

PERATURAN DIREKTUR



**Dharma
Nugraha
Hospital**
Est.1996

**MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN
RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
TAHUN 2023**

**PERATURAN DIREKTUR
NOMOR 007/PER-DIR/RSDN/2023**

TENTANG

**MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN (MFK)
DI RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAH/A**

DIREKTUR RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka melaksanakan kegiatan, rumah sakit harus menyediakan fasilitas yang aman, berfungsi, dan suportif bagi pasien, keluarga, staf, dan pengunjung guna mengendalikan bahaya dan risiko, mencegah kecelakaan/cedera dan memelihara kondisi aman ;
- b. bahwa untuk tersedianya fasilitas yang aman di rumah sakit, fasilitas fisik, peralatan medis, dan peralatan lainnya harus dikelola dengan manajemen yang efektif dan melibatkan multi disiplin dalam perencanaan, pendidikan, dan pemantauan ;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana pada huruf a dan b, perlu mengeluarkan Peraturan Direktur tentang Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK) di Rumah Sakit Dharma Nugraha;
- Mengingat : 1. Undang-Undang RI No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
2. Undang-Undang RI No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
3. Undang-Undang RI No. 28 Tahun 2002 tentang Bangunan Gedung
4. Undang-Undang RI No. 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana
5. Undang-Undang RI No. 32 Tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup
6. Peraturan Pemerintah RI No. 19 Tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok bagi Kesehatan
7. Peraturan Pemerintah RI No. 50 Tahun 2012 tentang Sistem Manajemen K3
8. Peraturan Pemerintah RI No. 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan
9. Peraturan Pemerintah RI No. 101 Tahun 2014 tentang Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun (B3)
10. Peraturan Menteri Lingkungan Hidup RI No. 03 Tahun 2008 tentang Tata Cara Pemberian Simbol dan Label Bahan Berbahaya dan Beracun

11. Peraturan Menteri Pekerjaan Umum RI No. 24/PRT/M/2008 tentang Pedoman Pemeliharaan dan Perawatan Bangunan Gedung
12. Peraturan Menteri Lingkungan Hidup RI No.18 Tahun 2009 tentang Tata Cara Perizinan Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun
13. Peraturan Menteri Lingkungan Hidup RI No. 14 Tahun 2013 tentang Simbol dan Label Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun
14. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit
15. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 54 Tahun 2015 tentang Pengujian dan Kalibrasi Alat Kesehatan
16. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 4 Tahun 2016 tentang Penggunaan Gas Medik dan Vakum Medik pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan
17. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 24 Tahun 2016 tentang Persyaratan Teknis Bangunan dan Prasarana Rumah Sakit
18. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.66 Tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS)
19. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
20. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien
21. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomer 12 tahun 2020 tentang akreditasi rumah sakit.
22. Peraturan Menteri Kesehatan RI No 24 tahun 2022 tentang Rekam medis.
23. Keputusan dirjen pelayanan keehatan No HK.02.02/I/4110/2022 Tentang Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit.
24. Keputusan Menteri Pekerjaan Umum RI No.10/KPTS/2000 tentang Ketentuan Teknis Pengamanan Terhadap Bahaya Kebakaran pada Bangunan Gedung dan Lingkungan
25. Keputusan Menteri Lingkungan Hidup RI No. 86 Tahun 2002 tentang Pedoman Pelaksanaan Upaya Pengelolaan dan Pemantauan Lingkungan
26. Keputusan Menteri Kesehatan RI No.907/MENKES/2002 tentang Syarat - Syarat dan Pengawasan Kualitas Air Minum
27. Keputusan Menteri Kesehatan RI No.1335/MENKES/2002 tentang Standar Operasional Pengambilan dan Pengukuran Sampel Kualitas Udara Ruang Rumah Sakit
28. Keputusan Menteri Kesehatan RI No.1407/MENKES/2002 tentang

Pedoman Pengendalian Dampak Pencemaran Udara

29. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 07 Tahun 2019 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit
30. Peraturan Daerah No. ... Tahun 20... tentang Kawasan Tanpa Rokok
31. Surat Keputusan Direktur PT. / RS... No. 010/SK-.././20.. tentang Penunjukan dan Pengangkatan Sdri. dr. sebagai Direktur RS Dharma Nugraha

Menetapkan : PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA TENTANG MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN (MFK) DI RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Definisi

Dalam Peraturan Direktur ini yang dimaksud dengan :

1. Keselamatan adalah keadaan tertentu karena gedung, lantai, halaman, dan peralatan rumah sakit tidak menimbulkan bahaya atau risiko bagi pasien, staf, dan pengunjung.
2. Keamanan adalah perlindungan terhadap kehilangan, pengrusakan dan kerusakan, atau penggunaan akses oleh mereka yang tidak berwenang.
3. Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) serta Limbahnya meliputi penanganan, penyimpanan, dan penggunaan seluruh jenis bahan berbahaya dan beracun. Serta limbah bahan berbahaya harus dibuang secara aman.
4. Manajemen Penanggulangan Bencana meliputi identifikasi risiko bencana, respon bila terjadi wabah, serta penanganan bencana dan keadaan emergensi dengan efektif termasuk evaluasi lingkungan pasien secara terintegrasi.
5. Sistem Proteksi Kebakaran meliputi perlindungan bagi properti dan personel dari kebakaran dan asap.
6. Peralatan Medis meliputi pemilihan, pemeliharaan, dan penggunaan alat medis sedemikian rupa untuk mengurangi risiko.
7. Sistem penunjang/utilitas meliputi listrik, air, dan sistem pendukung lainnya dipelihara untuk meminimalkan risiko kegagalan pengoperasian.

8. Fokus pada standar Manajemen Fasilitas dan Keamanan ini meliputi:
- a. Kepemimpinan dan perencanaan;
 - b. Keselamatan;
 - c. Keamanan;
 - d. Pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) dan Limbah B3;
 - e. Proteksi kebakaran;
 - f. Peralatan medis;
 - g. Sistem utilitas;
 - h. Penanganan kedaruratan dan bencana;
 - i. Konstruksi dan renovasi; dan
 - j. Pelatihan.

BAB II

KEPEMIMPINAN DAN PERENCANAAN

Pasal 2

- (1) Rumah sakit mematuhi peraturan dan perundang-undangan tentang bangunan, perlindungan kebakaran, dan persyaratan pemeriksaan fasilitas
- (2) Direktur rumah sakit dan pimpinan lainnya memahami perundang-undangan dan persyaratan lainnya yang berlaku bagi fasilitas rumah sakit baik yang merupakan regulasi di tingkat nasional maupun tingkat daerah.
- (3) Memiliki persyaratan dan perizinan sesuai peraturan perundang-undangan, yaitu:
 - a. Izin mendirikan bangunan
 - b. Izin Operasional Rumah Sakit
 - c. Sertifikat laik fungsi (SLF)
 - d. Izin pengelolaan air limbah IPAL/ IPLC
 - e. Izin Operasional Genset
 - f. Izin Radiologi
 - g. Sertifikat system Pengamanan/ pemadaman kebakaran
 - h. Izin Sistem Kelistrikan

- i. Izin Incinerator(bila ada) / izin tranporter dan izin pengolahan limbah B3
 - j. Izin tempat penyimpanan sementara lembah B3
 - k. Izin Lift (bila ada)
 - l. Izin Instalasi petir
 - m. Izin Lingkungan
- (4) Merencanakan dan membuat anggaran untuk peningkatan dan penggantian fasilitas berdasarkan hasil pemeriksaan atau untuk memenuhi persyaratan yang berlaku

Pasal 3

- (1) Rumah Sakit menetapkan penanggung-jawab yang kompeten untuk mengawasi penerapan manajemen fasilitas dan keselamatan di rumah sakit bertanggung jawab langsung kepada direktur dapat komite/ tim K3RS.
- (2) Penanggung jawab MFK menyusun program manajemen risiko setiap tahun meliputi:
- a) **Keselamatan:** meliputi bangunan, prasarana, fasilitas, area konstruksi, lahan, dan peralatan rumah sakit tidak menimbulkan bahaya atau risiko bagi pasien, staf, atau pengunjung.
 - b) **Keamanan:** perlindungan dari kehilangan, kerusakan, gangguan, atau akses atau penggunaan yang tidak sah.
 - c) **Bahan dan limbah berbahaya:** Pengelolaan B3 termasuk penggunaan radioaktif serta bahan berbahaya lainnya dikontrol, dan limbah berbahaya dibuang dengan aman.
 - d) **Proteksi kebakaran:** Melakukan penilaian risiko yang berkelanjutan untuk meningkatkan perlindungan seluruh aset, properti dan penghuni dari kebakaran dan asap.
 - e) **Penanganan kedaruratan dan bencana:** Risiko diidentifikasi dan respons terhadap epidemi, bencana, dan keadaan darurat direncanakan dan efektif, termasuk evaluasi integritas struktural dan non struktural lingkungan pelayanan dan perawatan pasien.
 - f) **Peralatan medis:** Peralatan dipilih, dipelihara, dan digunakan dengan cara yang aman dan selamat untuk mengurangi risiko.
 - g) **Sistem utilitas:** Listrik, air, gas medik dan sistem utilitas lainnya dipelihara untuk meminimalkan risiko kegagalan pengoperasian.
 - h) **Konstruksi dan renovasi:** Risiko terhadap pasien, staf, dan pengunjung diidentifikasi dan dinilai selama konstruksi, renovasi, pembongkaran, dan aktivitas pemeliharaan lainnya.
 - i) **Pelatihan:** **Seluruh staf** di rumah sakit dan para

tenant/penyewa lahan dilatih dan memiliki pengetahuan tentang pengelolaan fasilitas rumah sakit.

- j) **Pengawasan pada para tenant/penyewa lahan** yang melakukan kegiatan di dalam area lingkungan rumah sakit.

(3) Penanggung jawab MFK melakukan pengawasan terhadap manajemen fasilitas dan keselamatan yang meliputi:

- a) pengawasan semua aspek program manajemen fasilitas dan keselamatan seperti pengembangan rencana dan memberikan rekomendasi untuk ruangan, peralatan medis, teknologi, dan sumber daya;
- b) pengawasan pelaksanaan program secara konsisten dan berkesinambungan;
- c) pelaksanaan edukasi staf;
- d) pengawasan pelaksanaan pengujian/testing dan pemantauan program;
- e) penilaian ulang secara berkala dan merevisi program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan jika dibutuhkan;
- f) penyerahan laporan tahunan kepada direktur rumah sakit
- g) pengorganisasian dan pengelolaan laporan kejadian/insiden dan melakukan analisis, dan upaya perbaikan.

(4) Penerapan program manajemen fasilitas dan keselamatan (MFK) pada tenan/ penyewa lahan yang berada dilingkungan rumah sakit meliputi:

- a) Keselamatan
- b) Keamanan
- c) Pengelolaan B3
- d) Proteksi kebakaran
- e) Kewaspadaan kedaruratan bencana.

(5) Program manajemen fasilitas dan keselamatan selalu ditinjau dan diperbaharui atau bila terjadi perubahan lingkungan rumah sakit yang terkini dan atau sekurang-kurangnya setahun sekali untuk menggambarkan kondisi lingkungan rumah sakit yang terkini, program termasuk untuk tenant/penyewa lahan yang ada di fasilitas pelayanan (kantin, café, dll) harus patuh terhadap

program rumah sakit.

Pasal 4

- (1) Komite/ Tim K3RS bertugas untuk melakukan pengawasan terhadap perencanaan serta pelaksanaan program manajemen fasilitas dan keselamatan (MFK) terkait dengan keselamatan di lingkungan rumah sakit secara berkesinambungan.
- (2) Rumah Sakit berkewajiban untuk menyediakan fasilitas yang aman, fungsional dan fasilitas pendukung untuk pasien, keluarga dan staf pengunjung yang harus dikelola secara efektif dengan tujuan
 - a. Mengurangi dan mengendalikan sumber bahaya dan risiko
 - b. Menghindari kecelakaan dan cedera
 - c. Memelihara kondisi yang aman
- (3) Manajemen yang efektif mencakup Tim K3RS mendorong pelaporan insiden yang terjadi di rumah sakit, melakukan analisis sebagai akibat fasilitas dan lingkungan yang tidak aman untuk membuat rencana perbaikan.

BAB III

KESELAMATAN DAN KEAMANAN

Pasal 5

- (1) Rumah sakit mempunyai program pengelolaan keselamatan (jaminan untuk gedung, properti, teknologi medik dan informasi, peralatan, sistem tidak akan menghasilkan cedera pada manusia) dan keamanan (melindungi milik rumah sakit, pasien, staf, keluarga, pengunjung dari bahaya kehilangan kerusakan/pengrusakan) melalui penyediaan fasilitas fisik dan menciptakan lingkungan yang aman bagi pasien, keluarga, pengunjung, dan staf
- (2) Rumah sakit menerapkan proses untuk mengelola dan memantau keselamatan (merupakan bagian dari program Manajemen Fasilitas Keselamatan/MFK pada standar MFK 1 yang meliputi:
 - a) Pengelolaan risiko keselamatan di lingkungan rumah sakit secara komprehensif
 - b) Penyediaan fasilitas pendukung yang aman untuk mencegah kecelakaan dan cedera, penyakit akibat kerja, mengurangi

- bahaya dan risiko, serta mempertahankan kondisi aman bagi pasien, keluarga, staf, dan pengunjung; dan
- c) Pemeriksaan fasilitas dan lingkungan (ronde fasilitas) secara berkala dan dilaporkan sebagai dasar perencanaan anggaran untuk perbaikan, penggantian atau “*upgrading*”.
- (3) Asesmen risiko secara komprehensif dan proaktif untuk mengidentifikasi bangunan, ruangan/area, peralatan, perabotan, dan fasilitas lainnya yang menimbulkan cedera.
- Asesmen risiko prakonstruksi (*pra construction risk assessment/PCRA*) setiap ada konstruksi, renovasi atau penghancuran bangunan/demolisi.
 - Merencanakan dan melakukan pencegahan dengan menyediakan fasilitas pendukung yang aman
 - Menciptakan lingkungan yang aman dengan memberikan identitas (*badge* nama sementara atau tetap) pada pasien, staf, pekerja kontrak, *tenant*/penyewa lahan, keluarga, dan pengunjung (di luar jam besuk dan tamu rumah sakit).
 - Melindungi dari kejahatan perorangan, kehilangan, kerusakan atau pengrusakan barang milik pribadi.
 - Melakukan monitoring dengan memasang kamera CCTV pada area terbatas seperti pada ruang bayi dan kamar operasi serta daerah lainnya yang berisiko seperti ruang anak, lanjut usia, kelompok pasien rentan yang tidak dapat melindungi diri sendiri atau memberi tanda minta bantuan bila terjadi bahaya, daerah terpencil atau terisolasi, area parkir, dan area lain yang sering terjadi kehilangan.

Pasal 6

- Asesmen risiko pra konstruksi (PCRA) dilakukan pada waktu merencanakan pembangunan/konstruksi, pembongkaran atau renovasi untuk mengurangi risiko terhadap dampak konstruksi, renovasi, dan demolisis.
- PCRA meliputi: kualitas udara, pengendalian infeksi (ICRA), utilitas, kebisingan, getaran, bahan berbahaya, layanan darurat, dan bahan lain yang mempengaruhi perawatan/pengobatan/layanan.
- Asesmen risiko PCRA melibatkan semua unit/instalasi pelayanan klinis yang terkena dampak konstruksi, konsultan perencanaan, manajer desain proyek, Tim K3RS, PPI, Penunjang umum, IT, dan

UPSRs.

- (4) Rumah sakit dapat mengambil tindakan berdasarkan hasil asesmen risiko untuk meminimalkan risiko selama pembongkaran, konstruksi, dan renovasi.
- (5) Rumah sakit merencanakan dan menyediakan anggaran untuk perbaikan, penggantian, peningkatan, dan perizinan sehingga bangunan, properti, fasilitas, serta komponen – komponen lainnya termasuk anggaran penerapan PCRA dan ICRA untuk mengurangi risiko sebagai dampak dari renovasi, konstruksi dan penghancuran demolis bangunan.
- (6) Rumah sakit memastikan bahwa segala peraturan yang terkait dengan pembangunan dipatuhi dan ditegakkan, serta didokumentasikan oleh kontraktor.

Keamanan

Pasal 7

- (1) Rumah sakit menerapkan proses untuk mengelola dan memantau keamanan (merupakan bagian dari program Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK) pada standar MFK 1 yang meliputi:
 - a) Menjamin lingkungan yang aman dengan memberikan identitas (badge nama sementara atau tetap) pada pasien, staf, pekerja kontrak, tenant/penyewa lahan, keluarga (penunggu pasien), atau pengunjung (pengunjung di luar jam besuk dan tamu rumah sakit) sesuai dengan regulasi rumah sakit;
 - b) Melakukan pemeriksaan dan pemantauan keamanan fasilitas dan lingkungan secara berkala dan membuat tindak lanjut perbaikan;
 - c) Monitoring pada daerah berisiko keamanan sesuai penilaian risiko di rumah sakit. Monitoring dapat dilakukan dengan penempatan petugas keamanan (sekuriti) dan atau memasang kamera sistem CCTV yang dapat dipantau oleh sekuriti;
 - d) melindungi semua individu yang berada di lingkungan rumah sakit terhadap kekerasan, kejahatan dan ancaman;

dan

- e) menghindari terjadinya kehilangan, kerusakan, atau pengrusakan barang milik pribadi maupun rumah sakit.
- (2) Rumah sakit membuat pengkajian risiko secara proaktif terkait keamanan di rumah sakit setiap tahun terdokumentasi sebagai daftar risiko / risk register
- (3) Rumah sakit melakukan pengkajian risiko keselamatan secara pro aktif setiap tahun di rumah sakit dan terdokumentasi sebagai daftar risiko/risk register.
- (4) Ada dokumen bukti sebagai monitoring risiko keamanan dan dilaporkan setiap 6 bulan sekali kepada direktur rumah sakit.

BAB IV

BAHAN BERBAHAYA DAN BERACUN (B3) DAN LIMBAH B3

Pasal 8

- (1) Rumah sakit memiliki peraturan yang mengatur tentang penetapan dan penerapan pengelolaan bahan berbahaya dan beracun (B3) sesuai dengan peraturan perundangan. dan :
 - a. Data inventarisasi B3 dan limbahnya yang meliputi: jenis, jumlah, dan lokasi disertai MSDS.
 - b. Penanganan, penyimpanan, dan penggunaan B3 dan limbahnya.
 - c. Penggunaan alat pelindung diri (APD) dan prosedur penggunaan, prosedur bila terjadi tumpahan, atau paparan/pajanan.
 - d. Pelatihan yang dibutuhkan oleh staf yang menangani B3.
 - e. Pemberian label/rambu-rambu yang tepat pada B3 dan limbahnya.
 - f. Pelaporan dan investigasi dari tumpahan, exposure (terpapar), dan insiden lainnya.
 - g. Dokumentasi, termasuk izin, lisensi, atau persyaratan peraturan lainnya.
 - h. Pengadaan/pembelian B3, pemasok (*supplier*) wajib melampirkan *material safety data sheet* (MSDS). melampirkan Lembar Data Keselamatan. Informasi yang tercantum di lembar data keselamatan diedukasi kepada staf rumah sakit, terutama kepada staf terdapat penyimpanan B3 di unitnya.
- (2) Rumah sakit menginventarisasi, menyimpan, menangani,

menggunakan, serta mengendalikan/mengawasi bahan berbahaya dan beracun (B3) serta limbahnya secara aman.

- (3) Rumah sakit mengidentifikasi dan inventarisasi B3 serta limbahnya di rumah sakit mengacu kepada kategori B3 dan limbah B3 berdasarkan WHO, yang terdiri dari:
 - a) infeksius,
 - b) patologis dan anatomi,
 - c) farmasi,
 - d) bahan kimia,
 - e) logam berat,
 - f) kontainer bertekanan,
 - g) benda tajam,
 - h) genotoksik/sitotoksik,
 - i) dan radioaktif.
- (4) Identifikasi B3 serta limbah B3 meliputi area/unit mana saja yang menyimpan B3 serta limbahnya, kemudian inventarisasi meliputi lokasi, jenis, dan jumlah B3 serta limbah yang disimpan. Daftar inventaris selalu diperbaharui, disesuaikan dengan perubahan yang terjadi di tempat penyimpanan.
- (5) Rumah sakit menetapkan jumlah maksimum yang diperbolehkan untuk menyimpan bahan berbahaya di area kerja (*maximum quantity on hand*). Misalnya, jika bahan sangat mudah terbakar atau beracun, ada batasan jumlah bahan yang dapat disimpan di area kerja.
- (6) Sistem penyimpanan dan pengelolaan limbah bahan berbahaya padat dikelola di rumah sakit setelah memenuhi persyaratan fasilitas penyimpanan limbah B3, serta limbah beracun cair dilakukan di Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL). Limbah B3 dikelola setelah limbah dilakukan pemilahan dengan baik dan benar termasuk memasukan limbah ke dalam wadah atau kemasan yang diberi simbol dan label B3.
- (7) Fasilitas penyimpanan limbah B3 harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. Lantai kedap (*impermeable*), berlantai beton/semen dengan sistem drainase yang baik, mudah dibersihkan, dan dilakukan desinfeksi.
 - b. Tersedia sumber air/kran air dan sabun untuk pembersihan tangan.
 - c. Mudah diakses untuk penyimpanan limbah.
 - d. Dapat dikunci untuk menghindari akses oleh pihak yang tidak berkepentingan.

- e. Mudah diakses oleh kendaraan yang akan mengumpulkan/mengangkut limbah.
 - f. Terlindungi dari sinar matahari, hujan, angin kencang, banjir, dan faktor lain yang berpotensi menimbulkan kecelakaan atau bencana kerja.
 - g. Tidak dapat diakses oleh hewan, serangga, atau burung.
 - h. Dilengkapi dengan ventilasi dan pencahayaan yang baik dan memadai.
 - i. Berjarak jauh dari tempat penyimpanan/penyiapan makanan.
 - j. Peralatan pembersihan, alat pelindung diri, antara lain: masker, sarung tangan, penutup kepala, *google*, sepatu *boot*, pakaian pelindung, dan wadah/kantong limbah harus diletakkan sedekat mungkin dengan lokasi fasilitas penyimpanan.
 - k. Dinding, lantai, dan langit-langit fasilitas penyimpanan senantiasa dalam keadaan bersih, termasuk pembersihan lantai setiap hari.
- (7) Pengaturan pengelolaan limbah B3 meliputi tahapan:
- a. Pemilahan limbah B3.
 - b. Penyimpanan limbah B3.
 - c. Pengangkutan limbah B3.
 - d. Pengolahan limbah B3.
 - e. Penguburan limbah B3.
 - f. Penimbunan limbah B3.
- (8) Pengolahan limbah B3 adalah proses mengurangi/menghilangkan sifat bahaya/sifat racun.
- (9) Pengolahan limbah B3 di Rumah Sakit Dharma Nugraha dikelola oleh pihak ketiga yang memiliki izin sebagai *transporter* B3 dan izin pengolah B3.
- (10) Pengolahan limbah berwujud cair dikelola di Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL)/ IPLC.
- (11) Rumah sakit melakukan pengkajian risiko pengelolaan B3 secara proaktif setiap tahun dan terdokumentasi sebagai daftar risiko/ risk register
- (12) Rumah sakit menetapkan daftar fasilitas sesuai dengan hasil pengkajian risiko yang memerlukan penempatan eye washer/ body washer serta kit tumpahan/ spill kit.
- (13) Rumah sakit melakukan monitoring ketersediaan dan penggunaan APD yang tepat.
- (14) Rumah sakit melakukan pengelolaan limbah B3 padat secara mandiri ada izin pengelolaan yang masih aktif (TPS sementara)

BAB V

PENANGGULANGAN BENCANA

Pasal 9

- (1) Rumah sakit mengembangkan dan memelihara program manajemen bencana untuk menghadapi keadaan bencana, baik itu bencana alam atau lainnya yang memiliki potensi terjadi di masyarakat dengan melakukan identifikasi jenis bencana baik internal maupun eksternal yang mungkin terjadi di daerah rumah sakit berada dan dampaknya terhadap rumah sakit.
- (2) Rumah sakit menyusun program manajemen bencana (*disaster*) yang berisi proses:
 - a. Menentukan jenis, kemungkinan terjadi, dan konsekuensi bahaya, ancaman, dan kejadian.
 - b. Menentukan integritas struktural di lingkungan pelayanan pasien yang ada, dan apabila terjadi bencana.
 - c. Menentukan peran rumah sakit dalam kejadian tersebut
 - d. Menentukan strategi komunikasi dalam waktu kejadian.
 - e. Mengelola sumber daya selama kejadian, termasuk sumber-sumber alternatif.
 - f. Mengelola kegiatan klinis selama kejadian, termasuk tempat pelayanan alternatif pada waktu kejadian.
 - g. Mengidentifikasi dan menetapkan peran dan tanggung jawab staf selama kejadian.
 - h. Mengelola keadaan darurat ketika terjadi konflik antara tanggung jawab pribadi staf dengan tanggung jawab rumah sakit untuk tetap menyediakan pelayanan pasien.
- (3) Rumah sakit melakukan *self assessment* untuk mengukur kesiapsiagaan rumah sakit dalam menghadapi bencana dengan menggunakan instrumen *hospital safety index* (HSI) dari WHO dan *hazard vulnerability assessment* (HVA) untuk mengetahui kekurangan yang harus terpenuhi dalam menghadapi bencana, termasuk tersedianya ruang dekontaminasi di Instalasi Gawat Darurat untuk bencana eksternal.
- (4) Ruang dekontaminasi di IGD di Rumah Sakit Dharma Nugraha sebagai berikut:
 - a. Ruangan ditempatkan di sisi depan/luar ruang gawat darurat, terpisah dengan ruang gawat darurat.
 - b. Pintu masuk menggunakan jenis pintu *swing*, membuka ke

arah dalam.

- c. Bahan penutup pintu dapat mengantisipasi benturan-benturan brankar.
 - d. Bahan penutup lantai tidak licin dan tahan terhadap air.
 - e. Konstruksi dinding tahan terhadap air sampai dengan ketinggian 120 cm dari permukaan lantai.
 - f. Ruangan dilengkapi dengan *washtafel* dan pancuran air (shower).
- (5) Rumah sakit melakukan simulasi penanganan/menanggapi kedaruratan, wabah, dan bencana setiap tahun secara menyeluruh di tingkat internal rumah sakit atau di tingkat masyarakat, setelah itu dilakukan *debriefing* (diskusi) untuk membahas kekurangan yang belum dilakukan oleh rumah sakit dalam penanganan bencana.
- (6) Peserta simulasi adalah semua pegawai/staf rumah sakit, pegawai kontrak, dan pegawai dari *tenant*/penyewa lahan.

BAB VI

PROTEKSI KEBAKARAN

Pasal 10

- (1) Rumah sakit merencanakan dan menerapkan program untuk pencegahan dan penanggulangan bahaya kebakaran dan penyediaan sarana evakuasi yang aman dari fasilitas sebagai respon terhadap kebakaran dan keadaan darurat lainnya.
- (2) Rumah sakit harus waspada terhadap risiko kebakaran, karena kebakaran merupakan risiko yang selalu ada dalam lingkungan perawatan dan pelayanan kesehatan sehingga setiap rumah sakit perlu memastikan agar semua yang ada di rumah sakit aman dan selamat apabila terjadi kebakaran termasuk bahaya dari asap.
- (3) Proteksi kebakaran juga termasuk keadaan darurat non-kebakaran misalnya kebocoran gas beracun yang dapat mengancam sehingga perlu dievakuasi.
- (4) Rumah sakit perlu melakukan penilaian terus menerus untuk memenuhi regulasi keamanan dan proteksi kebakaran sehingga secara efektif dapat mengidentifikasi, analisa, pengendalian risiko dapat diminimalkan risiko.
- (5) Pengkajian risiko kebakaran *Fire Safety Risk Assessment* (FSRA) merupakan salah satu upaya untuk menilai risiko keselamatan kebakaran.

- (6) Rumah sakit melakukan pengkajian risiko kebakaran satu tahun sekali yang didokumentasikan dalam daftar risiko/ risk register meliputi:
- a) Pemisah/kompartemen untuk mengisolasi asap/api.
 - b) Laundry/binatu, ruang linen, area berbahaya termasuk ruang di atas plafon.
 - c) Tempat pengelolaan sampah.
 - d) Pintu keluar darurat kebakaran (*emergency exit*).
 - e) Dapur termasuk peralatan memasak penghasil minyak.
 - f) Sistem dan peralatan listrik darurat/alternatif serta jalur kabel dan instalasi listrik.
 - g) Penyimpanan dan penanganan bahan yang berpotensi mudah terbakar (misalnya, cairan dan gas mudah terbakar, gas medis yang mengoksidasi seperti oksigen dan dinitrogen oksida), ruang penyimpanan oksigen dan komponennya dan vakum medis.
 - h) Prosedur dan tindakan untuk mencegah dan mengelola kebakaran akibat pembedahan.
 - i) Bahaya kebakaran terkait dengan proyek konstruksi, renovasi, atau pembongkaran.
- (7) Berdasarkan hasil pengkajian risiko kebakaran, rumah sakit menerapkan proses proteksi kebakaran (yang merupakan bagian dari Manajemen Fasilitas dan Keamanan (MFK) pada standar MFK 1) untuk:
- a) Pencegahan kebakaran melalui pengurangan risiko seperti penyimpanan dan penanganan bahan-bahan mudah terbakar secara aman, termasuk gas-gas medis yang mudah terbakar seperti oksigen, penggunaan bahan yang *non combustible*, bahan yang *waterbase* dan lainnya yang dapat mengurangi potensi bahaya kebakaran;
 - b) Pengendalian potensi bahaya dan risiko kebakaran yang

- terkait dengan konstruksi apapun di atau yang berdekatan dengan bangunan yang ditempati pasien;
- c) Penyediaan rambu dan jalan keluar (evakuasi) yang aman serta tidak terhalang apabila terjadi kebakaran;
 - d) Penyediaan sistem peringatan dini secara pasif meliputi, detektor asap (*smoke detector*), detektor panas (*heat detector*), alarm kebakaran, dan lain-lainnya;
 - e) Penyediaan fasilitas pemadaman api secara aktif meliputi APAR, hidran, sistem *sprinkler*, dan lain-lainnya; dan
 - f) Sistem pemisahan (pengisolasian) dan kompartemenisasi pengendalian api dan asap.
- (8) Risiko dapat mencakup peralatan, sistem, atau fitur lain untuk proteksi kebakaran yang rusak, terhalang, tidak berfungsi, atau perlu disingkirkan.
 - (9) Risiko juga dapat diidentifikasi dari proyek konstruksi, kondisi penyimpanan yang berbahaya, kerusakan peralatan dan sistem, atau pemeliharaan yang diperlukan yang berdampak pada sistem keselamatan kebakaran.
 - (10) Rumah sakit harus memastikan bahwa semua yang di dalam fasilitas dan lingkungannya tetap aman jika terjadi kebakaran, asap, dan keadaan darurat non-kebakaran.
 - (11) Struktur dan desain fasilitas perawatan kesehatan dapat membantu mencegah, mendeteksi, dan memadamkan kebakaran serta menyediakan jalan keluar/ jalur evakuasi yang aman dari fasilitas tersebut.
 - (12) Rumah sakit menyusun program berdasarkan hasil asesmen risiko untuk:
 - a) Pencegahan kebakaran melalui pengurangan risiko, seperti penyimpanan bahan-bahan mudah terbakar secara aman, termasuk gas-gas medis yang mudah terbakar seperti oksigen.
 - b) Penanganan bahaya yang terkait konstruksi apa pun, yang berdekatan dengan bangunan yang ditempati pasien.

- c) Penyediaan sarana jalan keluar yang aman, dan tidak terhalangi apabila terjadi kebakaran.
 - d) Penyediaan sistem peringatan dini, deteksi dini, seperti detektor asap, alarm kebakaran, dan patroli kebakaran.
 - e) Penyediaan mekanisme pemadaman api, seperti selang air, bahan kimia pemadam api, atau sistem *sprinkler*.
- (13) Rumah sakit memiliki sistem deteksi dini (*smoke detector* dan *heat detector*) yang diletakkan di setiap ruangan dalam gedung, dan alarm kebakaran.
 - (14) Rumah sakit memiliki sistem kebakaran aktif yang meliputi *sprinkler*, APAR, *hydrant*, dan pompa kebakaran.
 - (15) Rumah sakit memiliki jalur evakuasi (ram) yang aman dan bebas hambatan apabila terjadi kebakaran dan kedaruratan bukan kebakaran.
 - (16) Rumah sakit memiliki daftar inventarisasi program proteksi kebakaran (*fire safety*) yang mengidentifikasi frekuensi inspeksi/pengujian serta pemeliharaan secara konsisten, program evakuasi yang aman, proses pemeriksaan, dilakukan uji coba dan dipelihara dalam waktu 12 bulan, edukasi staf terhadap proses evakuasi pasien dalam keadaan darurat dan partisipasi staf dalam simulasi penanganan kebakaran setiap 1 (satu) tahun sekali.
 - (17) Semua staf rumah sakit wajib mengikuti pelatihan penanggulangan kebakaran minimal satu tahun sekali termasuk penggunaan APAR, hidran dan simulasi kebakaran.
 - (18) Sistem dan peralatan kebakaran diperiksa, diujicoba, dan dipelihara, serta didokumentasikan.
 - (19) Rumah sakit adalah kawasan tanpa rokok dan asap rokok, larangan merokok untuk staf rumah sakit, pasien, keluarga, dan pengunjung termasuk larangan menjual rokok untuk menghindari risiko terjadinya kebakaran di rumah sakit
 - (20) Rumah sakit melakukan edukasi/ informasi tentang larangan merokok pada lingkungan di rumah sakit melalui spanduk, banner atau leaflet.
 - (21) Rumah sakit melakukan pemantauan dengan menggunakan ceklist untuk pemantauan perokok di lingkungan rumah sakit.
 - (22) Ada bukti tindak lanjut dari hasil pengkajian risiko proteksi kebakaran (FRSA)
 - (23) Data peralatan / inventarisasi peralatan pemadaman

kebakaran aktif dan system peringatan dini

BAB VII

PERALATAN MEDIS

Pasal 11

- (1) Rumah sakit menetapkan dan menerapkan proses pengelolaan peralatan medik.
- (2) Rumah sakit merencanakan dan melaksanakan program pemeriksaan, uji coba, dan pemeliharaan peralatan medis, serta mendokumentasikan hasilnya.
- (3) Untuk menjamin peralatan medis dapat digunakan dan layak pakai maka rumah sakit perlu melakukan pengelolaan peralatan medis dengan baik dan sesuai standar serta peraturan perundangan yang berlaku.
- (4) Proses pengelolaan peralatan medis (yang merupakan bagian dari program Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK) pada standar MFK 1 meliputi:
 - a) Identifikasi dan penilaian kebutuhan alat medik dan uji fungsi sesuai ketentuan penerimaan alat medik baru.
 - b) Inventarisasi seluruh peralatan medis yang dimiliki oleh rumah sakit dan peralatan medis kerja sama operasional (KSO) milik pihak ketiga; serta peralatan medik yang dimiliki oleh staf rumah sakit jika ada Inspeksi peralatan medis sebelum digunakan.
 - c) Pemeriksaan peralatan medis sesuai dengan penggunaan dan ketentuan pabrik secara berkala.
 - d) Pengujian yang dilakukan terhadap alat medis untuk memperoleh kepastian tidak adanya bahaya yang ditimbulkan sebagai akibat penggunaan alat.
 - e) Rumah sakit melakukan pemeliharaan preventif dan kalibrasi, dan seluruh prosesnya didokumentasikan.
- (5) Rumah Sakit menetapkan staf yang kompeten untuk melaksanakan kegiatan pengelolaan dan penangan (inspeksi) peralatan medik dengan persyaratan sesuai standar (ijazah, STR,

SIK, Sertifikat dan UTW, uji fungsi, dan pemeliharaan serta kalibrasi didokumentasikan dan menjadi dasar untuk menyusun perencanaan dan pengajuan anggaran untuk penggantian, perbaikan, peningkatan (*upgrade*), dan perubahan lain.

- (6) Rumah sakit melakukan pengkajian risiko peralatan medik secara proaktif setiap tahun yang didokumentasikan dalam Daftar risiko/*risk register*.
- (7) Rumah sakit melakukan perbaikan/ pemeliharaan yang dilakukan oleh SDM yang kompeten dan berwenang.
- (8) Rumah sakit memiliki sistem untuk memantau dan bertindak atas pemberitahuan bahaya peralatan medis, penarikan kembali, insiden yang dapat dilaporkan, masalah, dan kegagalan yang dikirimkan oleh produsen, pemasok, atau badan pengatur.
- (9) Rumah sakit harus mengidentifikasi dan mematuhi hukum dan peraturan yang berkaitan dengan pelaporan insiden terkait peralatan medis.
- (10) Rumah sakit melakukan analisis akar masalah dalam menanggapi setiap kejadian sentinel.
- (11) Rumah sakit mempunyai proses identifikasi, penarikan (*recall*) dan pengembalian, atau pemusnahan produk dan peralatan medis yang ditarik kembali oleh pabrik atau pemasok.
- (12) Ada prosedur yang mengatur penggunaan setiap produk atau peralatan yang ditarik kembali (*under recall*).
- (13) Rumah sakit memiliki sistem untuk memantau dan bertindak bila ada pemberitahuan peralatan medis yang berbahaya, *re-call*, laporan insiden, masalah dan kegagalan.
- (14) Bukti pelaporan Insiden Keselematan (Sentinel) terkait peralatan medis dilaporkan secara internal dan eksternal ke Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit dan lembaga akreditasi rumah sakit (LARS) .
- (15) Rumah sakit menyusun program pengelolaan peralatan medis

meliputi: inventarisasi peralatan medis (yang meliputi peralatan medis milik rumah sakit, dan termasuk peralatan medis kerja sama operasional (KSO)), melakukan pemeriksaan peralatan medis secara teratur, melakukan uji fungsi peralatan medis sesuai ketentuan pabrik, dan melaksanakan pemeliharaan preventif dan kalibrasi.

BAB VIII

SISTEM UTILITAS

Pasal 12

- (1) Rumah sakit menetapkan dan melaksanakan program untuk memastikan semua sistem utilitas (sistem penunjang) berfungsi efisien dan efektif yang meliputi pemeriksaan, pemeliharaan, dan perbaikan dari sistem utilitas.
- (2) Rumah sakit harus mempunyai daftar inventaris lengkap sistem utilitas dan menentukan komponen yang berdampak pada bantuan hidup, pengendalian infeksi, pendukung lingkungan, dan komunikasi.
- (3) Sistem utilitas disebut juga sistem penunjang yang mencakup jaringan listrik, air, ventilasi dan aliran udara, gas medik dan uap panas. Sistem utilitas yang berfungsi efektif akan menunjang lingkungan asuhan pasien yang aman
- (4) Proses manajemen utilitas menetapkan pemeliharaan utilitas untuk memastikan utilitas pokok/penting seperti air, listrik, sampah, ventilasi, gas medik, lift agar dijaga, diperiksa berkala, dipelihara, dan diperbaiki.
- (5) Selain sistem utilitas perlu juga dilakukan pengelolaan komponen kritikal terhadap listrik, air dan gas medis misalnya perpipaan, saklar, *relay*/penyambung, dan lain-lainnya.
- (6) Inventarisasi Sistem utilitas dan komponen kritikal mencakup jaringan listrik, air, ventilasi dan aliran udara, gas medik, perpipaan, limbah, serta sistem komunikasi dan data harus berfungsi efektif untuk menciptakan asuhan pasien, baik asuhan pasien rutin dan darurat berjalan selama 24 jam terus menerus, setiap hari, dalam waktu 7 hari dalam seminggu.
- (7) Rumah sakit menerapkan proses pengelolaan sistem utilitas dan komponen kritikal dan merupakan program MFK meliputi:

- a. Ketersediaan air dan listrik 24 jam setiap hari dan dalam waktu tujuh hari dalam seminggu secara terus menerus.
 - b. Membuat daftar inventaris komponen sistem utilitas dan memetakan pendistribusiannya, serta melakukan *update* secara berkala.
 - c. Pemeriksaan dan pemeliharaan serta perbaikan semua komponen utilitas yang ada di daftar inventaris.
 - d. Jadwal pemeriksaan, *uji fungsi*, pemeliharaan semua sistem utilitas berdasar kriteria seperti rekomendasi dari pabrik, tingkat risiko, dan pengalaman rumah sakit.
 - e. Pelabelan pada tuas kontrol sistem utilitas untuk membantu pemadaman darurat secara keseluruhan atau sebagian.
- (8) Rumah sakit melakukan pengkajian risiko sistem utilitas dan komponen kritisnya secara proaktif setiap tahun yang didokumentasikan dalam daftar risiko/*risk register*.
 - (9) Rumah sakit melakukan identifikasi area pelayanan yang paling berisiko bila terjadi kegagalan listrik atau air bersih terkontaminasi atau terganggu, terhadap peralatan, sistem, serta area yang memiliki risiko tinggi terhadap pasien dan staf.
 - (10) Rumah sakit menguji ketersediaan dan kehandalan sumber tenaga listrik dan air bersih darurat/pengganti/*back up*, serta mendokumentasikan hasil pengujian.
 - (11) Rumah sakit memastikan bahwa pengujian sumber alternatif air bersih dan listrik dilakukan setidaknya setiap 6 bulan atau lebih sering jika dipersyaratkan oleh peraturan perundangan di daerah, rekomendasi produsen, atau kondisi dari sumber listrik dan air.
 - (12) Untuk mempersiapkan diri terhadap keadaan darurat seperti ini, rumah sakit agar mempunyai proses meliputi:
 - a) mengidentifikasi peralatan, sistem, serta area yang memiliki risiko paling tinggi terhadap pasien dan staf (sebagai contoh, rumah sakit mengidentifikasi area yang membutuhkan penerangan, pendinginan (lemari es), bantuan hidup/ventilator, serta air bersih untuk membersihkan dan sterilisasi alat);
 - b) menyediakan air bersih dan listrik 24 jam setiap hari dan 7 (tujuh) hari seminggu;
 - c) menguji ketersediaan serta kehandalan sumber tenaga listrik dan air bersih darurat/pengganti/*back-up*;
 - d) mendokumentasikan hasil-hasil pengujian;
 - e) memastikan bahwa pengujian sumber cadangan/alternatif air bersih dan listrik dilakukan setidaknya setiap 6 (enam) bulan atau lebih sering jika dipersyaratkan oleh peraturan perundang-undangan di daerah, rekomendasi produsen, atau

kondisi sumber listrik dan air.

- (13) Kondisi sumber listrik dan air yang mungkin dapat meningkatkan frekuensi pengujian mencakup:
- a) Perbaikan sistem air bersih yang terjadi berulang-ulang.
 - b) Sumber air bersih sering terkontaminasi.
 - c) Jaringan listrik yang tidak dapat diandalkan.
 - d) Pemadaman listrik yang tidak terduga dan berulang-ulang.

BAB IX

KONSTRUKSI DAN RENOVASI

Pasal 13

- (1) Rumah sakit melakukan penilaian risiko prakonstruksi/*Pra Contruction Risk Assessment* (PCRA) pada waktu merencanakan pembangunan baru (proyek konstruksi), renovasi dan pembongkaran.
- (2) Kegiatan konstruksi, renovasi, pembongkaran, dan pemeliharaan di rumah sakit dapat berdampak pada semua orang dalam area rumah sakit. Namun, pasien mungkin menderita dampak terbesar. Misalnya, kebisingan dan getaran yang terkait dengan aktivitas ini dapat memengaruhi tingkat kenyamanan pasien, dan debu serta bau dapat mengubah kualitas udara, yang dapat mengancam status pernapasan pasien. Risiko terhadap pasien, staf, pengunjung, badan usaha independen, dan lainnya di rumah sakit akan bervariasi tergantung pada sejauh mana aktivitas konstruksi, renovasi, pembongkaran, atau pemeliharaan dan dampaknya terhadap perawatan pasien, infrastruktur, dan utilitas.
- (3) Untuk menilai risiko yang terkait dengan konstruksi, renovasi, atau proyek pembongkaran, atau aktivitas pemeliharaan yang memengaruhi perawatan pasien maka rumah sakit melakukan koordinasi antar satuan kerja terkait, termasuk, sesuai kebutuhan, perwakilan dari desain proyek, pengelolaan proyek, teknik fasilitas, fasilitas keamanan/keselamatan, pencegahan dan pengendalian infeksi, keselamatan kebakaran, rumah tangga, layanan teknologi informasi, dan satuan kerja serta layanan klinis.

- (4) Penilaian risiko digunakan untuk mengevaluasi risiko secara komprehensif untuk mengembangkan rencana dan menerapkan tindakan pencegahan yang akan meminimalkan dampak proyek konstruksi terhadap kualitas, keselamatan dan keamanan perawatan pasien.
- (5) Proses penilaian risiko konstruksi meliputi:
 - a) kualitas udara;
 - b) pencegahan dan pengendalian infeksi;
 - c) utilitas;
 - d) kebisingan;
 - e) getaran;
 - f) bahan dan limbah berbahaya;
 - g) keselamatan kebakaran;
 - h) keamanan;
 - i) prosedur darurat, termasuk jalur/keluar lternative dan akses ke layanan darurat; dan
 - j) bahaya lain yang mempengaruhi perawatan, pengobatan, dan layanan.

BAB X

MONITORING PROGRAM MANAJEMEN RISIKO FASILITAS DAN LINGKUNGAN

Pasal 14

- (1) Rumah sakit mengumpulkan data dari setiap program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan untuk mendukung rencana mengganti atau meningkatkan (*upgrade*) teknologi medik, peralatan, sistem, dan menurunkan risiko di lingkungan.
- (2) Monitoring program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan melalui pengumpulan data dan analisisnya, memberikan informasi yang dapat membantu rumah sakit mencegah masalah, menurunkan risiko, membuat keputusan sistem perbaikannya, serta membuat rencana untuk meningkatkan fungsi (*upgrade*) teknologi medik, peralatan, dan sistem utilitas.
- (3) Adanya sistem pelaporan data insiden/kejadian/kecelakaan

terhadap program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan yang dilaporkan oleh Tim K3RS untuk menurunkan risiko di lingkungan dengan mengganti/meningkatkan fungsi teknologi medis (*upgrade*), peralatan, dan sistem.

BAB IX PELATIHAN

Pasal 15

- (1) Seluruh staf di rumah sakit dan yang lainnya telah dilatih dan memiliki pengetahuan tentang pengelolaan fasilitas rumah sakit, program keselamatan dan peran mereka dalam memastikan keamanan dan keselamatan fasilitas secara efektif.
- (2) Semua staf telah diberikan pelatihan program manajemen fasilitas dan keselamatan (MFK) terkait keselamatan setiap tahun dan dapat menjelaskan dan/atau menunjukkan peran dan tanggung jawabnya dan didokumentasikan.
- (3) Semua staf telah diberikan pelatihan program manajemen fasilitas dan keselamatan (MFK) terkait keamanan setiap tahun dan dapat menjelaskan dan/atau menunjukkan peran dan tanggung jawabnya dan didokumentasikan.
- (4) Semua staf telah diberikan pelatihan program manajemen fasilitas dan keselamatan (MFK) terkait pengelolaan B3 dan limbahnya setiap tahun dan dapat menjelaskan dan/atau menunjukkan peran dan tanggung jawabnya dan didokumentasikan.
- (5) Semua staf telah diberikan pelatihan program manajemen fasilitas dan keselamatan (MFK) terkait proteksi kebakaran setiap tahun dan dapat menjelaskan dan/atau menunjukkan peran dan tanggung jawabnya dan didokumentasikan.
- (6) Semua staf telah diberikan pelatihan program manajemen fasilitas dan keselamatan (MFK) terkait peralatan medis setiap tahun dan dapat menjelaskan dan/atau menunjukkan peran dan tanggung jawabnya dan didokumentasikan.
- (7) Semua staf telah diberikan pelatihan program manajemen fasilitas dan keselamatan (MFK) terkait sistim utilitas setiap tahun dan dapat menjelaskan dan/atau menunjukkan peran dan tanggung jawabnya dan didokumentasikan.
- (8) Semua staf telah diberikan pelatihan program manajemen fasilitas dan keselamatan (MFK) terkait penanganan bencana setiap tahun dan dapat menjelaskan dan/atau menunjukkan peran dan tanggung jawabnya dan didokumentasikan.

- (9) Pelatihan tentang pengelolaan fasilitas dan program keselamatan mencakup vendor, pekerja kontrak, relawan, pelajar, peserta didik, peserta pelatihan, dan lainnya, sebagaimana berlaku untuk peran dan tanggung jawab individu, dan sebagaimana ditentukan oleh rumah sakit
- (10) Rumah sakit menyelenggarakan edukasi, pelatihan, tes (ujian), serta simulasi bagi semua staf tentang:
 - a. Peranan dalam menyediakan fasilitas yang aman dan efektif.
 - b. Peranan dalam program proteksi kebakaran, keamanan dan penanggulangan bencana.
 - c. Pengetahuan dan simulasi tindakan, kewaspadaan, prosedur dan partisipasi dalam penyimpanan, penanganan dan pembuangan gas medis serta limbah B3.
 - d. Cara menjalankan dan memelihara peralatan medis dan sistem utilitas.
- (11) Staf rumah sakit merupakan sumber kontak utama dengan pasien, keluarga pasien, dan pengunjung. Dengan demikian, mereka perlu dibekali edukasi dan dilatih untuk menjalankan peran mereka dalam mengidentifikasi serta mengurangi risiko, melindungi orang lain dan diri mereka sendiri, serta menciptakan fasilitas yang aman dan terlindungi.

BAB X PENUTUP

Pasal 17

Penetapan ini mulai berlaku sejak tanggal di tetapkan, dan apabila dikemudin hari terdapat kekeliruan pada peraturan ini akan dilakukan perbaikan sebagai mana mestinya

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 10 April 2023
DIREKTUR,



dr. Agung Darmanto SpA