan pengetahuan para calon/kandidat,
- penetapan/*appointing* individu sebagai staf rumah sakit.

Jika proses ini tidak terpusat, maka kriteria, proses dan bentuk yang mirip menjadi proses yang seragam di seluruh rumah sakit. Kepala departemen dan pelayanan berpartisipasi dengan merekomendasikan jumlah dan kualifikasi dari staf yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan klinis kepada pasien, maupun untuk fungsi pendukung non klinis, dan untuk memenuhi setiap instruksi atau tanggung jawab departemen /unit kerja lainnya. Kepala departemen /unit kerja dan pelayanan juga membantu membuat keputusan tentang orang-orang yang ditetapkan sebagai staf. Karenanya, standar dalam bab ini melengkapi standar. Tata Kelola, Kepemimpinan dan Pengaturan yang menguraikan tanggung jawab direktur/kepala departemen atau pelayanan.

Elemen Penilaian KPS 2	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Disitu ada proses untuk penerimaan /rekrutmen staf. (lihat juga TKP.3.5, EP 1)	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Manajer SDM 	<ul style="list-style-type: none"> • Proses penerimaan staf 	0 5 10	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> • Kebijakan/Panduan/SPO penerimaan staf Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> • SK pengangkatan staf
2. Disitu ada proses untuk mengevaluasi kualifikasi staf baru.		<ul style="list-style-type: none"> • Proses evaluasi kualifikasi staf baru 	0 5 10	
3. Disitu ada proses pengangkatan/penetapan (<i>appoint</i>) seseorang menjadi staf.		<ul style="list-style-type: none"> • Proses penetapan staf 	0 5 10	
4. Proses tersebut seragam di seluruh rumah sakit		<ul style="list-style-type: none"> • Keseragaman proses diseluruh RS 	0 5 10	
5. Proses tersebut diimplementasikan.		<ul style="list-style-type: none"> • Bukti implementasi seluruh proses 	0 5 10	

Standar KPS 3

Rumah sakit menggunakan proses yang ditetapkan untuk memastikan bahwa pengetahuan dan ketrampilan staf klinis sesuai dengan kebutuhan pasien.

Maksud dan Tujuan KPS 3

Staf yang kompeten dipekerjakan oleh rumah sakit melalui proses rekrutmen staf yang persyaratannya cocok untuk posisi tertentu dengan kualifikasi calon anggota staf. Proses ini juga memastikan bahwa keterampilan staf pada awalnya dan dari waktu ke waktu sesuai dengan kebutuhan pasien.

Bagi staf profesional kesehatan rumah sakit yang tidak praktik berdasarkan uraian tugas, prosesnya ditetapkan dalam KPS 9 sampai KPS 11.

Bagi staf klinis yang bekerja berdasarkan uraian tugas, prosesnya meliputi :

- Evaluasi awal untuk memastikan bahwa dia secara aktual menerima tanggungjawabnya sebagaimana ada di uraian tugas. Evaluasi ini dilaksanakan sebelum atau pada waktu mulai melaksanakan tanggung jawab pekerjaannya. Rumah sakit bisa menetapkan “masa percobaan” atau periode waktu lain dimana staf klinis berada dibawah supervisi yang ketat dan dievaluasi, atau bisa juga proses yang kurang formal. Apapun prosesnya, rumah sakit memastikan bahwa staf yang memberikan pelayanan yang berisiko tinggi atau memberikan asuhan kepada pasien dengan risiko tinggi dievaluasi pada saat mereka memulai memberikan pelayanan. Evaluasi demikian terhadap ketrampilan dan pengetahuan yang diperlukan serta perilaku kerja yang diharapkan dilaksanakan oleh departemen/unit kerja atau pelayanan dimana staf ditugaskan. Rumah sakit kemudian menetapkan proses untuk, dan frekuensi evaluasi atas kemampuan staf secara terus-menerus.

Evaluasi yang terus-menerus memastikan bahwa pelatihan dilaksanakan jika dibutuhkan dan bahwa staf dapat menerima tanggung jawab baru atau perubahan tanggung jawab. Walaupun evaluasi dilakukan sebaik-baiknya secara berkelanjutan, setidaknya ada satu evaluasi didokumentasikan setiap tahun untuk setiap staf klinis yang bekerja berdasarkan uraian tugas. (Evaluasi dari mereka yang mendapat izin bekerja mandiri ditemukan pada KPS 11).

Elemen Penilaian KPS 3	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit menggunakan proses yang ditetapkan untuk mencocokkan pengetahuan dan ketrampilan staf klinis dengan kebutuhan pasien. (lihat juga PP.6, EP 4)	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Ketua Komite Medik Ketua dan anggota Subkomite Kredensi 	<ul style="list-style-type: none"> Proses kredensial untuk staf klinis 	0 5 10	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> Peraturan Internal Staf Medis
2. Anggota staf klinis baru dievaluasi saat mereka mulai menjalankan tanggung jawab pekerjaannya.		<ul style="list-style-type: none"> Proses evaluasi staf klinis baru 	0 5 10	Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> Bukti evaluasi
3. Departemen/unit kerja atau pelayanan, dimana individu ditempatkan, melakukan evaluasi		<ul style="list-style-type: none"> Proses evaluasi oleh unit kerja 	0 5 10	
4. Rumah sakit menetapkan frekuensi evaluasi berkelanjutan terhadap staf klinis tersebut		<ul style="list-style-type: none"> Regulasi RS tentang frekuensi evaluasi berkelanjutan terhadap staf klinis 	0 5 10	

5. Sekurang-kurangnya ada satu evaluasi yang didokumentasikan terhadap setiap staf klinis yang bekerja berdasar uraian tugas, atau lebih sering sebagaimana ditetapkan rumah sakit.		<ul style="list-style-type: none"> • Pendokumentasian evaluasi staf klinis 	0 5 10	
Standar KPS 4 Rumah sakit menggunakan proses yang ditetapkan untuk memastikan bahwa pengetahuan dan ketrampilan staf non klinis konsisten dengan kebutuhan rumah sakit serta persyaratan jabatan.				
Maksud dan Tujuan KPS 4 Rumah sakit mencari staf yang dapat secara kompeten memenuhi persyaratan jabatan nonklinis. Supervisor dari staf tersebut memberikan orientasi tentang jabatan tersebut dan memastikan para petugas tersebut dapat melaksanakan tanggung jawabnya sesuai uraian tugas. Staf tersebut harus mendapatkan tingkat supervisi/pengawasan yang dibutuhkan dan secara berkala dilakukan evaluasi untuk memastikan berlanjutnya kompetensi pada jabatannya.				
Elemen Penilaian KPS 4	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit menggunakan proses yang ditetapkan untuk mencocokkan pengetahuan dan ketrampilan staf nonklinis dengan persyaratan jabatannya. (lihat juga AP.5.2, EP 2 dan 3, dan AP.6.3, EP 2 dan 3)	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Manajer SDM • Ketua unit/department terkait 	<ul style="list-style-type: none"> • Proses penerimaan staf non-klinis yang sesuai dengan persyaratan jabatan 	0 5 10	Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> • Bukti proses penerimaan staf dan evaluasi berkelanjutan • Bukti evaluasi
2. Staf nonklinis yang baru dievaluasi pada saat mulai menjalankan tugas tanggungjawab pekerjaannya.		<ul style="list-style-type: none"> • Proses evaluasi staf klinis baru 	0 5 10	
3. Departemen/Unit kerja atau pelayanan dimana individu ditugaskan melakukan evaluasi		<ul style="list-style-type: none"> • Proses evaluasi oleh unit kerja 	0 5 10	
4. Rumah sakit menetapkan frekuensi dari evaluasi terhadap staf nonklinis.		<ul style="list-style-type: none"> • Regulasi RS tentang frekuensi evaluasi berkelanjutan terhadap staf klinis 	0 5 10	
5. Sekurang-kurangnya ada satu evaluasi yang didokumentasikan setiap tahun, terhadap staf non klinis, atau lebih sering, sebagaimana ditetapkan rumah sakit.		<ul style="list-style-type: none"> • Pendokumentasian evaluasi staf klinis 	0 5 10	

Standar KPS 5

Ada informasi kepegawaian yang didokumentasikan untuk setiap staf-

Maksud dan Tujuan KPS 5

Setiap staf di rumah sakit mempunyai catatan kepegawaian dengan informasi tentang kualifikasinya, hasil evaluasi dan riwayat pekerjaan. Proses dan catatan untuk staf klinis profesi kesehatan, termasuk mereka yang diizinkan oleh undang-undang dan rumah sakit untuk praktik/bekerja mandiri, diuraikan di KPS 9 untuk staf medis, KPS 12 untuk staf perawat dan KPS 15 untuk staf professional kesehatan lainnya. Catatan distandarisasi dan selalu dimutakhirkan sesuai kebijakan rumah sakit.

Elemen Penilaian KPS 5	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Informasi kepegawaian dipelihara untuk setiap staf	<ul style="list-style-type: none"> Manajer SDM Staf pelaksana kepegawaian 	<ul style="list-style-type: none"> Regulasi tentang pemeliharaan informasi kepegawaian 	0 5 10	Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> File kepegawaian
2. File kepegawaian berisi kualifikasi staf tersebut		<ul style="list-style-type: none"> Dalam file kepegawaian ada bukti kualifikasi staf 	0 5 10	
3. File kepegawaian berisi uraian tugas dari staf tersebut, bila ada		<ul style="list-style-type: none"> Adanya uraian tugas untuk staf 	0 5 10	
4. File kepegawaian berisi riwayat pekerjaan dari staf		<ul style="list-style-type: none"> Dalam file kepegawaian ada riwayat pekerjaan (CV) 	0 5 10	
5. File kepegawaian berisi hasil evaluasi		<ul style="list-style-type: none"> Dalam file kepegawaian ada bukti hasil evaluasi 	0 5 10	
6. File kepegawaian berisi catatan pendidikan <i>in-service</i> yang diikutinya		<ul style="list-style-type: none"> Dalam file kepegawaian ada catatan pelatihan yang diikuti 	0 5 10	
7. File kepegawaian distandarisasi dan tetap mutakhir		<ul style="list-style-type: none"> Pemutakhiran file kepegawaian 	0 5 10	

Standar KPS 6

Rencana susunan kepegawaian rumah sakit dikembangkan bersama-sama oleh para pimpinan, dengan menetapkan jumlah, jenis dan kualifikasi staf yang diinginkan

Ø Standar KPS 6.1.

Rencana susunan kepegawaian direview secara terus-menerus dan diperbaharui/di-update sesuai kebutuhan.

Maksud dan Tujuan KPS 6 dan KPS 6.1.

Susunan kepegawaian yang tepat dan adekuat/mencukupi adalah penting bagi asuhan pasien, demikian pula untuk semua kegiatan pengajaran dan penelitian dimana rumah sakit mungkin diikuti sertakan. Perencanaan staf dilaksanakan oleh para pimpinan rumah sakit. Proses perencanaan menggunakan metode yang diakui untuk menentukan jenjang kepegawaian. Contoh, sistem ketajaman (*acuity*) pasien digunakan untuk menetapkan jumlah perawat yang berlisensi dengan pengalaman perawatan pediatrik intensif untuk ditempatkan di unit perawatan intensif pediatrik 10-tempat-tidur.

Rencana ini ditulis dan mengidentifikasi jumlah serta jenis staf yang dibutuhkan dengan keterampilan, pengetahuan dan ketentuan lain yang dibutuhkan oleh masing-masing departemen/unit kerja dan pelayanan. Rencana tersebut mengatur :

- penugasan kembali staf dari satu unit kerja atau pelayanan ke unit kerja atau pelayanan lainnya dalam menjawab perubahan kebutuhan pasien atau kekurangan staf
- pertimbangan dalam permintaan staf untuk ditugaskan kembali berdasarkan nilai budaya atau kepercayaan agama
- kebijakan dan prosedur untuk alih/transfer tanggung jawab dari satu petugas ke petugas lainnya (seperti, dari dokter ke perawat) bila tanggung jawab itu berada di luar wilayah tanggung jawab yang biasa dari petugas tersebut.

Susunan kepegawaian yang aktual dan direncanakan dimonitor terus-menerus dan rencana tersebut di-update sesuai kebutuhan. Bila dimonitor pada tingkat departemen dan pelayanan, ada proses kerjasama agar para pimpinan rumah sakit dapat memperbaharui/ meng-update rencana secara keseluruhan.

Elemen Penilaian KPS 6	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Ada rencana tertulis untuk penempatan staf/susunan kepegawaian di rumah sakit	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Manajer SDM • Staf pelaksana kepegawaian 	• Penetapan perencanaan SDM	0 5 10	Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> • Pola ketenagaan rumah sakit • Proses penetapan pola ketenagaan • Administrasi terkait proses kepegawaian dalam mutasi staf rumah sakit
2. Pimpinan mengembangkan rencana tersebut secara kolaboratif		• Proses penetapan perencanaan SDM	0 5 10	
3. Jumlah, jenis dan kualifikasi staf yang dibutuhkan diidentifikasi dalam rencana dengan menggunakan metode penyusunan pegawai/ penempatan staf yang diakui. (lihat juga AP.6.3, EP 5)		• Penetapan perencanaan SDM didasarkan pada pola ketenagaan yang ditetapkan berdasarkan ketentuan/pedoman yang berlaku	0 5 10	

4. Rencana mengatur penugasan dan penugasan kembali staf		<ul style="list-style-type: none"> Proses penetapan penugasan staf 	0 5 10	
5. Rencana mengatur transfer/alih tanggung jawab dari petugas yang satu kepada yang lain		<ul style="list-style-type: none"> Penetapan tentang pelaksanaan alih tanggung jawab 	0 5 10	
Ø Elemen Penilaian KPS 6.1.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Efektifitas rencana penempatan staf/susunan kepegawaian dimonitor secara terus-menerus	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Manajer SDM Staf pelaksana kepegawaian 	<ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan evaluasi penempatan staf dan pola ketenagaan 	0 5 10	Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> Bukti evaluasi Revisi pola ketenagaan
2. Rencana direvisi dan diperbaharui bila perlu		<ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan revisi pola ketenagaan 	0 5 10	

ORIENTASI DAN PENDIDIKAN				
Standar KPS 7 Seluruh staf, baik klinis maupun nonklinis diberikan orientasi tentang rumah sakit, departemen/ unit kerja atau unit dimana mereka ditugaskan dan tentang tugas tanggung jawab mereka yang spesifik saat mereka diangkat sebagai staf.				
Maksud dan Tujuan KPS 7 Keputusan untuk mengangkat seseorang sebagai staf rumah sakit menimbulkan terjadinya beberapa proses. Agar berkinerja baik, staf baru, apapun status kepegawaiannya, perlu mengenal keseluruhan rumah sakit dan bagaimana tanggungjawabnya yang spesifik/khusus klinis atau nonklinis berkontribusi pada misi rumah sakit. Ini dapat dicapai melalui orientasi umum tentang rumah sakit dan tugasnya di rumah sakit serta orientasi yang spesifik tentang tugas tanggung jawab dalam jabatannya. Orientasi tersebut termasuk pelaporan <i>medical error</i> , pencegahan dan pengendalian infeksi, kebijakan rumah sakit terhadap perintah medikasi melalui telepon dan sebagainya. (lihat juga TKP.5.4, EP 1 dan 2, dan PPI.11, EP 4) Pekerja kontrak, tenaga sukarela dan mahasiswa/trainee juga diberikan orientasi tentang rumah sakit dan penugasan atau tanggungjawab khusus/spesifik mereka, seperti keselamatan pasien serta pencegahan dan pengendalian infeksi.				
Elemen Penilaian KPS 7	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Anggota staf klinis dan nonklinis baru diberikan orientasi tentang rumah sakit, tentang unit kerja atau unit dimana mereka ditugaskan dan tentang tanggungjawab pekerjaan serta setiap penugasan khusus.	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Manajer SDM • Kepala unit diklat • Staf pelaksana kepegawaian • Staf pelaksana diklat 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan orientasi staf baru 	0 5 10	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> • Orientasi umum rumah sakit • Orientasi khusus pada masing-masing unit kerja
2. Pekerja kontrak diberikan orientasi tentang rumah sakit, tentang unit kerja dan unit dimana mereka ditugaskan dan tentang tanggungjawab pekerjaan serta setiap penugasan khusus mereka.		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan orientasi karyawan kontrak (outsourcing) 	0 5 10	

3. Tenaga sukarela diberikan orientasi tentang rumah sakit dan tanggungjawab yang diberikan		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan orientasi tenaga sukarela kalau ada 	0 5 10	
4. Mahasiswa/trainee dilakukan orientasi pada rumah sakit dan tanggungjawab yang diberikan		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan orientasi mahasiswa atau pelajar magang 	0 5 10	

Standar KPS 8

Setiap staf memperoleh pendidikan dan pelatihan yang in-service berkelanjutan, maupun yang lain untuk menjaga atau meningkatkan keterampilan dan pengetahuannya

Maksud dan Tujuan KPS 8

Rumah sakit mengambil data dari berbagai sumber untuk mengetahui kebutuhan pendidikan berkelanjutan bagi staf. Hasil kegiatan pengukuran terhadap kualitas dan keselamatan merupakan salah satu sumber informasi untuk mengidentifikasi kebutuhan pendidikan bagi staf. Juga, data monitoring dari program manajemen fasilitas, pengenalan area-area teknologi baru, ketrampilan dan pengetahuan, diidentifikasi melalui review kinerja, prosedur klinis baru, dan rencana masa depan untuk menyediakan pelayanan baru merepresentasikan sumber data tersebut. Rumah sakit punya proses untuk mengumpulkan dan mengintegrasikan data dari berbagai sumber untuk merencanakan program pendidikan staf. Juga, rumah sakit menentukan staf yang mana, seperti staf profesional kesehatan, diharuskan untuk memperoleh pendidikan berkelanjutan guna menjaga kredensial mereka dan bagaimana pendidikan staf ini dimonitor dan didokumentasikan. (lihat juga TKP.3.5, EP 3)

Untuk menjaga kinerja staf yang baik/akseptabel, untuk mengajarkan ketrampilan baru dan memberikan pelatihan untuk peralatan dan prosedur baru, rumah sakit menyediakan atau merancang fasilitas, pendidik dan waktu bagi pendidikan in-service dan pendidikan lainnya yang berkelanjutan. Pendidikan ini relevan untuk setiap staf dan juga untuk kemajuan rumah sakit yang berlanjut dalam memenuhi kebutuhan pasien. Contohnya, staf medis mungkin menerima pendidikan dalam pencegahan dan pengendalian infeksi, peningkatan praktik kedokteran yang berkelanjutan, atau penggunaan teknologi baru. Setiap keberhasilan pendidikan staf didokumentasikan dalam berkas kepegawaian staf tersebut.

Sebagai tambahan, setiap rumah sakit mengembangkan dan mengimplementasikan program kesehatan dan keselamatan staf yang layak bagi kebutuhan kesehatan staf serta menyangkut keselamatan rumah sakit maupun staf.

Elemen Penilaian KPS 8	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit menggunakan berbagai sumber data dan informasi, termasuk hasil kegiatan pengukuran kegiatan mutu dan keselamatan, untuk mengidentifikasi kebutuhan pendidikan staf.	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Manajer SDM • Staf pelaksana kepegawaian 	<ul style="list-style-type: none"> • Proses identifikasi kebutuhan pelatihan sesuai kebutuhan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien 	0 5 10	Acuan: <ul style="list-style-type: none"> • Standar profesi Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> • RKA • Program diklat
2. Program pendidikan direncanakan berdasarkan data dan informasi tersebut.		<ul style="list-style-type: none"> • Proses perencanaan pelatihan 	0 5 10	

				Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> Bukti pelaksanaan pelatihan Sertifikat pelatihan
3. Staf rumah sakit diberi pendidikan dan pelatihan <i>in-service</i> secara terus-menerus. (lihat juga AP.5.1, EP6, dan AP.6.2, EP 7)		<ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan pelatihan karyawan secara kontinyu 	0 5 10	
4. Pendidikan tersebut relevan dengan kemampuan staf untuk memenuhi kebutuhan pasien dan/atau persyaratan pendidikan berkelanjutan. (lihat juga AP.5.1, EP 6 dan AP.6.2, EP 7)		<ul style="list-style-type: none"> Pelatihan yang dilaksanakan sesuai dengan kompetensi dalam standar profesi 	0 5 10	
Ø Standar KPS 8.1. Staf yang memberikan asuhan pasien dan staf lain yang diidentifikasi oleh rumah sakit dilatih dan dapat menunjukkan kompetensi yang layak dalam teknik resusitasi.				
Ø Maksud dan Tujuan KPS 8.1. Setiap rumah sakit mengidentifikasi staf mana yang perlu mendapat pelatihan dalam teknik resusitasi dan tingkat pelatihannya (dasar atau lanjut) sesuai dengan tugas mereka di rumah sakit. Tingkat pelatihan yang tepat bagi mereka yang diidentifikasi diulang berdasarkan persyaratan dan/atau kerangka waktu yang diidentifikasi oleh program pelatihan yang diakui, atau setiap dua tahun jika program pelatihan yang diakui tidak digunakan. Ada bukti yang menunjukkan bahwa setiap staf yang mengikuti pelatihan memang mencapai tingkat kompetensi yang diinginkan.				
Ø Elemen Penilaian KPS 8.1.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Staf yang memberikan asuhan pasien dan staf lain yang diidentifikasi oleh rumah sakit untuk dilatih dalam <i>cardiac life support</i> yang ditetapkan.	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Manajer SDM Kepala unit diklat Staf pelaksana diklat 	<ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan pelatihan CPR/RJP 	0 5 10	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> RKA Program diklat
2. Tingkat pelatihan yang tepat diberikan dengan frekuensi yang cukup untuk memenuhi kebutuhan staf.		<ul style="list-style-type: none"> Pelatihan yang diberikan secara teratur untuk mempertahankan kemampuan staf dalam CPR/RJP 	0 5 10	Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> Bukti pelaksanaan pelatihan Sertifikat pelatihan
3. Ada bukti yang menunjukkan bahwa seorang staf lulus pelatihan tersebut.		<ul style="list-style-type: none"> Kriteria kelulusan pelatihan 	0 5 10	

4. Tingkat pelatihan yang diinginkan untuk setiap individu diulang berdasarkan persyaratan dan/ atau kerangka waktu yang ditetapkan oleh program pelatihan yang diakui, atau setiap dua tahun bila program pelatihan yang diakui itu tidak digunakan		<ul style="list-style-type: none">Proses pelatihan ulang sesuai dengan kebutuhan masing-masing staf	0 5 10	
Ø Standar KPS 8.2.				
Rumah sakit menyediakan fasilitas dan waktu untuk pendidikan dan pelatihan staf.				
Ø Maksud dan Tujuan KPS 8.2.				
Ada komitmen pimpinan rumah sakit untuk mendukung pendidikan, <i>in-service</i> berkelanjutan dengan menyiapkan ruangan, peralatan dan waktu untuk program pendidikan dan pelatihan. Tersedianya informasi ilmiah mutakhir mendukung pendidikan dan pelatihan tersebut. Pendidikan dan pelatihan tersebut dapat dilaksanakan di lokasi yang terpusat atau di sejumlah tempat yang lebih kecil di dalam fasilitas untuk belajar dan peningkatan ketrampilan- Pendidikan dapat ditawarkan sekaligus kepada semua atau berkali-kali kepada staf secara bergiliran untuk meminimalisir dampak terhadap kegiatan asuhan pasien.				
Ø Elemen Penilaian KPS 8.2.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit menyediakan fasilitas dan peralatan untuk pendidikan dan pelatihan staf yang <i>in-service</i>	<ul style="list-style-type: none">Pimpinan RSManajer SDMKepala unit diklat	<ul style="list-style-type: none">Fasilitas yang tersedia untuk diklat	0 5 10	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none">RKAProgram diklatProgram unit kerja
2. Rumah sakit menyediakan waktu yang cukup/adekuat bagi semua staf untuk berpartisipasi dalam kesempatan pendidikan dan pelatihan yang relevan	<ul style="list-style-type: none">Staf pelaksana diklat	<ul style="list-style-type: none">Alokasi waktu pelatihan untuk masing-masing staf	0 5 10	Dokumen: <ul style="list-style-type: none">Bukti pelaksanaan pelatihanSertifikat pelatihan
Ø Standar KPS 8.3.				
Pendidikan professional kesehatan, bila dilakukan di dalam rumah sakit, berpedoman pada parameter pendidikan yang ditetapkan oleh program akademis yang mensubsidi.				

Ø Maksud dan Tujuan KPS 8.3.

Seringkali rumah sakit menjadi sarana klinis untuk pelatihan mahasiswa kedokteran, keperawatan, praktisi kesehatan lain dan mahasiswa lainnya. Bila rumah sakit berpartisipasi dalam program pelatihan demikian, rumah sakit :

- menyiapkan mekanisme untuk pengawasan terhadap program;
- memperoleh dan menerima parameter dari program akademis yang mensubsidi;
- mempunyai catatan lengkap dari semua peserta pelatihan/*trainee* di rumah sakit;
- mempunyai dokumentasi dari status pendaftaran, perizinan atau sertifikasi yang diperoleh, dan klasifikasi akademis dari peserta pelatihan;
- memahami dan menyediakan tingkat supervisi untuk setiap jenis dan tingkat peserta pelatihan;
- mengintegrasikan peserta pelatihan dalam orientasi tentang rumah sakit, program mutu, keselamatan pasien, pencegahan dan pengendalian infeksi, dan program lainnya.

Ø Elemen Penilaian KPS 8.3.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit menyediakan mekanisme untuk pengawasan program pelatihan	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Manajer SDM • Kepala unit diklat • Staf pelaksana diklat 	• Proses evaluasi program pelatihan	0 5 10	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> • RKA • Program diklat • Program unit kerja Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> • SK <i>clinical instructor</i> • Bukti pelaksanaan pelatihan • Sertifikat pelatihan
2. Rumah sakit mendapatkan dan menerima parameter dari program akademis yang mensubsidi;		• Laporan akademik bagi staf yang mengikuti pendidikan dengan biaya rumah sakit	0 5 10	
3. Rumah sakit memiliki catatan lengkap dari semua peserta pelatihan di dalam rumah sakit		• Data staf yang mengikuti pelatihan di rumah sakit	0 5 10	
4. Rumah sakit memiliki dokumentasi dari status pendaftaran, perizinan atau sertifikasi yang diperoleh dan kualifikasi klasifikasi akademis dari para peserta pelatihan.		• Data izin, ijasah dan sertifikat pelatihan staf rumah sakit	0 5 10	
5. Rumah sakit memahami dan menyediakan tingkat supervisi yang dipersyaratkan untuk setiap jenis dan tingkat peserta pelatihan		• Tersedianya nara sumber dan <i>clinical instructor</i> yang kompeten	0 5 10	
6. Rumah sakit mengintegrasikan peserta pelatihan ke dalam orientasinya, program mutu, keselamatan pasien, pencegahan dan pengendalian infeksi, dan program lainnya.		• Pelaksanaan orientasi dan pelatihan yang terintegrasi dengan program mutu, keselamatan pasien dan PPI	0 5 10	

Ø **Standar KPS 8.4.**

Rumah sakit menyediakan program kesehatan dan keselamatan staf

Ø **Maksud dan Tujuan KPS 8.4.**

Program kesehatan dan keselamatan staf rumah sakit penting untuk menjaga kesehatan, kepuasan, dan produktifitas staf. Keselamatan staf juga menjadi bagian dari program mutu dan keselamatan pasien rumah sakit. Bagaimana rumah sakit memberi orientasi dan melatih staf, menyediakan tempat kerja yang aman, memelihara peralatan biomedis dan peralatan lainnya, mencegah atau mengendalikan infeksi yang terkait pelayanan kesehatan, dan berbagai faktor lain yang menentukan kesehatan dan kesejahteraan staf. (lihat juga PPI.5.1, EP 2)

Program kesehatan dan keselamatan staf dapat ditempatkan di rumah sakit atau diintegrasikan dengan program eksternal. Bagaimanapun susunan kepegawaian dan struktur dari program tersebut, staf memahami bagaimana cara melapor, memperoleh pengobatan dan menerima konseling serta tindak lanjut atas cedera seperti tertusuk jarum, terpapar penyakit infeksius, identifikasi risiko dan kondisi fasilitas yang membahayakan, dan masalah kesehatan maupun masalah keselamatan lainnya. Program tersebut dapat juga menyediakan skrining kesehatan pada awal diterima bekerja, imunisasi pencegahan dan pemeriksaan kesehatan berkala, pengobatan untuk penyakit akibat kerja yang umum, seperti cedera punggung, atau cedera lain yang lebih urgen/genting.

Rancangan program mencakup masukan dari staf dan memakai sumber klinis di rumah sakit maupun yang di masyarakat.

Ø Elemen Penilaian KPS 8.4.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pimpinan dan staf rumah sakit merencanakan program kesehatan dan keselamatan	• Pimpinan RS • Manajer SDM	• Perencanaan program K3RS	0 5 10	Regulasi RS: • Program kerja K3 RS • Program pelayanan kesehatan staf • Program vaksinasi dan imunisasi • SPO penanganan staf yg terpapar penyakit infeksius terkait program PPI
2. Program ini merespons kebutuhan staf yang urgen maupun nonurgen melalui pengobatan langsung dan rujukan	• Kepala unit diklat • Staf	• Pelaksanaan pelayanan kesehatan staf rumah sakit	0 5 10	
3. Data program menginformasikan program mutu dan keselamatan rumah sakit	pelaksana diklat	• Pelaksanaan program mutu dan K3RS	0 5 10	
4. Ada kebijakan tentang pemberian vaksinasi dan imunisasi bagi staf		• Pemberian vaksinasi dan imunisasi untuk staf rumah sakit	0 5 10	
5. Ada kebijakan tentang evaluasi, konseling, dan tindak lanjut terhadap staf yang terpapar penyakit infeksius, yang dikoordinasikan dengan program pencegahan dan pengendalian infeksi. (lihat juga PPI.5, EP 2)		• Proses penanganan staf rumah sakit yang terpapar penyakit infeksius, terkait dengan program PPI	0 5 10	

STAF MEDIS

Menentukan keanggotaan Staf Medis

Standar KPS 9

Rumah sakit mempunyai proses yang efektif untuk mengumpulkan, memverifikasi, mengevaluasi kredensial/bukti-bukti keahlian/kelulusan (izin/lisensi, pendidikan, pelatihan, kompetensi dan pengalaman) dari staf medis yang diizinkan untuk memberikan asuhan pasien tanpa supervisi.

Ø Standar KPS 9.1.

Pimpinan membuat keputusan yang diinformasikan tentang pembaharuan izin bagi setiap anggota staf medis dapat melanjutkan memberikan pelayanan asuhan pasien sekurang-kurangnya setiap tiga tahun

Maksud dan Tujuan KPS 9 dan KPS 9.1

Staf medis dijabarkan sebagai semua dokter dan dokter gigi, dan profesional lain yang diberi izin untuk praktik independen/mandiri (tanpa supervisi) dan yang memberikan pelayanan preventif, kuratif, restoratif, bedah, rehabilitatif atau pelayanan medis lain atau pelayanan gigi kepada pasien; atau yang memberikan pelayanan interpretatif kepada pasien, seperti patologi, radiologi atau pelayanan laboratorium, tanpa memandang klasifikasi penugasan oleh rumah sakit, status kepegawaian, kontrak, atau kerjasama lain dengan individu untuk memberikan pelayanan asuhan pasien. Orang-orang ini ini penanggung jawab utama atas asuhan pasien dan hasil asuhan. Karenanya, rumah sakit sangat bertanggung jawab untuk memastikan bahwa setiap praktisi kompeten untuk memberikan asuhan dan pengobatan yang aman dan efektif kepada pasien.

Rumah sakit mengasumsikan akuntabilitas ini dengan :

- memahami peraturan perundangan yang berlaku, yang mengidentifikasi mereka yang diizinkan untuk bekerja mandiri dan memastikan bahwa rumah sakit juga mengizinkan praktisi tersebut bekerja mandiri di rumah sakit;
- mengumpulkan semua kredensial yang ada dari para praktisi meliputi sekurang-kurangnya, bukti pendidikan dan pelatihan, bukti surat izin; bukti kompetensi terkini melalui informasi dari rumah sakit lain dimana praktisi tersebut berpraktik, dan juga surat rekomendasi dan/atau informasi lain yang bisa diperoleh rumah sakit, seperti antara lain riwayat kesehatan, foto;
- verifikasi informasi penting seperti surat tanda registrasi surat izin terkini, khususnya bila dokumen dimaksud diperbaharui secara berkala, dan setiap sertifikat serta bukti menyelesaikan pendidikan pasca sarjana.

Rumah sakit perlu melakukan segala upaya untuk mem-verifikasi informasi yang esensial, sekalipun bila pendidikan dilakukan diluar negeri dan di masa jauh sebelumnya. *Website* yang aman, konfirmasi melalui telepon dari berbagai sumber terdokumentasi, konfirmasi tertulis, dan pihak ketiga, seperti ditetapkan kantor resmi pemerintah atau non pemerintah dapat digunakan.

Kepatuhan terhadap standar mengharuskan verifikasi atas kredensial individu harus berasal dari sumber utama. Untuk maksud memenuhi persyaratan ini secara bertahap, verifikasi sumber utama diperlukan untuk praktisi baru dimulai empat bulan sebelum survei awal akreditasi. Semua praktisi lainnya harus mempunyai verifikasi dari sumber utama pada saat survei akreditasi rumah sakit tiga tahunan.

Ini dicapai selama periode tiga tahun, berdasarkan suatu rencana yang memberikan prioritas pada verifikasi kredensial bagi praktisi aktif yang melaksanakan pelayanan berisiko tinggi.

Catatan : Persyaratan ini ditujukan hanya untuk verifikasi kredensial. Semua praktisi medis memiliki kredensial yang dikumpulkan dan direview dan memiliki kewenangan tertentu. Tidak ada tahapan untuk proses ini.

Bila verifikasi tidak dimungkinkan, seperti hilangnya catatan karena bencana, maka hal ini didokumentasikan.

Rumah sakit mengumpulkan dan memelihara setiap file kredensial masing-masing praktisi. Proses tersebut berlaku untuk semua jenis dan tingkatan staf (karyawan tetap, tenaga honor, tenaga kontrak dan tenaga tamu).

Rumah sakit mereview file setiap staf medis pada awal penugasan dan kemudian sekurang-kurangnya setiap tiga tahun untuk memastikan bahwa staf medis mendapat izin yang terbaru, tidak ada kompromi pelanggaran disiplin dengan agen pemberi izin dan sertifikat, memiliki dokumentasi yang cukup untuk memperoleh kewenangan baru atau diperluas di rumah sakit, dan secara fisik maupun mental mampu melakukan asuhan dan pengobatan pasien tanpa supervisi. Kebijakan rumah sakit mengidentifikasi individu atau mekanisme pertanggungjawaban terhadap review ini, setiap kriteria digunakan untuk membuat keputusan, dan bagaimana keputusan akan didokumentasikan.

Elemen Penilaian KPS 9	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Mereka yang memperoleh izin berdasarkan peraturan perundangan dan dari rumah sakit untuk melakukan asuhan pasien tanpa supervisi diidentifikasi.	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua Komite Medik • Ketua Subkomite Kredensi • Manajer SDM • Kepala unit • Staf pelaksana pelayanan 	<ul style="list-style-type: none"> • Penetapan staf rumah sakit yang dapat melaksanakan asuhan pasien secara mandiri (SPK dg RKK) 	0 5 10	Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> • Penetapan dan pengumuman staf medis yang dapat melakukan asuhan pasien secara mandiri (SPK dgn RKK) • Proses dan data kredensialing • Verifikasi ijasah dan STR dari sumber aslinya
2. Kredensial yang diperlukan (antara lain : pendidikan, surat izin, registrasi) sesuai peraturan dan kebijakan rumah sakit bagi setiap anggota staf medis dicopy oleh rumah sakit dan disimpan dalam file kepegawaian atau dalam file kredensial yang terpisah bagi setiap anggota staf medis.		<ul style="list-style-type: none"> • Proses kredensial dan dokumentasinya 	0 5 10	
3. Semua kredensial (antara lain pendidikan, surat izin, registrasi) diverifikasi dengan sumber yang mengeluarkan kredensial sebelum individu tersebut mulai memberikan pelayanan kepada pasien.		<ul style="list-style-type: none"> • Proses verifikasi ijasah dan surat tanda registrasi dari sumber aslinya 	0 5 10	

4. Semua kredensial dalam file (antara lain pendidikan, surat izin , registrasi) terkini dan terupdate sesuai persyaratan.		<ul style="list-style-type: none"> Proses pemutakhiran data kredensial 	0 5 10	
5. Pada penugasan awal, dibuat pengumuman tentang ketentuan kualifikasi terkini dari seseorang untuk memberikan pelayanan asuhan pasien.		<ul style="list-style-type: none"> Pengumuman kualifikasi terkini dari staf medis baru untuk dapat memberikan pelayanan kpd pasien (SPK dan RKK diumumkan) 	0 5 10	
Ø Elemen Penilaian KPS 9.1.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Ada yang diuraikan dalam kebijakan untuk mereview file kredensial setiap staf medis secara berkala yang seragam sekurang-kurangnya setiap tiga tahun sekali.	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Ketua Komite Medik Ketua Subkomite Kredensi Manajer SDM Staf pelaksana pengurusan izin 	<ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan review file kredensial staf medis (rekredensial) minimal 3 tahun sekali oleh sub komite kredensial 	0 5 10	Dokumen RS: <ul style="list-style-type: none"> Bukti proses rekredensial Penetapan SPK dg RKK oleh direktur Bukti perpanjangan SPK dg RKK
2. Ada petugas-petugas tertentu yang ditugaskan membuat keputusan resmi dalam rangka memperbaharui izin bagi setiap anggota staf medis untuk melanjutkan pemberian pelayanan asuhan medis di rumah sakit.		<ul style="list-style-type: none"> Penetapan SPK dg RKK oleh direktur 	0 5 10	
3. Keputusan tentang pembaharuan tersebut didokumentasikan dalam file kredensial dari anggota staf medis tersebut.		<ul style="list-style-type: none"> Dokumentasi perpanjangan SPK dg RKK 	0 5 10	

STAF MEDIS

Penetapan Kewenangan Klinik

Standar KPS 10

Rumah sakit mempunyai tujuan yang terstandar, prosedur berbasis bukti untuk memberi wewenang kepada semua anggota staf medis untuk menerima pasien dan memberikan pelayanan klinis lainnya konsisten/sesuai dengan kualifikasi.

Maksud dan Tujuan KPS 10

Penentuan kompetensi klinis terkini dan membuat keputusan tentang staf medis tertentu akan diberi izin untuk memberikan pelayanan klinis apa saja, disebut *"privileging"*, dalam penentuan yang paling kritis bagi rumah sakit untuk menjaga keselamatan pasien dan lebih lanjut dalam menjaga kualitas pelayanan klinis.

Keputusan tentang pemberian kewenangan tersebut dibuat sebagai berikut :

1. Rumah sakit memilih proses yang distandardisir untuk mengidentifikasi pelayanan klinis bagi setiap individu. Pada penugasan awal di rumah sakit, kredensial yang diidentifikasi pada KPS 9 akan menjadi dasar utama untuk menentukan kewenangan/privilege. Bila tersedia, surat-surat/berkas dari tempat praktik/kerja sebelumnya, dari sejawat seprofesi, penghargaan dan sumber informasi lainnya juga dipertimbangkan.
2. Pada penugasan ulang, setiap tiga tahun, rumah sakit mencari dan menggunakan informasi tentang area kompetensi dari praktisi klinis berikut ini :
 - a. Asuhan pasien---praktisi memberikan asuhan pasien dengan kasih, tepat dan efektif untuk promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan penyakit dan pelayanan sampai akhir hayat.
 - b. Pengetahuan medis/klinis---dalam ilmu-ilmu biomedis, klinis dan sosial serta penerapan pengetahuan ke dalam asuhan pasien dan pendidikan orang-orang lainnya.
 - c. Pembelajaran dan peningkatan berbasis praktik---menggunakan bukti dan metode ilmiah untuk investigasi, evaluasi dan meningkatkan praktik asuhan pasien
 - d. Ketrampilan hubungan antar manusia/interpersonal dan komunikasi---yang akan memampukan dan menjaga hubungan profesional dengan pasien, keluarga dan anggota tim kesehatan lain.
 - e. Profesionalisme---terpancar dalam komitmen untuk secara terus menerus mengembangkan profesionalitas, praktik-praktik etika, pemahaman dan kepekaan terhadap keragaman dan sikap tanggungjawab terhadap pasien, profesinya dan masyarakat.
 - f. Praktik berbasis sistem---melalui pemahaman terhadap konteks dan sistem dimana pelayanan kesehatan diberikan.

Ada tujuan terstandar dan prosedur berbasis bukti untuk mengubah semua informasi ini menjadi sebuah keputusan mengenai kewenangan bagi seorang praktisi. Prosedur tersebut didokumentasikan ke dalam kebijakan dan diikuti. Pimpinan staf medis dapat memperagakan bagaimana prosedur itu menjadi efektif dalam proses penugasan awal maupun proses penugasan ulang.

Kewenangan klinis, sekali ditetapkan atau ditetapkan ulang, harus tersedia dalam hard copy, elektronik atau cara lainnya para individu atau lokasi (contoh, kamar operasi, instalasi gawat darurat/unit emergensi) di rumah sakit dimana staf medis memberikan pelayanan. Informasi ini akan membantu memastikan bahwa praktik para staf medis ada dalam batas-batas kompetensi dan kewenangan yang diberikan kepadanya. Informasi ini diperbaharui secara berkala.

Elemen Penilaian KPS 10	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit menggunakan proses terstandar yang didokumentasikan dalam kebijakan resmi rumah sakit untuk memberikan kewenangan klinis bagi setiap anggota staf medis dalam memberikan pelayanan pada penugasan pertama dan pada penugasan ulang. (lihat juga AP.3, EP 5, dan MPO.4.2, EP 2)	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua Komite Medik • Ketua Subkomite Kredensi • Staf medis pelaksana pelayanan 	<ul style="list-style-type: none"> • Proses kredensial dan rekredensial dalam menetapkan kewenangan klinis dalam penugasan pertama dan ulang 	0 5 10	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> • Kebijakan dan proses pemberian surat penugasan klinis dengan rincian kewenangan klinis pada penugasan pertama dan penugasan ulang • Pedoman keputusan untuk penugasan ulang (kriteria a sd f sebagai review kinerja)
2. Keputusan memberikan penugasan ulang untuk memberikan pelayanan kepada pasien berpedoman pada item a) sampai f) pada Maksud dan Tujuan dan pada review kinerja tahunan dari para praktisi.		<ul style="list-style-type: none"> • Proses penetapan penugasan ulang 	0 5 10	
3. Pelayanan pasien yang diberikan oleh setiap anggota staf medis dirinci secara jelas dan dikomunikasikan oleh pimpinan rumah sakit ke seluruh rumah sakit maupun ke anggota staf medis.		<ul style="list-style-type: none"> • SPK dengan RKK di-Informasikan oleh pimpinan rumah sakit ke seluruh unit pelayanan dan staf medis 	0 5 10	
4. Setiap staf medis hanya memberikan pelayanan medis yang secara spesifik diizinkan oleh rumah sakit.		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan pelayanan staf medis sesuai dengan rincian kewenangan klinis yang ditetapkan 	0 5 10	

STAF MEDIS FUNGSIONAL

Monitoring dan Evaluasi Anggota Staf Medis Fungsional

Standar KPS 11

Rumah Sakit menggunakan proses berkelanjutan terstandarisir (*ongoing*) untuk mengevaluasi sesuai kualitas dan keamanan pelayanan pasien yang diberikan oleh setiap staf medis.

Maksud dan Tujuan KPS 11

Ada proses terstandar untuk, sekurang-kurangnya setiap tahun, mengumpulkan data yang relevan tentang setiap praktisi untuk direview oleh kepala unit kerja atau panitia yang berkaitan. Review demikian memungkinkan rumah sakit untuk mengidentifikasi kecenderungan praktik profesional yang memberi dampak pada kualitas asuhan dan keselamatan pasien. Kriteria yang digunakan dalam melakukan evaluasi terhadap praktik profesional secara berkelanjutan meliputi tetapi tidaklah terbatas, pada hal-hal sebagai berikut :

- Review terhadap prosedur-prosedur operatif dan klinis lain serta hasilnya
- Pola penggunaan darah dan obat-obatan/kefarmasian
- Permintaan untuk pemeriksaan/tes dan prosedur/tindakan
- Pola lama dirawat (*length-of-stay*)
- Data morbiditas dan mortalitas
- Pemanfaatan praktisi terhadap konsultasi dan spesialis
- Kriteria lain yang relevan sebagaimana ditentukan oleh rumah sakit.

Informasi ini bisa diperoleh melalui hal-hal berikut :

- Grafik review berkala
- Observasi langsung
- Monitoring terhadap teknik diagnostik dan pengobatan
- Monitoring kualitas klinis
- Diskusi dengan sejawat seprofesi dan staf lainnya.

Penilaian aktifitas staf medis senior dan para kepala unit kerja dilakukan oleh otoritas internal atau eksternal yang layak.

Proses evaluasi yang terus menerus terhadap praktisi profesional dilakukan secara objektif dan berbasis bukti. Hasil proses review bisa berupa tidak adanya perubahan dalam tanggung jawab para staf medis, perluasan tanggung jawab, pembatasan tanggung jawab, masa konseling dan pengawasan, atau kegiatan yang semestinya. Setiap waktu sepanjang tahun, bila muncul fakta atas kinerja yang diragukan atau yang buruk, dilakukan review serta mengambil tindakan yang tepat. Hasil review, tindakan yang diambil dan setiap dampak atas kewenangan didokumentasikan dalam kredensial staf medis atau file lainnya.

Elemen Penilaian KPS 11	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Ada evaluasi praktik profesional terus-menerus terhadap kualitas dan keamanan pelayanan pasien yang diberikan oleh setiap anggota staf medis yang direview dan dikomunikasikan kepada setiap anggota staf medis sekurang-kurangnya setahun sekali. (lihat juga PMKP.1.1, EP 1)	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua Komite Medik • Ketua Subkomite Kredensi • Ketua Subkomite Mutu • Ketua Subkomite Etika dan Disiplin Profesi • Staf pelaksana pelayanan 	<ul style="list-style-type: none"> • Proses evaluasi pelaksanaan pelayanan oleh staf medis minimal setahun sekali 	0 5 10	Acuan: <ul style="list-style-type: none"> • PMK 1438/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> • SPO Pelayanan Kedokteran • Program kerja Komite Medik Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> • Bukti pelaksanaan evaluasi
2. Evaluasi praktik profesional yang terus-menerus dan review tahunan dari setiap anggota staf medis dilaksanakan dengan proses yang seragam yang ditentukan oleh kebijakan rumah sakit.		<ul style="list-style-type: none"> • Penetapan proses evaluasi pelaksanaan pelayanan staf medis 	0 5 10	
3. Evaluasi mempertimbangkan dan menggunakan data komparatif secara proaktif, seperti membandingkan dengan ilmu literatur kedokteran berbasis literatur.		<ul style="list-style-type: none"> • Proses evaluasi yang berdasarkan pada data dan kesesuaian dengan SPO pelayanan kedokteran yang berlaku 	0 5 10	
4. Evaluasi mempertimbangkan dan menggunakan kesimpulan dari analisis yang mendalam terhadap komplikasi yang dikenal dan berlaku. (lihat juga PMKP.5; PMKP.6; dan TKP.3.4, EP 3)		<ul style="list-style-type: none"> • Proses evaluasi dengan melakukan audit medis 	0 5 10	
5. Informasi dari proses evaluasi praktik profesional tersebut didokumentasikan dalam file krendensial anggota staf medis dan file lainnya yang relevan.		<ul style="list-style-type: none"> • Pendokumen tasan proses evaluasi 	0 5 10	

STAF KEPERAWATAN

Standar KPS 12.

Rumah sakit mempunyai proses yang efektif untuk mengumpulkan, memverifikasi dan mengevaluasi kredensial staf keperawatan (izin, pendidikan, pelatihan dan pengalaman)

Maksud dan Tujuan KPS 12

Rumah sakit perlu memastikan untuk mempunyai staf keperawatan yang kompeten sesuai dengan misi, sumber daya dan kebutuhan pasien. Staf keperawatan bertanggungjawab untuk memberikan asuhan 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 dimana mereka diizinkan untuk memberikannya bila tidak diidentifikasi dalam peraturan perundangan. Rumah sakit memastikan bahwa setiap perawat yang kompeten untuk memberikan asuhan dan pengobatan kepada pasien secara aman dan efektif dengan cara :

- memahami peraturan dan perundangan yang berlaku, berlaku untuk perawat dan praktik keperawatan;
- mengumpulkan semua kredensial yang ada untuk setiap perawat, sekurang-kurangnya meliputi :
 - o bukti pendidikan dan pelatihan;
 - o bukti izin terbaru;
 - o bukti kompetensi terbaru melalui informasi dari sumber lain dimana perawat dipekerjakan;
 - o surat rekomendasi dan/atau informasi lain yang mungkin diperlukan rumah sakit, antara lain seperti riwayat kesehatan, dan sebagainya; dan
- verifikasi dari informasi utama, seperti tanda registrasi terbaru atau surat izin, khususnya bila dokumen tersebut harus diperbaharui secara berkala, dan setiap sertifikasi serta bukti menyelesaikan pendidikan spesialisasi atau pendidikan lanjutan.

Rumah sakit perlu untuk melakukan setiap upaya untuk memverifikasi informasi penting, sekalipun bila pendidikan diperoleh di negara lain dan sudah lama berlalu. Web site yang aman, konfirmasi telepon yang didokumentasikan dari sumber tersebut, konfirmasi tertulis dan dari pihak ketiga, seperti lembaga pemerintah atau non pemerintah, dapat digunakan.

Situasi seperti yang dideskripsikan tentang staf medis dalam Maksud dan Tujuan KPS 9 dianggap sebagai pengganti yang dapat diterima bagi rumah sakit dalam melakukan verifikasi kredensial perawat dari sumber utama.

Pemenuhan standar mensyaratkan verifikasi sumber utama dilaksanakan untuk :

- pelamar perawat baru dimulai empat bulan sebelum survei akreditasi awal
- perawat yang dipekerjakan saat ini selama jangka waktu tiga tahun untuk memastikan bahwa verifikasi telah dilaksanakan oleh rumah sakit dengan survei akreditasi tiga tahunan. Hal ini dilaksanakan sesuai prioritas diberikan kepada perawat yang memberikan pelayanan di tempat dengan resiko tinggi seperti kamar operasi, instalasi gawat darurat atau intensive care unit.

Bila verifikasi tidak mungkin dilakukan, seperti hilangnya karena bencana, hal ini didokumentasikan.

Rumah sakit mempunyai proses untuk memastikan bahwa kredensial dari setiap perawat yang dikontrak juga dikumpulkan, diverifikasi dan direview untuk menjamin kompetensi klinis saat sebelum penugasan.

Rumah sakit mengumpulkan dan memelihara file dari setiap kredensial perawat. File berisi izin terbaru bila peraturan mengharuskan diperbaharui secara berkala. Ada dokumentasi pelatihan yang terkait dengan kompetensi tambahan.

Elemen Penilaian KPS 12	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit memiliki standar prosedur untuk mengumpulkan kredensial dari setiap anggota staf keperawatan.	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua Komite/Manajer/Pejabat Keperawatan • Manajer SDM • Staf keperawatan • Staf kepegawaian 	<ul style="list-style-type: none"> • Proses pengumpulan kredensial untuk staf keperawatan 	0 5 10	Acuan: <ul style="list-style-type: none"> • PMK 1796/2011 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> • Panduan kredensial staf keperawatan Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> • Berkas kepegawaian staf keperawatan
2. Izin, pendidikan, pelatihan dan pengalaman didokumentasikan		<ul style="list-style-type: none"> • Pendokumentasian izin, ijasah, sertifikat pelatihan dan riwayat hidup (cv) 	0 5 10	
3. Informasi tersebut diverifikasi dari sumber aslinya sesuai parameter yang ada di Maksud dan Tujuan KPS 9		<ul style="list-style-type: none"> • Proses verifikasi terhadap data kepegawaian 	0 5 10	
4. Ada berkas kredensial yang dipelihara dari setiap anggota staf keperawatan.		<ul style="list-style-type: none"> • Pendokumentasian berkas kredensial staf keperawatan 	0 5 10	
5. Rumah sakit mempunyai proses untuk memastikan bahwa kredensial dari perawat yang dikontrak sah dan lengkap sebelum pengangkatan.		<ul style="list-style-type: none"> • Pengesahan kredensial 	0 5 10	

6. Rumah sakit mempunyai proses untuk memastikan kesahihan kredensial perawat yang bukan pegawai rumah sakit, tapi mendampingi dokter dan memberikan pelayanan kepada pasien rumah sakit .		<ul style="list-style-type: none"> Proses keabsahan kredensial staf keperawatan yang bukan pegawai rumah sakit 	0 5 10	
--	--	---	--------------	--

Standar KPS 13

Rumah sakit mempunyai standar prosedur untuk mengidentifikasi tanggung jawab pekerjaan dan untuk membuat penugasan kerja klinis berdasarkan atas kredensial staf perawat dan peraturan perundangan.

Maksud dan Tujuan KPS 13

Review kualifikasi anggota staf perawat menyediakan dasar untuk penugasan tanggung jawab pekerjaan dan kegiatan klinis. Penugasan ini dapat dideskripsikan dalam uraian tugas atau dideskripsikan dengan cara atau dokumen lain. Penugasan dibuat oleh rumah sakit sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku tentang tanggung jawab perawat dan asuhan klinis. (lihat juga MPO.6, EP 3)

Elemen Penilaian KPS 13	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Izin, pendidikan, pelatihan dan pengalaman anggota staf keperawatan digunakan untuk membuat penugasan kerja klinis.	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Ketua Komite/Manajer/Pejabat Keperawatan Manajer SDM Staf keperawatan Staf kepegawaian 	<ul style="list-style-type: none"> Penugasan kerja klinis staf keperawatan berdasarkan hasil kredensial 	0 5 10	Acuan: <ul style="list-style-type: none"> PMK 1796/2011 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan KMK 369/2007 tentang Standar Profesi Bidan KMK 378/2007 tentang Standar Profesi Perawat Gigi
2. Proses memperhatikan peraturan perundangan yang relevan.		<ul style="list-style-type: none"> Proses penugasan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku 	0 5 10	

Standar KPS 14

Rumah sakit mempunyai standar prosedur untuk staf keperawatan berpartisipasi dalam kegiatan peningkatan mutu rumah sakit, termasuk mengevaluasi kinerja individu, bila dibutuhkan.

Maksud dan Tujuan KPS 14

Tugas klinis penting staf keperawatan mengharuskan mereka untuk secara aktif berpartisipasi dalam program peningkatan mutu klinis rumah sakit. Bila, pada setiap titik dalam pengukuran, evaluasi, dan peningkatan mutu klinis, kinerja staf keperawatan dipertanyakan, rumah sakit mempunyai proses untuk mengevaluasi kinerja individu. Hasil review, tindakan yang diambil dan setiap dampak atas tanggung jawab pekerjaan didokumentasikan dalam file kredensial perawat tersebut atau file lainnya.

Elemen Penilaian KPS 14	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Staf keperawatan berpartisipasi dalam kegiatan peningkatan mutu rumah sakit. (lihat juga PMKP.1.1, EP 1)	<ul style="list-style-type: none"> Manajer terkait staf keperawatan Kepala unit kerja keperawatan Staf pelaksana keperawatan 	<ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan partisipasi staf keperawatan dalam peningkatan mutu RS 	0 5 10	Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> Bukti keterlibatan staf keperawatan dalam kegiatan peningkatan mutu rumah sakit Review kinerja staf keperawatan
2. Kinerja masing-masing anggota staf keperawatan direview bila ada indikasi akibat temuan pada kegiatan peningkatan mutu.		<ul style="list-style-type: none"> Proses evaluasi kinerja 	0 5 10	
3. Informasi yang tepat dari proses review tersebut didokumentasikan dalam file kredensial perawat tersebut atau file lainnya.		<ul style="list-style-type: none"> dokumentasi 	0 5 10	

STAF KESEHATAN PROFESIONAL LAINNYA

Standar KPS 15

Rumah sakit mempunyai standar prosedur untuk mengumpulkan, memverifikasi dan mengevaluasi kredensial staf kesehatan profesional lainnya (izin, pendidikan, pelatihan dan pengalaman)

Maksud dan Tujuan KPS 15

Rumah sakit mempekerjakan atau dapat mengizinkan berbagai profesional kesehatan lainnya untuk memberikan asuhan dan pelayanan kepada pasien mereka atau berpartisipasi dalam proses asuhan pasien. Contohnya, para profesional ini termasuk perawat, bidan, asisten operasi, spesialis pelayanan medis emergensi, farmasis dan teknisi farmasi. Dibeberapa negara atau budaya, kelompok ini juga termasuk pengobat tradisional atau mereka yang memberikan pelayanan alternatif atau pelayanan pelengkap praktik medis tradisional (seperti, akupuntur, obat herbal). Seringkali, petugas ini tidak secara aktual berpraktik di rumah sakit, tetapi mereka merujuk ke rumah sakit atau memberikan asuhan berkelanjutan untuk pasien di komunitas tersebut.

Banyak profesional ini menyelesaikan program pelatihan formal dan memperoleh izin atau sertifikat atau terdaftar di badan otoritas lokal atau nasional. Yang lainnya mungkin menyelesaikan program magang yang kurang formal atau pengalaman dibawah supervisi lainnya.

Untuk profesional kesehatan lainnya yang diizinkan bekerja atau berpraktik di rumah sakit, rumah sakit bertanggung jawab untuk mengumpulkan dan memverifikasi kredensial mereka. Rumah sakit harus memastikan bahwa staf profesional kesehatan lainnya tersebut kompeten untuk memberikan asuhan dan pengobatan dan harus menetapkan jenis asuhan dan pengobatan yang diizinkan bila tidak teridentifikasi dalam peraturan perundangan. Rumah sakit memastikan bahwa staf profesional kesehatan lain tersebut kompeten untuk memberikan asuhan dan pengobatan yang aman dan efektif kepada pasien dengan :

- memahami peraturan perundangan yang berlaku untuk para praktisi dimaksud;
- mengumpulkan semua kredensial yang tersedia setiap individu termasuk sekurang-kurangnya, bukti pendidikan dan pelatihan, bukti izin terbaru atau sertifikat bila diminta; dan
- memverifikasi informasi esensial, seperti registrasi terbaru, izin atau sertifikasi.

Rumah sakit perlu untuk berupaya memverifikasi informasi esensial yang relevan dengan tanggung jawab individu dimaksud, sekalipun bila pendidikan didapat dari dinegara lain dan diwaktu sangat lampau. Web site yang aman, konfirmasi telepon yang didokumentasikan dari sumber, konfirmasi tertulis, dan pihak ketiga, seperti badan agensi pemerintah dan non pemerintah yang ditunjuk, dan dapat digunakan.

Situasi yang dideskripsikan tentang staf medis dalam Maksud dan Tujuan KPS 9 adalah pengganti yang akseptabel untuk rumah sakit dalam melakukan verifikasi kredensial staf kesehatan profesional lainnya dari sumber utama.

Pemenuhan standar mengharuskan verifikasi sumber utama dilakukan bagi :

- calon baru mulai empat bulan sebelum survei akreditasi awal;
- staf profesional kesehatan yang saat ini bekerja dalam jangka waktu tiga tahun untuk memastikan bahwa verifikasi telah dilakukan dengan survei akreditasi rumah sakit tiga tahunan.

Bila tidak diperlukan proses pendidikan formal, izin, atau proses registrasi, atau kredensial lain maupun bukti kompetensi, hal ini didokumentasikan dalam catatan individu tersebut. Bila verifikasi tidak mungkin dilakukan, seperti hilangnya berkas karena bencana, hal ini didokumentasikan dalam berkas individu tersebut. Rumah sakit mengumpulkan dan memelihara file kredensial setiap staf professional kesehatan. File berisi izin terbaru atau registrasi bila peraturan mengharuskan perubahan berkala.

Elemen Penilaian KPS 15	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit mempunyai standar prosedur untuk mengumpulkan kredensial dari setiap staf profesional kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Manajer SDM • Ketua Komite Medik atau komite tenaga kesehatan lainnya • Staf pelaksana terkait 	<ul style="list-style-type: none"> • Prosedur kredensial staf tenaga kesehatan 	0 5 10	Acuan: <ul style="list-style-type: none"> • PMK 1796/2011 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan • Standar Profesi Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> • Kebijakan/Panduan/SPO proses kredensial staf tenaga kesehatan Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> • Bukti proses kredensi • Berkas kepegawaian
2. Izin, pendidikan, pelatihan dan pengalaman didokumentasikan, bila relevan		<ul style="list-style-type: none"> • Pendokumen tasan izin, ijasah, sertifikat pelatihan, riwayat hidup dan hal lain yang relevan 	0 5 10	
3. Informasi tersebut diverifikasi dari sumber aslinya sesuai parameter yang ditentukan dalam Maksud dan Tujuan KPS 9		<ul style="list-style-type: none"> • Proses verifikasi atas data-data tersebut 	0 5 10	
4. Ada catatan yang dipelihara untuk setiap staf profesional kesehatan lainnya		<ul style="list-style-type: none"> • Pendokumen tasan data kepegawaian staf 	0 5 10	
5. Catatan tersebut bersisi salinan izin, sertifikasi atau registrasi yang wajib		<ul style="list-style-type: none"> • Kelengkapan data staf dalam berkas kepegawaian 	0 5 10	

6. Rumah sakit mempunyai proses untuk memastikan bahwa staf lainya yang bukan pegawai rumah sakit tetapi mendampingi dokter praktik pribadi dan memberikan pelayanan kepada pasien rumah sakit memiliki kredensial yang sah dan sebanding dengan persyaratan kredensial rumah sakit .		<ul style="list-style-type: none"> Proses keabsahan kredensial staf yang bukan pegawai rumah sakit 	0 5 10	
Standar KPS 16 <p>Rumah sakit mempunyai standar prosedur untuk mengidentifikasi tanggungjawab kerja dan menyusun penugasan kerja klinis berdasarkan pada kredensial anggota staf professional kesehatan lainnya dan setiap ketentuan peraturan perundangan.</p>				
Standar KPS 17 <p>Rumah sakit mempunyai proses yang efektif untuk anggota staf professional kesehatan lain berpartisipasi dalam kegiatan peningkatan mutu rumah sakit.</p>				
Maksud dan Tujuan KPS 16 dan KPS 17 <p>Rumah sakit bertanggung jawab untuk mengidentifikasi jenis kegiatan atau rentang pelayanan para individu yang akan diberikan di rumah sakit. Hal ini dapat terlaksana melalui perjanjian, pengangkatan, uraian tugas, atau metode lainnya. Sebagai tambahan, rumah sakit menetapkan tingkat pengawasan (konsisten dengan peraturan perundangan yang ada), bila ada, untuk para professional ini.</p> <p>Staf professional kesehatan lainnya dimasukkan ke dalam program manajemen mutu dan peningkatan.</p>				

Elemen Penilaian KPS 16	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Izin, pendidikan, pelatihan dan pengalaman dari staf professional kesehatan lainnya digunakan untuk menyusun penugasan kerja klinis.	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Manajer SDM Kepala unit kerja Staf pelaksana kepegawaian 	<ul style="list-style-type: none"> Proses penyusunan penugasan klinis sesuai standar profesi dan kompetensi staf 	0 5 10	Acuan: <ul style="list-style-type: none"> Standar profesi Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> Dokumen penugasan
2. Proses mengindahkan peraturan perundangan yang relevan.		<ul style="list-style-type: none"> Dasar acuan proses penugasan tersebut 	0 5 10	
Elemen Penilaian KPS 17	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Staf professional kesehatan lainnya berpartisipasi dalam kegiatan peningkatan mutu rumah sakit (lihat juga KPS 1.1, EP 1)	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Manajer SDM Kepala unit kerja Staf pelaksana kepegawaian 	Proses partisipasi aktif	0 5 10	Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> Bukti partisipasi dalam kegiatan peningkatan mutu RS Review staf bila ada indikasi terkait temuan pada upaya peningkatan mutu RS
2. Kinerja anggota staf professional kesehatan lainnya direview bila ada indikasi akibat temuan pada kegiatan peningkatan mutu.		Penilaian kinerja	0 5 10	
3. Informasi yang benar dari proses review didokumentasikan dalam file staf profesional kesehatan tersebut.		Dokumentasi dan verifikasi	0 5 10	

BAB 6. MANAJEMEN KOMUNIKASI & INFORMASI

STANDAR, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENLAIAN			≥ 80% Terpenuhi 20-79% Terpenuhi sebagian < 20% Tidak terpenuhi	
KOMUNIKASI DENGAN MASYARAKAT				
Standar MKI.1				
Rumah sakit berkomunikasi dengan komunitas untuk memfasilitasi akses terhadap pelayanan maupun akses terhadap informasi tentang pelayanan asuhan pasien.				
Maksud dan tujuan MKI.1				
Rumah sakit menetapkan komunitas dan populasi pasiennya, serta merencanakan komunikasi berkelanjutan dengan kelompok kunci (<i>key group</i>) tersebut. Komunikasi dapat dilakukan kepada individu secara langsung atau melalui media publik dan melalui agen yang ada di komunitas atau pihak ketiga. Jenis informasi yang dikomunikasikan meliputi :				
<ul style="list-style-type: none">• informasi tentang pelayanan, jam pelayanan dan proses mendapatkan pelayanan;• informasi tentang kualitas pelayanan, yang diberikan kepada publik dan kepada sumber rujukan.				
Elemen Penilaian MKI.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Rumah sakit telah mengidentifikasi komunitas dan populasi yang menjadi perhatiannya	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Kepala unit rekam medis• Kepala/Ketua unit kerja yang mengelola edukasi kepada pasien dan keluarganya/PKRS• Pelaksana edukasi (tenaga medis, keperawatan, farmasi, gizi dsb.)	<ul style="list-style-type: none">• Data populasi pasien RS	0 5 10	Acuan: UU 36/2009 Tentang Kesehatan KMK 1426/Menkes/SK/XII/2006
2. Rumah sakit telah mengimplementasikan suatu strategi komunikasi dengan populasi tersebut.		<ul style="list-style-type: none">• Strategi komunikasi terkait dengan data populasi tersebut	0 5 10	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none">• Penetapan unit kerja yang mengelola edukasi dan informasi/PKRS• Pedoman pengorganisasian dan pedoman pelayanan unit kerja tersebut/PKRS
3. Rumah sakit menyediakan informasi tentang pelayanan, jam operasional, dan proses untuk mendapatkan pelayanan. (lihat juga TKP.3.1)		<ul style="list-style-type: none">• Tersedianya informasi tentang pelayanan RS, waktu pelayanan, dan cara untuk mendapatkan pelayanan	0 5 10	<ul style="list-style-type: none">• RKA Rumah Sakit• Program kerja unit kerja/PKRS Dokumen: Data populasi pasien RS Brosur. Leaflet tentang pelayanan RS
4. Rumah sakit menyediakan informasi tentang mutu pelayanannya.		<ul style="list-style-type: none">• Informasi tentang mutu pelayanan RS	0 5 10	

KOMUNIKASI DENGAN PASIEN DAN KELUARGA

Standar MKI.2

Rumah sakit menginformasikan kepada pasien dan keluarga tentang asuhan dan pelayanan, serta bagaimana cara mengakses/untuk mendapatkan pelayanan tersebut.

Maksud dan tujuan MKI.2

Pasien dan keluarga membutuhkan informasi lengkap mengenai asuhan dan pelayanan yang ditawarkan 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 untuk memenuhi harapan tersebut. Informasi tentang sumber alternatif untuk asuhan dan pelayanan diberikan bila kebutuhan asuhan di luar misi dan kemampuan rumah sakit.

Elemen Penilaian MKI.2	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Pasien dan keluarga diberi informasi tentang asuhan dan pelayanan diberikan oleh rumah sakit. (lihat juga APK.1.2, EP 2)	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Kepala/Ketua unit kerja yang mengelola edukasi dan informasi kepada pasien dan keluarganya/PKRS• Pelaksana pemberi edukasi dan informasi (tenaga medis, keperawatan, pelayanan pelanggan/customer service, dsb.)	<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan pemberian informasi tentang asuhan dan pelayanan RS	0 5 10	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none">• Pedoman pelayanan unit kerja pemberi informasi/PKRS• Program kerja unit kerja/PKRS Dokumen/bukti informasi: <ul style="list-style-type: none">• Brosur, leaflet dsb.• Website• Dan lain-lain
2. Pasien dan keluarga diberi informasi tentang bagaimana mengakses pelayanan di rumah sakit. (lihat juga APK.1.2, EP 2)		<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan pemberian informasi tentang bagaimana mengakses pelayanan di RS	0 5 10	
3. Informasi tentang sumber alternatif bagi asuhan dan pelayanan diberikan bila rumah sakit tidak bisa menyediakan asuhan dan pelayanan.		<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan pemberian informasi tentang alternatif rujukan	0 5 10	

Standar MKL.3

Komunikasi dan pendidikan kepada pasien dan keluarga diberikan dalam format dan bahasa yang dapat dimengerti.

Maksud dan tujuan MKI.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 kepada format dan bahasa yang digunakan dalam berkomunikasi, dan pemberian pendidikan kepada pasien dan keluarga. Pasien merespon secara berbeda terhadap 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 pendidikan atau menterjemahkan materi. Adalah penting untuk mengenali keterbatasan anggota keluarga, khususnya anak-anak, dalam berperan sebagai penerjemah untuk mengkomunikasikan informasi klinis dan informasi lainnya serta pendidikan. Sehingga,

penerjemah anak digunakan hanya sebagai suatu upaya akhir. Ketika penerjemah atau penginterpretasi bukan anggota keluarga, mereka menyadari berbagai keterbatasan pasien untuk berkomunikasi dan memahami informasi. (lihat juga APK.1.3; PPK.3, EP 1, dan PPK.5, EP 1-3)

Elemen Penilaian MKI.3	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Komunikasi dan pendidikan kepada pasien dan keluarga menggunakan format yang mudah dipahami. (lihat juga PPK.5, Ep 1 dan 2, dan HPK.5, Maksud dan Tujuan)	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala/Ketua unit kerja yang mengelola edukasi dan informasi kepada pasien dan keluarganya/PKRS • Pelaksana pemberi edukasi dan informasi (tenaga medis, keperawatan, pelayanan pelanggan/customer service, dsb.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tersedia bahan-bahan untuk edukasi dan informasi yang mudah dipahami 	0 5 10	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> • Pedoman pelayanan unit kerja pemberi informasi/PKRS
2. Komunikasi dan pendidikan kepada pasien dan keluarga diberikan dalam bahasa yang dimengerti. (lihat juga PPK.5, Ep 1 dan 2, dan HPK.5, Maksud dan Tujuan)		<ul style="list-style-type: none"> • Semua bahan-bahan edukasi dan informasi tersedia dalam Bahasa Indonesia, yang dapat dilengkapi dengan bahasa lain (termasuk bahasa daerah) jika diperlukan 	0 5 10	
3. Anggota keluarga, khususnya penerjemah anak, digunakan sebagai penerjemah hanya sebagai upaya akhir.		<ul style="list-style-type: none"> • Penyediaan tenaga penerjemah bila diperlukan 	0 5 10	

KOMUNIKASI ANTAR PEMBERI PELAYANAN DI DALAM DAN KE LUAR RUMAH SAKIT

Standar MKI.4

Komunikasi yang efektif di seluruh rumah sakit

Maksud dan tujuan MKI.4

Komunikasi yang efektif di dalam rumah sakit adalah merupakan suatu issue/persoalan kepemimpinan. Jadi, pimpinan rumah sakit memahami dinamika komunikasi antar anggota kelompok profesional, dan antara kelompok profesi, unit structural; antara kelompok profesional dan non professional; antara kelompok profesional kesehatan dengan manajemen; antara profesional kesehatan dan keluarga; serta dengan pihak luar rumah sakit, sebagai beberapa contoh. Pimpinan rumah sakit bukan hanya menyusun parameter dari komunikasi yang efektif, tetapi juga berperan sebagai panutan (*role model*) dengan mengkomunikasikan secara efektif misi, strategi, rencana dan informasi lain yang relevan. Pimpinan memberi perhatian terhadap akurasi dan ketepatan waktu informasi dalam rumah sakit.

Elemen Penilaian MKI.4	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Pimpinan menjamin terjadinya proses untuk mengkomunikasikan informasi yang relevan di seluruh rumah sakit secara tepat waktu. (lihat juga APK.2, EP 1, dan MPO.5.1, EP 1)	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Kepala/Ketua unit kerja yang mengelola edukasi dan informasi/PKRS• Pelaksana pemberi edukasi dan informasi	<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan penyampaian informasi ke seluruh RS	0 5 10	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none">• Pedoman pelayanan unit kerja pemberi informasi/PKRS• Ketentuan tentang rapat Dokumentasi rapat/pertemuan Surat Edaran Pengumuman
2. Terjadi komunikasi yang efektif di rumah sakit antar program rumah sakit (lihat juga APK.2, EP 1)		<ul style="list-style-type: none">• Komunikasi efektif melalui rapat teratur dan terstruktur	0 5 10	
3. Terjadi komunikasi yang efektif dengan pihak luar rumah sakit. (lihat juga APK.3.1, EP 2 dan 3, dan MPO.5.1, EP 1)		<ul style="list-style-type: none">• Bentuk komunikasi dengan pihak luar RS	0 5 10	
4. Terjadi komunikasi yang efektif dengan pasien dan keluarga. (lihat juga APK.2, EP 4)		<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan komunikasi dengan pasien dan keluarga	0 5 10	
5. Pimpinan mengkomunikasikan misi dan kebijakan penting, rencana, dan tujuan rumah sakit kepada semua staf.		<ul style="list-style-type: none">• Sosialisasi tentang visi, misi, tujuan, kebijakan penting, rencana kerja RS	0 5 10	
Standar MKI.5 Pimpinan menjamin ada komunikasi efektif dan koordinasi antar individu dan departemen yang bertanggung jawab untuk memberikan pelayanan klinik.				
Maksud dan tujuan MKI. 5 Untuk mengkoordinasikan dan mengintegrasikan asuhan pasien, pimpinan mengembangkan suatu budaya yang menekankan kerjasama dan komunikasi. Pimpinan mengembangkan metode secara formal, (misalnya : komite tetap, tim terpadu) dan metode informal (misalnya : poster dan buletin) untuk meningkatkan komunikasi diantara pelayanan dan antar pribadi anggota staf. Koordinasi pelayanan klinis berasal dari suatu pemahaman misi dan pelayanan masing-masing departemen dan kolaborasi dalam mengembangkan kebijakan umum dan prosedur. Saluran komunikasi yang umum baik yang bersifat klinis maupun nonklinis ditetapkan diantara badan pemilik dan manajemen.				

Elemen Penilaian MKI. 5	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Pimpinan menjamin komunikasi yang efektif dan efisien antara departemen klinis dan non klinis, pelayanan dan anggota staf individual. (lihat juga APK.2, EP 1, dan MPO.5.1, EP 1)	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Kepala/Ketua unit kerja/KSM• Pelaksana pemberi pelayanan kepada pasien	<ul style="list-style-type: none">• Adanya Panitia/Kelompok Staf Medis/bentuk lain yang dapat sebagai media komunikasi yang efektif antar departemen klini dan non klinis, dan komunikasi efektif antar staf RS	0 5 10	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none">• SK Penetapan unit kerja (Panitia, Komite atau KSM)• Ketentuan tentang rapat Dokumentasi rapat/pertemuan
2. Pimpinan membantu mengembangkan komunikasi dalam memberikan pelayanan klinis.		<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan komunikasi dalam pelayanan klinis (misalnya pertemuan atau diskusi ilmiah, ronde, dll)	0 5 10	
3. Ada saluran (<i>channels</i>) komunikasi reguler yang dibangun antara pemilik dengan manajemen.		<ul style="list-style-type: none">• Bentuk komunikasi antara pemilik dan manajemen	0 5 10	

Standar MKI. 6

Informasi tentang asuhan pasien dan respon terhadap asuhan dikomunikasikan antara praktisi medis, keperawatan dan praktisi kesehatan lainnya pada waktu setiap kali penyusunan anggota regu kerja */shift* maupun saat pergantian *shift*.

Maksud dan tujuan MKI. 6

Komunikasi dan pertukaran informasi diantara dan antar professional kesehatan adalah penting untuk mulusnya proses asuhan. Informasi penting dapat dikomunikasikan dengan cara lisan, tertulis atau elektronik. Setiap rumah sakit menentukan informasi apa yang dikomunikasikan, dengan cara apa, dan seberapa sering informasi tersebut dikomunikasikan dari satu praktisi kesehatan kepada sesamanya, meliputi :

- status kesehatan pasien;
- ringkasan asuhan yang diberikan; dan
- respon pasien terhadap asuhan.

Elemen Penilaian MKI. 6	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Ada suatu proses untuk mengkomunikasikan informasi pasien antar praktisi kesehatan secara berkelanjutan atau pada waktu penting dalam proses asuhan.	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Kepala/Ketua unit kerja/KSM• Pelaksana pemberi pelayanan kepada pasien	Pelaksanaan komunikasi informasi atau transfer informasi antar tenaga kesehatan secara berkelanjutan atau pada saat diperlukan	0 5 10	Regulasi RS: Kebijakan tentang kewajiban melaksanakan komunikasi terkait informasi kondisi pasien Dokumentasi pelaksanaan komunikasi atau transfer informasi
2. Informasi dikomunikasikan termasuk status kesehatan pasien		<ul style="list-style-type: none">• Proses penyampaian informasi tentang status kesehatan pasien	0 5 10	
3. Informasi dikomunikasikan termasuk ringkasan dari asuhan yang telah diberikan.		<ul style="list-style-type: none">• Proses penyampaian informasi tentang ringkasan asuhan yang telah diberikan	0 5 10	
4. Informasi dikomunikasikan termasuk perkembangan pasien.		<ul style="list-style-type: none">• Proses penyampaian informasi tentang perkembangan pasien	0 5 10	
Standar MKI. 7				
Berkas rekam medis pasien tersedia bagi praktisi kesehatan untuk memfasilitasi komunikasi tentang informasi yang penting.				
Maksud dan tujuan MKI. 7				
Berkas rekam medis pasien adalah suatu sumber informasi utama mengenai proses asuhan dan perkembangan pasien, sehingga merupakan alat komunikasi yang penting. Agar informasi ini berguna dan mendukung asuhan pasien berkelanjutan, maka perlu tersedia selama asuhan pasien rawat inap, untuk kunjungan rawat jalan, dan setiap saat dibutuhkan, serta dijaga selalu diperbaharui (<i>up to date</i>). Catatan medis keperawatan dan catatan pelayanan pasien lainnya tersedia untuk semua praktisi kesehatan pasien tersebut. Kebijakan rumah sakit mengidentifikasi praktisi kesehatan mana saja yang mempunyai akses ke berkas rekam medis pasien untuk menjamin kerahasiaan informasi pasien.				
Elemen Penilaian MKI. 7	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Kebijakan (policy) menetapkan tentang praktisi kesehatan yang mempunyai akses ke berkas rekam medis pasien.	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Kepala/Ketua unit kerja• Pelaksana pemberi pelayanan kepada pasien	<ul style="list-style-type: none">• Ketentuan tentang tenaga kesehatan yang mempunyai akses ke berkas rekam medis	0 5 10	Regulasi RS: Kebijakan/Pedoman tentang pelayanan/ penyelenggaraan rekam medis Dokumen rekam medis untuk masing profesi tenaga kesehatan
2. Berkas rekam medis tersedia bagi para praktisi yang membutuhkannya untuk asuhan pasien. (lihat juga AP.1.2, Maksud dan Tujuan, dan AP.1.5, EP 2)		<ul style="list-style-type: none">• Ketersediaan rekam medis untuk pencatatan asuhan pasien oleh tenaga kesehatan	0 5 10	

3. Berkas rekam medis di perbaharui (up date) untuk menjamin komunikasi dengan informasi mutakhir.		<ul style="list-style-type: none"> Upaya pembaharuan berkas rekam medis untuk menjamin adanya komunikasi dengan informasi yang mutakhir 	0 5 10	Dokumen review dan bukti pembaharuan rekam medis
--	--	--	--------------	--

Standar MKI. 8

Informasi yang berkaitan dengan asuhan pasien ditransfer bersama dengan pasien.

Maksud dan tujuan MKI. 8

Pasien sering dipindah (*transfer*) di dalam rumah sakit selama mereka dirawat. Bila tim asuhan berganti akibat perpindahan (*transfer*), kesinambungan asuhan pasien mempersyaratkan bahwa informasi yang penting terkait pasien tersebut juga dipindahkan (ditransfer) bersama dengan pasien. Sehingga, obat-obatan dan pengobatan lainnya dapat dilanjutkan tanpa terputus, dan status pasien dapat dimonitor secara memadai. Untuk keberhasilan transfer informasi ini, berkas rekam medis pasien juga dipindahkan/ditransfer atau informasi dari berkas rekam medis pasien dibuatkan resume/ringkasan pada saat di transfer. Isi Resume/ringkasan meliputi : alasan dirawat inap, temuan yang signifikan, diagnosis, tindakan yang telah dilakukan, obat- obatan dan pengobatan lainnya, serta kondisi pasien saat transfer.

Elemen Penilaian MKI. 8	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Berkas rekam medis atau resume/ringkasan informasi pelayanan pasien ditransfer bersama pasien ke unit pelayanan lain di dalam rumah sakit.	<ul style="list-style-type: none"> Pelaksana pelayanan rekam medis Pelaksana pelayanan kesehatan 	• Berkas rekam medis yang ditransfer bersama dengan transfer pasien	0 5 10	Regulasi RS: Kebijakan/Panduan/SPO tentang transfer pasien
2. Resume/ringkasan berisi alasan masuk rawat inap		• Ringkasan alasan masuk rawat inap	0 5 10	Dokumen transfer
3. Resume/ringkasan berisi temuan yang signifikan		• Ringkasan temuan yang penting untuk disampaikan	0 5 10	
4. Resume/ringkasan berisi diagnosis yang telah ditegakkan (dibuat)		• Ringkasan diagnosis yang telah ditegakkan	0 5 10	
5. Resume/ringkasan berisi tindakan yang telah diberikan		• Ringkasan tindakan yang telah dilakukan	0 5 10	
6. Resume/ringkasan berisi obat- obatan atau pengobatan lainnya.		• Ringkasan obat/terapi yang telah diberikan	0 5 10	

7. Resume/ringkasan berisi kondisi pasien saat dipindah (transfer)		• Ringkasan kondisi pasien pada saat ditransfer	0 5 10	
KEPEMIMPINAN DAN PERENCANAAN				
Standar MKI. 9				
Rumah sakit merencanakan dan merancang proses manajemen informasi untuk memenuhi kebutuhan informasi internal maupun eksternal				
Maksud dan tujuan MKI. 9				
<p>Informasi dikumpulkan dan digunakan selama asuhan pasien dan untuk mengelola sebuah rumah sakit yang aman dan efektif. Kemampuan menangkap dan memberikan informasi memerlukan perencanaan yang efektif. Perencanaan rumah sakit menggabungkan masukan dari berbagai sumber, termasuk :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para praktisi kesehatan - Para pimpinan dan manajer rumah sakit - Pihak luar rumah sakit yang membutuhkan data atau informasi tentang operasional dan pelayanan rumah sakit <p>Perencanaan juga termasuk misi rumah sakit, pelayanan yang diberikan, sumber daya, akses teknologi yang dapat dicapai, dan dukungan komunikasi efektif diantara pemberi pelayanan.</p> <p>Prioritas kebutuhan informasi dari sumber-sumber mempengaruhi strategi manajemen informasi rumah sakit dan kemampuan mengimplementasikan strategi tersebut. Strategi tersebut sesuai dengan ukuran rumah sakit, kompleksitas pelayanan, ketersediaan staf terlatih, dan sumber daya manusia serta teknikal lainnya. Perencanaan yang komprehensif dan meliputi seluruh departemen dan pelayanan yang ada di rumah sakit.</p> <p>Perencanaan untuk manajemen informasi tidak memerlukan suatu perencanaan informasi tertulis formal tetapi perlu bukti suatu pendekatan yang terencana yang mengidentifikasi kebutuhan rumah sakit akan informasi.</p>				
Elemen Penilaian MKI. 9	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Kebutuhan informasi dari para pemberi pelayanan klinis dipertimbangkan dalam proses perencanaan.	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala unit kerja rekam medis • Kepala unit kerja SIRS • Pelaksana pemberi pelayanan kepada pasien 	• Informasi yang dibutuhkan oleh staf pelayanan RS yang dipertimbangkan dalam proses perencanaan	0 5 10	Sumber informasi yang tersedia, misalnya: Pola penyakit
2. Kebutuhan informasi dari para pengelola rumah sakit dipertimbangkan dalam proses perencanaan.		• Informasi yang dibutuhkan oleh pengelola RS yang dipertimbangkan dalam proses perencanaan RS	0 5 10	
3. Kebutuhan informasi dan persyaratan individu dan agen di luar rumah sakit dipertimbangkan dalam proses perencanaan.		• Informasi yang dibutuhkan dan persyaratannya bagi pihak di luar RS dipertimbangkan dalam proses perencanaan	0 5 10	

4. Perencanaan didasarkan atas ukuran dan kompleksitas rumah sakit		<ul style="list-style-type: none">Perencanaan yang sesuai dengan ukuran dan kompleksitas RS	0 5 10	
Standar MKI. 10				
Kerahasiaan dan privasi informasi dijaga				
Maksud dan tujuan MKI.10				
Rumah sakit menjaga privasi dan kerahasiaan data serta informasi dan secara khusus dalam menjaga data dan informasi yang sensitif. Keseimbangan antara berbagi (<i>sharing</i>) data dan kerahasiaan data diatur. Rumah sakit menetapkan tingkat privasi dan kerahasiaan yang dijaga untuk kategori beragam informasi (misalnya : rekam medis pasien, data riset dan lainnya)				
Elemen Penilaian MKI. 10	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Ada kebijakan tertulis yang mengatur privasi dan kerahasiaan informasi berdasarkan dan sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.	<ul style="list-style-type: none">Pimpinan RSKepala unit kerja rekam medisPelaksana pelayanan rekam medisPelaksana pemberi pelayanan kepada pasien	<ul style="list-style-type: none">Ketentuan yang mengatur privasi dan kerahasiaan informasi sesuai peraturan perundang-undangan	0 5 10	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none">Kebijakan/Pedoman/SPO tentang akses pasien untuk mendapat informasi kesehatannyaDokumen permintaan informasi Evaluasi pelaksanaannya
2. Kebijakan menjabarkan sejauh mana pasien mempunyai akses terhadap informasi kesehatan mereka dan proses untuk mendapatkan akses bila diizinkan. (lihat juga HPK.1.6, Maksud dan Tujuan)		<ul style="list-style-type: none">Ketentuan tentang akses pasien terhadap informasi kesehatannya, dan bagaimana prosesnya	0 5 10	
3. Kebijakan tersebut dilaksanakan.		<ul style="list-style-type: none">Pelaksanaan ketentuan tersebut	0 5 10	
4. Kepatuhan terhadap kebijakan dimonitor.		<ul style="list-style-type: none">Pemantauan pelaksanaan ketentuan tersebut	0 5 10	
Standar MKI. 11				
Kemanan informasi, termasuk integritas data, dijaga.				

Maksud dan tujuan MKI.11

Kebijakan dan prosedur mengatur prosedur pengamanan yang memperbolehkan hanya staf yang mendapat kewenangan (otoritas) untuk bisa mengakses data dan informasi. Akses terhadap informasi dari kategori yang berbeda didasarkan pada kebutuhan dan dijabarkan dalam jabatan dan fungsi, termasuk mahasiswa di lingkungan akademis. Proses yang efektif menetapkan :

- siapa yang mempunyai akses pada informasi;
- informasi dimana seseorang individu mempunyai akses ;
- kewajiban pengguna untuk menjaga kerahasiaan informasi ; dan
- proses yang harus diikuti ketika terjadi pelanggaran terhadap kerahasiaan dan keamanan.

Salah satu aspek untuk menjaga keamanan informasi pasien adalah dengan menentukan siapa yang berwenang untuk mendapatkan berkas rekam medis klinis pasien dan melakukan pengisian berkas ke dalam rekam medis pasien tersebut. Rumah sakit mengembangkan suatu kebijakan dalam memberikan kewenangan pada seseorang individu dan mengidentifikasi isi dan format pengisian berkas rekam medis klinis pasien. Ada suatu proses untuk menjamin bahwa hanya individu yang diberi otorisasi/kewenangan yang melakukan pengisian berkas rekam medis klinis pasien.

Elemen Penilaian MKI. 11	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Rumah sakit mempunyai kebijakan tertulis untuk mengatur keamanan informasi, termasuk integritas data yang didasarkan pada atau konsisten dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku.	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala unit kerja rekam medis • Kepala unit kerja SIRS • Pelaksana pelayanan rekam medis • Pelaksana pemberi pelayanan kepada pasien 	• Ketentuan tentang pengaturan keamanan data dan informasi	0 5 10	Acuan: UU 29/2004 Tentang Praktik Kedokteran UU 44/2009 Tentang Rumah Sakit PMK 269/Menkes/Per/III/2008 Regulasi RS: • Kebijakan/Pedoman/SPO tentang pengaturan keamanan dan permintaan informasi, termasuk data • Dokumen permintaan informasi Dokumentasi pelaksanaan
2. Kebijakan meliputi tingkat keamanan untuk setiap kategori data dan informasi yang diidentifikasi		• Ketentuan tentang tingkat keamanan data dan informasi	0 5 10	
3. Mereka yang membutuhkan, atau jabatan apa yang mengizinkan akses terhadap setiap kategori data dan informasi, diidentifikasi.		• Identifikasi bagi yang berwenang mengakses data dan informasi	0 5 10	
4. Kebijakan dilaksanakan/diimplementasikan		• Pelaksanaan semua ketentuan tersebut	0 5 10	
5. Kepatuhan terhadap kebijakan dimonitor		• Pemantauan pelaksanaan semua ketentuan tersebut	0 5 10	

Standar MKI. 12

Rumah sakit mempunyai kebijakan tentang masa retensi/penyimpanan dokumen, data dan informasi.

Maksud dan tujuan MKI. 12

Rumah sakit mengembangkan dan melaksanakan suatu kebijakan yang menjadi pedoman retensi berkas rekam medis pasien dan data serta informasi lainnya. Berkas rekam medis klinis pasien, serta data dan informasi lainnya disimpan (retensi) untuk suatu jangka waktu yang cukup dan mematuhi peraturan dan perundang-undangan yang berlaku guna mendukung asuhan pasien, manajemen, dokumentasi yang sah secara hukum, riset dan pendidikan. Kebijakan tentang penyimpanan (retensi) konsisten dengan kerahasiaan dan keamanan informasi tersebut. Ketika periode retensi yang ditetapkan terpenuhi, maka berkas rekam medis klinis pasien dan catatan lain pasien, dan data serta informasi dapat dimusnahkan dengan semestinya.

Elemen Penilaian MKI. 12	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Rumah sakit mempunyai kebijakan tentang masa penyimpanan (retensi) berkas rekam medis klinis, dan data serta informasi lainnya dari pasien	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala unit kerja rekam medis • Pelaksana pelayanan rekam medis 	<ul style="list-style-type: none"> • Ketentuan tentang retensi rekam medis, beserta data dan informasi tentang pasien 	0 5 10	Acuan: PMK 269/Menkes/Per/III/2008
2. Proses retensi memberikan kerahasiaan dan keamanan dan kerahasiaan yang diharapkan.		<ul style="list-style-type: none"> • Ketentuan tentang retensi dengan tetap menjamin keamanan dan kerahasiaan data dan informasi 	0 5 10	Regulasi RS: Kebijakan/Pedoman/SPO tentang retensi rekam medis, termasuk pemusnahan rekam medis
3. Catatan /records, data dan informasi dimusnahkan dengan semestinya.		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan pemusnahan rekam medis 	0 5 10	

Standar MKI. 13

Rumah sakit menggunakan standar kode diagnosa, kode prosedur/tindakan, simbol, singkatan, dan definisi.

Maksud dan tujuan MKI.13

Standarisasi terminologi, definisi, *vocabulari* (kosa kata) dan penamaan (nomenklatur) memfasilitasi perbandingan data dan informasi di dalam maupun antar rumah sakit. Keseragaman penggunaan kode diagnosa dan kode prosedur/tindakan mendukung pengumpulan dan analisis data. Singkatan dan simbol juga distandarisasi dan termasuk daftar “yang tidak boleh digunakan”. Standarisasi tersebut konsisten dengan standar lokal dan nasional yang berlaku.

Elemen Penilaian MKI. 13	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Standarisasi kode diagnosis yang digunakan dan penggunaannya dimonitor	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Kepala unit kerja rekam medis• Pelaksana pelayanan rekam medis• Pelaksana pemberi pelayanan kepada pasien	<ul style="list-style-type: none">• Ketentuan tentang standarisasi kode diagnosis	0 5 10	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none">• Kode diagnosis• Kode prosedur/ tindakan• Definisi yang digunakan• Simbol, termasuk yang tidak boleh digunakan• Singkatan, termasuk yang tidak boleh digunakan
2. Standarisasi kode prosedur/tindakan yang digunakan dan penggunaannya dimonitor		<ul style="list-style-type: none">• Ketentuan tentang standarisasi kode prosedur/ tindakan	0 5 10	
3. Standarisasi definisi yang digunakan		<ul style="list-style-type: none">• Ketentuan tentang standarisasi definisi yang digunakan	0 5 10	
4. Standarisasi simbol yang digunakan dan yang tidak boleh digunakan diidentifikasi dan dimonitor.		<ul style="list-style-type: none">• Ketentuan tentang standarisasi simbol, termasuk yang tidak boleh digunakan	0 5 10	
5. Standarisasi singkatan yang digunakan dan yang tidak boleh digunakan diidentifikasi dan dimonitor		<ul style="list-style-type: none">• Ketentuan tentang standarisasi Singkatan, termasuk yang tidak boleh digunakan	0 5 10	
Standar MKI. 14 Kebutuhan data dan informasi dari orang di dalam dan di luar rumah sakit terpenuhi secara tepat waktu dalam format yang memenuhi harapan pengguna dan dengan frekuensi yang dikehendaki.				
Maksud dan tujuan MKI. 14 Format dan metode penyebarluasan (diseminasi) data dan informasi kepada pengguna yang menjadi sasaran dibuat agar memenuhi harapan pengguna. Strategi penyebarluasan (diseminasi), meliputi : <ul style="list-style-type: none">- memberikan data dan informasi hanya atas permintaan dan kebutuhan pengguna;- membuat format laporan untuk membantu pengguna dalam proses pengambilan keputusan;- memberikan laporan dengan frekuensi sesuai yang dibutuhkan oleh pengguna;- mengaitkan sumber data dan informasi; dan- memberikan interpretasi atau klarifikasi atas data.				

Elemen Penilaian MKI. 14	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Desiminasi data dan informasi sesuai kebutuhan pengguna,	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Kepala unit kerja rekam medis• Pelaksana pelayanan rekam medis	• Pelaksanaan desiminasi data dan informasi kepada yang berwenang	0 5 10	Dokumen pelaporan sesuai ketentuan yang berlaku
2. Pengguna menerima data dan informasi tepat waktu,		• Pelaksanaan desiminasi harus tepat waktu	0 5 10	Dokumen evaluasi penyampaian data dan informasi oleh pengguna data
3. Pengguna menerima data dan informasi dalam suatu format yang membantu maksud penggunaannya		• Pelaksanaan sesuai dengan format yang ditentukan	0 5 10	
4. Staf mempunyai akses ke data dan informasi yang dibutuhkan untuk melaksanakan tanggung jawab pekerjaan mereka.		• Pelaksanaan oleh staf rekam medis	0 5 10	
Standar MKI. 15				
Staf manajerial dan klinis yang pantas berpartisipasi dalam memilih, mengintegrasikan dan menggunakan teknologi manajemen informasi.				
Maksud dan tujuan MKI. 15				
Teknologi majemen informasi merepresentasikan sumber daya investasi yang besar untuk suatu rumah sakit. Untuk alasan tersebut, teknologi 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 dan membantu mengintegrasikan aktifitas dari seluruh departemen dan pelayanan rumah sakit. Tingkat koordinasi demikian mensyaratkan staf klinis dan manajerial yang berpengaruh (<i>key</i>) berpartisipasi dalam proses seleksi tersebut.				
Elemen Penilaian MKI. 15	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Staf klinik berpartisipasi dalam pengambilan keputusan teknologi informasi.	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Kepala unit SIRS• Pelaksana pemberi pelayanan	• Peran pelaksana pelayanan dalam membangun SIRS	0 5 10	Dokumentasi rapat
2. Staf manajerial berpartisipasi dalam pengambilan keputusan tentang teknologi informasi.		• Peran manajemen dan staf dalam membangun SIRS	0 5 10	

Standar MKI. 16

Catatan dan informasi dilindungi dari kehilangan, kerusakan, gangguan, serta akses dan penggunaan oleh yang tidak berhak.

Maksud dan tujuan MKI. 16

Rekam medis pasien dan data serta informasi lain aman dan dilindungi sepanjang waktu. Sebagai contoh, rekam medis pasien yang aktif disimpan di area dimana hanya staf profesional kesehatan yang mempunyai otorisasi untuk akses, serta dokumen disimpan pada lokasi dimana terhindar dari air, api, panas dan kerusakan lainnya. Rumah sakit juga memperhatikan otorisasi akses terhadap penyimpanan informasi elektronik dan melaksanakan proses pencegahan untuk akses tersebut (terkait dengan kerahasiaan informasi).

Elemen Penilaian MKI. 16	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Rekam medis dan informasi dilindungi dari kehilangan dan kerusakan.	<ul style="list-style-type: none"> • Kepala unit rekam medis • Pelaksana pelayanan rekam medis 	Upaya perlindungan rekam medis dari: <ul style="list-style-type: none"> • kehilangan dan kerusakan 	0 5 10	Regulasi RS: Kebijakan/Pedoman/SPO tentang perlindungan dari: <ul style="list-style-type: none"> • Kehilangan dan kerusakan • Gangguan dan penyalah-gunaan rekam medis
2. Rekam medis dan informasi dilindungi gangguan dan akses serta penggunaan yang tidak sah.		<ul style="list-style-type: none"> • gangguan dan penyalah-gunaan 	0 5 10	

Standar MKI. 17

Pengambil keputusan dan staf lain yang kompeten telah mendapat pendidikan dan pelatihan tentang prinsip manajemen informasi.

Maksud dan tujuan MKI.17

Individu di rumah sakit yang membuat, mengumpulkan, menganalisis dan menggunakan data serta informasi mendapat pendidikan dan pelatihan untuk berpartisipasi secara efektif dalam manajemen informasi. Pendidikan dan pelatihan tersebut membuat individu mampu :

- memahami keamanan dan kerahasiaan data serta informasi;
- menggunakan instrumen pengukuran, alat statisti, dan metode analisis data;
- membantu dalam menginterpretasi data;
- menggunakan data dan informasi untuk membantu pengambilan keputusan;
- mendidik dan mendukung partisipasi pasien dan keluarganya dalam proses asuhan; dan
- menggunakan indikator untuk melakukan asesmen dan meningkatkan proses asuhan dan proses kerja.

Individu diberi pendidikan dan dilatih sesuai dengan tanggung jawab, uraian tugas, dan kebutuhan data serta informasi mereka.

Proses manajemen informasi memungkinkan untuk menggabungkan informasi dari berbagai sumber dan menyusun laporan guna mendukung pengambilan keputusan. Secara khusus, gabungan dari informasi klinis dan manajerial membantu pimpinan rumah sakit dalam membuat perencanaan secara kolaboratif. Proses manajemen informasi mendukung pimpinan dengan data longitudinal yang terintegrasi dan data komparatif.

Elemen Penilaian MKI. 17	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Para pengambil keputusan dan yang lainnya telah diberikan pendidikan tentang prinsip manajemen informasi	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Manajer RS• Kepala unit kerja	<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan pelatihan manajemen informasi sesuai kebutuhan dalam lingkup kerjanya	0 5 10	Dokumen bukti pelatihan
2. Pendidikan sesuai dengan kebutuhan dan tanggung jawab pekerjaannya		<ul style="list-style-type: none">• Penyediaan data dan informasi untuk mendukung manajemen	0 5 10	
3. Data dan informasi klinis maupun manajerial diintegrasikan sesuai kebutuhan untuk mendukung pengambilan keputusan.		<ul style="list-style-type: none">• Penggunaan data dan informasi klinis untuk pengambilan keputusan	0 5 10	
Standar MKI. 18				
Kebijakan tertulis atau protokol menetapkan persyaratan untuk mengembangkan serta menjaga kebijakan dan prosedur internal maupun suatu proses dalam mengelola kebijakan dan prosedur eksternal.				
Maksud dan tujuan MKI. 18				
Kebijakan atau prosedur dimaksudkan untuk memberikan keseragaman pengetahuan tentang fungsi rumah sakit. Suatu kebijakan atau garis besar/ <i>outline</i> protokol tentang bagaimana kebijakan dalam rumah sakit akan dikendalikan. Kebijakan atau protokol berisi informasi berikut tentang bagaimana pengendalian kebijakan akan dilaksanakan, meliputi langkah-langkah sebagai berikut :				
a) Review dan persetujuan atas semua kebijakan dan prosedur oleh pejabat yang berwenang sebelum diterbitkan.				
b) Proses dan frekuensi review serta persetujuan berkelanjutan atas kebijakan dan prosedur				
c) Pengendalian untuk menjamin bahwa hanya kebijakan dan prosedur terkini, dengan versi yang relevan tersedia dimanapun akan digunakan.				
d) Identifikasi perubahan dalam kebijakan dan prosedur				
e) Pemeliharaan identitas dan dokumen yang bisa dibaca/terbaca				
f) Suatu proses pengelolaan kebijakan dan prosedur yang berasal dari luar rumah sakit.				
g) Retensi dari kebijakan dan prosedur yang sudah tidak berlaku, minimal dalam kurun waktu yang dipersyaratkan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku, serta memastikan tidak terjadi kesalahan dalam penggunaannya.				
h) Identifikasi dan penelusuran dari sirkulasi seluruh kebijakan dan prosedur.				
Sistem penelusuran memungkinkan setiap dokumen untuk diidentifikasi melalui : judul, tanggal dikeluarkan/diberlakukan, edisi dan/atau tanggal revisi sekarang, jumlah halaman, siapa yang memberikan otorisasi dan/atau mereview dokumen tersebut, serta identifikasi data base (bila ada).				
Ada proses untuk memastikan bahwa anggota staf telah membaca dan <i>familiar</i> /terbiasa dengan kebijakan dan prosedur yang relevan dengan pekerjaan mereka.				
Proses untuk mengembangkan dan memelihara kebijakan dan prosedur dilaksanakan.				

Elemen Penilaian MKI. 18	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Ada kebijakan dan protokol tertulis yang menjabarkan persyaratan untuk mengembangkan dan menjaga kebijakan dan prosedur, meliputi paling sedikit item a) sampai dengan h) dalam Maksud dan Tujuan, dan dilaksanakan.	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Manajer RS • Kepala unit kerja • Kepala unit SIRS 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan pengembangan regulasi dan SPO 	0 5 10	UU 44/2009 Tentang Rumah Sakit (Pasal 13)
2. Ada protokol tertulis yang menguraikan bagaimana kebijakan dan prosedur yang berasal dari luar rumah sakit dapat dikendalikan dan diimplementasikan.		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan adaptasi penggunaan regulasi dari luar RS dapat diimplementasikan 	0 5 10	Regulasi RS: Kebijakan/Panduan/SPO tentang perubahan regulasi RS, meliputi: <ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan dan perubahan regulasi • Adaptasi regulasi nasional sebagai regulasi RS • Retensi regulasi yang sudah dinyatakan tidak berlaku • Pemantauan pelaksanaan regulasi (misalnya oleh SPI)
3. Ada kebijakan atau protokol tertulis yang menetapkan retensi kebijakan dan prosedur usang/lama setidaknya untuk kurun waktu yang dipersyaratkan oleh peraturan perundangan yang berlaku, sambil memastikan bahwa tidak terjadi kekeliruan dalam penggunaannya, dan kebijakan atau protokol tersebut diterapkan		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan retensi regulasi dan SPO yang sudah tidak berlaku 	0 5 10	
4. Ada kebijakan dan protokol tertulis yang menguraikan bagaimana semua kebijakan dan prosedur yang beredar dapat diidentifikasi dan ditelusuri, serta diimplementasikan.		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan pemantauan bahwa regulasi dan SPO diimplentasikan dengan benar 	0 5 10	

REKAM MEDIS PASIEN

Standar MKI. 19

Rumah sakit membuat / memprakarsai dan memelihara rekam medis untuk setiap pasien yang menjalani asesmen/pemeriksaan (*assessed*) atau diobati.

Maksud dan tujuan MKI. 19

Setiap pasien yang menjalani asesmen/pemeriksaan (*assessed*) atau diobati di rumah sakit baik sebagai pasien rawat inap, rawat jalan maupun dilayani di unit emergensi harus punya rekam medis. Rekam medis diberi pengenal/pengidentifikasi (*identifier*) yang unik untuk masing-masing pasien, atau mekanisme lain yang digunakan dalam menghubungkan pasien dengan rekam medisnya. Rekam medis tunggal dan pengidentifikasi tunggal bagi setiap pasien akan memudahkan menemukan rekam medis pasien dan mendokumentasikan pelayanan pasien setiap saat/sewaktu-waktu.

Elemen Penilaian MKI. 19	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Rekam medis dibuat untuk setiap pasien yang menjalani asesmen atau diobati oleh rumah sakit.	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Kepala unit rekam medis• Pelaksana pelayanan rekam medis	<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan pencatatan dalam rekam medis	0 5 10	PMK 269/Menkes/Per/III/2008
2. Rekam medis pasien dipelihara dengan menggunakan pengidentifikasi pasien yang unik/khas menandai pasien atau metode lain yang efektif.	<ul style="list-style-type: none">• Pelaksana pelayanan kepada pasien (DPJP, dokter ruangan, perawat pelaksana, dan tenaga kesehatan lainnya)	<ul style="list-style-type: none">• Sistem penyimpanan dan pengambilan rekam medis	0 5 10	Regulasi RS: Pedoman Pelayanan/ Penyelenggaraan Rekam Medis (Sistem penomoran RM)

Standar MIK . 19.1

Rekam medis memuat informasi yang memadai/cukup untuk mengidentifikasi pasien, mendukung diagnosis, justifikasi/dasar pembenaran pengobatan, mendokumentasikan pemeriksaan dan hasil pengobatan. dan meningkatkan kesinambungan pelayanan diantara para praktisi pelayanan kesehatan.

Standar MKI.19.1.1.

Rekam medis setiap pasien yang menerima pelayanan emergensi memuat/mencantumkan jam kedatangan, kesimpulan saat mengakhiri pengobatan, kondisi pasien pada saat dipulangkan, dan instruksi tindak lanjut pelayanan.

Maksud dan tujuan MKI.19.1. dan MKI.19.1.1

Rekam medis masing-masing pasien harus menyajikan informasi yang memadai/cukup untuk mendukung diagnosis, justifikasi pengobatan yang diberikan, dan untuk mendokumentasikan langkah-langkah/*course* dan hasil pengobatan. Suatu format dan isi yang distandarisasi dari suatu berkas rekam medis pasien membantu meningkatkan integrasi dan kesinambungan pelayanan diantara berbagai praktisi pelayanan kepada pasien.

Rumah sakit menetapkan data dan informasi spesifik yang dicatat dalam rekam medis setiap pasien yang dilakukan asesmen atau diobati baik sebagai pasien rawat jalan, emergensi atau rawat inap. Berkas rekam medis setiap pasien yang menerima pelayanan emergensi memuat informasi spesifik yang diidentifikasi dalam standar MKI.20.1.1.

Elemen Penilaian MKI . 19.1.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Isi spesifik dari berkas rekam medis pasien telah ditetapkan oleh rumah sakit. (lihat juga AP.1.5, EP 1)	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala unit rekam medis • Pelaksana pelayanan rekam medis • Pelaksana pelayanan kepada pasien (DPJP, dokter ruangan, perawat pelaksana, dan tenaga kesehatan lainnya) 	Sistem pencatatan rekam medis, yang meliputi informasi tentang:	0 5 10	Dokumen rekam medis
2. Rekam medis pasien berisi informasi yang memadai untuk mengidentifikasi pasien,		• Identitas pasien		
3. Rekam medis pasien berisi informasi yang memadai untuk mendukung diagnosis, (lihat juga PAB.7, EP 3)		• Hasil pemeriksaan untuk menetapkan diagnosis	0 5 10	
4. Rekam medis pasien berisi informasi yang memadai untuk memberi justifikasi pelayanan dan pengobatan. (lihat juga PAB.7.3, EP 2)		• Justifikasi pelayanan dan pengobatan	0 5 10	
5. Rekam medis pasien berisi informasi yang memadai untuk mendokumentasikan jalannya/ <i>course</i> dan hasil pengobatan. (lihat juga AP.1.5, EP 1; AP.2, Maksud dan Tujuan; PP.5, EP 4; PAB.5.2, EP 1; PAB.5.3, EP 2; PAB.6, EP2; PAB.7.3, EP 3; dan MPO.4.3, EP 1)		• Hasil pelayanan/pengobatan	0 5 10	
			0 5 10	

Elemen Penilaian MKI.19.1.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Rekam medis pasien emergensi memuat jam kedatangan	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Kepala unit rekam medis• Kepala unit gawat darurat• Pelaksana pelayanan rekam medis• Pelaksana pelayanan gawat darurat	Pengisian rekam medis pasien gawat darurat yang memuat tentang: <ul style="list-style-type: none">• Jam kedatangan pasien	0 5 10	Dokumen rekam medis
2. Rekam medis pasien emergensi memuat kesimpulan ketika pengobatan diakhiri		<ul style="list-style-type: none">• Kesimpulan setelah penanganan/pengobatan selesai	0 5 10	
3. Rekam medis pasien emergensi memuat kondisi pasien pada saat dipulangkan.		<ul style="list-style-type: none">• Kondisi pasien yang dipulangkan	0 5 10	
4. Rekam medis pasien emergensi memuat instruksi tindak lanjut pelayanan.		<ul style="list-style-type: none">• Instruksi tindak lanjut pelayanan	0 5 10	
Standar MKI. 19.2 Kebijakan rumah sakit mengidentifikasi mereka yang berhak untuk mengisi rekam medis pasien dan menentukan isi dan format rekam medis.				
Standar MKI.19.3. Setelah mengisi catatan di rekam medis setiap pasien, dituliskan juga identitas penulisnya.				
Maksud dan tujuan MKI.19.2 dan MKI . 19.3 Akses ke masing-masing kategori informasi didasarkan atas kebutuhan dan diatur oleh jabatan dan fungsi, termasuk mahasiswa yang sedang pendidikan. Proses yang efektif menentukan : <ul style="list-style-type: none">- siapa yang punya akses ke informasi;- jenis informasi yang dapat diakses oleh petugas;- kewajiban pengguna untuk menjaga kerahasiaan informasi; dan- proses yang dijalankan ketika kerahasiaan dan keamanan dilanggar. Salah satu aspek dalam menjaga keamanan informasi pasien adalah menentukan siapa yang berhak memperoleh rekam medis pasien dan mengisi (memasukkan catatan ke dalam) rekam medis pasien. Rumah sakit mengembangkan suatu kebijakan otorisasi individu dan mengidentifikasi isi dan format dalam memasukkan catatan ke rekam medis pasien. Ada proses untuk menjamin bahwa hanya individu yang diberi otorisasi yang mengisi rekam medis pasien dan bahwa setiap pengisian juga mengidentifikasi siapa yang mengisi dan tanggalnya. Kebijakan juga harus meliputi proses bagaimana pengisian dan koreksi / pembetulan atau penulisan ulang catatan dalam rekam medis. Jika dipersyaratkan oleh rumah sakit, waktu pengisian juga dicatat, seperti halnya waktu pengobatan yang waktunya ditetapkan dan waktu pemberian obat.				

Elemen Penilaian MKI.19.2.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Mereka yang mendapat otorisasi untuk mengisi rekam medis pasien diatur dalam kebijakan rumah sakit. (lihat juga SKP.2, EP 1)	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala unit rekam medis • Kepala unit kerja yang terkait dengan pelayanan kepada pasien (rawat jalan, rawat inap, rawat intensif, dll) • Pelaksana pelayanan rekam medis 	<ul style="list-style-type: none"> • Siapa saja staf RS yang berwenang mengisi rekam medis 	0 5 10	UU 29/2004 Tentang Praktik Kedokteran UU 44/2009 Tentang Rumah Sakit PMK 269/Menkes/Per/III/2008 Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> • Kebijakan Pelayanan Rekam Medis • Pedoman Pelayanan/Penyelenggaraan Rekam Medis, beserta lampiran berkas rekam medis yang berlaku di RS Dokumen rekam medis
2. Format dan lokasi pengisian ditentukan dalam kebijakan rumah sakit.		<ul style="list-style-type: none"> • Penjelasan tentang lembar rekam medis yang berlaku 	0 5 10	
3. Ada proses untuk menjamin bahwa hanya yang mempunyai otorisasi/kewenangan yang dapat mengisi berkas rekam medis pasien.		<ul style="list-style-type: none"> • Pengendalian dalam pengisian rekam medis 	0 5 10	
4. Ada proses yang mengatur bagaimana isi rekam medis pasien dikoreksi atau ditulis ulang.		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan bila melakukan koreksi atau penulisan ulang 	0 5 10	
5. Mereka yang mempunyai otorisasi untuk akses ke rekam medis pasien diidentifikasi dalam kebijakan rumah sakit		<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi bagi staf yang mempunyai kewenangan dalam mengisi rekam medis 	0 5 10	
6. Ada proses untuk menjamin hanya individu yang mempunyai otorisasi yang mempunyai akses ke rekam medis pasien		<ul style="list-style-type: none"> • Proses evaluasi bahwa hanya staf yang berwenang yang mempunyai akses ke rekam medis 	0 5 10	

Elemen Penilaian MKI.19.3.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Pada setiap pengisian rekam medis dapat diidentifikasi siapa yang mengisi	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala unit rekam medis • Kepala unit kerja yang terkait dengan pelayanan kepada pasien (rawat jalan, rawat inap, rawat intensif, dll) • Pelaksana pelayanan rekam medis 	<ul style="list-style-type: none"> • Kepastian untuk dapat mengidentifikasi staf yang mengisi rekam medis 	0 5 10	Dokumen rekam medis
2. Tanggal pengisian rekam medis dapat diidentifikasi		<ul style="list-style-type: none"> • Waktu pengisian rekam medis dapat diketahui 	0 5 10	
3. Bila dipersyaratkan oleh rumah sakit, waktu/jam pengisian rekam medis dapat diidentifikasi.		<ul style="list-style-type: none"> • Waktu pengisian rekam medis, meliputi tanggal dan jam 	0 5 10	

Standar MKI.19.4

Sebagai bagian dalam kegiatan peningkatan kinerja, rumah sakit secara reguler melakukan asesmen terhadap isi dan kelengkapan berkas rekam medis pasien.

Maksud dan tujuan MKI.19.4

Setiap rumah sakit 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 berdasarkan sampel yang mewakili praktisi yang memberikan pelayanan dan jenis pelayanan yang diberikan. Proses review dilaksanakan oleh staf medis, keperawatan dan profesional klinis lainnya yang relevan dan mempunyai otorisasi untuk mengisi rekam medis pasien. Review berfokus pada ketepatan waktu, kelengkapan, dapat terbaca, dan seterusnya dari rekam medis dan informasi klinis. Isi rekam medis yang dipersyaratkan oleh peraturan dan perundang-undangan dimasukkan dalam proses review rekam medis. Review rekam medis di rumah sakit tersebut termasuk rekam medis dari pasien yang saat ini sedang dalam perawatan dan pasien yang sudah pulang.

Elemen Penilaian MKI. 19.4	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Rekam medis pasien di-review secara reguler/teratur	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala unit rekam medis • Kepala unit kerja yang terkait dengan pelayanan kepada pasien (rawat jalan, rawat inap, rawat intensif, dll) • Pelaksana pelayanan rekam medis 	Pelaksanaan review rekam medis yang dilakukan: <ul style="list-style-type: none"> • secara teratur 	0 5 10	UU 29/2004 Tentang Praktik Kedokteran UU 44/2009 Tentang Rumah Sakit PMK 269/Menkes/Per/III/2008
2. Review menggunakan sample yang mewakili/ representatif		<ul style="list-style-type: none"> • menggunakan sampel yang tepat 	0 5 10	

3. Review dilakukan oleh dokter, perawat dan profesi lain yang diberi otorisasi untuk pengisian rekam medis atau mengelola rekam medis pasien.		• oleh tenaga medis, keperawatan dan tenaga kesehatan lain yang berwenang mengisi rekam medis	0 5 10	Regulasi RS: • Panduan upaya peningkatan mutu RS • Indikator mutu terkait review pengisian rekam medis Dokumen: • Dokumen pelaksanaan review • Dokumen pelaksanaan program mutu
4. Review berfokus pada ketepatan waktu, dapat terbaca dan kelengkapan berkas rekam medis		• fokus pada ketepatan waktu, dapat terbaca dan lengkap	0 5 10	
5. Isi rekam medis yang disyaratkan oleh peraturan dan perundang-undangan dimasukkan dalam proses review		• pengisian rekam medis sesuai dengan regulasi yang berlaku	0 5 10	
6. Berkas rekam medis pasien yang masih aktif dirawat dan pasien yang sudah pulang dimasukkan dalam proses review		• meliputi rekam medis pasien yang masih dirawat dan yang sudah pulang	0 5 10	
7. Hasil proses review digabungkan ke dalam mekanisme pengawasan mutu rumah sakit		• sebagai bagian dari program mutu RS	0 5 10	
KUMPULAN DATA DAN INFORMASI				
Standar MKI. 20				
Kumpulan data dan informasi mendukung asuhan pasien, manajemen rumah sakit, dan program manajemen mutu.				
Standar MKI. 20.1.				
Rumah sakit mempunyai proses untuk mengumpulkan data dan telah menetapkan data dan informasi apa yang secara rutin (<i>regular</i>) dikumpulkan untuk memenuhi kebutuhan staf klinis dan manajemen di rumah sakit, serta agen/badan/ pihak lain di luar rumah sakit.				
Standar MKI. 20.2				
Rumah Sakit mempunyai proses untuk menggunakan atau berpartisipasi dalam database eksternal.				

Maksud dan tujuan MKI.20 sampai MKI 20.2

Rumah sakit mengumpulkan dan menganalisa kumpulan data untuk mendukung asuhan pasien dan manajemen rumah sakit. Kumpulan data memberikan gambaran/profil rumah sakit selama kurun waktu tertentu dan memungkinkan untuk membandingkan kinerja dengan rumah sakit lain. Jadi, kumpulan data merupakan suatu bagian penting dalam kegiatan peningkatan kinerja rumah sakit. Secara khusus, kumpulan data dari *risk management*/manajemen risiko, sistem manajemen utilitas, pencegahan dan pengendalian infeksi, dan review pemanfaatan/utilisasi dapat membantu rumah sakit untuk mengetahui kinerjanya terkini dan mengidentifikasi peluang untuk peningkatan/perbaikan.

Melalui partisipasi dalam kinerja *data base* eksternal, rumah sakit dapat membandingkan kinerjanya dengan rumah sakit yang sejenis, baik lokal, secara nasional maupun internasional. Perbandingan kinerja adalah suatu alat yang efektif untuk mengidentifikasi peluang guna peningkatan dan pendokumentasian tingkat kinerja rumah sakit. Jaringan pelayanan kesehatan dan mereka yang membelanja atau membayar untuk pelayanan kesehatan memerlukan informasi demikian. *Data base* eksternal variasinya sangat luas, dari *data base* asuransi hingga yang dikelola perhimpunan profesi. Rumah sakit mungkin dipersyaratkan oleh perundang-undangan atau peraturan untuk berkontribusi pada beberapa *data base* eksternal. Dalam semua kasus, keamanan dan kerahasiaan data dan informasi dijaga.

Elemen Penilaian MKI. 20	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Kumpulan data dan informasi mendukung asuhan pasien.	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Penyedia dan pengelola data RS (misalnya Kepala Unit Rekam Medis dan SIRS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Penggunaan informasi dalam penyusunan SPO pelayanan kedokteran yang berbasis EBM 	0 5 10	PMK 1438/Menkes/Per/IX/2010
2. Kumpulan data dan informasi mendukung manajemen rumah sakit.		<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen RS menggunakan data dan informasi dari luar RS, misalnya untuk menilai indikator mutu 	0 5 10	<ul style="list-style-type: none"> • SPO Pelayanan Kedokteran • Hasil analisis data dalam upaya peningkatan mutu RS
3. Kumpulan data dan informasi mendukung program manajemen kualitas/mutu.			0 5 10	
Elemen Penilaian MKI. 20.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Rumah sakit memiliki proses untuk membuat kumpulan data dalam merespon sesuai identifikasi kebutuhan pengguna	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Penyedia dan pengelola data RS (misalnya Kepala Unit Rekam Medis dan SIRS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Prosedur permintaan data 	0 5 10	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumen data • Dokumen pelaporan data
2. Rumah sakit memberikan data yang dibutuhkan kepada lembaga di luar rumah sakit. (lihat juga PPI.10.6, EP 1)		<ul style="list-style-type: none"> • Laporan RS tentang data-data RS ke lembaga Pemerintah 	0 5 10	

Elemen Penilaian MKI. 20.2	TELUSUR		SKOR [*]	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Rumah sakit memiliki proses untuk berpartisipasi atau menggunakan informasi dari <i>data base</i> eksternal.	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Penyedia dan pengelola data RS (misalnya Kepala Unit Rekam Medis dan SIRS)	<ul style="list-style-type: none">• Kalau ada sumber data eksternal	0 5 10	UU 29/2004 Tentang Praktik Kedokteran UU 36/2009 Tentang Kesehatan UU 44/2009 Tentang Rumah Sakit PMK 269/Menkes/Per/III/2008
2. Rumah sakit berkontribusi terhadap data atau informasi <i>data base</i> eksternal sesuai peraturan dan perundang-undangan.		<ul style="list-style-type: none">• Pelaporan sesuai ketentuan yang berlaku	0 5 10	
3. Rumah sakit membandingkan kinerjanya dengan menggunakan rujukan/ referensi dari <i>data base</i> eksternal. (lihat juga PMKP.4.2, EP 2, dan PPI.10.4, EP 1)		<ul style="list-style-type: none">• Melaksanakan analisis data dengan cara membandingkan data-data dari luar RS	0 5 10	
4. Keamanan dan kerahasiaan dijaga ketika berkontribusi atau menggunakan <i>data base</i> eksternal.		<ul style="list-style-type: none">• Pengamanan dan kerahasiaan data	0 5 10	
Standar MKI. 21				
Rumah sakit mendukung asuhan pasien, pendidikan, riset, dan manajemen dengan informasi yang tepat waktu dari sumber data terkini.				
Maksud dan Tujuan MKI . 21				
Praktisi pelayanan kesehatan, peneliti, pendidik, dan manajer seringkali membutuhkan informasi untuk membantu mereka dalam pelaksanaan tanggung jawab. Informasi demikian termasuk literatur ilmiah dan manajemen, pedoman praktek klinis, temuan penelitian, dan metode pendidikan. Internet, materi cetakan di perpustakaan, sumber pencarian <i>on-line</i> dan materi pribadi semuanya merupakan sumber yang bernilai bagi informasi terkini.				
Elemen Penilaian MKI. 21	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Informasi ilmiah terkini dan informasi lain untuk mendukung pelayanan pasien	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Penanggung jawab perpustakaan (kalau ada)• Penanggung jawab IT (kalau ada)• Tenaga medis dan tenaga kesehatan lain• Clinical instructor (CI)	Ketersediaan referensi untuk mendukung: <ul style="list-style-type: none">• Pelayanan pasien	0 5 10	Struktur organisasi RS
2. Informasi ilmiah terkini dan informasi lain untuk mendukung pendidikan klinik		<ul style="list-style-type: none">• Pendidikan klinik	0 5 10	
3. Informasi ilmiah terkini dan informasi lain untuk mendukung riset.		<ul style="list-style-type: none">• Riset	0 5 10	

4. Informasi profesional terkini dan informasi lain untuk mendukung manajemen		• Manajemen	0 5 10	
5. Tersedia informasi dalam kerangka waktu yang sesuai dengan harapan pengguna.		• Harapan pengguna informasi	0 5 10	

III. SASARAN KESELAMATAN PASIEN

III. SASARAN KESELAMATAN PASIEN

SASARAN

Berikut ini adalah daftar sasaran. Mereka disiapkan disini untuk memudahkan karena disampaikan tanpa persyaratan, maksud dan tujuan, atau elemen penilaian. Informasi lebih lanjut tentang sasaran ini dapat dilihat di bagian berikut dari bab ini, Sasaran, Persyaratan, Maksud dan Tujuan, serta Elemen Penilaian.

Enam sasaran keselamatan pasien adalah sebagai berikut :

Sasaran I : Ketepatan identifikasi pasien

Sasaran II : Peningkatan komunikasi yang efektif

Sasaran III : Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high-alert medications)

Sasaran IV : Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi

Sasaran V : Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Sasaran VI : Pengurangan risiko pasien jatuh

Standar SKP.I.

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki / meningkatkan ketelitian identifikasi pasien.

Maksud dan Tujuan SKP.I.

Kesalahan karena keliru-pasien sebenarnya terjadi di semua aspek diagnosis dan pengobatan. Keadaan yang dapat mengarahkan terjadinya *error*/kesalahan dalam mengidentifikasi pasien, adalah pasien yang dalam keadaan terbias / tersedasi, mengalami disorientasi, atau tidak sadar sepenuhnya; mungkin bertukar tempat tidur, kamar, lokasi di dalam rumah sakit; mungkin mengalami disabilitas sensori; atau akibat situasi lain. Maksud ganda dari sasaran ini adalah : pertama, untuk dengan cara yang dapat dipercaya/*reliable* mengidentifikasi pasien sebagai individu yang dimaksudkan untuk mendapatkan pelayanan atau pengobatan; dan kedua, untuk mencocokkan pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut.

Kebijakan dan/atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya proses yang digunakan untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau memberikan pengobatan atau tindakan lain. Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, dengan dua nama pasien, nomor identifikasi menggunakan nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang (-identitas pasien) dengan *bar-code*, atau cara lain. Nomor kamar atau lokasi pasien tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua pengidentifikasi/penanda yang berbeda pada lokasi yang berbeda di rumah sakit, seperti di pelayanan ambulatori atau pelayanan rawat jalan yang lain, unit gawat darurat, atau kamar operasi. Identifikasi terhadap pasien koma yang tanpa identitas, juga termasuk. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur untuk memastikan telah mengatur semua situasi yang memungkinkan untuk diidentifikasi.

Elemen Penilaian SKP.I.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien	Pimpinan Rumah Sakit Tim dokter dan dokter gigi Kepala Unit Keperawatan Staf Keperawatan	<ul style="list-style-type: none"> Identifikasi pasien menggunakan dua identitas dan tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien 	0 5 10	Acuan: <ul style="list-style-type: none"> PMK 1691/2011 tentang Keselamatan Pasien RS

2. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.	Kepala Unit Laboratorium dan Pemeriksaan Penunjang Staf Laboratorium dan Pemeriksaan Penunjang	• Identifikasi pasien sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah	0 5 10	Regulasi RS: ▪ Kebijakan/ Panduan Identifikasi pasien ▪ SPO pemasangan gelang identifikasi ▪ SPO identifikasi sebelum memberikan obat, darah/produk darah, mengambil darah/specimen lainnya, pemberian pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur.
3. Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis (lihat juga AP.5.6, EP 2)		• Identifikasi pasien sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis	0 5 10	
4. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan / prosedur		• Identifikasi pasien sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur	0 5 10	
5. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi		• Pembuatan dan sosialisasi kebijakan atau SOP tentang pelaksanaan identifikasi pasien	0 5 10	

Standar SKP.II.

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan efektivitas komunikasi antar para pemberi layanan.

Maksud dan Tujuan SKP.II.

Komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh resipien/penerima, akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat secara elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi yang paling mudah mengalami kesalahan adalah perintah diberikan secara lisan dan yang diberikan melalui telpon, bila diperbolehkan peraturan perundangan. Komunikasi lain yang mudah terjadi kesalahan adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti laboratorium klinis menelpon unit pelayanan pasien untuk melaporkan hasil pemeriksaan segera /cito.

Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk perintah lisan dan melalui telepon termasuk: menuliskan (atau memasukkan ke komputer) perintah secara lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima informasi; penerima membacakan kembali (*read back*) perintah atau hasil pemeriksaan; dan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibacakan ulang dengan akurat. untuk obat-obat yang termasuk obat NORUM/LASA dilakukan eja ulang. Kebijakan dan/atau prosedur mengidentifikasi alternatif yang diperbolehkan bila proses pembacaan kembali (*read back*) tidak memungkinkan seperti di kamar operasi dan dalam situasi gawat darurat/emergensi di IGD atau ICU.

Elemen Penilaian SKP.II.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Perintah lisan dan yang melalui telepon ataupun hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut. (lihat juga MKI.19.2, EP 1)	Pimpinan Rumah Sakit Tim dokter dan dokter gigi Kepala Unit Keperawatan Staf Keperawatan	Pencatatan secara lengkap perintah lisan (atau melalui telepon) dan hasil pemeriksaan oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan	0 5 10	▪ Kebijakan/ Panduan Komunikasi pemberian informasi dan edukasi yang efektif

2. Perintah lisan dan melalui telpon atau hasil pemeriksaan secara lengkap dibacakan kembali oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut. (lihat juga AP.5.3.1, Maksud dan Tujuan)	Kepala Unit Laboratorium dan Pemeriksaan Penunjang Staf Laboratorium dan Pemeriksaan Penunjang	Pembacaan ulang secara lengkap perintah lisan (atau melalui telepon) dan hasil pemeriksaan oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan dieja bila obat yang diperintahkan termasuk golongan obat NORUM/LASA	0 5 10	▪ SPO komunikasi via telp
3. Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh individu yang memberi perintah atau hasil pemeriksaan tersebut		Konfirmasi perintah atau hasil pemeriksaan oleh pemberi perintah atau pemeriksaan	0 5 10	
4. Kebijakan dan prosedur mendukung praktek yang konsisten dalam melakukan verifikasi terhadap akurasi dari komunikasi lisan melalui telepon. (lihat juga AP.5.3.1. Maksud dan Tujuan)		Pembuatan dan sosialisasi kebijakan atau SOP verifikasi terhadap akurasi komunikasi lisan (atau melalui telepon)	0 5 10	
Standar SKP.III.				
Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki / meningkatkan keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai (<i>high-alert</i>)				
Maksud dan Tujuan SKP.III.				
<p>Bila obat-obatan adalah bagian dari rencana pengobatan pasien, maka penerapan manajemen yang benar penting/krusial untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (<i>high-alert medications</i>) adalah obat yang persentasinya tinggi dalam menyebabkan terjadi kesalahan/<i>error</i> dan/atau kejadian sentinel (<i>sentinel event</i>), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (<i>adverse outcome</i>) demikian pula obat-obat yang tampak mirip/ucapan mirip (Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau <i>Look-Alike Sound-Alike</i> / LASA). Daftar obat-obatan yang sangat perlu diwaspadai tersedia di WHO. Yang sering disebut-sebut dalam isu keamanan obat adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja (misalnya, kalium/potasium klorida [sama dengan 2 mEq/ml atau yang lebih pekat]), kalium/potasium fosfat [(sama dengan atau lebih besar dari 3 mmol/ml)], natrium/sodium klorida [lebih pekat dari 0.9%], dan magnesium sulfat [sama dengan 50% atau lebih pekat]. Kesalahan ini bisa terjadi bila staf tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit asuhan pasien, bila perawat kontrak tidak diorientasikan sebagaimana mestinya terhadap unit asuhan pasien, atau pada keadaan gawat darurat/emergensi. Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tsb adalah dengan mengembangkan proses pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi.</p> <p>Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk menyusun daftar obat-obat yang perlu diwaspadai berdasarkan datanya sendiri. Kebijakan dan/atau prosedur juga mengidentifikasi area mana yang membutuhkan elektrolit konsentrat secara klinis sebagaimana ditetapkan oleh petunjuk dan praktek profesional, seperti di IGD atau kamar operasi, serta menetapkan cara pemberian label yang jelas serta bagaimana penyimpanannya di area tersebut sedemikian rupa, sehingga membatasi akses untuk mencegah pemberian yang tidak disengaja/kurang hati-hati.</p>				

Elemen Penilaian SKP.III.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, lokasi, pemberian label, dan penyimpanan obat-obat yang perlu diwaspadai	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan Rumah Sakit • Kepala Unit Laboratorium dan Pemeriksaan Penunjang • Staf Laboratorium dan Pemeriksaan Penunjang • Kepala Unit Keperawatan • Staf Keperawatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Pembuatan kebijakan atau SOP identifikasi, lokasi, pelabelan, dan penyimpanan obat-obat yang perlu diwaspadai 	0 5 10	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan / Panduan/ Prosedur mengenai obat-obat yang high alert minimal mencakup identifikasi, lokasi, pelabelan, dan penyimpanan obat high alert ▪ Daftar obat-obatan high alert
2. Kebijakan dan prosedur diimplementasikan		<ul style="list-style-type: none"> • Sosialisasi dan implementasi kebijakan atau SOP 	0 5 10	
3. Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja di area tersebut, bila diperkenankan kebijakan.		<ul style="list-style-type: none"> • Inspeksi di unit pelayanan untuk memastikan tidak adanya elektrolit konsentrat bila tidak dibutuhkan secara klinis dan panduan agar tidak terjadi pemberian secara tidak sengaja di area tersebut 	0 5 10	
4. Elektrolit konsentrat yang disimpan di unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (<i>restricted</i>).		<ul style="list-style-type: none"> • Pelabelan elektrolit konsentrat secara jelas dan penyimpanan di area yang dibatasi ketat 	0 5 10	

Standar SKP.IV.

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi.

Maksud dan Tujuan SKP.IV.

Salah-lokasi, salah-prosedur, salah-pasien operasi, adalah kejadian yang mengkhawatirkan dan biasa terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini adalah akibat dari 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 antar anggota 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 mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Kebijakan termasuk definisi dari operasi yang memasukkan sekurang-kurangnya prosedur yang menginvestigasi dan/atau mengobati penyakit dan kelainan/*disorder* pada tubuh manusia dengan cara menyayat, membuang, mengubah, atau menyisipkan kesempatan diagnostik/terapeutik. Kebijakan berlaku atas setiap lokasi di rumah sakit dimana prosedur ini dijalankan.

Praktek berbasis bukti, seperti yang diuraikan dalam *Surgical Safety Checklist* dari *WHO Patient Safety* (2009), juga di *The Joint Commission's Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery*.

Penandaan lokasi operasi melibatkan pasien dan dilakukan dengan tanda yang segera dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di seluruh rumah sakit; dan harus dibuat oleh orang yang akan melakukan tindakan; harus dibuat saat pasien terjaga dan sadar; jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai pasien disiapkan dan diselimuti. Lokasi operasi ditandai pada semua kasus termasuk sisi (*laterality*), struktur multipel (jari tangan, jari kaki, lesi), atau *multiple level* (tulang belakang).

Maksud dari proses verifikasi praoperatif adalah untuk :

- memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar;
- memastikan bahwa semua dokumen, foto (*images*), dan hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dan dipampang;
- Memverifikasi keberadaan peralatan khusus dan/atau *implant-implant* yang dibutuhkan.

Tahap "Sebelum insisi" / *Time out* memungkinkan setiap pertanyaan yang belum terjawab atau kesimpang-siuran dibereskan. *Time out* dilakukan di tempat tindakan akan dilakukan, tepat sebelum tindakan dimulai, dan melibatkan seluruh tim operasi. Rumah sakit menetapkan bagaimana proses itu didokumentasikan (secara ringkas, misalnya menggunakan *checklist*)

Elemen Penilaian SKP.IV.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dapat dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan/ pemberi tanda.	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan Rumah Sakit • Tim kamar operasi • Tim dokter dan dokter gigi • Staf Keperawatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Pembuatan tanda identifikasi yang jelas dan melibatkan pasien dalam proses penandaan lokasi operasi 	0 5 10	Regulasi RS: ▪ Kebijakan / Panduan / SPO pelayanan bedah untuk untuk memastikan

2. Rumah sakit menggunakan suatu <i>checklist</i> atau proses lain untuk memverifikasi saat preoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional.	<ul style="list-style-type: none"> Pasien 	<ul style="list-style-type: none"> Penyusunan <i>checklist</i> untuk verifikasi preoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien, tepat dokumen, dan ketersediaan serta ketepatan alat 	0 5 10	tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan tindakan pengobatan gigi / dental <ul style="list-style-type: none"> SPO penandaan lokasi operasi Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> <i>Surgery safety Check list</i> di laksanakan dan dicatat di rekam medis pasien operasi
3. Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur “sebelum insisi / <i>time-out</i> ” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur / tindakan pembedahan.		<ul style="list-style-type: none"> Penerapan dan pencatatan prosedur ‘<i>time-out</i>’ sebelum dimulainya tindakan pembedahan 	0 5 10	
4. Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung keseragaman proses untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan tindakan pengobatan gigi / dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi.		<ul style="list-style-type: none"> Pembuatan kebijakan atau SOP untuk proses di atas (termasuk prosedur tindakan medis dan dental) 	0 5 10	

Standar SKP.V.

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

Maksud dan Tujuan SKP.V.

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan praktisi dalam kebanyakan tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi umumnya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih-terkait kateter, infeksi aliran darah (*blood stream infections*) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis).

Pokok dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Pedoman *hand hygiene* yang berlaku secara internasional bisa diperoleh dari WHO, Rumah sakit mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi pedoman *hand hygiene* yang diterima secara umum untuk implementasi pedoman itu di rumah sakit.

Elemen Penilaian SKP.V.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman <i>hand hygiene</i> terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum (al.dari WHO Patient Safety).	Pimpinan Rumah Sakit Tim PPI	Adaptasi pedoman <i>hand hygiene</i> terbaru yang sudah diterima secara umum (misalnya WHO Patient Safety)	0 5 10	Regulasi <ul style="list-style-type: none"> Kebijakan / Panduan <i>Hand hygiene</i> SPO Cuci tangan

2. Rumah sakit menerapkan program <i>hand hygiene</i> yang efektif.		Penerapan program <i>hand hygiene</i> secara efektif	0 5 10	<ul style="list-style-type: none"> SPO lima momen cuci tangan
3. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan		Pembuatan kebijakan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait dengan pelayanan kesehatan secara berkelanjutan	0 5 10	Dokumen Implementasi <ul style="list-style-type: none"> Indikator infeksi yang terkait pelayanan kesehatan Sosialisasi kebijakan dan prosedur cuci tangan

Standar SKP.VI.

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh.

Maksud dan Tujuan SKP.VI.

Jumlah kasus jatuh menjadi bagian yang bermakna penyebab cedera pasien rawat inap. Dalam konteks populasi/masyarakat yang dilayani, pelayanan yang diberikan, dan fasilitasnya, rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa meliputi riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap obat dan konsumsi alkohol, penelitian terhadap gaya/cara jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien. Program ini memonitor baik konsekuensi yang dimaksudkan atau yang tidak sengaja terhadap langkah-langkah yang dilakukan untuk mengurangi jatuh. Misalnya penggunaan yang tidak benar dari alat penghalang atau pembatasan asupan cairan bisa menyebabkan cedera, sirkulasi yang terganggu, atau integrasi kulit yang menurun. Program tersebut harus diterapkan di rumah sakit.

Elemen Penilaian SKP.VI.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit menerapkan proses asesmen awal risiko pasien jatuh dan melakukan asesmen ulang terhadap pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan. (lihat juga AP.1.6, EP 4)	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan Rumah Sakit Staf medis Staf keperawatan 	<ul style="list-style-type: none"> Penerapan asesmen awal pasien risiko jatuh dan asesmen ulang pada pasien bila ada perubahan kondisi atau pengobatan 	0 5 10	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> Kebijakan / Panduan/SPO asesmen dan asesmen ulang risiko pasien jatuh Kebijakan langkah – langkah pencegahan risiko pasien jatuh
2. Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko (lihat juga AP.1.6, EP 5)		<ul style="list-style-type: none"> Penerapan langkah-langkah pencegahan dan pengamanan bagi pasien yang dianggap berisiko 	0 5 10	<ul style="list-style-type: none"> SPO pemasangan gelang

3. Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik tentang keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan maupun dampak yang berkaitan secara tidak disengaja		<ul style="list-style-type: none"> • Monitor dan evaluasi berkala terhadap keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak terkait 	0 5 10	risiko jatuh Dokumen Implementasi
4. Kebijakan dan/atau prosedur mendukung pengurangan berkelanjutan dari risiko cedera pasien akibat jatuh di rumah sakit		<ul style="list-style-type: none"> • Pembuatan kebijakan atau SOP pasien jatuh 	0 5 10	▪ Form monitoring dan evaluasi hasil pengurangan cedera akibat jatuh

IV. SASARAN MILENIUM DEVELOPMENT GOALS (MDGS)

V. SASARAN MILLENIUM DEVELOPMENT GOAL's

STANDAR, MAKSUD DAN TUJUAN , ELEMEN PENILAIAN				<div>≥ 80% Terpenuhi</div> <div>20-79% Terpenuhi sebagian</div> <div>< 20% Tidak terpenuhi</div>	
Sasaran SMDGs.I.					
Rumah sakit melaksanakan program PONEK (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Komprehensif) untuk menurunkan angka kematian bayi dan meningkatkan kesehatan ibu.					
Maksud dan Tujuan SMDG.I.					
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 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					
Elemen Penilaian SMDG.I.		Telusur		Skor	DOKUMEN
		Sasaran	Materi		
1.	Pimpinan RS berpartisipasi dalam menyusun program PONEK	<div><div>• Pimpinan RS</div><div>• Ketua dan anggota Tim PONEK</div></div>	<div><div>• Proses penyusunan rencana rumah sakit untuk melaksanakan PONEK</div></div>	<div>0</div> <div>5</div> <div>10</div>	<div>▪ SK Direktur Rumah</div> <div>tentangPembentukan Tim PONEK</div> <div>▪ Kebijakan/ Pedoman/ Panduan</div> <div>tentang :</div>
2.	Pimpinan RS berpartisipasi dalam menetapkan keseluruhan proses/mekanisme dalam program PONEK termasuk pelaporannya	<div><div>• Kepala unit kerja dan pelaksana PONEK (tenaga medis, keperawatan, farmasi, gizi dsb.)</div></div>	<div><div>• Lingkup PONEK yang dilaksanakan, strategi pelaksanaan, mekanisme monitoring dan evaluasi, serta sistem pelaporannya</div></div>	<div>0</div> <div>5</div> <div>10</div>	<div>a. Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatus</div> <div>b. Penyelenggaraan PONEK 24 jam di Rumah Sakit</div>
3.	Adanya kebijakan rumah sakit dan dukungan penuh manajemen dalam pelayanan PONEK		<div><div>• Penyusunan regulasi, penyediaan fasilitas dan dukungan pembiayaan dalam RKA serta realisasinya</div></div>	<div>0</div> <div>5</div> <div>10</div>	<div>c. Rawat Gabung Ibu dan Bayi</div> <div>d. Inisiasi Menyusui Dini dan ASI Eksklusif</div> <div>e. Perawatan Metode Kangguru pada BBLR</div>

4.	Terbentuk dan berfungsinya Tim PONEK Rumah Sakit		<ul style="list-style-type: none"> • Pembentukan Tim/Panitia PONEK, pengorganisasian, pedoman kerja, program kerja, monitoring dan evaluasi pelaksanaannya 	0 5 10	f. Rumah Sakit Sayang Ibu Bayi g. Pelaksanaan Rujukan Program : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rencana Strategi ▪ Rencana Kerja & Anggaran ▪ Program Unit Kerja terkait ▪ Pelatihan Tim PONEK
5.	Terlaksananya pelatihan untuk meningkatkan kemampuan teknis Tim PONEK sesuai standar		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan pelatihan untuk meningkatkan PONEK 	0 5 10	
6.	Terlaksananya fungsi rujukan PONEK pada rumah sakit sesuai dengan kebijakan yang berlaku.		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan rujukan 	0 5 10	Dokumen implementasi : <ol style="list-style-type: none"> a. Laporan kegiatan b. Sertifikasi pelatihan PONEK c. MoU Rujukan dengan RS Rujukan d. Notulen rapat

Sasaran SMDGs.II.

Rumah sakit melaksanakan penanggulangan HIV/AIDS sesuai dengan pedoman rujukan ODHA

Maksud dan Tujuan SMDGs.II.

Rumah sakit dalam melaksanakan penanggulangan HIV/AIDS sesuai dengan standar pelayanan bagi rujukan ODHA dan satelitnya dengan langkah-langkah pelaksanaan sebagai berikut :

- a. Meningkatkan fungsi pelayanan VCT (*Voluntary Counseling and Testing*);
- b. Meningkatkan fungsi pelayanan ART (*Antiretroviral Therapy*);
- c. Meningkatkan fungsi pelayanan PMTCT (*Prevention Mother to Child Transmision*);
- d. Meningkatkan fungsi pelayanan Infeksi Oportunistik (IO);
- e. Meningkatkan fungsi pelayanan pada ODHA dengan faktor risiko IDU; dan
- f. Meningkatkan fungsi pelayanan penunjang, yang meliputi: pelayanan gizi, laboratorium, dan radiologi, pencatatan dan pelaporan.

Elemen Penilaian SMDGs.II.		Telusur		Skor	DOKUMEN
		Sasaran	Materi		
1.	Pimpinan RS berpartisipasi dalam menyusun rencana pelayanan penanggulangan HIV/AIDS	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua dan anggota Tim HIV/AIDS • Kepala unit kerja dan pelaksana pelayanan HIV/AIDS (tenaga medis, keperawatan dsb.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Rencana rumah sakit untuk melaksanakan pelayanan HIV/AIDS 	0 5 10	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SK Direktur Rumah tentang Pembentukan Tim HIV/AIDS ▪ Kebijakan/ Pedoman/ Panduan tentang : <ol style="list-style-type: none"> a. Pelayanan VCT, ART, PMTCT, IO, ODHA dengan faktor risiko IDU dan penunjang di Rumah Sakit b. Pelaksanaan Rujukan
2.	Pimpinan RS berpartisipasi dalam menetapkan keseluruhan proses/mechanisme dalam pelayanan penanggulangan HIV/AIDS termasuk pelaporannya		<ul style="list-style-type: none"> • Lingkup pelayanan HIV/AIDS yang dilaksanakan, strategi pelaksanaan, mekanisme monitoring dan evaluasi, serta sistem pelaporannya 	0 5 10	
3.	Adanya kebijakan Rumah Sakit dan dukungan penuh manajemen dalam pelayanan penanggulangan HIV/AIDS		<ul style="list-style-type: none"> • Penyusunan regulasi, penyediaan fasilitas dan dukungan pembiayaan dalam RKA serta realisasinya 	0 5 10	

4.	Terbentuk dan berfungsinya Tim HIV/AIDS Rumah Sakit		• Pembentukan Tim/Panitia pelayanan HIV/AIDS, pengorganisasian, operasional, program kerja, monitoring dan evaluasi pelaksanaannya	0 5 10	▪ Pelatihan HIV AIDS pada unit kerja terkait Dokumen implementasi : a. Laporan kegiatan b. Sertifikasi pelatihan HIV AIDS c. MoU Rujukan dengan RS Rujukan
5.	Terlaksananya pelatihan untuk meningkatkan kemampuan teknis Tim HIV/AIDS sesuai standar		• Pelaksanaan pelatihan untuk meningkatkan pelayanan HIV/AIDS	0 5 10	
6.	Terlaksananya fungsi rujukan HIV/AIDS pada rumah sakit sesuai dengan kebijakan yang berlaku		• Pelaksanaan rujukan	0 5 10	
7.	Terlaksananya pelayanan VCT, ART, PMTCT, IO, ODHA dgn faktor risiko IDU, penunjang sesuai dengan kebijakan		• Pelaksanaan pelayanan VCT, ART, PMTCT, IO, ODHA dgn faktor risiko IDU, penunjang sesuai dengan kebijakan	0 5 10	

Sasaran SMDGs.III.

Rumah sakit melaksanakan penanggulangan TB sesuai dengan pedoman strategi DOTS.

Maksud dan Tujuan SMDGs.III.

Pada tahun 1993, WHO telah menyatakan bahwa TB merupakan keadaan darurat dan pada tahun 1995 merekomendasikan strategi DOTS sebagai salah satu langkah yang paling efektif dan efisien dalam penanggulangan TB.

Intervensi dengan strategi DOTS kedalam pelayanan kesehatan dasar (Puskesmas) telah dilakukan sejak tahun 1995. DOTS atau Directly Observe Therapy of Shortcourse merupakan pengamatan jangka pendek pelayanan secara langsung pada penderita TB. Pelaksanaan DOTS di rumah sakit mempunyai daya ungkit dalam penemuan kasus (*care detection rate, CDR*), angka keberhasilan pengobatan (*cure rate*), dan angka keberhasilan rujukan (*success referral rate*).

TB DOTS merupakan salah satu indikator mutu penerapan standar pelayanan rumah sakit (SPRS). Untuk melaksanakan program penanggulangan TB diperlukan Pedoman Manajerial dalam program penanggulangan TB di rumah sakit dengan strategi DOTS.

Elemen Penilaian SMDGs.III.		Telusur		Skor	DOKUMEN
		Sasaran	Materi		
1.	Pimpinan RS berpartisipasi dalam menyusun rencana pelayanan DOTS TB	• Pimpinan RS • Ketua dan anggota Tim DOTS TB • Kepala unit kerja dan pelaksana pelayanan DOTS TB	• Rencana rumah sakit untuk melaksanakan pelayanan DOTS TB	0 5 10	Acuan: ▪ SK Direktur Rumah Sakit tentang Pembentukan Tim DOTS TB ▪ Kebijakan/ Pedoman/ Panduan tentang :

2.	Pimpinan RS berpartisipasi dalam menetapkan keseluruhan proses/mekanisme dalam program pelayanan DOTS TB termasuk pelaporannya	(tenaga medis, keperawatan, farmasi dsb.)	• Lingkup pelayanan DOTS TB yang dilaksanakan, strategi pelaksanaan, mekanisme monitoring dan evaluasi, serta sistem pelaporannya	0 5 10	a. Pelayanan TB dengan Strategi DOTS b. Pelaksanaan Rujukan Program : ■ Rencana Strategi ■ Rencana Kerja & Anggaran ■ Pelatihan Tim DOTS Dokumen implementasi : a. Laporan kegiatan b. Sertifikasi pelatihan DOTS c. MoU Rujukan dengan RS Rujukan
3.	Adanya kebijakan rumah sakit dan dukungan penuh manajemen dalam pelayanan DOTS TB sesuai dengan standar		• Penyusunan regulasi, penyediaan fasilitas dan dukungan pembiayaan dalam RKA serta realisasinya	0 5 10	
4.	Terbentuk dan berfungsinya Tim DOTS TB Rumah Sakit		• Pembentukan Tim/Panitia pelayanan DOTS TB, pengorganisasian, operasional, program kerja, monitoring dan evaluasi pelaksanaannya	0 5 10	
5.	Terlaksananya pelatihan untuk meningkatkan kemampuan teknis Tim DOTS TB sesuai standar		• Pelaksanaan pelatihan untuk meningkatkan pelayanan DOTS TB	0 5 10	
6.	Terlaksananya fungsi rujukan TB DOTS pada rumah sakit sesuai dengan kebijakan yang berlaku		• Pelaksanaan rujukan	0 5 10	