



























**PERATURAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA
NOMOR : 3530/A000/XI/2021**

**TENTANG
KEBIJAKAN STANDAR MANAJEMEN
RUMAH SAKIT**

**LEMBAR VALIDASI
KEBIJAKAN STANDAR MANAJEMEN RUMAH SAKIT**

NOMOR: 3530/A000/XI/2021

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	:	Mila Sofariah, SE	Kepala Unit Keuangan		1-11-21
	:	Nurdin, SE	Kepala Unit Akuntansi		1-11-21
	:	Tubagus Rizal A. H, ST	Kepala Unit IT		1-11-21
	:	Iman Nurjaman, S. Kep	Kepala Unit Gawat Darurat		1-11-21
	:	Elis Dida Junica, Amd. Kep	Kepala Unit Rawat Jalan		1/11/21
	:	Hinda Setiawati, Amd. Kep	Kepala Unit Intensif Dewasa		01/11/21
	:	Resti Fauziah, Amd. Kep	Kepala Unit Intensif Anak		01/11/2021
	:	Lia Susilawati, S. Kep	Kepala Unit Kamar Operasi		1-11-21
	:	Yusti Meliana, Amd. Keb	Kepala Unit Kamar Bersalin		1-11-21
	:	Dwi Ishmi Novianti, S. Farm, Apt	Kepala Unit Farmasi		1-11-21
	:	Resti Septianisa, Amd. Rad	Kepala Unit Radiologi		1-11-21
	:	Aceng H, AMD. RMIK, S.ST	Kepala Unit Rekam Medis		1-11-21
	:	Rahmawati Ramadhan, S. Gz	Kepala Unit Gizi		1-11-21
	:	Atri Fitri Rahmi, S.S	Kepala Unit SDM & Diklat		1-11-21
	:	Rani Setia Utami, Amd. Keb	Kepala Unit Kesekretariatan		1-11-21
	:	Rian Syaepul A, Amd. Kom	Kepala Unit Umum		1-11-21
	:	Yeni Nuryeni, SE	Kepala Unit Logistik		1-11-21
	:	Selly Riantica Fraselisa, S. Kom	Kepala Unit Binatu		1-11-21
	:	Dimas Asyari, Amd. AK	Koordinator Laboratorium		1/11-2021
	:	M. Hilmy Mubarak, S. Kom	Koordinator Marketing		1-11-21
	:	Adita Nur Faoziyah, S.P	Koordinator Unit Bisnis		1-11-21
Verifikator	:	Depi Rismayanti, S. Kep	Manajer Pelayanan Keperawatan		1-11-2021
	:	Maya Anggraini, S.Pd	Manajer Umum & SDM		1-11-2021
	:	dr. Iva tania	Manajer Pelayanan Medik		1-11-2021
	:	Wahyu Suprayogo, SE. MM	Manajer Marketing & Keuangan		01-11-2021
Validator	:	drg. Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		01-11-2021

LEMBAR PENGESAHAN
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA
NOMOR: 3530/A000/XI/2021
TENTANG
KEBIJAKAN STANDAR MANAJEMEN RUMAH SAKIT
DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA,

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka mewujudkan visi dan misi Rumah Sakit Intan Husada dibutuhkan tata kelola rumah sakit yang baik;
 - b. bahwa untuk menerapkan tata kelola rumah sakit yang baik Rumah Sakit Intan Husada mengacu kepada Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS);
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana di maksud dalam huruf a, dan b di atas, maka perlu menetapkan Peraturan Direktur Utama tentang Kebijakan Standar Manajemen Rumah Sakit;
- Mengingat :
1. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 1970 Tentang Keselamatan Kerja;
 2. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2003 Tentang Ketenagakerjaan;
 3. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2008 Tentang Informasi dan Transaksi Elektronik;
 4. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
 5. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
 6. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan;
 7. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2016 Tentang Perubahan Atas Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2008 tentang Informasi Dan Transaksi Elektronik;
 8. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 63 Tahun 2000 Tentang Keselamatan dan Kesehatan terhadap Pemanfaatan Radiasi Pengion;
 9. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 50 Tahun 2012 Tentang Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja;
 10. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Lingkungan;
 11. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015 Tentang pedoman Organisasi Rumah Sakit;
 12. Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Republik Indonesia Nomor PER.03/MEN/1978 Tentang Persyaratan Penunjukan dan

Wewenang serta Kewajiban Pegawai Pengawas Keselamatan Kerja dan Ahli Keselamatan Kerja;

13. Peraturan Menteri Tenaga Kerja Republik Indonesia Nomor PER.02/MEN/1980 Tentang Pemeriksaan Tenaga dan Penyelenggaraan Keselamatan Kerja;
14. Peraturan Menteri Tenaga Kerja Republik Indonesia Nomor PER.01/MEN/1981 Tentang Kewajiban Melaporkan Penyakit Akibat Kerja;
15. Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Republik Indonesia Nomor PER.03/MEN/1982 Tentang Pelayanan Kesehatan Tenaga Kerja;
16. Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Republik Indonesia Nomor PER.04/MEN/1987 Tentang Panitia Pembina Keselamatan dan Kesehatan Kerja Serta Tata Cara Penunjukan Ahli Keselamatan Kerja;
17. Peraturan Menteri Tenaga Kerja Republik Indonesia Nomor PER.05/MEN/1996 Tentang Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3);
18. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 Tentang Rekam Medis;
19. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 755/Menkes/Per/IV/2011 Tentang Penyelenggaraan Komite Medik Di Rumah Sakit;
20. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2015 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
21. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2016 Tentang Persyaratan Teknis Bangunan dan Prasarana Rumah Sakit;
22. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 48 Tahun 2016 Tentang Standar Keselamatan dan Kesehatan Kerja Perkantoran;
23. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 Tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit;
24. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien;
25. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
26. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1217/MENKES/SK/IX/2001 Tentang Pedoman Pengamanan Dampak Radiasi;
27. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 351/MENKES/SK/III/2003 Tentang Komite dan Keselamatan Kerja Sektor Kesehatan;
28. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1204/MENKES/SK/X/2004 Tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit;

29. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 432/MENKES/SK/IV/2007 Tentang Pedoman Tim K3 Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) di Rumah Sakit;
30. Peraturan Bupati Garut Nomor 51 Tahun 2016 Tentang Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Dinas Tenaga Kerja Dinas Transmigrasi Kabupaten Garut
31. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 tentang Izin Operasional Rumah Sakit Umum Kelas C kepada Rumah Sakit Intan Husada;
32. Keputusan Direktur Utama PT. RS Intan Husada Nomor 34/PT.RSIH/XI/2021 Tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan, MARS Sebagai Direktur Rumah Sakit Intan Husada.
33. Peraturan Direktur Utama PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 52/PT-RSIH/XI/2021-S0 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Intan Husada.

MEMUTUSKAN

Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR UTAMA TENTANG KEBIJAKAN STANDAR MANAJEMEN RUMAH SAKIT**

- Kesatu : Memberlakukan Peraturan Direktur Utama Nomor 3530/A000/XI/2021 tentang Kebijakan Standar Manajemen Rumah Sakit.
- Kedua : Kebijakan Standar Manajemen Rumah Sakit sebagaimana tercantum dalam Lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan.
- Ketiga : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Garut
Pada Tanggal : 4 November 2021
Direktur,



drg. Muhammad Hasan, MARS
NIK: 21110183633

DAFTAR ISI

LEMBAR VALIDASI	
LEMBAR PENGESAHAN	
DAFTAR ISI	vi
BAB I. KEBIJAKAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN	1
PASAL 1. PEMBENTUKAN KOMITE MUTU RUMAH SAKIT	1
PASAL 2. REFERENSI DAN PEDOMAN	1
PASAL 3. PROGRAM PELATIHAN	2
PASAL 4. INDIKATOR MUTU	2
PASAL 5. MANAJEMEN DAN ANALISIS DATA	3
PASAL 6. PELAPORAN DAN ANALISIS INSIDEN KESELAMATAN PASIEN	5
PASAL 7. PENCAPAIAN DAN PERBAIKAN	6
PASAL 8. MANAJEMEN RISIKO	6
BAB II. KEBIJAKAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI	8
PASAL 9. KEPEMIMPINAN DAN TATA KELOLA	8
PASAL 10. SUMBER DAYA	8
PASAL 11. TUJUAN PROGRAM PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI	9
PASAL 12. PERALATAN MEDIS DAN ALAT KESEHATAN HABIS PAKAI	10
PASAL 13. LIMBAH INFEKSIUS	11
PASAL 14. PELAYANAN MAKANAN	12
PASAL 15. RISIKO KONSTRUKSI	12
PASAL 16. TRANSMISI INFEKSI	13
PASAL 17. KEBERSIHAN TANGAN (<i>HAND HYGIENE</i>)	13
PASAL 18. ALAT PELINDUNG DIRI (APD)	14
PASAL 19. PENINGKATAN MUTU DAN PROGRAM EDUKASI	14
BAB III. KEBIJAKAN TATA KELOLA RUMAH SAKIT	15
PASAL 20. URAIAN TUGAS, TANGGUNG JAWAB, DAN WEWENANG	15
PASAL 21. KOMUNIKASI EFEKTIF	16
PASAL 22. MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA	16
PASAL 23. MANAJEMEN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN	16
PASAL 24. MANAJEMEN KONTRAK	18
PASAL 25. ORGANISASI STAF KLINIS DAN TANGGUNG JAWAB	20
PASAL 26. UNIT PELAYANAN	20
PASAL 27. PROGRAM MUTU UNIT PELAYANAN	21
PASAL 28. ETIKA ORGANISASI DAN ETIKA KLINIS	22
PASAL 29. BUDAYA KESELAMATAN	23
BAB IV. KEBIJAKAN MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN	25
PASAL 30. PERATURAN DAN PERUNDANG-UNDANGAN	25
PASAL 31. PROGRAM DAN PELATIHAN	25
PASAL 32. PENANGANAN BAHAN BERBAHAYA DAN BERACUN (B3)	27
PASAL 33. PENDIDIKAN STAF	27
BAB V. KEBIJAKAN KOMPETENSI DAN KEWENANGAN STAF	28
PASAL 34. PERENCANAAN STAF	28
PASAL 35. ORIENTASI STAF	29

PASAL 36. PENDIDIKAN DAN PELATIHAN STAF	29
PASAL 37. KESEHATAN DAN KESELAMATAN STAF	30
PASAL 38. PENENTUAN PENUGASAN STAF MEDIS	30
BAB VI. PEMBERIAN KEWENANGAN KLINIS	32
BAB VII. MONITORING DAN EVALUASI BERKELANJUTAN ANGGOTA STAF MEDIS	33
PASAL 39. PENEMPATAN ULANG STAF MEDIS DAN PEMBAHARUAN KEWENANGAN KLINIS	33
PASAL 40. STAF KEPERAWATAN	33
PASAL 41. STAF KLINIS PEMBERI ASUHAN LAINNYA DAN STAF KLINIS LAINNYA	34
BAB VIII. KEBIJAKAN MANAJEMEN INFORMASI DAN REKAM MEDIS	35
PASAL 42. PENYELENGGARAAN SISTEM INFORMASI RUMAH SAKIT (SIMRS)	35
PASAL 43. DATA DAN INFORMASI	35
PASAL 44. PENGELOLAAN REKAM MEDIS	36
PASAL 45. FORMAT REKAM MEDIS	36
PASAL 46. RETENSI REKAM MEDIS	37
PASAL 47. PENYIMPANAN REKAM MEDIS	37
PASAL 48. STANDAR KODE DIAGNOSIS	37
PASAL 49. REKAM MEDIS PASIEN	37
PASAL 50. KERAHASIAAN DAN PRIVASI INFORMASI	38
PASAL 51. RINGKASAN PASIEN PULANG	38
BAB IX. SASARAN KESELAMATAN PASIEN (SKP)	39
PASAL 52. MENGIDENTIFIKASI PASIEN DENGAN BENAR	39
PASAL 53. MENINGKATKAN KOMUNIKASI EFEKTIF	39
PASAL 54. MENINGKATKAN KEAMANAN OBAT-OBATAN YANG HARUS DIWASPADAI (<i>HIGH ALERT MEDICATION</i>)	40
PASAL 55. MEMASTIKAN LOKASI PEMBEDAHAN YANG BENAR, PROSEDUR YANG BENAR, PEMBEDAHAN PADA PASIEN YANG BENAR	40
PASAL 56. MENGURANGI RISIKO INFEKSI TERKAIT PELAYANAN KESEHATAN	40
PASAL 57. MENGURANGI RISIKO CIDERA PASIEN AKIBAT TERJATUH	41

BAB I. KEBIJAKAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

PASAL 1. PEMBENTUKAN KOMITE MUTU RUMAH SAKIT

1. Direktur membentuk Komite Mutu Rumah Sakit untuk mengelola kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
2. Tugas Komite Mutu Rumah Sakit ditentukan sebagai berikut:
 - a. Sebagai motor penggerak penyusunan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
 - b. Melakukan monitoring dan memandu penerapan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di unit kerja.
 - c. Membantu dan melakukan koordinasi dengan pimpinan unit pelayanan dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator.
 - d. Melakukan koordinasi dan pengorganisasian pemilihan prioritas program di tingkat unit kerja serta menggabungkan menjadi prioritas rumah sakit secara keseluruhan. Prioritas program rumah sakit ini harus terkoordinasi dengan baik dalam pelaksanaannya.
 - e. Menentukan profil indikator mutu, metode analisis, dan validasi data dari data indikator mutu yang dikumpulkan dari seluruh unit kerja di rumah sakit.
 - f. Menyusun formulir untuk mengumpulkan data, menentukan jenis data, serta bagaimana alur data dan pelaporan dilaksanakan.
 - g. Menjalin komunikasi yang baik dengan semua pihak terkait serta menyampaikan masalah terkait pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien.
 - h. Terlibat secara penuh dalam kegiatan pendidikan dan pelatihan peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
 - i. Bertanggung jawab untuk mengkomunikasikan masalah-masalah mutu secara rutin kepada semua staf.
 - j. Menyusun regulasi terkait dengan pengawasan dan penerapan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
3. Direktur menetapkan penanggung jawab data di tiap unit kerja.
4. Rumah Sakit memberikan pelatihan kepada anggota Komite Mutu Rumah Sakit dan penanggung jawab unit agar memiliki kemampuan dalam melakukan analisis data.

PASAL 2. REFERENSI DAN PEDOMAN

1. Komite Medik dan Komite Keperawatan memiliki referensi terkini tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien berdasarkan ilmu pengetahuan dan informasi terkini dan perkembangan konsep peningkatan mutu dan keselamatan pasien, yang meliputi:
 - a. Literatur ilmiah dan informasi lainnya yang dapat dipergunakan untuk mendukung asuhan pasien terkini, misalnya pedoman nasional pelayanan kedokteran dan *international clinical guidelines*.
 - b. Literatur ilmiah dan informasi lainnya yang dapat dipergunakan untuk mendukung terselenggaranya manajemen yang baik.
 - c. Informasi lainnya tentang data indikator mutu di tingkat nasional.

- d. Peraturan perundang-undangan terkait dengan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit termasuk pedoman-pedoman yang dikeluarkan oleh pemerintah.
2. Komite Mutu Rumah Sakit menyusun pedoman peningkatan mutu dan keselamatan pasien sesuai dengan referensi terkini.

PASAL 3. PROGRAM PELATIHAN

1. Rumah Sakit memberikan program pelatihan peningkatan mutu dan keselamatan pasien untuk pimpinan rumah sakit dan semua staf yang terlibat dalam pengumpulan, analisa dan validasi data mutu.
2. Program pelatihan peningkatan mutu dan keselamatan pasien diberikan oleh narasumber yang kompeten.
3. Seluruh pimpinan rumah sakit, termasuk Komite Medik dan Komite Keperawatan wajib mengikuti pelatihan peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
4. Semua individu yang terlibat di dalam pengumpulan, analisa dan validasi data wajib mengikuti pelatihan peningkatan mutu dan keselamatan pasien khususnya tentang sistem manajemen data.

PASAL 4. INDIKATOR MUTU

1. Direktur berkoordinasi dengan para Kepala Divisi/Manajer dalam memilih dan menetapkan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis yang akan dievaluasi.
2. Komite Mutu Rumah Sakit memfasilitasi pemilihan prioritas pengukuran pelayanan klinis yang akan dievaluasi.
3. Komite Mutu Rumah Sakit menentukan profil indikator atau definisi dan gambaran/penjelasan tentang indikator tersebut, yang meliputi:
 - a. Judul indikator
 - b. Definisi operasional
 - c. Tujuan dimensi mutu
 - d. Dasar pemikiran/alasan pemilihan indikator
 - e. Numerator
 - f. Denominator formula pengukuran
 - g. Metodologi pengumpulan data
 - h. Cakupan datanya
 - i. Frekuensi pengumpulan data
 - j. Frekuensi analisa data
 - k. Metodologi analisa data
 - l. Sumber data
 - m. Penanggung jawab pengumpul data
 - n. Publikasi data
4. Komite Mutu Rumah Sakit melakukan koordinasi dan integrasi kegiatan pengukuran mutu di unit pelayanan dan pelaporannya yang meliputi indikator area klinis, indikator area manajemen, dan indikator sasaran keselamatan pasien.
5. Komite Mutu Rumah Sakit melakukan supervisi terhadap progres pengumpulan data sesuai yang direncanakan.

6. Komite Mutu Rumah Sakit melakukan evaluasi proses pelaksanaan panduan praktik klinik, alur klinis (*clinical pathway*) dan/atau protokol klinis dan/atau prosedur dan atau standing order di prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis.
7. Ketua Kelompok Staf Medis menetapkan paling sedikit 5 (lima) prioritas panduan praktik klinis-alur klinis dan/atau protokol klinis dan/atau prosedur dan/atau standing order, sebagai panduan dari standarisasi proses asuhan klinik yang dimonitor oleh Komite Medik, dengan tujuan sebagai berikut:
 - a. Melakukan standarisasi proses asuhan klinik.
 - b. Mengurangi risiko dalam proses asuhan, terutama yang berkaitan asuhan kritis.
 - c. Memanfaatkan sumber daya yang tersedia dengan efisien dalam memberikan asuhan klinik tepat waktu dan efektif.
 - d. Memanfaatkan indikator prioritas sebagai indikator dalam penilaian kepatuhan penerapan alur klinis di area yang akan diperbaiki di tingkat rumah sakit.
 - e. Secara konsisten menggunakan praktik berbasis bukti (*evidence based practices*) dalam memberikan asuhan bermutu tinggi.
8. Masing-masing Kelompok Staf Medis memilih dan menerapkan panduan praktik klinis dan alur klinis (*clinical pathway*) di unit-unit pelayanan dimana DPJP memberikan asuhan.
9. Kelompok Staf Medis menetapkan standarisasi proses asuhan klinis pada prioritas pengukuran mutu di rumah sakit.
10. Komite Medik melakukan evaluasi pelayanan kedokteran dengan panduan praktik klinis, alur klinis atau protokol.
11. Komite Medik melaksanakan audit klinis dan/atau audit medis pada panduan praktik klinis, alur klinis prioritas di tingkat rumah sakit.
12. Setiap unit kerja dan pelayanan di rumah sakit memilih dan menetapkan indikator mutu yang dipergunakan untuk mengukur mutu unit kerja. Setiap indikator mutu tersebut telah dilengkapi profil indikator mutu.
13. Setiap unit kerja dan pelayanan melaksanakan proses pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu.
14. Pimpinan unit kerja dan pelayanan melakukan supervisi terhadap proses pengumpulan data dan pelaporan serta melakukan perbaikan mutu berdasarkan hasil capaian indikator mutu.
15. Rumah Sakit memiliki panduan tentang evaluasi panduan praktik klinis, alur klinis atau protokol.

PASAL 5. MANAJEMEN DAN ANALISIS DATA

1. Rumah Sakit menetapkan Panduan tentang:
 - a. Penetapan data-data yang akan dibandingkan dengan rumah sakit lain atau menggunakan *database* eksternal.
 - b. Keamanan dan kerahasiaan data dalam berkontribusi dengan *database* eksternal.
2. Rumah Sakit memiliki Sistem Manajemen Data yang didukung oleh teknologi informasi, mulai dari pengumpulan, pelaporan, analisis, validasi, serta publikasi data untuk internal dan eksternal rumah sakit. Publikasi data harus memperhatikan kerahasiaan pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan, serta seluruh data terintegrasi baik di tingkat rumah sakit dan unit kerja.

3. Sistem manajemen data meliputi :
 - a. Data indikator mutu unit
 - b. Data indikator mutu prioritas rumah sakit.
 - c. Data pelaporan insiden keselamatan pasien.
 - d. Data hasil monitoring kinerja staf klinis.
 - e. Data hasil pengukuran budaya keselamatan.
 - f. Integrasi seluruh data di atas baik di tingkat rumah sakit dan unit kerja.
4. Komite Mutu Rumah Sakit melakukan koordinasi dengan unit kerja dan pelayanan dalam pengumpulan data untuk mendukung asuhan pasien, manajemen rumah sakit, pengkajian praktik profesional serta program peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara menyeluruh.
5. Komite Mutu Rumah Sakit menyusun Panduan untuk mengatur pelaksanaan analisis data yang mencakup:
 - a. Penggunaan statistik dalam analisis data.
 - b. Komite Mutu Rumah Sakit melaksanakan analisis data, yang antara lain mencakup:
 - 1) Analisis *trend* yaitu membandingkan data rumah sakit dari waktu ke waktu.
 - 2) *Benchmarking* yaitu membandingkan data rumah sakit dengan rumah sakit lain baik rumah sakit lokal atau internasional.
 - 3) Membandingkan data rumah sakit dengan standar yang ditentukan oleh badan akreditasi atau organisasi profesional ataupun standar - standar yang ditentukan oleh peraturan perundang-undangan.
 - 4) Membandingkan dengan praktik-praktik yang diinginkan yang dalam literatur digolongkan sebagai *best practice* (praktik terbaik) atau *better practice* (praktik yang lebih baik) atau *practice guidelines* (panduan praktik klinik).
6. Komite Mutu Rumah Sakit dan penanggung jawab data di unit pelayanan atau unit kerja bekerja sama dan berpartisipasi dalam proses analisis data.
7. Hasil analisis data dilaporkan kepada pihak-pihak berikut untuk ditindaklanjuti.
 - a. Direktur
 - b. Manajer
 - c. Kepala Unit
8. Direktur mengukur keberhasilan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien prioritas melalui:
 - a. Pengukuran capaian-capaian indikator area klinik dan area manajemen.
 - b. Pengukuran kepatuhan penerapan sasaran keselamatan pasien.
 - c. Pengukuran kepatuhan pelaksanaan Panduan Praktek Klinis dan Alur Klinis sehingga mengurangi variasi dalam pemberian pelayanan.
 - d. Pengukuran penggunaan sumber daya termasuk biaya yang dipergunakan untuk perbaikan di program prioritas rumah sakit tersebut.
9. Komite Mutu Rumah Sakit menyusun panduan validasi data yang terdiri dari:
 - a. Keadaan data yang harus divalidasi mencakup:
 - 1) Adanya area klinik baru.
 - 2) Adanya perubahan sistem pencatatan pasien dari manual ke elektronik sehingga sumber data berubah.
 - 3) Adanya aktivitas publikasi data kepada masyarakat baik melalui di *website* rumah sakit atau media lain.

- 4) Adanya perubahan pengukuran.
- 5) Adanya perubahan data pengukuran tanpa diketahui sebabnya.
- 6) Adanya perubahan subyek data seperti perubahan umur rata-rata pasien, panduan praktik klinik baru diberlakukan, ada teknologi dan metodologi pengobatan baru.
- b. Proses validasi data.
10. Rumah Sakit memiliki panduan yang mengatur validasi data yang akan dipublikasikan ke masyarakat umum melalui *website* atau media lainnya untuk menjamin kerahasiaan pasien dan keakuratan data/informasi.
11. Rumah Sakit melakukan perbaikan data berdasarkan hasil validasi data.

PASAL 6. PELAPORAN DAN ANALISIS INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

1. Komite Mutu Rumah Sakit menetapkan panduan yang mengatur sistem pelaporan insiden internal dan eksternal sesuai peraturan perundang-undangan yang meliputi:
 - a. Kebijakan
 - b. Alur pelaporan
 - c. Formulir pelaporan
 - d. Prosedur pelaporan
 - e. Insiden yang harus dilaporkan meliputi kejadian yang sudah terjadi, potensial terjadi ataupun yang nyaris terjadi.
 - f. Siapa saja yang membuat laporan insiden.
 - g. Batas waktu pelaporan insiden.
2. Rumah Sakit mengintegrasikan pelaporan kejadian dan pengukuran mutu agar solusi dan perbaikan yang dilakukan terintegrasi.
3. Komite Mutu Rumah Sakit menetapkan jenis kejadian sentinel, melaporkan dan melakukan analisis akar masalah bersama unit terkait.
4. Komite Mutu Rumah Sakit menetapkan kejadian sentinel termasuk tapi tidak terbatas pada:
 - a. Kematian yang tidak diduga, termasuk dan tidak terbatas hanya:
 - 1) Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit pasien atau kondisi pasien.
 - 2) Kematian bayi aterm.
 - 3) Bunuh diri.
 - b. Kehilangan permanen fungsi yang tidak terkait penyakit pasien atau kondisi pasien.
 - c. Operasi salah tempat, salah prosedur, salah pasien.
 - d. Terjangkit penyakit kronik atau penyakit fatal akibat transfusi darah atau produk darah atau transplantasi organ atau jaringan.
 - e. Penculikan bayi atau anak dan kesalahan pengantaran bayi bukan kepada orang tuanya.
 - f. Perkosaan dan kekejaman seperti penyerangan (berakibat kematian atau kehilangan fungsi secara permanen) atau pembunuhan (yang disengaja) atas pasien, Staf Rumah Sakit, Dokter, pengunjung atau pihak ketiga ketika berada dalam lingkungan rumah sakit.

5. Komite Mutu Rumah Sakit melakukan *Root Cause Analysis* (RCA) setiap kejadian sentinel di rumah sakit dan tidak melewati waktu 45 hari terhitung sejak terjadi kejadian.
6. Rumah Sakit menetapkan pedoman KTD yang mencakup analisis, definisi operasional, dan langkah tindak lanjut.
7. Kejadian KTD termasuk tapi tidak terbatas pada:
 - a. Semua reaksi transfusi yang sudah dikonfirmasi.
 - b. Semua kejadian serius akibat efek samping obat.
 - c. Semua kesalahan pengobatan.
 - d. Semua perbedaan besar antara diagnosis praoperasi dan diagnosis pascaoperasi.
 - e. Efek samping atau pola efek samping selama sedasi moderat atau mendalam dan pemakaian anestesi.
 - f. Infeksi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan atau wabah penyakit.
8. Setiap KTD dilaporkan melalui sistem pelaporan insiden keselamatan pasien baik internal dan eksternal.
9. Rumah Sakit menetapkan panduan untuk analisis kejadian nyaris cedera (KNC) dan kejadian tidak cedera (KTC).
10. Rumah Sakit menetapkan panduan untuk pengukuran dan evaluasi budaya keselamatan pasien.

PASAL 7. PENCAPAIAN DAN PERBAIKAN

1. Rumah Sakit memiliki rencana perbaikan terhadap mutu dan keselamatan berdasarkan hasil capaian mutu.
2. Rumah Sakit melakukan uji coba rencana perbaikan terhadap mutu dan keselamatan pasien.
3. Komite Mutu Rumah Sakit menyediakan data yang digunakan untuk menunjukkan tingkat capaian hasil perbaikan mutu.
4. Komite Mutu Rumah Sakit mendokumentasikan keberhasilan-keberhasilan yang telah dicapai dalam perbaikan mutu untuk dijadikan sebagai bagian dari laporan peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

PASAL 8. MANAJEMEN RISIKO

1. Rumah Sakit menyusun program manajemen risiko berkelanjutan untuk melakukan identifikasi dan mengurangi cedera serta mengurangi risiko lain terhadap keselamatan pasien dan staf, dimana program tersebut mencakup:
 - a. Identifikasi risiko
 - b. Prioritas risiko
 - c. Pelaporan risiko
 - d. Manajemen risiko
 - e. Investigasi kejadian yang tidak diharapkan (KTD)
 - f. Manajemen terkait tuntutan (klaim)
2. Manajemen risiko rumah sakit dibuat dengan memperhatikan proses-proses berisiko yang dapat terjadi pada pasien yang meliputi:
 - a. Manajemen pengobatan
 - b. Risiko jatuh
 - c. Pengendalian infeksi

- d. Gizi
 - e. Risiko peralatan
 - f. Risiko sebagai akibat kondisi yang sudah lama berlangsung.
3. Ruang lingkup manajemen risiko rumah sakit yang meliputi namun tidak terbatas pada:
- a. Pasien
 - b. Staf medis
 - c. Tenaga Kesehatan dan tenaga lainnya yang bekerja di rumah sakit
 - d. Fasilitas rumah sakit
 - e. Lingkungan rumah sakit
 - f. Bisnis rumah sakit
4. Rumah Sakit membuat daftar risiko di tingkat rumah sakit dengan memperhatikan faktor-faktor yang disebutkan pada ayat 2 dan 3.
5. Rumah Sakit membuat strategi untuk mengurangi peluang terjadinya risiko.
6. Rumah Sakit melaksanakan tindak lanjut hasil analisa modus dampak kegagalan (*Failure Mode and Effect Analysis / FMEA*).

BAB II. KEBIJAKAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

PASAL 9. KEPEMIMPINAN DAN TATA KELOLA

1. Direktur menetapkan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dengan tanggung jawab dan tugas meliputi:
 - a. Menetapkan definisi infeksi terkait layanan kesehatan.
 - b. Metode pengumpulan data (*surveilans*).
 - c. Membuat strategi/program menangani risiko PPI.
 - d. Proses pelaporan.
2. Kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi menjangkau kedalam setiap unit di rumah sakit dan melibatkan Staf Klinis dan Staf Non-Klinis di berbagai unit kerja.
3. Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (KPPI) melaksanakan koordinasi dengan IPCN (*Infection Prevention and Control Nurse*) secara terstruktur dalam melaksanakan kegiatan pencegahan serta pengendalian infeksi untuk menetapkan:
 - a. Angka infeksi yang akan diukur.
 - b. Sistem pelaporan IPCN kepada Ketua Komite harus melibatkan semua anggota untuk mendapatkan hasil yang akurat.
4. Ketua KPPI melaporkan kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi kepada Direktur setiap 3 bulan.
5. Direktur menetapkan Perawat IPCN dengan jumlah dan kualifikasi sesuai peraturan perundangan.
6. IPCN melaksanakan pengawasan serta supervisi semua kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi.
7. IPCN melaporkan kegiatannya kepada ketua KPPI.

PASAL 10. SUMBER DAYA

1. Direktur menetapkan Perawat Penghubung IPCLN (*Infection Prevention and Control Link Nurse*) dengan jumlah dan kualifikasi sesuai dengan peraturan perundangan.
2. Perawat penghubung IPCLN sebagai Perawat Pelaksana harian/penghubung bertugas:
 - a. Mencatat data surveilans dari setiap pasien di Unit Rawat Inap masing-masing.
 - b. Memberikan motivasi dan mengingatkan pelaksanaan kepatuhan pencegahan dan pengendalian infeksi pada setiap personil ruangan di unitnya masing-masing.
 - c. Memonitor kepatuhan Petugas Kesehatan yang lain dalam penerapan kewaspadaan isolasi.
 - d. Melaporkan kepada IPCN apabila ada kecurigaan HAI's pada pasien.
 - e. Apabila menemukan infeksi yang berpotensi KLB, IPCLN melakukan:
 - 1) Konsultasi dan berkoordinasi dengan IPCN untuk menentukan prosedur PPI.
 - 2) Memberikan penyuluhan kepada pasien, keluarga pasien, pengunjung, dan staf rumah sakit.
 - 3) Memantau Perawat unit dalam melaksanakan penyuluhan bagi pasien, keluarga dan pengunjung, serta memberi konsultasi prosedur yang harus dilaksanakan.
3. Rumah Sakit menyediakan anggaran yang cukup untuk menunjang pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian infeksi.
4. Rumah Sakit menyediakan fasilitas yang cukup untuk menunjang pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian infeksi.

5. Rumah Sakit mempunyai sistem informasi untuk mendukung program PPI, khususnya terkait dengan data dan analisis angka infeksi.
6. Rumah Sakit menyediakan sumber informasi dan referensi terkini yang dapat diperoleh dari:
 - a. *United States Centers for Disease Control and Prevention (USCDC)*..
 - b. *World Health Organization (WHO)* dan organisasi lain yang dapat memberikan informasi "*evidence based practice and guidelines*".
 - c. Berbagai publikasi serta penetapan standar oleh organisasi profesi bidang kesehatan lingkungan dan kebersihan rumah sakit.
 - d. Regulasi dari pemerintah yang memuat praktik pencegahan infeksi terkait dengan layanan klinis dan layanan penunjang.
 - e. Peraturan perundang-undangan terutama yang berkaitan dengan ledakan (*out break*) penyakit infeksi.
 - f. Ketentuan pelaporan lainnya.

PASAL 11. TUJUAN PROGRAM PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Rumah Sakit menetapkan program pencegahan dan pengendalian infeksi dan program kesehatan kerja yang komprehensif di seluruh rumah sakit untuk menurunkan risiko infeksi terkait dengan pelayanan kesehatan pada pasien yang mengacu dan sesuai dengan ilmu pengetahuan terkini, regulasi praktik terkini, standar kesehatan lingkungan terkini, dan peraturan perundangan.
2. Pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian infeksi meliputi:
 - a. Kebersihan tangan
 - b. Surveilans risiko infeksi
 - c. Investigasi wabah (*outbreak*) penyakit infeksi
 - d. Meningkatkan pengawasan terhadap penggunaan antimikrob secara aman
 - e. Asesmen berkala terhadap risiko
 - f. Menetapkan sasaran penurunan risiko
 - g. Mengukur dan melakukan *review* risiko infeksi
3. Program pencegahan dan pengendalian infeksi untuk menurunkan risiko tertular infeksi pada Staf Klinis dan Staf Non-Klinis (kesehatan kerja) meliputi:
 - a. Kegiatan pemeriksaan berkala Pegawai
 - b. Pelaporan paparan/tertusuk jarum
 - c. Kegiatan imunisasi
 - d. Kegiatan pengobatan dan konseling Pegawai
4. Rumah Sakit menetapkan Panduan tentang pelaksanaan surveilans yang meliputi :
 - a. Saluran pernapasan, seperti prosedur dan tindakan terkait intubasi, bantuan ventilasi mekanik, trakeostomi, dan lain lain
 - b. Saluran kencing, seperti pada kateter, pembilasan *urine*, dan lain lain
 - c. Alat invasif intravaskuler, saluran vena perifer, saluran vena central, dan lain lain
 - d. Lokasi operasi, perawatan, pembalutan luka, prosedur aseptik, dan lain lain
 - e. Penyakit dan organisme yang penting dari sudut epidemiologik, seperti *multi drug resistant organism*, infeksi yang virulen
 - f. Timbulnya infeksi baru atau timbul kembalinya infeksi di masyarakat.

5. Rumah Sakit melaksanakan strategi pengendalian infeksi berdasarkan prioritas untuk menurunkan tingkat infeksi.
6. Rumah Sakit membandingkan angka kejadian infeksi Rumah Sakit dengan kejadian di Rumah Sakit lain.
7. Rumah Sakit melakukan investigasi dan analisis risiko infeksi serta diintegrasikan dengan program mutu dan keselamatan pasien.
8. Rumah Sakit harus merancang ulang upaya penurunan infeksi berdasarkan investigasi dan hasil analisis.
9. Rumah Sakit secara proaktif melakukan asesmen risiko infeksi (ICRA = *Infection Control Risk Assessment*) paling sedikit setahun sekali.
10. Rumah Sakit menyusun strategi untuk menurunkan risiko infeksi sebagai tindak lanjut ICRA.

PASAL 12. PERALATAN MEDIS DAN ALAT KESEHATAN HABIS PAKAI

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman tentang risiko infeksi pada prosedur dan proses asuhan invasif seperti pencampuran obat suntik, pemberian suntikan, terapi cairan, punksi lumbal serta menentukan strategi untuk menurunkan risiko infeksi.
2. Rumah Sakit melakukan identifikasi, melaksanakan strategi dan melaksanakan kegiatan pelatihan untuk prosedur dan proses asuhan invasif dalam rangka menurunkan risiko infeksi.
3. Rumah Sakit menetapkan pedoman risiko infeksi pada proses kegiatan penunjang pelayanan (medik dan non-medik) yang berisiko terjadi infeksi serta strategi pencegahannya sesuai perundang-undangan yang berlaku meliputi:
 - a. Sterilisasi alat
 - b. Pengelolaan linen/binatu
 - c. Pengelolaan sampah
 - d. Penyediaan makanan
 - e. Kamar jenazah.
4. Rumah Sakit melakukan identifikasi dan strategi untuk menurunkan risiko infeksi pada kegiatan sterilisasi alat, linen/binatu, pengelolaan sampah, penyediaan makan, dan pengelolaan kamar jenazah.
5. Rumah Sakit menetapkan pedoman tentang pelayanan sterilisasi sesuai dengan peraturan perundangan.
6. Rumah Sakit menetapkan alur dekontaminasi, *precleaning*, *cleaning*, desinfeksi, dan sterilisasi peralatan medis di pusat sterilisasi sesuai dengan prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi.
7. Pusat sterilisasi mengoordinasikan pelayanan sterilisasi dan disinfeksi di luar pusat sterilisasi.
8. Rumah Sakit menjamin bahwa proses sterilisasi dan disinfeksi yang dilakukan di luar pusat sterilisasi dilaksanakan secara seragam.
9. Rumah Sakit menetapkan pedoman tentang penetapan batas kadaluarsa bahan medis habis pakai dan yang akan digunakan kembali (*reuse*), meliputi:
 - a. Alat dan material yang dapat dipakai kembali
 - b. Jumlah maksimum pemakaian ulang dari setiap alat secara spesifik

- c. Identifikasi kerusakan akibat pemakaian dan keretakan yang menandakan alat tidak dapat dipakai
 - d. Proses pembersihan setiap alat yang segera dilakukan sesudah pemakaian dan mengikuti protokol yang jelas
 - e. Pencantuman identifikasi pasien pada bahan medis habis pakai untuk hemodialisis
 - f. Pencatatan bahan medis habis pakai yang *reuse* di rekam medis
 - g. Evaluasi untuk menurunkan risiko infeksi bahan medis habis pakai yang digunakan kembali.
10. Rumah Sakit melakukan monitoring dan evaluasi berdasarkan hasil kultur dan tindak lanjut pelaksanaan penggunaan kembali (*reuse*) bahan medis habis pakai yang disebutkan dalam ayat 9.
 11. Direktur menetapkan unit kerja sebagai penanggung jawab pengelola linen/binatu sesuai dengan peraturan perundangan.
 12. Bangunan, alur, dan fasilitas binatu sesuai dengan peraturan perundangan.
 13. Rumah Sakit menetapkan pedoman pengelolaan linen/binatu sesuai dengan peraturan perundangan.
 14. Prinsip-prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi harus diterapkan pada pengelolaan linen/binatu, termasuk pemilahan, transportasi, pencucian, pengeringan, penyimpanan, dan distribusi.
 15. Petugas binatu menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) sesuai dengan ketentuan.
 16. IPCN melakukan supervisi dan monitoring terhadap pengelolaan linen/binatu sesuai dengan prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi.

PASAL 13. LIMBAH INFEKSIUS

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman pengelolaan limbah rumah sakit untuk meminimalkan risiko infeksi yang meliputi:
 - a. Pengelolaan limbah cairan tubuh infeksius
 - b. Penanganan dan pembuangan darah serta komponen darah
 - c. Pemulasaraan jenazah
 - d. Pengelolaan limbah cair
 - e. Pelaporan pajanan limbah infeksius.
2. Pengelolaan limbah cairan tubuh infeksius, limbah darah serta komponennya, dan limbah cair lainnya dilakukan sesuai dengan peraturan perundangan serta dilaksanakan monitoring, evaluasi, dan tindak lanjutnya.
3. Pelaporan pajanan limbah infeksius dilakukan sesuai dengan pedoman dan dilaksanakan monitoring, evaluasi, serta tindak lanjutnya.
4. Rumah Sakit melaksanakan supervisi dan monitoring terhadap kegiatan pengelolaan limbah rumah sakit dengan ruang lingkup yang disebutkan pada ayat 1.
5. Pengelolaan limbah yang dilaksanakan oleh pihak luar rumah sakit harus berdasarkan atas kerjasama dengan pihak yang memiliki izin (transporter dan insenerator) dan sertifikasi mutu sesuai dengan peraturan perundangan.
6. Kegiatan pemulasaraan jenazah harus sesuai dengan peraturan perundangan.
7. Prinsip-prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi harus diterapkan pada kegiatan pemulasaraan jenazah.

8. IPCN melakukan supervisi dan monitoring terhadap kegiatan pemulasaraan jenazah sesuai dengan prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi.
9. Rumah Sakit menetapkan pedoman tentang pengelolaan benda tajam dan jarum untuk menurunkan cedera serta mengurangi risiko infeksi yang meliputi:
 - a. Proses-proses yang meliputi identifikasi jenis benda tajam dan jarum serta penggunaan wadah secara tepat, pembuangan wadah, dan surveilans proses pembuangan.
 - b. Laporan tertusuk jarum dan benda tajam.
10. Benda tajam dan jarum sudah dikumpulkan, disimpan di dalam wadah yang tidak tembus, tidak bocor, berwarna kuning, diberi label infeksius, dan dipergunakan hanya sekali pakai sesuai dengan peraturan perundangan.
11. Pengelolaan benda tajam dan jarum dilaksanakan sesuai dengan pedoman.
12. Data limbah benda tajam dan jarum harus terdokumentasi.
13. IPCN melakukan supervisi dan monitoring terhadap pelaksanaan pengelolaan benda tajam dan jarum sesuai dengan prinsip PPI, termasuk yang dilaksanakan oleh pihak luar rumah sakit.

PASAL 14. PELAYANAN MAKANAN

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman pelayanan makanan di rumah sakit yang meliputi:
 - a. Pelayanan makanan di rumah sakit mulai dari pengelolaan bahan makanan (perencanaan bahan makanan, pengadaan, penyimpanan, pengolahan, pemorsian, distribusi), sanitasi dapur, makanan, alat masak, serta alat makan untuk mengurangi risiko infeksi dan kontaminasi silang.
 - b. Standar bangunan, fasilitas dapur, dan pantry sesuai dengan peraturan perundangan.
2. Pelaksanaan penyimpanan bahan makanan, pengolahan, pembagian/pemorsian, dan distribusi makanan harus sesuai dengan peraturan perundangan.
3. Pelaksanaan penyimpanan makanan, bahan makanan dan produk nutrisi harus memperhatikan kesehatan lingkungan meliputi sanitasi, suhu, pencahayaan, kelembaban, ventilasi, dan keamanan untuk mengurangi risiko infeksi.
4. IPCN melakukan supervisi dan monitoring terhadap pelaksanaan pelayanan makanan sesuai dengan prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi.

PASAL 15. RISIKO KONSTRUKSI

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman pengendalian mekanis dan teknis (*mechanical dan engineering control*) minimal untuk fasilitas:
 - a. Sistem ventilasi bertekanan positif
 - b. *Biological safety cabinet*
 - c. *Laminary airflow hood*
 - d. Termostat di lemari pendingin
 - e. Pemanas air untuk sterilisasi piring dan alat dapur
2. Pengendalian mekanis dan teknis (*mechanical dan engineering control*) untuk fasilitas-fasilitas pada ayat 1 harus terlaksana dengan baik.
3. Rumah Sakit menetapkan pedoman tentang penilaian risiko pengendalian infeksi (*infection control risk assessment/ICRA*) bila ada renovasi, konstruksi dan demolisi yang minimal meliputi:

- a. Identifikasi tipe/jenis konstruksi kegiatan proyek dengan kriteria
 - b. Identifikasi kelompok risiko pasien
 - c. Matriks pengendalian infeksi antara kelompok risiko pasien dan tipe konstruksi kegiatan
 - d. Proyek untuk menetapkan kelas/tingkat infeksi
 - e. Tindak pengendalian infeksi berdasar atas tingkat/kelas infeksi
 - f. Monitoring pelaksanaan.
4. Rumah Sakit harus melaksanakan penilaian risiko pengendalian infeksi (*infection control risk assessment/ICRA*) pada semua renovasi, konstruksi dan demolisi sesuai dengan pedoman.

PASAL 16. TRANSMISI INFEKSI

1. Rumah Sakit menetapkan panduan penempatan pasien yang mengalami imunitas rendah (*immunocompromised*) dan pasien dengan penyakit menular.
2. Untuk pasien yang mengalami imunitas rendah (*immunocompromised*):
 - a. Rumah Sakit menyediakan ruangan untuk pasien yang mengalami imunitas rendah (*immunocompromised*) sesuai dengan peraturan perundangan.
 - b. IPCN melakukan supervisi dan monitoring terhadap penempatan pasien *immunocompromised* sesuai dengan prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi.
3. Untuk pasien yang mengalami *airborne diseases*:
 - a. Rumah Sakit menetapkan pedoman penempatan pasien infeksi "*airborne*" bagi pasien masuk, pasien IGD dan ruang lainnya, termasuk di dalamnya penempatan dalam waktu singkat jika rumah sakit tidak dapat menyediakan kamar dengan tekanan negatif (yang tersedia hanya kamar dengan ventilasi alamiah dan mekanik).
 - b. Penempatan dan transfer pasien *airborne diseases* harus sesuai dengan peraturan perundangan termasuk di Ruang Gawat Darurat dan ruang lainnya.
 - c. IPCN melakukan supervisi dan monitoring terhadap pelaksanaan penempatan dan transfer pasien *airborne diseases* termasuk penempatan pasien dalam waktu singkat sesuai dengan prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi.
 - d. Hasil pelaksanaan supervisi dan monitoring didokumentasikan dalam *form check list*.
 - e. Ruang tekanan negatif dan penempatan pasien harus dilakukan monitoring secara rutin.
4. Pengelolaan pada saat terjadi *outbreak*:
 - a. Staf mendapatkan edukasi tentang pengelolaan pasien infeksius jika terjadi lonjakan pasien/ledakan pasien (*outbreak*) yang masuk dengan penyakit menular atau apabila ruangan bertekanan negatif di rumah sakit tidak tersedia karena penuh, termasuk di dalamnya mencakup *outbreak airborne*.
 - b. Rumah Sakit mempunyai jejaring rujukan dengan rumah sakit lain terkait *outbreak* termasuk di dalamnya *airborne disease*.

PASAL 17. KEBERSIHAN TANGAN (*HAND HYGIENE*)

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman *hand hygiene* yang mencakup kapan, dimana, dan bagaimana melakukan cuci tangan mempergunakan sabun (*hand wash*) dan atau dengan disinfektan (*hand rubs*) serta ketersediaan fasilitas *hand hygiene*.
2. Sabun, disinfektan, serta *tissue*/handuk sekali pakai tersedia di tempat cuci tangan dan tempat melakukan disinfeksi tangan.

3. *Hand hygiene* harus dilaksanakan dengan baik.
4. Semua Pegawai termasuk tenaga kontrak harus mendapatkan pelatihan *hand hygiene*.

PASAL 18. ALAT PELINDUNG DIRI (APD)

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman penggunaan alat pelindung diri, tempat yang harus menyediakan Alat Pelindung Diri (APD), dan pelatihan cara memakainya.
2. Alat Pelindung Diri (APD) harus digunakan secara tepat dan benar, meliputi sarung tangan, masker, pelindung mata serta pelindung diri lainnya.
3. Ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD) sudah cukup sesuai dengan pedoman.
4. Semua Pegawai termasuk tenaga kontrak harus mendapatkan pelatihan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD).

PASAL 19. PENINGKATAN MUTU DAN PROGRAM EDUKASI

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman sistem manajemen data terintegrasi antara data surveilans dan data indikator mutu yang secara epidemiologik penting bagi rumah sakit.
2. Komite Mutu Rumah Sakit dan KPPI harus melakukan pertemuan berkala untuk membahas hasil surveilans dan merancang ulang untuk perbaikan.
3. Rumah Sakit melakukan surveilans data infeksi dan dianalisis untuk mendukung kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi. Data infeksi epidemiologik yang penting harus dimonitor dan didokumentasikan.
4. KPPI menyampaikan hasil analisis data dan memberikan rekomendasi kepada Komite Mutu Rumah Sakit setiap 3 (tiga) bulan.
5. Rumah Sakit menetapkan pedoman program pelatihan dan edukasi tentang pencegahan dan pengendalian infeksi yang meliputi:
 - a. Orientasi Pegawai baru baik Staf Klinis maupun Staf Non-Klinis di tingkat rumah sakit maupun di unit pelayanan
 - b. Staf Klinis (profesional pemberi asuhan) secara berkala
 - c. Staf Non-Klinis
 - d. Pasien dan keluarga
 - e. Pengunjung
6. Rumah Sakit melaksanakan pelatihan untuk semua Staf Klinis dan Staf Non-Klinis sebagai bagian dari orientasi Pegawai baru tentang regulasi dan praktik program pencegahan dan pengendalian infeksi.
7. Rumah Sakit melaksanakan edukasi program PPI kepada Staf Klinis dan Staf Non-Klinis sebagai berikut :
 - a. Program edukasi berkala
 - b. Program edukasi yang diberikan bila ada perubahan regulasi, perubahan praktik program pencegahan dan pengendalian infeksi, dan bila ada kecenderungan khusus (*new/re-emerging diseases*) data.
8. Rumah Sakit melaksanakan edukasi untuk pasien, keluarga, dan pengunjung tentang program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi .
9. Rumah Sakit menyampaikan temuan dan data kegiatan pengukuran mutu/indikator mutu ke seluruh unit di rumah sakit sebagai bagian dari edukasi berkala rumah sakit.

BAB III. KEBIJAKAN TATA KELOLA RUMAH SAKIT

PASAL 20. URAIAN TUGAS, TANGGUNG JAWAB, DAN WEWENANG

1. Rumah Sakit menetapkan Manajer dan Kepala Unit yang sesuai peraturan perundang-undangan meliputi :
 - a. Unsur Pimpinan Pelayanan Medis
 - b. Unsur Pimpinan Keperawatan
 - c. Unsur Pimpinan Penunjang Medis
 - d. Unsur Pimpinan Administrasi Umum dan Keuangan
2. Rumah Sakit menetapkan persyaratan jabatan, uraian tugas, tanggung jawab, dan wewenang dari pejabat-pejabat Rumah Sakit dan mendokumentasikannya dalam dokumen kepegawaian yang meliputi paling tidak mencakup hal-hal sebagai berikut :
 - a. Surat Keputusan Pengangkatan
 - b. Ijazah
 - c. Sertifikasi
3. Rumah Sakit mendokumentasikan hasil rapat koordinasi antar Manajer dan Kepala Unit berupa Undangan, Materi, Kehadiran, dan Notulen (UMAN).
4. Regulasi Rumah Sakit disusun secara kolaboratif oleh jajaran pimpinan Rumah Sakit melalui rapat koordinasi.
5. Direktur melakukan pengawasan terhadap kepatuhan staf terhadap pelaksanaan regulasi dan mendokumentasikan hasilnya.
6. Direktur menetapkan jenis pelayanan yang diberikan di rumah sakit sesuai dengan misi rumah sakit.
7. Rumah Sakit menetapkan kualifikasi kepala Unit Pelayanan termasuk Koordinator Pelayanan baik untuk Unit Pelayanan Diagnostik, terapeutik maupun rehabilitatif.
8. Penyusunan cakupan dan jenis pelayanan melalui proses rapat antara para pimpinan rumah sakit bersama unit kerja yang disahkan oleh Direktur.
9. Rumah sakit memberikan informasi tentang pelayanan yang disediakan kepada tokoh masyarakat, pemangku kepentingan, fasilitas pelayanan kesehatan di sekitar rumah sakit, dan dapat menerima masukan untuk peningkatan pelayanannya.
10. Penyampaian informasi kepada masyarakat dapat dilakukan langsung kepada individu, atau melalui media masa, atau lembaga komunitas. Jenis informasi yang disampaikan meliputi :
 - a. Informasi tentang layanan, jam kegiatan kerja dan proses untuk mendapatkan perawatan
 - b. Informasi tentang kualitas layanan, yang disediakan kepada masyarakat dan sumber rujukan
 - c. Media yang digunakan untuk menyampaikan informasi dapat berupa poster, brosur, *website*, atau lainnya.
11. Manajer bertanggung jawab memastikan di seluruh tempat di rumah sakit terselenggara komunikasi yang efektif.

PASAL 21. KOMUNIKASI EFEKTIF

1. Rumah Sakit membuat panduan komunikasi efektif yang meliputi komunikasi internal dan eksternal.
2. Rumah Sakit menetapkan panduan komunikasi efektif di rumah sakit yang mencakup:
 - a. Pertemuan di setiap dan antar tingkat.
 - b. Komunikasi efektif antar professional pemberi asuhan (PPA) dan antar unit pelayanan yang meliputi:
 - 1) Komunikasi efektif Rumah Sakit dengan masyarakat lingkungan
 - 2) Komunikasi efektif antara PPA dengan pasien/keluarga
 - 3) Komunikasi efektif antar PPA
 - 4) Komunikasi efektif antar unit pelayanan
3. Rumah Sakit mendokumentasikan setiap pelaksanaan komunikasi.
4. Rumah Sakit memiliki media atau alat bantu yang digunakan untuk menunjang terselenggaranya komunikasi efektif, berupa antara lain buletin, media sosial, intranet, surat edaran, pengumuman, *paging system*.
5. Direktur/direksi dan para kepala bidang/Manajer Rumah Sakit menyampaikan informasi tentang capaian program sesuai visi, misi dan rencana strategis kepada seluruh staf rumah sakit.

PASAL 22. MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA

1. Rumah Sakit memiliki pedoman proses perencanaan dan pelaksanaan rekrutmen, pengembangan Staf serta kompensasi yang melibatkan Manajer dan Kepala Unit Pelayanan.
2. Rumah Sakit mendokumentasikan rapat tentang perencanaan dan pelaksanaan rekrutmen, retensi, pengembangan staf dan kompensasi yang juga dihadiri Manajer/Kepala Unit.
3. Rumah Sakit menyusun program untuk:
 - a. Program tentang rekrutmen
 - b. Program tentang diklat dan pengembangan staf
 - c. Program tentang kompensasi untuk retensi staf
4. Rumah Sakit mendokumentasikan pelaksanaan dan hasil program yang disebutkan pada ayat 3.
5. Program pengembangan staf dan pendidikan melibatkan Kepala Unit SDM dan Diklat dan Kepala Unit Pelayanan rumah sakit sesuai profesi yang dibutuhkan.

PASAL 23. MANAJEMEN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

1. Direktur merencanakan, mengembangkan, serta melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang mencakup:
 - a. Penetapan organisasi yang mempunyai tugas mengarahkan, mengatur serta mengkoordinasikan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
 - b. Peran Direktur dan para pimpinan dalam merencanakan dan mengembangkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
 - c. Peran Direktur dan para pimpinan dalam pemilihan indikator mutu di tingkat rumah sakit (indikator area klinis, area manajemen dan sasaran keselamatan pasien) serta keterlibatannya dalam menindaklanjuti capaian indikator yang masih rendah.

- d. Peran Direktur dan para pimpinan dalam memilih area prioritas sebagai area fokus untuk perbaikan.
- e. Monitoring pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, siapa saja yang melakukan monitoring, kapan dilakukan, dan bagaimana melakukan monitoringnya.
- f. Proses pengumpulan data, analisis, *feedback* dan pemberian informasi kepada staf.
- g. Alur laporan pelaksanaan pengukuran mutu rumah sakit, mulai dari unit sampai kepada pemilik rumah sakit.
- h. Bantuan teknologi/sistem informasi rumah sakit yang akan diterapkan untuk pengumpulan dan analisis data mutu, keselamatan pasien, dan *surveillance* infeksi.
2. Rumah Sakit mendokumentasikan rapat perencanaan, pengembangan dan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang dihadiri Direktur, Komite Mutu Rumah Sakit dan seluruh Manajer.
3. Rumah Sakit mendokumentasikan hal-hal berikut:
 - a. Rapat pemilihan indikator mutu kunci tingkat rumah sakit dan rencana tindak lanjut untuk perbaikan, yang dihadiri atau dipimpin oleh Direktur dengan para Kepala Unit.
 - b. Pelaksanaan rencana tindak lanjut
 - c. Sertifikat pelatihan peningkatan mutu dan keselamatan pasien untuk Komite Mutu Rumah Sakit dan PIC pengumpul data.
 - d. Sertifikat pelatihan untuk Staf Pelaksana Analisis/Validasi.
4. Rumah Sakit mengembangkan Sistem Teknologi Informasi untuk mengelola manajemen data indikator mutu, serta menyediakan sumber daya yang cukup untuk pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
5. Rumah Sakit mendokumentasikan daftar peralatan SIMRS.
6. Rumah Sakit mengembangkan formulir sensus harian dan rekapitulasi bulanan untuk mutu keselamatan pasien terintegrasi dengan angka surveilans PPI dalam bentuk paper maupun elektronik.
7. Ketua Mutu Rumah Sakit melaporkan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada Direktur sebagai berikut:
 - a. Setiap bulan melaporkan hasil pengukuran indikator mutu dengan format yang telah ditentukan.
 - b. Setiap 3 (tiga) bulan melaporkan capaian dan analisis indikator mutu area klinis, area manajemen, sasaran keselamatan pasien, implementasi panduan praktik klinik dan alur klinis, serta penerapan sasaran keselamatan pasien.
 - c. Setiap 6 (enam) bulan melaporkan penerapan keselamatan pasien yang mencakup:
 - 1) Jumlah dan jenis kejadian tidak diharapkan/insiden keselamatan pasien serta analisis akar masalah.
 - 2) Apakah pasien dan keluarga telah mendapatkan informasi tentang kejadian tersebut.
 - 3) Tindakan yang telah diambil untuk meningkatkan keselamatan sebagai respons terhadap kejadian tersebut.
 - 4) Apakah tindakan perbaikan tersebut dipertahankan.
 - 5) Kejadian sentinel dilaporkan paling lambat 2 X 24 jam setelah kejadian dan hasil analisis akar masalah dilaporkan paling lambat 45 hari sejak kejadian.

8. Rumah Sakit menetapkan program peningkatan mutu prioritas dengan memperhatikan beberapa hal berikut:
 - a. Misi rumah sakit
 - b. Data-data permasalahan yang ada, misalnya komplain pasien, capaian indikator mutu yang masih rendah, kejadian yang tidak diharapkan
 - c. Prosedur pelayanan yang belum terstandarisasi sehingga memiliki variasi penerapan dan hasil.
 - d. Dampak dari perbaikan sistem dan proses terhadap aspek finansial, klinis, penggunaan sumber daya dan lain-lain
 - e. Dampak dari perbaikan sistem yang berpengaruh terhadap perbaikan rumah sakit secara keseluruhan.
9. Penyusunan program prioritas, termasuk kajian dasar pemilihan prioritas, monitoring pelaksanaan program prioritas/monitoring capaian-capaian indikator prioritas, dan rencana perbaikan mutu dilaksanakan oleh Kepala Unit melalui rapat yang dipimpin oleh Direktur.
10. Rumah Sakit menetapkan indikator-indikator prioritas yang meliputi area klinik, area manajemen dan sasaran keselamatan pasien, metoda pengumpulan data dan analisis, dan rencana perbaikan dari setiap indikator yang ditetapkan.

PASAL 24. MANAJEMEN KONTRAK

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman yang mengatur kontrak atau perjanjian lainnya yang meliputi:
 - a. Penunjukan penanggung jawab untuk kontrak klinis dan penanggung jawab untuk kontrak manajemen.
 - b. Seleksi kontrak berdasarkan kepatuhan peraturan perundang-undangan yang terkait.
 - c. Penetapan kontrak dan dokumen kontraknya.
 - d. Dokumen pengalihan tanggung jawab pada pihak kedua.
 - e. Monitoring mutu kontrak.
 - f. Teguran dan pemutusan kontrak bila mutu pelayanan yang disediakan melalui kontrak tidak sesuai dengan kontrak.
 - g. *Review* kontrak untuk perpanjangan.
2. Rumah Sakit menetapkan pedoman perjanjian kerja Staf Medis untuk mematuhi perundang-undangan dan regulasi rumah sakit.
3. Rumah Sakit menetapkan pedoman kredensial, rekredensial, dan evaluasi penilaian kinerja yang dituangkan dalam *Medical staff by Law*.
4. Setiap Dokter yang memberikan pelayanan di Rumah Sakit harus sudah menandatangani perjanjian sesuai regulasi rumah sakit.
5. Kepala Unit berpartisipasi dan bertanggung jawab terhadap peninjauan, pemilihan, dan pemantauan kontrak pelayanan klinis termasuk kontrak peralatan medis, dalam hal:
 - a. Pemilihan vendor
 - b. Penetapan indikator-indikator mutu pelayanan yang diselenggarakan melalui kontrak klinis
 - c. Hasil capaian-capaian indikator mutu
6. Kepala Unit berpartisipasi dan bertanggung jawab terhadap peninjauan, pemilihan, dan pemantauan kontrak manajemen, dalam hal:

- a. Pemilihan vendor
- b. Penetapan indikator-indikator mutu pelayanan yang diselenggarakan melalui kontrak manajemen
- c. Hasil capaian-capaian indikator mutu
7. Rumah Sakit menjaga kontinuitas pelayanan pasien pada saat dilakukan negosiasi ulang atau kontrak diputuskan sepihak dengan cara:
 - a. Kontrak harus menyebutkan klausul bahwa pemutusan kontrak diajukan minimal 3 (tiga) bulan sebelumnya.
 - b. Rumah Sakit memiliki daftar vendor pengganti.
8. Rumah Sakit mendokumentasikan semua kegiatan kontrak termasuk proses negosiasi ulang.
9. Rumah Sakit menetapkan pedoman monitoring dan evaluasi mutu pelayanan yang disediakan oleh pihak kedua melalui kontrak, yang mencakup:
 - a. Indikator mutu yang harus dilaporkan kepada pihak rumah sakit.
 - b. Panduan sistem manajemen data, termasuk mekanisme pelaporan mutu.
10. Komite Mutu Rumah Sakit melakukan analisis data yang dilaporkan oleh pihak kedua dan memberikan hasil analisis kepada Kepala dan Kepala Unit terkait.
11. Kepala Unit berpartisipasi dalam program peningkatan mutu dengan menindaklanjuti hasil analisis mutu yang dilaporkan oleh Komite Mutu Rumah Sakit.
12. Rumah Sakit menetapkan pedoman pemilihan teknologi medis, teknologi penunjang medis dan teknologi obat.
13. Rumah Sakit menetapkan Tim Penapisan Teknologi Bidang Kesehatan.
14. Rumah Sakit mendokumentasikan proses pemilihan teknologi medis, penunjang medis, dan obat yang telah menggunakan data dan informasi yang mencakup:
 - a. Data dan informasi mengenai mutu dan implikasi keselamatan pasien dari penggunaan teknologi medis, penunjang medis, dan obat tersebut, tidak hanya berdasarkan harga saja.
 - b. Rekomendasi dari staf klinis rumah sakit atau pemerintah atau organisasi profesi nasional maupun internasional atau sumber lain yang akurat.
15. Tim penapisan teknologi memperhatikan rekomendasi/referensi dari Staf Klinis dan atau Pemerintah atau Organisasi Nasional dan Internasional dalam proses pemilihan Teknologi Medis, Penunjang Medis dan obat.
16. Kepala Unit melakukan evaluasi mutu dan keselamatan pasien terhadap hasil pengadaan dan penggunaan teknologi medis, Penunjang Medis serta obat menggunakan indikator mutu dan laporan insiden keselamatan pasien.
17. Rumah Sakit membuat pedoman manajemen rantai distribusi untuk pembelian/pengadaan alat kesehatan, bahan medis habis pakai dan obat yang berisiko termasuk vaksin sesuai dengan perundang-undangan yang berlaku.
18. Rumah Sakit melakukan identifikasi risiko penting dari rantai distribusi alat kesehatan, bahan medis habis pakai dan obat yang berisiko termasuk vaksin dan melaksanakan tindak lanjut untuk menghindari risiko.
19. Rumah Sakit menetapkan daftar identifikasi risiko dari rantai distribusi meliputi tahapan penyediaan, penyimpanan, pengiriman obat dan perbekalan farmasi mulai dari pabrik sampai ke pengguna di rumah sakit, untuk mencegah obat palsu, terkontaminasi dan rusak.

20. Kontrak pengadaan dengan pihak vendor menyebutkan bahwa pihak Rumah Sakit berhak untuk melakukan peninjauan sewaktu-waktu ke seluruh area rantai distribusi dan pihak vendor harus melampirkan dokumen-dokumen berikut:
 - a. Akta pendirian perusahaan & pengesahan dari Kementerian Hukum dan Hak Azasi Manusia.
 - b. Sura Izin Usaha Perusahaan (SIUP)
 - c. NPWP
 - d. Izin Pedagang Besar Farmasi - Penyalur Alat Kesehatan (PBF-PAK)
 - e. Perjanjian Kerja Sama antara distributor dengan prinsipal dan rumah sakit
 - f. Nama dan Surat izin Kerja Apoteker untuk Apoteker Penanggung Jawab PBF
 - g. Alamat dan denah kantor PBF
 - h. Surat garansi jaminan keaslian produk yang didistribusikan (dari prinsipal)
21. Setiap pemasok di rantai distribusi membuat pakta integritas mutu dan ketersediaan.
22. Rumah Sakit melakukan evaluasi tentang integritas setiap pemasok di rantai distribusi.
23. Rumah Sakit menelusuri rantai distribusi pengadaan alat kesehatan, bahan medis habis pakai dan obat yang berisiko termasuk vaksin untuk mencegah penggelapan dan pemalsuan.

PASAL 25. ORGANISASI STAF KLINIS DAN TANGGUNG JAWAB

1. Rumah Sakit menetapkan struktur organisasi rumah sakit sampai dengan unit pelayanan dan hubungan kerja antar bagian.
2. Rumah Sakit menetapkan Struktur Organisasi Komite Medik dan Komite Keperawatan serta tata hubungan kerja dengan para pimpinan di rumah sakit.
3. Struktur organisasi yang dibentuk harus dapat mendukung proses budaya keselamatan di rumah sakit, komunikasi antar profesi, proses perencanaan pelayanan klinis, penyusunan regulasi pelayanan, proses pengawasan atas berbagai isu etika profesi, proses pengawasan atas mutu pelayanan klinis.

PASAL 26. UNIT PELAYANAN

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman pengorganisasian di masing-masing Unit yang mencakup persyaratan jabatan, uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang untuk setiap Kepala Unit Pelayanan dan Koordinator Pelayanan.
2. Setiap Kepala Unit Pelayanan dan Koordinator Pelayanan memenuhi persyaratan jabatan yang ditetapkan dan dokumen kualifikasi diarsipkan dalam dokumen kepegawaian.
3. Setiap Kepala Unit Pelayanan telah melakukan identifikasi dan mengusulkan kebutuhan ruangan, teknologi medis, peralatan, ketenagakerjaan sesuai dengan standar kepada Direktur.
4. Setiap Kepala Unit membuat prosedur untuk menangani apabila tidak semua kebutuhan ruangan, teknologi medis, peralatan, ketenagakerjaan dapat dipenuhi.
5. Setiap Kepala Unit pelayanan menyusun pola ketenagaan yang dipergunakan untuk rekrutmen yang akan ditugaskan di unit pelayanan masing-masing sesuai peraturan perundang-undangan dalam Pedoman Pengorganisasian.
6. Setiap Kepala Unit Pelayanan telah menyelenggarakan orientasi bagi semua staf baru mengenai tugas dan tanggung jawab serta wewenang mereka di Unit Pelayanan dimana

mereka bekerja, dengan materi mencakup Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien serta Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.

7. Setiap Unit Pelayanan menyusun Pedoman Pelayanan dan Program Kerja dengan format yang seragam.
8. Rumah Sakit menetapkan pedoman yang mengatur sistem pengaduan pelayanan.
9. Pengaduan pelayanan di Unit Pelayanan dilaksanakan sesuai dengan regulasi.
10. Rumah Sakit memastikan bahwa Staf Klinis memiliki pengetahuan dan keterampilan sesuai dengan regulasi dan bukti kompetensi didokumentasikan dalam dokumen kepegawaian.
11. Pelayanan yang disediakan di unit pelayanan telah sesuai dengan regulasi.
12. Rumah Sakit melakukan koordinasi dan integrasi pelayanan di Unit Pelayanan dan antar Unit Pelayanan yang mencakup:
 - a. Koordinasi di masing-masing unit pelayanan yang dipimpin oleh Kepala Unit Pelayanan masing-masing.
 - b. Koordinasi antar Unit Pelayanan yang dipimpin oleh Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan
 - c. Pelaksanaan transfer/pemindahan pasien antar unit yang sudah terkoordinasi/serah terima transfer pasien
 - d. Pelaksanaan pergantian *shift* Petugas/Staf Klinis yang sudah terkoordinasi dan terintegrasi
 - e. Pelaksanaan komunikasi efektif (TBK) antar PPA/Staf Klinis

PASAL 27. PROGRAM MUTU UNIT PELAYANAN

1. Kepala Unit Pelayanan berpartisipasi dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit.
2. Rumah Sakit menetapkan pedoman mutu unit dengan memperhatikan:
 - a. Penilaian rumah sakit secara menyeluruh dan perbaikan prioritas yang ditetapkan oleh Direktur yang terkait secara spesifik dengan departemen atau unit layanan mereka.
 - b. Penilaian yang terkait dengan prioritas departemen atau unit layanan secara spesifik untuk mengurangi variasi, meningkatkan keselamatan untuk tindakan atau tata laksana berisiko tinggi, meningkatkan tingkat kepuasan pasien, dan meningkatkan efisiensi.
 - c. Penilaian spesifik di unit pelayanan ini juga diharapkan dapat dipergunakan untuk melakukan evaluasi praktik profesional berkelanjutan dari para Profesional Pemberi Asuhan (PPA). Sebagai contoh: Salah satu penilaian kinerja dokter bedah adalah pelaksanaan *time out*, berdasarkan hal tersebut maka salah satu penilaian mutu dan keselamatan pasien di Unit Kamar Operasi adalah pelaksanaan *time out*.
3. Pedoman mutu unit mencakup:
 - a. Pemilihan indikator mutu
 - b. Kepala Unit mengusulkan indikator mutu unit kepada Direktur.
 - c. Pelaksanaan pengumpulan data dan pembuatan laporan terintegrasi secara berkala
4. Tanggung jawab Kepala Unit mencakup:
 - a. Memilih dan menerapkan penilaian mutu dan keselamatan pasien secara spesifik terhadap cakupan pelayanan yang diberikan oleh unitnya.

- b. Menyediakan data yang dibutuhkan untuk evaluasi praktik profesional berkelanjutan dari Dokter, Perawat, dan Tenaga Medis lainnya yang memberikan layanan di unitnya.
5. Setiap Kelompok Staf Medis (KSM) bertanggung jawab untuk:
 - a. Membuat panduan untuk membuat panduan praktik klinis dengan memperhatikan:
 - 1) Populasi pasien yang ada dan misi rumah sakit.
 - 2) Teknologi, obat, sumber daya di rumah sakit atau norma profesional yang berlaku secara nasional.
 - 3) Asesmen terhadap bukti ilmiahnya dan disahkan oleh pihak berwenang
 - 4) Sumber resmi yang diakui dan digunakan di rumah sakit
 - 5) Pelaksanaan dan pengukuran efektivitasnya
 - 6) Dapat dilaksanakan oleh staf.
 - 7) Secara berkala diperbaharui berdasar bukti dan evaluasi dari proses dan hasil proses
 - b. Menetapkan minimal 5 (lima) panduan praktik klinis, alur klinis (*clinical pathway*), dan/atau protokol klinis, dan/atau prosedur, dan/atau standing order setiap tahun untuk diimplementasikan di unit pelayanan.
 - c. Melaksanakan panduan praktik klinis, alur klinis (*clinical pathway*), dan/atau protokol klinis, dan/atau prosedur, dan/atau standing order dan didokumentasikan dalam rekam medis.
6. Komite Medik melakukan monitoring dan evaluasi penerapan panduan praktik klinik, alur dan atau protokol klinis sehingga dapat menekan terjadinya keberagaman proses dan hasil.

PASAL 28. ETIKA ORGANISASI DAN ETIKA KLINIS

1. Rumah Sakit membentuk Komite Etik Rumah Sakit.
2. Rumah Sakit menetapkan Pedoman Etik Rumah Sakit yang mengacu pada Kode Etik Rumah Sakit Nasional.
3. Rumah Sakit menetapkan tata kelola untuk manajemen etis dan etika pegawai.
4. Pedoman Etik Rumah Sakit disusun dengan mempertimbangkan norma-norma nasional dan internasional terkait dengan hak asasi manusia dan etika profesional, yang mengatur:
 - a. Tanggung jawab Direktur secara profesional dan hukum dalam menciptakan dan mendukung lingkungan dan budaya kerja yang berpedoman pada etika dan perilaku etis termasuk etika pegawai.
 - b. Penerapan etika dengan bobot yang sama pada kegiatan bisnis/manajemen maupun kegiatan klinis/pelayanan rumah sakit.
 - c. Kerangka etika (pedoman etik) dapat untuk acuan kinerja dan sikap organisasi selaras dengan visi, misi dan pernyataan nilai-nilai rumah sakit, kebijakan sumber daya manusia, laporan tahunan serta dokumen lainnya.
 - d. Kerangka etika (pedoman etik) dapat membantu Tenaga Kesehatan, Staf, serta pasien dan keluarga pasien ketika menghadapi dilema etis dalam Asuhan Pasien.
5. Rumah Sakit melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan Asuhan Pasien agar tidak melanggar norma bisnis, norma keuangan, etik dan hukum. Contoh:
 - a. Rumah Sakit memastikan tidak ada tagihan yang tidak sesuai dengan asuhan yang diberikan.
 - b. Tidak ada uang muka untuk pasien gawat darurat.

- c. Iklan rumah sakit yang menyebutkan rumah sakit terbaik atau termurah yang mengarah kepada persaingan tidak sehat.
- d. Pasien diminta membeli obat terlebih dahulu sebelum dilayani.
6. Rumah Sakit memastikan praktek non diskriminatif dalam hubungan kerja dan asuhan pasien dengan mengingat norma hukum, budaya, suku, agama, ras dan gender.
7. Rumah Sakit melakukan monitoring untuk memastikan kepatuhan staf terhadap etika pegawai serta melakukan penanganan pelanggaran etik mulai teguran lisan sampai tertulis.
8. Komite Etik bertugas untuk mengelola etika rumah sakit, mengkoordinasikan Sub Komite Etik Profesi dan menetapkan kode etik pegawai rumah sakit.
9. Rumah Sakit menerapkan etik rumah sakit dalam semua tahap pelayanan mulai dari *marketing*, admisi, pemindahan pasien, sampai dengan pemulangan pasien.
10. Rumah Sakit mengungkapkan kepemilikannya kepada pasien untuk mencegah konflik kepentingan bila melakukan rujukan.
11. Rumah Sakit secara jujur menjelaskan pelayanan yang disediakan kepada pasien dan didokumentasikan dalam *general consent*.
12. Rumah Sakit membuat tagihan yang akurat dan tidak ada tagihan susulan setelah pasien pulang, serta memastikan bahwa insentif finansial dan pengaturan pembayaran tidak mempengaruhi asuhan pasien.
13. Rumah Sakit menetapkan Pedoman Penanganan dilema etis dalam asuhan pasien dan dalam pelayanan Non-Klinis dengan melibatkan Komite Etik.
14. Rumah Sakit mendokumentasikan kegiatan manajemen etik.

PASAL 29. BUDAYA KESELAMATAN

1. Rumah Sakit menciptakan dan mendukung budaya keselamatan di seluruh area rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan.
2. Rumah Sakit mengidentifikasi, mendokumentasikan dan melaksanakan perbaikan perilaku yang tidak dapat diterima.
3. Rumah Sakit menyelenggarakan pendidikan dan menyediakan informasi yang terkait dengan budaya keselamatan rumah sakit bagi semua individu yang bekerja dalam rumah sakit.
4. Rumah Sakit menyediakan sumber daya untuk mendukung dan mendorong budaya keselamatan di dalam rumah sakit yang meliputi:
 - a. Program pelatihan budaya keselamatan
 - b. Program untuk mendorong budaya keselamatan
 - c. Memasukkan program-program dalam budaya keselamatan dalam RKA/RBA Rumah Sakit.
5. Rumah Sakit membangun sistem pelaporan budaya keselamatan yang menjaga kerahasiaan, sederhana dan mudah diakses oleh pihak yang mempunyai kewenangan untuk melaporkan masalah yang terkait dengan budaya keselamatan dalam rumah sakit, dan melakukan investigasi atas laporan tersebut secara tepat waktu.
6. Rumah Sakit melakukan identifikasi masalah pada sistem yang menyebabkan Tenaga Kesehatan melakukan perilaku yang berbahaya dan melakukan upaya perbaikan sistem.
7. Rumah Sakit menggunakan indikator mutu untuk mengevaluasi dan memantau budaya keselamatan dalam rumah sakit serta melaksanakan perbaikan.

8. Rumah Sakit menerapkan sebuah proses untuk mencegah kerugian/dampak terhadap individu yang melaporkan masalah terkait dengan budaya keselamatan tersebut.

BAB IV. KEBIJAKAN MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN

PASAL 30. PERATURAN DAN PERUNDANG-UNDANGAN

1. Rumah Sakit memahami peraturan dan perundang-undangan tentang bangunan, perlindungan kebakaran, dan persyaratan pemeriksaan fasilitas, dengan membuat kumpulan daftar peraturan perundang – undangan yang berlaku.
2. Rumah Sakit menerapkan persyaratan yang berlaku dan peraturan perundang – undangan dengan memiliki kumpulan izin, bukti kalibrasi, dan bukti hasil pemeriksaan dari luar rumah sakit. Kumpulan izin antara lain mencakup:
 - a. Izin Mengenai Bangunan (IMB)
 - b. Izin Operasional Rumah Sakit yang masih berlaku
 - c. Sertifikat Laik Fungsi (SLF) bila diperlukan
 - d. Instalasi Pengelolaan Air Limbah (IPAL)
 - e. Izin Genset
 - f. Izin Radiologi
 - g. Sertifikat Sistem Pengamanan/Pemadaman Kebakaran
 - h. Sistem Kelistrikan
 - i. Izin Incinerator (bila ada)
 - j. Izin Tempat Pembuangan Sementara Bahan Berbahaya dan Beracun (TPS B3)
 - k. Izin *Lift* (bila ada)
 - l. Izin Instalasi Petir
 - m. Izin Lingkungan
3. Rumah Sakit melakukan pemeriksaan kondisi fasilitas yang dilakukan oleh Pemerintah atau badan eksternal lainnya, dan menindaklanjuti hasil pemeriksaan.

PASAL 31. PROGRAM DAN PELATIHAN

1. Rumah Sakit mempunyai program management risiko fasilitas dan lingkungan yang menggambarkan pengelolaan risiko yang terjadi pada pasien, keluarga, pengunjung dan staf, yang meliputi:
 - a. Keselamatan dan Keamanan
 - b. Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) dan limbahnya
 - c. Penanggulangan bencana
 - d. Proteksi kebakaran (*fire safety*)
 - e. Peralatan medis – pemilahan, pemeliharaan dan penggunaan teknologi dengan cara yang aman untuk mengurangi risiko
 - f. Sistem penunjang, pemeliharaan sistem listrik, air dan sistem penunjang lainnya dengan tujuan untuk mengurangi risiko kegagalan operasional.
2. Rumah Sakit mempunyai program pengelolaan keselamatan dan keamanan melalui penyediaan fasilitas fisik yang meliputi:
 - a. Melakukan asesmen risiko secara komprehensif dan proaktif untuk mengidentifikasi bangunan, ruang/area, peralatan, perabotan, dan fasilitas lainnya yang berpotensi menimbulkan cedera
 - b. Melakukan asesmen risiko prakonstruksi (*Pra Construction Risk Assessment/PCRA*) setiap ada konstruksi, renovasi, atau penghancuran bangunan

- c. Merencanakan dan melakukan pencegahan dengan menyediakan fasilitas pendukung yang aman dengan tujuan mencegah kecelakaan dan cedera, mengurangi bahaya dan risiko, serta mempertahankan kondisi aman bagi pasien, keluarga, staf, dan pengunjung
 - d. Menciptakan lingkungan yang aman dengan memberikan identitas (*badge* nama sementara atau tetap) pada pasien, staf, pekerja kontrak, tenant/penyewa lahan, penunggu pasien, dan tamu rumah sakit sesuai dengan regulasi rumah sakit
 - e. Membuat sistem keamanan untuk menghindari terjadinya kejahatan perorangan, kehilangan, dan pengrusakan barang
 - f. Melakukan monitoring pada area dan pasien risiko tinggi seperti ruang bayi dan anak, ruang operasi, pasien lanjut usia, dan kelompok pasien rentan lainnya yang tidak dapat melindungi diri sendiri atau memberi tanda minta bantuan bila terjadi bahaya.
3. Rumah Sakit mengembangkan dan memelihara program bencana untuk menanggapi keadaan bencana (bencana alam atau bencana lainnya) yang berpotensi terjadi di masyarakat yang meliputi:
- a. Mengidentifikasi jenis bencana yang mungkin terjadi dan konsekuensi bahaya, ancaman dan kejadian
 - b. Menentukan integritas struktural di lingkungan pelayanan pasien yang ada dan bagaimana bila terjadi bencana
 - c. Menentukan peran rumah sakit dalam peristiwa/kejadian tersebut
 - d. Menentukan strategi komunikasi pada waktu kejadian.
 - e. Mengelola sumber daya selama kejadian termasuk tempat pelayanan alternatif pada waktu kejadian
 - f. Mengelola kegiatan klinis selama kejadian termasuk tempat pelayanan alternatif pada waktu kejadian
 - g. Mengidentifikasi dan penetapan peran serta tanggung jawab staf selama kejadian
 - h. Proses mengelola keadaan darurat ketika terjadi konflik antara tanggung jawab pribadi staf dan tanggung jawab rumah sakit untuk tetap menyediakan pelayanan pasien.
4. Rumah Sakit mempunyai program Pencegahan dan Penanggulangan bahaya kebakaran dan penyediaan sarana evakuasi yang aman dari fasilitas sebagai respons terhadap kebakaran dan keadaan darurat lainnya yang mencakup:
- a. Pencegahan kebakaran melalui pengurangan risiko seperti penyimpanan dan penanganan bahan mudah terbakar secara aman, termasuk gas medis yang mudah terbakar seperti oksigen
 - b. Penanganan bahaya yang terkait dengan konstruksi yang berada di sekitar area pasien
 - c. Penyediaan jalan keluar yang aman dan tidak terhalangi apabila terjadi kebakaran
 - d. Penyediaan sistem peringatan dini, deteksi dini seperti detektor asap, alarm kebakaran, dan patrol kebakaran
 - e. Penyediaan mekanisme pemadaman api seperti selang air, bahan kimia pemadam api, atau sistem sprinkler.
5. Rumah Sakit mempunyai program pemeriksaan, uji coba dan pemeliharaan peralatan medis yang meliputi:
- a. Inventarisasi seluruh peralatan medis
 - b. Pemeriksaan peralatan medis secara teratur

- c. Uji fungsi peralatan medis sesuai penggunaan dan ketentuan pabrik
- d. Melakukan pemeliharaan preventive dan kalibrasi.
- 6. Rumah Sakit mempunyai program pemeriksaan sistem utilitas yang mencakup pemeriksaan, pemeliharaan, dan perbaikan.
- 7. Rumah Sakit mengumpulkan data dari setiap program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan untuk mendukung rencana mengganti atau meningkatkan fungsi (*upgrade*) teknologi medik, peralatan, sistem dan menurunkan risiko di lingkungan.

PASAL 32. PENANGANAN BAHAN BERBAHAYA DAN BERACUN (B3)

- 1. Rumah Sakit memiliki Pedoman Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) yang mencakup inventarisasi, penanganan, penyimpanan, penggunaan, pengendalian/pengawasan, serta penanganan limbah B3 sesuai dengan peraturan perundang – undangan.
- 2. Kategori Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) antara lain:
 - a. Bahan infeksius
 - b. Limbah patologi dan anatomi
 - c. Limbah farmasi
 - d. Bahan kimia
 - e. Logam berat
 - f. Kontainer bertekanan
 - g. Benda tajam
 - h. Genotoksik/sitotoksik.

PASAL 33. PENDIDIKAN STAF

- 1. Rumah Sakit menyelenggarakan edukasi, pelatihan, serta tes (ujian) bagi semua staf tentang peranan mereka dalam menyediakan fasilitas yang aman dan efektif.
- 2. Staf dilatih dan diberi pengetahuan tentang program proteksi kebakaran, keamanan dan penanggulangan bencana di rumah sakit.
- 3. Staf terkait dilatih untuk menjalankan dan memelihara peralatan medis dan sistem utilitas.

BAB V. KEBIJAKAN KOMPETENSI DAN KEWENANGAN STAF

PASAL 34. PERENCANAAN STAF

1. Direktur menetapkan Pedoman Perencanaan Staf yang mencakup:
 - a. Pola ketenagaan dan kebutuhan jumlah staf.
 - b. Penempatan dan penempatan kembali staf.
 - c. Evaluasi dan pemutakhiran terus menerus pola ketenagaan.
2. Perencanaan kebutuhan staf disusun dengan memperhatikan hal-hal berikut:
 - a. Kebutuhan staf dihitung berdasarkan kebutuhan dari masing-masing unit kerja dan sesuai dengan perencanaan strategis dan perencanaan tahunan, serta mempertimbangkan rencana pengembangan pelayanan.
 - b. Perencanaan kebutuhan staf dilakukan melalui rapat koordinasi antara Unit Sumber Daya Manusia dan Diklat, Unit dan dipimpin oleh Direktur.
 - c. Perencanaan kebutuhan staf dievaluasi dan dimutakhirkan secara terus menerus minimal satu tahun sekali dengan menetapkan jumlah, jenis, serta kualifikasi yang meliputi pendidikan, kompetensi, pelatihan dan pengalaman yang dibutuhkan sesuai dengan perundang-undangan yang dituangkan dalam bentuk pola ketenagaan.
 - d. Perhitungan jumlah staf yang dibutuhkan memperhatikan faktor-faktor berikut:
 - 1) Misi rumah sakit
 - 2) Keragaman pasien yang harus dilayani, kompleksitas dan intensitas kebutuhan pasien
 - 3) Layanan diagnostik dan klinis yang disediakan rumah sakit
 - 4) Volume pasien rawat inap dan rawat jalan
 - 5) Teknologi medis yang digunakan untuk pasien.
3. Rumah Sakit menetapkan persyaratan pendidikan, kompetensi, kewenangan, keterampilan, pengetahuan, dan pengalaman staf untuk memenuhi kebutuhan asuhan kepada pasien.
4. Penempatan dan penempatan kembali staf dilakukan dengan memperhatikan hal-hal berikut:
 - a. Rumah Sakit menempatkan staf dengan memperhatikan pendidikan, keterampilan, dan pengetahuan disertai dengan penetapan uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang sesuai dengan perundang-undangan. Termasuk didalamnya staf klinis yang melaksanakan tugas manajemen.
 - b. Setiap nama jabatan disertai dengan penetapan persyaratan pendidikan, keterampilan dan pengetahuan disertai dengan penetapan uraian tugas, tanggung jawab, dan wewenang sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
 - c. Penempatan kembali staf dari satu unit layanan ke unit layanan lain dapat dilakukan dengan alasan kompetensi, kebutuhan pasien atau kekurangan staf, termasuk mempertimbangkan keinginan staf karena alasan nilai-nilai, kepercayaan, dan agama, sesuai dengan perencanaan kebutuhan staf.
5. Rumah Sakit mendokumentasikan pengaturan penempatan kembali termasuk penempatan kembali atas pertimbangan nilai kepercayaan dan agama.
6. Proses rekrutmen dilakukan dengan memperhatikan hal-hal berikut:
 - a. Proses rekrutmen dilaksanakan secara terpusat, efisien, dan terkoordinasi agar terlaksana proses yang seragam di seluruh rumah sakit.

- b. Rekrutmen dilaksanakan atas rekomendasi dari pimpinan unit kerja sehingga jumlah dan kualifikasi staf yang dibutuhkan sesuai dengan layanan klinis kepada pasien.
7. Seleksi Staf Klinis dilakukan dengan memperhatikan hal-hal berikut:
 - a. Staf Klinis yang kompeten diseleksi melalui proses yang seragam.
 - b. Proses seleksi harus menjamin bahwa pendidikan, kompetensi, kewenangan, keterampilan, pengetahuan dan pengalaman Staf Klinis pada awalnya dan seterusnya dapat memenuhi kebutuhan pasien.
 - c. Anggota Staf Klinis yang baru dievaluasi pada saat mulai bekerja sesuai dengan tanggung jawabnya.
 - d. Unit kerja menyediakan data yang digunakan untuk evaluasi kinerja staf klinis.
 - e. Evaluasi staf klinis dilakukan dan didokumentasikan secara berkala minimal satu tahun sekali.
8. Proses seleksi Staf Non-Klinis dilakukan dengan memperhatikan hal-hal berikut:
 - a. Staf Non-Klinis meliputi seluruh tenaga yang tidak memberikan asuhan pasien secara langsung.
 - b. Proses seleksi Staf Non-Klinis harus dapat memastikan pengetahuan, keterampilan dan kompetensi sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.
 - c. Proses seleksi Staf Non-Klinis dilaksanakan seragam.
 - d. Anggota Staf Non-Klinis yang baru dievaluasi pada saat mulai bekerja sesuai dengan tanggung jawabnya.
 - e. Unit kerja melaksanakan evaluasi kinerja Staf Non-Klinis secara berkala untuk memastikan terpeliharanya kompetensi pada jabatan.
 - f. Hasil evaluasi Staf Non-Klinis dilakukan dan didokumentasikan secara berkala minimal satu tahun sekali.
9. File Kepegawaian:
 - a. Setiap staf rumah sakit harus memiliki file kepegawaian.
 - b. File kepegawaian dibuat seragam dan selalu diperbaharui.
 - c. File kepegawaian diperbaharui setiap ada perubahan data staf.
 - d. File kepegawaian memuat informasi tentang kualifikasi, pendidikan, pelatihan, kompetensi, uraian tugas, proses rekrutmen, riwayat pekerjaan, hasil evaluasi dan penilaian kinerja individual tahunan, sertifikat pelatihan di dalam maupun di luar rumah sakit.

PASAL 35. ORIENTASI STAF

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman orientasi umum dan khusus bagi seluruh Staf Klinis dan Staf Non-Klinis yang baru.
2. Rumah Sakit mendokumentasikan proses orientasi kepada staf baru yang meliputi TOR, daftar hadir, materi dan nara sumber meliputi perumahsakitan, mutu, keselamatan pasien, PPI, serta evaluasi peserta, laporan pelaksanaan orientasi.

PASAL 36. PENDIDIKAN DAN PELATIHAN STAF

1. Rumah Sakit menetapkan program pendidikan dan pelatihan berkelanjutan di dalam atau di luar rumah sakit termasuk pendidikan profesi untuk mempertahankan atau meningkatkan kompetensi staf.
2. Kebutuhan pendidikan dan pelatihan untuk staf diidentifikasi berdasarkan:

- a. Hasil kegiatan pengukuran mutu dan keselamatan
 - b. Monitor program manajemen fasilitas
 - c. Penggunaan teknologi medis baru
 - d. Keterampilan dan pengetahuan yang diperoleh melalui evaluasi kinerja
 - e. Prosedur klinis baru
 - f. Rencana memberikan layanan baru di kemudian hari.
3. Rumah Sakit menyediakan waktu, anggaran dan fasilitas untuk semua staf dalam berpartisipasi mengikuti pendidikan dan pelatihan yang diperlukan.
 4. Rumah Sakit mendokumentasikan pelaksanaan program pendidikan dan pelatihan dalam file kepegawaian dan memonitor hasil capaiannya.
 5. Rumah Sakit memberikan pelatihan teknik resusitasi jantung paru tingkat dasar untuk seluruh staf dan tingkat lanjut bagi tim *code blue* dan staf lain yang ditentukan oleh rumah sakit.
 6. Materi pelatihan teknik resusitasi jantung paru meliputi pengetahuan (teori) dan praktek, dan kelulusan diberikan dalam bentuk sertifikat.
 7. Pelatihan teknik resusitasi jantung paru tingkat dasar diulang (*refreshing*) setiap dua tahun.

PASAL 37. KESEHATAN DAN KESEAMATAN STAF

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman tentang kesehatan dan keselamatan staf, serta penanganan kekerasan di tempat kerja.
2. Rumah Sakit mengidentifikasi risiko staf terpapar atau tertular infeksi berdasarkan epidemiologi rumah sakit, melaksanakan pemeriksaan kesehatan dan vaksinasi.
3. Rumah Sakit melaksanakan evaluasi, memberikan konseling, dan tindak lanjut kepada staf yang terpapar penyakit infeksi serta dikoordinasikan dengan program pencegahan dan pengendalian infeksi.
4. Rumah Sakit mengidentifikasi area yang berpotensi terjadi kekerasan di tempat kerja dan melaksanakan upaya yang terukur untuk mengurangi risiko tersebut.
5. Rumah Sakit melaksanakan evaluasi, memberikan konseling, dan melaksanakan tindak lanjut terhadap staf yang cedera akibat kekerasan di tempat kerja
6. Rumah Sakit mendokumentasikan kejadian staf terpapar infeksi atau mengalami kekerasan di tempat kerja.

PASAL 38. PENENTUAN PENUGASAN STAF MEDIS

1. Rumah Sakit menetapkan Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*) yang antara lain mencakup proses penerimaan yang seragam dan transparan, kredensial, penilaian kinerja, dan rekredensial staf medis yang diberi izin untuk memberikan asuhan kepada pasien secara mandiri.
2. Setiap Dokter yang memberikan pelayanan di rumah sakit wajib menandatangani perjanjian sesuai dengan regulasi rumah sakit.
3. Rumah Sakit menetapkan proses kredensial dan kewenangan klinis untuk pelayanan diagnostik yang dirujuk ke rumah sakit lain.
4. Rumah Sakit melakukan verifikasi sumber utama kredensial terkait pendidikan, izin/sertifikat dan kredensial lain sesuai dengan peraturan perundang-undangan atau yang dikeluarkan oleh instansi pendidikan atau organisasi profesional yang diakui.

5. Rumah Sakit melakukan kredensial tambahan dari sumber yang mengeluarkan kredensial bila Staf Medis meminta kewenangan klinis cangguh atau subspesialisasi.
6. Pengangkatan staf medis dibuat berdasarkan atas kebijakan rumah sakit dan konsisten terhadap populasi pasien rumah sakit, misi, dan pelayanan yang diberikan untuk memenuhi kebutuhan pasien.
7. Pengangkatan Staf Medis dilakukan setelah izin/surat tanda registrasi diverifikasi dari sumber primer, dan semua kredensial yang disyaratkan undang-undang dan peraturan sudah diverifikasi dari sumber asli.

BAB VI. PEMBERIAN KEWENANGAN KLINIS

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman pemberian kewenangan klinis Staf Medis berupa proses yang seragam, objektif, dan berdasarkan bukti dalam memberikan wewenang kepada staf medis.
2. Direktur memberikan kewenangan klinis termasuk kewenangan tambahan berdasarkan rekomendasi dari Komite Medik.
3. Kewenangan tambahan diberikan melalui proses verifikasi dari sumber primer yang mengeluarkan kredensial.
4. Surat penugasan klinis dan rincian kewenangan klinis Staf Medis tersedia di semua unit layanan, tempat Staf Medis memberikan layanan.
5. Staf medis hanya memberikan pelayanan spesifik sesuai dengan surat penugasan klinis dan rincian kewenangan klinis.

BAB VII. MONITORING DAN EVALUASI BERKELANJUTAN ANGGOTA STAF MEDIS

1. Rumah Sakit membuat pedoman penilaian kinerja untuk mengevaluasi mutu praktik profesional berkelanjutan, etik, dan disiplin staf medis melalui proses yang seragam.
 - a. Rumah Sakit melaksanakan monitoring dan evaluasi mutu praktik profesional berkelanjutan, etik dan disiplin staf medis untuk peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien meliputi perilaku, pengembangan profesional, pengembangan kinerja klinis
 - b. Data informasi hasil pelayanan klinis dari staf klinis di-review secara objektif dan berdasarkan bukti, serta dilakukan *benchmarking* dengan pihak internal rumah sakit.
 - c. Data dan informasi berasal dari proses monitoring dikaji sekurang kurangnya setiap 12 bulan oleh Kepala unit layanan, ketua kelompok Staf Medis, Subkomite Mutu, Manajer Pelayanan Medis.
 - d. Hasil kajian monitoring pelayanan klinis, kesimpulan dan tindak lanjutnya didokumentasikan dalam file kredensial staf medis atau dokumen lain yang relevan.
2. Bila ada temuan pada evaluasi mutu profesional berkelanjutan, maka dilakukan proses evaluasi praktik profesional terfokus yang didokumentasikan dalam file Staf Medis. Bila hasil evaluasi praktik profesional terfokus berdampak terhadap pemberian kewenangan staf klinis, maka didokumentasikan dalam file Staf Medis dan disampaikan di tempat staf medis memberikan pelayanan.

PASAL 39. PENEMPATAN ULANG STAF MEDIS DAN PEMBAHARUAN KEWENANGAN KLINIS

1. Rumah sakit melakukan rekredensial terhadap anggota Staf Medis berdasarkan hasil monitoring dan evaluasi berkelanjutan yang dilaksanakan paling sedikit setiap 3 (tiga) tahun untuk menentukan kewenangan klinis tidak berubah, bertambah atau berkurang.
2. Pemberian kewenangan klinis tambahan berdasarkan pada kredensial yang telah diverifikasi dari sumber aslinya sesuai dengan perundang-undangan.
3. Rumah Sakit mendokumentasikan seluruh proses rekredensial dan kredensial penambahan kewenangan klinis.

PASAL 40. STAF KEPERAWATAN

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman untuk melakukan proses yang efektif dalam mengumpulkan, verifikasi, dan mengevaluasi kredensial Staf Keperawatan (pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, pelatihan dan pengalaman).
2. Rumah Sakit mendokumentasikan pendidikan, registrasi, sertifikasi, izin, pelatihan dan pengalaman staf keperawatan.
3. Proses kredensial dilakukan dengan memverifikasi dari sumber aslinya melalui proses yang seragam.
4. Rumah Sakit menetapkan surat penugasan klinis (SPK) Perawat dan rincian kewenangan klinis (RKK) perawat berdasarkan pendidikan, registrasi, sertifikasi, izin, pelatihan dan pengalaman Anggota Staf Keperawatan sesuai dengan perundang-undangan.
5. Berkas kredensial Staf Keperawatan dipelihara dan didokumentasikan.

6. Rumah Sakit melakukan evaluasi dan dokumentasi kinerja keterlibatan Staf Keperawatan dalam program peningkatan mutu rumah sakit.
7. Rumah Sakit memberikan penghargaan kepada individu Staf Keperawatan yang memiliki prestasi dalam upaya peningkatan mutu rumah sakit.
8. Seluruh data proses review kinerja Staf Keperawatan didokumentasikan dalam dokumen kredensial atau dokumen lainnya.

PASAL 41. STAF KLINIS PEMBERI ASUHAN LAINNYA DAN STAF KLINIS LAINNYA

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman untuk mengumpulkan, memverifikasi dan mengevaluasi kredensial profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan Staf Klinis lainnya (pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, pelatihan dan pengalaman).
2. Rumah Sakit mendokumentasikan pendidikan, registrasi, sertifikasi, izin, pelatihan dan pengalaman Staf Klinis pemberi asuhan lainnya dan staf klinis lainnya.
3. Proses kredensial dilakukan dengan memverifikasi dari sumber aslinya melalui proses yang seragam.
4. Berkas kredensial staf klinis pemberi asuhan lainnya dan staf klinis lainnya dipelihara dan didokumentasikan.
5. Rumah Sakit menetapkan surat penugasan klinis (SPK) Perawat dan rincian kewenangan klinis (RKK) Staf Klinis pemberi asuhan lainnya dan Staf Klinis lainnya berdasarkan pendidikan, registrasi, sertifikasi, izin, pelatihan dan pengalaman sesuai dengan perundang-undangan.
6. Rumah Sakit melakukan evaluasi dan dokumentasi kinerja keterlibatan staf klinis pemberi asuhan lainnya dan staf klinis lainnya dalam program peningkatan mutu rumah sakit.
7. Rumah Sakit memberikan penghargaan kepada individu Staf Klinis pemberi asuhan lainnya dan Staf Klinis lainnya yang memiliki prestasi dalam upaya peningkatan mutu rumah sakit.
8. Seluruh data proses *review* kinerja Staf Klinis pemberi asuhan lainnya dan Staf Klinis lainnya didokumentasikan dalam dokumen kredensial atau dokumen lainnya.

BAB VIII. KEBIJAKAN MANAJEMEN INFORMASI DAN REKAM MEDIS

PASAL 42. PENYELENGGARAAN SISTEM INFORMASI RUMAH SAKIT (SIMRS)

1. Rumah Sakit memiliki unit kerja yang mengelola Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS).
2. Rumah Sakit memiliki proses pendaftaran Rawat Jalan berbasis SIMRS.
3. Rumah Sakit memiliki proses pendaftaran Rawat Inap berbasis SIMRS sehingga publik dapat mengetahui tempat/fasilitas yang masih tersedia.
4. Rumah Sakit memberikan pelatihan bagi sumber daya manusia dalam unit kerja SIMRS agar memiliki kompetensi.
5. Rumah Sakit menetapkan pedoman pengelolaan data dan informasi yang meliputi:
 - a. Sistem manajemen data program peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang terintegrasi.
 - b. Sistem manajemen data terintegrasi antara data surveilans dan data indikator mutu.
 - c. Manajemen data yang meliputi:
 - 1) Sistem manajemen data yang meliputi pengumpulan, pelaporan, analisis, *feed back* dan publikasi data.
 - 2) Menetapkan data-data yang akan dibandingkan dengan rumah sakit lain atau menggunakan database eksternal.
 - 3) Menjamin keamanan dan kerahasiaan data dalam berkontribusi dengan *database* eksternal.
 - d. Perencanaan kebutuhan informasi melibatkan profesional pemberi asuhan (PPA), para Kepala Departemen/Instalasi/Unit pelayanan, dan badan/pihak lain di luar rumah sakit yang membutuhkan data dan informasi tentang operasional dan pelayanan rumah sakit.
 - e. Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dan para Kepala Bidang serta Kepala Unit Pelayanan berpartisipasi dalam memilih, mengintegrasikan, dan menggunakan teknologi manajemen informasi.
6. Data serta informasi klinik dan manajerial diintegrasikan sesuai dengan kebutuhan untuk mendukung pengambilan keputusan.
7. Rumah Sakit melakukan perencanaan kebutuhan informasi berdasarkan pada peraturan perundang-undangan dan disesuaikan dengan besar dan kompleksitas rumah sakit.
8. Proses perencanaan kebutuhan informasi dilakukan melalui rapat koordinasi antara PPA, Kepala Unit, dan Badan/Pihak luar Rumah Sakit yang didokumentasikan.
9. Rumah Sakit melibatkan para profesional pemberi asuhan (PPA) dan para Kepala Unit serta kepala unit pelayanan berpartisipasi dalam memilih, mengintegrasikan, dan menggunakan teknologi manajemen informasi.

PASAL 43. DATA DAN INFORMASI

1. Rumah Sakit menyediakan kumpulan data secara rutin melalui sistem manajemen informasi rumah sakit meliputi :
 - a. Data mutu dan insiden keselamatan pasien
 - b. Data surveilans infeksi
 - c. Data kecelakaan kerja

2. Rumah Sakit memberikan data yang dibutuhkan oleh badan/pihak lain di luar rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
3. Rumah Sakit melakukan analisis data menjadi informasi untuk mendukung asuhan pasien, manajemen rumah sakit dan program manajemen mutu, serta pendidikan dan penelitian.
4. Format dan metode penyampaian data dan informasi kepada pengguna harus dapat memenuhi kebutuhan pengguna dengan strategi penyampaian sebagai berikut:
 - a. Memberikan data atau informasi hanya atas permintaan dan kebutuhan pengguna.
 - b. Membuat format laporan untuk membantu pengguna dalam proses pengambilan keputusan.
 - c. Memberikan laporan dengan frekuensi sesuai yang dibutuhkan pengguna.
 - d. Mengaitkan sumber data dan informasi.
 - e. Memberikan interpretasi atau klarifikasi atas data.
 - f. Data dan informasi disampaikan secara tepat waktu.
5. Rumah Sakit menetapkan pedoman yang mengatur hak akses staf pengolah data terhadap data dan informasi sesuai dengan tanggung jawabnya.
6. Rumah Sakit menyediakan fasilitas untuk mendapatkan informasi ilmiah terkini dan informasi lain secara tepat waktu untuk mendukung Asuhan Pasien, Pendidikan Klinik, penelitian, dan manajemen.

PASAL 44. PENGELOLAAN REKAM MEDIS

1. Rumah Sakit menyelenggarakan pengelolaan rekam medis terkait asuhan pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
2. Rumah Sakit menetapkan unit kerja yang bertugas untuk mengelola rekam medis.
3. Unit kerja rekam medis menyusun pedoman dan program untuk mengelola rekam medis sesuai dengan peraturan perundangan-undangan. Pedoman yang disusun meliputi:
 - a. Pedoman Pengorganisasian
 - b. Pedoman Pelayanan Rekam Medis yang meliputi:
 - 1) Tenaga kesehatan yang memiliki akses ke berkas rekam medis.
 - 2) Standar kode diagnosis, kode tindakan, definisi, simbol dan singkatan.
 - 3) Setiap pasien memiliki satu nomor rekam medis.
 - 4) Manajemen data yang meliputi:
 - a) Data mutu dan insiden keselamatan pasien
 - b) Data surveilans infeksi
 - c) Data kecelakaan kerja
 - c. Program Unit
4. Unit pengelola rekam medis dipimpin tenaga rekam medis yang memiliki kompetensi dan kewenangan mengelola rekam medis sesuai dengan peraturan perundangan-undangan.
5. Rumah Sakit menyediakan tempat penyimpanan rekam medis yang menjamin keamanan dan kerahasiaan rekam medis.

PASAL 45. FORMAT REKAM MEDIS

1. Setiap pasien memiliki rekam medis yang formatnya selalu diperbaharui (terkini).
2. Rumah Sakit memiliki pedoman yang menetapkan tenaga kesehatan yang mempunyai hak akses pada berkas rekam medis.

3. Rumah Sakit memastikan ketersediaan berkas rekam medis bagi semua Profesional Pemberi Asuhan (PPA) sesuai dengan regulasi rumah sakit.
4. Rumah Sakit memastikan form rekam medis dievaluasi dan diperbaharui (terkini) sesuai dengan kebutuhan dan secara periodik.
5. Rumah Sakit memastikan rekam medis pasien terisi dengan lengkap dan dengan tulisan yang dapat dibaca.

PASAL 46. RETENSI REKAM MEDIS

1. Rumah Sakit memiliki pedoman tentang retensi rekam medis.
2. Rumah Sakit memiliki pedoman tentang jangka waktu penyimpanan berkas rekam medis pasien, serta data dan informasi lainnya terkait dengan pasien.
3. Rumah Sakit menjamin keamanan dan kerahasiaan rekam medis selama rentang waktu penyimpanan berkas rekam medis.
4. Rumah Sakit melakukan pemusnahan dokumen, data dan informasi dalam bentuk berkas setelah melampaui periode waktu penyimpanan sesuai peraturan perundangan.

PASAL 47. PENYIMPANAN REKAM MEDIS

1. Rumah Sakit melindungi berkas rekam medis dari kehilangan, kerusakan, gangguan, serta akses dan penggunaan yang tidak berhak.
2. Rumah Sakit menetapkan pedoman untuk mencegah akses penggunaan rekam medis bentuk kertas dan atau elektronik tanpa izin.
3. Rumah Sakit melindungi berkas rekam medis dalam bentuk kertas dan atau elektronik dari kehilangan, kerusakan, akses serta penggunaan yang tidak sah, dan akses serta penggunaan yang tidak berhak.
4. Rumah Sakit menyediakan ruang dan tempat penyimpanan berkas rekam medis untuk melindungi terhadap akses dari yang tidak berhak.

PASAL 48. STANDAR KODE DIAGNOSIS

1. Rumah Sakit menetapkan standar kode diagnosis, kode prosedur/tindakan, simbol, singkatan, dan artinya.
2. Rumah Sakit menetapkan pedoman tentang standarisasi kode diagnosis, kode prosedur/tindakan, definisi, simbol yang digunakan dan yang tidak boleh digunakan, singkatan yang digunakan dan yang tidak boleh digunakan, dimonitor dan dievaluasi pelaksanaannya.

PASAL 49. REKAM MEDIS PASIEN

1. Rumah Sakit menyediakan rekam medis untuk setiap pasien.
2. Rumah Sakit menetapkan pedoman yang menentukan setiap pasien memiliki satu nomor rekam medis sesuai dengan sistem penomoran unit, pengaturan urutan berkas rekam medis, baik untuk rawat jalan, rawat inap, gawat darurat dan pemeriksaan penunjang.
3. Rekam medis pasien digunakan untuk mencatat hasil asesmen, rencana asuhan dan perkembangan kondisi pasien.
4. Rumah Sakit mengumpulkan bukti pelaksanaan rekam medis pasien menggunakan satu unit penomoran rekam medis untuk setiap pasien.

5. Rekam medis pasien tersedia untuk Rawat Jalan, Rawap Inap, gawat darurat, dan Pemeriksaan Penunjang.
6. Berkas rekam medis pasien tersusun sesuai pedoman.
7. Rekam medis pasien memuat informasi yang memadai untuk mengidentifikasi pasien, mendukung diagnosis, justifikasi pengobatan, dokumen pemeriksaan dan hasil pengobatan serta meningkatkan kesinambungan asuhan diantara PPA termasuk Manajer Pelayanan Pasien (MPP).
8. Isi spesifik dari berkas rekam medis pasien ditentukan oleh rumah sakit untuk kesinambungan asuhan oleh PPA.
9. Rekam medis setiap pasien gawat darurat memuat jam kedatangan, ringkasan kondisi pasien saat keluar dari gawat darurat dan instruksi tindak lanjut asuhan.
10. Rumah Sakit menetapkan pedoman tentang rekam medis pasien gawat darurat yang memuat waktu kedatangan dan keluar pasien, ringkasan kondisi pasien saat keluar dari Unit Pelayanan Gawat Darurat, dan instruksi tindak lanjut asuhan.
11. Rumah Sakit mengidentifikasi mereka yang berhak untuk mengisi rekam medis pasien dan menentukan isi rekam medis dan format rekam medis.
12. Rumah Sakit menetapkan pedoman yang menentukan individu yang berwenang mengisi rekam medis memahami cara melakukan koreksi.
13. Rumah Sakit memastikan bahwa yang mengisi rekam medis hanya individu yang memiliki otoritas dan memahami cara melakukan koreksi.
14. Setiap PPA yang mengisi rekam medis menulis identitas setelah pencatatan dibuat.
15. Pada setiap pengisian rekam medis harus dapat diidentifikasi:
 - a. PPA yang mengisi
 - b. Tanggal dan jam pengisian
16. Rumah Sakit menetapkan individu atau tim yang melakukan review rekam medis secara berkala.
17. Rekam medis pasien dilakukan *review* secara berkala yang berfokus pada ketepatan waktu, keterbacaan dan kelengkapan rekam medis menggunakan sampel yang mewakili pada rekam medis pasien yang masih dirawat dan pasien yang sudah pulang dan dilaporkan secara berkala kepada Direktur.

PASAL 50. KERAHASIAAN DAN PRIVASI INFORMASI

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman mengenai privasi dan kerahasiaan informasi terkait data pasien hak akses terhadap isi rekam medis berdasarkan peraturan perundang-undangan.
2. Rumah Sakit memastikan pedoman privasi dan kerahasiaan informasi terkait data pasien dilaksanakan dan dimonitoring.

PASAL 51. RINGKASAN PASIEN PULANG

1. Ringkasan pulang memuat riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik, indikasi pasien di Pelayanan Rawat Inap, diagnosis dan komorbiditas lain, prosedur terapi dan tindakan yang telah dikerjakan, obat yang diberikan termasuk obat setelah pasien keluar rumah sakit, kondisi kesehatan pasien (status present) saat akan pulang rumah sakit, instruksi tindak lanjut, terapi dan tindakan yang telah dikerjakan.
2. Ringkasan pasien pulang dijelaskan dan ditandatangani oleh pasien dan keluarga.

BAB IX. SASARAN KESELAMATAN PASIEN (SKP)

PASAL 52. MENGIDENTIFIKASI PASIEN DENGAN BENAR

1. Direktur menetapkan panduan ketepatan (akurasi) identifikasi pasien termasuk cara identifikasi terhadap pasien dengan kondisi khusus.
2. Identifikasi pasien dilakukan dengan menggunakan 2 (dua) identitas yaitu nama lengkap pasien dan tanggal lahir pasien, dengan cara verbal dan/atau visual.
3. Identitas pasien yang tercantum dalam dokumen pasien paling tidak terdiri dari nama lengkap pasien, tanggal lahir pasien, dan nomor rekam medis pasien.
4. Identifikasi pasien dilakukan sebelum tindakan, prosedur diagnostik, terapeutik, pemberian obat, transfusi darah dan/atau produk darah lainnya, pemberian diet, radioterapi, menerima cairan intravena, hemodialisis, pengambilan darah atau pengambilan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, katektisasi jantung, prosedur radiologi diagnostik, dan identifikasi terhadap pasien koma.

PASAL 53. MENINGKATKAN KOMUNIKASI EFEKTIF

1. Rumah Sakit menetapkan panduan untuk melaksanakan proses meningkatkan komunikasi verbal dan atau komunikasi melalui telepon antar profesional pemberi asuhan (PPA).
2. Rumah Sakit menetapkan dan melaksanakan proses komunikasi serah terima (*hand over*).
3. Rumah Sakit melaksanakan pelatihan komunikasi efektif antar profesional pemberi asuhan.
4. Komunikasi secara verbal atau verbal lewat telepon harus ditulis lengkap dan dibaca ulang oleh penerima pesan, serta dikonfirmasi oleh pemberi pesan termasuk saat menyampaikan hasil pemeriksaan diagnostik.
5. Rumah Sakit menetapkan besaran nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostik dan hasil diagnostik kritis.
6. Rumah Sakit menetapkan siapa yang harus melaporkan dan siapa yang harus menerima nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostik dan dicatat di rekam medis.
7. Rumah Sakit menetapkan panduan untuk melaksanakan pelaporan hasil pemeriksaan diagnostik kritis yang tidak terbatas pada:
 - a. Pemeriksaan Laboratorium
 - b. Pemeriksaan Radiologi
 - c. Prosedur Ultrasonografi
 - d. *Magnetic resonance imaging*
 - e. Diagnostik jantung
 - f. Pemeriksaan diagnostik yang dilakukan di tempat tidur pasien, seperti hasil tanda-tanda vital, *portable radiographs*, *bedside ultrasound*, dan lain-lain.
8. Rumah Sakit memiliki catatan tentang hal-hal kritikal dan dikomunikasikan di antara profesional pemberi asuhan pada waktu dilakukan serah terima pasien (*hand over*).
9. Rumah Sakit menetapkan formulir, alat, dan metode yang dibutuhkan untuk mendukung proses serah terima pasien (*hand over*).
10. Proses serah terima pasien (*hand over*) dilakukan dengan melibatkan pasien.

11. Rumah Sakit melakukan evaluasi tentang catatan komunikasi yang terjadi waktu serah terima pasien (*hand over*) untuk memperbaiki proses.

PASAL 54. MENINGKATKAN KEAMANAN OBAT-OBATAN YANG HARUS DIWASPADAI (*HIGH ALERT MEDICATION*)

1. Rumah Sakit menetapkan dan melaksanakan panduan untuk meningkatkan keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai.
2. Rumah Sakit menetapkan dan melaksanakan panduan tentang penyediaan, penyimpanan, penataan, penyiapan, dan penggunaan obat yang perlu diwaspadai.
3. Rumah Sakit memiliki daftar semua obat yang perlu diwaspadai, yang disusun berdasarkan data spesifik.
4. Rumah Sakit menetapkan panduan mengenai tempat penyimpanan, pelabelan dan penyimpanan obat yang perlu diwaspadai, termasuk obat *look alike/sound alike* ditempatkan yang aman.
5. Rumah Sakit menetapkan panduan untuk melaksanakan proses mencegah kekurang hati-hatian dalam mengelola elektrolit konsentrat.
6. Obat-obat yang harus diwaspadai termasuk diantaranya elektrolit konsentrat hanya tersedia di instalasi farmasi/depo farmasi tertentu dan unit kerja tertentu.

PASAL 55. MEMASTIKAN LOKASI PEMBEDAHAN YANG BENAR, PROSEDUR YANG BENAR, PEMBEDAHAN PADA PASIEN YANG BENAR

1. Rumah Sakit memiliki pedoman untuk melakukan verifikasi sebelum, saat dan sesudah operasi dengan tersedianya "*check list*" (*Surgical Safety Checklist dari WHO Patient Safety 2009*).
2. Rumah Sakit menetapkan panduan dan prosedur penandaan lokasi operasi atau tindakan invasif yang mudah dikenali dengan cepat.
3. Penandaan lokasi operasi atau tindakan invasif dilakukan oleh Staf Medis yang melakukan operasi atau tindakan invasif dengan melibatkan pasien.
4. Rumah Sakit menyediakan *check list* untuk memastikan bahwa hal-hal berikut telah dilakukan sebelum operasi dilaksanakan pada proses *time out*.
 - a. *Informed consent* sudah terisi dengan benar
 - b. Penandaan lokasi operasi sudah dilakukan (tepat lokasi)
 - c. Prosedur yang akan dilaksanakan sudah benar (tepat prosedur)
 - d. Pasien sudah teridentifikasi dengan benar (tepat pasien)
 - e. Semua dokumen dan peralatan sudah tersedia lengkap dan berfungsi dengan baik
5. Rumah Sakit menetapkan pedoman tentang pelaksanaan *time out* sebelum operasi atau tindakan invasif, di kamar operasi atau di ruang tindakan lainnya.
6. Rumah Sakit menggunakan ketentuan yang sama tentang tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien untuk operasi yang dilakukan di luar kamar operasi, termasuk prosedur medis dan tindakan gigi.

PASAL 56. MENGURANGI RISIKO INFEKSI TERKAIT PELAYANAN KESEHATAN

1. Rumah Sakit memiliki pedoman kebersihan tangan (*hand hygiene*) yang mengacu pada standar WHO terkini.

2. Rumah S akit melaksanakan program kebersihan tangan (*hand hygiene*) di seluruh rumah sakit.
3. Rumah Sakit melaksanakan pelatihan kepada seluruh staf rumah sakit agar dapat melakukan cuci tangan sesuai dengan prosedur.
4. Seluruh staf rumah sakit melaksanakan program kebersihan tangan (*hand hygiene*) sesuai prinsip lima saat cuci tangan.
5. Rumah Sakit menyediakan fasilitas dan prosedur untuk melakukan disinfeksi.
6. Rumah Sakit melaksanakan evaluasi terhadap upaya penurunan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan.

PASAL 57. MENGURANGI RISIKO CIDERA PASIEN AKIBAT TERJATUH

1. Rumah Sakit memiliki panduan tentang pencegahan pasien cedera karena jatuh.
2. Rumah Sakit melaksanakan proses asesmen risiko jatuh terhadap semua pasien Rawat Inap dan Rawat Jalan dengan memperhatikan kondisi, diagnosis dan lokasi dengan risiko jatuh yang tinggi.
3. Rumah Sakit melaksanakan proses asesmen awal, asesmen lanjutan, dan asesmen ulang pada pasien Rawat Inap yang teridentifikasi risiko jatuh.
4. Rumah Sakit melaksanakan dan mendokumentasikan langkah-langkah untuk mengurangi risiko jatuh pada situasi dan lokasi yang dapat menyebabkan pasien jatuh.